



Universitetet
i Stavanger

”Mellom realisme og optimisme”

- en studie om selvmord i psykisk helsevern i et
pasientsikkerhetsperspektiv



MSAMAS

Silje Johnsen

Mastergradsoppgave i Samfunnssikkerhet
Universitetet i Stavanger
Våren 2013



Universitetet
i Stavanger

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vårsemester 2013

FORFATTER:

Silje Johnsen

VEILEDER:

Dag Tomas Sagen Johannesen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

"Mellom realisme og optimisme. En studie om selvmord i psykisk helsevern i et pasientsikkerhetsperspektiv"

EMNEORD/STIKKORD:

Sikkerhetskultur, selvmord, selvmordsforebygging, psykisk helsevern, pasientsikkerhet, system

SIDETALL: 108

TROMSØ:

17.juni 2013

DATO/ÅR

Forsidefotoet er hentet fra:
www.colourbox.com

Forord

Selvord skremmer, forferder og berører. Drevet av nysgjerrigheten om hvorfor selvmord skjer i psykisk helsevern gikk jeg løs på denne studien. Jeg har lært utrolig mye om et tungt, men likevel viktig tema. Jeg har fått høre og lest tragiske historier om mennesker som selv har valgt å ende livet, hvor følelser som håpløshet og ensomhet har vært nærværende.

Når jeg i dag setter siste punktum er det mange som fortjener en takk. Forskning på selvmordsproblematikken i psykisk helsevern hadde ikke vært mulig uten døråpnere til feltet. Tusen takk til enhetslederen ved "Akutten" for all hjelpen, og for at du ordnet et kjempefint opplegg når jeg kom på feltarbeid!

Den største takken går til intervjupersonene som stilte opp og delte sine tanker og meninger om selvmordsproblematikken innen psykisk helsevern. Dere gjør en veldig viktig jobb - og jeg er utrolig takknemlig for at dere tok dere tid til å prate med meg i en travel arbeidshverdag!

Videre vil jeg takke veilederen min, Dag Tomas Sagen Johannesen, for hjelpen underveis i oppgava og for konstruktive tilbakemeldinger!

Kjære nydelige og gode barna mine
Gard, Alida og Thea,
Jeg er så utrolig glad i og stolt av dere!

Min fantastiske kjæreste, ektemann og beste venn, Trond Erling:
Tusen takk for all hjelpa med både korrekturlesing og diskusjoner.
Jeg elsker deg!

Tromsø, 17.juni 2013.

Silje Johnsen

*“Eg ser du vil gi opp,
men eg kan ikkje leva livet for deg.
Du må leva det sjøl.
Men eg vil leva med deg.
Eg vil leva med deg.”
- Bjørn Eidsvåg-*

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	v
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	3
1.3 Sentrale begreper.....	4
1.4 Forebygging av selvmord – retningslinjer og lover.....	7
1.5 Forskningslitteratur på feltet.....	10
1.6 Oppgavens struktur.....	13
2.0 Teori	15
2.1 Kultur.....	15
2.1.1 Organisasjonskultur.....	17
2.1.2 Sikkerhetskultur.....	19
2.1.3 Sikkerhetsklime og sikkerhetskultur.....	21
2.1.4 Kjennetegn ved sikkerhetskulturen.....	22
2.1.5 Sikkerhet vs. økonomi.....	25
2.2 Den menneskelige faktor.....	27
2.3 Systemteori.....	28
3.0 Metode	33
3.1 Valg av forskningsmetodisk fremgangsmåte.....	33
3.2 Kvalitativt forskningsintervju.....	33
3.3 Utvalg og rekruttering.....	35
3.4 Gjennomføring av intervjuene.....	36
3.5 Forskerens rolle.....	38
3.6 Etske utfordringer.....	40
3.7 Narrativ analyse.....	41
3.8 Vurdering av data.....	42
4.0 "Vi er alle mann alle"	45
4.1 "Akutten" - formål og arbeidsoppgaver.....	45
4.2 "Føre-var kulturen".....	48
4.3 "Den lydhøre kulturen".....	55
4.4 "Læringskulturen".....	57
5.0 "Velferdsstaten kan ikke gi klemmer"	65
5.1 "Vi må være realistisk".....	65
5.2 Selvmord som felles anliggende.....	73
6.0 Avsluttende diskusjon	79
6.1 Kulturelle trekk som sikkerhetsfremmende.....	79
6.2 Selvmordsforebyggingens konfliktområde.....	83
6.3 Selvmordsforebygging til enhver pris?.....	84
6.4 Avsluttende bemerkning.....	86
6.5 Videre forskning.....	88
Litteraturliste	89

Vedlegg.

Vedlegg 1. Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSDstat)

Vedlegg 2. Informasjonsskriv

Vedlegg 3. Intervjuguide

Figurer

Figur 1. Antall meldte uønskede hendelser registreringsårene 2001-2010

Figur 2. Antall meldinger som gjelder dødsfall fra selvpåførte skader i tidsrommet 2001-2010.

Figur 3. Selvmord etter dødsårsak i 2010 og 2011.

Figur 4. Westrums kulturtypologier

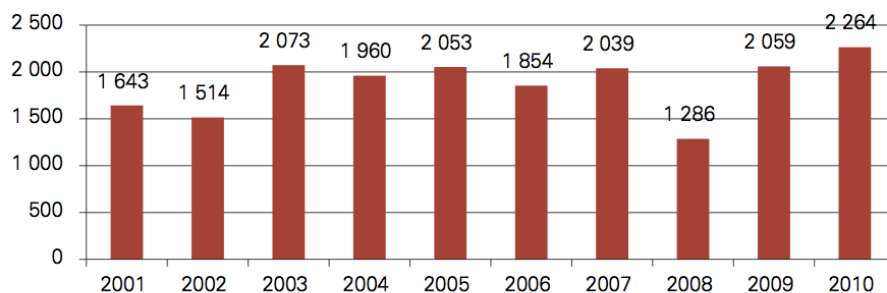
Figur 5. Unrocked boat

Figur 6. Helsevesenet som sosio-teknisk system

Kapittel 1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Stadig påminner avisinnslag som: ”Jenta (4) døde – sykehus granskes¹”, ”Sykehus får foretaksstraff etter dødsfall²” og ”Får kritikk etter at spedbarn døde³” at helsevesenet ikke fungerer optimalt. Disse forholdene er alle eksempler på *uønskede hendelser* relatert til pasientskader oppstått på norske sykehus. Forekomsten av pasienter som utsettes for uønskede hendelser i forbindelse med at de mottar helsetjenester, har vist seg å være omfattende. Figur 1 viser antallet meldinger om uønskede hendelser som har skjedd pasienter under behandling i spesialisthelsetjenesten i tidsrommet 2001-2010. Halvparten av alle meldinger registrert i 2010 (52 prosent) gjaldt *forhold som kunne ha ført til betydelig personskade*, mens en tredjedel (31 prosent) gjaldt *betydelig personskade*.



Figur 1: Antall meldte uønskede hendelser registreringsårene 2001-2010 (Kilde: Helsetilsynet 7/2011).

I helsevesenet handler uønskede hendelser om at pasienter har blitt utsatt for unødig skade som følge av helse- og omsorgstjeneste eller mangel på slik ytelse (Prop.91 L 2010-2011). Forebygging av slike hendelser blir forsøkt styrt gjennom økt fokus på pasientsikkerhet, og fra politisk hold har spesielt pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender⁴”, vært et forsøk på å få ned uønskede hendelser i helsevesenet. Målsettingen med kampanjen har vært å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge, med spesielt fokus på trygg kirurgi, forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter, riktig legemiddelbruk i sykehjem, samt rus og psykiatri. Når det gjelder det siste punktet som omhandler rus og psykiatri, har hensikten med innsatsområdet vært å forbedre pasientsikkerheten i den psykiske

¹ Nettavisen.no (02.09.04)

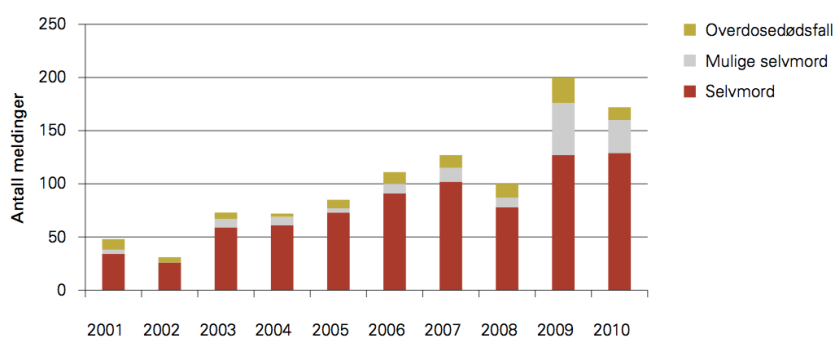
² Nettavisen.no (31.01.13)

³ Nrk.no (14.01.13)

⁴ ”I trygge hender” er en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som gjennomføres i spesialist- og primærehelsetjenesten i perioden 2011-2013. Kampanjen har tre hovedformål: redusere pasientskader, forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten og bygge varige strukturer for pasientsikkerhet. www.pasientsikkerhetskampanjen.no

helsetjenesten med vekt på følgende områder; forebygging av selvmord i psykiatriske døgnposter og forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon.

Temaet for denne masteroppgaven er pasientsikkerhet innen psykisk helsevern, med vekt på forebygging av selvmord. Selvmord i psykiatrien har også fått økt oppmerksomhet i mediedebatten, og et hovedtema har vært at selvmordsraten i psykisk helsevern er urimelig høy, eksempler på dette er avisoverskriftene ”Dette går ofte galt i psykiatri-selvmord”⁵ og ”psykisk syke truer med selvmord for å slippe ventelister”⁶, ”Selvmord kan skyldes dårlig psykisk helsevern”⁷. Denne mediedekningen reiser spørsmålet om helsevesenets ansvar i det selvmordsforebyggende arbeidet, og bidrar samtidig med å fremstille de menneskene som tar selvmord innen psykisk helsevern som mulige offer for en mangelfull psykisk helsetjeneste. Tall fra Helsetilsynet (7/2011) viser at antall meldinger som gjelder dødsfall på grunn av selvpåførte skader, herunder selvmord, mulig selvmord eller overdose, har økt fra 48 i 2001 til 200 i 2009 (se figur 2). Hovedvekten av disse meldingene er rapportert fra psykisk helsevern, mens noen er meldt fra somatiske helsetjeneste. Når det gjelder rene selvmordstall fremgår det av tall fra Helsetilsynet (7/2011) at antall selvmord innen psykisk helsevern har økt fra 31 i 2001 til 118 i 2009. I tillegg viser tall fra Statistisk sentralbyrå⁸ at av de 548 menneskene som tok livet sitt i 2010, var 129 av disse selvmordene tilknyttet psykisk helsevern.



Figur 2. Antall meldinger som gjelder dødsfall fra selvpåførte skader i tidsrommet 2001-2010 (Kilde: Helsetilsynet 7/2011).

Som figur 2 illustrerer har det skjedd en oppgang i antall registrerte selvmord. Det argumenteres for at oppgangen kan ses som et resultat av bedre melderutiner for selvmord, og

⁵ vg.no 12.07.12

⁶ nrk.no 12.03.13

⁷ nrk.no 10.09.12

⁸http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=08872

dermed ikke som en reell økning (Walby og Ness 2012). Uavhengig av årsakene til antall registrerte selvmord i psykiatrien, anslår Helsetilsynet at rundt 40 prosent av selvmordene kunne vært unngått dersom rutinene ved psykiske institusjoner var bedre⁹. Dette gir assosiasjoner om at den høye selvmordsraten innen psykiatrien kan ses som et resultat av behandlings- og/eller diagnosesvikt i helsetjenesten, noe som har ført til at pasienten har fått mulighet til å ta sitt eget liv. Eksempler på slik svikt kan ses i sammenheng med for dårlig sikring og oppfølging, for dårlig tilsyn og for dårlige faglige vurderinger av selvmordsfaren.

Det kan virke som et paradoks at det i tillegg til en antatt økning av selvmord innen psykisk helsevern, også er pågående debatter innen helsevesenet om nedleggelse av psykiatriske avdelinger. Blant annet vurderer UNN (Universitetssykehuset Nord-Norge) å legge ned den psykiatriske avdelingen Subakutt Sør, som har tilbydd hjelp til psykiatriske pasienter som har vært for friske for akuttavdelinger, men for syke til å klare seg selv. Begrunnelsen for nedleggelsen er fra ledelsens side å spare inn penger. Motstanderne av nedleggelsen frykter at dette vil føre til flere selvmord blant unge psykiatriske pasienter. Nedleggelsen av de psykiatriske avdelinger vitner om liten vilje til investering i selvmordsforebyggende arbeid, og reiser spørsmål om selvmord i psykisk helsevern er et resultat av feil fokus fra ledelsens side? Er fokuset på å gå med overskudd eller å holde budsjetter? Disse spørsmålene tydeliggjør at selvmord ikke utelukkende kan forklares som et resultat av for eksempel sykdom, men at også forhold ved selve psykiatrien, eller helsevesenet som system, kan bidra med å gi en forståelse av hvorfor selvmord skjer i psykisk helsevern.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med bakgrunn i de skisserte forholdene har jeg utarbeidet følgende problemstilling som er retningsgivende for oppgaven.

”Hvorfor skjer selvmord i psykisk helsevern?”

I studien ønsker jeg å finne ut av hvilke faktorer som medfører at det skjer selvmord i psykisk helsevern, og utgangspunktet for denne studien er at selvmord ikke kan forklares utelukkende fra pasientens ståsted, men at selvmord må forstås og forklares gjennom kulturelle forhold og trekk ved helsevesenet. For å svare på problemstillingen på en best mulig måte har jeg utformet følgende forskningsspørsmål som jeg vil forsøke å svare på underveis i oppgaven:

⁹ http://www.rop.no/Artikler/Nasjonalt/Kunne_unngaatt_hvert_tredje_selvmord

- **Hvordan blir selvmord forsøkt styrt i psykisk helsevern?**
- **Hvilke utfordringer møter helsepersonellet i det selvmordsforebyggende arbeidet?**

For å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene tar jeg utgangspunkt i en akuttetnet ved en psykiatrisk avdeling. Hvordan blir selvmord forsøkt styrt på avdelingen? Hva kjennetegner det selvmordsforebyggende arbeidet ved akuttetneten? Hvilke utfordringer møter de ansatte i det selvmordsforebyggende arbeidet, og hvilke handlinger, normer og verdier ved en akuttetnet kan bidra med å belyse hvorfor det skjer selvmord i psykisk helsevern? Gjennom å sette selvmord i sammenheng med blant annet sikkerhetskulturbegrepet ønsker jeg å synliggjøre hvilke kulturelle trekk ved akuttetneten som bidrar med å fremme og/eller hemme det selvmordsforebyggende arbeidet. En sentral tanke er at hvordan de ansatte på en akuttetnet forholder seg til selvmord og sikkerhet på etneten, har stor betydning for hvordan man håndterer pasientene og selvmordsrisiko. Studier om kultur kan bidra med å tydeliggjøre hvordan man løser utfordringer, hva som har fokus i en normal arbeidshverdag og hvordan selvmordsrisikoen blir håndtert. Som et supplement til sikkerhetskulturbegrepet vil jeg komplementere teoribidraget med en systemteoretisk tilnæringsmåte, hvor tanken bak dette er at det vil kunne sette selvmord i psykisk helsevern i en større sammenheng.

Min forskningsinteresse tilknyttet denne problemstillingen gjelder ikke forhold utenfor psykisk helsevern som muliggjør at selvmord kan finne sted, for eksempel responstiden til politi og ambulanse, selvmordssikring av bruer og lignende. Som det fremgår av problemstillingen vil fokuset i oppgaven være på de selvmord som på ulikt vis faller innunder psykisk helsevern, og jeg har primært valgt å begrense meg til å behandle selvmord som har skjedd (skjer) på døgnavdelinger, eller som har skjedd like etter utskrivelse fra psykiatrisk behandling.

1.3 Sentrale begreper

Før jeg går videre kan det være på sin plass med en redegjørelse av sentrale begreper i oppgaven. Slik det fremgår av oppgavens tittel er pasientsikkerhet et sentralt begrep. Pasientsikkerhet handler i følge Aase (2010:26) om å ivareta pasienters sikkerhet slik at uønskede hendelser unngås, og følgende definisjon er gitt:

”Det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser.” (Vincent 2006:14 i Aase 2010:26).

Pasientsikkerhet handler om at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade som følge av ytelse av helse - og omsorgstjeneste eller mangel på slik ytelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2010-2011). Aase (2010:25) hevder at det ikke finnes noe egen lovgivning for å ivareta pasientsikkerhet i Norge, ”*men gjennom forskrift om internkontroll og krav om kvalitetsutvalg i helseforetakene har myndighetene etablert et rammeverk for et kvalitetsystem*”. De siste årene har pasientsikkerhet innen psykisk helsevern også fått stadig større oppmerksomhet, blant annet gjennom pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender”. I tillegg spiller de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykiatrien en viktig rolle når det gjelder pasientsikkerheten i psykiatrien¹⁰.

Selvmord kan defineres på ulike måter. I forskningslitteraturen refereres det ofte til WHO som definerer selvmord på følgende måte:

”Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer.” (WHO 1986 i Retterstøl m.fl. 2002:12).

Selvmord ses i en slik sammenheng som selvbeskadigelse med dødelig utfall (Vråle 2009). Retterstøl m.fl. (2002) argumenterer for at begrepet er komplisert og lite anvendelig, spesielt rettes det kritikk mot ”ønskede forandringer” i definisjonen. Bakgrunnen er at selvmord ofte kan være et resultat av uheldige faktorer hvor eksempelvis medikamenter potenserer hverandres virkning noe som forårsaket dødsfallet. Selv om disse handlingene også blir karakterisert som selvmord, er poenget til Retterstøl m.fl. (2002) at ”ønskede forandringer” ikke nødvendigvis er innfridd i alle situasjoner som karakteriseres som selvmord. I forlengelsen av dette argumenterer Retterstøl m.fl. (2002) med referanse til Stengel (1967) at følgende definisjon på selvmord er den praktisk mest anvendelige av de begrepene som foreligger i dag:

”Selvmord er en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelig” (Stengel 1967 i Retterstøl m.fl. 2002:12).

¹⁰ Se kapittel 1.4 for mer om de nasjonale retningslinjene.

Også denne definisjonen ser selvmord som selvbeskadigelse med dødelig utfall (Vråle 2009). Kritikken mot definisjonen er i følge Retterstøl m.fl. (2002:12) at den har sin svakhet ved forvirringstilstander og enkelte psykoser. I forskningslitteraturen legges det vekt på at ubehandlet psykose øker selvmordsatferd (Strand 2011, Mork m.fl. 2009). Psykoser kjennetegnes i følge Mork m.fl. (2009) av virkelighetsbristende idéer, noe som stiller spørsmålsteget ved om alle selvmord er bevisst og villet? I tillegg vanskeliggjøres definisjonen av det faktum at det ofte ved selvmord foreligger en ambivalens hos pasienten, hvor Vråle (2009:57) i forlengelsen av dette stiller spørsmål ved om de som overlever selvmordsforsøk har overlevd som et resultat av flaks eller som utslag av tvil? På samme måte kan vi kanskje stille spørsmål ved om de som klarer å gjennomføre et selvmord, om det er et resultat av uflaks eller et oppriktig ønske? Poenget er at selvmord er et komplekst og ambivalent fenomen, hvor ordene ”bevisst” og ”villet” ikke nødvendigvis er innfridd. Likevel har begrepet en del styrker slik jeg ser det, ved at det inneholder en forståelse av selvmord som villet, og noe som er gjort for å skade seg selv. Det er også denne definisjonen jeg har valgt å forholde meg til i oppgaven, men i tillegg vil jeg i studien forholde meg til selvmord som en *uønsket hendelse*. En kan en imidlertid sette spørsmålsteget med denne innfallsvinkelen når jeg har valgt å forholde meg til en definisjon av selvmord som inneholder både et ”villet” og ”bevisst” aspekt fra pasientens side. Argumentet mitt er at disse forståelsene av selvmord ikke nødvendigvis er selvmotsigende, da det er selvmord som har skjedd mens pasientene nettopp har vært eller er under behandling i psykisk helsevern som er formålet for denne studien. Selvmord vil da som uønsket hendelse forstås som ”*en utilsiktet og uønsket følge av medisinsk undersøkelse og/eller behandling, (...) med død som uheldig følge.*” (Hjort 2000).

Selvmord er en sammensatt problemstilling, og ulik litteratur viser at psykiske lidelser kan medføre en økt risiko for selvmord (Helsedirektoratet 2008¹¹, Rønneberg og Walby 2008). I forlengelsen av dette hevder Rønneberg og Walby (2008) at flere enn 90% av dem som tar sitt eget liv, har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Selvmordsrisikoen hos pasienter som behandles i psykisk helsevern, ofte med alvorlige lidelser, er således stor. I forlengelsen av det dette hevder Rønneberg og Walby (2008):

¹¹ Når jeg i oppgaven har valgt å bruke Helsedirektoratet (2008), viser dette til Sosial- og helsedirektoratet (2008): ”*Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*”

”Basert på det danske personidentifiserbare pasientregistret er det beregnet en populasjonsattribuerbar risiko for selvmord på omtrent 40% til det å være innlagt i psykiatrisk avdeling.”

Dette betyr at hvis forebygging av alle slike dødstall var mulig, kunne antall selvmord i befolkningen reduseres med 40 % (Rønneberg og Walby 2008). Schjelderup m.fl. (2009) hevder at selvmord er et betydelig folkehelseproblem og at selvmordsforebygging er en samfunnsoppgave.

Tall fra Folkehelseinstituttet (2011)¹² viser at det i gjennomsnitt skjer 530 selvmord i Norge hvert år. Jeg har utarbeidet en tabell i SSB som kan illustrere selvmordsfrekvensen i Norge for 2010 og 2011. Som det fremgår av tabellen ser vi at selvmordsraten ligger på mellom 550 og 600 selvmord i året. Dette er i overkant av tall Folkehelseinstituttet opererte med. I tillegg ser vi de mest anvendte selvmordsmetodene, hvor henging og kvelning er hyppigste brukte metoder for å ta livet sitt. I tillegg viser litteraturen at det er flere menn enn kvinner som tar livet av seg hvert år (ibid.).

	2010	2011
	Dødsfall av selvmord og døds måte	Dødsfall av selvmord og døds måte
Begge kjønn		
Alle selvmord (X60-X84, Y870)	548	598
Forgiftning (X60-X66)	109	121
Henging og kvelning (X70)	230	267
Drukning (X71)	29	24
Skyting og eksplosive stoffer (X72-X75)	84	69
Skjærende eller stikkende redskaper (X78)	17	16
Sprang fra høyt sted (X80)	25	37
Annen eller uoppgitt måte (X67-69, X76-77, X79, X81-84)	54	64

Figur 3: Selvmord etter dødsårsak i 2010 og 2011. (Kilde: SSB).

1.4 Forebygging av selvmord – retningslinjer og lover

Lover og forskrifter innen psykisk helsevern fungerer som rammebetingelser for helsevesenet, og er et viktig ledd i å styre sikkerheten og risikoen. Lover som er særlig sentrale i forhold til å styre selvmordsrisikoen er lov om psykisk helsevern, Helsepersonelloven og internkontrollforskriften. I tillegg ble ”Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i

¹²http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,8148&MainContent_6261=6464:0:25,6341&List_6212=6218:0:25,6354:1:0:0:::0:0

psykisk helsevern” utarbeidet i 2008, og disse retningslinjene har hatt en særlig sentral rolle i styringen av selvmordsforebyggende arbeid innen psykisk helsevern.

Formålet med å innføre de nasjonale retningslinjene, var å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter underlagt psykisk helsevern, samt sikre at pasienter med selvmordsproblematikk fikk forsvarlig behandling (Helsedirektoratet 2008:8).

Helsedirektoratet (2008) hevder at selvmordsforebyggende arbeid innen psykisk helsevern både er komplekst og utfordrende, og arbeidet omfatter alt fra fysisk sikring av lokaler, til oppfølging av etterlatte etter selvmord. Gjennom innføringen av de nasjonale retningslinjene var intensjonen å bidra til et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud i hele landet, sikre et faglig forsvarlig tilbud til pasienter, samt gjøre helsepersonell som har kontakt med selvmordstruede personer mer kompetente, effektive og trygge i å håndtere selvmordsrisiko (Helsedirektoratet 2008:8).

I de nasjonale retningslinjene legges det hovedsakelig vekt på følgende forhold; kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behandling, forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern, forebygging av selvmord etter utskrivning fra døgnenheter i psykisk helsevern, kronisk suicidalitet, rapportering og oppfølging etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk, ivaretagelse av pårørende og etterlatte. I det følgende vil jeg gi en redegjørelse av de forholdene som jeg anser som særlige relevante for denne studien. Når det gjelder kartlegging og vurdering av selvmordsrisikoen fremgår det av retningslinjene at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør kartlegges for selvmordsrisiko. I forlengelsen av dette legges det vekt på at

”kartleggingen må foretas av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse og vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om evt. iverksettelse av behandlings- eller beskyttelsestiltak i denne forbindelse må foretas av kompetent helsepersonell.” (Helsedirektoratet 2008:16).

Videre blir *behandling* ansett som en vesentlig del i forebygging av selvmord og selvmordsforsøk. I følge retningslinjene bør behandlingen

”ta utgangspunkt i kunnskapsstatus for hver enkelt lidelse, brukerens egen vurdering av sin situasjon og behovet for hjelp. Under gjennomføringen av behandlingen er det viktig at pasienten får tilstrekkelig sosial støtte, både gjennom en god relasjon til behandlerne og til andre deler av det sosiale nettverket.” (Helsedirektoratet 2008:19).

Fremhevingen av *sosial støtte* innebærer en sterk vektlegging av omsorgsaspektet, noe som i følge Folkehelseinstituttet¹³ er viktig for den psykiske og fysiske helsen.

Når det gjelder forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern er dette forhold som berører bygningsmessige og fysisk sikringstiltak. Det fremheves at det må rettes spesiell oppmerksomhet mot fjerning og tildekking av mulige festepunkter, sikring av vinduer o.l. Av andre beskyttelsestiltak fremheves det at det er viktig at kompetent og tilgjengelig personell møter pasienten med omsorg og respekt. Videre fremheves tiltak som kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon, hvor kontinuerlig observasjon refererer til at pasienten har kontinuerlig oppfølging, og ikke er alene eller uten tilsyn for selv de enkleste gjøremålene. Dette tiltaket er påkrevd når selvmordsrisikoen er overhengende (Helsedirektoratet 2008:21). Intervallobservasjon omhandler at personalet observerer pasienten hyppig og mellom bestemte intervaller. Dette brukes når pasienten ikke vurderes til å trenge kontinuerlig observasjon, men fremdeles anses å lide av mildere suicidalproblematikk.

Det fjerde forholdet jeg vil trekke frem er *Forebygging av selvmord etter utskrivning fra døgnenheter i psykisk helsevern* som i følge Helsedirektoratet (2008:23)

”innebærer at spesialisthelsetjenesten legger til rette for å sikre kontinuitet i overgangen mellom ulike behandlingsnivåer og for å hindre at pasienter faller ut av behandlingen. Pasientene bør vite at noen følger dem opp og hvor de kan ta kontakt ved behov”.

Dette bygger i stor grad på en forståelse av at det er forhøyet risiko for selvmord den første tiden etter utskrivelse fra døgnenhet (ibid.). Videre spiller distriktpspsykiatrisk senter (DPS) samt ulike tjenester i kommunen, herunder fastlege eller psykisk helsearbeider, en viktig rolle når pasienter blir utskrevet fra psykisk helsevern (Helsedirektoratet 2008:24)

Det siste forholdet jeg vil trekke frem i denne sammenheng er *kronisk suicidalitet*. Dette er tilstand hvor selvmordstanker og –planer hos enkelte pasienter kan være mer eller mindre konstante (Helsedirektoratet 2008:25). Blant denne pasientgruppen blir det ansett som viktig å etablere en langsiktig behandlingsplan og behandlingsallianse for å kunne endre pasientens grunnlidelse, øke mestring og således redusere risikoen for selvmord (ibid.). I forlengelsen av dette legges det vekt på at pasienter med kronisk suicidalitet bør få en langsiktig individuell

¹³http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6342&List_6212=6218:0:25,6361:1:0:0::0:0

tilpasset plan, og Paris (2010) hevder at hos kronisk suicidale er ikke selvmordstanker et episodisk fenomen, men noe som vedvarer i år. I forskningslitteraturen vektlegges det at denne pasientgruppen bør behandles poliklinisk, da innleggelse i sykehus kan virke mot sin hensikt (Paris 2010:3). I Retningslinjene argumenteres det spesielt for at samarbeid mellom de ulike behandlerne og behandlingsinstansene er viktig blant denne pasientgruppen, da dette vil kunne redusere faren for at disse pasientene blir «kasteballer» i systemet.

Walby og Ness (2012) hevder at et viktig resultat av utgivelsen av Retningslinjene har vært en betydelig økt oppmerksomhet rundt alle de vanskelige fenomenene knyttet til suicidalitet i psykisk helsevern. Retningslinjene har også bidratt til å styrke oppmerksomheten og interessen for klinisk suicidologi i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern nasjonalt (ibid.).

1.5 Forskningslitteratur på feltet

I den senere tid har forholdet mellom pasientsikkerhet og sikkerhetskultur fått stadig større oppmerksomhet. Forskningen tilknyttet sikkerhetskultur har tradisjonelt funnet sted innen komplekse industrier som kjernekraftverk, kjemisk industri og luftfart. Olsen (2007) hevder at det har vært forsket lite på sikkerhetskultur og arbeidspraksis som angår pasientsikkerheten i helsevesenet, og fremhever i forlengelsen av dette at det foreligger lite kunnskap om hvor god eller dårlig sikkerhetskulturen faktisk er i helsevesenet. Olsen (2007) har gjennom en spørreundersøkelse blant helsepersonellet ved Stavanger universitetssjukehus målt sikkerhetskulturen ved sykehuset. Funn fra hans studie viser at norske helsearbeidere betraktet sikkerhetskulturen som dårligere enn amerikanske helsearbeidere. Dette ble blant annet satt i sammenheng med at nærhendelser i liten grad ble rapportert. I et sikkerhetskulturperspektiv blir rapportering ansett som særlig viktig da det er en forutsetning for å kunne lære av uønskede hendelser. At organisasjoner har evne til å lære er et vesentlig trekk med det som kjennetegner en god sikkerhetskultur (Reason 1997). Når det gjaldt de ansattes oppfattelse av pasientsikkerheten ved sykehuset varierte dette mellom de ulike klinikkene og faggruppene, og studien viste at 50 % av de ansatte mente pasientsikkerheten var meget god eller fremragende, mens vernepleiere, sykepleiere og spesialistsykepleiere var den arbeidsgruppen som mente at pasientsikkerheten var dårligst (Olsen 2007). I tillegg viste funn fra studien at en del av utfordringene tilknyttet pasientsikkerheten ble satt i sammenheng med at det kan være vanskelig å samarbeide mellom avdelinger og at erfaringsoverføring dermed vanskeliggjøres. Forskning på de ansattes opplevelse av pasientsikkerhet er, slik jeg ser det veldig viktig, da det gir en indikasjon på ansattes opplevelse om hvorvidt pasienter utsettes for

unødig skade når de er i kontakt med helsevesenet. Som studien til Olsen (2007) illustrerer, ble samarbeid mellom avdelinger og erfaringsoverføring ansett som utfordringer med pasientsikkerheten. Overført til min studie kan man stille spørsmål med om hvorvidt de ulike psykiatriske enhetene og avdelingene kommuniserer og lærer av hverandre når det skjer uønskede hendelser? Som tidligere nevnt argumenteres det for at en økning i selvmordsraten kan ses som et resultat av bedre rapporteringssystemer. I forlengelsen av dette kan en spørre om også nestenhendelser og uønskede hendelser som selvmord i større grad rapporteres inn nå enn før?

Det har ikke lyktes å finne noen forskningsbidrag som direkte kobler sikkerhetskultur og/eller systemperspektiv opp til selvmord, slik jeg i oppgaven har valgt å forholde meg til selvmord. Derimot finnes det et bredt spekter av forskningslitteratur på feltet som omhandler selvmordsforebygging. Selvmordsforebyggende arbeid har i følge Retterstøl m.fl. (2002) ingen lange tradisjoner, og sett i et historisk perspektiv skriver alle systematiserte, forebyggende tiltak seg tilbake til det 20. århundre (Retterstøl m.fl. 2002:297). Rapporten ”Patient safety in mental health” utarbeidet i Canada (2008) er det nærmeste bidraget jeg har funnet som er relevant i denne sammenheng. I rapporten identifiseres en rekke utfordringer relatert til pasientsikkerhetsarbeidet i psykiatrien. Det legges vekt på at pasientsikkerhet i psykisk helse møter mange av de samme utfordringene i forhold til pasientsikkerhet som somatikken møter, for under begge feltene blir uønskede hendelser relatert til feilmedisinering, feilbehandling og feildiagnostisering. I tillegg argumenteres det i rapporten for at pasientsikkerhet i psykisk helsevern er mer komplekst, da aspekter som skjerming, bruk av tvangsmidler for psykisk syke og selvskading er hyppig utbredt. De skisserte forholdene bidrar med å synliggjøre at psykisk helsevern møter mange utfordringer i det selvmordsforebyggende arbeidet, og det blir interessant å forfølge i analysen hvilke utfordringer helsepersonellet på akutenheten møter i forhold til selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Og kanskje mer viktig; hvordan blir disse utfordringene forsøkt løst?

Innen suicidologisk forskning vektlegges det at man bør tenke bredspektret i selvmordsforebyggingen. Dette støttes av Schjelderup m.fl. (2009:344) som hevder at *“selvmordsforebygging må forstås som en samfunnsoppgave som krever innsats fra mange personer og faggrupper.”* I det ligger en antakelse om at ingen profesjoner eller institusjoner kan forebygge selvmord alene. (ibid.). Linehan (2008) hevder at offentlige helsetjenester ikke har lyktes i å forebygge selvmord og selvmordsforsøk. I forlengelsen av dette hevder hun at

”The reason for this failure are undoutedly complex (...). a major factor is the absence of empirically supported interventions for the prevention of suicidal behaviour.” (Linehan 2008:483). Dette maler et bilde av at selvmord er et kompleks fenomen, og ikke bare noe som angår helsevesenet. Dette reiser spørsmålet om hvor helsevesenets grenser går i forhold til det selvmordsforebyggende arbeidet?

Ett av de viktigste bidragene i det selvmordsforebyggende arbeidet i den senere tid er innføringen av ”De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord”, som vi var inne på i forrige avsnitt. Et av de viktigste innsatsområdene med retningslinjene er å gjøre helsepersonell mer kompetente, effektive og trygge (Walby og Ness 2012). I forlengelsen av dette har en rekke studier tatt opp implementeringen av retningslinjene, med vekt på hvordan og hvilke utfordringer som er møtt under implementering. Sørums (2012) har i sin masteroppgave i psykososialt arbeid skrevet om selvmordsforebygging i akutteam ved DPS (Distriktpsykiatrisk senter). Han har ved å benytte fokusintervju intervjuet tre grupper bestående av fire personer som jobber i DPS akutteam. Funn fra hans studie viser at intervjupersonene hadde god kjennskap til de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, men at de opplevde at sykehusets interne prosedyrer ikke var i samsvar med disse retningslinjene. Dette gjaldt kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, opplæring, dokumentasjon, ledelsesforankring og veiledning av leger og psykologer. I tillegg uttrykte informantene i studien bekymring for at ekstravakter uten opplæring hadde blitt sendt ut ved enkelte anledninger for å møte potensielt selvmordstruende mennesker (Sørums 2012:5). Selvmordevaluering er et sentralt moment for å forebygge selvmord, og overført til min studie kan man stille spørsmål med hvorvidt kvalifisert personell evaluerer selvmordsfaren. Samt hvordan eventuelle interne prosedyrer står i forhold til de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord? Hvordan retningslinjene er implementert på akuttenheten kan bidra med å synliggjøre viktige trekk ved kulturen, noe som kan ha betydning i forhold til sikkerheten til pasientene.

Walby og Ness (2012) har gjennom en spørreundersøkelse av ti klinikkledere (8 respondenter) i Helse Sør-Øst undersøkt erfaringer med bruken av de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord. Hovedinntrykkene fra studien viser at retningslinjene i stor grad er kjent og brukt blant de ansatte i. I tråd med studien til Sørums (2012) hevder Walby og Ness (2012) at det kan tyde på at det er mer fokus på vurdering og håndtering av suicidalitet i psykisk helsevern etter at de nasjonale retningslinjene kom. I

forlengelsen konkluderer Walby og Ness (2012:21) med at ”*utgivelsen av de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern har medført en betydelig grad av økt oppmerksomhet og forhåpentligvis mer fokus på problemet, tryggere helsetjenester og mer kompetanse blant helsepersonell.*” Interessant er det at både studien til Walby og Ness (2012), og studien til Sørnum (2012) bidrar med å tydeliggjøre at selvmordsforebygging har fått økt oppmerksomhet i psykisk helsevern. Når samtidig tall viser at selvmordsraten har økt, er det interessant i analysen å forfølge hva helsepersonellet ved akutteneheten mener er grunnen til at det skjer selvmord.

1.6 Oppgavens struktur

Oppgaven har i alt seks kapitler, og i dette innledende kapitlet har formålet vært å gi en innføring i oppgavens tematikk og forskningsfelt. Her har jeg spesielt plassert problemstillingen i en forskningsteoretisk og samfunnsmessig sammenheng, samt gjort rede for de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord. I kapittel 2 som jeg har kalt ”Teori”, vil jeg redegjøre for den teorien jeg har valgt for å belyse problemstillingen. Her vil hovedfokusset være på redegjørelse av kultur, organisasjons- og sikkerhetskultur. Men vil også omhandle ha helsevesenet som sosio-teknisk system. I kapittel 3 vil jeg redegjøre for hva jeg anså som det mest adekvate metodiske verktøyet for å svare på problemstillingen. I kapittel 4 og 5, som er oppgavens hjerte, vil jeg presentere og analysere empirien. I kapittel 6 vil jeg diskutere funnene i forhold til teorien, samt komme med en avsluttende bemerkning.

Kapittel 2. Teori

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for den teorien jeg anser som mest relevant i forhold til problemstillingen. Forskningslitteraturen tilknyttet sikkerhet og hvordan man kan hindre uønskede hendelser i å oppstå, er et bredt felt. Ambisjonen med dette kapitlet er å presentere og diskutere både en kulturell tilnærming og en system tilnærming til sikkerhet, som kan bidra med å vise hvorfor uønskede hendelser som selvmord skjer i helsevesenet. Med bakgrunn i en antakelse om at sikkerhet i stor grad kan relateres til kultur, vil jeg starte kapitlet med en redegjørelse av kulturbegrepet. Deretter vil jeg gå nærmere inn på organisasjonskultur- og sikkerhetskulturbegrepet, samt skissere noen sentrale forhold som sikkerheten ofte kan komme i konflikt med, før jeg avslutningsvis gir en presentasjon av en systemtilnærming til pasientsikkerhet. Hensikten med kapitlet er å klargjøre en teoretisk forståelse slik at en ut fra disse tilnærmingene vil kunne få en forståelse av hvilke indikatorer og mekanismer som har betydning for hvorfor selvmord i psykisk helsevern skjer.

2.1 Kultur

Hvordan kan man styre sikkerheten og risiko i organisasjoner? Spørsmålet er sentralt innen ulike fagdisipliner som psykologi, sosiologi, samfunnssikkerhet og økonomi. I de siste årene har organisasjoners evne til å styre sikkerhet i stor grad vært forankret i *kultur*. Kultur kan defineres på mange ulike måter, og i antropologiens første tid var interesse for kultur ensbetydende med interesse for å forstå hva som er spesifikt menneskelig (Hatch 2001:229). Fra en sosiologisk innfallsvinkel defineres kultur som ”... *de virkelighetsoppfatninger, verdier og normer som råder innenfor en gitt gruppe*” (Carlsson 1984). Kultur omhandler dermed et sett av felles delte normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som deles og utvikles av medlemmene innen et system. Bang (1995) hevder i forlengelsen av dette at kultur handler om vår måte å tenke og oppfatte verden rundt oss på. Poenget er at de virkelighetsoppfatningene, verdiene og normene som råder i en gitt gruppe, påvirker individers handlinger og tenkemåter. Når man i denne sammenheng snakker om påvirkning, gir dette assosiasjoner om at kulturen innehar sterke krefter. Dette støttes av Schein (2010), som definerer kultur på følgende måte:

”Culture is an abstraction, yet the forces that are created in social and organizational situations deriving from culture are powerful. Cultural forces are powerful because they operate outside of our awareness.” (Schein 2010:7).

I en slik forståelse blir kultur ansett som sterke ubevisste krefter, som ofte opptrer som selvfølgeligheter blant organisasjonsmedlemmene. Kulturbegrepet inngår i en lang rekke fagområder som nevnt over. Innenfor flere av disse feltene skiller man mellom en fortolkende og en funksjonalistisk tilnærming til kultur (Glendon og Stanton 2000). Skillet mellom de ulike tilnærmingene handler om hvorvidt kultur er noe en organisasjon *har* eller *er*, noe som får konsekvenser for synet på hvorvidt kultur kan endres eller ikke.

Med en funksjonalistisk tilnærming til kultur ses organisasjonskultur som et ideal organisasjoner streber etter for å nå organisasjonens mål og interesser (Glendon og Stanton 2000). I en slik sammenheng blir formålet med organisasjonskulturen å støtte oppunder ledelsens mål og strategier. Dette er en form for ”top-down” tilnærming til kultur, hvor organisasjonskulturen kan anses ses som et styringsverktøy fra ledelsens side. Dette perspektivet legger til grunn at kultur er noe man har, og således kan endres blant annet gjennom påvirkning og endring av atferd. Endring vil i et slikt perspektiv være mulig gjennom kontinuitet, kompetanse og kommunikasjon, hvor lederen har en særlig viktig rolle for hvordan organisasjonskulturen utvikler seg.

Glendon og Stanton (2000) hevder at i en fortolkende tilnærming blir organisasjonskultur definert på følgende måte:

”... an emergent complex phenomenon of social groupings, serving as the prime medium for all members of an organisation to interpret their collective identity, beliefs and behaviours.” (Glendon og Stanton 2000).

Dette representerer et ”bottom-up” tilnærming til kultur, hvor organisasjonskultur i et slikt perspektiv ikke eid av noen grupper i organisasjonen, men ses som et resultat av organisasjonsmedlemmenes samhandling. I et slikt perspektiv blir organisasjonskultur noe man *er*. Med utgangspunkt i en fortolkende tilnærming til kultur vil ikke organisasjonskulturen kunne endres.

I denne oppgaven vil jeg innta et tvisyn i forhold til de ulike tilnærmingene til kultur. Samtidig som det vil bli lagt til grunn at kulturen kan endres, vil det bli tatt hensyn til at kultur er et resultat av organisasjonsmedlemmenes samhandling.

2.1.1 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur er nært forbundet med kultur, og forskjellen beror i stor grad på at organisasjonskultur befinner seg innenfor gitte rammer. I forrige avsnitt skilte vi mellom ulike forståelser av kulturbegrepet. I dette avsnittet skal jeg snevre inn kulturbegrepet og gi en fylldigere beskrivelse av ofte benyttede definisjoner på organisasjonskultur.

Organisasjonskultur er i likhet med kulturbegrepet vanskelig å definere, og det finnes mange definisjoner av fenomenet. Hatch (2001:230) hevder at organisasjonskultur brukes om livsformen i en organisasjon, og organisasjonskultur handler ut fra en slik forståelse om måten organisasjonen lever eller fungerer på. Dette er en vid definisjon, og for å snevre inn definisjonen ytterligere, vil jeg med referanse til Reason (1997) hevder at organisasjonskultur er:

“Shared values (what is important) and beliefs (how things work) that interact with a organization’s structures and control systems to produce behavioural norms (the way we do things around here). Organizational cultures are shaped mainly by shared practices” (Reason 1997:192).

Organisasjonskultur blir i en slik sammenheng sett som en felles forståelse av både hva som er viktig i en organisasjon og hvordan ting fungerer i organisasjoner, i tillegg bidrar organisasjonskulturen med å styre normene og forståelsen av hvordan man handler innenfor en organisasjon. I forlengelsen av dette definerer Guldenmund (2000) organisasjonskultur som ”måten vi jobber på her”. Denne definisjonen bygger på et syn om at organisasjonskulturen omhandler de selvinnlysende reglene som aldri er blitt formulert (Ulstein 1998). Det inkluderer alle ideene, verdiene, regler og normer som preger både hva og hvordan oppgaver ”skal” løses. For eksempel kan dette omhandle hvor mye informasjon helsepersonellet gir om seg selv til pasientene. Ofte er det vanskelig å sette ord på hva som kjennetegner kulturen, da organisasjonskultur oftest er noe ubevisst.

Schein (1992) definerer organisasjonskultur på følgende måte:

”Et mønster av grunnleggende antakelser – oppfunnet, oppdaget, eller utviklet av en gitt gruppe når denne lærer å håndtere sine problemer relatert til ekstern tilpasning eller intern integrering som har fungert slik at disse blir anerkjente, og således lært til nye medlemmer som korrekt måte å oppfatte, tenke, og føle på i relasjon til slike problemer.” (Schein 1992 i Olsen 2010:89).

Til grunn for oppgaven har jeg valgt å forholde meg til definisjonen til Schein, som i likhet med de andre definisjonene, inneholder en forståelse av at organisasjonskultur handler om noe felles eller delt. Styrken til Schein's definisjon er blant annet at organisasjonskulturen ikke anses som statisk, men derimot som dynamisk, forstått på den måten at den utvikles når medlemmene i organisasjonen samhandler med hverandre og omgivelsene. Dette må ikke misforstås dithen at organisasjonskulturen er "flytende", organisasjonskulturen er relativt stabil (Guldenmund 2000). Poenget i denne sammenheng er å synliggjøre at organisasjonskulturen utvikles når medlemmene i organisasjonen samhandler med hverandre og omgivelsene, og kulturen vil kunne utvikles etter hvert som gruppens medlemmer lærer å håndtere eller mestre sine problemer på nye måter. For eksempel er det nærliggende å tro at dersom helsepersonell oppdager svakheter med systemet, for eksempel i forhold til behandlingsmetodene intervallbasert observasjon, så er det grunn til å tro at dette får konsekvenser i forhold til hvordan de senere vil håndtere situasjoner hvor de har pasienter på intervallbasert observasjon. I tillegg vil selve organisasjonskulturen påvirke hvorvidt og på hvilken måte svakhetene ved systemet vil bli gjort noe med innad i organisasjonen. Altså vil spørsmålet om akuttenheten gjør noe med svakhetene med intervallbasert observasjon, avhenge av organisasjonskulturen. På denne måten ses ikke nødvendigvis endringen som et resultat av ledelsens initiativ, men også som et resultat av de ansattes måte å håndtere arbeidsoppgavene på. Slik sett vil organisasjonskulturen kunne endres etter hva organisasjonsmedlemmene oppfatter som riktig, og organisasjonskulturen innehar på denne måten et *læringsaspekt*.

Selv om det finnes et stort antall definisjoner av organisasjonskultur, ser vi i kjernen i de overnevnte teoriene at organisasjonskultur fokuserer på felles meningsinnhold, forståelser, verdier eller kunnskaper som virker retningsgivende og meningsfulle i forhold til eksempelvis løsning av arbeidsoppgaver. Riktignok er organisasjonskulturen avhengig av både fellesskap og mangfold, men det er verdt å merke seg at mens organisasjonskultur gir rom for likhet, støtter den også opp under og baserer seg på forskjeller (Hatch 2001:230). I en slik forståelse kan det operere ulike *subkulturer* innen en organisasjon, for eksempel kan det innenfor ulike avdelinger ved et psykiatrisk sykehus være ulike og til dels motstridende organisasjonskulturer. Blant annet kan det tenkes at nye sikringstiltak ganske raskt kan bli akseptert og implementert på noen enheter, mens de samme sikringstiltakene blir forkastet,

eller i stor grad motarbeidet på andre enheter. Dette tydeliggjør at organisasjonskulturer består av hva Guldenmund (2000:223) betegner som *various aspects*:

”which means that several, different cultures or climates can be distinguished within an organisation.”

Som vi ser er dermed ikke organisasjonskulturen enhetlige, men kan ha ulike subkulturer med særpreg og mangfold. Jeg har ikke til hensikt å gå nærmere inn på dette her, begge fenomenene, subkultur og organisasjonskultur, innebærer en forståelse av at det har utviklet seg et felles sett av handlingsmønstre og virkelighetsoppfatninger som danner basis for gruppemedlemmenes handlinger.¹⁴ Poenget her er å synliggjøre at de ansatte i en organisasjon er preget av den rådene organisasjonskulturen i den organisasjonen de er ansatte i, hvor organisasjonskulturen får stor betydning både for hvordan de ansatte tenker og handler i forhold til det selvmordsforebyggende arbeidet.

2.1.2 Sikkerhetskultur

Sikkerhetskultur kan forstås som en del av organisasjonskulturen, som påvirker ansattes holdninger og atferd knyttet til organisasjonens sikkerhetsarbeid (Mohamed 2003 i Olsen 2010:90). Sikkerhetskultur faller i likhet med organisasjonskulturbegrepet og kulturbegrepet innunder ulike fagdisipliner. Slik sett finnes det et mangfold av definisjoner, og hva som legges i begrepet avhenger av faglig ståsted. Tradisjonelt har sikkerhetskultur-begrepet vært forbeholdt studier innen ’hazard industries’ som kjernekraftverk og luftfart, men i forsøket på å forbedre pasientsikkerheten, både i Norge og i andre land, har flere tatt til ordet for å inkludere og implementere sikkerhetsstyringsmetoder fra industrien og inn i helsevesenet (Flin 2007). Spesielt har sikkerhetskulturbegrepet vært sentralt i denne sammenheng (ibid.).

Sikkerhetskulturen i en organisasjon eller virksomhet er viktig for å forstå hvilke særtrekk som kan bidra til et større eller mindre fokus på sikkerhet. Verdier, forståelse av hvordan oppgaver skal utføres, organisasjonsstruktur, sanksjonsmekanismer og normer for atferd er noen av faktorene som kan bidra til forståelse av kulturen i en organisasjon. Med utgangspunkt i Scheins definisjon av organisasjonskulturbegrepet hevder Guldenmund (2000) at det ikke er behov for en egen definisjon av sikkerhetsbegrepet. Dette begrunner han med at de elementære forutsetningene Schein legger til grunn i definisjonen, også er bestemmende

¹⁴ For en fylldigere redegjørelse og diskusjon om subkulturer gå til f. eks. Hatch (2001:250-256).

for organisasjonens oppfatning og håndtering av sikkerhet. I forlengelsen av dette gir han følgende definisjon på sikkerhetskultur:

“Safety culture is defined as those aspects of the organisational culture which will impact on attitudes and behaviour related to increasing or decreasing risk”
(Guldenmund 2000:251).

Dette perspektivet forklarer sikkerhetskultur mer generelt som de aspektene ved organisasjonskulturen som har innflytelse på holdninger og handlinger relatert til risiko. Med aspekter tenkes det her på de verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som eksisterer innad i organisasjonen og som har innflytelse på organisasjonsmedlemmenes atferd relatert til sikkerhet. Guldenmund (2000) ser dermed sikkerhetskultur som en mer ”spesialisert” del av organisasjonskulturen som er relatert til sikkerhet. En mer inngående definisjon av sikkerhetskultur er gitt av Pidgeon (2010), som definerer sikkerhetskultur som:

”A safety culture is a set of assumptions, and their associated practices, which permit beliefs about danger and safety to be constructed. Such a culture is itself created and recreated as members repeatedly behave and communicate in ways which seem to them to be natural, obvious and unquestionable, and such will serve to construct a particular version of risk, danger and safety” (Pidgeon 2010).

Pidgeon (2010) setter her sikkerhetskultur i sammenheng med grunnleggende antakelser som påvirker handlinger og syn på risiko, farer og sikkerhet. Disse antakelsene blir i følge denne definisjonen tatt for gitt blant organisasjonsmedlemmene og blir betraktet som noe naturlig, selvfølgelig og udiskutabelt. Når jeg i det følgende bruker begrepet sikkerhetskultur er det i forhold til Reasons (1997) definisjon, som definerer sikkerhetskultur som:

”Sikkerhetskulturen i en organisasjon er produktet av individets og gruppens verdier og holdninger, av kompetanse og atferdsmønstre som viser forpliktelse og dyktighet i forhold til organisasjonens helse-og sikkerhetsprogrammer. Organisasjoner som har en positiv sikkerhetskultur er kjennetegnet ved at kommunikasjon bygger på gjensidig tillit, felles oppfatning om betydningen av sikkerhet, og med tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt”
(Reason 1997:194).

Definisjonen til Reason viser at sikkerhetskultur må ses som et samspill mellom individuelle og kollektive oppfatninger, holdninger og egenskaper ved organisasjonen relatert til sikkerhet. Sikkerhetskultur vil i en slik forståelse omhandle i hvilken grad ansatte i organisasjoner jobber og samhandler for å bedre sikkerheten i det daglige arbeidet. Bruk av begreper som ”gruppe” og ”felles” gir uttrykk for at sikkerhetskultur er mer enn summen av enkeltindividenes handlinger. Dette er i tråd med Aven m.fl. (2004:33-34) som hevder at ”sikkerhetskultur må sees som et samspill mellom individuelle og grupperes oppfatninger, holdninger og egenskaper ved organisasjonen. Sikkerhetskulturen handler om den kollektive forståelse av hva som er farlig og hvordan en bidrar til å redusere farene”. Sett i en slik sammenheng blir sikkerhetskultur forstått som kollektiv praksis relatert til risikoer. I forhold til selvmordsproblematikken i psykisk helsevern vil selvmordsforebygging i en slik sammenheng kunne ses som et resultat av den kollektive praksisen relatert til selvmord. Poenget er at sikkerhetskulturen i en organisasjon eller virksomhet er viktig for å forstå hvilke særtrekk som kan bidra til et større eller mindre fokus på sikkerhet.

2.1.3 Sikkerhetsklima og sikkerhetskultur

I faglitteraturen har det vært en stor debatt om definisjonene og differensieringen mellom begrepene sikkerhetsklima og sikkerhetskultur. Noen argumenterer for at det ikke er et skille mellom de respektive begrepene, og hevder at det kun eksisterer et kunstig skille mellom organisasjonskultur og organisasjonsklima, da de begge er generelle og omfavner vide fenomener (Olsen 2010). Andre behandler begrepene som ulike begreper. Før vi går nærmere inn på denne diskusjonen er det på sin plass med en definisjon av begrepet sikkerhetsklima. Williamson et al. (1997:16) har gitt følgende definisjon:

”a summary concept describing the safety ethic in an organisation or workplace which is reflected in employees’ beliefs about safety and is thought to predict the way employees behave with respect to safety in that workplace”.

Brukt på denne måten omhandler klimabegrepet de ansattes sikkerhetsetiske virkelighetsoppfatningene, som vil forutsi hvordan de ansatte handler med referanse til sikkerhet. Slik sett er ikke sikkerhetsklima ulik sikkerhetskultur slik det er gjort rede for tidligere, da begge definisjonene tar utgangspunkt i at de respektive fenomenene virker meningsskapende i situasjoner, og angir retning for hvordan ting skal fortolkes, og hva som

skal gjøres i forhold til sikkerhet på arbeidsplassen. Imidlertid ses ofte sikkerhetsklima som noe mindre enn sikkerhetskultur, og når vi betrakter Flin (2006:109) sin definisjon av sikkerhetsklima får vi følgende definisjon:

”sikkerhetsklima er overflaten til den underliggende sikkerhetskulturen, inkludert ansattes oppfatninger av prosedyrer og atferd i eget arbeidsmiljø og den prioritering som blir gitt til sikkerhet i forhold til andre organisasjonsmål.”
(Flin m.fl. 2006:109).

I en slik sammenheng snevres sikkerhetsklima inn til bare å bli forstått som en liten del av sikkerhetskulturen. Flin (2007:656) hevder i forlengelsen av dette at forskjellen mellom de respektive begrepene er at sikkerhetskulturbegrepet er mer komplekst og mindre medgjørlig enn begrepet sikkerhetsklima.

Vi kan ikke her behandle spørsmålet om sikkerhetskultur og sikkerhetsklima på en uttømmende måte. I denne fremstillinga har jeg valgt å ikke skille mellom sikkerhetsklima og sikkerhetskultur, men heller behandle dem som ensbetydende begreper. Olsen (2010:91) inntar en lignende holdning når han hevder at en positiv sikkerhetskultur og sikkerhetsklima kjennetegnes av følgende faktorer:

- Ledelsen vektlegger sikkerhet på alle nivåer i organisasjoner
- Ansatte benytter aktivt rapporteringssystem for å lære av ønskede hendelser
- Læring og kommunikasjon om pasientsikkerhet skjer i og på tvers av avdelinger.
- Ansatte bidrar til godt samarbeid, og at pasientsikkerhet prioriteres i praksis.
- Uønskede hendelser gir ikke grunnlag for å straffe ansatte, men brukes til å finne bakenforliggende årsaker som kan utbedres.

2.1.4 Kjennetegn ved sikkerhetskulturen

I avslutningen av forrige avsnitt ble det fremstilt fem karakteristiske trekk som Olsen (2010) hevdet kjennetegnet positiv sikkerhetskultur og sikkerhetsklima. Disse faktorene er i overensstemmelse med de forholdene som Reason (1997) hevder karakteriserer en sikkerhetskultur. I følge Reason (1997) er en ideell sikkerhetskultur:

”... the engine that continues to propel the system towards the goal of maximum safety health, regardless of the leadership’s personality or current commercial concerns. Such an ideal is hard to achieve in the real world, but it is nonetheless a goal worth striving for.” (Reason 1997:195).

Her legges det vekt på at sikkerhetskulturen betraktes som en *sikkerhetsmotor* i systemet og som bidrar med å drive systemet mot målet om maksimal sikkerhet, uavhengig av ledelsens personlighet eller dagens kommersielle hensyn. I forlengelsen av dette er et sentralt poeng at styrken i sikkerhetsmotoren er en kontinuerlig respekt for de mange feil som kan oppstå og bryte sikkerhetsbarrierene, hvor det er et viktig poeng å ”ikke glemme å være redd” (Reason 1997). Med dette menes at man hele tiden må være bevisst på hvilke farer som kan oppstå, selv om farene og uønskede hendelser sjeldent skjer.

I forlengelsen av dette fremhever Reason (1997) at en sikkerhetskultur er en *informert kultur*. En informert kultur som fenomen omhandler at organisasjonen innhenter, analyserer og formidler informasjon fra både ulykker, men også om hendelser (nestenulykker), i tillegg til at den gjennomfører proaktive tiltak som sikkerhetsrevisjoner og undersøkelser av sikkerhetskultur (Reason 1997:195). En informert kultur består i følge Reason (1997) av fire delkulturer. En sikkerhetskultur må i følge Reason (1997) ha en *rapporteringskultur*. Her er den sentrale antakelsen at alle sikkerhetsinformasjonssystemer avhenger av at alle som er i direkte kontakt med farene deltar aktivt gjennom å rapportere feil og nesten-hendelser. En effektiv rapporteringskultur forutsetter at det eksisterer en ”no-blame” kultur, hvor en sentral antagelse er at det må eksistere en atmosfære av tillit hvor mennesker oppmuntres til å gi essensiell sikkerhetsrelatert informasjon. Dette er sentrale aspekt som inngår i hva Reason (1997) betegner som *rettferdighetskulturen*. Sentralt i denne tankegangen er at ledelsen behandler hendelsesrapporter og impliserte personer på en rettferdig måte, men hvor det også er en linje mellom akseptabel og uakseptabel oppførsel. Den tredje delkulturen som Reason (1997) mener kjennetegner en sikkerhetskultur, er en *fleksibel kultur*. Sentralt i denne sammenheng er at organisasjonen har evne til å endre seg både praksis og i forhold til krav fra omgivelsene og drive forebygging gjennom opplæring og trening. I tillegg inngår *læringskultur* som et viktig kjennetegn med sikkerhetskulturen. En læringskultur innebærer at organisasjonen evner til å lære fra rapporterte hendelser slik at sikkerheten kontinuerlig forbedres. I følge Reason (1997:196) må:

”An organization must possess a learning culture – the willingness and the competence to draw the right conclusions from its safety information system, and the will to implement major reform when their need is indicated.”

I forhold til det å være en lærende sikkerhetskultur, må feil oppdages og korrigeres.

Sikkerhetskultur vil i en sykehussammenheng handle om holdninger til pasientsikkerhet, kunnskap om pasientsikkerhet og synspunkter på sikkerhetstenkningen i egen organisasjon.

Hvordan en organisasjon behandler sikkerhetsmessig informasjon på, har stor betydning for hvordan organisasjonen lærer og endrer atferd på grunnlag av observasjoner og uønskede hendelser (Reason 1997). Reason (1997) viser med referanse til Westrum (1992) hvordan ulike typologier av organisasjonskulturer har betydning for hvordan sikkerhetsmessig informasjon blir behandlet på. Sentralt i teorien til Westrum er en antagelse om at måten informasjon blir møtt på har stor betydning for sikkerheten og i forebyggingen av uønskede hendelser. I figur 4 gjengis Westrums kulturtypologier i Reason (1997:38). Som vi ser av figuren differensierer Westrum mellom tre respektive organisasjonskulturer, patologisk-, byråkratisk- og generativ kultur. Typologiene er basert på hvordan sikkerhetsrelevant informasjon blir behandlet i en organisasjon. I det følgende fremstillingen vil fokuset være på en patologisk kultur og en generativ kultur.

Patologisk kultur	Byråkratisk kultur	Generativ kultur
<ul style="list-style-type: none"> • Ønsker ikke å vite • Budbringere blir skutt • Ansvar unnvikes • Feil blir straffet eller undergravet • Nye ideer blir aktivt motarbeidet 	<ul style="list-style-type: none"> • Finner ikke alltid ut • Budbringere blir hørt dersom de dukker opp • Ansvar oppsplittet • Feil medfører reparasjon lokalt • Nye ideer representerer ofte et problem 	<ul style="list-style-type: none"> • Søker aktivt etter informasjon • Budbringere blir opplært og belønnet • Ansvar deles • Feil fører til omfattende reformer • Nye ideer ønskes velkommen

Figur 4: Westrums kulturtypologier (Kilde: Westrum (1992) i Reason (1997:38)).

Som vi ser av figur 4, vil en *patologisk organisasjonskultur* kjennetegnes av å være unnvikende når det gjelder ny informasjon. Blant annet kommer dette til uttrykk ved at nye

ideer blir motarbeidet, budbringere blir skutt og feil blir straffet eller undergravet. Denne formen for organisasjonskultur vil kunne få store konsekvenser i forhold til hvorvidt nesten hendelser og feil blir rapportert, og som vi har sett på tidligere er rapportering av uønskede hendelser et viktig trekk ved sikkerhetskulturen (Aase og Wiig 2010:99). En studie utført av Aase m.fl.¹⁵ viser at underreportering i helsevesenet er et betydelig problem. Redsel for sanksjoner og skadeomfang påvirker hvorvidt hendelser blir rapportert av helsepersonell (Walker 1998 i Storli 2008). Leape (1994) knytter dette opp i forhold til kjennetegn med den medisinske kulturen, hvor leger og helsepersonell blir sosialisert inn i en kultur hvor feilfri praksis er det retningsgivende og feil er uakseptabelt.

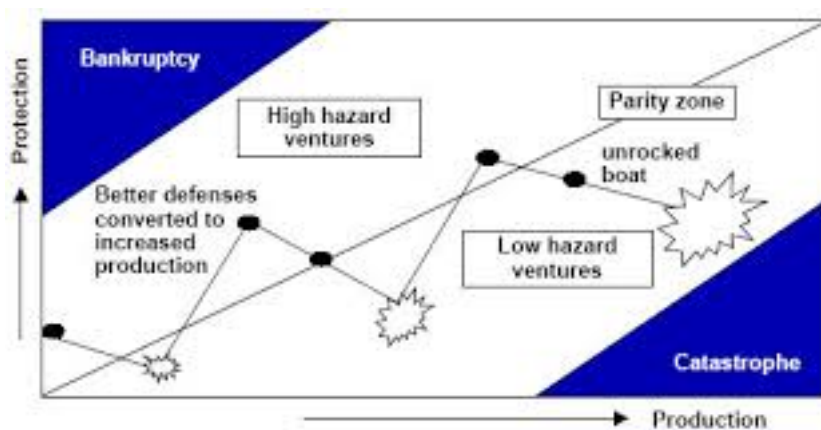
Dersom vi vender tilbake til eksemplet om at helsepersonellet oppdager svakheter med behandlingstiltaket intervallbasert observasjon, så vil ikke dette bli utbedret i en patologisk kultur hvor den som kommer med informasjonen blir ”skutt”. I en slik kultur er det ikke en gang sikkert noen sier i fra i redsel for sanksjoner. Det er dermed tydelig at både en patologisk og byråkratisk kultur står i motsetning til en god sikkerhetskultur og til et viktig sikkerhetsfokus. Med en generativ organisasjonskultur kunne det dermed tenkes at budbringeren hadde både blitt belønnet og opplært, hvor endringene i dette perspektivet kunne medført omfattende reformer. Med utgangspunkt i et ønske å innhente informasjon, må organisasjoner tilstrebe de karakteristiske trekkene ved en generativ organisasjonskultur. En *generativ organisasjonskultur* er idealet og er grunnleggende forskjellig fra en patologisk kultur. I en slik forståelse vil fokuset være på sikkerhet, og på denne måten blir helsepersonellet i ”den skarpe enden” mer delaktig og selvstendig i det forebyggende arbeidet, og sikkerhet kan således ses som et samspill mellom ansatte i ”den skarpe enden” og ledelsen.

2.1.5 Sikkerhet vs. økonomi

Reason (1997) anerkjenner at et ideal om en god sikkerhetskultur er vanskelig å oppnå i den virkelige verden da ”*valg av sikkerhetstiltak ofte vil bli avvendt opp mot økonomiske og tidsmessige hensyn, og organisasjonens sikkerhetskultur vil kunne virke avgjørende for om en velger snarveier og lettvinte løsninger på bekostning av målene for sikkerhet*” (Aven m.fl. 2004:33-34). Et aktuelt forhold kan eksempelvis være avveiningen mellom økonomi og ressursfordelinger i helsevesenet, og blant sykehusene i et helseforetak. I forbindelse med nedleggelse av psykiatriske avdelinger, reiser flere spørsmålstegn ved hvorvidt oppmerksomheten i Helsevesenet er på å drive med overskudd og holde budsjettene, fremfor å skaffe nok sengeplasser til pasientene i psykiatrien? Poenget til Reason (1997) er at

¹⁵ <http://www.forskning.no/artikler/2006/september/1159443081.5>

sikkerhet konkurrerer med andre mål i organisasjonen, som for eksempel økonomi og effektivitet. Ofte tenderer økonomiske faktorer å gå på bekostning av sikkerheten, noe som er en betydelig medvirkende faktor til at ulykker skjer. Forståelsen av at forholdet mellom økonomi og sikkerhet kan være medvirkende til at det skjer ulykker kan fremstilles gjennom Reasons (1997) teori om ”unrocked boat”. For å beskrive teorien vil jeg ta utgangspunkt i figur 5, som er en illustrert versjon av ”unrocked boat”. Teorien bygger som tidligere nevnt på en forståelse av at alle organisasjoner er opptatt av økonomi og effektivitet, og da forholdsvis overskudd. Som vi ser av figur 5 settes produksjon opp i mot sikkerhet. ”Parity zone” omhandler den optimale og ideelle balanseringen mellom sikkerhet og krav til effektivitet. Reason (1997) hevder at organisasjonen starter med en grei balanse mellom økonomi og sikkerhet, men etter hvert som tiden går og få ulykker eller nesten hendelser skjer svekkes sikkerhetsmarginene, noe som kan resultere i det Reason (1997) betegner som ”low-cost accident” for eksempel et selvmordsforsøk. Poenget er at denne hendelsen medfører en forbedring i retning av bedre sikkerhet, men dette byttes ut til fordel for økonomiske fordeler frem til en annen, mer seriøs hendelse skjer. Igjen får hendelsen konsekvenser i form av bedre sikkerhet, men også denne forbedrede sikkerheten forvitrer som en konsekvens av en hendelses-fri periode (Reason 1997:5). I forlengelsen av dette hevder Reason (1997) at det til slutt vil resultere i en katastrofe, for eksempel et selvmord.



Figur 5: Unrocked boat (Kilde: Reason 1997).

Reason (1997) legger vekt på at ulykker og sikkerhetstiltak skjer som en konsekvens av blant annet hendelses-frie perioder, sentralt i denne tankegang er at man lett glemmer å være redd ting som sjeldent skjer. Poenget til Reason (1997) er at for å forebygge ulykker, må det drives med kontinuerlig sikkerhetsarbeid.

Etter at innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført som finansieringsordning for sykehusene i 1997, er det grunn til å tro at det også eksisterer et konfliktfylt forhold mellom sikkerhet og økonomi/effektivitet i helsevesenet. Hovedbegrunnelsen for innføringen av ISF var å motivere sykehusene til å behandle flere pasienter, og økonomiske hensyn var et hovedmotiv bak reformen (Lian 2007:93). Som finansieringsordning innebærer ISF at sykehusene får betalt etter hvor mange og hvilke typer pasienter de behandler (Lian 2007). ISF er nært forbundet med Diagnoserelaterte grupper (DRG), som er en klassifisering av pasienter etter hvilken type sykdom, skade eller lidelse pasienten har. Denne ordningen står for 40 % av inntektene til sykehuset, mens de resterende inntektene kommer som tilskudd over statsbudsjettet. En ofte fremhevet mulig utilsiktet virkning av ISF er at det skjer en selektiv behandling av pasienter som er lite ressurskrevende og som gir høy refusjon, forstått på den måten at pasienter som er økonomiske lønnsomme blir opp-prioritert (Lian 2007:96). Med denne bakgrunn kan en kanskje stille spørsmål ved om psykiske lidelser er økonomisk lønnsom eller ikke? Dersom psykiske lidelser ikke er lønnsomme pasienter, vil dette medføre at helsevesenet prioriterer lønnsomme pasienter i somatikken på bekostning av pasienter i psykiatrien? Kanskje kan gevinsten i forhold til å skrive ut pasienter være at man får nye pasienter raskt inn, noe som medfører at sykehuset får mer penger, da flere pasienter blir behandlet. Hvorvidt dette er tilfelle blir bare spekulasjoner, og utenfor oppgavens rammer å svare på. Hensikten med denne delen av teorien har vært å synliggjøre at sikkerhet må konkurrere med andre mål i en organisasjon, hvor økonomiske faktorer ofte vil få forrang foran sikkerheten.

2.2 Den menneskelige faktor

Menneskelig svikt som årsak til ulykker er gjennomgående i de fleste teorier som omhandler hvorfor ulykker skjer i helsevesenet (Reason 2000). I mellom 60-80 % av alle ulykker blir menneskelig svikt ansett som årsakene til ulykkene (Reason 1997, Rasmussen 1997). En kan imidlertid stille spørsmål ved hvorfor disse avvikene skjer? Dette spørsmålet berører kritiske antagelser i mer grunnleggende teorier om årsaker til ulykker, og i det følgende vil jeg diskutere denne problemstillingen når jeg tar utgangspunkt i to ulike perspektiver som Reason (2000) anvender når han problematiserer hvorfor det skjer menneskelige feil i sikkerhetsstyringssammenheng. På den ene siden har vi det jeg valgt å oversette som *persontilnærmingen* og på den andre siden har vi hva jeg har valgt å oversette som *systemtilnærmingen*. Persontilnærmingen blir ofte betraktet som den dominerende tilnærmingen til menneskelig feilhandling (Reason 2000). Den gjennomgående forklaringen til menneskelige feilhandlinger under persontilnærmingen er at feilhandlinger ses som et

resultat av mentale prosesser, forstått på den måten at menneskene i den skarpe enden har vært glemsomme, uoppmerksomme og/eller har dårlig moral (Reason 2000). I et slikt perspektiv vil for eksempel et selvmord kunne forklares ut fra at behandler og miljøpersonale som har fulgt opp pasienten har vært sløve, uoppmerksomme eller på andre måter har dårlig moral. Mottiltak for å forhindre feil fokuserer i følge Reason (2000) på kampanjer som appellerer til menneskers frykttfølelse, disiplineringsmetoder (permittering, advarsler) og ”naming, shaming og blaming” som blant annet omhandler sosiale og uformelle sanksjoner. Tilhengerne av denne tilnæringsmåten tenderer å behandle feil som moralsk anliggende, hvor det antas at dårlige ting hender med dårlige mennesker (Reason 2000). Kritikken mot tilnærmingen settes ofte i sammenheng med at dersom helsepersonell eller andre yrkesgrupper møter sanksjoner når de rapporterer feil eller nesten-hendelser kan dette medføre at det blir vanskelig å være åpen om dette, i tillegg til at det er grunn til å tro at man ikke vil ha tillit til lederne. En forutsetning for å rapportere feil er at det eksisterer tillit (Reason 1999, 2000). En konsekvens av at feil ikke rapporteres er at organisasjonen ikke klarer å forebygge eller å lære av feil.

Tilhengeren av systemtilnærmingen til menneskelige feil tar et annet utgangspunkt enn persontilnærmingen når de hevder at underliggende organisatoriske forhold i større grad er medvirkende til at ulykker skjer (Reason 2000). I denne tilnærmingen er grunnantakelsen at mennesker er feilbarlige og det forventes at feil skjer. I forlengelsen av dette blir feil sett som konsekvenser og ikke som årsaker (Reason 2000). En slik forståelse ser menneskelige feil som en konsekvens av underliggende organisatoriske årsaker eller systemfeil, som tidspress, ufullstendig bemanning og manglende kompetanse, dårlige rutiner og dårlig arbeidsmiljø (Hjort 2000, Storli 2008). Storli (2008:19) viser med referanse til Reason (1995) at ”*alle handlinger i helsevesenet springer ut av et system og en kultur og kan ikke ses isolert*”. I neste delkapittel vil jeg forfølge en del av denne forståelsen, når jeg introduserer en systemteoretisk forståelse til selvmordsproblematikken.

2.3 Systemteori

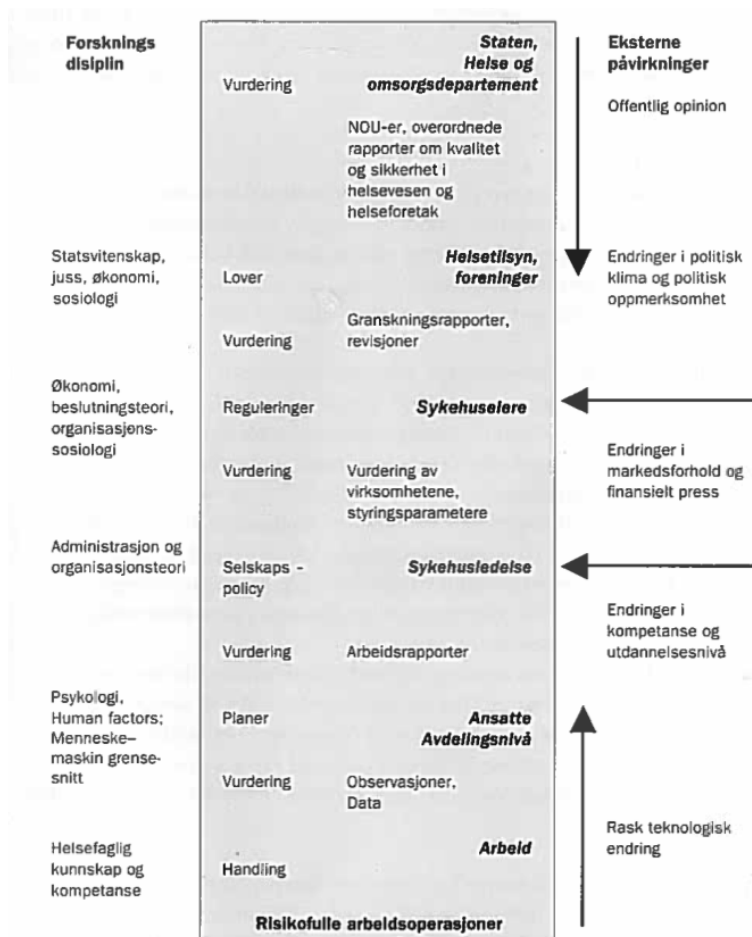
I første del av teorikapitlet så vi på hva betydningen av kultur, med spesiell vekt på sikkerhetskultur, kan bidra med når det gjelder å forstå hvordan og hvorfor uønskede hendelser oppstår, og en sentral tanke var at god sikkerhetskultur langt på vei kan forebygge uønskede hendelser. I det følgende vil jeg introdusere en systemteoretisk innfallsvinkel til

synet på styring av sikkerhet og risiko, og hvordan dette kan bidra med å synliggjøre hvorfor selvmord skjer i psykisk helsevern.

Rasmussen (1997) introduserer begrepet sosio-teknisk system i forbindelse med styring av risiko og sikkerhet i systemer. Begrepet *sosio-teknisk system* viser til en forståelse av hvor vi står overfor et system hvor det er viktig å integrere to forskjellige typer strukturer og prosesser; *tekniske systemer* som er utviklet for å gi pålitelig samhandling mellom brukerne og systemer, og *sosiale systemer* herunder mennesker (Fischer og Hermann 2011). En sentral antagelse er at en helseorganisasjon er kjennetegnet av at det innad i organisasjonen er et samspill mellom mennesker, teknologi og organisering (Kohn 2000 i Høyland 2010). Aase og Wiig (2010:64) argumenterer at

”Norsk helsevesen kan beskrives som et samfunnssystem bestående av ulike hierarkiske nivåer: Stortinget, regjeringen, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket, foreninger, regionale helseforetak, sykehus, klinikker, avdelinger, ansatte og arbeidsoperasjoner som utføres i møtet med pasienten.”

Sentralt i denne tankegangen er at pasientsikkerhet er et resultat av hvordan alle disse aktørene prioriterer og legger til rette for sikkerhetsarbeidet som skal foregå i de konkrete arbeidsoperasjonene ute i ”den skarpe enden” i klinikkene (ibid.). I forlengelsen av dette har Aase og Wiig (2010) med bakgrunn i Rasmussens (1997:185) modell utarbeidet en modell av helsevesenet som sosio-teknisk system, og sentralt i denne tankegang er at alle aktørene, er med på å styre sikkerheten i systemet (Aase og Wiig 2010, Rasmussen 1997). Modellen er gjengitt i figur 6.



Figur 6. Helsevesenet som et sosio-teknisk system (Kilde: Aase og Wiig 2010:65).

Fremstillingen av helsevesenet som et sosio-teknisk system innebærer at de ulike nivåene i modellen, med tilhørende rammebetingelser, utgjør det systemet som styrer risikoen i Helsevesenet (Aase og Wiig 2010:64). Rasmussen (1997:184) fremhever at politikere, ledere, verneombud og arbeidsplanleggere på flere nivå i det sosio-teknisk systemet er involvert i sikkerhetsstyringen gjennom lover, regler og instruksjoner. Disse rammebetingelsene er formaliserte virkemidler som har til formål å kontrollere enkelte risikofylte prosesser og skal i tillegg forsøke å motivere ansatte og operatører, gjennom utdanning og veiledning, samt å begrense deres handlingsrom gjennom regler og utstyrsutforming, for å gjøre deres arbeid sikrere (ibid.).

I forlengelsen av dette forsøker samfunnet på topp å styre sikkerheten gjennom rettssystemet hvor sikkerhet har høy prioritet, men sikkerheten må også konkurrere mot andre forhold som sysselsetting og handelsbalanse. Ved motstridene mål er lovgivningen avgjørende for hvilke prioriteringer som skal gjøres og virker også bestemmende for hva som er akseptable vilkår for mennesker (Rasmussen 1997).

Dersom vi vender tilbake til modellen viser *eksterne påvirkninger* til at systemet på ulike nivå blir påvirket av ytre faktorer, slik som ny lovgivning, endringer i politisk klima og teknologiske endringer (Aase og Wiig 2010:64). Aase og Wiig (2010:64) hevder i forlengelsen av dette at ettersom de ulike nivåene er gjensidig avhengig av hverandre, vil endringer på et nivå ha betydning på de andre nivåene, og således på hele systemet. Dette kan illustreres gjennom implementeringen av de ”Nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord”. Innføringen av retningslinjene kom som et resultat av at selvmord fikk økt politisk oppmerksomhet. Ringvirkningene av implementeringen kan teoretisk sett antas å ha betydning for sykehuseierne og de ekstra bevilgninger sykehuseierne må gi psykiatrien. I tillegg påvirker det de ansatte og hvordan de må blant annet må håndtere og handle når de står overfor selvmordstruende pasienter. Jeg har ikke til hensikt å gå dypere inn på dette her. Poenget har vært å synliggjøre at sett i et sosio-teknisk perspektiv må både det teknologiske og det sosiale systemet samarbeide når det gjelder sikkerheten. Ved å anvende et slikt perspektiv vil forebygging av selvmord berøre aktørene på alle nivåene i modellen, fra lover som fastsettes av Stortinget (helsepersonelloven, pasientsikkerhetsloven etc.) sykehusledelsen som fordeler midler, i tillegg til de ansatte i den ”skarpe enden” som blant annet vurderer og kartlegger selvmordsrisikoen. Selvmordsforebygging blir dermed ikke et forhold som bare angår akutteneheten og det helsepersonellet som jobber der, men noe som angår alle aktørene på alle nivåene i modellen.

Systemteoriens poeng om samhandling på flere nivå er spesielt viktig i forhold til å kunne belyse hvilke faktorer, utenfor de rent kulturelle trekkene, som har betydning for sikkerhetsstyringen i samfunnet. Hensikten i studien er å synliggjøre noen av disse forholdene.

Kapittel 3. Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for den forskningsmetodiske fremgangsmåten jeg har valgt for å svare på problemstillingen. Metodevalget er hovedsakelig basert på hva jeg anså som mest adekvat i forhold til problemstillingen, men økonomiske og tidsmessige begrensninger har også krevd metodiske avgrensninger. Underveis i den metodiske fremstillingen har jeg til hensikt å beskrive den praktiske gjennomføringen av intervjuene, samt skildre og drøfte noen sentrale valg og utfordringer jeg sto overfor i forskningsprosessen. Videre vil jeg reflektere rundt min rolle som forsker, før jeg avslutningsvis vurderer mine data i forhold til metodekravene; troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

3.1 Valg av forskningsmetodisk fremgangsmåte

Det overordnede målet med denne studien er å identifisere hva som kjennetegner det selvmordsforebyggende arbeidet ved en akuttenehet, for å få en *forståelse* av fenomenet selvmord i psykisk helsevern. I denne sammenheng var jeg primært interessert i de ansattes erfaringer, opplevelser og verdier relatert til selvmordsforebygging, for å belyse hvilke utfordringer helsepersonellet møter i det selvmordsforebyggende arbeidet, hvordan utfordringene blir forsøkt løst og hvordan de ansatte opplevde avdelingslederens og enhetsledelsens satsing og holdninger i forhold til det selvmordsforebyggende arbeidet. Tanken bak denne innfallsvinkelen er å få fram en nyansert forståelse av hvordan sikkerhetskultur ved en psykiatrisk enhet kan bidra med å fremme eller hemme pasientsikkerheten ved enheten. For å kunne få mest mulig kunnskap om de ansattes meninger og tanker om disse temaene, var jeg avhengig av et åpent og fleksibelt forskningsdesign hvor jeg kunne gå i dybden på og forfølge det helsepersonellet anså som relevant. Med dette som utgangspunkt var det naturlig for meg å velge et kvalitativt forskningsopplegg. Kvalitativ metode gir ingen entydig fremgangsmåte, men tilbyr et bredt spekter av forskningsstrategier som observasjon, dokumentstudier, bildeanalyse og intervju. Fellestegnet for de respektive forskningsstrategiene er at de egner seg når en ønsker å presentere og analysere mangfold, nyanser og egenskaper ved de fenomener som studeres (Malterud 2003).

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

Med utgangspunkt i en forståelse av at man kan få innsyn i kultur blant annet ved å høre på hva mennesker sier, anså jeg det som rimelig å velge kvalitativt forskningsintervju. Et kvalitativt forskningsintervju blir av Kvale (1997:28) betegnet som:

”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene.”

I forlengelsen av dette legger Kvale (1997) vekt på at et kvalitativt forskningsintervju er en samtale med en struktur og et formål, hvor man får kunnskap om individers erfaringer, følelser og håp, og om den verden de lever i (Kvale 1997). Denne forståelsen av intervju springer ut fra fenomenologien, som er en vitenskapstradisjon som baserer seg på Hussslers filosofi. Sentralt i fenomenologien er at det finnes en mer eller mindre stabil livsverden som forskeren skal avdekke (Järvinen m.fl. 2005:16). Jeg vil imidlertid supplere og kontrastere Kvales forståelse av forskningsintervjuet, med å definerer intervju i retning av et *interaksjonistisk perspektiv*. Denne innfallsvinkelen bryter med det klassiske positivistiske vitenskapssynet, og støtter seg til et *konstruktivistisk* perspektiv på kunnskapsinnhenting. I det ligger en antakelse om at kunnskap som jeg får om fenomenet selvmord i psykisk helsevern, er en konstruksjon av forståelse og mening skapt i møte mellom mennesker i sosial samhandling og noe jeg som forsker selv er aktivt med på å skape (Postholm 2005:21-23, Järvinen m.fl. 2005, Fossåskaret 2005). Thagaard (2002) hevder at i et konstruktivistisk perspektiv blir informasjonen intervjupersonen gir under intervjuet, betraktet som et resultat av hvordan relasjonen mellom informant og forsker utvikler seg. Ved å se intervju i et interaksjonistisk perspektiv blir mening skapt gjennom forskningsdesign og gjennom den konkrete interaksjonen mellom intervjuer og intervjupersonen (Järvinen m.fl. 2005:17). I tillegg vil ikke livshistorier i et slikt perspektiv kun reduseres til refleksjoner av individuell erfaring, men også gi uttrykk for allerede eksisterende kulturelle diskurser (Järvinen m.fl. 2005). I forlengelsen av dette viser Järvinen m.fl. (2005:37) med referanse til Smith (2003:713) at intervju betraktes som vinduer inn til kollektive tankeprosesser. På denne måten vil man gjennom intervju kunne avdekke sentrale kulturelle trekk ved for eksempel organisasjonskulturen. Hovedintensjonen med å velge kvalitative intervju må også ses i sammenheng med at selvmord i psykisk helsevern er et kompleks fenomen, og for å kunne avdekke fenomenet på en tilfredsstillende måte, mener jeg det kvalitative intervjuet er best egnet da det gjør det mulig å kunne gå i dybden og fange opp nyanser. For gjennom å snakke, samhandle, lytte og stille spørsmål får jeg tak i menneskers kunnskap, forståelser og erfaringer (Kvale 1997, Ryen 2006).

Kvalitative intervju kan utformes på ulike måter og med ulik grad av struktur. På den ene siden kan intervjuene ha lite struktur, hvor samtalen styres ut fra forhåndsbestemte tema. På

den andre siden kan intervjuene ha sterk struktur, hvor man under intervjuene tar utgangspunkt i en intervjuguide med fastsatte spørsmål og svaralternativer (Kvale 1997). Valg av forhåndsstrukturering er avhengig av fokus, forskningsspørsmål og utvalgsriterier (Ryen 2002:97). Utgangspunktet for denne studien er derfor en halvstrukturert tilnærming, som innebærer at jeg i forkant av intervjuene hadde utarbeidet en intervjuguide, hvor både temaene og spørsmålene som skulle dekkes underveis i intervjuene var fastlagt på forhånd, men hvor rekkefølgen og svarene var åpne (Kvale 1997:72). Valg av en halvstrukturert intervjuguide muliggjorde åpenhet for forandringer underveis i intervjuene slik at jeg kunne følge opp svarene til intervjupersonene. På denne måten ville jeg ikke bare bevege meg innenfor min egen forforståelse, noe som kan være en fallgrube dersom man følger intervjuguiden for slavisk (Malterud 2003).

Intervjuguiden jeg utarbeidet besto hovedsakelig av fem oppgitte tema med tilhørende spørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet med bakgrunn i problemstillingen og oppgavens teoretiske ramme, der spesielt spørsmål tilknyttet sikkerhetskultur var sentrale¹⁶. I utarbeidelsen av intervjuguiden hadde jeg en forestilling om hva jeg lette etter og hva jeg ønsket å samle informasjon om, likevel hadde jeg ikke full oversikt over feltet, og anså det derfor som viktig å være åpen for at informantene selv kunne komme med innspill og bringe inn elementer jeg ikke hadde tenkt på på forhånd. Med dette som utgangspunkt var det derfor viktig å finne en balanse mellom struktur på den ene siden, og fleksibilitet på den andre siden. Mine erfaringer med intervjuguiden var at den fungerte ganske godt i noen av intervjuene, mens noen av spørsmålene i intervjuguiden fungerte mindre godt i andre intervjuer. Dette tror jeg handlet om at jeg intervjuet personer som hadde forskjellige roller i det selvmordsforebyggende arbeidet.

3.3 Utvalg og rekruttering

Jeg startet rekrutteringen av intervjupersonene i mars 2013 da prosjektet var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).¹⁷ I forkant av rekrutteringen hadde jeg begrenset meg til å undersøke en enhet ved en psykiatrisk avdeling ved et sykehus. I første omgang kontaktet jeg sykehuset, hvor jeg informerte om meg selv og prosjektet. Sykehuset satt meg i kontakt med klinikkjefen ved den psykiatriske klinikken, som deretter formidlet informasjonen om prosjektet videre til avdelingsleder ved akuttavdelingen.

Tanken bak å kontakte klinikkjefen var ønsket om å gå frem på riktig måte og for å få en bekreftelse på at det var i orden at jeg kontaktet akuttavdelingen. Dette anså jeg som viktig da

¹⁶ For en fylldig beskrivelse av intervjuguiden, se vedlegg 3.

¹⁷ Se vedlegg 1.

formaliteter tilknyttet forskningsprosjekt i organisasjoner kan være forskjellig, og ofte vil det være nødvendig med et formelt klarsignal fra høyere hold før man begynner intervjuene (Ryen 2002:81). Videre satt avdelingslederen ved akuttavdelingen meg i kontakt med enhetsleder ved ønsket avdeling. Kriteriene for utvalget ble satt med utgangspunkt i problemstillingen, og hvilke variabler jeg antok ville være sentrale når det gjaldt selvmord i psykisk helsevern (Ryen 2002:86). Siden ansatte ved en psykiatrisk avdeling ofte har ulike arbeidsoppgaver og roller i forhold til oppfølging av psykiatriske pasienter og i det selvmordsforebyggende arbeidet, var det både viktig og ønskelig å ha intervjupersoner med ulike arbeidsoppgaver og roller i det selvmordsforebyggende arbeidet i utvalget. *Stilling* ble dermed kriteriet for spredningen, og under samtale med enhetslederen la jeg vekt på at jeg ønsket å intervju mellom seks og tolv ansatte ved enheten som hadde forskjellig utdanning og roller i det selvmordsforebyggende arbeidet. Hensikten med denne fremgangsmåten var å få et variert utvalg, noe som vil kunne gi mer og variert kunnskap, hvilket er en styrke for å beskrive mangfold, men også for å kunne avdekke ulike tankesett tilknyttet det selvmordsforebyggende arbeidet (Ryen 2002). I tillegg vil en viss variasjon føre til at man ikke bare ender opp med vanlige tilfeller, det vil si at man må søke etter et utvalg som dekker den heterogeniteten som kan finnes i en populasjon som kjennetegnes av en viss homogenitet (Troost i Ryen 2002:85).

Enhetslederen ved "Akutten" fikk en sentral rolle som portåpner i studien. Han videreformidlet informasjonsbrevet til de potensielle intervjupersonene med spørsmål om å delta i studien. Gjennom dette ble det i alt rekruttert åtte personer, noe jeg anså som tilstrekkelig for å svare på problemstillingen og for å kunne reflektere en viss bredde blant deltakerne. I tillegg anså jeg tallet som overkommelig med hensyn til de ressursmessige og tidsmessige begrensningene som var tilknyttet en mastergradsoppgave av dette omfang. På grunn av hensynet til anonymisering har jeg har valgt å utelate både direkte opplysninger og indirekte personidentifiserbare opplysninger (yrke og alder) i datamaterialet. Dette innebærer at jeg har gitt personene, sykehuset, avdelinger, enheten og helseforetaket fiktive navn, i tillegg har jeg valgt å ikke bruke stilling i sammenheng med intervjupersonenes sitater i oppgaven.

3.4 Gjennomføringen av intervjuene

Jeg gjennomførte i alt åtte intervjuer med tre kvinner og fem menn i løpet av uke 16 i 2013. Utvalget besto av enhetsleder, barnevernspedagog, lege i spesialisering, overlege og

psykiatriske sykepleiere. Samtlige av intervjuene ble foretatt ansikt-til-ansikt og hadde en varighet på mellom ca. 30 og 90 minutt. Syv av intervjuene fant sted på et grupperom på akutteneheten, mens ett av intervjuene ble foretatt på kontoret til en av intervjupersonene. Alle intervjuene bortsett fra ett ble tatt opp på bånd og senere transkribert i sin helhet.

Hvor intervjuene skal finne sted er en sentral problemstilling i forskningslitteraturen, da konteksten intervjuet foregår i påvirker innholdet i intervjuet (Järvinen m.fl. 2005). Under intervjuene merket jeg en del av utfordringene med å gjennomføre intervjuene på arbeidsplassen, spesielt viste dette seg å være tilfelle i intervjuet med overlegen, som ble gjennomført på hans kontor. Dette intervjuet ble stadig avbrutt av telefoner som ringte og ansatte som banket på døra. Likevel hadde overlegen en beundringsverdig evne til å ikke la seg forstyrre nevneverdig av dette, da han bare fortsatte å prate og fulgte opp der han slapp etter avbrytelsene. Det var tydelig en mann som var vant til ”multitasking”. I et annet tilfelle følte jeg ikke at jeg fikk etablert noe tillitsforhold til en av intervjupersonene. Slik jeg opplevde intervjupersonen virket vedkommende stresset, og jeg tror en av grunnene til dette kan være nettopp settingen hvor intervjuet fant sted. Slik jeg ser det er det ikke urimelig å hevde at dersom man har en stresset arbeidshverdag, med mye ansvar og gjøremål, vil man kunne ta med seg dette stresset inn i et intervju som finner sted på arbeidsplassen. I etterpåklokskapens lys burde jeg kanskje ha intervjuet vedkommende en annen plass, men hvorvidt dette hadde bidratt til mer pålitelige data er uvisst. Uansett er det rimelig å anta at det ikke finnes nøytrale kontekster, alle settinger påvirker intervjuet i en eller annen form (Järvinen m.fl. 2005, Jacobsen 2005).

Når det gjaldt selve gjennomføringene av intervjuene, startet jeg med å gi både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Intervjupersonene fikk utlevert et informasjonsskriv¹⁸ som både inneholdt kontaktinformasjonen min, de etiske retningslinjene og studiens formål. I tillegg innhentet jeg skriftlig forhåndssamtykke fra intervjupersonene. For å sikre meg alt som ble sagt under intervjuene valgte jeg å bruke båndopptaker, i tillegg vil bruk av båndopptaker gjøre det lettere å konsentrere seg om det intervjupersonen sier ved å innta en lyttende holdning. Likevel valgte jeg å skrive notater underveis, for å notere viktige stikkord som var viktig å følge opp. Før jeg startet båndopptakeren spurte jeg intervjupersonene om det var greit at jeg brukte båndopptaker. De fleste hevdet at dette var greit, mens en av intervjupersonene hadde sterke motforestillinger mot dette. Jeg valgte derfor å ikke bruke

¹⁸ Se vedlegg 2.

båndopptaker under ett av intervjuene. I dette intervjuet var det viktig å skrive gode notater, men i analysen og ellers i oppgaven har jeg valgt å ikke bruke sitat fra dette intervjuet, da jeg er usikker på om dette blir presise sitater. Jeg vil likevel så langt stikkordene holder mål, bruke det intervjupersonen fortalte i analysen.

Thagaard (2002:94) hevder at *”ettersom kvalitativt intervju ofte omfatter personlige temaer som krever fortrolighet for at informanten skal åpne seg, kan rekkefølgen av temaer være avgjørende for hvordan intervjuet forløper”*. I forlengelsen av dette vektlegges det i metodelitteraturen at oppbyggingen av intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene må starte med nøytrale tema som dagligdagse tema eller bakgrunnsforhold (Ryen 2002:100). Jeg startet derfor intervjuene med å be intervjupersonene om å fortelle litt om hva de jobbet med, hvilken utdanning de hadde, samt hvilke arbeidsoppgaver de hadde på enheten og hvor lenge de hadde jobbet der. Deretter introduserte jeg temaer som omhandlet selvmord og selvmordsforebygging, og som var spørsmål som krevde mer refleksjoner fra intervjupersonens side. Jeg opplevde at de fleste intervjupersonene svarte åpent på de spørsmålene jeg stilte, og de virket oppriktig interessert i temaet. Underveis i intervjuene var det viktig å fremstå som en interessert og oppmerksom lytter. Avslutningsvis lot jeg intervjupersonene få mulighet til å komme med tanker, innspill og spørsmål.

3.5 Forskerens rolle

Richards (2005) hevder at det er viktig å reflektere over hvordan data skapes, med spesiell vekt på hvilken betydning jeg som forsker har i denne prosessen. Sentralt i et interaksjonistisk perspektiv på intervjudata, er en forståelse av at forskeren er medskaper underveis i hele forskningsprosessen (Järvinen m.fl. 2005). Som et utgangspunkt for en diskusjon om forskerens rolle i forskningsprosessen, vil jeg ta utgangspunkt i en forståelse av at det kvalitative forskningsintervjuet kan forstås som et sosialt møte, der kunnskap blir produsert gjennom interaksjon mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet (Kvale 1997:75). På denne måten tar jeg avstand fra et positivistisk vitenskapssyn hvor man antar at forskeren observerer nøytralt og får tilgang til en objektiv virkelighet (Ryen 2002). Jeg ønsker i den videre redegjørelsen å reflektere over hvordan jeg som forsker har påvirket forskningsprosessen med spesiell vekt på min forforståelse.

Med forforståelse menes her *”den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet”* (Malterud 2003:46). I ”ryggsekken” ligger våre erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og

teoretisk referanseramme (Malterud 2003:47). Før jeg startet med intervjuene hadde jeg klare forventninger om hva jeg kom til å møte på feltarbeidet. Blant annet hadde jeg forestillinger om at selvmord skjedde relativt ofte på akuttpsykiatriske døgnenheter, i tillegg til at en kulturell tilnærming til problemstillingen ville være tilstrekkelig for å belyse funnene. Realiteten viste seg imidlertid å være annerledes, for ut fra den informasjonen som kom fram under intervjuene, skjedde det relativt få selvmord på akutenheten. I tillegg viste datamaterialet at en del utfordringer som var relatert til selvmordsforebygging var mer komplekst enn jeg først hadde antatt. En konsekvens av dette var at jeg måtte ha et bredere perspektiv på selvmordsforebygging, noe som innebar en inkludering av en systemteoretisk tilnæringsmåte til datamaterialet. Med hjelp av dette perspektivet følte jeg at jeg klarte å se empirien på en helt annen måte enn jeg hadde klart med kun en kulturell tilnærming. En del av min naivitet på feltet kan kanskje ses i sammenheng med at dette er mitt første møte med psykiatrien som felt, og med en samfunnsvitenskapelig bakgrunn følte det rett og slett som at jeg møtte en helt annen verden enn jeg først hadde forestilt meg. Selv om dette følte ganske frustrerende i begynnelsen av intervjuene, anser jeg det i ettertid som en klar fordel da jeg opplevde at jeg lyttet og forfulgte det intervjupersonene syntes var viktig. Slik sett ble ikke forforståelsen min styrende for forskningsprosessen. Dette mener jeg er en klar styrke, da jeg har fått fram den kunnskapen som empirien representerer og som intervjupersonene syntes var viktig. I forlengelsen av dette viser Järvinen m.fl. (2005:40) med referanse til Gubrium og Holstein (1997) at toleranse for kompleksitet er en nødvendighet i interaksjonistisk forskning. Samlet sett mener jeg at jeg på denne måten har lyktes i å ta imot ny kunnskap fra data, noe som kanskje ikke ville ha vært tilfelle uten en åpen og fleksibel forskningsmetode.

Videre kan egne erfaringer ha påvirket forskningsprosessen, og personlig har jeg ikke gått inn på feltet nøytralt, da jeg selv har hatt nære erfaringer med død på sykehuset. Selv om min opplevelse er vesentlig forskjellig fra selvmord i psykisk helsevern, reises mange av de samme spørsmålet tilknyttet helsevesenets ansvar og rolle i forhold til de ulike dødsfallene. Kunne helsevesenet ha gjort noe mer eller noe annerledes? Kunne jenta mi vært i live nå? Poenget med å synliggjøre mine egne erfaringer med helsevesenet, er at dette kan ha hatt innflytelse på forskningen. Hvorvidt dette er tilfelle og hvordan mine erfaringer med helsevesenet eventuelt har påvirket forskningsprosessen er utenfor min makt å svare på. Richards (2005) hevder at bakgrunnen man har med seg inn på feltet, ikke nødvendigvis er en ulempe, men poengterer at det er viktig å synliggjøre disse aspektene da det kan ha betydning for forskningsprosessen og at det dermed er viktig å reflektere over (ibid.). Jeg har forsøkt

etter beste evne å ikke la mine erfaringer styre forskningsprosessen, og det er intervjupersonenes stemme som har vært i fokus.

3.6 Etske utfordringer

Forskning på mennesker kan være risikofylt og belastende for dem det forskes på, og underveis i hele forskningsprosessen, fra utforming av problemstilling til publisering av forskningen, finnes etiske utfordringer (Kvale 1997). For at forskningen skal være minst mulig belastende for studiedeltakerne legges det i forskningslitteraturen spesielt vekt på tre etiske regler man bør ta hensyn til ved forskning på mennesker: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta (NSD, Kvale 1997). *Informert samtykke* innebærer at intervjupersonene skal gi sitt frivillige, uttrykkelige og informerte samtykke (NSD). *Frivillige samtykke* baseres i denne sammenheng på at intervjupersonene er kjent med at deltakelsen i prosjektet er frivillig, og at de når som helst i prosjektet kan trekke seg uten å oppgi noen begrunnelse. Dette har jeg forsøkt løst gjennom både muntlig og skriftlig informasjon. *Uttrykkelige samtykke* innebærer at intervjupersonene skjønner hva konsekvensene av deltakelsen vil være. *Informert samtykke* innebærer at intervjupersonene vet hva studien omhandler. Dette ble forsøkt løst ved at intervjupersonene fikk informasjon om studiens formål, samt hva opplysningene skulle brukes til i informasjonsskrivet. Videre innhentet jeg skriftlig samtykkeerklæring. *Konfidensialitet* innebærer at intervjupersonens privatliv og identitet blir beskyttet (Ryen 2002). Kvale (1997) fremholder i denne sammenheng at konfidensialitet handler om at man ikke skal offentliggjøre personlige data som kan avsløre personens identitet. Som et resultat av dette opererte jeg med fiktive navn på både intervjupersonene, akutteneheten og det regionale helseforetaket.

Det siste forholdet jeg vil trekke frem i denne sammenheng er *konsekvensene av å delta*, som innebærer at de som deltar i undersøkelsen skal utsettes for minst mulig belastning. Thagaard (2002) hevder i denne forbindelse at det er vanskelig å vite hva denne normen innebærer i praksis. Som tidligere nevnt er selvmord et tema som berører helsepersonell, og under intervjuene opplevde jeg ved spesielt ett tilfelle at jeg ikke hadde opparbeidet meg nok tillit hos intervjupersonen til at jeg følte det var riktig å ta opp enkelte av de temaene som jeg på forhånd hadde ambisjoner om å spørre om, dette var spesielt tilknyttet spørsmål relatert til kartleggingene og vurderingene av selvmordsrisikoen av pasientene. Bakgrunnen for dette var at jeg anså spørsmålene som spesielt sårbare, og unnlot derfor å spørre om dette.

3.7 Narrativ analyse

Studiens analytiske tilnærming representeres gjennom en narrativ analyse, hvor jeg tar utgangspunkt i intervjupersonenes utsagn. Järvinen m.fl. (2005:35) hevder at å analysere intervju som narrativer er en mye brukt metode i interaksjonistisk forskning. Sentralt i en narrativ analyse er at man betrakter hele intervjuet som en fortelling, hvor man forsøker å skape en sammenhengende historie på grunnlag av de mange enkeltuttalelsene i intervjuet (Järvinen m.fl. 2005, Kvale 1997:125). I analysen har jeg brukt noen av intervjupersonene mer enn andre, da jeg opplevde at noen av intervjupersonene gav mer tydeligere og fyldigere svar.

Med bakgrunn i hva intervjupersonene var opptatt av å belyse i det selvmordsforebyggende arbeidet, forsøkte jeg å finne fortellingens ”røde tråd” gjennom å lese, kommentere og tolke de historiene intervjupersonene kommer med. ”Den røde tråden” innebar at jeg ville kartlegge sentrale trekk og meningsbærende mønster som jeg anså var av betydning for intervjupersonenes perspektiv på selvmord i psykisk helsevern. Med utgangspunkt i hva intervjupersonene anså som relevant, delte jeg intervjuene inn i deskriptive kategorier. Dette er en form for koding av datamaterialet som innebar at jeg plasserte all informasjon fra alle intervjuene som omhandlet ledelsens engasjement i en kategori, all informasjon som omhandlet utfordringer i det selvmordsforebyggende arbeidet i en annen kategori osv. Samlet sett bidro dette til å redusere datamaterialet og informasjonen ble konsentrert rundt de kategoriene som jeg anså som relevante i forhold til å svare på problemstillingen og som var i overensstemmelse med ”den røde tråden”. I fortsettelsen forsøkte jeg å tolke denne informasjonen og sette den inn i en større teoretisk sammenheng. Det er verdt å merke seg at kategoriene ble utarbeidet på grunnlag av den teoretiske rammen som omhandlet sikkerhetskultur og systemteori. Med et annet teoretisk utgangspunkt ville jeg mest sannsynlig fått et annet resultat. Som vi var inne på i forrige kapittel ble det antydnet at organisasjonskultur og sikkerhetskultur er vage og til dels innfløkte begreper, noe som gjør det utfordrende å operasjonalisere begrepene. Operasjonalisering handler i hovedsak om å gjøre et fenomen konkret (Johannessen m.fl. 2006:213). Når jeg operasjonaliserte organisasjonskultur og sikkerhetskultur, tok jeg utgangspunkt i litteraturen som forelå om begrepene på feltet, her tok jeg spesielt utgangspunkt i Olsen (2010) sine faktorer som hevder at positiv sikkerhetskultur blant annet kjennetegnes av at ledelsen legger vekt på sikkerhet i alle nivåer i organisasjonen og at ansatte bidrar til godt samarbeid når jeg operasjonaliserte sikkerhetskultur. I tillegg var Reasons (1997) sine teorier om sikkerhetskultur av stor betydning for operasjonaliseringen av begrepet Med utgangspunkt i hva han anså som

karakteriserte en sikkerhetskultur¹⁹, prøvde jeg etter beste evne å operasjonalisere begrepet. Intervjuguiden kan slik jeg ser det, være et resultat av hvordan jeg har operasjonalisert sikkerhetskultur.

3.8 Vurdering av data

Kvalitativ forskningsmetode er bare en av flere veier til vitenskapelig kunnskap, og mange stiller spørsmål ved hvorvidt kunnskapen som innhentes på denne måten holder vitenskapelige mål (Malterud 2003:19). Blant motstanderne av kvalitativt forskningsintervju argumenteres det for at kvalitative forskningsintervju ikke er objektiv, valid, troverdig eller pålitelig (Kvale 1997). I denne studien tar jeg utgangspunkt i at det er måten å forvalte innhenting og håndtering av kunnskapen på, som bestemmer hvorvidt den holder vitenskapelig mål (Malterud 2003:19). Gjennom å dokumentere, vise og argumentere for de valg jeg gjort under hele forskningsprosessen, er det opp til leseren selv å vurdere og bedømme forskningens troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Thagaard 2001).

Troverdigheten er knyttet til hvordan man har gått frem for å samle inn data. Med bakgrunn i at jeg som forsker underveis i hele forskningsprosessen påvirker resultatene av forskningen, har det vært viktig å synliggjøre og redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å samle inn data. Troverdighet kan også ses i forhold til intervjupersonene, og hvordan de har valgt å fremstille seg. I et interaksjonistisk perspektiv handler ikke intervjuet kun om holdninger, erfaringer og handlinger, men også om intervjupersonens sosiale identitet og sosiale strategier (Järvinen m.fl. 2005:30). Sentralt i denne sammenheng er at intervjupersonene under intervjuet vil forsøke å fremstille seg på en ønskelig måte som er i tråd med et foretrukket selv (Järvinen m.fl. m.fl. 2005). Med utgangspunkt i temaet selvmord i psykisk helsevern kan det tenkes at mange vil fokusere på det de er gode til, og fremheve det som er positivt i det selvmordsforebyggende arbeidet, mens det mindre gode ting blir forsøkt underkommunisert. Jeg fikk imidlertid ikke noe inntrykk av at intervjupersonene forsøkte å pynte på sannheten. Enkelte av intervjupersonene la imidlertid stor vekt på at de selvmordene som hadde skjedd på enheten hadde skjedd mens de ikke var på vakt. Kanskje er det legitimt å spørre om dette kan ses i sammenheng med det Leape (1994) beskrev kjennetegnet den medisinske kulturen, hvor feilfri praksis og perfeksjon var sterke faktorer? I en slik sammenheng kan da intervjupersonenes vektlegging av at selvmordene skjedde mens de ikke var på vakt, kanskje ses som et uttrykk for et ønske om å fremstille seg som en ansvarlig og feilfri? Studien min

¹⁹ Se teorigapitlet 2.1.2 for en redegjørelse av sikkerhetskulturbegrepet.

gir informasjon om hva intervjupersonene sier at de gjør, og ikke nødvendigvis om hva de faktisk gjør. Men som tidligere nevnt vil ikke livshistorier i et interaksjonistisk perspektiv kun reduseres til refleksjoner av individuell erfaring, men også gi uttrykk for allerede eksisterende kulturelle diskurser (Järvinen m.fl. 2005). Jeg har tidligere beskrevet at jeg opplevde at jeg ikke klarte å etablere et tilstrekkelig tillitsforhold til en av intervjupersonene. Mangel på tillit kan ha betydning i forhold til studiens troverdighet, blant annet kan det tenkes at intervjupersonen var tilbakeholden med informasjon, og dermed gitt mangelfull informasjon, hvor man i forlengelsen av dette kan stille spørsmål om dette bidrar med å svekke studiens troverdighet. Jeg merket imidlertid ikke at informanten avvok betydelig fra de andre intervjupersonene sine svar, men jeg har forsøkt å løse dette problemet ved å ikke gi utsagn fra denne intervjupersonen for mye vekt i oppgaven. *Bekreftbarhet* er tilknyttet vurderinger av de tolkningene undersøkelsen fører til (Thagaard 2002:170). Thagaard (2002) hevder i forlengelsen av dette at man bør være kritiske til egne tolkninger, samt finne støtte for tolkninger av datamaterialet i andre studier og forskningslitteratur. Jeg har forsøkt å møte kravet om bekræftbarhet ved at jeg har benyttet direkte sitater fra intervjupersonene, i tillegg har jeg funnet støtte for noen av funnene i annen forskningslitteratur. Metodekravet *overførbarhet* viser til at de tolkningene som blir gjort i denne studien også kan være relevant i andre liknende studier (Thagaard 2002:170). Jeg har bare intervjuet åtte ansatte ved en akuttenuhet ved et psykiatrisk sykehus. Slik sett vil jeg ikke resultatene kunne overføres til alle akuttenuheter i psykisk helsevern, likevel mener jeg studien belyser sentrale forhold som kan tenkes å være utfordrende i det selvmordsforebyggende arbeidet generelt, og som dermed kan være overførbare til andre avdelinger eller psykiatriske enheter som har selvmordsforebygging som mer eller mindre sentrale arbeidsoppgaver. Jeg tenker her spesielt på det selvmordsforebyggende arbeidet i et sosio-teknisk system perspektiv som jeg vil omhandle i analysekapittel 5. Tanken her er at alle akuttenuhetene og avdelingene må forholde seg til lovverket og rammebetingelsene, noe som kan oppfattes å være utfordrende i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Kapittel 4. "Vi er alle mann alle"

I de foregående kapitlene har jeg gjort rede for det teoretiske rammeverket, og mine metodiske tilnærminger til datamaterialet. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for funnene, og ambisjonen med kapitlet er å fremstille en analyse som søker å synliggjøre hvilke normer og verdier som eksisterer og dominerer på akuttenheten. Formålet med denne delen av analysen er å identifisere kulturelle trekk ved akuttenheten, som kan bidra med å belyse hva som fremmer og hemmer det selvmordsforebyggende arbeidet. Hva kjennetegner det selvmordsforebyggende arbeidet ved en psykiatrisk akuttenhet? Hvilken plass har det selvmordsforebyggende arbeidet blant de ansatte ved en slik enhet? Hvilke utfordringer møter helsepersonellet ved en akuttenhet i arbeidet med å forhindre selvmord, og hvordan blir disse utfordringene forsøkt løst? Dette er noen av spørsmålene som vil prege denne delen av analysen. Utgangspunktet mitt er at normer for atferd er en av faktorene som kan bidra til en forståelse av kulturen i organisasjonen. Oppgaven tar som tidligere nevnt utgangspunkt i det selvmordsforebyggende arbeidet ved en akuttenhet, jeg vil derfor starte med en presentasjon av akuttenheten.

4.1 "Akutten" – formål og arbeidsoppgaver

Feltarbeidet ble utført på "Akutten", som er en akuttenhet ved et psykiatrisk sykehus. Det psykiatriske sykehuset betegnes som "Psykiatriklinikken" og er et av to sykehus som er tilknyttet det regionale helseforetaket. Den psykiatriske klinikken har i alt fire sykehusavdelinger, blant annet akuttavdelingen som består av tre døgneheter, inkludert "Akutten". I tillegg har sykehuset tre distriktpsikiatriske senter (DPS), samt en enhet for spiseforstyrrelser og en kortidsenhet for rusrelaterte problemer. Samlet tar alle akuttenhetene ved sykehuset i mot pasienter fra hele fylket, men hver enkelt enhet tar i mot pasienter fra forhåndsbestemte steder i regionen.

"Akutten" har ca. 35 ansatte i ulike stillinger tilknyttet avdelinga. De ansatte har bred og variert kompetanse, og blant yrkesgruppene som er representert ved enheten kan her nevnes sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger, lege i spesialisering (psykiatri), sosionom, overlege i psykiatri etc.

"Akutten" er i likhet med de andre akuttenhetene, lukkede døgneheter som tar imot pasienter over 18 år som kommer i en akutt psykisk krise, og som med denne bakgrunn trenger innleggelse på spesialisert avdeling. Med akutte kriser eller alvorlig sinnstilstand menes her

tilstander med psykose, mani, depresjon, suicidalitet²⁰ eller annen akutt psykisk ubalanse. En rekke studier viser at suicidalitet er en medvirkende årsak til mellom 50-70 % av alle innleggelser ved akuttavdelinger (Ruud m.fl. 2006²¹). I følge informasjon jeg fikk under intervjuene anslås det at mellom 50-60 % av alle innleggelser ved ”Akutten” har suicidalitet som problemstilling.

”Av de ca. 1000 vi har da i forhold til problemstillingen din, så har ca. halvparten, mellom 50 – 60 %, litt kanskje varierende, suicidalitet som problemstilling ved innleggelse, i større eller mindre grad.” (Olav)

Til tross for at over halvparten av alle pasienter ved innleggelse ved ”Akutten” hadde suicidalitet som problemstilling, fikk jeg under intervjuene bare beskrevet tre ulike selvmord som hadde skjedd på akuttenheten de siste tolv årene. I denne forbindelse ble det fremhevet at de aller fleste selvmord skjedde etter utskrivelse fra døgnenheter. Dette er også i tråd med Rønneberg og Walby (2008) som i sin studie av kartleggingen av omfang og årsaker til selvmord i psykisk helsevern konkluderte med at over halvparten av selvmordene skjedde rett etter eller under behandling.

Akuttenheten hadde totalt 12 sengeplasser, hvor to av disse sengeplassene var ”ekstrasenger”. Selve innleggelsen på psykiatriske akuttenheter kan enten skje ved tvang eller frivillig. Felles for begge typer innleggelser er at det må foreligge en henvisning fra lege, enten fra allmennlegevakten, fastlegene eller fra andre poliklinikker, DPS, sykehus eller lignende, i tillegg må det foreligge et rettslig grunnlag for helsehjelpen (Ruud m.fl. 2006). Når det gjelder frivillig innleggelse kan pasienter som er >16 år som er samtykkekompetent, innlegges på grunnlag av eget samtykke. Her viser samtykkekompetent til at samtykket gis under omstendigheter som sikrer moden overveielse, og basert på god kunnskap om og adekvat forståelse av egen situasjon og det aktuelle tiltaket (LPP²²2010). Etter paragrafvurdering i akuttavdelingene var 64 % av alle innleggelser i akuttavdelingene på landsbasis frivillig innlagt (Ruud m.fl. 2006). Hovedvekten av disse pasientene ønsket selv innleggelse.

²⁰ Termen ”suicidalitet” brukes om tanker og atferd hos pasienter som tenker på selvmord, som kutter seg, tar mildere over- doser eller utfører livstruende handlinger (Paris 2010:3).

²¹ Studien er en nasjonal multisenterstudie om akuttpsykiatrisk behandling i Norge.

²² LPP er forkortelsen for Landsforeningen for Pårørende innen psykiatri

Tvangsinnleggelse innebærer at pasientene blir innlagt mot sin egen vilje. Denne formen for innleggelse forutsetter at det foreligger en alvorlig sinnslidelse hos personen (Psykisk helsevernloven §3.3)²³. I tillegg må ett av følgende tilleggskriterier være oppfylt:

- Behandlingskriteriet: Personen får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller at det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
- Farekriteriet: Personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

Som det fremgår av tall fra multisenterstudien til Ruud m.fl. (2006) var 19 % av pasientene på akuttavdelingene henvist på tvungen observasjon med døgnopphold, 14 % tvangsinnlagt med døgnopphold, mens under 5 % ble innlagt iht. dømt til psykisk helsevern eller tvangsbehandling uten døgnopphold.

”Akutten” har i likhet med andre akuttavdelinger plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Formålet med innleggelse på akuttavdelinger er å stabilisere og redusere akutte psykiatriske symptomer, inkludert risiko for selvmord. Ved innleggelse på ”Akutten” etableres det i følge Psykiatriklinikkenes prosedyrer et behandlingsteam som pasienten samarbeider med under oppholdet. Teamet består av en lege eller psykolog, i tillegg til akuttenhetens miljøpersonale. Her får hver enkelt pasient et individuelt tilrettelagt tilbud som er ment å løse de akutte problemene pasienten opplever. Et behandlingstilbud ved akuttenheten kan i følge de interne prosedyrene ved ”Akutten” bestå av samtaler, medikamentell behandling, miljøterapi, aktiviteter, samarbeid med familie og øvrige nettverk.

Det er verdt å merke seg at akuttenheter i de fleste tilfeller ikke er langtidsenheter. Tall fra multisenterstudien til Ruud m.fl. (2006) viser at pasienter i gjennomsnitt var innlagt syv dager på akuttavdelinger, før de ble utskrevet eller overflyttet til andre behandlingseenheter. Pasientene på ”Akutten” hadde en gjennomsnittlig liggetid på mellom syv og åtte dager.

”Hva kan vi si ellers, liggetiden på de tre akuttenhetene er ca, snittet er på... litt varierende fra enhet, men det er ganske likt, det varierer rundt 8-9 dager der ligger det i snitt, gjennomsnitt. Medianen er på, tror jeg, syv dager noe slikt. Vi har noen liggere,

²³ http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-062.html&emne=psykisk%20%2b%20helsevernlov*&

som drar opp gjennomsnittet da selvfølgelig, men det vanlige er nok ca. ei uke innleggelse i snitt altså, er nok det vanlige for de aller fleste.” (Olav).

Frem til nå har jeg synliggjort kjennetegn med ”Akutten”, og vil nå bevege meg inn på en del av de kulturelle trekkene som jeg mener er fremtredende i datamaterialet mitt. Et utgangspunkt for den videre gangen og diskusjonen i oppgaven er at disse kulturelle trekkene kan bidra med å belyse hva som fremmer og hemmer selvmordsforebygging ved akuttenheten.

4.2 ”Føre-var kulturen”

I denne delen av analysen vil jeg presentere intervjupersonenes egne beskrivelser av det selvmordsforebyggende arbeidet ved akuttenheten. Ambisjonen er å vise den kollektive forståelsen av det selvmordsforebyggende arbeidet, hva helsepersonellet opplever som utfordrende i dette arbeidet, samt hvordan disse utfordringene blir forsøkt håndtert.

Som tidligere beskrevet er nesten annenhver pasient ved akuttavdelinger suicidal. Med dette som utgangspunkt er det ikke urimelig å hevde at de ansatte ved akuttavdelinger nesten daglig møter mennesker som trenger øyeblikkelig hjelp for å forhindre at de tar livet sitt. Å avdekke suicidalitet er en sentral oppgave i det selvmordsforebyggende arbeidet, og i tråd med ”De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord” og klinikkens interne prosedyrer skal det utføres en kartlegging av selvmordsrisiko for alle pasienter som kommer i kontakt med ”Psykiatriklinikken”. I følge Helsedirektoratet (2008) innebærer en kartlegging av selvmordsrisiko at alle pasienter blir spurt om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. I forlengelsen av dette vil en nærmere vurdering av selvmordsrisikoen bli gitt av pasienten, dersom resultatet av kartleggingen gir grunn til mistanke om selvmordsrisiko (ibid.). Sentralt i denne tankegang er at en vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om iverksettelse av eventuelle behandlingstiltak omfatter både person, situasjon og tidsperiode (Helsedirektoratet 2008). Helsedirektoratet (2008:14) hevder i forlengelsen av dette, at en slik vurdering forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter. Felles for både kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, men også eventuell behandlingstiltak av selvmordsrisikoen, fordrer at det skal være kvalifisert helsepersonell som utfører disse risikokartleggingene og -vurderingene. Dersom resultatet av kartleggingen og vurderingen gir grunnlag for mistanke om selvmordsrisiko, har behandler ansvar for å iverksette aktuelle tiltak som intervallobservasjon eller kontinuerlig observasjon. Behandler forstås i denne

sammenheng som vakthavende lege, psykiater eller psykolog, og i forhold til prosedyrene skal tiltak og vurderingene fortrinnsvis gjøres av spesialist, dvs. lege i spesialisering eller tilsvarende.

På spørsmål om hvem som vurderte og kartla selvmordsrisikoen på "Akutten" hevdet intervjupersonene at det var vakthavende lege som utførte disse oppgavene, i tillegg var noen fra akuttenhetens miljøpersonale til stede. I forlengelsen av dette uttrykte enkelte av intervjupersonene bekymring for at det av og til var unge, uerfarne turnusleger som utførte kartleggingen og vurderingen av selvmordsrisikoen på pasientene. Bekymringen ble satt i sammenheng med at dette var en av de vanskeligste oppgavene i det selvmordsforebyggende arbeidet, og de fleste intervjupersonene la vekt på at selvmordskartleggingen og –vurderingen krever høy kompetanse. Deler av utvalget trekker i denne forbindelse frem erfaringskompetanse, da det ofte var magesfølelsen som var utslagsgivende for en adekvat selvmordskartlegging og –vurdering av pasienten.

I forlengelsen av dette vektlegger flere av intervjupersonene at det er en del utfordringer tilknyttet kartleggingen og vurderingen av selvmordsrisikoen. Utfordringene ble satt i sammenheng med at det ofte var vanskelig å skille mellom de pasientene som var suicidale og de som ikke var suicidale. Jeg har hentet et sitat fra intervjuet med Johan, som kan bidra med å synliggjøre dette:

"Utfordringen er jo faktisk det at de roper "ulv" mange ganger. Så det kan være ei utfordring om de gjør dette for å få oppmerksomhet eller at de er personlighetsforstyrret, eller at de egentlig ikke mener det. Men de kan jo finne på å gjøre det, så man må jo bare bruke øynene og hodet for å se. Så det kan være litt utfordring, akkurat det."
(Johan).

Som sitatet til Johan illustrerer blir utfordringene satt i sammenheng med at pasientene roper "ulv", at de uttrykte selvmordstankene er et ønske om å få oppmerksomhet eller et uttrykk for personlighetsforstyrrelse. I tillegg trekker andre intervjupersoner frem at de som helsepersonell ikke er synske.

"Den største utfordringen er at.. man er jo ikke synsk. Så det er vanskelig å vite hva som rører seg på innsiden av hjernebarken til den du egentlig skal vurdere risikoen på. Så det er vanskelig." (Thomas).

Samlet sett ses utfordringene i forhold til kartlegging og vurdering i sammenheng med at det er vanskelig å skille mellom de pasientene som er suicidale og de som ikke er suicidale.

Intervjupersonenes opplevelse av at kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko kan være en utfordring, er i tråd med Retterstøl m.fl. (2002:201) som hevder at vurdering av selvmordsrisiko hører med til de vanskeligste oppgaver i medisinen og i psykiatrien, og at enhver erfaren lege, psykolog eller sykepleier vil ha opplevd selvmord i tilfeller hvor man har vurdert selvmordsfaren som liten. Dersom vi vender tilbake til sitatet til Johan, ser vi at det faktisk at det er vanskelig å skille mellom de pasientene som er suicidale og de pasientene som ikke er suicidale medfører at John ”bruker øynene og hodet for å se”. Slik jeg ser det er dette en form for *føre-var tilnærming* til suicidalitet, og i det ligger en antakelse om at helsepersonellet hele tiden er på vakt overfor potensielle suicidale pasienter. Denne føre-var tilnærmingen overfor pasientene er ikke begrenset til selve kartleggingene og vurderingene av selvmordsrisikoen, i mitt materiale ses en tydelig tendens til at de ansatte er bevisste på suicidalitetsfaren så lenge pasientene er innlagt på akutteneheten.

Føre-var tilnærmingen overfor selvmordsforebygging kom også til uttrykk når enkelte av intervjupersonene var uenige i de vurderingene og behandlingstiltak legen hadde utført. Et flertall av intervjupersonene hevder at det hender de er uenige i de vurderingene og tiltak som vakthavende lege gir overfor pasientene. Jeg har hentet et sitat fra intervjuet med Johannes som kan bidra med å tydeliggjøre dette.

”Eksempelvis hvis vi får inn pasienter som har mange innleggelser bak seg, det kan være en 30-40 innleggelser. Bare for å ta en situasjon jeg selv har stått i; voksen mann, enslig, ble innlagt sånn bortimot hver natt til søndag etter at han hadde festet fredag og lørdag, og fikk nerver på søndagen. Hver natt til søndag, eller hver søndag, så ble han suicidal, og ble innlagt. Så var han hos oss et par dager, hvilte seg, sov litt, og reiste hjem. Og dette er noen år siden, og den mannen lever i beste velgående nå. Jeg var med på innkomstsamtale med vakthavende lege, som var en turnuslege som ikke kjente til denne pasienten, vi som var på jobb kjente pasienten godt. Pasienten sa alle de tingene som skulle tilsi at legen skulle bli bekymret for vedkommende, og sette vedkommende på ”fotfølge”. Fordi det hørtes ut, ut i fra det pasienten sa, at det var en overhengende fare for at han kunne komme til å prøve å ta livet sitt. Men det det egentlig var, var jo et ønske om å få være hos oss, og ikke bli sendt hjem igjen. Så det er klart at, i slike situasjoner så blir man uenig med legene om det. Men alle er jo innforstått med at det er de som sitter med ansvaret, så vi forholder oss til de beslutninger de tar. Men i slike vurderinger så skal personalet bli hørt. Det står jo i rutinene våre, og det føler jeg at vi blir. Men det er en uenighet om det, og det er spesielt med kronisk suicidale, og at det kommer nye behandlere som ikke kjenner de, som skal prate med de, så blir de usikker.” (Johannes).

Som sitatet til Johannes synliggjør beror uenigheten han har erfart på at de som jobber på avdelingen ofte kjenner pasientene bedre enn vakthavende lege, da flere av pasientene som ankommer ”Akuttene” har vært innlagt tidligere. Slik jeg tolker intervjupersonene anses de

fleste situasjonene med disse pasientene som ”ulv-ulv tilfeller” eller som kronisk suicidale. Kronisk suicidalitet er en medisinsk tilstand hvor selvmordstanker og – planer kan være mer eller mindre konstante (Helsedirektoratet 2008). Ulik litteratur viser at det er flere utfordringer relatert til behandlingen av pasienter diagnostisert ned denne lidelsen, spesielt er selvmordsrisikoen innen denne pasientgruppen forhøyet over lengre tid (Helsedirektoratet 2008:25, Paris 2010). Når Johannes trekker frem ”spesielt med kronisk suicidale” i sammenheng med situasjoner hvor de har vært uenige i vurdering og tiltak i forhold til selvmordsrisiko, reiser det spørsmål om kronisk suicidale blir oppfattet som ikke-suicidal. Kroniske selvmordstanker er et viktig kjennetegn ved ustabil personlighetsforstyrrelse (UPF), og ulike studier viser i følge Paris (2010, 2003) at 9-10 % av pasienter med UPF til slutt vil ta livet sitt. Paris (2010:4) hevder i forlengelsen av dette at det er vansker med å predikere selvmord ved kronisk suicidalitet, da selvmord innen denne pasientgruppen forekommer sjeldent i forhold til selvmordsforsøk.

Kronisk suicidale og andre *gjengangere*, er en velkjent utfordring på akuttavdelinger innen psykiatrien, og er i tråd med forskningsresultatene til Ruud m.fl. (2006) som hevdet at nær 57 % av alle akuttpasienter hadde vært innlagt på nytt innen ett år fra forrige utskrivning. Spørsmålet dette reiser er hvordan helsepersonellet forholder seg til ”gjengangerne”? Inntar de en nøytral holdning overfor pasientene, forstått på den måten at ”gjengangerne” oppfattes som ”ulv, ulv”- tilfeller og ikke som reelle selvmordskandidater? Reason (1997) hevder at vi glemmer å være redd for farer som vi sjelden ser, hvor fravær av ulykker fører til en oppløsning av sikkerhetsmarginene. Overført til min studie, kan man kanskje stille spørsmål ved hvorvidt helsepersonellet glemmer å være redd når selvmordsforsøk ofte anses som ”ulv, ulv”- tilfeller og ikke som en reell fare blant denne pasientgruppen. Interessant i denne sammenheng er at intervjupersonene i disse tilfellene likevel inntar en *føre-var tilnærming*. For også i disse tilfellene legger intervjupersonene vekt på at de *bruger øynene og hodet* for å følge med.

Jeg vil imidlertid trekke dette litt lenger, for i studien finnes en klar tendens til at flere av intervjupersonene har vært uenige i de tiltak som har blitt iverksatt av vakthavende lege. Dette må først og fremst ses i sammenheng med en skepsis til behandlingstiltaket *intervallbasert observasjon*. Intervallbasert observasjon innebærer som tidligere nevnt at personalet observerer pasienten hyppig og etter definerte maksimumsintervaller (Helsedirektoratet

2008:22). Jeg har hentet et intervjuutdrag fra intervjuet med Thomas som kan bidra med å tydeliggjøre motstanden mot intervallbasert observasjon.

”Jeg liker dårlig disse intervallbaserte tilsynene for eksempel, jeg mener at enten skal du ha fotfølge, eller så skal du ikke ha noen ting. Så de intervallbaserte tilsynene det er utfordrende, fordi de har.. har de et intervall på 15 minutt, og du skal se de innenfor minimum.. nei maksimum 15 minutt, så rekker de å gjøre noe hvis de virkelig vil ta livet sitt. Så er de oppfattet som suicidal, så ser jeg helst at de står på fotfølge. At vi er frimerke på de rett og slett. Da føler jeg meg tryggere. Det er i hvert fall min erfaring med de 12 årene jeg har vært her. Intervallbasert tilsyn er risiko.” (Thomas).

Som Thomas her hevder, er han sterk motstander av intervallbasert observasjon. Det er verdt å merke seg at mistilliten overfor intervallbasert observasjon ble satt i sammenheng med situasjoner hvor de måtte behandle selvmordstruende pasienter. I andre tilfeller var det bred enighet blant intervjupersonene om at fotfølge kunne medføre at pasientene ble verre. Begrunnelsen for mistilliten intervjupersonene uttrykte overfor intervallbasert observasjon ble satt i sammenheng med at de pasientene som var under dette behandlingstiltaket ville kunne klare å ta livet av seg innenfor de minuttene de var uten observasjon, for eksempel innenfor et maksimumintervall på 10 minutter. Ved mer inngående spørsmål tilknyttet motstanden mot intervallbasert observasjon kom det frem at flere av selvmordene som hadde skjedd på ”Akutten”, hadde skjedd mens pasienten hadde vært under intervallbasert observasjon.

Intervjuer: Har det skjedd noen selvmord her mens du har jobbet her?

Thomas: Ja. Ikke på mine skift, men det har vært selvmord her. Og det har vært på intervallbasert tilsyn. Det var for tre år siden, så var det ei som strangulerte seg i gardinene, på intervallbasert tilsyn. Og så var det også en.. tror det var ei hending med ledning. Det var også på intervallbasert tilsyn.

Som intervjuutdraget her viser settes selvmord ved akuttenheten i sammenheng med intervallbasert observasjon. Thomas sterke vektlegging av behandlingstiltaket gjorde det mulig å forfølge hvordan han løste disse utfordringene. I datamaterialet var det en tydelig tendens til at flere på avdelinga hadde utviklet egne rutiner når de hadde pasienter på intervallbasert observasjon. Jeg har hentet et intervjuutdrag fra intervjuet med Thomas som kan bidra med å tydeliggjøre dette:

Intervjuer: Hva tenker du når du må ha pasienter på intervallbasert observasjon? Føler du noen ganger at du er usikker når du har pasienter du skal gå å se etter hvert tiende...?

Thomas: Ja, jeg liker å kjøre øyenkrokprinsippet, at jeg har de i øyekroken.

Intervjuer: Ja, så da gjør du det uansett?

Thomas: Ja.

Som intervjuutdraget fra intervjuet med Thomas illustrerer, iverksetter han egne tiltak når han har pasienter på intervallbasert observasjon. Thomas føler seg usikker når han har pasienter på intervallbasert observasjon, og velger i disse tilfellene å ha pasienten i øyekroken, forstått som fotfølge eller hva Helsedirektoratet (2008) betegner som kontinuerlig observasjon. På denne måten har han nært konstant kontroll på hva og hvor pasienten er til enhver tid. Den oppgraderingen Thomas gjør i forhold til de tilfellene hvor han har pasienter på intervallbasert tilsyn, var ikke unikt i datamaterialet, da flere av intervjupersonene hevder de strammer inn på tilsynet av pasientene når de er uenige i de behandlingstiltakene som enkelte av suicidale pasienter har fått. Blant annet hevder Sonja at de ofte observerte pasienten hyppigere enn de fastlagte maksimum intervallene, begrunnelsen for dette var et forsøk på å ikke etablere en forutsigbar tidsrytme som pasienten kunne utnytte til å skade seg selv.

Sonja: Alt er jo alvorlig, men å være psykisk syk er jo alvorlig sykdom, men akkurat dette med suicidalitet er høyt prioritert. Det er absolutt altså, der tar vi forhåndsregler, og vi tar ingen sjanser. Og når vi har disse 15 minutters, eller 10 minutters tilsyn, så velger vi å ha dem i øyekroken stort sett hele tiden. Det er ikke slik at vi blir med inn på toalettet da, eller at vi blir med inn i dusjen, men vi har de stort sett i øyekroken hele tiden, og ja.. Vi overlater dem ikke lenge til seg selv. Og så gjør vi det også på den måten at .. De vet jo selv at nå er det tilsyn, la oss si hvert 15 minutt, og da går vi inn..vi kan godt gå fem minutter og vise oss tydelig, eller syv minutter eller 10 minutter, slik at de aldri vet når vi kommer egentlig i løpet av de 15 minuttene. Den regelen har vi, men i utgangspunktet så har vi dem litt i øyekroken hele tiden. Men vi gjør dem litt sånn usikker med at dem aldri er trygg på når vi.. Ikke sant, det er et lite spill.

Intervjuer: Nei, ikke sant. Det er ikke slik at det alltid går de 10 minuttene

Sonja: De skal ikke bli trygg at jada, neida, at det er 10 minutter et kvarter til hun kommer, jeg rekker å henge meg. Ikke sant slikt. For noen kan gjøre det, vi har jo disse som er.. Altså de kan gjøre det rett og slett.. De kan vente til det er tre minutt igjen, eller et minutt igjen eller to minutt ikke sant, og så gjør de et eller annet stunt, for de vet at nå kommer hun, da blir jeg berget ikke sant. De lever litt på, men det er jo andre ting inne i bildet enn bare ønske om å dø. Ikke sant, en personlighetsforstyrrelse og litt av hvert inne i bildet.

Intervjuutdraget fra intervjuet med Sonja viser til en forståelse av at helsepersonellet i de situasjoner hvor de står overfor selvmordstruende pasienter ikke tar noen sjanser, men derimot iverksetter forhåndsregler. Dette viser slik jeg ser det, til at suicidalitet har høy prioritert på avdelinga. I tillegg underbygger intervjuet med Sonja forståelsen av at helsepersonellet oppgraderer behandlingstiltakene selvmordtruende pasienter har fått, enten gjennom hyppigere tilsyn eller gjennom øyekrokprinsippet. Tiltakene intervjupersonene hevder de iverksetter er i tråd med ”De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord”, hvor det anbefales at man observerer pasientene oftere enn de fastsatte maksimumsintervallene. Dette kan tyde på at retningslinjene er godt implementert på avdelingen.

Som det fremgår av diskusjonen ovenfor nevner helsepersonellet en rekke utfordringer i det selvmordsforebyggende arbeidet. Utfordringene settes i sammenheng med både kartleggingen og vurderingen av selvmordsrisikoen, vanskeligheten med å skille mellom reelle og urelle suicidale pasienter, i tillegg til en uttrykt mistillit til intervallbasert observasjon når de har pasienter som er vurdert som suicidale pasienter. Slik jeg ser det bidrar dette med å synliggjøre at helsepersonellet ved "Akutten" i stor grad er bevisste på de faremomentene og risikoene som er på enheten. Intervjupersonene har slik jeg ser det en god forståelse både av hva som kan føre til farlige situasjoner, og det er tydelig at det store antallet potensielle suicidale pasienter fordret en spesiell bevissthet blant helsepersonellet om å hele tiden være på vakt overfor farene som truet. I tillegg viser oppgraderingen av de tiltakene som intervjupersonene iverksetter at personellet er løsningsorienterte, fleksible og engasjerte i det selvmordsforebyggende arbeidet. Gjennom å være til stede og observere pasientene kan helsepersonellet være i forkant med å tyde signalene og iverksette tiltak i tide. Slik sett kan helsepersonellet iverksette gode løsninger og derigjennom unngå uønskede hendelser, som avverging av selvmord og selvmordsforsøk. For meg var det tydelig at intervjupersonene både var engasjerte og forpliktet i det selvmordsforebyggende arbeidet, og det var tydelig at sikkerhet (selvmordsforebygging) var det styrende målet på akuttenheten.

Det faktum at selvmordsforebygging i stor grad avhenger av en adekvat kartlegging og vurdering av selvmordsrisikoen, fremstilles den menneskelige faktor som betydelig i selvmordsforebygging. Reason (1997) hevder at mellom 80 og 90 prosent av alle store ulykker kan skyldes den menneskelige faktor i den spisse enden. Sentralt i teorien er at de menneskelige feilhandlingene kan ses som et resultat av de organisatoriske forholdene, hvor den viktigste kilden til risikoen ikke ligger på den menneskelige faktor, men på systemet rundt helsepersonellet, som organisasjonen, administrasjonen, organisasjonsdesign, ressurser og teknologi (Dekker 2011). I en slik forståelse vil selvmord kunne ses som et resultat av det omkringliggende systemet som akuttenheten er en del av, og ikke som en direkte årsak av de feilhandlingene til de ansatte på akuttenheten.

Samlet sett mener jeg datamaterialet tydelig viser at helsepersonellet både er forpliktet og engasjert i det selvmordsforebyggende arbeidet, og summen av alle tiltakene er et uttrykk for de ansattes bevissthet, vilje, evne og praksis overfor de risikoene og farene som truer. Iverksettelsen av egne og frivillige tiltak er slik jeg ser det, et uttrykk for et utbredt positivt sikkerhetsfokus ved akuttenheten, og det faktum at helsepersonellet iverksetter egne tiltak, indikerer at det har utviklet seg et felles sett av handlingsmønstre og virkelighetsoppfatninger

som danner basis for gruppe medlemmenes handlinger og som har stor betydning for å unngå uønskede hendelser. Gjennom å være proaktiv, forstått som føre-var, anser de ansatte at de selv langt på vei kan begrense risikoen. Slik jeg ser det kan de ansattes oppfatninger og handlemåter i forhold til selvmordsforebygging tolkes i tråd med Weicks (2007) begrep om ”mindfulness”. Sentralt i teorien om mindfulness er de individuelle og kollektive refleksjonene rundt risikoen, her selvmord, der de ansattes bevissthet rundt farene og motvillighet til å bagatellisere tolkninger bidrar til mindfulness. Poenget er at disse kollektive handlingsmåtene gjør det mulig for helsepersonellet ved avdelingen å oppdage og håndtere uventede forhold, herunder skjulte suicidale pasienter. Slik sett vil dette gjøre de ansatte bedre rustet til å forebygge selvmord.

4.3 ”Den lydhøre kulturen”

I det forrige avsnittet har vi sett på noen av de utfordringene de ansatte opplever i det selvmordsforebyggende arbeidet ved ”Akutten”. Det faktum at intervjupersonene ofte hevdet de var uenige med både behandlingstiltakene, samt i kartleggingen og vurderingen av selvmordsrisikoen til pasientene, gav grunnlag for å undersøke hvorvidt og hvordan uenighetene ble tatt opp, kommunisert og håndtert. På spørsmål om hva intervjupersonene gjorde når de var uenige i de avgjørelsene som ble tatt i forhold til selvmordskartlegging og – vurdering, og i forhold til behandlingstiltakene, var det samstemthet blant intervjupersonene at de jobbet på en lydhør arbeidsplass, og at de sammen med de andre kunne diskutere seg frem til gode løsninger. Jeg har hentet sitat fra intervjuet med Johan som kan bidra med å synliggjøre akuttenheten som lydhør.

”Vi er flink å prate høyt her i miljøet, vi har lov til det. Det er ikke noe slikt at legene bestemmer eller noe slikt. Vi er alle mann alle, så vi er flink å prate om hva vi tenker. (...) Staben er lydhør.” (Johan).

I sitatet ”Vi er alle mann alle” ligger en forståelse av at alle på enheten har medbestemmelse rett, og er involvert i beslutningsprosesser. I tillegg indikerer sitatet at selvmordsforebygging er et felles prosjekt som angår alle på avdelingen. I forlengelsen av dette legger flere av intervjupersonene vekt på at de er samkjørte og samarbeider mye. Dette kommer spesielt til uttrykk ved at intervjupersonene ofte formulerte seg med ”vi”.

”Vi er jo samkjørt, vi diskuterer jo i lag, og finner på gode løsninger i lag som vi synes er bra for at det skal fungere bedre. Vi er jo mange, og det kan jo være at noen kommer med en god ide, og det var bra og så tar vi den ideen, og gjennomfører det.” (Sonja).

Dersom vi vender tilbake til skepsisen enkelte av intervjupersonene uttrykte overfor intervallbasert observasjon i forrige avsnitt, var det tydelig at mistilliten mot intervallbasert observasjon ikke ble undergravd og hysjet ned, men at mistilliten mot behandlingsmetoden var kjent i gruppa og hadde lagt grunnlaget for å skape en dialog med de andre ansatte på avdelingen. I datamaterialet syntes ikke denne åpenheten og kommunikasjonen å være begrenset til kollegaer av samme yrkesgruppe, derimot opplevde intervjupersonene at det var mulig og lettvent å diskutere med kollegaer både innen samme yrkesgruppe og blant overordnede. Selv om uenighetene ikke nødvendigvis førte frem, gir intervjupersonene uttrykk for at uenighetene blir hørt og diskutert.

”Du blir hørt. Men det er ikke sikkert at behandleren endrer synspunkt for det. Men du blir jo hørt, og det blir diskutert” (Thomas).

Samlet sett viser datamaterialet til en utbredt forståelse av at ”Akutten” er en lydhør arbeidsplass, hvor intervjupersonene opplever at de ”kan si det de tenker” og ”blir hørt”. Intervjupersonene legger vekt på at de kommuniserte og diskuterte mye med hverandre om forhold som gjaldt både behandlingsmetodene, selvmordsvurderingene som ble utført og lignende. I tillegg hevder intervjupersonene at å jobbe på en lydhør arbeidsplass var en forutsetning for å kunne gjøre jobben sin på en tilfredsstillende måte. I forlengelsen av dette kunne enkelte av intervjupersonene komme med eksempler på situasjoner hvor deres meninger hadde ført til endrede tiltak.

”Jaja, absolutt. Slik som i dag... Vi har ei dame som vi har fotfulgt nå, noen dager. Men i dag så ble det opphevet til hyppig tilsyn, på grunn av det miljøpersonellet har sagt til staben. Så etter en samtale med pasienten, så var stabspersonen enig i det, at det ikke er noe vits i å fotfølge, vi har pasienten i øyet da. Så vi blir hørt.” (Oskar).

Som sitatet til Oskar illustrerer virker det som om at helsepersonellet blir lyttet til, noe som indikerer at helsepersonellet i stor grad er medvirkende i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Samlet sett gir intervjupersonene uttrykk for at de jobber på en lydhør bedrift, hvor de kan motsi hverandre og overordnede, og hvor de i dialog med hverandre kan kommunisere bekymringer og problemer som angår sikkerheten til pasientene. Westrum legger vekt på at kommunikasjon og informasjonsflyt er viktig, da mangel på dette vil medføre at det skjer uheldige hendelser (Westrum 1992 i Reason 1997). Intervjupersonenes fremstilling av ”Akutten” som lydhør kan etter mitt syn ses som et uttrykk for at det er

eksisterer en atmosfære av tillit, noe som i følge Reason (1997) er en forutsetning for at det skal eksistere en *rettferdig kultur*. Reason (1997) hevder at en rettferdig kultur er en av fire faktorer som både er et kjennetegn og en forutsetning for at det skal eksistere en sikkerhetskultur. Datamaterialet viser at dialog, kommunikasjon og samarbeid er viktige verdier i ”den lydhøre kulturen”, hvor dialog og samarbeid fremstår som selvfølgeligheter blant intervjupersonene. I en sikkerhetskultur er kommunikasjon og tilbakemelding om uønskede hendelser et sentralt aspekt ved sikkerhetskulturen (Høyland 2010:99). Det er helsepersonellet som erfarer og står pasientene nærmest over tid, slik at de erfaringene de gjør i forhold til det pasientrettede arbeidet er viktig for å forhindre selvmord. På denne måten blir de ansatte i stor grad medvirkende i det selvmordsforebyggende arbeidet. De skisserte forholdene gir uttrykk for en organisasjonskultur med trekk fra den generative organisasjonskulturen, hvor ansvar deles og nye ideer ønskes velkommen. Samlet inngår disse aspektene inn som viktige verdier, holdninger og normer i ”den lydhøre kulturen”. Med dette som utgangspunkt er det ikke urimelig å hevde at ”den lydhøre kulturen” har stor betydning i forhold til pasientsikkerheten og sikkerhetsstyringen ved akutteneheten.

4.4 ”Læringskulturen”

I denne delen av analysen vil jeg identifisere holdninger og verdier som ligger i det kulturelle trekket ”læringskulturen”. Dette kulturelle trekket inneholder både et proaktivt og reaktiv lærende aspekt. I følge Reason (1997) er et viktig aspekt ved sikkerhetskulturen at den innehar en læringskultur. I det ligger det blant annet at kunnskap blir formidlet til nyansatte, i tillegg til at ansatte har tilstrekkelig erfaring og kompetanse for å kunne utføre arbeidet på en sikker måte. Poenget med læringskulturen er at man må drive forebygging gjennom opplæring, og trening, da dette legger til rette for et godt, nødvendig og viktig sikkerhetsfokus (Pidgeon og O’Leary 2000, Reason 1997).

Av den informasjonen som kom fram under intervjuene satt jeg igjen med et inntrykk av at intervjupersonene hadde god formell kompetanse innen selvmordsforebygging, både gjennom kursing, spesialisering og videreutdanning. I tillegg legger flere av intervjupersonene vekt på at de ofte ble tilbudt kurs som var relevant i forhold til selvmordsforebygging.

”Vi får tilbud om kurs som omhandler den type problematikk, og vi har og faste rutiner på en slik suicidalveileder, som vi skal være gjennom så og så mange ganger. (...) Jeg mener det er en gang i året foreløpig.” (Thomas).

Intervjupersonene hevder i forlengelsen av dette at ledelsen sendte linker via mail til helsepersonellet når prosedyrer, forskrifter og annet regelverk ble oppdatert. Dette gav grunnlag for å følge opp hvordan de ansatte opplevde ledelsens engasjement i det selvmordsforebyggende arbeidet. På spørsmål om hvordan intervjupersonenes opplevde ledelsens engasjement når det gjaldt selvmordsforebygging, var det bred enighet blant intervjupersonene om at selvmordsforebygging hadde høy prioritert. Jeg har hentet et intervjuutdrag fra intervjuet med Johan som kan bidra med å synliggjøre dette.

Intervjuer: Hvordan vil du karakterisere ledelsens engasjement når det gjelder selvmordsforebygging?

Johan: Jo de er jo ganske hard på det, at vi skal lese gjennom nye prosedyrer, at vi snakker om det, at vi følger de innkomst rutineene i forhold til det. Og det må dokumenteres at vi har gjort, både skriftlig og muntlig. Så vi snakker om selvmord på hver pasient.

Dette viser etter min mening at ledelsen er engasjert i og prioriterer sikkerheten. Samlet gir disse faktorene uttrykk for at ledelsen holder de ansatte oppdatert på ny kunnskap på feltet. Høy kompetanse og erfaring er viktige aspekt i det selvmordsforebyggende arbeidet (Rønneberg og Walby 2008), og det faktum at de intervjupersonene jeg snakket med hadde både høy kompetanse og erfaring, kan således ses som positivt i forhold til selvmordsforebygging. I tillegg viser en utbredt oppfattelse at helsepersonellet er oppdatert på ”De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord”, da de fleste jeg snakket med kjente til retningslinjene. I forlengelsen av dette gav intervjupersonene uttrykk for at selvmord hadde kommet mer i fokus etter innføringene av retningslinjene.

På spørsmål om hvilken opplæring de nyansatte fikk, fikk jeg følgende svar av Johannes:

”Ja altså det er jo de rutineene, og den veilederen, den nasjonale. Det er jo på en måte det primære da. I tillegg, nytilsatte i miljøet står jo aldri alene i slike vurderinger, uansett om du har jobbet her i tjue år eller om du har jobbet her i fem minutt. Man er jo alltid i lag, og det er jo slik at de erfarne som jobber her, lærer jo på en måte opp de nytilsatte. Den opplæringen blir jo litt mer sånn uformell da, det er jo ikke akkurat sånn at de har et ark og på en måte dikterer sånn og sånn. De hjelper de å se etter ting i samtaler, i innkomstsamtaler, i observasjoner i avdelingen, som kan være tegn på forskjellige ting, deriblant dette med selvmordsfare. Vi sikrer at de har forstått rutineene, spesielt når det gjelder gjennomgang av bagasje når pasientene kommer inn, som får ta bort farlige gjenstander, at de vet hva det innebærer hvis vi sier at vi har kontinuerlig tilsyn – du skal følge opp den pasienten i en time nå. De skal ikke stå i en situasjon der de plutselig blir usikker på om pasienten fikk lov til å gå inn på toalettet og låse døren, og være i fred og ro der en halvtime uten at de så de. Altså det er jo viktig å sikre at de har forstått rutineene. Og så er det tilbud om kurs og veiledning, ikke sant, for eksempel dette Vivat kurset. (...) Vi har jo årlig kurs i hjerte-lunge redning, det er jo og en del av dette her

hvis det skulle skje forsøk på selvmord, er det veldig viktig at alle kan det. Og det er obligatorisk og..” (Johannes).

Som sitatet til Johannes illustrerer inngår både rutiner, retningslinjer og kurs som viktige faktorer i opplæringen. Opplæringen dreide seg både om innføring i viktige retningslinjer, interne prosedyrer som rutiner ved sjekking av rom og bagasje til pasientene, generell sikkerhet relatert til de ansatte, sikkerhet relatert til pasientene med spesiell vekt på selvmordsforebygging. Som sitatet til Johannes gir uttrykk for har taus kunnskap stor betydning i opplæringen. Dette er en form for kunnskap hvor sosiale regler, oppfatninger og vurderinger inngår som sentrale aspekt (Store Norske leksikon 2006:14). Sentralt er forståelsen av at taus kunnskap er erfaringsbasert viten. Dette støttes av Thomas og Helmreich (2002) som hevder at medisin involverer mer ”hands on learning”, noe som bygger på en antakelse om at man lærer gjennom aktiv deltakelse. Når Johannes fremholder at opplæringen er mer ”uformell” og ”ikke har et ark” er det slik jeg ser det et uttrykk for at opplæringen har fokus på taus kunnskap, en sosialiseringprosess som i stor grad skjer gjennom samhandling med andre, og er slik jeg ser det et uttrykk for en deltakende opplæring.

Med utgangspunkt i en forståelse av at opplæring er et sentralt aspekt ved selvmordsforebygging, ble intervjupersonene under intervjuene bedt om å reflektere over hvilken opplæring de hadde fått i forhold til selvmordsforebygging, og om de anså at de hadde tilstrekkelig opplæring eller kompetanse i forhold til selvmordsforebygging. Blant intervjupersonene var det samstemthet om at de hadde fått god og tilstrekkelig opplæring i det selvmordsforebyggende arbeidet, noe som spesielt ble eksemplifisert gjennom fadderordninger, kurs og opplæring. Samlet sett var inntrykkene fra intervjuene at helsepersonellet anså opplæringen i selvmordsforebygging som tilfredsstillende.

Beskrivelsene som er gitt tyder på at fokuset og kvaliteten på opplæringen er tilfredsstillende. Samlet sett mener jeg dette legger utgangspunktet for en veiledende og undervisende kultur, hvor de nyansatte rettleides av de med mer erfaring. Inntrykket mitt er at man ikke kommer ferdigopplært til enheten, men at man gjennom samspill med de som har mer erfaring gradvis tilpasses eksisterende praksis. I lys av et sikkerhetskultursperspektiv er det grunn til å tro at ”læringskulturen” fremmer god opplæring og hvor det legges til rette for at ”føre-var kulturen” blir lært videre som noe selvfølgelig. Dette vil ha stor betydning i det selvmordsforebyggende arbeidet.

I tillegg til at datamaterialet gir uttrykk for en lærende kultur, hvor akuttenheten lærer av uønskede hendelser, fremhever enkelte av intervjupersonene at de kommuniserer og har tett dialog med andre akuttenheter. Hos de intervjupersonene i mitt utvalg som fremhever kommunikasjon med andre akuttenheter, finner jeg at kommunikasjonen i stor grad omhandler deling av kunnskap og erfaring. Eksempelvis hevder Thomas at de har internundervisning med andre akuttenheter hver tirsdag, hvor ulike temaer er i fokus.

Intervjuer: Hvordan kommuniserer dere med andre avdelinger? Har dere noe..

Thomas: Vi er nå tre akuttposter, så vi må jo nødvendigvis stille opp for hverandre hvis det er behov. Og vi kommuniserer jo av og til, for noen ganger så må vi ta pasienter fordi det er fullt på andre akuttposter. I tillegg så har vi internundervisning i lag hver tirsdag, hvor vi møtes alle akuttpostene

Intervjuer : Hva gjør dere på de møtene?

Thomas: Det er jo forskjellige faglige tema som berøres, leies inn eksterne forelesere som berører interessante tema

Intervjuer: Ja, men lærer dere av hverandre?

Thomas: Det kan vi og gjøre, jeg har hatt undervisning der fordi jeg har voldsrisikovurdering som egen kompetanse. Så har jeg blitt forespurt om jeg ikke kunne hatt en time om det, og det har jeg gjort. Så det tenker jeg, at vi sitter på kompetanse som vi absolutt må dele med hverandre.

Som intervjuutdraget med Thomas viser, møtes de ulike akuttpostene hver tirsdag. Det er uvisst hvem som møter på disse møtene, om det er flere eller bare noen faste representanter fra de respektive akuttenheten som møtes. Likevel gir disse møtene uttrykk for at akuttenhetene både kommuniserer og lærer av hverandre. Sett i et sikkerhetskultursperspektiv hvor læring på tvers av andre avdelinger er et sentralt aspekt med kulturen kan en imidlertid stille spørsmålstegn om læring "bare" på tvers av andre akuttenheter bidrar til tilstrekkelig læring? Hva med læring fra eksempelvis andre døgnenheter som er tilknyttet for eksempel rus og spiseforstyrrelser? Ville ikke disse avdelingene bidratt med lærdom som kunne ha vært viktig og betydningsfull for en akuttenhet også, og vica versa? Aase og Wiig (2010:59) argumenterer "for at å få til et lærende helsevesen er det viktig med læring på mange plan og mellom mange aktører." Hvorvidt dette er tilfelle gir ikke datamaterialet svar på, likevel mener jeg en kombinasjon av god opplæring og en begrenset, men likevel tilstedeværende kommunikasjon med andre akuttenheter tilknyttet psykiatriklinikken, bidrar med å tydeliggjøre at "Akutten" har en lærende kultur.

For å forebygge at uønskede hendelser skjer er man i stor grad avhengig av at man lærer av uønskede hendelser, forstått på den måten at man tar lærdom fra tidligere erfaringer, for derigjennom forhindre at liknende hendelser skjer igjen. Aase og Wiig (2010:63) hevder at en

rekke forskningsbidrag viser at ideelle læringsforhold ikke er til stede i helsevesenet i dag. Dette ses i sammenheng med kulturelle trekk ved dagens medisinske praksis hvor ”feilfri praksis” i kombinasjon med ”naming, shaming and blaming” har blitt ansett som viktige faktorer i forhold til underrapportering og dermed en hindring av læring av feil.

Gjennom intervjupersonenes beskrivelser av selvmord som hadde skjedd på avdelinga, var det rom for å følge opp med spørsmål knyttet til hvordan og hvorvidt akuttenheten lærte av disse uønskede hendelsene i etterkant. For å illustrere hvordan uønskede hendelser på akuttenheten kunne bli håndtert og lært av, har jeg hentet et sitat fra intervjuet med Johannes, som med utgangspunkt i et unaturlig dødsfall på akuttenheten viser hvilke konsekvenser dødsfallet har fått, ikke bare for akuttenheten, men for klinikken som helhet.

”Jeg kan ikke si noe om dette er et selvmord, eller om det er et uhell rett og slett; vi hadde et unaturlig dødsfall for noen år tilbake, drukning i badekar. Og konsekvensen av det, er at det ble innført rutiner på hele sykehuset, at bad og slikt låses av på nattestid. (...) Og det er nå bare sånn eksempelvis, og det er klart at etter den hendelsen her så ble det innført på hele klinikken. Så man prøver jo alltid å lære av hverandre sine erfaringer rundt om. Så det er jo kontinuerlig fokus på det egentlig.” (Johannes).

Sitatet til Johannes viser at det unaturlige dødsfallet på avdelingen hadde medført at bad måtte låses på nattestid. Et annet selvmord hadde resultert i nye regler om hvilket gardinoppheng som var tillatt å bruke på enheten. Dette skjedde som en konsekvens av et selvmord hvor pasienten hadde strangulert seg med gardinen. Med utgangspunkt i Johannes beretning om hvilke konsekvenser et unaturlig dødsfall har fått på avdelingen, kan man kanskje hevde at erfaring og uønskede hendelser blir kommunisert og tatt lærdom av. En kan imidlertid stille spørsmål ved om de proaktive tiltakene som klinikken iverksetter etter uønskede hendelser er en enkel form for løsning i forhold til de underliggende forholdene som resulterer i selvmord? Hvorvidt det uventede dødsfallet i badekaret var en pasient som skulle burde ha hatt eller var på intervallbasert observasjon gir ikke datamaterialet mitt svar på. Som tidligere nevnt, hevdet Thomas at pasienten som tok livet sitt ved å strangulere seg i gardinen, var på intervallbasert tilsyn. Med denne bakgrunn er det kanskje legitimt å reise spørsmål ved om hvorvidt de endrede rutinene, som å låse badene nattestid og endre regler for gardinoppheng, er en enkel form for løsning, forstått på den måten at man velger snarveier og lettvinde løsninger på bekostning av å gå i dybden på hva som er de underliggende årsakene til at selvmord eller uønskede dødsfall skjer? Kan tiltaket ”låse baderomsdørene” fra ledelsens side ses som et uttrykk for at de ansatte ikke har gjort jobben sin riktig? Reason (1997) vektlegger at en

sikkerhetskultur forutsetter en læringskultur hvor man trekker de riktige konklusjonene fra sikkerhetsinformasjonssystemet. Vil ikke tiltaket ”låse badedørene nattetid” være et uttrykk for lettvinne løsninger eller lokale reparasjoner, og ikke som et resultat av organisatoriske forhold som tidspress, underbemanning eller lignende?

For sett i et sikkerhetskultursperspektiv er det underliggende forhold ved blant annet organisasjonen, som er årsaken til at uønskede skjer. Leape (1994) hevder at når feil og uønskede hendelser blir gransket i helsevesenet brukes ofte en ”problem solving approach”. I det ligger en forståelse av at årsakene til feilen og de uønskede hendelsene blir identifisert og forbedret, det gjelder for eksempel i tilfelle med gardinopphenget og låsing av badedører nattetid. I lys av en slik problemløsning vil man ikke kunne løse de underliggende årsakene til hvorfor selvmord skjer (Leape 1994). Kanskje skjedde selvmordene som en konsekvens av underbemanning eller tidspress? Poenget til Leape (1994) er at det er viktig å inkludere slike systemfeil i granskningen om hvorfor uønskede hendelser skjer for å hindre at lignende tilfeller skjer igjen.

Jeg vil imidlertid trekke dette et skritt lenger, for en kan kanskje stille spørsmålstegn ved hvorvidt slike løsninger bidrar med å begrense andre grunnleggende behov som mennesker har? Sentralt i sikkerhetsstyringen er dilemmaet frihet og sikkerhet. Olsen m.fl. (2007:75) hevder at når man håndterer saker i samfunnsikkerhet så vil man hele tiden bli konfrontert med situasjoner hvor det ikke er noen klare eller enkle løsninger. Både frihet og sikkerhet er fundamentale verdier for de fleste mennesker, men de kan ikke bli fullt realisert samtidig. Dette dilemmaet illustrerer Olsen m.fl. (2007) med referanse til O’Harrow Jr. (2005) som hevder at krigen mot terror tydelig viser konflikten mellom å bytte frihet for sikkerhet.

”While preventive measures may lead to fewer acts of terror, they also reduce privacy and individual freedom. The dilemma is that there is no clear-cut way of knowing how safety considerations can be properly balanced against the right for privacy and the need to preserve individual freedom.” (Olsen m.fl. 2007:75).

Poenget til Olsen m.fl. (2007) og O’Harry Jr. (2005) er at absolutt sikkerhet gir ingen frihet, og absolutt frihet gir lite sikkerhet. Når man snakker om begrensningstiltak etter uønskede hendelser, kan man kanskje sette spørsmålstegn ved hvor grensen for det selvmordsforebyggende arbeidet skal gå? Hva er ønskelig å gjøre for å unngå at pasientene skal ta livet sitt? Ønsker vi en behandling som ikke tar hensyn til den personlige friheten til enkeltindividene? Skal de følges etter til enhver tid, og til enhver pris? Det er utenfor

oppgavens ramme å svare på dette, men i følge mitt syn må en fullstendig eller konsistent forståelse av utfordringene tilknyttet selvmordsforebygging også ta hensyn til dilemmaet sikkerhet-frihet. For også i psykisk helsevern kommer disse dilemmaene til uttrykk. Jeg vil i neste kapittel forfølge noen av disse momentene, når jeg ser på selvmordsforebygging i et systemperspektiv

I denne delen av analysen har jeg redegjort for en rekke faktorer som inngår i hva jeg har betegnet som ”læringskulturen”. Kommunikasjonen med andre akutenheter, i kombinasjon med de reaktive tiltakene som ble satt i sammenheng med uønskede hendelser, bidrar til erfaringsoverføring og læring på tvers av avdelinger, noe som i følge mitt syn er et uttrykk for utvikling- og lærevilje. Intervjupersonene legger vekt på at uønskede hendelser har medført at sykehuset har vist vilje til endring, men hvor jeg har diskutert og stilt spørsmålstegn med hvorvidt dette er et uttrykk for en enkel løsning og hvor årsakene ses i forhold til ”naming, shaming og blaming”. Med dette som utgangspunkt kan en kanskje hevde at sykehuset som helhet har begrenset evne til læring av feil og svakheter i systemet. Likevel tyder kulturelle trekk ved ”Akutten” på at det eksisterer en lærende kultur. Dette ble spesielt fremhevet gjennom fremhevingen av god opplæring, mye erfaring og kursing, i kombinasjon med kommunikasjon med andre akutenheter. Sett i et sikkerhetskultursperspektiv er det spesielt viktig er det at nyansatte får god opplæring av erfarne kollegaer. Dette er av stor betydning for sikkerheten ved akutenheten, da det legges til rette for et viktig og elementært sikkerhetsfokus hvor selvmordsforebygging er det primære målet. Dette gir slik jeg ser det, en god forutsetning for å komme i posisjon til å kunne forebygge selvmord.

Kapittel 5. "Velferdsstaten kan ikke gi klemmer"

I forrige kapittel viste jeg til normer, handlinger og verdier som jeg mente kunne ses som kulturelle trekk som fremmet og hemmet sikkerhetskulturen ved "Akutten". Som antydning avslutningsvis i forrige kapittel lå det en antydning til at sikkerhetskultur ikke alene kan bidra med å belyse hvorfor det skjer selvmord i psykisk helsevern. I denne delen av analysen vil jeg forfølge noen av de momentene jeg berørte i forrige kapittel som jeg mener er viktige for å få en større forståelse av selvmord i psykisk helsevern. Argumentet for den videre gangen i oppgaven er at en større forståelse av selvmord i psykisk helsevern også må ses i forhold til en forståelse av helsevesenet som (sosio-teknisk) system, hvor en sentral tanke i denne sammenheng er at selvmordsforebygging må forstås som et forhold som angår alle aktører i systemet. I analysekapitlet har jeg til hensikt å synliggjøre noen av disse begrensningene som helsepersonellet ved akuttenheten møter i det selvmordsforebyggende arbeidet, og som jeg mener kan ses i sammenheng med helsevesenet som sosio-teknisk system. Jeg vil begynne med intervjupersonenes forståelse av hvorvidt selvmord kan unngås.

5.1 "Vi må være realistisk"

I samfunnet som helhet synes det å være en implisitt forståelse om at selvmord i både samfunnet generelt, og spesielt i psykisk helsevern langt på vei kan forhindres. Blant annet viser Rønneberg og Walby (2008) med referanse til en undersøkelse utført i Danmark (Qin, Agerbo og Mortensen 2003), at hvis forebygging av alle alvorlige lidelser hos pasienter i psykisk helsevern hadde vært mulig, kunne antall selvmord i hele befolkningen vært redusert med 40 %. Samlet sett er det ikke urimelig å hevde at dette legger et betydelig press på helsevesenet om at gjennom rett fokus kan flere selvmord forhindres i både psykisk helsevern, og i samfunnet som helhet.

I datamaterialet finnes det en rekke eksempler på at det er begrensninger i det selvmordsforebyggende arbeidet, og gjennom arbeidet med studien som helhet vokste det fram en forståelse av at ikke alle selvmord i psykisk helsevern kunne unngås. Under intervjuene ble intervjupersonene spurt om hvordan de forholdt seg til påstanden om at 40 % av selvmord i psykisk helsevern kunne vært forhindret. Intervjupersonene gav uttrykk for at dette var et vanskelig spørsmål å svare på, og flere fremhevet at påstanden var en typisk vinkling fra medias side. Jeg har hentet et intervjuutdrag fra intervjuet med Thomas som kan bidra med å synliggjøre intervjupersonens syn på hvorvidt selvmord kan unngås. På spørsmål om han mente at selvmord kunne forhindres svarte han følgende:

Thomas: Det der er vanskelig, det er vanskelig. Det er jo noen som virkelig har bestemt seg, og da er det fryktelig vanskelig å skulle forhindre de. Og forhindrer du de når de er innlagt, så en eller annen dag så greier de å bli skrevet ut, og da gjør de det ute.

Intervjuer: Det er ikke alle selvmord som kan forhindres?

Thomas: Det er ikke det.

Som intervjuutdraget synliggjør, hevder Thomas det er vanskelig å forebygge alle selvmord, spesielt i de situasjoner hvor menneskene virkelig har bestemt seg for at de skal ta livet sitt. Sitatene til Thomas er et av mange illustrerende eksempler som intervjupersonene fremholder som sentrale faktorer når det gjelder å forhindre selvmord. I tillegg fremhever flere av intervjupersonene at pasientene som virkelig har bestemt seg for å ta livet sitt sier de rette tingene for å bli utskrevet, for deretter å ta livet sitt når de kommer ut.

”Fenomenet suicidalitet er jo såpass innfløkt, at de virkelig suicidal de vil jo bedyre at dem ikke er suicidal. De kan til og med virke oppstemt og i godt humør og virkelig har funnet en løsning på problemene sine. ”Nå har jeg bestemt meg tilnærmet 100%”, det er bestandig en ambivalens ved suicidalitet.” (Olav).

I tillegg blir kronisk suicidalitet ansett som en vanskelig utfordring når det gjelder å forhindre selvmord. Som tidligere nevnt er kronisk suicidalitet en medisinsk tilstand hvor selvmordstanker og – planer kan være mer eller mindre konstante (Helsedirektoratet 2008). Sentralt i den medisinske diagnosen er at selvmordsrisikoen er forhøyet over lengre tid (Helsedirektoratet 2008:25, Paris 2010). Det er i en slik forståelse intervjupersonenes sammenligning av kronisk suicidalitet med kreft gir mening. Poenget er i denne sammenheng at i noen tilfeller er begge de medisinske tilstandene både uhelbredelig og dødelig. I forlengelsen av dette la intervjupersonene vekt på at de ikke kunne leve livet for pasientene, men at pasientene måtte lære å mestre livene selv. Johannes er en av de som har reflektert over begrensningene i forhold til det selvmordsforebyggende arbeidet, og som fremhever at disse begrensningene blir satt i sammenheng med *ansvarliggjøring av eget liv*.

”Pasientene må i størst mulig grad ta ansvar for eget liv. Og vi er her, vi skal hjelpe de, vi ønsker å hjelpe de, det er masse folk ute som ønsker å hjelpe de.” (Johannes).

Som sitatet til Johannes viser, vektlegger han at helsepersonell både ønsker og gjør en god innsats for å forebygge selvmord blant pasientene. Likevel legger ikke Johannes skjul på at pasientene må ta ansvar for eget liv. Dette ses i sammenheng med det faktum at flere av intervjupersonene beskriver akuttenhetens rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet som

”brannslukking”. I det lå det en forståelse av at akutenheten bare er en midlertidig plass hvor pasientene får øyeblikkelig hjelp til å redusere og stabilisere akutte psykiatriske symptomer. Sonja er en av intervjupersonene som hevder det er vanskelig å svare på om flere selvmord i psykisk helsevern kunne ha vært forhindret, og som fremhever at akutenheten er ment som ”brannslukking”.

”Det er jo også veldig vanskelig å si, fordi at, hva kan man svare til noe slikt? Hvis at det skulle vært forhindret.. er det slik å forstå at man gjør en dårlig jobb, at man.. Jeg vet ikke, vi gjør jo faktisk så godt vi kan, vi tar jo forhåndsregler. Men når det skjer så er det jo veldig lett å skylde på psykiatrien. Jeg vet ikke.(...) For en akuttavdeling, den slukker brann på en måte. Vi skal jo ikke ha pasientene så veldig lenge her, vi skal bare ta toppene. Fordi vi skal alltid ha plass til det helt akutte, og vi har 12 plasser. Så hele tiden er det utskrivninger og innskrivninger. Men så er det jo viktig da at... Det er ikke alle som er så ”ferdig” at de kan reise hjem, og så er dem tilbake igjen til det normale, så da kan det jo være veldig greit at de kan være på en annen avdeling, sånn langtidsavdeling.” (Sonja).

Sitatet til Sonja bidrar med å synliggjøre funksjonen og begrensningene ved en akutenhet. Når hun hevder at akutenheten skal ”slukke brann”, er det slik jeg ser det, et uttrykk for at det finnes begrensninger i akutenhetens arbeidsoppgaver i det selvmordsforebyggende arbeidet. I tillegg gir sitatet uttrykk for en forståelse av at forebygging av selvmord også er et felt som angår flere og andre instanser. Datamaterialet viser en utbredt forståelse av at det er begrensninger i forhold til hva akutenheten, men også helsevesenet som helhet kan, gjøre for å forhindre selvmord. For å synliggjøre dette ytterligere vil jeg ta utgangspunkt i et sitat fra Sylvia, som beskrev helsevesenets rolle i forhold til selvmordsforebygging på følgende måte:

”Velferdsstaten kan ikke gi klemmer”. (Sylvia).

Sylvia trakk i forlengelsen av dette frem dikotomien uformelle og formelle nettverk, hvor det var en grense for hva som var det offentlige sitt ansvar i det selvmordsforebyggende arbeidet og hva som var det enkeltes individs ansvar og nettverk for å forhindre selvmord. Slik jeg ser det viser dette til en forståelse av at det finnes grenser for hvor mye helsevesenet kan gjøre i forhold til selvmordsproblematikken, og slik jeg ser det er det et utbredt syn at akutenheten ikke kan forebygge selvmord alene. Dette støttes videre av Schjelderup m.fl. (2009) som hevder at ingen profesjoner eller institusjoner kan forebygge selvmord alene.

En kan imidlertid stille spørsmål ved hvorvidt disse holdningene bidrar til å redusere fokuset på å forebygge selvmord? Får intervjupersonenes erkjennelse av at selvmord i flere tilfeller er

uunngåelig konsekvenser i forhold til at det blir lettere å skrive ut pasientene, ved at man kan gjemme seg bak unnskyldningen om at mennesker har ansvar for sitt eget liv? Som vi har sett på i forrige avsnitt gir intervjupersonene uttrykk for at det finnes begrensninger i forhold til det selvmordsforebyggende arbeidet. Gjennom sitater som ”vi gjør så godt vi kan”, ”vi skal hjelpe de” er det ingen tvil om at intervjupersonene legger vekt på at de gjør så godt de kan for å forebygge selvmord. I lys av dette aspektet legger intervjupersonene vekt på at de har en nullvisjon, hvor det eksisterer et bilde om en ønsket framtid hvor ingen tar livet sitt på akuttetneten. Likevel finnes det slik jeg ser det en aksept for at selvmord likevel skjer. Aksepten ble satt i sammenheng med at man måtte være *realistisk*, og jeg har hentet et sitat fra intervjuet med Johannes som kan bidra med å synliggjøre dette.

”Vi har jo en nullvisjon, altså. Men man må være realistisk, og det er ikke alle folkene vi har kontakt med, og i det hele tatt har fått en mulighet til å prøve å hjelpe. Det kan være folk vi hjelper, de får det bedre, de reiser hjem, de har for eksempel oppfølging i en periode, så avslutter vi den oppfølgingen fordi det går bra. Og så kommer de utenfor en krise, som gjør at de havner i nedoverbakke igjen, og da kan det hende at de gjør noe som fører til at de tar livet sitt. Det er klart at da har man jo prøvd å hjelpe, men man rekker ikke å fange de opp igjen. Men det er klart altså, vi ønsker jo ikke at noen skal ta livet sitt, og vi gjør jo vårt beste for å unngå det. Vi klarer dessverre ikke å hjelpe alle, men jeg har et inntrykk at de som ber om hjelp blir tatt på alvor. Det blir tatt grundige vurderinger, det blir sikret videre oppfølging, i hvert fall så langt vi klarer å gjøre det med poliklinikk, psykiatrisk sykepleier, hjemmetjeneste, døgnavdeling, fastlege, og psykiatriske.” (Johannes).

Som sitatet tydeliggjør finnes det en oppfatning blant intervjupersonene om at ikke alle selvmord kan forhindres. Å være realistisk underbygger en forståelse av at ikke alle selvmord i psykisk helsevern kan unngås. Dette støttes av Larsen (2010) som hevder at det er nødvendig å finne en balansegang mellom realisme og optimisme i det selvmordsforebyggende arbeidet. Likevel medgir deler av utvalget at gjennom kontinuerlig observasjon, herunder fotfølge, kunne flere selvmord vært unngått

”Det er klart, hadde alle pasientene vært fotfulgt, så hadde det ikke vært noen selvmord heller, men det går ikke an det. Verken økonomisk eller.. det er jo ikke, det hadde ikke vært bra for noen.” (Johan).

Johan legger her vekt på at kontinuerlig fotfølge ikke er ønskelig. Slik jeg ser det kan en medvirkende faktor knyttes til en forståelse av at alle mennesker har ansvar for sitt eget liv, i tillegg til at mennesker har iboende verdier som autonomi, verdighet og integritet, og slik sett kan gjøre hva det vil med livet sitt. Sitatet ”Det hadde ikke vært bra for noen” mener jeg kan

tolkes ut fra en forståelse av at mennesker har iboende verdier som personlig frihet, autonomi og integritet, hvor konstant fotfølge eller konstant observasjon kan anses å være i konflikt med disse verdiene. Hovedprinsippet innen helsehjelp generelt og psykisk helsevern spesielt er frivillig informert samtykke (Aasen 2009). Dette innebærer at ethvert menneske har rett til selv å bestemme over sitt eget liv, og respekt for det enkelte menneskets autonomi og integritet er viktig. Disse verdiene er nedfelt i Den Europeiske Menneskerettskonvensjon (EMK), er videre ratifisert av Norge og finnes i dag blant annet nedfelt i pasientrettighetsloven. Igjen reiser jeg spørsmålet: hvor langt er vi villige til å gå for å unngå at individene tar livet sitt? Ønsker vi en behandling som ikke tar hensyn til den personlige friheten til enkeltindividene?

En del av grunnlaget for å drive med selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern er nedfelt i forskrifter, lover og interne prosedyrer. Disse rammebetingelsene har som mål å forebygge selvmord, og legger samtidig grunnlaget for helsepersonellens handlinger og arbeidsoppgaver. Helsepersonelloven regulerer yrkesutførelsen til helsepersonell, og omhandler blant annet krav til taushetsplikt, faglig forsvarlig yrkesutøvelse og autorisasjon og spesialistgodkjenning. I tillegg til de formelle kravene står særlig *omsorgaspektet* sterkt hos helsepersonell. Det er et ubestridt faktum at helsepersonell skal gi omsorg, samt jobbe ut fra et helhetlig menneskesyn når de pleier og gir behandling til pasienter. Vråle (2009:17) hevder at til grunn for helsevesenets arbeid ligger en etikk og et fagsyn som bygger på et humanistisk menneskesyn, hvor et sentralt poeng er at respekten for menneskets verdighet er ukrenkelig (Vråle 2009:17). I tillegg står menneskets ansvar for eget liv og egne valg sentralt (ibid.). Dersom vi anvender et systemteoretisk tolkningsperspektiv på dette, kan disse verdiene frivillighet, integritet og autonomi, som blant annet er nedfelt i lover som berører helsevesenet, ses som uttrykk for rammebetingelser som det medisinske arbeidet må forholde seg innenfor. Å betrakte helsevesenet som et sosio-teknisk system innebærer at man ser på helsevesenet som et totalsystem som består av både et teknisk og et sosialt system. Som tidligere beskrevet hevder Aase og Wiig (2010:64) at norsk helsevesen kan beskrives som et samfunnssystem bestående av ulike hierarkiske nivåer fra Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet, til regionale helseforetak, sykehus, klinikker, avdelinger, ansatte og arbeidsoperasjoner som utføres i møtet med pasientene. Pasientsikkerhet, og her selvmordsforebygging, er et resultat av hvordan alle disse aktørene prioriterer og legger til rette for sikkerhetsarbeidet som skal foregå i de konkrete arbeidsoperasjonene ute i klinikken (ibid.). Rasmussen (1997) legger i denne sammenheng vekt på at regler, lover og instruksjoner er

sentrale i sikkerhetsstyringen. Tanken bak det sosio-tekniske systemet er at de ulike nivåene i modellen, med tilhørende rammebetingelser, utgjør det systemet som styrer risiko i den enkelte samfunnssektor. Dette innebærer at helsepersonellet ved ”Akutten” i stedet for å utelukkende forholde seg til selvmordsforebygging, også må forholde seg lovverk, regler og lover som legger rammer for blant annet det selvmordsforebyggende arbeidet. I det følgende vil jeg synliggjøre hvilke implikasjoner det institusjonelle rammeverket hadde i det selvmordsforebyggende arbeidet. Jeg har identifisert to faktorer som jeg mener kan bidra med å hemme selvmordsforebygging, og jeg vil i det følgende vise hvordan disse forholdene påvirker det selvmordsforebyggende arbeidet.

Taushetsplikten og distinksjonen frivillighet- tvang, ble i intervjumaterialet ofte trukket frem som vesentlige utfordringer i det selvmordsforebyggende arbeidet. Det ligger utenfor studiens rammer å gå inn på en fullstendig redegjørelse av disse lovene her, men en kort innføring av de sentrale paragrafene er tatt med underveis for å kunne diskutere begrensningene i det selvmordsforebyggende arbeidet på en best mulig måte.

Flere av intervjupersonene påpeker paradokset vedrørende ønsket om å hjelpe pasientene med en kjent selvmordsrisiko på den ene siden, mens loven på den andre siden vanskeliggjør videre hjelp dersom ikke pasienten selv tillater det. På spørsmål om hva intervjupersonene anså som utfordringer i det selvmordsforebyggende arbeidet, fikk jeg følgende svar av Johannes.

”De pasientene som kanskje har gjort noe akutt, sagt de skal skyte seg, men så har de ikke gjort det. Så kommer de inn hit, er kanskje litt flau, men likevel så mener de det. Så kan de reise hjem fordi de er så upåfallende, og så kan de ta livet sitt hjemme. Det er ei utfordring når vi ikke kan holde de her mot deres vilje.” (Johannes).

Johannes påpeker her at det er ei utfordring å hjelpe de pasientene som ikke ønsker å være på akuttenheten. Sitatet ”kan ikke holde de her mot sin egen vilje” indikerer at helsepersonellet ønsker å hjelpe, men at ønsket om å hjelpe kommer i konflikt med lovverket. Som tidligere nevnt er forutsetningen for tvangsinnleggelse at pasienten har, eller at man mistenker at pasienten har, en psykose eller en avvikstilstand der funksjonssvikten er like stor som ved psykose, og innleggelse er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller at det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (§3.2 og §3.3). Inntrykk jeg fikk fra intervjuene var at distinksjonen tvang-frivillighet

var utfordrende i det selvmordsforebyggende arbeidet. På den ene siden står ønske om å hjelpe, mens lovverket på den andre siden kan være til hinder for å hjelpe. Med denne bakgrunn er det ikke urimelig å tro at enkelte suicidale pasienter kan bli utskrevet. I forlengelsen av dette legger forskningslitteraturen vekt på at de fleste selvmord i psykisk helsevern skjer etter utskrivning fra psykiatriske institusjoner. Blant annet hevder Large m.fl. (2011) at blant utskrevne pasienter fra psykiatrisk sykehus, ble fem prosent av alle selvmord begått den første uken etter utskrivelse, mens 20 prosent av selvmordene ble begått innen ett år etter utskrivelse (Large m.fl.2011). Intervjupersonene erkjenner at det hender de utskriver pasienter som har en økt selvmordsfare, og hvor de i enkelte av disse tilfellene hevder at de har en magefølelse som tilsier at de ikke bør skrive ut pasienten. En avgjørende faktor for at pasientene likevel skrives ut er at det ikke foreligger grunnlag for å holde pasienten der på tvang, og magefølelsen vil i slike tilfeller ikke være grunnlag nok for å holde pasienten der mot sin vilje. Slik sett kan regelverket tolkes å være i konflikt med "føre-var kulturen" og en konsistens selvmordsforebygging. Rasmussen (1997) hevder at lovgivningen er bestemmende for hvilke prioriteringer som skal gjøres og virker også bestemmende for hva som er akseptable vilkår for mennesker. Dette reiser spørsmålene: Hvor skal grensen gå når personene ikke vil motta noen form for hjelp, informasjon eller råd? Ønsker vi et behandlingstilbud der lover og grunnleggende menneskerettigheter som frihet blir brutt? En kan som LPP (2010) spørre: Går det en grense for den psykisk sykes selvråderett når vedkommende ikke forstår konsekvensene av egne valg og handlinger? Disse spørsmålene bidrar med å tydeliggjøre at helsepersonellet må ivareta ulike og uforenelige hensyn i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Datamaterialet kan tyde på at lovverket på enkelte områder er til hinder eller i enkelte tilfeller i konflikt med det selvmordsforebyggende arbeidet. Igjen er vi inne på sentrale spørsmål om forholdet mellom frihet og sikkerhet, og hvor grensene for hvilke lover og retningslinjer man ønsker å forsake for økt sikkerhet. At verdiene og normene innen føre-var kulturen går på bekostning av institusjonelle rammebetingelser, mener jeg også kan ses som et uttrykk for helsepersonellens vegring mot bruk av tvang og som en del av helsepersonellens omsorgs- og behandlingsaspekt. Tillit og trygghet i psykiatrien er et sentralt aspekt i behandlinger av pasienter, og Aasen (2009) hevder i forlengelsen av dette i en artikkel at tvang (ved innleggelse) i psykiatrien reiser en rekke etiske og juridiske utfordringer. Spesielt trekker hun frem at bruk av tvang ofte kommer i konflikt med menneskeverd og individuell autonomi. I forlengelsen av dette hevder LPP (2010) at å bruke tvang overfor den psykisk syke ikke

nødvendigvis hjelper pasientene, men kan i enkelte tilfeller gjøre vondt verre.

Videre vil jeg igjen trekke inn noen av utfordringer som var tilknyttet selvmordskartlegging og –vurdering som vi var inne på i delkapittel 4.2. Som vi så tidligere legger intervjupersonene vekt på at det er en utfordring å skille mellom de pasientene som ikke er suicidale og de pasientene som er suicidale. Intervjupersonene erkjenner at virkelige suicidale pasienter i slike situasjoner vil kunne bli sendt hjem. En av bakgrunnene for dette er at det ofte foreligger mangelfull informasjon eller kunnskap om pasientene som kan bidra med en adekvat selvmordskartlegging og –vurdering. Intervjupersonene fremholder at komparentopplysninger kunne ha bidratt med mer fullstendig informasjon, noe som igjen kunne ha ført til en riktigere diagnose. Disse opplysningene kan i følge intervjupersonene ikke innhentes dersom pasientene ikke samtykker til dette, pga. taushetsplikten. Denne informasjonen blir av helsepersonellet ansett som særlig viktig i de tilfellene hvor de er usikre på pasientene. Johannes er en av de som har reflektert over de begrensningene taushetsplikten legger i forhold til en adekvat kartlegging og vurdering av selvmordsrisikoen.

”Pasientene bestemmer jo hvorvidt vi får snakke med pårørende, innhente komparentopplysninger og slikt. Pasientene har jo rett til å si at ”jeg vil ikke at noen skal ha opplysning om at jeg er innlagt.” Og så kan de videre da, for eksempel under innkomstsamtale og de påfølgende dagene oppføre seg helt normalt, ikke vise noen tegn som man oppfatter i hvert fall, til at det er en overhengende fare for at de kan komme til å ta livet sitt. Og så ønsker de å bli utskrevet, behandler og vi finner ikke grunnlag for å holde de igjen på noen som helst måte. Vi prøver jo selvfølgelig å motivere folk til å være her, dersom vi tror de er i behov av behandling og vi prøver å jobbe med oppfølging ute. Men si at de skriver seg ut da, og to timer etter de har skrevet seg ut da, så kommer det en telefon fra mor, som har på et eller annet vis fanget opp at sønnen var innlagt her, og har informasjon som er veldig viktig i forhold til vurderingen, som tilsier at det for eksempel er fare for at de tar livet sitt. Så det er jo klart at den taushetsplikten er ei utfordring, med tanke på dette med komparentopplysninger.” (Johannes).

Som sitatet til Johannes illustrerer, hevder han taushetsplikten i enkelte tilfeller begrenser en tilstrekkelig selvmordsvurdering og –kartlegging av pasientene. Uten adekvat informasjon står suicidale pasienter i fare for å bli utskrevet fra akutenheten, noe som øker risikoen for at noen vil lykkes i å ta sitt eget liv. Helsedirektoratet (2010:5) hevder at ”for helsepersonell er taushetsplikten en prinsipiell selvfølge, og at respekten for pasientens integritet er en grunnleggende etisk norm ved all helsehjelp”. Bidrar dette til å synliggjøre at helsepersonellet anser ivaretagelsen av taushetsplikten som viktigere enn sikkerheten til pasientene? Og går taushetsplikten foran pasientsikkerheten? Slik jeg ser det viser dette like mye om hvor viktig

helsepersonellet anser det å skape en god relasjon til pasientene. Tillit og trygghet i psykiatrien er et sentralt aspekt i behandlinger av pasienter. Det er ikke urimelig å hevde at å gå i mot pasientens vilje når det gjelder innhenting av komperentopplysninger vil bidra til redusert tillit til personalet. Men hvor langt skal man være villig til å gå for å forebygge selvmord? Skal elementære grunnleggende menneskerettigheter gå på bekostning av sikkerheten og det selvmordsforebyggende arbeidet? Igjen reiser jeg spørsmålet ønsker vi en behandling som ikke tar hensyn til den personlige friheten til enkeltindividene? For som tidligere nevnt er både frihet og sikkerhet fundamentale verdier for de fleste mennesker, men de kan ikke bli fullt ut realisert samtidig.

5.2 Selvmord som felles anliggende

Det var imidlertid samstemthet om at selvmordsforebygging ikke bare var forbeholdt psykiatrien, men at selvmord innen psykisk helsevern også kunne begrunnes utfra forhold utenfor "Akutten". Disse forholdene kunne i stor grad tydeliggjøre at selvmord indirekte kunne tilknyttes økonomi og lovverk. Blant intervjupersonene var det samstemthet om at de hadde ressurser og personale nok dersom de trengte å øke bemanningen til et forsvarlig nivå i forhold til pasienter og behandling.

"Altså vi vurderer jo situasjonen i avdelingen fra dag til dag, og hvis vi ser at det kreves flere personale på, så innkaller vi. Da øker vi bemanningen. Det kan man veldig lett gjøre. Så det gjør vi. Altså noen ganger trenger vi å være veldig mye folk på jobb, det er veldig viktig hvis det er mye aktivitet i avdelingen, og vi i tillegg har slikt som fotfølging. Det kan jo være at man har to fotfølgere. Og det vil si at det er et personale som blir 100% opptatt hele tiden med den personen. Men da øker vi bemanningen tvert." (Sonja).

Som sitatet til Sonja illustrerer blir ikke ressurser i form av bemanning på dette nivået ansett som en problemstilling i forhold til selvmordsforebygging. Det var samstemthet blant intervjupersonene om at de hadde nok ressurser, slik at underbemanning sjelden var et hinder på akuttenheten. Likevel var det tydelig fra flere hold at økonomi ble ansett som en indirekte årsak til selvmord i psykisk helsevern. En av langtidsavdelingene i tilknytning til den psykiatriske klinikken ved sykehuset ble noen måneder før jeg kom på feltarbeid nedlagt. Flere av intervjupersonene uttrykker bekymring for utviklingen, og hevder at dette kan ha konsekvenser i forhold til selvmordsforebygging.

” Hvis (langtids) avdelinger legges ned, da blir det jo krise, da har vi jo ingenting å tilby dem. Nå er jo ikke det lagt ned, men det handler om penger ikke sant. Vi vet jo ikke hvordan det blir framover, men som sagt; (Hjemgård²⁴) her er jo lagt ned, og det er jo en slik avdeling. Det er klart at hvis de legger ned, så blir jo tilbudet mindre. Og da går det utover.. Og da kan man si at.. på det du spurte om i sted; kan helsevesenet gjøre noe for å avverge, for å få ned prosenten. Hvis vi legger ned, så kan vi i hvert fall ikke gjøre noe. Du må heller trappe opp, for prosenten er der nå, og da må det trappes opp. Men det er ikke noe vi avgjør i det hele tatt, det er politikerne. Det handler om penger. (...) Nå vet jeg jo at det legges ned.. For eksempel, vi har jo lagt ned nå en avdeling (Hjemgård), altså det legges ned. Og det handler om økonomi. Da blir det jo dårligere tilbud, hvis de ikke trapper opp andre plasser igjen.” (Sonja).

Flere av intervjupersonene uttrykker bekymring for at psykiatriske avdelinger legges ned.

Bekymringen virket reell, og flere av intervjupersonene uttrykte bekymring for hvilken avdeling som er neste til å bli nedlagt. Bekymringene ble satt i sammenheng med at det blir dårligere tilbud, da flere av intervjupersonene legger vekt på at et stort flertall av de distriktspsykiatriske sentrene (DPS) i fylket ikke fungerte tilfredsstillende.

Distriktspsykiatriske sentre har i følge Helsedirektoratet²⁵ et hovedansvar for å gi spesialiserte behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akuttsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. Distriktspsykiatriske sentre skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut av psykisk helsevern. Materialet fra min undersøkelse viser at flere av intervjupersonene uttrykker bekymring i forhold til at DPS fraskriver seg ansvar. Jeg har hentet et sitat fra Olav som kan bidra med å tydeliggjøre dette.

”Fungere, og målet nasjonalt er jo at distrikts psykiatriske sentra skal være veien inn og ut, som det heter da, de skal overta mer, de har fått penger overført nå fra sykehusforetakene til DPS, på psykiatrisiden nå det siste året. Og det er jo ikke det vi ser i det virkelige, det er jo dem fraskriver seg en betydelig del av å kunne være veien inn, og kunne påta seg pasienter på vei ut av de psykiatriske avdelingene i sykehuset. Så de stenger på sommeren, de stenger i jul, de stenger i påsken, dem reduserer driften, de sier dem har fullt, de har ikke mulighet, de kan ikke vurdere akutt, dem kan ikke ta.. pasienten er for dårlig. Det er mange argumenter for at DPS’ene fraskriver seg ansvaret. (...) Men samtidig så er det ikke bare DPS det dreier seg om, det er et vanskeligere helseforetaksregnskap. Jeg er ikke økonom, men vi skjønner såpass mye at veldig mye dreier seg nå om en overføring fra psykiatri til somatikk for å ta underskudd. Vi har vært i balanse her i psykiatrien, jeg mener det har vært pålagt å opprette en del nye tilbud, slik at det virker som om psykiatrien bygde seg opp, men når man skulle ta midler, så tok man det gjerne fra (psykiatrien).” (Olav).

²⁴ Hjemgård er et fiktivt navn.

²⁵ <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/dps/Sider/default.aspx>

Som vi ser av sitatet til Olav gir han uttrykk for at DPS'ene ikke fungerer tilfredsstillende, noe han begrunner med at de ofte har stengt og tilsynelatende ikke kapasitet til å følge opp akutte pasientene. I tillegg antyder Olav at nedleggelsene som har skjedd ved klinikken kan ses som et resultat av at helseforetaket forsøker å spare inn penger, hvor midlene blir hentet fra psykiatrien. Med dette som bakgrunn er det kanskje legitimt å spørre om økonomiske faktorer går på bekostning av sikkerheten? Sentralt i sikkerhetsstyringen er akkurat forholdet mellom økonomi og sikkerhet, og Reason (1997) argumenterer for at idealet om en god sikkerhetskultur er vanskelig å oppnå da valg av sikkerhetstiltak ofte blir avvendt opp mot økonomiske forhold. Helsevesenet har som tidligere nevnt etter innføringen av ISF blitt mer orientert mot effektivitet. Når Olav hevder at ”når man skulle ta midler, så tok man det gjerne fra (psykiatrien)” indikerer det at det eksisterer et konfliktfylt forhold mellom sikkerhet og økonomi/effektivitet i helsevesenet. Og det er ikke urimelig å hevde at dette kan ha store konsekvenser i forhold til sikkerheten.

Jeg vil imidlertid forfølge intervjupersonenes misnøye mot DPS'ene. Denne misnøyen var også tydelig i intervjuet med Johannes, som også la vekt på at DPS'ene ikke fungerte tilfredsstillende.

”Tanken er jo at DPS'ene ute i kommunene skal jo være, hva skal jeg si, ”portvokterne” våre. Det er de som skal stå i front, og alle pasienter skal innom et DPS, at det blir tatt ei vurdering der på om de trenger en akutt innleggelse. Men slik fungerer det ikke for (Heimvåg) sitt tilfelle. Ergo kommer pasientene direkte hit, og så må de skrives ut, og da er det og ei utfordring å få de inn på et DPS. Og da er det jo klart at mengden pasienter her er jo like høy som den har vært, inntil at de klarer å få ei ordentlig fungering ute på DPS'ene. Og det er jo i henhold til de føringene som ligg for (Helseforetaket), hvordan det faktisk skal være. Men det er tidvis, spesielt nå, veldig høyt press på akuttpostene, veldig mange innleggelser.” (Johannes).

Økt press på akuttenheten ses som et resultat av at DPS ikke fungerer tilfredsstillende. I datamaterialet var bildet av DPS'ene ensartet. Det var tydelig noe som ikke fungerte tilfredsstillende. Det uttrykte opplevde presset som intervjupersonene opplevde i forhold til høyere belegg av pasienter, og dermed økt press på akuttenheten reiser spørsmål om hvilke konsekvenser dette kan få. Hva blir konsekvensene av økt press? Vil dette medføre til økt press på å få skrevet ut pasientene? Jeg har hentet et sitat fra intervjuet med Johannes som kan bidra med å tydeliggjøre hvilke implikasjoner dette presset kan medføre sett fra intervjupersonenes side.

”Hvis dette for eksempel er ei helg, og det er 12 pasienter på alle tre akuttpostene, så har vi som regel da allerede satt opp ei prioriteringsliste over hvem det er som kan skrives ut først, eller hvem kan overføres til allmenpsykiatrisk, sånn kortvarig får avlastet og åpnet opp plass. For det er klart at vi må ta i mot alle som blir akutt innlagt.”
(Johannes).

Sitatet ”satt opp ei prioriteringsliste over hvem som kan skrives ut først” indikerer at det eksisterer et visst press på å skrive ut pasienter før de er klare til det. Dette var også forhold som var gjenkjennbart i intervjuet med Olav.

Olav: Men jeg er klar over det, det har vel vært en økning av tall som er under behandling i psykisk helsevern, det har det vel vært, en viss øking som har gitt grunn for bekymring, og det kan man jo selvfølgelig reflekteres om. Det var vi litt inne på i sted, om hva kan være årsaken. Det kan være pasientpopulasjonen du nå sitter med sant, som kan være vanskeligere, og som tidligere fordelt seg ut kanskje på kommunalt nivå, og på annen sosial tjeneste, og gud vet. Så mens nå så sitter det kanskje mer sånn fortettet vanskeligere pasienter. Så kan det jo være hvordan du ivaretar under de plassene du har, om du må skrive fort ut og de suicidene som skjer i kjølvannet av utskriving, permisjon og slikt.

Intervjuer: Hva mener du med ”skrive fort ut”?

Olav: Ja altså liggetiden har jo gått ned i kraft med at man har fordoblet omtrent innleggelser, i hvert fall hos oss da. Det tror jeg nå har vært en landstendens da, siden 90 tallet da i hvert fall. Så det er klart da går jo liggetiden ned, man har jo ikke økt antall senger, tvert i mot, mange steder har man lagt ned senger også i akuttpsykiatrien. Vi har jo holdt det høvelig stabilt de siste årene da. Men da er du nødt å ha kortere liggetid, så er det en faglig skjønn da på hvor du... hvem skal ligge lenge og hvem skal ligge kort. Men faren er jo at du har folk for kort inne.

Intervjuer: Er det på grunn av ressurser da?

Olav: Det har rett og slett med ressurser i form av senger, du har begrenset antall senger, og pasientene nærmest konkurrerer. Vi prøver jo å prioritere – har vi suicidale inne selvfølgelig, så er jo suicidalitetsproblematikken avklart ved utskriving.

Årsakene til økt press på avdelingen kan ses som et resultat av et lite fungerende system. Sitatene ”pasientene nærmest konkurrerer”, ”begrenset antall senger” og ”har folk for kort inne” indikerer at det eksisterer et økt press på avdelingene og enhetene, noe som er medvirkende til at pasienter blir utskrevet eller flyttet før de er klar. Med bakgrunn i at pasientene blir skrevet ut for tidlig er det ikke urimelig å tro at dette kan få konsekvenser i form av en økning i selvmord.

Som tidligere nevnt argumenterer Rasmussen (1997) for at pasientsikkerhet angår alle aktørene i det sosiotekniske systemet. Når mangel på senger fremstilles som en sentral utfordring i det selvmordsforebyggende arbeidet, indikerer det at selvmordsforebygging ikke er det primære målet for alle aktørene i det sosiotekniske systemet. Ledelsen ved de ulike

sykehusene har i stor grad ansvaret for nedleggelse og nedlegging av sengeplasser ved de respektive avdelingene. Innen tradisjonell sikkerhetsstyring er dikotomien sikkerhet-økonomi et sentralt aspekt, hvor et sentralt poeng er at sikkerhet og økonomi er konkurrerende mål i organisasjonen (Reason 1997). Mangel på senger kan slik jeg ser det, ses som et uttrykk for at helsevesenet i stor grad blir styrt av økonomi. Effektivitet er et viktig helsepolitisk mål, og omhandler at helsevesenets ressurser skal utnyttes på en mest mulig effektiv måte (Lian 2007:119). Lian (2007) hevder i forlengelsen av dette at denne målsettingen ofte uttrykkes i prinsippet ”mest mulig helse per krone”. Effektivitetshensyn omhandler ressurser i form av økonomi, og Lian (2007:119) hevder at effektivitetshensyn kan komme i konflikt med hensynet til andre helsepolitiske mål som likhet og rettferdighet, hvor økonomiske mål ofte får størst gjennomslagskraft i praktisk politikk. Når økonomiske verdier settes i høysetet og målet er å få mest mulig helse per krone, blir helsevesenet lett resultatorienterte (Lian 2007:120-121). Med dette som utgangspunkt kan man argumentere for at man med et resultatorientert fokus i en psykiatrisk sammenheng, vil kunne argumentere for at et godt psykisk helsevern måles ut fra hvor mange pasienter som er behandlet på de psykiatriske institusjonene. På denne måten får de målbare sidene ved virksomheten eller behandlingen stor plass, mens de kvalitative aspektene, for eksempel kvaliteten på behandlingen, gjengangere etc. får mindre plass. Hvorvidt dette er tilfelle blir utenfor oppgavens ramme å svare på, likevel tror jeg nedleggingen av avdelinger og mangel på sengeplasser kan tolkes som et uttrykk for mangel på politisk vilje til å prioritere psykiatrien.

Som diskusjonen og sitatene har synliggjort i denne delen, viser analysen at sikkerheten til pasientene, herunder forebygging av selvmord, kommer i konflikt med lovverket, herunder taushetsplikten og bruk av tvang. Rammebetingelsene, herunder, lover, regler, menneskelige verdier bidrar til å tydeliggjør at helsepersonellet må ivareta ulike og til en viss grad uforenelige hensyn i det selvmordsforebyggende arbeidet. Slik jeg ser det kan disse trekkene virke hemmende i det selvmordsforebyggende arbeidet. Utfordringene helsepersonellet møter i det selvmordsforebyggende arbeidet, med spesiell vekt på taushetsplikten og lovverket i forhold til tvang, bidrar med å synliggjøre at selvmordsforebygging er et komplekst fenomen som omhandler flere aspekter innen det sosio-tekniske systemet som helsevesenet er. Mangel på ressurser i kombinasjon med rammebetingelsene, synliggjør at pasientsikkerheten generelt, og forebygging av selvmord spesielt, er forhold som angår alle aktørene i det sosio-tekniske systemet.

Kapittel 6. Avsluttende diskusjon

I denne studien har jeg tatt for meg selvmord i psykisk helsevern, og ambisjonen med oppgaven har vært å synliggjøre hvorfor det skjer selvmord i psykisk helsevern.

Innledningsvis fremhevet jeg at et hovedtema i mediedebatten tilknyttet selvmord i psykisk helsevern har vært at selvmordsraten er urimelig høy. Fra politisk hold kan det med utgangspunkt i pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender”, argumenteres for at forebygging av selvmord i psykisk helsevern har fått økt politisk oppmerksomhet.

På bakgrunn av pasientsikkerhetskampanjen fremstilles et bilde av selvmord i psykisk helsevern som noe som kan unngås og forebygges. Men er dette tilfelle?

I dette avsluttende kapitlet har jeg til hensikt å oppsummere funnene, samt diskutere og koble studiens empiri med teorien. Gjennom en kombinasjon av en kulturell og en systemteoretisk tilnærming til problemstillingen, har jeg forsøkt å synliggjøre hva som fremmer og hemmer det selvmordsforebyggende arbeidet ved en akutenhet i psykisk helsevern.

6.1 Kulturelle trekk som sikkerhetsfremmende

Et sentralt utgangspunkt for studien er at de som befinner seg i ”den skarpe enden”, herunder i nærheten av og tett oppimot suicidale pasienter, vil ha betydningsfull og relevant informasjon om hva som er utfordringene i det selvmordsforebyggende arbeidet. I denne studien har derfor ”den skarpe endens” erfaringer, tanker og meninger rundt det selvmordsforebyggende arbeidet vært et viktig utgangspunkt for å kunne svare på problemstillingen på en utfyllende måte. I oppgaven la jeg til grunn at sikkerhetskultur kunne forstås som et samspill mellom individuelle og kollektive oppfatninger som omhandlet organisasjonens fokus på sikkerhet (Reason 1997). Med utgangspunkt i at verdier og atferd kan ses som observerbare uttrykk for den kulturelle essensen (Schein 1985:11), har jeg i studien identifisert verdier og atferd som både fremmer og hemmer det selvmordsforebyggende arbeidet ved en akutenhet. Gjennom beskrivelsene som kom frem i kapittel 4, identifiserte jeg tre kulturelle trekk som jeg mener kjennetegnet det selvmordsforebyggende arbeidet ved akutenheten, herunder ”føre-var kulturen”, ”den lydhøre kulturen” og ”læringskulturen”. Samlet sett mener jeg disse kulturelle trekkene har stor betydning i forhold til sikkerhetsstyringen ved akutenheten.

Beskrivelsen og analysen av ”føre-var kulturen”, som er det kulturelle trekket jeg mener har størst betydning i forhold til selvmordsforebygging, indikerte at forebygging av selvmord var det styrende (sikkerhets)målet ved ”Akuten”. Dette kom blant annet til uttrykk i hvordan

helsepersonellet håndterte de ulike utfordringene de møtte i det selvmordsforebyggende arbeidet. Utfordringene ble ofte satt i sammenheng med at det var vanskelig å skille mellom suicidale og ikke-suicidale pasienter, at det var svakheter og utfordringer med enkelte av behandlingsmetodene (intervallbasert observasjon), i tillegg til at lover og regler var viktige begrensninger i forhold til hva som var mulig å gjøre for å forebygge selvmord. Samlet sett ga de ulike utfordringene uttrykk for at det selvmordsforebyggende arbeidet var sammensatt og komplekst.

Interessant var imidlertid hvordan utfordringene ble forsøkt håndtert, og gjennom intervjupersonenes beskrivelse av hvordan de løste utfordringene satt jeg igjen med et inntrykk av at sikkerhet var i fokus. Spesielt i forhold til intervallbasert observasjon, hvor mistilliten og den opplevde risikoen ved intervallbasert observasjon medførte en oppgradering av tiltak, uavhengig av behandlers beslutning om tiltak. Interessant i denne sammenheng er at den utbredte misnøyen som deler av utvalget rettet mot behandlingstiltaket intervallbasert observasjon, medførte at helsepersonellet satte i verk egne tiltak for å forhindre selvmord. Disse tiltakene mener jeg viser et viktig engasjement i det selvmordsforebyggende arbeidet, i tillegg til at det bidrar med å synliggjøre at helsepersonellet er fleksible, løsningsorienterte og engasjerte i det forebyggende arbeidet. Slike verdier og handlinger mener jeg er et uttrykk for at pasientsikkerhet prioriteres i praksis, noe som er en forutsetning for en god sikkerhetskultur (Reason 1997, Olsen 2010). Det sterke fokuset på sikkerhet var også forankret i den nærmeste ledelsen, blant annet enhetslederen, som i følge intervjupersonen hadde en sterkt og viktig fokus på sikkerhet. Sterk forankring hos, og involvering fra ledelsens side er i følge Reason (1997) en nødvendig forutsetning for en god sikkerhetskultur.

Slik jeg ser det kan dette tolkes som et uttrykk for at helsepersonellet i stor grad er bevisste på de faremomentene og risikoene som er forbundet med selvmordsforebygging og behandlingsmetodene, hvor oppvaktheten og bevisstheten overfor svakhetene og kompleksiteten i det selvmordsforebyggende arbeidet ga inntrykk av at forebygging av selvmord var den styrende målsetningen ved akutenheten. Med utgangspunkt i Reasons (1997) terminologi kan en hevde at det blant helsepersonellet foreligger en kontinuerlig respekt for de mange feil som kan skje. På denne måten vil helsepersonellet kunne klare å identifisere farer og handle tidsnok i forhold til å forebygge selvmord.

Gjennom ”læringskulturen” fikk vi også inntrykk av at verdier og normer som var karakteristiske for ”føre-var kulturen” også ble videreformidlet gjennom taus kunnskap til nyansatte på avdelingen. Dette tydeliggjør at ”læringskulturen” bidrar med å videreformidle kunnskapen til andre, noe som er positivt for sikkerhetsstyringen.

Selv om hovedinntrykket var at ”læringskulturen” bidrar i retning av et viktig sikkerhetsfokus ved ”Akutten”, viser funn fra min studie at det er en viss tendens til at den overordnede kulturen i helsevesenet ikke er en lærende organisasjon. Reason (1997) hevder at et viktig moment i en læringskultur er at en må kunne trekke de riktige konklusjonene fra dens sikkerhetsinformasjonssystem. En kan imidlertid reise spørsmål om hva som ligger i de *riktige konklusjonene*? Slik jeg tolker *riktige konklusjoner* viser det til en forståelse hvor man forsøker å finne de underliggende årsakene til at uønskede hendelser skjer. Med et slikt utgangspunkt velger man ikke lettvinte løsninger som tar sikte på det Westrum betegnet som ”reparasjon lokalt”, derimot prøver man å avdekke hvilke underliggende organisatoriske forhold ved helsevesenet som er medvirkende og sentrale faktorer til at det skjer uønskede hendelser som selvmord. Funn fra min studie viser at hvilke type konsekvenser selvmord får, i stor grad ble sett i forhold til hvilken selvmordsmetode pasienten hadde benyttet. Av de selvmordene som ble nevnt på avdelingen, hadde blant annet et unaturlig dødsfall i badekar på natten ført til konsekvenser som låsing av bad nattetid. I tillegg hadde et dødsfall, hvor strangulasjon i gardiner var selvmordsmetoden, medført at det var kommet nye rutiner i forhold til gardinoppheng. Med denne bakgrunn er det kanskje legitimt å spørre om disse konsekvensene kan ses som lettvinte løsninger eller som lokale reparasjoner, hvor klinikken ikke vedkjenner at selvmord kan ses som en konsekvens av underliggende organisatoriske forhold eller systemfeil som tidspress, dårlig arbeidsmiljø eller underbemanning? Dette forholdet er et viktig aspekt i differensieringen mellom en systemtilnærming og en persontilnærming om hvorfor menneskelige feilhandlinger skjer (Reason 2000). Klinikken valg av lettvinte løsninger går slik jeg ser det i retning av en persontilnærming til hvorfor avvik skjer. Hvilket syn man inntar i forhold til denne problematikken har stor betydning for organisasjonskulturens informasjonsflyt, og en sentral antagelse er at hvorvidt nesten-hendelser og feil blir rapportert eller ikke, avhenger av hvordan ”budbringeren blir møtt”. I følge Westrums (1992) typologier vil en persontilnærming til avvik være i samsvar med hva det som karakteriseres som en patologisk organisasjonskultur. I følge Reason (1997) vil dette kunne tolkes som et resultat av mangel på tillit. Jeg finner imidlertid ingenting som skulle tilsi at de ansatte ”blir skutt” når de kommer med sikkerhetsrelevant informasjon. Derimot viser det kulturelle trekket ”den lydhøre kulturen” at intervjupersonene legger vekt på at de blir hørt

dersom de kommer med ny informasjon, og verdier som samarbeid, dialog og kommunikasjon er sentrale. I forlengelsen av dette gir datamaterialet uttrykk for at helsepersonell på alle nivå er delaktig i selvmordsforebyggingen, både gjennom og under behandlingen av pasientene, samt i vurderingen og kartleggingen av selvmordsrisikoen. Høy grad av involvering fra intervjupersonenes side, i kombinasjon med kontinuerlig kommunikasjon innad i gruppen bidrar til informasjonsflyt, noe som kan tyde på at organisasjonen tilstreber de karakteristiske trekkene i det Westrum (1992 i Reason 1997) betegnet som en *generativ organisasjonskultur*. Informasjonsflyten som kjennetegner denne organisasjonskulturen anses som særlig viktig i en sikkerhetssammenheng. Likevel vil jeg argumentere for at organisasjonskulturen befinner seg i mellomstadiet mellom en byråkratisk og generativ organisasjonskultur. Til tross for at budbringerne blir hørt dersom de dukker opp, og til dels også opplært, tenderer datamaterialet som vi så på overfor, å gi uttrykk for at feil medfører lokal reparasjon og ikke bidrar til omfattende reformer.

Jeg vil imidlertid trekke dette et skritt lenger, for selv om enkelte av intervjupersonene hevdet at det fantes formaliserte møter mellom de respektive akuttenehetene på avdelingen, hvor læring av hverandre var formålet, gir datamaterialet mitt uttrykk for at det bare var en begrenset del av de ansatte på akutteneheten som var med på disse møtene. I tillegg virket det som om at de fleste diskusjonene som omhandlet sikkerhetsinformasjon kun foregikk sammen med de andre ansatte på "Akuttene", hvor vektleggingen av diskusjon, kommunikasjon og læring blant de nærmeste medarbeiderne ble fremhevet som det viktigste trekket når det gjaldt læring og informasjonsflyt. Dette er i tråd med Aase m.fl. (2010) som med utgangspunkt i en studie som omhandlet læring blant leger ved et sykehus, hevder at uformelle diskusjoner blant kollegaer anses som den viktigste læringsarenaen. Et kjennetegn med en sikkerhetskultur er i følge Olsen (2010) at læring og kommunikasjon om pasientsikkerhet skjer på tvers av avdelinger. Når "Akuttene" blir den eneste læringsarenaen og den eneste arenaen hvor informasjonen flyter, blir det ikke tilstrekkelig *informasjonsflyt*, forstått på den måten at informasjonen ikke kommer frem til de som har reell makt til å gjøre noe med situasjonen. På denne måten får man ikke hva Reason (1997) betegnet som "major reforms", noe som i sin ytterste konsekvens kan medføre at de samme hendelsene vil gjentas over tid. Med et systemteoretisk perspektiv ser man viktigheten av at flere aktører i systemet er med på å utøve innflytelse i risikostyringsprosessen, hvor en i forlengelsen av dette kan en hevde at implementering av store reformer, som for eksempel endringer av lovverket, krever at flere aktører i systemet er med i risikostyringen. Slik jeg ser det vil en begrenset informasjonsflyt

medføre at sikkerhetsmessig informasjon og utfordringer forblir og til dels løses i ”Akutten”, med den konsekvens at det ikke skjer noen store omveltninger (major reforms). Dette kan videre medføre at en står i fare for at de samme feilene og uønskede hendelsene gjentas over tid. En kan imidlertid stille spørsmål om hvorfor det er slik? Reason (1997) setter dette sammen med tillit, hvor mangel på tillit vil medføre at hendelser ikke rapporteres. Kanskje kan dette ses i sammenheng med at helsevesenet med bakgrunn i underrapportering kan hevdes å ha en manglende lærings- og rapporteringskultur (Aase m.fl. 2010).

6.2 Selvmordsforebyggingens konfliktområde

På tross av at flere av intervjupersonene hevdet at sikkerheten ikke var i konflikt økonomi, ressurser og effektivitet, ble økonomi lagt frem som et sentral faktor når det gjaldt nedlegging av psykiatriske avdelinger og mangel på sengeplasser. Det faktum at mangel på sengeplasser blir trukket frem som et sentralt aspekt, ga tydelige indikasjoner på at det eksisterer en konflikt mellom sikkerhet og økonomi/effektivitet i psykisk helsevern. Dette kom tydelig til uttrykk når legen og miljøpersonalet hevdet at de må prioritere hvem som kunne skrives ut først i forhold til et eventuelt overbelegg? Blant annet ble det i forkant av helgene utarbeidet prioriteringslister over hvilke pasienter som kunne skrives ut først. Det er ikke urimelig å hevde at dette kan ha alvorlige konsekvenser i forhold til økt selvmordsfare, og ulik forskningslitteratur viser som tidligere nevnt, at de fleste selvmord skjer etter utskrivning fra psykiatriske døgnposter. Blant annet hevder Large m.fl. (2011) at blant utskrevne pasienter fra psykiatrisk sykehus, ble fem prosent av alle selvmord begått den første uken etter utskrivelse, mens 20 prosent av selvmordene ble begått innen ett år etter utskrivelse (Large m.fl.2011).

Dersom en tar utgangspunkt i at en av pasientene som blir utskrevet fra institusjonen på grunn av prioriteringslisten tar livet sitt, er det da den legen som skrev ut pasienten som er skyld i selvmordet? Vil dette selvmordet kunne ses som et resultat av legens moral, underforstått at han har gjort en for dårlig faglig prioritering? Sett med en persontilnærming til menneskelige feil vil dette selvmordet kunne ses som et resultat av nettopp dette (Reason 2000). Reason (2000) mener vi må gå bevege oss bort fra denne tilnærmingen, og rette fokuset mot de organisatoriske forholdene som årsak til hvorfor feilhandlinger skjer. Sentralt i denne tankegangen er som vi har sett på tidligere at feilene ligger i systemene og i de organisatoriske forholdene som tidspress og dårlig arbeidsmiljø (Reason 2000). En prioriteringsliste blir, som navnet tilsier, utarbeidet med bakgrunn i mangel på sengeplasser der det står ”pasienter i kø”, noe som igjen fører til økt tidspress og effektivitetskrav, med den følge at legen kan gjøre en

fatal feilprioritering. Med en systemtilnærmingen på denne problematikken vil selvmord kunne ses som en konsekvens av blant annet mangel på ressurser, og dermed som et resultat av organisatoriske forhold, hvilket er noe kvalitativt annet enn å redusere hendelsen til et enkeltindivids feil, herunder legens moral. Dette synliggjør viktigheten av å granske de underliggende årsakene til uønskede hendelse, og viktigheten i å stille spørsmålet: ”hvorfors ble pasienten som tok livet sitt skrevet ut?”.

Reason (1997) hevder at sikkerheten ofte må konkurrere med andre mål i organisasjonen, hvor økonomiske faktorer ofte tenderer til å gå på bekostning av sikkerheten. Et sentralt forhold innen denne tankegangen er at denne konflikten til slutt vil kunne resultere i en uønsket hendelse. Sett i sammenheng med funn fra min studie kan en kanskje stille spørsmål ved hvorvidt den økte selvmordsrisikoen etter utskrivelse kan ses i sammenheng med at pasientene er skrevet ut for tidlig på grunn av at enhetene ikke har sengeplasser nok? Dersom dette er riktig kan selvmord ses som en konsekvens av at økonomi har gått på bekostning av sikkerheten. Hvorvidt dette er tilfelle blir bare spekulasjoner, likevel bidrar de skisserte forholdene med å tydeliggjøre at sikkerhetsstyringen er sårbar for påvirkning av andre aktører i systemet. Aase og Wiig (2010:64) argumenterer for at ettersom de respektive nivåene i modellen er gjensidig avhengig av hverandre, vil endringer på et nivå kunne påvirke hele systemet. Dette gir klare indikasjoner på at risikostyringen i helsevesenet er noe som angår alle aktører på alle nivå i systemet. De reguleringene og vurderingene som sykehusledelsen gjør ved de respektive sykehusene legger føringer i det selvmordsforebyggende arbeidet. Dette bidrar med å tydeliggjøre at risikostyringen angår hele helsevesenet som sosio-teknisk system eller som samfunnssystem, og kan ikke reduseres til en menneskelig feilhandling.

6.3 Selvmordsforebygging til enhver pris?

Selvmordsforebygging er betinget av en rekke rammebetingelser og lover som legger føringer og begrensninger i det selvmordsforebyggende arbeidet. En viktig del av debatten omkring selvmordsforebygging i psykisk helsevern er spørsmålet om hvor langt det er ønskelig å gå for å forhindre at det skjer selvmord. Selv om sikkerhet, og selvmordsforebygging er i fokus blant intervjupersonene, viser funn fra denne studien at selvmordsforebygging kommer i konflikt med enkelte av rammebetingelsene, herunder lovverket. Spesielt legger intervjupersonene vekt på at taushetsplikten og tvangsproblematikken virker begrensede i det selvmordsforebyggende arbeidet. Lovverket som skal fremme pasientsikkerhet, kan også hemme pasientsikkerheten i enkelte tilfeller.

Intervjupersonene kommer ofte i situasjoner som kan fremstå som et paradoks, hvor helsepersonellet ofte må ivareta ulike og uforenlige hensyn, noe som i enkelte tilfeller kan gå på bekostning av pasientsikkerheten. Flere av intervjupersonene påpeker paradokset om ønsket om å hjelpe pasientene med en kjent selvmordsrisiko på den ene siden, mens loven på den andre siden vanskeliggjør videre hjelp dersom ikke pasienten selv tillater det. Blant annet legger intervjupersonene vekt på at taushetsplikten hindrer tilgang på komparentopplysninger, noe som er til hinder for innhenting av korrekt og utfyllende informasjon om pasienten som med fordel kunne ha blitt brukt for å gi en mer korrekt vurdering og kartlegging av selvmordsrisikoen. I forlengelsen av dette legger intervjupersonene vekt på at dersom de kunne beholde flere pasienter på tvang, ville dette medført at antallet selvmord hadde blitt redusert. I tillegg hevder intervjupersonene at flere selvmord kunne forhindres i psykisk helsevern, gjennom kontinuerlig observasjon. Selv om kontinuerlig observasjon ble ansett som en mulig løsning i å forhindre flere selvmord, ble ikke behandlingstiltaket ansett som ønskelig da dette blant annet var i konflikt med andre grunnleggende rettigheter. Kontinuerlig observasjon brukes som tidligere nevnt når selvmordsrisikoen er overhengende, og innebærer et kontinuerlig tilsyn der personalet ser til pasienten hele tiden, pasienten bør heller ikke være alene i noen situasjoner, noe som inkluderer tilsyn både når pasienten bruker WC og bad, men også når pasienten sover.

Brudd på taushetsplikten, mer tvang og kontinuerlig tilsyn blir riktignok ansett som løsninger for å forebygge flere selvmord. Bortsett fra et ønske om økt bruk av kontinuerlig tilsyn når helsepersonellet sto overfor pasienter med overhengende selvmordsfare, var det ikke ønskelig blant intervjupersonene å endre på noe av dette.

Skisseringen av utfordringene var mer ment som en beskrivelse av hvilke utfordringer helsepersonellet sto overfor i det selvmordsforebyggende arbeidet, og som jeg skal diskutere videre er det en verdikonflikt mellom selvmordsforebygging og grunnleggende og fundamentale menneskerettigheter.

Hovedinnvendingen mot økt bruk av tvang og brudd på taushetsplikten er at dette i stor grad innebærer en sterk inndragning av friheten til pasientene. LPP (2010) hevder at tvang i psykiatri er komplekst, og at tvangsbruk ofte innebærer en sterk inndragning av menneskets selvråderett. Vråle (2009:44) hevder i forlengelsen av dette, at krenkelser knyttet til behandling og til bruk av tvang, er faktorer som kan medvirke til selvmordstrussel for

pasienter. Som tidligere nevnt hevder LPP (2010) at å bruke tvang overfor den psykisk syke ikke nødvendigvis hjelper pasientene, i enkelte tilfeller kan bruk av tvang gjøre vondt verre. Bruk av tvang oppleves også ofte som vanskelig for helsepersonell som må anvende tvang (Høie 2000). Noe av bakgrunnen for dette mener jeg kan ses i sammenheng med at til grunn for helsevesenets arbeid ligger en etikk og et fagsyn som bygger på et humanistisk menneskesyn, hvor et sentralt poeng er at respekten for menneskets verdighet er ukrenkelig (Vråle 2009:17). I tillegg står menneskets ansvar for eget liv og egne valg sentralt (ibid.). I forlengelsen av dette hevder Aasen (2009) at tvang i psykiatrien reiser en rekke etiske og juridiske utfordringer, spesielt trekker hun frem at bruk av tvang ofte kommer i konflikt med menneskeverd og individuell autonomi.

Når forebygging av selvmord i psykisk helsevern blir satt i sammenheng med økt bruk av tvang og brudd på taushetsplikten, kan man som Vråle (2009:59) reise spørsmålet om hvor grensen går mellom menneskets rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen helsetilstand, og helsepersonellens plikt til å gripe inn overfor selvmordstruende mennesker? Spørsmålet bidrar med å tydeliggjøre at det er verdikonflikter i det selvmordsforebyggende arbeidet. Hvor langt er det ønskelig å gå for å kunne forhindre selvmord? Er det ønskelig med en behandling som innebærer mer bruk av ulovlige tvangsbruk og innskrenking av frihet? Spørsmålet berører sentrale problemstillinger tilknyttet dilemmaet mellom sikkerhet og frihet som påpekes av Olsen m.fl. (2007). Argumentet i denne debatten er at både sikkerhet og frihet er grunnleggende verdier for alle individ, men at de ikke kan bli realisert fullt ut samtidig. Rasmussen (1997) hevder at ved motstridende mål er lovgivningen avgjørende for hvilke prioriteringer som skal gjøres. I lovene står kravet om frihet så sterkt at det er vanskelig å tenke seg at selvmordsforebygging, her forstått som mer bruk av tvang og brudd på taushetsplikten, skal gi legitimitet til å bryte prinsipper om menneskers grunnleggende verdier som frihet, autonomi og verdighet.

6.4 Avsluttende bemerkning

Hvorfor skjer det selvmord i psykisk helsevern? I denne studien har jeg synliggjort at selvmordsforebygging er et kompleks problem, som ikke gir noen enkel forklaring på hvorfor det skjer selvmord. Gjennom en kulturell tilnæringsmåte til problemstillingen har jeg synliggjort hva som bidrar med å fremme det selvmordsforebyggende arbeidet. En avdekking av kulturelle trekk har bidratt med å synliggjøre at "Akutten" har et bra sikkerhetsfokus, hvor forebygging av selvmord er det styrende målet. Gjennom samtale med menneskene i "den

skarpe enden”, har vi fått inntrykk av at selvmord skjer som en konsekvens av et samspill mellom pasientenes sykdom, ressurser, lover og prioriteringer.

Avdekking av kulturelle trekk som ”føre-var kulturen”, ”læringskulturen” og ”den lydhøre kulturen”, bidro med å synliggjøre hva som var viktige verdier og handlemåter i forhold til forebygging av selvmord blant de ansatte ved ”Akutten”. Selvmordsforebygging er i stor grad forankret i den skarpe enden, og systemet er særlig sårbart for menneskelige feil. Likevel er det viktig å se på de feilvurderingene som finner sted, som et resultat av organisatoriske forhold. Til tross for et viktig og engasjerende sikkerhetsfokus blant de ansatte ved akuttenheten, har jeg synliggjort nødvendigheten av at alle aktører i det sosio-tekniske systemet må bidra og være engasjert i det selvmordsforebyggende arbeidet. Selv om det nesten fremstår som en selvfølge at ikke alle selvmord kan forhindres i psykisk helsevern, er det viktig å ”snu alle stener” i arbeidet for å redusere antallet selvmord. En konsistent forståelse av selvmord i psykisk helsevern må også ta hensyn til at det selvmordsforebyggende arbeidet befinner seg i et sosio-teknisk system bestående av flere aktører, hvor selvmordsforebygging angår alle nivåer av aktører i dette systemet, og det kreves derfor en helhetlig tilnærming til problemstillingen. Selvmordsforebygging er ikke noe som bare de på akuttenheten kan gjøre noe med.

Avslutningsvis kan vi stille spørsmålet: kan flere selvmord i psykisk helsevern unngås? Jeg mener at studien har bidratt med å synliggjøre at flere selvmord i psykisk helsevern kan unngås blant annet ved at selvmordsforebygging prioriteres av alle aktører på alle nivå i helsevesenet som system, for eksempel gjennom økt bevilging og utbygging av psykiatriske avdelinger. I tillegg kan selvmord i prinsippet reduseres gjennom økt bruk av tvang. Men parallelt er det viktig å stille spørsmålet: Hvor langt er vi villig å gå for å forebygge selvmord? Forebygging av selvmord er som vi også har sett på, i konflikt med andre og mer grunnleggende rettigheter, som frihet, autonomi og verdighet, og er det ønskelig at sikkerheten, herunder det selvmordsforebyggende arbeidet går framfor disse verdiene? Det må ikke misforstås dithen at man kan ”hvile på laubærene”, selvmordsforebygging må fremdeles ha det overordnede fokuset og det må jobbes med kontinuerlig. Likevel er det viktig å fremheve at i det selvmordsforebyggende arbeidet er det viktig å finne balansegangen mellom realisme og optimisme.

6.5 Videre forskning

I denne studien har jeg tatt utgangspunkt i det selvmordsforebyggende arbeidet ved en akuttenehet. En akuttenehet har, som tidligere nevnt, et stort antall pasienter som har suicidalitet som problemstilling, noe som i min studie har vist at det blant helsepersonellet er økt fokus på nettopp denne problemstillingen. Men hvordan er fokuset på suicidalitet på andre psykiatriske enheter? Har suicidalitet et lignende fokus på en enhet som har rus eller spiseforstyrrelser som problemområde? Dette er interessante forhold som kunne ha vært aktuelt å se på i videre forskning.

Litteraturliste

- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K.H., Sandve, K. (2004): ”Samfunnssikkerhet” Oslo: Universitetsforlaget
- Bang, H. (1995): ”Organisasjonskultur”, Otta: Tano
- Canada (2008): ”Patient safety in mental health”.
- Carlsson, Yngve (1984): ”Du skal ikke stå på krava.” Arbeidsnotat nr. 226, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo
- Dekker, S. (2011): ”Patient Safety: A Human Factors Approach”. Broken Sound Parkway: Taylor & Francis Inc
- Fischer, G. Hermann, T. (2011): ”Socio-Technical Systems – A Meta-Design Perspective”. International Journal of Sociotechnology and Knowledge Development, 3(1)
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., Robertson, E. (2006): ”Measuring safety climate in healthcare.” Quality and Safety in Health Care 15, 109–115.
- Flin, R., (2007): ”Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis” i Safety Science. Volume 45, Issue 6, July 2007, Pages 653–667
- Fossåskaret, E. (2005): ”Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse” i Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L, og Aase T. H. (red.): ”Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data” Oslo: Universitetsforlaget
- Glendon, A. I., Stanton, N. A. (2000): ”Perspectives on safety culture.” Safety Science, 34(1-3), 193-213.
- Guldenmund, F. (2000): ”The nature of safety culture: a review of theory and research” Safety science 34. Issues 1-3
- Hatch, M.J (2001): ”Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver”, Oslo: Abstrakt forlag
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011): ”Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Meld. St.16”
- Helsedirektoratet (2010): ”Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasientens integritet i helsepersonells samtaler med pasienten”. (IS-6/2010) Rundskriv.
- Helsetilsynet (7/2011): ”Meldesentralen årsrapport 2010”.
- Helsetilsynet (1/2011): ”Meldesentralen – meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern”
- Hjort, P.F. (2000): ”Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering”, Tidsskrift for Den norske legeförening 2000;120
- Høie, I.M. (2000): ”Bevisstgjøring rundt tvang i psykiatrien”. Tidsskrift for Den norske

legeforening 2000; 120

Høyland, S. (2010): *"Rapportering av uønskede hendelser"*. i Aase, K. (2010): *"Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet"*. Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, D.I. (2005): *"Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode"*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Johannessen, A., Tufte, P.A., Kristoffersen, L. (2006): *"Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode"*. Oslo: abstrakt forlag

Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (2005): *"Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter"*, København: Hans Reitzels Forlag

Kvale, S. (1997): *"Det kvalitative forskningsintervju"*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Landsforeningen for Pårørende innen psykiatri (2010): *"Hvor går grensen? Om tvang og menneskeverd i psykiatrien"*. Oslo: LPP

Large M., Sharma S., Cannon, E. (2011): *"Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis"*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2011. 45

Larsen, Kim (2010): *"Selvmordsforebygging: Balansegang mellom realisme og optimisme"*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 47, nummer 10, 2010

Leape, L.L. (1994): *"Error in Medicine."* Journal of American Medical Association 272 (23).

Lian, O.S. (2007): *"Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten"*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Linehan, M.M. (2008): *"Suicide Intervention Research: A field in Desperate Need for development"*. Suicide and Life-Threatening Behavior 38(5)

Malterud, K. (2003): *"Kvalitative metoder i medisinsk forskning"*, Oslo: Universitetsforlaget

Mork, E., Mehlum, L., Walby, F.A. (2009): *"Selvmord ved depresjon med psykotiske symptomer og bipolar lidelse: forekomst, risikofaktorer og nevrobiologiske forhold"*. Suicidologi 2009. Årgang. 14. NR.2

NSD: *"Informasjon og samtykke"* www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/informasjon.html (23.04.13)

Olsen, O.E., Kruke, B.I., Hovden, J., (2007): *"Societal Safety: Concept, Borders and Dilemmas"*. Journal of Contingencies and Crisis Management Volume 15, Issue 2.

Olsen, E. (2007): *"Ansattes oppfatninger av sikkerhetskulturen ved Stavanger Universitetssjukehus"*. Tidsskrift for Den norske legeforening 20

Olsen, E. (2010): *"Sykehusansattes oppfatninger av sikkerhetskultur"*, i Aase, Karina (2010): *"Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet"*, Oslo: Universitetsforlaget

- Paris, J. (2010): *"Kronisk suicidalitet ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Hvorfor det er behov for særskilte tilnærminger i behandlingen."* Suicidologi 2010, Årg. 15. Nr.1
- Pidgeon, N., O'Leary, M. (2000): *"Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail."* Safety Science. Volume 34, Issues 1–3, February 2000, Pages 15–30
- Pidgeon, N. (2010): *"Systems thinking, culture of reliability and safety"*. Civil Engineering and Environmental Systems. Vol. 27, No. 3, September 2010
- Postholm, M.B. (2005): *"Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier"*, Oslo, Universitetsforlaget
- Prop.91 L (2010-2011): *"Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)"*
- Rasmussen, J. (1997): *"Risk Management in a dynamic society: a modelling problem"*. Safety Science Volume 27, Issues 2-3
- Reason, J. (1997): *"Managing the Risk of Organizational Accidents"*. Aldershot: Ashgate
- Reason, J. (2000): *"Human Error: models and management"*. British Medical Journal 320
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., Mehlum, L. (2002): *"Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem"*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Richards, Lyn (2005): *"Handling qualitative data. A practical guide"*, London: Sage
- Ruud, T., Gråwe, R.W., Hatling, T. (2006): *"Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie"*. (SINTEF-rapport A310). Trondheim: SINTEF Helse.
- Ryen, A. (2006): *"Det kvalitative forskningsintervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid"*, Bergen: Fagbokforlaget
- Rønneberg, U., Walby, F.A. (2008): *"Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern"*. Tidsskr. Nor. Legeforening 2008; 128
- Schein, E.H. (1985): *"Organisasjonskultur- og ledelse. Er kulturendring mulig?"*. Oslo: Mercuri Libro Forlag
- Schein, E.H. (2010): *"Organizational culture and leadership"*, San Francisco: Wiley
- Schjelderup, G., Andenæs, R. og Reinholdt N.P. (2009): *"Selvmordsforebygging ved regionalt senter i helseregion øst i Norge"*. Sosialmedicinsk tidsskrift 4/2009
- Sosial- og helsedirektoratet (2008): *"Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern"*.
- Store Norske Leksikon (2006): Bind 14. Oslo: Kunnskapsforlaget
- Storli, M. (2008): *"Feilmedisinering i sykehus – organisasjonskulturens påvirkning"*, Vård i Norden 3/2008. Publ. No. 89 Vol. 28 No. 3

- Strand, N. (2011): ”*Ubehandlet psykose øker selvmordsatferd*”. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 48, nummer 5, 2011
- Sørum, P.E. (2012): ”*Selvmordsforebygging i akutteam ved DPS*” i *Suicidologi* 2012 år 17. Nr 1
- Thagaard, Tove (2002): ”*Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*”, Bergen: Fagbokforlaget
- Thomas E.J., Helmreich R.L. (2002): ”*Will airline safety models work in medicine?*” i Rosenthal MM, Sutcliffe KM, editors. ”*Medical error: what do we know? What do we do?*”. San Francisco: Jossey-Bass
- Ulstein, K. (1998): ”*Organisasjon og ledelse i frivillig arbeid*.” Oslo: Universitetsforlaget
- Vråle, G.B. (2009): ”*Møte med det selvmordstruende mennesket*”, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Walby, F., Ness, E. (2012): ”*Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern – erfaringer og utfordringer videre*” i *Suicidologi* 2012 årg 17. Nr 1
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M. (2007): ”*Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty*.” San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Williamson, A. M., Feyer, A.M., Cairns, D., Biancotti, D. (1997). ”*The development of a measure of safety climate: the role of safety perceptions and attitudes*.” *Safety Science*, 25
- Aase, K. (2010): ”*Pasientsikkerhet – hendelser, begreper og omfang*” i Aase, K. (2010): ”*Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*”. Oslo: Universitetsforlaget
- Aase, K., Wiig, S. (2010): ”*Skape og opprettholde et lærende helsevesen?*” i Aase, K. (2010): ”*Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*”, Oslo: Universitetsforlaget
- Aase, K., Brattebø, G., Paulsen, P.M.E. (2010): ”*Leger og læring av uønskede hendelser*”. i Aase, K. (2010): ”*Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*”, Oslo: Universitetsforlaget
- Aasen, H. S. (2009): ”*Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etiske og juridiske utfordringer*”. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 46, nummer 12, 2009

VEDLEGG

Vedlegg 1.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Dag Tomas Sagen Johannesen
Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag
Universitetet i Stavanger
Postboks 8002 Postterminalen
4068 STAVANGER

Vår dato: 21.02.2013

Vår ref:33326 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33326	<i>Selv mord i psykiatrien - et spørsmål om pasientsikkerhet?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Dag Tomas Sagen Johannesen</i>
Student	<i>Silje Pedersen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

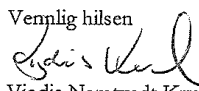
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Silje Pedersen, Ørneveien 42, 201, 9015 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices.

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

Vedlegg 2.

Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i samfunnsvitenskapelig forskningsprosjekt

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et samfunnsvitenskapelig forskningsprosjekt om selvmord i psykisk helsevern. Forskningsprosjektet er tilknyttet min mastergrad i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Jeg er interessert i å intervju ansatte ved en avdeling ved en psykiatrisk institusjon for å få kunnskap om hvilke utfordringer de møter i hverdagen som kan være med på å belyse hvorfor det skjer selvmord innen psykisk helsevern.

Hva innebærer studien?

I prosjektet vil jeg benytte meg av intervju, og spørsmålene som vil bli berørt i intervjuet er tilknyttet temaene kommunikasjon, pasientsikkerhet, selvmord, retningslinjer innen psykiatrien, helsetjenestens organisering og virkemåte.

Hva skjer med informasjonen?

Under intervjuene vil jeg benytte meg av båndopptaker. Både intervjuene, samt andre opplysninger som innhentes i prosjektet vil bli behandlet konfidensielt. Dette innebærer at både intervjuene som tas opp på bånd og andre opplysninger om deg, vil bli lagret på en sikker måte i prosjektperioden. Når intervjuene skrives ut i form av transkripsjoner vil det ikke være mulig å gjenkjenne deg.

I tillegg vil alle personopplysninger inkludert lydopptakene slettes senest ved prosjektslutt, juli 2013.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke deg fra studien uten at det får konsekvenser for deg. Du undertegner samtykkeerklæringen dersom du ønsker å delta.

Har du spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Silje Johnsen enten på mobil: [redacted] eller e-mail: [redacted]

Veileder på prosjektet er doktorgradsstipendiat Dag Tomas Sagen Johannesen
e-mail: [redacted]

Samtykkeerklæring

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien.

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

.....
(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3.

Intervjuguide til prosjektet:

”Selvmord i psykiatrien – et spørsmål om pasientsikkerhet”

1. Introduksjon

- Informere om meg selv (utdanning).
- Fortelle om prosjektet og hva intervjuene skal benyttes til. Kort informasjon om lydopptak, hvordan informasjonen behandles, konfidensialitet etc.

2. Intervjupersonens bakgrunn

- Kort om intervjupersonen (utdanning)
- Yrkeshistorie (hvorfor valg av yrke, arbeidsplass, jobbet flere plasser?)
- Hvilke rolle og arbeidsoppgaver har du i avdelinga?
- Hva er dine oppgaver i det selvmordsforebyggende arbeidet?
- Hvilke arbeidsoppgaver oppfatter du som utfordrende/vanskelig i forhold til selvmord?
- Dersom du har jobbet flere plasser, i hvilken grad er det forskjeller både i fokus og praksis i forhold til pasientsikkerhet?

3. Selvmord

- Har du noen formening om hvorfor selvmord blir betraktet så høyt innen psykiatrien?
- Hva tror du er de hyppigste årsakene til selvmord innen psykiatrien?
- (Hvordan vil du beskrive forholdet og balansen mellom sikkerhet og økonomi i helsevesenet?)
- Hvordan mener du det satses på og jobbes for å unngå selvmord innen psykisk helsevern?
- Hvordan tolker du påstanden: ”40 % av selvmordene i psykiatrien kunne ha vært forhindrede”?
- Hvordan vil du karakterisere ledelsens engasjement når det gjelder å selvmordsforebygging?
- Når det skjer selvmord eller uønskede hendelser innen psykiatrien, hva mener du er årsakene til dette?
- Hvilke endringer mener du må til i psykiatrien for å få ned selvmordsraten?

4. Vurdering av selvmordsfare

- Hvem har det daglige og praktiske ansvaret for pasientsikkerheten? Hvem vurderer selvmordsrisikoen?
- Har det hendt at du har vært uenig i kartleggingen av selvmordsrisikoen?
- Hvordan tror du det blir oppfattet dersom du påpeker uenighet i forhold til de vurderingene som blir gitt? Eventuelt andre forhold du er uenig med kollegaene dine om?
- Hvilken dialog har dere med pårørende når en pasient skal legges inn/vurderes for innleggelse?
- Kjenner du til ”De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykiatrien”?
- Har dere noen interne prosedyrer utover denne?

- Er det noen forskjeller på fokus på selvmord etter at de nasjonale retningslinjene for å forebygge selvmord kom? På hvilken måte?

5. Rapportering

- I hvilken grad tror du uønskede hendelser, selvmord meldes inn til helsetilsynet? Terskel for rapportering?
- I hvilken grad benytter dere uønskede hendelser til læring i etterkant? For eksempel selvmordsforsøk?
- På hvilken måte gis dere ansatte til å komme med synspunkter i henhold til sikkerheten?
- Kommuniserer dere med andre avdelinger? Lærer dere på tvers av og mellom andre avdelinger?
- Hvordan kommuniserer dere med andre avdelinger?

6. Opplæring

- Hvilken opplæring får nyansatte i forhold til vurdering av selvmordsrisikoen?
- I hvilken grad føler du at opplæringen er tilstrekkelig i forhold til arbeidsutførelsen?

Avslutning

- Er det noe jeg har glemt å spørre om som du gjerne vil snakke om?
- Tusen takk for at du stilte opp!