

«Mellom frustrasjon og mening»

Hvordan opplever behandlere i psykisk helsevern formalkrav knyttet til vurdering av selvmordsfare?

Torkil Myhre



Masteroppgave ved institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

020516

Innhold

FORORD	3
Sammendrag.....	4
1. INNLEDNING	5
1.2 Problemformulering	7
1.3 Delproblemformuleringer	7
2. TEORI OG KONTEKST	7
2.1 Kort om selvmord som et medisinsk problem og bakgrunnen for nasjonale programmer for forebygging av selvmord.	8
2.2 Historisk bakgrunn for krav om standardisering, og evidensbasert profesjonsutøvelse	11
2.3 Formalkrav og retningslinjer knyttet til vurdering av selvmordsfare	12
3. METODE	19
3.1 Valg av vitenskapelig metode	19
3.2 Utvalg.....	19
3.3 Konkretisering av datainnsamling	20
3.4 Koding og analyse av data	21
3.5 Metodekritikk	21
4. RESULTATER.....	23
4.1 Introduksjon til presentasjon av resultatene	23
4.2 Om respondentene.....	24
4.3 Respondentenes svar på undersøkelsen	26
4.4 Krysstabeller	29
4.4.1 Yrke	30
4.4.2 Kjønn.....	35
4.4.3 Antall år på arbeidsplassen.....	37
4.4.4 Erfaring med å møte selvmordsnære pasienter	38
4.4.5 Erfaringer med å ha mistet pasienter i selvmord	41
4.4.6 Type arbeidsplass	41
5. DISKUSJON	42
6. OPPSUMMERING	50
REFERANSELISTE	53

FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende og spennende. Det har tatt lenger tid enn først antatt grunnet fullt arbeid og andre gjøremål, og jeg vil takke mine veiledere psykologspesialist Kim Larsen og professor Ping Qin for deres tålmodighet med meg. Deres fagkompetanse og hjelp har vært uvurderlig.

Jeg vil også takke Arild Aasen og Øyvind Greve og hovedkontoret for KPR (Klinikk psykisk helse og rus ved Sykehuset i Vestfold) og min gode venn og filosof Sigurd Ohrem for god hjelp og praktisk støtte.

Sammendrag

Mål for undersøkelsen

Målet med undersøkelsen har vært å finne ut i hvilken grad behandlere har kjennskap til lovverket, nasjonale retningslinjer, felles prosedyrer for alle seksjoner og rutiner ved egen arbeidsplass angående vurdering av selvmordsrisiko. Er denne kjennskapen likt fordelt, eller er det forskjeller relatert til yrke, arbeidssted, kjønn og arbeidserfaring? Respondentene er også spurt om hvilke holdninger de har til disse formalkravene. Er de en kilde til frustrasjon, eller oppleves de som nyttige?

Metode

Det er valgt en kvantitativ metode for å innhente informasjonen. Til dette er det brukt et spørreskjema som er sendt til i overkant av 800 behandlere i alle de seksjonene som sannsynligvis kommer i kontakt med selvmordsnære pasienter. N= 231. Respondentene fordeler seg med noen unntak relativt likt fordelingen i hele KPR(Klinikk Psykisk Helse og Rus ved Sykehuset i Vestfold)

Resultater

Kjennskap til formalkrav knyttet til selvmordsfare er gjennomgående høy og svarene viser også at de aller fleste av respondentene finner kravene meningsbærende i seg selv. Sykepleierne skårer lavere enn gjennomsnittet på opplevd kjennskap til lover og nasjonale retningslinjer. Psykiaterne og psykologspesialistene skårer høyest på både kjennskap til formalkrav. Kjennskapen er høyere for alle grupper for rutiner ved egen arbeidsplass. Det er imidlertid høy grad av frustrasjon på grunn av arbeidsmengden som disse rutinene medfører. Spesielt er legene frustrert over dette.

Konklusjoner

Sykepleiernes usikkerhet og legenes frustrasjon er merkbart større enn i andre grupper. Antallet sykepleiere er imidlertid så vidt lavt at det er ikke umiddelbart mulig å generalisere resultatene til hele populasjonen. Dokumentasjonskravene kan blant annet forstås som en følge av new public management og den evidensbasert profesjonsutøvelse. Frustrasjonen over mengden kan indikere behandlere opplever kravene som byråkratiske. Mer erfaringsbasert forskning vil kanskje kunne balansere dette.

1.INNLEDNING

Siden 1990-tallet har forventningene til dokumentasjon, registreringer og kvalitetssystemer i helsevesenet ført til stadig mer standardiserte prosedyrer for vurdering av selvmordsfare. Mye av denne utviklingen kan spores tilbake til det som etter hvert ble benevnt som «evidensbasert medisin». Begrepet er vidt og brukes i mange sammenhenger. Det handler grunnleggende om å utarbeide en praksis basert på den beste mulige kunnskapen om hva som virker. (Rieper, 2009). Samfunnsdebattene om helseutfordringer har ofte ført til en polarisert retorikk hvor et onde skal bekjempes; jfr «krigen mot narkotika» og andre slike formuleringer. Denne retorikken kan gi inntrykk av at man har en nulltoleranse for uønskede hendelser i samfunnet. Hva helsevesenet angår kan denne måten å tenke på implisere en underliggende (og av og til en uttalt) forventning om at helsevesenet skal frembringe psykometriske verktøy som kan predikere selvmordsfare hos individet.

Vurdering av selvmordsfare forutsetter kunnskap om hvilke faktorer som kan føre til selvmordsadferd. Denne kunnskapen er nyttig for å identifisere grupper av risikoutsatte, men ikke tilstrekkelig for å identifisere faren for selvmord hos den enkelte pasient. Da er klinisk erfaring og innlevelse i den enkeltes situasjon også viktig. Disse utfordringene beskrives av Lars Mehlum på følgende måte:

La oss slå fast at det per i dag ikke finnes noe skjema, noen test eller noe testbatteri som med rimelig grad av sikkerhet kan forutsi hvilke personer som kommer til å ta sitt liv innenfor den nærmeste framtid. Alle de intervjuer og metoder som hittil har vært foreslått, har til felles at de bare kan identifisere er større eller mindre risikopopulasjon – d.v.s. antyde hvilken undergruppe av de undersøkte som er mest risikoutsatt.... (Mehlum, 1999, s. 141)

Klinikere arbeider i en kontekst som ofte styres av rammer, lovverk, regler, rutiner og prosedyrer. Fordelene med standardiserte verktøy er man kan minimere faren for at viktig informasjon kanskje ikke fanges opp. Samtidig finnes det informasjon i møte med en person som ikke så lett lar seg beskrive i et skjema. Derfor stilles det høye krav til vurderingsevne og klinisk skjønn. Dette dilemmaet illustreres godt ved følgende sitat: “Not everything that counts can be counted, and not everything that can be counted, counts. (Cameron, 1963, s. 13).

Denne undersøkelsen søker mer informasjon om hvordan er det å være behandler i psykisk helsevern og måtte stå i mange, og til dels kryssende, forventninger og måtte forholde seg til formalkrav og standardisering i forbindelse med vurdering av selvmordsfare.

Målet med masteroppgaven

Målet med arbeidet er å undersøke noen sider av hvordan det er å være behandler i psykisk helsevern og måtte forholde seg til stadig mer strukturerte og standardiserte formalkravene knyttet til selvmordsvurderinger. Det er mange forventninger til behandlere fra forskjellige hold. Jeg vil gjerne undersøke to temaer:

- Hva slags kjennskap behandlere opplever at de har om forskjellige formalkrav
- Hva slags holdninger de har til disse formalkravene

Bakgrunn for valg av oppgaven og egen motivasjon for prosjektet

Siden jeg begynte å arbeide som terapeut på 80-tallet og fram til i dag har kravene til dokumentasjon og strukturert kartlegging forandret seg mye. De siste årene har det vært debatter i flere fagfelt om graden av administrativ detaljstyring versus friheten til å utøve faget. Lærere protesterer mot det de opplever som økt rigiditet og byråkratisering på bekostning av elevkontakt. Helsepersonell gir i pressen uttrykk for en økt dokumentasjonsplikt som styrer hverdagen mer på bekostning av pasientkontakt. I polemikken benevnes dette som registreringsrutiner, testinger og det som ofte i litt oppgitt tonelag benevnes ”skjemaveldet”. Politikere ønsker seg mer ”helse for hver krone” og vil gjerne finne ”mer effektive måter å arbeide på”. Ønsket om forsvarlig drift og sunn økonomi er selvsagt forståelig i seg selv. Det kan imidlertid oppstå noen vanskeligheter mellom forskjellige kulturer når man anvender produksjonsbedriftens terminologi på kunnskapsbedriften. «Resultatkrav», «kvalitetssikring», «kundegrunnlag» og «budsjett» er begreper som nok kan oppfattes noe forretningsmessige og kanskje ikke like empatiske. Vi må forutsette at nye rutiner og verktøy knyttet til formalkrav utvikles i et forsøk på å forbedre eksisterende praksis. Opplevelsen og oppfatningen av dette kan imidlertid variere. Jeg har arbeidet ved flere enheter ved Søndre Vestfold Distriktpsikiatriske senter fra 1991 til i dag og har siden 1995 vært engasjert i selvmordsforebygging, blant annet som kursleder i VIVAT selvmordsforebygging. Dette er et to dagers intensivt kurs som har fokus på førstehjelp ved selvmordsfare. Etter hvert i masterstudiet stilte jeg meg undrende til om mine egne erfaringer og oppfatninger var representative eller ikke, og ønsket å undersøke hvor godt mine kolleger kjenner til lovverk og regler knyttet til vurdering av selvmordsfare og i hvilken grad formalkravene kjennes nyttige, og/eller plagsomme?

1.2 Problemformulering

Hvordan opplever behandlere i KPR formalkravene knyttet til vurdering av selvmordsfare?

1.3 Delproblemformuleringer

- **I hvilken grad har behandlere kjennskap til lover, retningslinjer prosedyrer og interne rutiner knyttet til selvmordsvurderinger?**
- **Hva slags holdninger har behandlere i KPR til formalkravene?**
- **I hvilken grad er formalkravene en kilde til frustrasjon og i hvilken grad oppleves de som meningsbærende verktøy?**

2. TEORI OG KONTEKST

Spesialisthelsetjenesten kan defineres som en ekspertorganisasjon. De generelle kjennetegnene ved en ekspertorganisasjon er at de ansatte har høy kompetanse og i stor grad er spesialister på avgrensede områder. De arbeider med komplekse oppgaver og har en høy grad av autonomi. Videre er de ofte orientert mot å løse oppdrag for eksterne bestillere (Strand, 2003). Offentlige ekspertorganisasjoner må ta styringssignaler fra et byråkrati. Dette medfører for helsevesenets del sterkt politisk fokus på virksomheten. Interessen fra media er også høyt. Profesjonsmedlemmene (i en ekspertorganisasjon) kjennetegnes ofte ved at de har en sterk faglig identitet og lojalitet mot egen profesjon, profesjonens normer og kollegaer med samme bakgrunn. (Madsen, 2002). I møtet mellom faglig autonomi, byråkratisk bestemte forordninger og forventninger fra omgivelsene vil det kunne oppstå dilemmaer. Kapittelet om teori og kontekst tar sikte på å belyse noen av disse dilemmaene og er disponert slik:

Del 2.1 gir en kort oversikt over hvordan selvmord kom til å bli definert som et helseproblem og hvordan forskning på risikofaktorer etter hvert førte til at vurderinger av selvmordsfare ble mer systematisert.

Del 2.2 gir et bilde av konteksten og tidsånden som har ført til økende dokumentasjonskrav. Her beskrives også kort bakgrunnen for begrepet *evidensbasert praksis* og hvordan dette kan forstås. I denne delen vil også de forskjellige forventningene til behandlere i psykisk helsevern forsøkes belyst.

Del 2.3 beskriver kort bakgrunnen for retningslinjene og formalkravene knyttet til selvmordsvurderinger. Deretter presenteres de konkrete dokumentasjonskravene/skalene som behandlere i KPR er pålagt å gjennomføre i førstegangskontakt med alle pasienter. I denne delen vil intensjonen med strukturerte kartlegginger presenteres og diskusjonen rundt disse belyses.

2.1 Kort om selvmord som et medisinsk problem og bakgrunnen for nasjonale programmer for forebygging av selvmord.

Fordømmelse og forståelse – fra synd til sykdom

Den rådende forståelsen av selvmord i den vestlige verden var lenge preget av religiøst-etiske argumenter blant annet som følge av kirkefaderen Augustins (354-430) definisjon av selvmordet som en synd mot Gud. Fordømmelsen av selvmord ble senere ytterligere forsterket av Thomas Aquinas (1225-1274) som også pekte på sekulære motargumenter mot selvmord i tillegg til de teologiske. Samfunnets og kirkens holdninger og reaksjoner på selvmordsadferd var følgelig ofte både brutal og nådeløs. (Larsen, 2011, s. 38). På 1500-tallet ser vi midlertid noen kritiske røster som argumenterte mot denne oppfatningen av selvmord. William Shakespeare (1564-1616) beskjeftiget seg med døden som tema i mye av sin diktning og ga slik sitt bidrag til en ny diskurs om temaet. I tragedien «Hamlet», som er skrevet ca. 1603, strever hovedpersonen med sorgen over farens død i den grad at han uttaler: «Gid selvmord ikke hadde vært forbudt av Den Allmektige!» (Hamlet, 1.akt scene 2).

Den engelske poeten og presten John Donne (1572-1631) skrev boken «Biathanos» sannsynligvis i løpet av årene 1607-09. Dette er det første større verket om selvmord i England. Donne opponerer mot det rådende synet på selvmord som en synd mot Gud, slik det var definert av kirkefaderen Agustin og Thomas Aquinas. Donne bruker hendelser fra bibelen som eksempler på at selvmord under visse betingelser kan forstås. Han finner selvmord problematisk, men finner ikke argumenter for å det som en synd mot Gud. Boken ble utgitt posthumt av Donnes sønn i 1644-47. Den skotske filosofen David Hume skrev i 1757 essayet «Of Suicide» hvor han også argumenterer mot Thomas Aquinas syn på selvmord som «unaturlig» og taler mot at den selvmordsnære blir påført skyld og skam. Noen kopier av essayet eksisterte i Humes levetid men det ble først trykket på engelsk i 1777, og senere i 1783. At begge disse viktige verkene begge ble utgitt posthumt sier nok en del om hvor kontroversielt temaet var og hvor betent, og kanskje til og med farlig, det kunne være å kritisere det rådende synet på selvmord.

Forskningens betydning for forståelsen av selvmord

På 1700-tallet og 1800-tallet diskuteres stadig oftere medisinske og psykososiale forhold som kan øke faren for selvmord. Forskingen ble etterhvert omfattende. Den franske legen og forskeren Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840) ga gjennom sitt arbeid avgjørende bidrag til at selvmord i økende grad ble betraktet som sykdom og ikke som synd. I 1838 utga han verket «Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal». Dette er blitt anerkjent som det første forsøket i moderne tid på en klassifisering av psykiske lidelser. Esquirol hadde som overlege ved sykehuset Salpêtrière i Paris vært en av de første til å kombinere kliniske observasjoner med statistiske analyser av

pasienter med psykisk lidelse. Hans arbeid var banebrytende i å frembringe en mer human behandling av sinnslidende. I boken «The Ethics of Suicide: Historical Sources» (Battin, 2016) understrekes betydningen av Esquirols arbeid slik i forordet til en oversettelse av «Des Maladies.....»:

Esquirol's views anticipate the beginning of the transition – though it would not occur with full force until the time of Freud and Durkheim, nearly a century later – from the conception of suicide as a sin and a crime to the conception of it as a product of psychological and social forces beyond an individual's control. The transition moves to seeing suicide as a product of illness, not as a voluntary, deliberate act that can be wrong... (Battin, 2016, s. 476)

Den engelske legen Burrows skriver i 1828 om blant annet melankoli og alkoholmisbruk som mulige årsaker til selvmord. (Schioldann, 2003) Bucknill og Tuke(1879) beskriver i boken «A manual psychology of medicine» (Bucknill & D.H.Tuke, 1879) risikofaktorer som mental helse, det mannlige kjønn, skilsmisse og relasjonsproblemer, fengsling og arbeidsledighet på landsbygdene. Dette er observasjoner som fortsatt ansees som gyldige. (Goldney, 2005)

Sosiologen Emile Durkheim (1858-1917) relaterer selvmordsfaren til graden av sosial integrasjon i samfunnet og hevder at både for mye og for lite sosial integrasjon av individet kan være uheldig (Durkheim, 1897/2007). Durkheim skiller mellom det ”egoistiske selvmordet” som tegn på for lite integrasjon; altså den ensomme som unnslipper livet av hensyn til sin egen lidelse, og det ”altruistiske selvmord ” som et tegn på for mye integrasjon; eksemplifisert ved soldaten som begår selvmord for fellesskapet. De rådende holdninger og følelser i samfunnet til selvmord har også variert og tidligere fordømmelse har kommet til uttrykk gjennom lovverk. I England var selvmordsforsøk straffbart fram til 1961 og i Irland helt fram til 1994. Det medførte at en overlevende etter selvmordsforsøk kunne risikere fengselsstraff for forsøket. I Norge ble forbudet mot å arve en som tok livet sitt opphevet i 1814. I 1902 kom den siste endringen av loven ved å oppheve forbudet mot å holde likpreken for en som hadde tatt livet sitt. (Larsen, 2014)

Systematiske selvmordsforebyggende tiltak

Nils Retterstøl påpeker at ”Selvmordsforebyggende arbeid har ingen lange tradisjoner». (Retterstøl, 1999, s. 86). Han viser til at det i 1895 ble etablert en hjelpetelefon i New York. De første systematiske selvmordsforebyggende tiltak igangsatt tidlig på 1900-tallet. Disse tiltakene sprang oftest ut av kirkelige sammenhenger i Sentral-Europa. Først i 1985 får vi det første statlige, omfattende, forskningsbaserte selvmordsprogrammet i verden: Finske myndigheter i gang et selvmordsforebyggende program i den

hensikt å senke selvmordsraten (antall selvmord pr. 100000 mennesker pr år) med 20% over en tiårsperiode. (Goldney, 2005)

I 1989 utviklet Verdens helseorganisasjon (WHO) en strategi for å redusere selvmordsraten i Europa. Det ble anbefalt at alle europeiske medlemsland skulle iverksette selvmordsforebyggende tiltak gjennom å opprette sentrale koordinerende organ for forebygging av selvmord. I 1993 beskrev WHO seks grunnleggende skritt for å forebygge selvmord. Disse var: Behandling av psykiatiske pasienter; regulering av tilgang og eierskap av våpen; produksjon av mindre giftig husholdningsgass og bilavgasser; kontroll av tilgang til giftige medisiner og nedtoning av omtale av selvmord i pressen. I den samme tidsperioden ble det i Norge igangsatt arbeid for systematisk forebygging av selvmord. Professor Nils Retterstøl tok i 1989 et initiativ overfor Helsedirektøren om å utarbeide et nasjonalt program for selvmordsforebygging. Professor Øyvind Ekeberg fikk oppdraget om å utarbeide et forslag til nasjonalt program for selvmordsforebygging. Dette resulterte i Handlingsplan mot selvmord 1994-98. Handlingsplanen var et sekundærforebyggende tiltak og rettet seg mot helsetjenestens kontakt med høyrisikogrupper. (Statens helsetilsyn, 1995).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten startet i 2006 en gjennomgang og oppsummering av erfaringene med forskjellige selvmordsforebyggende tiltak, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten. I etterkant av denne gjennomgangen har vi fått følgende offentlige publikasjoner:

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. (Sosial og helsedirektoratet, 2008)

Retningslinjene er direktoratets anbefalinger. Disse er klassifisert i forhold til det underliggende kunnskapsgrunnlaget, og prioriteringen forklares slik: **Sterke** anbefalinger er basert på meget god dokumentasjon og enighet i arbeidsgruppen om gyldighet av dokumentasjonen, samt grad av nytte og praktisk anvendbarhet. **Moderate** anbefalinger skal være basert på minst en god studie og den samme konsensus av gyldighet, nytteverdi og appliserbarhet. **Svake** anbefalinger er fremkommet til tross for manglende dokumentasjon der hvor det allikevel har vært enighet om god nytteeffekt og anvendbarhet. Anbefalingene skal så anvendes lokalt: «Det bør utarbeides lokale prosedyrer som en operasjonalisering av de anbefalinger som blir gitt i retningslinjene.» (Sosial og helsedirektoratet, 2008, s. 11) (De lokale prosedyrene for behandlere i KPR beskrives kort i kapittel 2.3.)

Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (Helsedirektoratet, 2011)

I forordet til veilederen beskrives det at: «Formålet med veilederen er å gi kunnskapsbaserte faglige råd til profesjonelle og frivillige hjelpere som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord.» (Helsedirektoratet, 2011, s. 4)

Handlingsplan mot selvmord og selvskading 2014-2017

Delmål 4 i Handlingsplanen er «Et kunnskapsbasert tjenesteapparat». I innledningen til dette kapittelet er dette blant annet beskrevet slik: «Arbeidet med å systematisere og formidle forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap om selvmordsatferd og selvskading til tjenesteapparatet skal videreføres og styrkes.» (Helsedirektoratet, 2014, s. 34)

2.2 Historisk bakgrunn for krav om standardisering, og evidensbasert profesjonsutøvelse

Tenkningen om evidensbasert helsepolitikk var en del av tidsånden på 80- og 90-tallet og kan blant annet henge sammen med utviklingen av New Public Management. Dette var en reformbølge som var en slags blanding av ideologi og praktiske reformer i et ønske om en mer effektiv stat som også kunne yte service på en mer etterrettelig måte. Reformbølgen oppstod i Australia og New Zealand rundt 1983. Det er nærliggende å tenke at det ligger en kritikk i denne tenkningen om at offentlig sektor er ineffektiv. For at velferdsstaten skal fungere og helsevesenet ha tillit må det foreligge en politisk legitimitet og liberalismens tanke og kritikk har vært (og er) ideen om en slankere stat, enklere regler og mer valgfrihet. (Jann, 2015) Professor Tom Christensen ved UIO påpeker at det er en utstrakt skepsis i Norge blant ledende forskere til den rene markedsstyringen som har ført til mer privatisering, konkurranse og kontroll. New Zealand har gått langt i denne retningen. I Norge har New Public Management manifestert seg i en noe mykere form med mer politisk kontroll. (Christensen & Lægred, 2001) Vi ser dette tydelig i sykehusreformen, hvor staten eier sykehusene og delegerer myndigheten til helseforetakene som er ansvarlig for å drive effektivt.

På 1970-tallet kritiserte epidemiologen Archie Cochrane medisinen for manglende systematisk læring av egne erfaringer, med den følge at behandling kunne bli tilfeldig og av og til skadelig for pasientene. Han tok til orde for å organisere kunnskapen fra forskningen på en systematisk, pålitelig og kumulativ måte. (Hansen & Rieper, 2009) Cochranes kritikk og innspill ledet blant annet til at en gruppe kanadiske forskere i 1992 betegnet seg selv om «The Evidence-Based Medicine Working Group» i en artikkel i JAMA («Journal of the American Medical Association») (<http://www.cochrane.org/>)

Året etter (1993) ble Cochrane-samarbeidet formalisert som en internasjonal, ideell og uavhengig organisasjon. Denne organisasjonen har som formål «å utvikle oppdatert og presis informasjon om effekt av helsetiltak, og gjøre denne tilgjengelig over hele verden» (<http://endoc.cochrane.org/cochrane-samarbeidet>).

Nordiske forskere var tidlig med i Cochrane-samarbeidet og tok med seg tankene til Danmark og Norge. I 2004 ble Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet opprettet. På forsiden av Kunnskapssenterets hjemmeside på nett viser følgende overskrifter den evidensbaserte tenkningen:

«Kunnskapsbasert helsetjeneste: Forskningsoppsummering er bærebjelken i kunnskapsbaserte helsetjenester».
«Kvalitet og pasientsikkerhet: Forbedringsarbeid, kvalitetsmåling og analyser av helsetjenesten».
(<http://www.kunnskapssenteret.no/>)

I KPR er dette operasjonalisert ved at alle pasientrettede aktiviteter skal prosedyrekodes i journal. Det innebærer blant annet at en behandler må velge mellom en av de prosedyrekodene som finnes i en standardisert meny. Det foregår en diskusjon om kriteriene for de forskjellige prosedyrekodene. Den diskusjonen vil føre for langt her. Men det nevnes som et konkret utslag av ønsket (eller behovet) for å lage målbare størrelser for nettopp «kvalitetsmåling og analyser av helsetjenesten».

2.3 Formalkrav og retningslinjer knyttet til vurdering av selvmordsfare

Dette kapitlet viser de lokale prosedyrene som er en operasjonalisering av de anbefalingene som er gitt av Helsedirektoratet i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

Lovgrunnlaget for disse retningslinjene ligger i Psykisk helsevernloven. I innledningen til loven står det at psykisk helsevernloven:

...bare en av mange lover av stor betydning for virksomheten i det psykiske helsevernet. Det er derfor viktig at psykisk helsevernloven ses i sammenheng med andre lover som pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og lov om fri rettshjelp. (Helsedirektoratet, 2012, s. 10).

Det vurderes ikke som hensiktsmessig i denne sammenheng å utdype de mulige synergiene som måtte ligge i dette. Det er behandlernes opplevelse i sin hverdag som er hoved fokus. For å gi en bakgrunn for dilemmaene en behandler kan stå i vedrørende vurdering av selvmordsfare vurderes det som hensiktsmessig å gå litt mer inn i diskusjonen vedørende den standardiserte malen i journalsystemet: JSV (Journalnotat selvmordsvurdering). De andre formalkravene drøftes ikke da dette ville føre for langt her.

Retningslinjene skiller mellom *observasjon* og *kartlegging* av mulig selvmordsfare på den ene siden og en mer utdypende *vurdering* av selvmordsfare på den andre siden. Retningslinjene understreker også betydningen av riktig kompetanse for å kunne foreta særlig vurderingene. I veilederen om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord er ikke behandlere tatt med i definisjonen av etterlatte. Direktør i Sosial- og helsedirektoratet, Bjørn Inge Larsen, skriver imidlertid om behandlere i forordet til nasjonale retningslinjer:

Selvord og selvmordsforsøk er en stor påkjenning først og fremst for pårørende og etterlatte, men også for helsepersonell som opplever dette i sitt kliniske virke. Helsetjenestene vil dessverre aldri

fullt ut kunne forhindre selvmord og selvmordsforsøk. Det er likevel et viktig helsepolitisk mål å redusere antallet selvmord og selvmordsforsøk i Norge. Skal vi lykkes, er det viktig å vektlegge forebygging og å arbeide for at tjenestene er tilgjengelige og trygge, og holder en kvalitativt god standard. (Sosial og helsedirektoratet, 2008, s. 3)

Det kan foreligge mange forskjellige vurderinger av pasienters sårbarhet og graden av risiko for selvmord. Behandlere er pålagt å foreta en screening ved å spørre alle pasienter ved inntak om selvmordstanker, selvmordsplaner og eventuelle tidligere forsøk. Dersom pasienten svarer bekreftende på en eller flere av disse spørsmålene foretas en full selvmordsvurdering etter en bestemt mal. Når behandlere i psykisk helsevern vurderer en situasjon som krever øyeblikkelig hjelp skal dette bygge på Psykisk helsevernforskriften som definerer hvilke tilstander som tilsier behov for akutt innsats: ”...psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre..” (Helsedirektoratet, 2012, s. 110)

Kvalitetshåndboken ved Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og rus inneholder klare føringer for å stille spørsmål om selvmordsfare på flere måter og dokumentere dette. Det følgende er de vanligste formalkravene i KPR ved førstegangskontakt med alle pasienter:

SCL-90: Dette er et selvutfyllingsskjema for aktuelt symptomtrykk bestående av 90 utsagn om forskjellige symptomer som pasienter skårer på en femleddet Likert-skala fra «ikke i det hele tatt» til «veldig mye»

GAF-skår: Behandlers ”global assesment” skår av pasientens symptomer og funksjonsnivå basert på en manual. Skal fylles ut ved begynnelse og avslutning av behandlingskontakt.

Strukturert MINI-intervju: Strukturert diagnostisk intervju som dekker de vanligste diagnosene i ICD-10

Klinisk førstegangsintervju: Det kliniske intervjuet i første møtet med pasienten hvor det blant annet påligger behandler å beskrive pasientens psykiske status presens og journalføre om pasienten kan være til fare for seg selv eller andre.

JSV (Journalnotat selvmordsvurdering): Standardisert mal for å avdekke pasientens eventuelle selvmordstanker, planer og tidligere selvmordsadferd for å konkludere med graden av selvmordsrisiko. *Selvmordsrisiko* kan defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En vurdering av selvmordsrisiko er derfor både en vurdering av en person og en situasjon. En slik vurdering forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter. Det blir da nødvendig å avklare hvordan vi har fått kunnskap om de viktigste risikofaktorene knyttet til selvmord. Forskningen på risikofaktorer for selvmord har fremkommet gjennom

studier av et større antall personer på gruppenivå, såkalte aggregerte data. Det å anvende denne kunnskapen på individnivå er problematisk fordi det kan innebære en økologisk feilslutning: «... å anvende forskningsfunn eller risikofaktorer fra en **populasjon** til å fastslå noe om et enkelt **individ**» (Larsen, 2009, s. 3)

Prediksjon av individuelle selvmord vanskeliggjøres også av det faktum at risikofaktorene på individnivå har både lav spesifisitet og lav sensitivitet. Lav spesifisitet fører til «falske positive»; d.v.s pasienter vi tror er selvmordsnære, men som i virkeligheten ikke er det. Lav sensitivitet fører til «falske negative»; d.v.s. pasienter vi ikke tror er selvmordsnære, men som i virkeligheten forsøker selvmord. Kunnskap om risikofaktorer kan et stykke på vei fortelle oss omtrent hvor mange mennesker som med stor sannsynlighet vil ta livet sitt men ikke hvilke individer dette gjelder. Screeningen av alle pasienter i førstegangskontakt med disse verktøyene vil uvegerlig føre til relativt mange falske positive: d.v.s. pasienter vi på bakgrunn av screening tenker er selvmordsnære, men som i realiteten ikke er det. Dette problemet er blitt belyst i en amerikansk prospektiv studie av risikofaktorer på en populasjon av 4800 krigsveteraner som hadde vært innlagt på psykiatrisk avdeling ved Houston Veterans Administrations Hospital. (Pokorny, 1983). Pokorny klarte med utgangspunkt i risikofaktorer på gruppenivå å identifisere 35 av 63 pasienter som hadde begått selvmord. Han identifiserte imidlertid samtidig 1206 pasienter som falske positive. En forklaring på dette kan være at selvmord er et så vidt lavfrekvent fenomen at den lave insidensen og det høye antallet falske positive gjør prediksjon svært vanskelig (Rosen, 1954). Pokorny uttalte at vi har ikke noen enkeltstående informasjon eller kombinasjon av enkeltstående informasjon som tillater oss å identifisere i noen nyttig grad den enkelte person som vil begå selvmord (Goldney, 2005).

Forskning på selvmord som fenomen er også problematisk av hensyn til *etikk og gjennomførbarhet*: Kontrollerte dobbeltblinde studier anses som «gullstandarden» i vitenskapelig forskning. Det innebærer en eksperimentell undersøkelse for å dokumentere effekten av en behandling ved å tilfeldig fordele deltakere til en behandlingsgruppe og en kontrollgruppe for deretter å sammenligne gruppene for å se om behandlingen hadde en effekt eller ikke. De fleste vil være enig i at en slik fremgangsmåte for å undersøke effekten av selvmordsforebyggende tiltak vil være kynisk og inhuman derfor ikke kan anvendes.

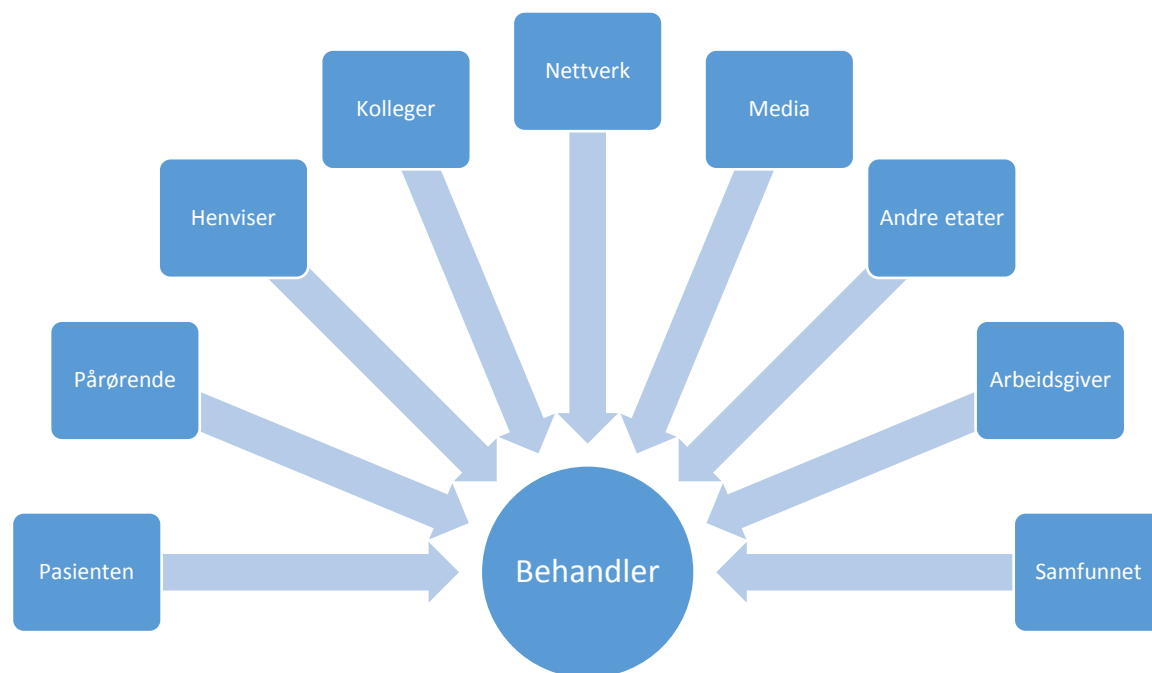
I tillegg til de etiske innvendingene mot slike studier vil gjennomførbarheten være tvilsom av praktiske årsaker: Selvmord er et så vidt lavfrekvent fenomen at det med tilgjengelige ressurser ville være tilnærmet umulig å iverksette så store studier som må til for å si noe statistisk sikkert om eventuelle forskjeller. (Goldney, 2005, s. 175)

Rutinene ved de enkelte avdelinger og seksjoner i KPR kan nok variere noe etter type arbeid. Akutt ambulant team, døgnposter ved psykiatrisk fylkesavdeling og DPS'ene samt poliklinikkene har rutiner tilpasset oppgavene ved den enkelte seksjon. Uansett arbeidssted ligger det til rutinene å spørre om og

journalføre selvmordstanker, planer og/eller handlinger i det første møtet med pasienten. De fleste seksjonene har utarbeidet sjekklister internt til å kontrollere at dette blir gjort.

Behandlere i psykisk helsevern som møter potensielt selvmordsnære mennesker møter mange forventninger og krav som kan komme fra flere hold slik figur 1 illustrerer:

Figur 1: Forventninger til behandlere i psykisk helsevern



De fleste behandlere vil ønske å gjøre et så godt arbeid som mulig. Den enkelte vil kanskje stille forskjellige betingelser for å være innenfor en «flytzone» i hverdagen. Det følgende er noen tanker om hvordan disse forventningene og kravene kan påvirke opplevelsen av arbeidet til behandlere.

Forventninger fra samfunnet/media

Helsevesenet er en stor og viktig samfunnsinstitusjon som krever mye ressurser. Det er slik sett rimelig at samfunnet bør kunne stille krav til kvaliteten på tjenestene som ytes. Kvaliteten kan måles i forhold til kunnskap, jus, moral og økonomi. (Grimen, 2009)

Men «samfunnet» er også media, presse, debatter, avisinnlegg og digitale plattformer som facebook, twitter osv..

«Hvor var psykiatrien?» De fleste vil kunne kjenne igjen den litt tabloide overskriften i etterkant av tragiske hendelser hvor man leter etter årsak og ansvarsforhold. Dersom psykisk lidelse i en eller annen form er til stede retter ofte media søkelyset mot behandlingsapparatet. «Trikkedrapet» er betegnelsen på et knivdrap som skjedde høsten 2004 på en trikk i Oslo. En mann ble drept og fem andre skadet, en av dem

livstruende, to alvorlig. En 40 år gammel mann ble pågrepet dagen etter og senere dømt til psykiatrisk behandling. Et kort søk av NRK's nyhetsdekning i dagene som fulgte har blant annet følgende overskrifter: «Psyisk syke på frifot», «Lege handlet uforsvarlig», «Psykiatrisk oppfølging fortsatt for dårlig». (www.nrk.no) Disse overskriftene signaliserer en forventning, eller et krav(?) om at helsevesenet burde ha sett en fare i forkant og iverksatt nødvendige tiltak for å hindre at dette skjedde.

Dagbladet trykket 12.januar 2011 en artikkel med følgende overskrift: «Gir helsevesenet skylda for 55 selvmord. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har betalt ut millioner i erstatning etter selvmord som kunne vært unngått.» (<http://www.dagbladet.no/2011/01/06/nyheter>) Går man inn i NPE's rapport vil en nok finne en mer nyansert beskrivelse av mulige årsaks- og ansvarsforhold enn formuleringen «...gir helsevesenet skylda for 55 selvmord...»

Forventninger fra arbeidsgiver, henvisere og andre etater

Forventningene fra arbeidsgiver handler blant annet om antall pasienter pr. behandler pr. dag. Det foreligger et budsjett og et tall for måloppnåelse. Dette fører til en travel hverdag for de fleste og med økt spesialisering blir oppgavene også mindre varierte. Forventningen fra arbeidsgiver vil i de fleste tilfeller være i tråd med lovverk og retningslinjer og er slik sett sannsynligvis rimelige, faglig sett. Lovverket krever også at den enkelte selv kjenner grensene for sin kompetanse og søker hjelp der det er nødvendig. Samhandlingsreformen fra 2008 pekte på utfordringene ved optimal bruk av ressurser og inneholdt følgende påstand: «Samhandlingsutfordringene for store pasientgrupper er store. Vi bruker ressursene på et for høyt nivå, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunen.» (Stortingsmelding nr 47, 2008-2009, s. 41) Stortingsmeldingen beskriver endringsmål på følgende områder: En klarere pasientrolle og mer/bedre brukervedvirkning. Mer ansvar for helsetjenestene gjennom en ny framtidig kommunerolle. Etablering av nye finansieringsordninger. Hensikten er at spesialisthelsetjenesten skal kunne bruke mer av sin spesialiserte kompetanse og at det derfor må legges til rette for tydeligere prioriteringer for å få til mer helhetlige helsetjenester. (Stortingsmelding nr 47, 2008-2009)

Behandlere i KPR samarbeider med fastleger og andre etater, enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Gode retningslinjer og prioriteringsveiledere kan nok langt på vei avklare forventninger og ansvarsforhold. Til tross for dette oppstår allikevel forventninger og misforståelser som kan skape frustrasjon. Dette kan skyldes at beskrivelsen av ansvarsområdet allikevel ikke var så presist. Det kan være overlappende ansvarsområder som kan føre til en slags tilskuereffekt (vi trodde noen andre gjorde det). Det kan skyldes at regelverk er blitt endret og andre naturlig nok ikke har fulgt med i endringer som ikke gjelder deres egen profesjon.

Forventninger fra pasienter og/eller pårørende

Behandlere vil som oftest måtte avgjøre i hvilken grad en tilstand er å anse som akutt eller ikke. I tråd med retningslinjer og definisjoner vil en akutt situasjon være når en person er til umiddelbar fare for seg selv eller andre. Når disse kriteriene ikke er oppfylt vil behandleren for eksempel anbefale fortsatt poliklinisk oppfølging fremfor en innleggelse i døgnpost. Pasienter eller deres pårørende kan ofte oppfatte dette annerledes da deres lidelsestrykk ikke uten videre kan defineres men snarere er en subjektiv opplevelse av smerte. Dette subjektive lidelsestrykket til pasienter eller pårørende vil måtte veies opp mot faglige hensyn. Dette er avveininger behandlere i KPR står ovenfor i sitt daglige arbeid og begrepene bør brukes så presist som mulig. Uansett hvor presist det psykometriske verktøyet måtte være, påligger det til slutt behandleren å veie de statistiske og demografiske risikofaktorene opp mot den aktuelle personen, situasjonen og konteksten vedkommende står i. Behandleren må så bruke sitt kliniske skjønn og vurdere om det foreligger en lav eller høy risiko for selvmord og journalføre dette. Pasienter og deres pårørende kan for eksempel ha et ønske om en innleggelse i døgnpost fordi de tenker at dette er den beste behandlingen på et gitt tidspunkt. Dette kan komme i konflikt med en faglig vurdering av at den sikreste behandlingen ikke nødvendigvis er den beste. I møte med yngre pasienter med selvskadende adferd kan ofte pasientens (og pårørendes) behov komme i konflikt med terapeutens vurdering av hva som er terapeutisk hensiktsmessig på lengre sikt. Denne pasientgruppen er ofte svært appellerende, men har kanskje mindre nytte av innleggelser. Dette er ofte yngre kvinner som i større grad forteller om sine selvmordsplaner og som oftest velger mindre dødelig metoder (Stangeland, 2012). Denne gruppen blir derfor relativt hyppig innlagt i døgnpost. På den andre siden har vi voksne menn som bruker mer aggressive (og dermed mer dødelige) selvmordsmetoder. Denne gruppen benekter ofte egen suicidalitet og vil dermed unndra seg hjelp. (Paris, 2007)

Fortvilelsen, desperasjonen eller den psykiske smerten som den selvmordsnære kan oppleve, er av Edwin S. Shneidman benevnt som «psycache». Han forsøker også å forstå selvmordet som et forsøk på løse en situasjon som ikke lar seg løse. (Shneidman, 1998)

Behandlernes forventninger til seg selv

Helsepersonell har i stor grad valgt sine yrker ut fra et ønske om å hjelpe andre. De er som oftest også selektert inn i utdanningene basert på kunnskap og prestasjoner. Dette kan føre til at en lege, psykolog, sykepleier eller annet helsepersonell kan stille svært høye, og kanskje urealistiske krav til seg selv.

Det kan være mange grunner til at behandlere allikevel kan feile i sine selvmordsvurderinger og dokumentasjon. Professor i psykiatri, Robert Simon nevner noen:

- Behandleren mangler kunnskap om hvordan en systematisk selvmordsvurdering bør være.

- Behandleren unnlater å gjøre vurderingen ved å overlate den til en kollega
- Behandleren gjennomfører selvmordsvurderingen men dokumentasjon mangler. (Høyt arbeidspress)
- Angstpregede og appellerende pasienter skaper motstand og benekting hos behandleren som kan stå i fare for å minimere risikoen og dermed ikke gjøre en fullgod vurdering
- Behandleren kan engste seg for rettslige følger dersom pasienten tar livet sitt etter at selvmordsfaren er vurdert og dokumentert som lav (Simon, 2012)

Flere studier indikerer at leger og sykepleiere har en noe høyere selvmordsrate enn andre yrkesgrupper (Hem, 2006). Hem viser til at flere studier konkluderer med at alvorlige selvmordstanker og selvmordsforsøk blant leger primært er knyttet til personlige forhold og familiære forhold. Belastninger på arbeidsplassen som utløsende årsak til selvmordstanker er i liten grad dokumentert. Arbeidsbelastninger kan spille inn, sier Hem, men påpeker at hovedårsakene ligger utenfor arbeidsplassen. Leger søker i liten grad hjelp selv når de får det vanskelig og i mer enn halvparten av tilfellene foretrekker å snakke med en kollega de ikke kjenner. (Rosvold, 2002)

Plutselige og traumatiske dødsfall kan ofte føre til alvorlige psykologiske kriser for de etterlatte. Når døden er en følge av selvmord er det en økt sannsynlighet for patologiske og kompliserte sorgreaksjoner. (Dunne & Dunne-Maxim, 2009) Når vi snakker om etterlatte ved selvmord, er det nærliggende å tenke på familie og venner. Behandlerne som mister pasienter i selvmord er imidlertid også etterlatte og vil kunne kjenne på skyldfølelse når pasienten har tatt livet sitt. I somatikken blir nok dødsfall i større grad akseptert som tidvis uunngåelig eller til og med en lettelse og trøst etter lengre tids sykeleie. Psykolog Onja Grad beskriver i Lars Mehlums oversettelse dette slik:

Selv mordet blir derimot nesten alltid betraktet som en hendelse vi skulle vært i stand til å forebygge. Vi skulle gjort en bedre risikovurdering av den selvmordsnære pasienten, vi skulle tatt hans suicidale signaler mer alvorlig, vi skulle tatt bedre kontroll over situasjonen, f. eks gjennom innleggelse. (Grad O. , 1999, s. 16)

Behandlerne vil åpenbart kunne ha personlige reaksjoner som sorg, sjokk og anger. I tillegg til dette vil behandlerne kunne føle på skyld, en følelse av manglende kompetanse og angst for kritikk fra kolleger eller rettslige etterspill.

Disse tankene beskriver muligens både behandleres og omgivelsenes forventninger og det følgende sitatet kan kanskje hjelpe behandlerne å håndtere disse forventningene på en hensiktsmessig måte: "Suicide is an

occupational hazard of being in the mental health industry. When it happens, you have to remember that you may have done everything right – but it can still happen.” (Jason Spiegelman sitert av Angelis, 2001)

3. METODE

3.1 Valg av vitenskapelig metode

Med utgangspunkt i problemformuleringen ble det lenge vurdert om denne best lar seg belyse ved en kvalitativ eller en kvantitativ metode. Kvantitative metoder beskriver virkeligheten i form av tall, mens kvalitativ metode anvender tekstlige beskrivelser. (Ringdal, 2013) Da undersøkelsen var knyttet til behandlernes *opplevelse*, kunne en kvalitativ metode for datainnsamling vært et naturlig valg. Det ville da ha vært hensiktsmessig med et gruppeintervju med og dette ble drøftet dette med veileder, psykologspesialist Kim Larsen. En annen intensjon med undersøkelsen var å se om det var forskjeller knyttet til utdanning, erfaring og kjønn. Det krevde en større populasjon og var slik sett et argument for en kvantitativ undersøkelse. Det ble tidligere i prosessen vurdert å kombinere en spørreundersøkelse med et gruppeintervju for å gå mer i dybden på opplevelsene til et utvalg av de som hadde mistet pasienter i selvmord. En slik metode kalles i metodelitteraturen for triangulering. Det viste seg imidlertid da spørreundersøkelsen var gjennomført at materialet i seg selv var tilstrekkelig for en analyse. Dette ble drøftet med min veileder Ping Quin etter at dataene var registrert og kodet og den kvalitative delen av prosjektet ble valgt bort. Spørreskjema som metode har åpenbare fordeler ved at det er relativt effektivt for respondenten ved at estimert tidsbruk ved utfylling var 5-10 minutter. Generaliserbarheten vil også være god dersom man får nok respondenter. Skjemaet kunne også administreres digitalt over nettet. Slik sett ville det også være enklere å generere rapporter.

3.2 Utvalg

Det vil i de fleste sammenhenger ikke være praktisk mulig å studere en hel populasjon. Man må da gjøre et utvalg etter en av flere metoder. Ingen av disse metodene vil garantere at utvalget blir representativt, men de vil øke sannsynligheten for dette og det vil være forskerens oppgave å minimere skjevhetene som oppstår slik at det gir en mulighet til å bruke statistisk analyse for å foreta en generalisering. De vanligste metodene er å trekke lodd (tilfeldighet) eller klyngerutvelging. (Johannessen, 2002) Det ble vurdert som hensiktsmessig å sende spørreskjemaet til hele den antatte populasjonen på i overkant av 800 behandlere. For å kunne si noe om eventuelle forskjeller med hensyn til kjønn, utdanning og erfaring var det hensiktsmessig å få et så bredt datatilfang som mulig. Fra en populasjon på ca. 800 personer svarte 297. Statistisk sentralbyrå gjennomfører i praksis intervjuer med 55 til 70% av bruttoutvalget. (Ringdal, 2013).

Populasjonen for undersøkelsen var ca. 800 personer. N = 231. Dette problematiseres i kapittel 3.5 om metodekritikk.

3.3 Konkretisering av datainnsamling

Den første oppgaven var å avklare om det var påkrevd å søke godkjenning fra Regional Etisk Komite for å gjennomføre min undersøkelse. Jeg fant etter drøftinger med IT-sjef Arild Aasen ved hovedkontoret, KPR at slik søknad og godkjenning ikke var nødvendig da min oppgave fokuserer på kvalitetssikring og etterlevelse av rutiner og ikke involverer pasienter direkte.

Deretter ble avdelingssjefene i KPR informert om den forestående spørreundersøkelsen og bedt om godkjenning til å sende ut skjema til de helsearbeidere som var pålagt å spørre pasienter om selvmordsfare.

Målgruppen ble initialt begrenset ved å utelate mine egne kolleger ved Søndre Vestfold DPS.

Begrunnelsen for dette var hensynet til anonymitet. Når det ble besluttet å bruke en Questback spørreundersøkelse som anonymiserte besvarelsene falt dette poenget bort og hele KPR ble inkludert for å få tilgang til et større materiale.

Jeg forsøkte innledningsvis å treffe presist behandlere ved KPR (klinikk psykisk helse og rus) og ba seksjonslederne om informasjon om hvem som ville være aktuelle. Definisjonen av "behandlere" viste seg imidlertid å variere. Ved noen seksjoner ble det definert til personer med selvstendig behandlingsansvar; altså spesialister i psykiatri eller psykologi. Det viste seg svært tidkrevende å forsøke å nå helt presist utelukkende de ansatte som forholder seg til selvmordsnære pasienter i sin hverdag. Jeg tok da et valg om å sende invitasjon til alle som arbeider ved poliklinikker, døgnposter og akuttseksjoner ved KPR. Den ønskede populasjonen er ansatte i kliniske stillinger. Jeg fant det hensiktsmessig å la respondentene eventuelt diskvalifisere seg selv gjennom følgende innledende spørsmål i undersøkelsen:

«Ligger det til dine arbeidsoppgaver å spørre om og journalføre pasienters selvmordstanker og/eller planer?»

Dersom dette ble besvart med nei, ble undersøkelsen automatisk avsluttet. Ved bekreftende svar, fortsatte undersøkelsen.

"Questback" ble brukt som konkret verktøy for å lage undersøkelsen da dette brukes i KPR via lisens og det var enkelt å få veiledning på dette på min arbeidsplass.

Det første utkastet hadde demografiske spørsmål først. Det virket logisk å starte med nøytrale opplysninger før de mer krevende spørsmålene ble presentert. I samtale med min veileder Kim Larsen ble dette imidlertid problematisert. Når det spørres etter kompetanse vil det kunne ligge en fare for at man svarer på det man synes man bør kunne mer enn det man faktisk kan. Dette kan forsterkes av at man for

eksempel nettopp har oppgitt at men er psykiater som har arbeidet i 20 år. Etter denne drøftingen ble sosiodemografiske spørsmål plassert til sist i spørreundersøkelsen.

Spørreskjemaet ble prøvd ut i et pilotprosjekt på min daværende arbeidsplass. Ti kolleger fylte ut spørreskjemaet og ga konstruktive tilbakemeldinger om opplevelsen. Det ble ikke foretatt noen endringer av skjemaet etter dette. Det ble så sendt ut en kort presentasjon av undersøkelsen og av meg selv i forkant av undersøkelsen. Det ble sendt en mail med en åpen invitasjon til alle ansatte i KPR (Klinikk psykisk helse og rus ved sykehuset i Vestfold) som har direkte pasientkontakt og er pliktig til å dokumentere i journal. Mailprogrammet i KPR ble brukt som utgangspunkt for listen. Det ble sendt ut ytterligere to purringer i etterkant av utsendelsen.

3.4 Koding og analyse av data

Dataene fra Questbackundersøkelsen ble behandlet av professor Ping Qin i programmet SAS. Svarene fra alle respondentene ble automatisk overført til et excel regneark, og deretter konvertert til en SAS database for videre analyse. Deretter ble det foretatt deskriptive analyser av dataene. Det ble brukt en kjiqvadrattest for å undersøke statistiske sammenhenger i fordeling av de variablene som var av interesse for undersøkelsen. De uavhengige variablene (kjønn, yrke og antall år på arbeidsplassen) er korrelert mot de avhengige variablene (kjennskap til lover, retningslinjer, prosedyrer og rutiner og grad av enighet/uenighet av påstander)

Alle analyser er utført i programmet SAS, versjon 9.3.

3.5 Metodekritikk

Egen rolle

Det å foreta en undersøkelse av den kulturen man selv arbeider i, reiser viktige spørsmål. Siden jeg selv arbeider i en av enhetene som er bedt om å delta i undersøkelsen er jeg en av de som selv kjenner kravene til dokumentasjon og det vil kunne farge min oppfatning av det jeg spør om og dermed kanskje mine tolkninger: «Flere metodelærebøker betoner at det er problematisk for en forsker å velge et felt der han eller hun kjenner aktørene eller har profesjonell ekspertise i forhold til den virksomheten som utføres på feltet.» (Repstad, 2007, s. 30)

Siden respondentenes anonymitet er ivaretatt er dette problemet sannsynligvis ikke så stort. Ved en kvalitativ undersøkelse ville sannsynligheten for bias være større. En viss distanse til det som undersøkes vil være nødvendig for å være noenlunde objektiv. Det å være *for* involvert, eller «..to go native» som sosialantropologene kaller det, vil kunne påvirke både observasjoner, spørsmål og tolkninger. Noen teoretikere peker imidlertid også på mulige fordeler ved å forske på egen virksomhet da kunnskapen om

kulturen i det forskerens forutforståelse ikke bare betraktes som en mulig feilkilde, men som en forutsetning for innsikt.

Utvalgsproblemer/Frafall Spørreundersøkelser har generelt stort frafall og få kontrollmuligheter. En mulig årsak til lav svarprosent kan ligge i mengden e-post som behandlere tar stilling til i hverdagen. Det er mulig at mange har slettet undersøkelsen uten å åpne den eller tenkt at dette ikke angår dem. I en travel hverdag er det rimelig å anta at en del behandlere prioriterer pasientene og velger bort ekstra skrivearbeid. En annen forklaring på det relativt store frafallet kan være spørreundersøkelsens tematikk; selvmordsvurderinger. Alle kliniske behandlere skal kartlegge for mulig selvmordsfare, mens det er de med *selvstendig behandlingsansvar* (oftest spesialister og andre med relevant tilleggskompetanse) som skal foreta en fullstendig vurdering. Det er mulig at mange har unnlatt å åpne undersøkelsen fordi de kan ha tenkt at den utelukkende er rettet mot spesialister. Dette er en spekulasjon om hva noen kan ha tenkt og det foreligger ingen mulighet til å finne ut av i etterkant.

Representasjonsfeil: Populasjonen for undersøkelsen var alle som i sitt arbeid spør pasienter om selvmordsproblematikk og journalfører dette. Siden spørreskjemaet skulle administreres digitalt var det teoretisk mulig å nå hele populasjonen. Det ble laget en liste basert på mailsystemet i KPR. En slik liste vil aldri være perfekt. Hvis vi antar at det er en 10% feilmargen på dobbeltføringer i mailsystemet og 10% tidligere ansatte som fortsatt står på listene, får vi en populasjon på 650 hvorav 297 responderte. Gitt disse premissene var antall som svarte ca 46%. 66 respondenter har svart avkrefteende på det innledende spørsmålet hvor de opplyser at det ikke inngår i deres daglige arbeid å spørre om og dokumentere selvmordsrisiko.

Spørreskjemaet kan ha rent språklige/tolkningsmessige utfordringer. Det er ikke gitt at alle har forstått spørsmålene på den intenderte måten. Rekkefølgen på spørsmålene kan farge svarene og ladede spørsmål vil gi ladede svar. (Bradburn, Sudman, & Wansink, 2004) Andre mulige feilkilder kan være at det å bli observert (eller delta i en spørreundersøkelse) vil i seg selv kunne frembringe en endring eller farge svarene. Dette er kjent som «Hawthorne-effekten» etter en kjent studie av sammenhenger mellom fysisk arbeidsmiljø og produktivitet i Hawthorne-fabrikken til Western Electric Company utenfor Chicago på 1930-tallet. Den australske psykologen og sosiologen George Elton Mayo fant at produktiviteten økte uansett tiltak, også i kontrollgruppen. (Ringdal, 2013, p. 136)

De videre spørsmålene som bør stilles er i hvilken grad spørreskjemaet er pålitelig og i hvilken grad det måler det som var intensjonen? Det er også en mulig svakhet at det etterspørres kjennskap (kunnskap) om temaer som mange behandlere kanskje synes de burde ha og dermed skårer seg selv mer positivt enn ellers. På grunn av utsettelse i arbeidet gikk det lang tid mellom den åpne invitasjonsmailen («teaseren») til

spørreundersøkelsen ble sendt ut. Det kunne med fordel vært sendt ut en ny påminnelse og forankret dette hos seksjonsledere i forkant. Det hadde sannsynligvis øket svarprosenten.

4. RESULTATER

4.1 Introduksjon til presentasjon av resultatene

I dette kapittelet vil deler av resultatet fra spørreskjemaundersøkelsen bli presentert.

Som uttrykt i delproblemstillingen tok undersøkelsen sikte på å fremskaffe informasjon om følgende temaer:

- I hvilken grad behandlere har *kjennskap* til lover, retningslinjer prosedyrer og interne rutiner knyttet til selvmordsvurderinger
- Hva slags *holdninger* behandlere i KPR har til formalkravene
- I hvilken grad formalkravene er en kilde til *frustrasjon* og i hvilken grad de oppleves som *meningsbærende* verktøy

Analysen og diskusjonen av resultatene vil primært vurdere hvorvidt graden av kjennskap til formalkravene og eventuell frustrasjon eller opplevelse av mening henger sammen med arbeidserfaring, yrke eller kjønn. Det vil også bli drøftet om erfaringer med å ha mistet pasienter i selvmord korrelerer med kunnskap og holdningene til formalkravene.

I det følgende vil jeg først presentere respondentene og hvordan de fordeler seg med hensyn til kjønn, arbeidsplass, yrke og antall år de har vært ansatt. Spørreskjemaet var todelt:

Den første delen spurte etter **kjennskap** til lovverk, retningslinjer, prosedyrer og rutiner. Disse resultatene presenteres i spørsmålenes rekkefølge med prosentfordeling. Ytterligere kommentarer til denne delen kommer i diskusjonsdelen.

Den andre delen av spørreundersøkelsen tok sikte på å lodde respondentenes **holdninger** til formalkrav og rutiner ved vurdering av selvmordsfare. Dette ble gjort ved å presentere seks setninger hvorav tre var positive til rutiner og prosedyrer og tre var skeptiske til dette. Respondentene ble bedt om å krysse av i hvilken grad de var enige eller uenige i en femdelt Likert-skala.

Da det ikke foreligger et spesifikt forskningsspørsmål blir de statistiske hypotesene formulert slik:

H₀: Det er ingen sammenheng mellom behandleres kunnskap om og holdning til formalkrav og deres kjønn, yrke eller arbeidserfaring.

H₁: Det er en sammenheng mellom behandleres kunnskap om og holdning til formalkrav og deres kjønn, yrke eller arbeidserfaring.

4.2 Om respondentene

Antall respondenter i undersøkelsen var 231 (n=231) som fordeler seg slik: (Prosentene rundet av til nærmeste hele prosenttall).

Tabell 1 Om respondentene generelt

Type	Frekvens	Prosent
Kjønn		
Kvinner:	153	66
Menn	78	34
Sum	231	100
Arbeidsplass		
Poliklinikker	140	61
Døgnsesjoner	58	25
Korttids- og akutte tjenester	33	14
Sum	231	100
Yrkesgrupper		
Psykiatriske sykepleiere	66	29
Sykepleiere	15	6
Psykiatere	24	10
Leger	19	8
Psykologspesialister	29	12
Psykologer	33	14
Andre (Sosionomer og andre med høyskoleutdanning)	45	19
Sum	231	100
Antall år ansatt		
0-1 år	48	21
2-3 år	38	16
4-5 år	43	19
6-9 år	44	19
10 år (eller meir)	58	25
Sum	231	100

For å undersøke i hvilken grad respondentene i undersøkelsen kan sies å være et representativt utvalg for populasjonen i KPR (alle i kliniske stillinger) ble Morten Gunnar Hemstad som arbeider som Controller i økonomiavdelingen ved SIV kontaktet. Han kunne bistå med generelle tall som kunne skape grunnlag for sammenligning:

Kjønn, kliniske stillinger:

Forholdet for hele KPR er 1/3 menn og 2/3 kvinner. Respondentene fordelte seg på 34% menn og 66% kvinner. Dette er med andre ord omtrent den samme fordelingen og utvalget kan muligens betraktes som representativt for populasjonen.

Type arbeidsplass:

I KPR er fordelingen slik: 40% arbeider i poliklinikk, 30% på døgnposter og 10% i ambulant akutteam. Respondentene fordeler seg på 61% i poliklinikk, 25% døgnposter og 14% akutte tjenester. Slik sett er fordelingen relativt lik med unntak av en overrepresentasjon fra poliklinikker.

Arbeidserfaring:

Disse tallene er ikke helt sammenlignbare da respondentene er spurt om antall år på den arbeidsplassen de nå har, mens tallene fra økonomiavdelingen viser antall år fra første gangs ansettelse ved sykehuset. Dessuten er administrative stillinger med i tallene fra KPR. Med disse begrensingene viser tallene følgende:

Tabell 2: Respondentenes arbeidserfaring relatert til alle behandlere i KPR

Antall år i yrket:	Tall fra KPR:	Tall fra undersøkelsen:
0-1 år	9%	21%
2-3 år	4%	16%
4-5 år	8%	19%
6-9 år	16%	19%
10 år eller mer	63%	25%

Dersom man foretar en sammenligning av tallene (med de klare begrensingene som er nevnt) kan det tolkes som at de som har arbeidet kortere tid er representert i høyere grad og at svarprosenten er relativt lav for den gruppen som har lengst arbeidserfaring. Dette blir imidlertid utelukkende en spekulasjon og kunne eventuelt vært gjenstand for videre undersøkelser.

Yrker:

Her var det også en del avvik mellom fordelingen i KPR og fordelingen blant respondentene. Kategoriene brukt i økonomiavdelingen er også forskjellige fra svarkategoriene i undersøkelsen. I det følgende er de mest relevante dataene tatt med og til dels slått sammen. I tallene fra KPR er yrkesgruppene benevnt

«lege», «sykepleier», «psykolog» og i disse tallene finnes også spesialister og andre med videreutdanninger. Sosionomer og annet høyskoleutdannet personell er muligens med i gruppen «pasientrettede stillinger» uten at dette går klart fram. I den følgende oversikten har jeg derfor slått sammen kategoriene «lege» og «psykiater» i tallene fra undersøkelsen. Tallene fra KPR etter fordeling på DPS'ene og er hentet fra mars 2016:

Tabell 3: Fordeling av respondentenes yrker relatert til fordeling av alle behandlere i DPS ved KPR

Yrke:	Tall fra KPR:	Tall fra undersøkelsen:
Sykepleiere	31%	35%
Leger	11%	8%
Psykologer	18%	26%
Pasientrettede stillinger (sosionomer, etc..?)	21%	19%

Gitt usikkerhetene og definisjonsforskjellene er tallene relativt sammenfallende. Fordelingen av yrkesgrupper er imidlertid også avhengig av type arbeidsplass. For eksempel har Psykiatrisk Fylkesavdeling (PFA) nesten ingen psykologer og mange "pleiere". Leger i spesialisering i voksenpsykiatrien er i all hovedsak ansatt ved (og telles på) PFA, selv om de tjenestegjør i DPS'ene. Det er tre unntak fra dette i SVDPS.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) har spesielt mange psykologer ansatt i forhold til andre avdelinger. Og på Avdeling for Rusbehandling (ARB) utgjør «fagarbeider» (pasientrettede stillinger) nesten 50 % av de kliniske stillingene.

Som det går frem av figur 2 over, er det blant respondentene god spredning i arbeidserfaring fra relativt nyansatte til mer erfarne. Hovedvekten ligger imidlertid på erfaring da 62,77% av respondentene har arbeidet fire år eller mer. I overkant av 25% av respondentene har mer enn ti års arbeidserfaring.

4.3 Respondentenes svar på undersøkelsen

Spørsmålene/påstandene fra undersøkelsen er gjengitt i samme rekkefølge som i spørreskjemaet. De fire svaralternativene på spørsmålene om opplevd kjennskap var en Likertskala på fem trinn fra «ukjent med» til «svært godt kjent med». I holdningsdelen hvor respondentene skulle si seg enig/uenig i forskjellig grad ble det brukt en annen tilnærming for å minimere faren for automatisk avkryssing. Tre av påstandene er positive til formalkrav og rutiner, og tre av påstandene er på forskjellig vis kritisk til det samme. De positive og de negative påstandene er blandet sammen uten noe åpenbart system og skalaen fra helt uenig til helt enig er snudd ved noen anledninger for å sikre at respondentene i størst mulig grad tenkte seg om før de krysset av. Av hensyn til presentasjonen og muligheter til å sammenlikne er tabell 4 ordnet konsekvent fra «ukjent med» til «svært godt kjent med» og tabell 5 ordnet fra «helt enig» til «helt uenig».

Erfaring i å møte selvmordsnære pasienter

Tabell 4: Hvor ofte møter du selvmordsnære pasienter

Q2	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
Nesten daglig	53	22.94	53	22.94
1-2 ganger pr uke	62	26.84	115	49.78
1-2 ganger pr mnd.	59	25.54	174	75.32
Noen ganger i året	49	21.21	223	96.54
Svært sjeldent	8	3.46	231	100.00

Dersom vi legger sammen gruppene «nesten daglig» og «1-2 ganger pr. uke» utgjorde dette 50% av respondentene. Føyer vi til gruppen 1-2 ganger pr. måned utgjorde det 75% av respondentene. Dette indikerer at 3 av 4 respondenter har mye erfaring i å vurdere selvmordsfare.

Kjennskap til formalkrav

De følgende fire spørsmålene i undersøkelsen handlet om kjennskap til lover, retningslinjer, prosedyrer og interne rutiner knyttet til selvmordsproblematikk. Spørsmålene var formulert slik: «Hvor godt kjenner du til knyttet til selvmordsproblematikk?»

Resultatene er samlet i følgende tabell:

Tabell 5: Grad av kjennskap til formalkrav på forskjellige nivåer

Spørsmål: «Hvor godt kjenner du til..»	Distribution, N (%)				
	Ukjent med	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med
Lovverk	6 (2,6%)	42 (18,18%)	55 (23,81%)	96 (41,56%)	32 (14,29%)
Nasjonale retningslinjer	5 (2,16%)	40 (17,32%)	65 (28,14%)	88 (38,10%)	33 (14,29%)
Prosedyrer i KPR	4 (1,73%)	22(9,52%)	47 (20,35%)	88 (38,10%)	70 (30,30%)
Rutiner ved egen seksjon	0	7 (3,03%)	26 (11,26%)	98 (42,42%)	100 (43,29%)

Spørsmål: «Hvor godt kjenner du tilknyttet til selvmordsproblematikk?»

Lovverk

Gruppene «godt kjent med» og «svært godt kjent med» utgjør altså 56%, og tar vi med gruppen «kjent med» utgjør dette samlet 80% av respondentene.

Nasjonale retningslinjer

Den samlede skåren for gruppene som er godt eller svært godt kjent med er her 52%, hvilket er betydelig lavere enn tilsvarende kjennskap til lovverket.

Prosedyrer i KPR

Skåren for gruppene som mener seg godt eller svært godt kjent med er her 68%.

Rutiner ved egen seksjon

Gruppene som mener seg godt eller svært godt kjent med rutiner ved egen seksjon er samlet 86%. Som tallene viser er den opplevde kjennskapen til formalkravene gjennomgående høy. Andelen som svarte at de er ukjent med dette er på 2 til 3%. Hva gjelder rutiner på egen arbeidsplass er det ingen som oppgir å være ukjent med dette. Slår vi sammen gruppene fra «kjent med» til svært god kjent med varierer tallene fra 80% på kjennskap til lovverk til 86% for rutiner ved egen arbeidsplass.

Tabell 6: Holdninger til prosedyrer og formalkrav

Påstand	Distribution, N (%)				
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
«Vi bruker altfor mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene»	40 (17,32%)	114 (49,35%)	37 (16,02%)	33 (14,29%)	7 (3,03%)
«Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet»	92 (39,83%)	101 (43,72%)	26 (11,26%)	8 (3,46%)	4 (1,73%)
«Prosedyrene og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte»	51 (22,08%)	105 (45,45%)	45 (19,48%)	25 (10,82%)	5 (2,16%)
«Dokumentasjonen er bare til for at vi skal ha «ryggen fri» hvis det går ille med pasienten»	8(3,46%)	81(35,06%)	37 (16,02%)	69 (29,87%)	36 (15,58%)
«Dokumentasjonen er ledernes behov for gode måltall»	10 (4,33%)	68 (28,44%)	52 (22,51%)	65 (28,14%)	36 (15,58%)
«Dokumentasjon hjelper meg ved at den gir meg en trygghet på at jeg har fått med meg det som er relevant i en selvmordsrisikovurdering»	62 (26,84%)	119 (51,52%)	25 (10,82%)	18 (7,79%)	7 (3,03%)

«Vi bruker altfor mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene»

Her er 67% helt eller delvis enig i denne påstanden.

«Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet»

84% er helt eller delvis enig i denne påstanden.

«Prosedyrene og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte»

Helt enig: 22%, delvis enig: 45%, hverken enig eller uenig: 19%, delvis uenig: 11%, helt uenig: 2%

«Dokumentasjonen er bare til for at vi skal ha «ryggen fri» hvis det går ille med pasienten»

Helt uenig: 16%, delvis uenig: 30%, hverken enig eller uenig: 16%, delvis enig: 35%, helt enig: 3%

«Dokumentasjonen er ledernes behov for gode måltall»

Helt uenig: 16%, delvis uenig: 28%, hverken enig eller uenig: 23%, delvis enig: 29%, helt enig: 4%

«Dokumentasjon hjelper meg ved at den gir meg en trygghet på at jeg har fått med meg det som er relevant i en selvmordsrisikovurdering»

Helt uenig: 3%, delvis uenig: 8%, hverken enig eller uenig: 11%, delvis enig: 51%, helt enig: 27%. Slår vi sammen gruppene delvis enig og helt enig får vi altså 78%

«Har du mistet pasienter i selvmord?»

44% av respondentene svarte at de har mistet pasienter i selvmord. 56% hadde ikke mistet pasienter i selvmord. Som det går frem av spørsmålet viser ikke svarene noe om hvor mange pasienter som har begått selvmord eller hvor nær denne erfaringen er.

4.4 Krysstabeller

I denne delen er det valgt ut de resultatene som oppleves interessante i forhold til problemstillingen. De presenteres med utgangspunkt i de uavhengige variablene

- yrke,
- erfaring med å møte selvmordsnære pasienter,
- kjønn,
- type arbeidsplass
- etc

Resultatene for hver variabel presenteres i den samme rekkefølgen: Først presenteres resultatene knyttet til **opplevd kjennskap til formalkrav** og deretter **holdninger til formalkravene**. Dette drøftes mer inngående i diskusjonsdelen. Tabellene presenteres konsekvent først med kommentarer under. Tallene som er kommentert i teksten er uthevet i tabellene.

4.4.1 Yrke

Tabell 7: Kjennskap til gjeldende lovverk relatert til yrke

Frequency Row Pct	Ukjent med	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Psykiatrisk sykepleier	2 3.03	12 18.18	17 25.76	29 43.94	6 9.09	66
Sykepleier	1 6.67	5 33.33	8 53.33	1 6.67	0 0.00	15
Psykiater	1 4.17	0 0.00	3 12.50	13 54.17	7 29.17	24
Lege	0 0.00	2 10.53	4 21.05	7 36.84	6 31.58	19
Psykologspesialist	0 0.00	3 10.34	3 10.34	19 65.52	4 13.79	29
Psykolog	0 0.00	8 24.24	8 24.24	15 45.45	2 6.06	33
Annet	2 4.44	12 26.67	12 26.67	12 26.67	7 15.56	45
Total	6	42	55	96	32	231

Statistics for Table of Q8 by Q3_1

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	24	48.6391	0.0021
Likelihood Ratio Chi-Square	24	56.2660	0.0002
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0028	0.9579
Phi Coefficient		0.4589	
Contingency Coefficient		0.4171	
Cramer's V		0.2294	

På spørsmål om kjennskap til lovverket svarte 65,52% av psykologspesialistene av de er «godt kjent med» lovverket mot 6,67% av sykepleierne. Tar vi med gruppen «svært godt kjent med» øker forskjellen til 79,13% av psykologspesialistene til 6,67% av sykepleierne. 55,33% av sykepleierne svarte at de er «kjent med» mot 10,34% av psykologspesialistene. 33,33% av sykepleierne svarer også at de er «litt kjent med» lovverket mot 0% av psykiaterne. Psykiatrisk sykepleiere har en vesentlig høyere skår enn sykepleierne på kunnskap om lovverket. 43,94% svarer at de er «godt kjent med» og 9,09% at de er «svært godt kjent med» lovverket. Gruppen «Annet» som omfatter andre høyskoleutdannede og dermed kompetansemessig skulle kunne sammenliknes med sykepleiere har imidlertid en høyere svarprosent: 26,67% er «godt kjent med» og 15,56% «svært godt kjent med» lovverket.

Analysen viser at 49% av cellene har færre en frekvens på mindre enn 5 og at kji kvadrattesten dermed ikke nødvendigvis er valid. Sammenliknet med den neste tabellen som viser forholdet mellom yrkesgrupper og

kunnskap om prosedyrer i KPR, ser vi imidlertid den samme tendensen til at sykepleierne skåret seg selv lavt relatert til andre profesjoner:

Tabell 8: Kjennskap til prosedyrer i KPR relatert til yrke

Frequency Row Pct	Ukjent med	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Psykiatrisk sykepleier	2 3.03	12 18.18	17 25.76	29 43.94	6 9.09	66
Sykepleier	1 6.67	5 33.33	8 53.33	1 6.67	0 0.00	15
Psykiater	1 4.17	0 0.00	3 12.50	13 54.17	7 29.17	24
Lege	0 0.00	2 10.53	4 21.05	7 36.84	6 31.58	19
Psykologspesialist	0 0.00	3 10.34	3 10.34	19 65.52	4 13.79	29
Psykolog	0 0.00	8 24.24	8 24.24	15 45.45	2 6.06	33
Annet	2 4.44	12 26.67	12 26.67	12 26.67	7 15.56	45
Total	6	42	55	96	32	231

Statistics for Table of Q8 by Q3_1

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	24	48.6391	0.0021
Likelihood Ratio Chi-Square	24	56.2660	0.0002
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0028	0.9579
Phi Coefficient		0.4589	
Contingency Coefficient		0.4171	
Cramer's V		0.2294	

Kommentarene til tabell 7 om forskjellene mellom sykepleierne og andre yrkesgrupper er også gjeldende for tabell 8, med de samme begrensningene som tidligere nevnt. Den samme tendensen er synlig i følgende tabell som viser sammenhenger mellom yrke og kjennskap til rutiner ved egen seksjon:

Tabell 9: Kjennskap til rutiner ved egen seksjon relatert til yrke

Frequency Row Pct	Litt kje nt med	Kjent me d	Godt kje nt med	Svært go dt kjent med	Total
Psykiatrisk syke pleier	4 6.06	5 7.58	29 43.94	28 42.42	66
Sykepleier	1 6.67	5 33.33	7 46.67	2 13.33	15
Psykiater	0 0.00	3 12.50	7 29.17	14 58.33	24
Lege	0 0.00	1 5.26	6 31.58	12 63.16	19
Psykologspesiali st	0 0.00	3 10.34	16 55.17	10 34.48	29
Psykolog	1 3.03	7 21.21	10 30.30	15 45.45	33
Annet	1 2.22	2 4.44	23 51.11	19 42.22	45
Total	7	26	98	100	231

Statistics for Table of Q8 by Q3_4

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	18	28.9950	0.0484
Likelihood Ratio Chi-Square	18	29.5262	0.0423
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.7524	0.3857
Phi Coefficient		0.3543	
Contingency Coefficient		0.3339	
Cramer's V		0.2045	

Den største forskjellen i svar finner vi her mellom leger og sykepleiere for svaralternativet «svært godt kjent med» rutiner ved egen seksjon. 63.16% av legene svarte at de er «svært godt kjent med» mens 13,33% av sykepleierne svarer det samme. En annen gruppe det også er interessant å sammenlikne sykepleiernes svar med er gruppen «annet» hvor 42,22% svarte at de er «svært godt kjent med» rutiner ved egen seksjon. Som nevnt i kommentaren til tabell 7 er denne sammenlikningen interessant fordi det er grunn til å tro at gruppen «annet» har formalkompetanse på linje med sykepleierne og dermed er enklere å sammenlikne. Det er verd å merke seg at hele 46,67% av sykepleierne er «godt kjent med» rutiner på egen arbeidsplass. Det er en signifikant økning sammenlignet med tallene fra tabell 7 og tabell 8 hvor bare 6,67 av sykepleierne oppgir å være «godt kjent med» lovverk og prosedyrer i KPR. Gruppen sykepleiere utgjør bare 15 respondenter, men økningen er allikevel påfallende.

Tabell 10: "Vi bruker altfor mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene" (Grad av enighet relatert til yrke)

Frequency Row Pct	Helt eni g	Delvis e nig	Verken e nig eller r uenig	Delvis u enig	Helt uen ig	Total
Psykiatrisk syke pleier	11 16.67	29 43.94	9 13.64	12 18.18	5 7.58	66
Sykepleier	3 20.00	8 53.33	1 6.67	3 20.00	0 0.00	15
Psykiater	6 25.00	11 45.83	5 20.83	2 8.33	0 0.00	24
Lege	6 31.58	12 63.16	0 0.00	1 5.26	0 0.00	19
Psykologspesiali st	3 10.34	15 51.72	9 31.03	1 3.45	1 3.45	29
Psykolog	4 12.12	19 57.58	6 18.18	4 12.12	0 0.00	33
Annet	7 15.56	20 44.44	7 15.56	10 22.22	1 2.22	45
Total	40	114	37	33	7	231

I denne tabellen går det fram at legene er den gruppen som skåret høyest med 94,74% som sa seg helt eller delvis enig i denne påstanden. I presentasjon av univariatene (jfr. tabell 6) gikk det fram at 66,67 prosent av respondentene samlet helt eller delvis enig i at dokumentasjon tar for mye tid.

Tabell 11 "Dokumentasjonen er bare til for at vi skal ha "ryggen fri" hvis det går ille med pasienten" (Grad av enighet relatert til yrke)

Frequency Row Pct	Helt uen ig	Delvis u enig	Verken e nig eller r uenig	Delvis e nig	Helt eni g	Total
Psykiatrisk syke pleier	14 21.21	22 33.33	9 13.64	20 30.30	1 1.52	66
Sykepleier	1 6.67	8 53.33	3 20.00	3 20.00	0 0.00	15
Psykiater	3 12.50	9 37.50	4 16.67	8 33.33	0 0.00	24
Lege	2 10.53	2 10.53	2 10.53	10 52.63	3 15.79	19
Psykologspesiali st	2 6.90	7 24.14	6 20.69	14 48.28	0 0.00	29
Psykolog	4 12.12	10 30.30	6 18.18	12 36.36	1 3.03	33
Annet	10 22.22	11 24.44	7 15.56	14 31.11	3 6.67	45
Total	36	69	37	81	8	231

Tabell 11 viser igjen relativt store forskjeller i svarene fra legene og sykepleierne. 68% av legene er helt eller delvis enig i påstandene om at dokumentasjonen er til for at systemet skal ha «ryggen fri» ved uønskede hendelser. 20% av sykepleierne sier seg delvis enig i denne påstanden mens 60% av sykepleierne sier seg helt eller delvis uenig i samme påstand.

Til sammenligning viste de generelle tallene i univariatene (jfr.tabell 6) at 38,52% av respondentene samlet sett var helt eller delvis enig i at dokumentasjonen er bare til for at vi skal ha ”ryggen fri” hvis det går ille med pasienten.

Tabell 12: "Prosedyrer og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte" (Grad av enighet relatert til yrke)

Frequency	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Total
Psykiatrisk sykepleier	26	23	7	10	0	66
	39.39	34.85	10.61	15.15	0.00	
Sykepleier	3	9	3	0	0	15
	20.00	60.00	20.00	0.00	0.00	
Psykiater	4	13	4	2	1	24
	16.67	54.17	16.67	8.33	4.17	
Lege	1	9	7	1	1	19
	5.26	47.37	36.84	5.26	5.26	
Psykologspesialist	3	13	7	5	1	29
	10.34	44.83	24.14	17.24	3.45	
Psykolog	5	11	12	4	1	33
	15.15	33.33	36.36	12.12	3.03	
Annet	9	27	5	3	1	45
	20.00	60.00	11.11	6.67	2.22	
Total	51	105	45	25	5	231

Statistics for Table of Q8 by Q4_3

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	24	41.4426	0.0149
Likelihood Ratio Chi-Square	24	43.5191	0.0087
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.3177	0.0685
Phi Coefficient		0.4236	
Contingency Coefficient		0.3900	
Cramer's V		0.2118	

Tabell 12 viser at 80% av sykepleierne er helt eller delvis enig i at prosedyrer er viktig for å avklare ansvar. Gruppen ”Annet” (høyskoleutdannet personell) har samme svarprosent på tilsvarende spørsmål. Dette står i kontrast til psykologene hvor 48,48% er helt eller delvis enig i den samme påstanden.

4.4.2 Kjønn

Tabell 13: Kjennskap til gjeldende lovverk relatert til kjønn

Frequency	Ukjent med	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Kvinne	3 1.96	25 16.34	42 27.45	61 39.87	22 14.38	153
Mann	3 3.85	17 21.79	13 16.67	35 44.87	10 12.82	78
Total	6	42	55	96	32	231

Som tabell 13 viser, er det ingen signifikante forskjeller på opplevd kjennskap til formalkravene mellom kvinner og menn. Andelen som svarer at de er «svært godt kjent» med lovverket er 14,38% for kvinner og 12,82% for menn. På spørsmål om kunnskap om nasjonale retningslinjer oppgir 16,34% av kvinnene og 10,26% av mennene at de opplever seg «svært godt kjent med» dette.

Tabell 14: Kjennskap til prosedyrer i KPR relatert til kjønn

Frequency	Ukjent med	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Kvinne	2 1.31	10 6.54	34 22.22	58 37.91	49 32.03	153
Mann	2 2.56	12 15.38	13 16.67	30 38.46	21 26.92	78
Total	4	22	47	88	70	231

I tabell 14 ser vi at andelen som svarte at de er «svært godt kjent med» øker påtakelig når det er snakk om prosedyrer ved KPR. 32,03% av kvinnene og 26,92% av mennene svarer at de er «svært godt kjent med» dette.

Tabell 15: Kjennskap til rutiner ved egen seksjon relatert til kjønn

Frequency	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Kvinne	5 3.27	16 10.46	67 43.79	65 42.48	153
Mann	2 2.56	10 12.82	31 39.74	35 44.87	78
Total	7	26	98	100	231

Tabelle 15 viser at 42, 48% av kvinnene og 44,87% av mennene svarer at de er svært godt kjent med rutiner ved egen seksjon. Bare 3,27% av kvinnene og 2,56% av mennene sier de er «litt kjent med» rutinene. Ingen har svart at de er ukjent med.

Tabell 16: "Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet" (Grad av enighet relatert til kjønn)

Frequency	Helt eni	Delvis e	Verken e	Delvis u	Helt uen	Total
Row Pct	g	nig	nig elle	enig	ig	
			r uenig			
Kvinne	68 44.44	64 41.83	14 9.15	4 2.61	3 1.96	153
Mann	24 30.77	37 47.44	12 15.38	4 5.13	1 1.28	78
Total	92	101	26	8	4	231

Tabell 16 viser at 44,44% av kvinnene i undersøkelsen sier seg helt enig i påstanden om at gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet, mot 30,77% av mennene.

Tabell 17: "Dokumentasjonen er ledernes behov for gode måltall" (Grad av enighet relatert til kjønn)

Frequency	Helt uen	Delvis u	Verken e	Delvis e	Helt eni	Total
Row Pct	ig	enig	nig elle	nig	g	
			r uenig			
Kvinne	27 17.65	51 33.33	29 18.95	41 26.80	5 3.27	153
Mann	9 11.54	14 17.95	23 29.49	27 34.62	5 6.41	78
Total	36	65	52	68	10	231

Tabell 17 viser ikke signifikante forskjeller på kvinner og menn. Noen tendenser er allikevel interessante. 30,07% av kvinnene er helt eller delvis i påstanden mot 41,03% av mennene. I andre enden av skalaen ser vi at 50,98% av kvinnene er helt eller delvis uenig i at dokumentasjonen er ledernes behov for gode måltall. 29,13 av mennene er helt eller delvis uenig.

Tabell 18: "Dokumentasjonen hjelper meg ved å gi meg en trygghet på at jeg har fått med meg det som er relevant i en selvmordsrisikovurdering" (Grad av enighet relatert til kjønn)

Frequency	Helt uenlig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Total
Kvinne	4 2.61	10 6.54	10 6.54	80 52.29	49 32.03	153
Mann	3 3.85	8 10.26	15 19.23	39 50.00	13 16.67	78
Total	7	18	25	119	62	231

Statistics for Table of Q7 by Q5_3

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	13.4629	0.0092
Likelihood Ratio Chi-Square	4	13.2676	0.0100
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	8.2854	0.0040
Phi Coefficient		0.2414	
Contingency Coefficient		0.2347	
Cramer's V		0.2414	

Tabell 18 viser en signifikant forskjell mellom kvinner og men hva gjelder påstanden om at dokumentasjonen gir trygghet. 32,03 av kvinnene er helt enig i denne påstanden mot 16,67% av mennene. Dette er omtrent den samme fordeling som vist i tabell 15 («Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet»)

4.4.3 Antall år på arbeidsplassen

Tabell 19: "Dokumentasjonen er bare til for at vi skal ha "ryggen fri" dersom det går ille med pasienten" (Grad av enighet relatert til antall år på arbeidsplassen)

Frequency	Helt uenlig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Total
1. 0-1 aar	1 2.08	16 33.33	12 25.00	15 31.25	4 8.33	48
2. 2-3 aar	4 10.53	12 31.58	6 15.79	14 36.84	2 5.26	38
3. 4-5 aar	9 20.93	16 37.21	7 16.28	11 25.58	0 0.00	43
4. 6-9 aar	5 11.36	18 40.91	4 9.09	16 36.36	1 2.27	44
5. 10 aar	17 29.31	7 12.07	8 13.79	25 43.10	1 1.72	58
Total	36	69	37	81	8	231

25% av de som har vært ansatt mindre enn et år er hverken enig eller uenig i denne påstanden. Etter hvert som behandlere har vært ansatt lenger splittes svarene tydeligere i enig eller uenig. Den mest markerte

forskjellen er 44,82 av behandlerne som har vært ansatt mer enn 10 år er helt eller delvis enig i påstanden mens i gruppen som har arbeidet 4-5 år svarte 58,14% at de var helt eller delvis uenig i at dokumentasjonen bare er til for at vi skal ha ryggen fri dersom det går ille med pasienten.

4.4.4 Erfaring med å møte selvmordsnære pasienter

Generelt ser det ut som om opplevd kjennskap kan være knyttet til nærhet til egen arbeidsplass og erfaring med møte med selvmordsnære pasienter.

Tabell 20: Kjennskap til gjeldende lovverk relatert til erfaring med å møte selvmordsnære pasienter

Frequency Row Pct	Ukjent med	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Nesten daglig	0 0.00	6 11.32	8 15.09	25 47.17	14 26.42	53
1-2 ganger pr uke	0 0.00	11 17.74	15 24.19	30 48.39	6 9.68	62
1-2 ganger pr måned.	2 3.39	8 13.56	12 20.34	30 50.85	7 11.86	59
Noen ganger i året	4 8.16	15 30.61	17 34.69	8 16.33	5 10.20	49
Svært sjeldent	0 0.00	2 25.00	3 37.50	3 37.50	0 0.00	8
Total	6	42	55	96	32	231

Statistics for Table of Q2 by Q3_1

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	16	39.1094	0.0010
Likelihood Ratio Chi-Square	16	41.6848	0.0004
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	20.0972	<.0001
Phi Coefficient		0.4115	
Contingency Coefficient		0.3805	
Cramer's V		0.2057	

Ytterpunktene her illustreres ved at i gruppen som møter selvmordsnære pasienter nesten daglig svarte 26,42% at de er «svært godt kjent med» gjeldende lovverk. Av de som møter selvmordsnære pasienter svært sjelden svarte 0% at de er «svært godt kjent med» gjeldende lovverk. I andre enden av skalaen var det ingen i denne gruppen som svarte at de er «ukjent med» gjeldende lovverk.

Et interessant funn er imidlertid at av gruppen som «svært sjeldent» møter selvmordsnære pasienter, svarte 62,5% at de er godt kjent med prosedyrer i KPR vedrørende selvmordsvurderinger. Slår vi sammen resultatene for variablene «godt kjent med» og «svært godt kjent med» for alle gruppene ser vi svært små forskjeller i svarprosenten som ligger på rundt 85%. Kunnskapen om rutiner ved egen seksjon er med

andre ord jevnt høy, og ser ikke ut til å ha noen sammenheng med hvor ofte behandlerne møter selvmordnære pasienter.

Tabell 21: Kjennskap til rutiner ved egen seksjon relatert til erfaring med å møte selvmordnære pasienter

Frequency Row Pct	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Nesten daglig	1 1.89	6 11.32	17 32.08	29 54.72	53
1-2 ganger pr uke	0 0.00	9 14.52	22 35.48	31 50.00	62
1-2 ganger pr måned.	4 6.78	4 6.78	29 49.15	22 37.29	59
Noen ganger i året	1 2.04	6 12.24	25 51.02	17 34.69	49
Svært sjeldent	1 12.50	1 12.50	5 62.50	1 12.50	8
Total	7	26	98	100	231

Som tabellen viser oppga samlet 75% av gruppen som «svært sjelden» møter selvmordnære pasienter å være godt eller svært godt kjent med rutiner ved egen arbeidsplass. Tallgrunnlaget er fortsatt for lite til å trekke statistiske slutninger men det viser muligens noe om opplæringsrutiner og obligatoriske kurs i vurdering av selvmordsfare. Dette blir kommentert ytterligere i diskusjonsdelen.

Tabell 22: "Vi bruker altfor mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene" (Grad av enighet relatert til erfaring med å møte selvmordnære pasienter)

Frequency Row Pct	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Total
Nesten daglig	13 24.53	29 54.72	5 9.43	6 11.32	0 0.00	53
1-2 ganger pr uke	9 14.52	33 53.23	9 14.52	10 16.13	1 1.61	62
1-2 ganger pr måned.	8 13.56	27 45.76	9 15.25	13 22.03	2 3.39	59
Noen ganger i året	9 18.37	23 46.94	11 22.45	2 4.08	4 8.16	49
Svært sjeldent	1 12.50	2 25.00	3 37.50	2 25.00	0 0.00	8
Total	40	114	37	33	7	231

Her ser vi at 79,25% av de som møter selvmordnære pasienter neste daglig svarte at de er helt eller delvis

enig at det går for mye tid til dokumentasjon på bekostning av pasientkontakt. Av de som svært sjeldent møter selvmords nære pasienter er det tilsvarende tallet 37,5%, altså ca. halvparten. Også her ser vi at antallet respondenter i den siste gruppen er så vidt lavt at det en generalisering ikke umiddelbart er mulig.

Den følgende tabellen indikerer at disse svarene varierer med hvor ofte behandlere møter selvmordsnære pasienter:

Tabell 23: "Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet" (Grad av enighet relatert til erfaring med å møte selvmordsnære pasienter)

Frequency	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Total
Nesten daglig	20 37.74	26 49.06	4 7.55	2 3.77	1 1.89	53
1-2 ganger pr uke	19 30.65	28 45.16	9 14.52	5 8.06	1 1.61	62
1-2 ganger pr måned.	31 52.54	22 37.29	5 8.47	0 0.00	1 1.69	59
Noen ganger i året	19 38.78	23 46.94	5 10.20	1 2.04	1 2.04	49
Svært sjeldent	3 37.50	2 25.00	3 37.50	0 0.00	0 0.00	8
Total	92	101	26	8	4	231

Tabellen viser at de samme gruppene som er enig i at dokumentasjonskravene er for tidkrevende også er enig i at gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet. 86,8% av de som møter selvmordsnære mennesker nesten daglig er helt eller delvis enig i dette. For gruppen som møter selvmordsnære pasienter 1-2 ganger pr uke er det tilsvarende tallet 75,71%.

Tabell 24: "Dokumentasjon hjelper meg ved å gi meg en trygghet på at jeg har fått med det som er relevant i en selvmordsrisikovurdering" (Grad av enighet relatert til erfaring med å møte selvmordsnære pasienter)

Row Pct	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Total
Nesten daglig	4 7.55	4 7.55	3 5.66	30 56.60	12 22.64	53
1-2 ganger pr uke	0 0.00	5 8.06	4 6.45	40 64.52	13 20.97	62
1-2 ganger pr måned.	1 1.69	6 10.17	12 20.34	18 30.51	22 37.29	59
Noen ganger i året	1 2.04	3 6.12	5 10.20	27 55.10	13 26.53	49
Svært sjeldent	1 12.50	0 0.00	1 12.50	4 50.00	2 25.00	8
Total	7	18	25	119	62	231

Tabell 24 viser at 85,49% av gruppen som møter selvmordsnære pasienter 1-2 ganger pr uke er helt eller delvis enig i denne påstandene. Dette er den høyeste skåren som allikevel er relativt jevnt fordelt på gruppene. Den gruppen som skiller seg noe ut er de som ser selvmordsnære pasienter 1-2 ganger pr måned. Her svarer 67,8% at de er helt eller delvis enig i at dokumentasjonen gir en trygghet på å få med relevante opplysninger i en selvmordsrisikovurdering.

4.4.5 Erfaringer med å ha mistet pasienter i selvmord

Tabell 25: Kjennskap til gjeldende lovverk relatert til erfaring med å ha mistet pasienter i selvmord

Row Pct	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Ja	4 3.92	9 8.82	36 35.29	53 51.96	102
Nei	3 2.33	17 13.18	62 48.06	47 36.43	129
Total	7	26	98	100	231

Svarene viser ingen signifikante forskjeller i opplevd kunnskap på noen nivåer for de to gruppene som har mistet pasienter i selvmord eller ikke. Den eneste forskjellen i svarene på disse spørsmålene er at 51,96% av de som har mistet pasienter i selvmord opplevde at de er «svært godt kjent med» rutiner på egen arbeidsplass. Av de som ikke har mistet pasienter i selvmord svarte 36,43% at de er «svært godt kjent» med rutiner på egen arbeidsplass. Slår vi sammen variablene «godt kjent med» og «svært godt kjent med» for de to gruppene blir imidlertid svarene 87,25% for de som har mistet pasienter i selvmord og 84,49% for de som ikke har mistet pasienter i selvmord:

4.4.6 Type arbeidsplass

Tabell 26: Kjennskap til prosedyrer i KPR relatert til type arbeidsplass

Frequency Row Pct	Ukjent med	Litt kjent med	Kjent med	Godt kjent med	Svært godt kjent med	Total
Poliklinikk	1 0.71	7 5.00	25 17.86	56 40.00	51 36.43	140
Døgnseksjon	3 5.17	13 22.41	13 22.41	22 37.93	7 12.07	58
Korttids- og akutjenester	0 0.00	2 6.06	9 27.27	10 30.30	12 36.36	33
Total	4	22	47	88	70	231

22,41% av respondentene som arbeider ved døgnsesjoner er «litt kjent med» prosedyrer i KPR vedrørende selvmordsvurderinger. 12,07% av de samme respondentene svarer at de er «svært godt kjent med» prosedyrene. Som det går fram av tabellen står disse tallene i klar kontrast til svarene fra andre arbeidsplasser. Ansatte ved poliklinikker og akutte tjenester har gjennomgående vesentlig høyere svarprosent på de samme spørsmålene.

5. DISKUSJON

Usikre sykepleiere og frustrerte leger

Sykepleierne i undersøkelsen svarer gjennomgående at de er mindre kjent med lovverk og nasjonale retningslinjer enn andre yrkesgrupper. Spesielt psykiaterne og psykologspesialistene signalerer en signifikant høyere grad av kjennskap til formalkrav enn sykepleierne. Senere i diskusjonen skal mulige årsaksforklaringer drøftes. Men gitt at andre studier vil bekrefte de umiddelbare tallene og det er slik at sykepleiere faktisk skårer lavere enn andre yrkesgrupper, reiser det spørsmålet om hva dette kan henge sammen med. Og når mer enn 90% prosent av legene er helt eller delvis enig i at vi bruker alt for mye tid på dokumentasjon på bekostning av pasientkontakt; hva er mulige forklaringer på dette?

Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr 47, 2008-2009) har til hensikt å forskyve oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og dermed gjøre kommunene til en mer sentral aktør i helse- og omsorgstjenestene. Det kan innebære at sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell (som altså ikke har spesialistkompetanse) i KPR kanskje kan føle seg overflødige eller ikke kompetente nok i en stadig mer spesialisert hverdag. Et av kjennetegnene på en ekspertorganisasjon er høy utdanning og mye autonomi i hverdagen. Etter hvert som retningslinjene fører til stadig mer standardiserte verktøy og rutiner, blir graden av autonomi naturlig nok mindre. Det kan bety mindre variasjon i arbeidet, kombinert med en følelse av ikke å være «god nok». Hvis arbeidskravene oppfattes slik at oppgavene egentlig burde vært håndtert av en spesialist, kan denne opplevelsen av mestringsforventning påvirkes negativt. I stressede situasjoner kan man kanskje forveksle begrepet manglende (formal)kompetanse med ikke å være god nok. En subjektiv opplevelse av ikke å være god nok vil kunne påvirke mestringsopplevelsen. En slik mestringsforventning, enten den er framsatt av andre eller kommer fra en selv vil kunne påvirke hvordan vi håndterer krevende oppgaver eller utfordringer. Begrepet mestringsforventning, eller *self-efficacy*, ble introdusert av den kanadiske psykologen Albert Bandura (Bandura, 2010). Bandura beskriver hvordan vi kan preges av våre forventninger til resultatene av et arbeid. Med andre ord; motivasjonen vår vil være avhengig av hva vi tror resultatet blir. Han skiller videre mellom to slags forventninger: *Efficacy expectations*; altså forventningene om å være i stand til å utføre oppgaven, og *outcome expectations*; resultatforventninger. I

lys av Banduras tenkning kan man forestille seg at sykepleiere kan tvile på egen kompetanse til å foreta en selvstendig selvmordsvurdering (*efficacy expectations*) og kan være preget av bekymring for om pasienten vil ta livet sitt eller ikke (*outcome expectations*). En slik (tenkt) behandler vil kanskje skåre lavere på opplevd kjennskap til formalkrav? Et av resultatene som kan indikere en slik usikkerhet er synliggjort i tabell 27, hvor 80 % av sykepleierne (og de andre med høyskoleutdanninger) svarer at de er helt eller delvis enige i at gode rutiner avklarer ansvar på en god måte. Psykologene og psykologspesialistene svarer henholdsvis i underkant av 50% og overkant av 55% på den samme problemstillingen. Dette kan tolkes som at spesialistene har mer trygghet eller bedre selvtillit og dermed stoler mer på egne kunnskaper. Det kan imidlertid også bety akkurat det tallene viser; nemlig at spesialistene har bedre kjennskap til formalkravene enn sykepleierne.

Legenes frustrasjon over papirarbeid kommer tydelig til uttrykk i undersøkelsen: Ingen av legene blir «sittende på gjerdet» angående påstanden «Vi bruker at for mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene» ved å svare at de er verken enige eller uenige. Nærmere 95% av legene er helt eller delvis enige i denne påstanden. Dette er langt over de andre yrkesgruppene og reiser spørsmål om mulige forklaringer. En forklaring kan være arbeidsmengden i seg selv. En sentral målsetting for myndighetene med «Opptappingsplanen for psykisk helse 1998-2008» var å øke antallet polikliniske konsultasjoner med 50%. Fra 1999 til 2008 har antall polikliniske konsultasjoner økt med 130 %. I samme perioden har økningen i driftskostnader vært på 31%. (Norsk psykiatrisk forening, 2010). I rapporten «Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010-2015» understrekes betydningen av at kvalitet i arbeidet krever tid og individuell tilpasning. I en stadig travlere hverdag blir dette en konflikt og kan være en forklaring på legens frustrasjon. Den følgende tabellen viser at økningen i antall stillinger i psykisk helsevern for voksne perioden 1998-2008 totalt var på 22%. Størsteparten av økningen i legeårsverk var ved DPS'ene:

Tabell 27 Økning i antall årsverk i voksenpsykiatrien 1998-2008

Antall årsverk	1998	2008	Økning
Leger	870	1250	380
Psykologer	615	1 300	685
Høyskoleutdannede	5 700	7 700	2 000
Totalt	13 600	16 700	3 100

(Norsk psykiatrisk forening, 2010)

Nye arbeidsformer som for eksempel ambulante akutt team krever mer tid til samhandling og legene blir ofte dratt mellom flere interesser. I tillegg til å oppfylle kravene til antall egne konsultasjoner har de ofte veiledningsansvar og må bistå andre yrkesgrupper til medisinvurdering og annet på relativt kort varsel.

Erfaringer fra egen arbeidsplass er at de fleste behandlere skriver sine egne journalnotater og i liten grad dikterer merkantilt personell. Dette medfører at legene nok er en av de yrkesgruppene som faktisk bruker mest tid på journalnotater i løpet av en arbeidsdag. Samlet sett svarte 2/3 at dokumentasjonen tar for mye tid på bekostning av pasientkontakt. Psykologene svarer i tråd med gjennomsnittet og er altså noe mindre enig i påstanden enn legene. Dette kan avspeile at psykologenes hverdag er mer forutsigbar og at de i mindre grad enn legene må spre seg på flere oppgaver.

Selvsikre menn og pliktoppfyllende kvinner?

Undersøkelsen skiller ikke mellom mannlige og kvinnelige yrkesutøvere. Vi vet altså ikke hvor mange av sykepleierne eller leger som er menn eller kvinner. Det er sannsynlig at mange (de fleste?) av sykepleierne i KPR er kvinner. For legenes del er det ikke umiddelbart opplagt. Det har vært en dramatisk vekst i andelen kvinnelige medisinerstudenter de siste tiårene og siden 1990-tallet har det vært jevn fordeling av kjønn på medisinstudiet. (Teigen, 2006). I hele KPR er 2/3 av behandlerne kvinner. Når vi vet at kvinneandelen på medisinerstudiet er mer enn 50% er det rimelig å anta at mer enn 50% av legene og psykiaterne er kvinner.

Nesten 45% av kvinnene mot 31% av mennene er helt enig i at gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet (Jfr. Tabell 15). 32% av kvinnene mot nærmere 17% av mennene er helt enig i at dokumentasjonen gir en trygghet på å få med relevante opplysninger i en selvmordsvurdering. Dette kan indikere at kvinner har mer behov for trygghet og at menn er mer risikovillige. Diverse søk etter forskning på dette viser at det er en allmenn oppfatning. Det er gjort forsøk på å forklare dette ved både biologiske og psykologiske teorier. En metastudie publisert i 2015 i tidskriftet «American Psychologist» (Zell, Krizan, & Teeter, 2015) bestrider denne tenkningen. Deres studie viser at likhetene mellom kjønnene langt overgår forskjellene. Det er med andre krevende å gi en fullgod forklaring på forskjellen på kvinner og menn i undersøkelsen.

Mye av tenkningen om kjønnsforskjeller i arbeidslivet peker i retning av at kvinner oftere stiller høye krav til seg selv samtidig som de har lavere tillit til egne ferdigheter enn menn. Det har vist seg vanskelig å finne forskning som bekrefter dette. (Flere studier tenderer til å snakke om «behavioral types» heller enn «gender differences») Dersom det allikevel er slik, kan det være et argument for at sykepleierne ikke nødvendigvis har mindre kjennskap til formalkravene slik tallene viser, men at kjønn og plass i hierarkiet på arbeidsplassen er mulige forklaringer på forskjellene. Kjønn alene er heller ingen åpenbar forklaring på forskjellene da det å være kvinne og lege åpenbart gir høyere skår på kjennskap enn det å være kvinne og sykepleier.

God kjennskap til formalkrav

I overkant av 40% av både kvinner og menn svarer at de er «svært godt kjent med» rutiner ved egen seksjon hva gjelder formalkrav knyttet til vurdering av selvmordsfare. Skulle man kanskje forvente at flere behandlere er «svært godt kjent med» dette? Eller har flere bedre kjennskap enn de er villig til å oppgi? Man kan spekulere i om det ligger en slags kulturell ydmykhet til grunn for denne svarprosenten. Kanskje en tilsvarende undersøkelse i USA ville hatt en høyere andel som mener seg «svært godt kjent med» rutiner ved egen seksjon? Tar vi med gruppen «godt kjent med» gjelder det imidlertid i overkant av 80%. Samlet sett er graden av kjennskap høy.

Leger og psykologer har veiledning som obligatorisk del av sine spesialiseringer. Høyskoleutdannet personell har dette i langt mindre grad. Sykepleierne oppgir at de i langt mindre grad enn de andre yrkesgruppene har kjennskap til gjeldende lovverk. Dette *kan* tyde på at sykepleierne i mindre grad stoler på egen kunnskap og kompetanse enn andre yrkesgrupper. Det er også naturlig å tenke seg at psykologspesialistene og psykiaterne grunnet sitt selvstendige behandlingsansvar også faktisk har mer kjennskap til lovverk og nasjonale retningslinjer.

Mellom frustrasjon og mening

De senere årene ligger det i grunnopplæringen til alle nyansatte i KPR at de innen tre måneder fra ansettelse skal ha gjennomført et obligatorisk kurs i vurdering av selvmordsfare. Det er en sannsynlig årsak til at selv de som oppgir å møte selvmordsnære pasienter svært sjeldent allikevel mener å ha nesten like god kjennskap til rutineene ved egen seksjon som de som møter selvmordsnære pasienter oftere. Siden selvmord er sjeldent og vanskelig predikerbart, er det ikke gitt at de som oftere møter (antatt) selvmordsnære har flere erfaringer med pasienter som tar livet sitt. Selvmord kommer ofte som «lyn fra klar himmel». Det er åpenbart at de som arbeider i akutte ambulante team eller på døgnposter oftere møter pasienter som andre mener er selvmordsnære. (Jfr. teorikapittelet om forventninger fra andre). Det er samtidig mulig at gruppen som oppgir å møte selvmordsnære pasienter svært sjeldent, faktisk snakker med flere selvmordsnære enn de selv tror. 50% av pasienter som har tatt livet sitt mens de gikk i poliklinisk behandling, har samme uken benektet selvmordstanker og planer. For tilsvarende gruppe pasienter i innlagt i døgnpost har 78% benektet selvmordstanker og planer. (Busch K.A., 2003). Denne kunnskapen er et godt argument for at alle i KPR uavhengig av arbeidssted skal ha grunnopplæring i selvmordsvurderinger. Det er samtidig en nøktern påminnelse om at gode psykometriske verktøy i seg selv dessverre ikke er tilstrekkelig i vurderingen av om en pasient er i selvmordsfare eller ikke. Gode rutiner er minst like viktig og dette bekreftes av de som møter selvmordsnære pasienter oftest. 86;8% av disse behandlerne var helt eller delvis enig i at gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet. De samme behandlerne er samtidig de mest frustrert over dokumentasjonsplikten som de opplever tar for mye tid på bekostning av

pasientkontakt. Selv om dette er den gruppen som skårer høyest på dette, er det samlet sett et overveldende flertall som mener at mengden dokumentasjon stjeler tid fra pasienter.

Denne dokumentasjonsplikten er et sannsynlig produkt av en kvalitetstenkning hentet fra New Public Management. Den evidensbaserte profesjonsutøvelsen som har styrt mye av tenkningen de siste tiårene har også noen «bivirkninger». På samme måte som medisiner (også de gode) alltid vil ha noen uønskede effekter, vil vår praksis og våre rutiner også medføre ulemper til tross for de beste intensjoner. Den østerrikske presten og filosofen Ivan Illich (1926-2002) gikk svært langt i sin kritikk av helsevesenet i sin bok “Medisinsk nemesis”(1975). Han mente at mange av fordelene ved moderne teknologi og samfunnsinnretninger var sterkt overdrevne, og at helsevesenet, slik det utøves i et byråkrati, er direkte farlig for folkehelsen og fører til en medikalisering av samfunnet. (Illich, 1975). Samtiden mente Illich var for krass, mens dagens debatt om at pasienter kanskje oppsøker legehjelp for ofte gir Illich rett i noe av tenkningen sin.

Frustrasjonen som kommer til uttrykk i undersøkelsen ved at mange mener vi bruker for mye tid på dokumentering og at hensikten kanskje er mer i administrasjonens interesse enn pasientenes, er en del av en større diskurs: Byråkratiseringen av helsevesenet er et resultat av et godt ønske om å bruke penger riktigst mulig og øke kvaliteten på tjenestene. Psykiaterne Jeffrey Katzman og Joel Yager har studert effekten av det voksende byråkratiet i helsevesenet og utdanningssystemet og beskriver deler av utviklingen slik: “...the authors have identified several organizational disorders they define as "bureaucrathologies," pathological conditions caused by dysfunctional bureaucratic processes that generate excesses of wasted time, effort, and other resources.» (Jeffrey Katzman, 2015, ss. 678-84). Tittelen på artikkelen understreker både forfatterens engasjement og alvor, samt deres sans for humor; «Bureaucrathologies: Galloping Regulositis, Assessment Degradosis, and Other Unintended Organizational Maladies in Post-Graduate Medical Education.» (Jeffrey Katzman, 2015, ss. 678-84). Tittelen henspiller på det de oppfatter som *patogenesen*, d.v.s. læren om de sykelige prosessene. Polariteten til *patogenese* er *salutogenese*; altså en teori som fremholder betydningen av det helsefremmende perspektivet og hvordan det vil kunne styrke og aktivere pasienten. (Antonovsky, 1987) Professor Antonovsky(1923-1994) undersøkte hvordan noen jødiske kvinner som hadde overlevd holocaust, taklet denne erfaringen bedre enn andre fordi de tross alt opplevde en grad av begripelighet og mening i situasjonen. I etterkant av denne forskningen utviklet Antonovsky teorien *sense of coherence*, (*opplevelse av sammenheng*). Antonovsky setter følgende betingelser for at en skal kunne ha en opplevelse av sammenheng:

- At de kravene og utfordringene en står ovenfor er forutsigbare og forståelige (*begripelige*).
- At det er tilgjengelig indre eller ytre ressurser til å mestre krav (*håndterbare*).
- At de utfordringene en står i er verdt å engasjere seg i (*meningsfulle*).

Antonovsky argumenterer for at disse betingelsene virker inn på hverandre: Selv om utfordringene oppleves som *meningsfulle*, vil man miste opplevelsen av sammenheng dersom oppgaven ikke er håndterbar. Undersøkelsen har forsøkt å måle graden av opplevd mening og/eller frustrasjon. I tråd med Antonovskys tenkning er det viktig å skille mellom begrepene *forståelse* og *mening*. Å forstå noe kan være en rent kognitiv prosess. Mening er kanskje også knyttet til verdier, som dermed gjør det verd å engasjere seg. Disse tankene har paralleller til begrepet om *flytzone*. (Csikszentmihalyi, 2000). Flytsonemodellen beskriver hvordan en ansatt i gitt situasjon er best tjent med å få en utfordring tilpasset sitt nivå. Modellen beskriver hvordan forholdet mellom krav og mengde påvirker oss i arbeidet: Dersom vi har lite å gjøre eller oppgaven er for lite krevende kan vi oppleve kjedsomhet eller frustrasjon. Er oppgavene for mange eller krave for høyt kan angst, bekymring eller likegyldighet bli resultatet.

Vi får ikke svar på det vi ikke spør om

Bandura, Antonovsky og Jobes beskriver alle betydningen av forventinger og mestringsopplevelse. Selvmordsvurderingen bør betraktes som en prosess og ikke et produkt. David Jobes har med sin CAMS-modell vist at betydningen av å følge selvmordsnære pasienter over tid. (Jobes, 2006) Selvmordstrangen kan melde seg med minutters eller ukers mellomrom, avhengig av individet og det å ha fullført en JSV og journalført dette vil muligens være juridisk tilstrekkelig. En kontrollert studie av kontakt pr. brev i etterkant av vurderingen har vist en signifikant effekt og understreker Jobe's poeng med et samarbeid over tid. (Motto & Bostrom, 2001). En optimal vurdering av selvmordsrisiko forvanskes også ved at de personene som har høyest dødsønske, ofte vil benekte selvmordsideer da de vil betrakte behandleren som en som vil hindre suicidet. Derfor vil det ikke være tilstrekkelig å stole blindt på pasientens benektende svar på om han har selvmordstanker eller planer i øyeblikket (Resnick, 2011).

Det tok tid for *beskyttende faktorer* hadde en selvstendig plass i malen for dokumentering av selvmordsrisiko i KPR. Et raskt søk i JSV-malens utforming over tid viser at beskyttende faktorer først ble en del av den strukturerte kartleggingen i desember 2014. Mange behandlere har nok hatt fokus på dette tidligere også, men det kan ha variert mye. At det tok såpass lang tid før beskyttende faktorer ble en selvstendig del av malen kan kanskje handle om helsevesenets tilbøyelighet til å lette etter feil eller sykdom for så å søke å reparere. (Jamfør teoriene om patogenese og salutogenese over).

Utrygg pasient – utrygg behandler?

Påstanden om at dokumentasjonen bare er til for at vi skal ha «ryggen fri» dersom det går ille med pasienten får skårer som indikerer tydelige forskjeller mellom yrkesgruppene. Sykepleierne og legene er igjen i hver sin ende av denne skalaen. 20% av sykepleierne er helt eller delvis enig i denne påstanden i kontrast til legene, hvor nærmere 70% deler denne oppfatningen. 60% av sykepleierne er helt eller delvis uenig i at dokumentasjonens hensikt er å sikre oss selv, mens det tilsvarende tallet for legene er nærmere

22%. Annet høyskoleutdannet personell og de psykiatriske sykepleierne følger tendensen til sykepleierne mens psykiaterne og psykologspesialistene ser ut til å ha holdninger nærmere legenes. Legenes og psykologenes enighet i påstanden kan henge sammen med deres formelle ansvar. Vi må differensiere mellom å ha ansvar for egne vurderinger og arbeid og det å ha et *selvstendig behandlingsansvar*. Det er profesjonsstudiet i medisin og psykologi som kvalifiserer for diagnosesetting innenfor psykisk helsevern. *Psykisk helsevernloven §1-4* definerer videre ansvar og vedtaksmyndighet slik: «Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift» (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). I kvalitetshåndboken for KPR er det detaljerte instruksjoner for vurdering av selvmordsfare. Der presiseres det at vurderingen skal gjøres av behandler med selvstendig behandlingsansvar. Behandlere uten selvstendig behandlingsansvar kan sertifiseres til å gjøre vurdering av selvmordsrisiko etter særskilt opplæring som beskrevet i prosedyre. Det står videre at alle fagpersoner som ansettes i KPR skal delta på slik opplæring innen tre måneders ansettelse.

Intensjonen med en selvmordsrisikovurdering er selvsagt å trygge pasienten i størst mulig grad. Usikkerheten rundt selvmordsvurderinger og de alvorlige og noen ganger irreversible konsekvensene av en feil vurdering spiller en vesentlig rolle i behandlerens opplevelse av trygghet også. Det er mange behandlere, særlig ved poliklinikker, som har kjent hvor vanskelig det kan være å vurdere en pasient som ikke i behov av akutt hjelp på en fredag ettermiddag. Hva hvis det viser seg på mandag at vedkommende har tatt livet sitt i løpet av helgen? Behandleren kan ha gjort alt riktig og allikevel skjer selvmordet. De fleste behandler vil da oppleve frykt og ofte en stor grad av ensomhet. Ledelse og administrasjonen kan også få disse reaksjonene og selvmordet vil bli registrert som et avvik og hendelsen vil bli behandlet etter gitte prosedyrer.

Forskjellige studier viser at opptil 97% av behandlere frykter at en pasient kan ta livet sitt. Andre studier viser at opptil halvparten av alle behandlere i løpet av sin karriere vil erfare at en pasient tar livet sitt. Når det skjer er uvegerlig behandleren en etterlatt med de samme reaksjoner andre etterlatte kan få. (Grad O. T., 2009). Den skyldfølelsen og (selv)bebreidelsen som da ofte forekommer henger sammen med holdningene til selvmord som dødsårsak og forventninger som nevnt i teorikapittelet:

«.....Suicide, though often strongly connected to the outcome of certain diseases (such as depression), can easily be interpreted as the therapist's unfinished business and responsibility. In comparison to other deaths, suicide is perceived as an unnatural and avoidable death, one which the therapist was closely connected to and should have been able to prevent.» (Grad O. T., 2009, s. 609)

Selvbeleidelsen og angsten for anklager fra andre kan være stor og det vil nok kjennes som en belastning for mang at hendelsen behandles som et avvik med medfølgende undersøkelse. Det vil selvsagt være en bekymring mindre for de fleste dersom behandlingen av avvikssaken konkluderer med at alle formalkrav var fulgt og at behandleren ikke kan klandres. De emosjonelle reaksjonene og belastningen uteblir imidlertid ikke av den grunn. Reaksjonene på å miste en pasient i selvmord er mer alvorlig jo tidligere i karrieren det inntreffer, og særlig hvis det skjer mens behandleren er under utdanning. En studie av 201 psykiatriske sykehus i Tyskland viste at i nærmere 40% av tilfellene resulterer det å miste en pasient i selvmord til alvorlig belastning (*severe distress*) for behandleren. (Wulf, et al., 2013). Når et selvmord inntreffer er det nødvendig med tiltak på tre plan:

- 1.Administrasjon og ledelse trenger informasjon om hendelsen (avviket) for å vurdere om rutiner og prosedyrer er fulgt. Ikke som en anklage mot behandler men for å kvalitetssikre formalkravene og øke kvaliteten på rutinene og tjenestene generelt.
- 2.Sikre nivået på den generelle undervisningen på arbeidsplassen om temaer relatert til selvmord.
- 3.Sørge for adekvat støtte og veiledning til den enkelte behandler som har mistet en pasient i selvmord. (Grad O. T., 2009)

Behandlere vil kunne kjenne sorg etter å ha mistet en pasient. Men denne sorgreaksjonen kan kompliseres av skyldfølelse og selvbeleidelser. Når vi også vet at disse reaksjonene er sterkest tidlig i karrieren vil kanskje det beste tiltaket være god veiledning og opplæring i hva som kan komme til å skje og forberede den enkelte behandler for mulig reaksjoner. Slik undervisning kan være forebyggende mot overdreven skyldfølelse og gi behandlere under utdanning trening i å søke hjelp og støtte hos kolleger. (Spiegelman & Werth, 2012)

Når en pasient tar livet sitt er det en risiko for at sykehuset eller behandleren blir anklaget for mangelfull behandling. I rettsaker vedrørende selvmord forekommer ofte påstand om en av følgende omstendigheter:

- 1.Pasienten tok livet sitt i en døgnpost grunnet mangelfull behandling eller observasjon.
2. Pasienten tok livet sitt rett etter (for tidlig?) utskrivelse fra døgnpost.
3. Pasient i poliklinisk behandling tok livet sitt grunnet mangelfull vurdering av risikoen for selvmord.

En undersøkelse i USA viser at nesten en tredjedel av selvmord når pasienten var innlagt får rettslig etterspill. (Litman, 1982). I slike saker kan rettslige vurderinger av hva som er god behandling komme i konflikt med de medisinske kravene. Juristene vil undersøke om psykisk loven er oppfylt, hva slags avvik som eventuelt foreligger, omfanget av skade og direkte årsakssammenhenger. Disse perspektivene står i fare for å blande sammen risikovurdering med prediksjon. (Cantor CH, 1994). Det blir et administrativt spørsmål å lage rutiner som tar høyde for dette.

For den enkelte behandler derimot er nok forestillingen om denne type søksmål plagsom og kanskje en belastning.

Behandleren står overfor svært vanskelige valg mellom å respektere pasientens integritet og autonomi og sikre en tryggest mulig behandling. Dette dilemmaet er (som nevnt i teorikapittelet) diskutert av psykologspesialist Tormod Stangeland i en artikkel med tittelen: «Når sikreste behandling ikke er beste behandling». (Stangeland, 2012).

For at pasientene skal kunne kjenne seg tryggere vil de trenge trygge behandlere. Det forutsetter oppmerksomhet rundt behandling, selvmordsrisikovurderinger, jus og etikk. De fleste behandlere bruker sitt kliniske skjønn opp mot evidensbasert kunnskap. Dersom man stoler på sitt kliniske skjønn alene, vil kvaliteten på vurderingen kunne være mangelfull, da den enkeltes erfaringer nødvendigvis er begrensede. I den andre enden av skalaen finnes kanskje de som stoler blindt på standardiserte verktøy basert på den best tilgjengelige kunnskapen. Dersom dette ikke vektet mot det kliniske skjønnet blir disse vurderingene også ofte mangelfulle. Et eksempel på dette er det omtalte strukturerte MINI-intervjuet som brukes tidlig i kontakten med alle pasienter. Informasjonen om depressive symptomer hentes inn på en slik måte at uten et klinisk skjønn ville svært mange av pasientene få en alvorlig depressiv episode som diagnose, selv om dette ofte slett ikke er tilfelle (falske positive).

Betydningen av å ha mistet en pasient i selvmord

Som vist i resultatdelen 4.1 er det ingen signifikant forskjell i kjennskap til formalkrav og prosedyrer mellom de behandlerne som har mistet pasienter i selvmord og de som ikke har denne erfaringen. Faktisk svarer mer enn halvparten av de som har mistet pasienter i selvmord at de er «svært godt kjent med» rutiner på egen arbeidsplass. Man kunne trekke den konklusjonen at denne kjennskapen følgelig ikke er av særlig betydning. Det ville vært en lettvinnt feilslutning. Som vist i teoridelen henger dette mer sannsynlig sammen med andre faktorer: Kjennskap til lover, regler og rutiner er avgjørende for å sikre en god praksis, men hindrer ikke nødvendigvis den enkelte i å ta livet sitt. Den gruppen som har mistet pasienter i selvmord arbeider oftere ved akuttposter eller døgnposter med pasientgrupper som har statistisk høyere risiko for selvmord og har kanskje flere erfaringer med å miste pasienter til tross for høy kompetanse og kunnskap. Et annet poeng er at en behandler ikke kan vite hvilke pasienter som ville tatt livet sitt uten intervensjon fra helsevesenet.

6. OPPSUMMERING

Denne undersøkelsen har hatt til hensikt å undersøke hvordan behandlere i KPR opplever formalkravene knyttet til vurdering av selvmordsfare. 231 respondenter har svart på i hvilken grad de har kjennskap til lover, retningslinjer prosedyrer og interne rutiner knyttet til selvmordsvurderinger, og om disse

formalkravene oppleves frustrerende og/eller meningsbærende. Svarene på undersøkelsen er relatert til kjønn, yrke eller arbeidserfaring. Det er også undersøkt om svarene påvirkes av om man har mistet pasienter i selvmord eller ikke.

Undersøkelsen viser at behandlere i KPR gjennomgående har god kjennskap til formalkrav vedrørende vurdering av selvmordsfare. Det er også en relativt høy grad av lojalitet mot rutineene koplet mot en klar frustrasjon over mengden av dokumentasjonskrav og en skepsis til nytteverdien ved deler av dette. Sykepleierne er den gruppen som skiller seg ut ved at de mener å ha lavere kjennskap til lover og retningslinjer enn andre faggrupper. Antallet sykepleiere i undersøkelsen er så vidt lite at disse tallene ikke umiddelbart kan generaliseres til hele populasjonen. Det ville eventuelt vært nyttig å finne ut i en annen studie om forskjellene skyldes kunnskapsnivå eller mestringsopplevelse. Halvparten av behandlerne i KPR er høyskoleutdannet. Dersom forskjellene i skårene vitner om en usikkerhet på egen rolle i en stadig mer spesialisert hverdag, er dette interessant for videre utvikling i KPR. Samhandlingsreformen tar sikte på en stadig mer spesialisert andrelinjetjeneste og en opptrapping av den kommunale helsetjenesten. Hvis av dette resulterer i stadig færre sykepleiere og sosionomer til fordel for psykologspesialister og psykiatere, vil tverrfagligheten forsvinne. Det fører ikke nødvendigvis til bedre pasientbehandling. Dersom dette ikke er intensjonen, bør man ta en debatt om sykepleieres, sosionomers og andres rolle i systemet.

«Forskningsoppsummering er bærebjelken i kunnskapsbaserte helsetjenester» står det på nettsiden til Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Det er vanskelig å være uenig i dette. Men det er betimelig å rette fokus mot hva det forskes på. Eller kanskje heller; hva det bør forskes mer på.

Lovverket sier hva behandlere må og skal gjøre i sitt møte med pasienter. Etikken og god faglig standard sier noe om hva en bør gjøre og hva en utover dette kan gjøre er uklart og kanskje opptil den enkelte. Med flere regler og mindre tid sier det seg selv at graden av autonomi innskrenkes. Dersom arbeidet som behandler i møte med pasienter som trenger hjelp (og da særlig selvmordsnære pasienter) begrenses til manualbaserte tjenester hvor bare det som lar seg bevise, er godkjent praksis, vil muligens det kreative i møte med enkeltmennesker stå i fare for å bli borte. Sosiologen William Bruce Cameron er kilden til det berømte sitatet: “Not everything that can be counted, counts. Not everything that counts can be counted.” (Cameron, 1963). Den evidensbaserte profesjonsutøvelsen i helsevesenet har langt på vei adoptert produksjonsbedriftens terminologi. Med bakgrunn i new public management som hadde som grunnpremiss at staten var ineffektiv kan man spørre om tellingen, rutineene og prosedyrene er til for pasientene eller for systemet. Svaret er selvfølgelig begge deler, men det er grunner til å se på balansen. Kvalitetsindikatorer er tid, penger, antall pasienter pr. virkedag etc.. Spørsmålet er om dette er i pasientenes interesse eller om det er administrative og økonomiske interesser som profiterer på denne tenkningen. Videre er det betenkelig at selve mengden av evidensbasert kunnskap er blitt så vidt stor at det

er vanskelig å håndtere den, eller sile ut det som er virkelig relevant. Den italienske legen og epidemiologen Giovannino Ciccone skrev i 2014 en artikkel med tittelen «Evidence-based medicine: a movement in crisis?» hvor han hevder følgende: «Also, inflexible rules and technology driven prompts may produce care that is management driven rather than patient centred.» (Ciccone, 2014, s. 315).

To tredjedeler av respondentene samlet sett, mener at det er for mye papirarbeid på bekostning av pasientkontakt. Nesten alle legene mener det samme.

Det kan argumenteres med at den evidensbaserte profesjonsutøvelsen kan komme til å begå de samme økologiske feilslutningene som forekommer når man anvender forskning på risikofaktorer ved selvmordsfare som prediktive faktorer på individnivå: Dersom det som gjennom forskning viser seg å være god praksis for de fleste ender opp som manualbaserte tilnærminger for alle, mister vi kanskje individet av synet? Hvis det er slik, er det all grunn til bekymring. Diskusjonen om evidensbasert profesjonsutøvelse skaper ofte sterke følelser og kan lett føre til en polarisering som er lite nyttig. Professor David Sackett er mer håpefull i sin artikkel: «Evidence based medicine: what it is and what it isn't» hvor han understreker at det handler om å integrere individuell klinisk ekspertise med den beste eksterne kunnskapen. Han skriver: «Evidence based medicine is not "cookbook" medicine. Because it requires a bottom up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients' choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care.» (Sackett, 1996, ss. 71-72).

Respondentene i undersøkelsen kan beskrives som kunnskapsrike, lojale og frustrerte. De finner god mening i mange av formalkravene som de er pålagt å benytte men kjenner seg stadig mer styrt i en stadig travlere hverdag. Spesielt vil en studie av hvordan leger har det i sin videreutdanning i KPR vil kunne være nyttig. Når det evidensbaserte oppleves som noe som er bestemt «over hodene» på behandlerne er frustrasjonen forståelig. Det bør finnes tid til å reflektere over egen praksis. Veiledning er ofte noe som blir iverksatt når noe er galt eller slitsomt. Det ville være ønskelig å dempe frustrasjon og øke opplevelsen av sammenheng og mestring. Dette bør skje gjennom regelmessig bruk av veiledning som refleksjon over egen praksis. Ikke som reparasjon av noe som er gått i stykker, men som HMS-arbeid. Videre vil det være ønskelig i den videre kompetansehevingen i vurdering av selvmordsfare å begynne å snakke om smerten ved å miste pasienter i selvmord og dele erfaringer som kan gjøre andre kolleger mer forberedt på å håndtere en slik situasjon.

REFERANSELISTE

(u.d.). Hentet fra <http://endoc.cochrane.org/cochrane-samarbeidet>.

Antonovsky, A. (1987). *How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Ltd., London.

Bandura, A. (2010). Self-efficacy. I *Corsini Encyclopedia of Psychology* 1-3. Stanford University.

Battin, M. P. (2016). *The Ethics of Suicide - Historical Sources*. New York: Oxford University Press. Hentet fra <https://global.oup.com/academic/product/the-ethics-of-suicide-9780199385805?cc=no&lang=en&>

Bradburn, N. M., Sudman, S., & Wansink, B. (2004). *Asking Questions The Definite Guide to Questionnaire Design*. Chicago: Jossey-Bass.

Bucknill, J., & D.H.Tuke. (1879). *A manual psychology of medicine*. Hentet fra <https://archive.org/details/amanualpsycholo01tukegoog>.

Busch K.A., F. J. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, Januar ss. 14-9.

Cameron, W. B. (1963). *Informal sociology*. New York: Random House.s.13

Cantor CH, M. P. (1994). Suicide Litigation: from legal to clinical wisdom. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, Sep.28,(3): ss. 431-437.

Christensen, T., & Lægred, P. (2001). New Public Management: The effect of contractualism and devolution on political control. *Public Management Review*, vol.3 issue 1, ss. 73-94.

Ciccone, G. (2014, September). Evidence-based medicine: a movement in crisis? *Recenti progressi in medicina*, Sept. 105(9):ss. 315-6.

Csikszentmihalyi, M. (2000). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.

Dunne, E. J., & Dunne-Maxim, K. (2009). Why suicide loss is different for the survivors. Wasserman & Wasserman (Red), *Oxford textbook of Suicidology and Suicide Prevention.s 605-608*, New York: Oxford University Press.

Durkheim, E. (1897/2007). *Selv mordet*. Oslo: Gyldendal forlag.

Goldney, R. D. (2005). Risk factors for suicidal behaviour: translating knowledge into practice. I K. Hawton, *Prevention and treatment of suicidal behaviour-from science to practice* (ss. 161-164). New York: Oxford University Press.

Grad, O. (1999). Helsepersonell som etterlatte ved selvmord. *Suicidologi*, vol 4, nr 3,ss. 16-17.

Grad, O. T. (2009). Therapists as survivors of suicide loss. I D. Wasserman, & C. Wasserman, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (ss. 609-613). New York: Oxford University Press.

Grimen, L. I. (2009). Profesjonsutøvelse -kvalitet og legitimitet. I H. G. Terum, *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag

Hansen, H. F., & Rieper, O. (2009). Evidensbevegelsenes rødder, formål og organisering. Grimen&Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.s.18-35

Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet - veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord.s.4*

Helsedirektoratet. (2012). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevern forskriften med kommentarer*. Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. s.34,Helsedirektoratet
- Hem, E. (2006). Selvmordsatferd og yrke - er det noen sammenheng? *Suicidologi*.vol 11, nr 2, s16-17
http://snl.no/Norsk_nettleksikon. (n.d.).
<http://www.dagbladet.no/2011/01/06/nyheter/innenriks/helse/selvord/pasientskader/14973781/>. (2011, Januar).
<http://www.kunnskapssenteret.no/>. (u.d.).
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-22-2008-2009-/6/5/1.html?id=540447>. (u.d.).
- Illich, I. (1975). *Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Jann & Lægred. (2015).. Reforming the Welfare State: Accountability, Management, and Performance.*International Journal of public Administration*, vol 38 issue 13-14.
- Jason Spiegelman sitert av Angelis, T. d. (2001, November). *American Psychology Association*. Hentet fra APA.org.
- Jeffrey Katzman, J. Y. (2015). Bureaucrathologies: Galloping Regulosis, Assesment Degradosis, and Other Unintended Organizational Maladies in Post-Graduate Medcal Education. *Academic Psychiatry*, Dec;39(6):678-84.
- Jobes, D. A. (2006). *Managing Suicidal Risk - A collaborative approach*. New York: The Guilford Press.
- Johannessen, A. &. (2002). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, ss. 285-307.
- Larsen, K. (2009). Sjekklistor og skalaer ved vurdering av selvmordsrisiko. Oslo:RVTS/Ø. s.3
- Larsen, K. (2011). *Suicidologi vol 16,nr 2*, s. 38.
- Larsen, K. (2014). Hva er galt med selvmord, intervju med psykologspesialist Kim Larsen. *Tidsskrift Norsk psykologforening*. vol.51 nr3, s227-235
- Litman, R. E. (1982). Hospital Suicides: Lawsuits and Standards. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 12 (4), ss. 212-220.
- M. Lindbæk, E. S. (2002). Kontrollerte kliniske forsøk - jakten på sann effekt av behandling. *Tidsskrift for den norske legeförening*. 2002; 122:2631 – 5
- Madsen, L. L. (2002). *Fagprofessionelle som ledere. En debattbog om ledelse og lederroller i sundhedsvæsenet*. København: Munksgaard forlag.
- Mehlum, L. (1999). Vurdering av selvmordsfare. I Mehlum, *Tilbake til livet* (ss. 141-142). Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS.
- Motto, & Bostrom. (2001). *A randomized controlled trial of postcrisis prevention*.*Psychiatr Serv* 2001 Jun;52(6):828-33
- Norsk psykiatrisk forening. (2010). *Mennesker som hjelper - Utviklingsplan for norsk psykiatrisk forening 2010-2015*.s.14-17

- Paris, J. (2007). *Half in love with death, Managing the chronically suicidal patient*. Mahwah, USA: Lawrence Erlbaum Associates
- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of Suicide in Psychiatric Patients. Report of a Prospective Study. *The Journal of the American Medical Association* New York Guilford Press.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Resnick, P. J. (2011). Suicide risk assesment. *Psychiatric Times*. Mars 2011
- Retterstøl, N. (1999). Selmordsforebyggende arbeid de siste 100 år, et historisk perspektiv. In L. Mehlum, *Tilbake til livet* (s. 86). Kristiansand S.
- Rieper, H. F. (2009). Evidensbevægelsens rødder, formål og organisering. I H. G. (red), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 17). Oslo: Abstrakt forlag
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold*. Bergen.
- Rosen, A. (1954, Desember). Detection of Suicidal patients: An example of some limitations in the prediction of infrequent events. *Journal of Consulting Psychology, volume 18*, ss. 397-403.
- Rosvold, E. O. (2002, April). Illness behaviour among norwegian physicians. *Scand J Public Health*.
- Sackett, D. L. (1996, januar 13). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, ss. 71-72.
- Schioldann, B. G. (2003). Suicidologien før Durkheim. *Sucidologi*.
- Shneidman, E. S. (1998). *The Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Simon, R. I. (2012). Suicide risk assesment. I R. I. Simon, & R. E. Hales, *Textbook of Suicide Assesment and Management* (ss. 3-23). London: The American Psychatric Publishing.
- Sosial og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Spiegelman, J., & Werth, J. L. (2012). Don't forget about me: The Experience of Therapists-in-Training After a Client has Attempted or Died by Suicide. I P. E. Kayla Miriam Weiner, *Therapeutic and Legal Issues for Therapists who have Survived a Client Suicide* (ss. 35-58). New York: Routledge.
- Stangeland, T. (2012, nr 2). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, ss. 138-144.
- Statens helsetilsyn. (1995). *Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998*. Statens helsetilsyn.
- Stortingsmelding nr 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen - rett behandling på rett sted-til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.s.41.
- Strand, T. (2003). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Teigen, M. (2006). *Det kjønnsdelte arbeidslivet - en kunnskapsoversikt*. Rapport (2006:002) Oslo: Institutt for samfunnsforskning (2006)
- Wilkinson, G. (1994). Can suicide be prevented? Better treatment of mental illness is more appropriate aim. *British Medical Journal*.1994 Oct 1; 309(6958): 860-861.

Wulf, Kunz, Skipper, Wolfersdorf, Beine, Vogel, et al. (2013, September-October). How therapists react to patient's suicide: findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry*, ss. 565-570.

www.nrk.no. (u.d.).

Zell, E., Krizan, Z., & Teeter, S. R. (2015). Evaluating Gender Similarities and Differences Using Metasynthesis. *American Psychologist*, vol. 70, nr 1, ss. 10-20.