

# Selvmord i psykiatrien

Et graveprosjekt av  
Lajla Ellingsen og Mari K. By Rise



**Helsevesenet sviktet:** 25. august 2011 døde Herman Meriläinen Jansen etter å ha skadet seg selv med utstyr han fikk utlevert på sykehuset. Helseilsynet konkluderer med at behandlingen var «utenfor god praksis». Foto: RUNE PETERNESS

## Siden 2010 har minst 423 pasienter i det psykiske helsevernet **tatt sine liv.**

- Adresseavisens gjennomgang av 32 saker viser **alvorlig systemsvikt** i behandlingen.
- Rolf Jansen og Kikka Meriläinen mistet sønnen Herman (30) i 2011 og spør:  
– Hvordan kunne han dø inne på psykiatriske avdelingen på Norges største sykehus?



# Adresseavisen

«Staten må også bidra i spleiselaget.»  
Leder | Side 2

Tirsdag 20-05-2014 Grunnlagt 1767 • Uke 21 • Nr. 114 • 248. årgang • Løssalg kr. 25



**Knallhard kamp til siste lefse i Lierne**

Økonomi | Side 28-29

**Folket støtter bøndene**



Kim (18) tok sitt eget liv:

## Fikk uforsvarlig behandling

**I samme bolke** til Camilla Eide ligger bildet av broren Kim fra da han spilte amerikkansk fotball. Og ungdomsbildet av mor Grethe. Tatoveringen på hånda er Kims signatur. Foto: RUNE PETTER Næss

Kim Eide fra Hitra slet med problemer få visste noe om. Da han ba om hjelp, sviktet helsevesenet. Han ble satt på medisiner uten oppfølging, og verken foreldre eller fastlege ble varslet da han ble skrevet ut.



**NÅ! VELDIG, VELDIG GOD RENTE.**  
FOR DEG MELLOM 18 OG 33 ÅR

**3,45%** RING OSS PÅ 04800 -

HELE DØGNET, ALLE DAGER.

Prisen, boliglån (BLU) i fremste 3,56 % i 2 mnd. 01/2014. Totalt: 21000 kr. Gjelder kun for lån på 14 år med 60 i DNB Boligkreditt. Prisen er per 04/04/14 og kan bli annerst.

**B** for BLU  
- Boliglån for unge.

**DNB**  
Bank fra A til Å

dnb.no



SELVMORD I PSYKIATRIEN - HISTORIEN OM KIM

Kim ble 18 år



# Adresseavisen

«Lærerne streiker for sin faglige frihet»  
Del 2 | [Frigems](#) | side 56

Lørdag

29-06-2014

Grünlagt 1767 • Uke 26 • Nr. 146 • 248. årgang • Lesesale kr. 25

## Urban åker

Å dyrke og høstet egne grønne åker forbereder du på sommeren



[adresses](#)

St. Olavs-  
loppets  
tøffeste  
etappe

Del 2 | [Frigems](#) | side 56



Maktspillet  
som ga seier  
til Kværner  
Verdal

Del 2 | [Frigems](#) | side 56



## St. Olav får refs etter Marlenes selvmord

Da Marlene (21) ble lagt inn på Nidaros DPS, følte moren en stor lettelse. Men så rammet katastrofen.

Del 1 | [Nyheter](#) | side 12, 13, 14 og 15.



Vær rask.  
Nå selger vi de siste  
røkkehusene

De tre beste boligområdene av alle utvalg  
- nå selger vi de siste røkkehusene  
(Hemmeligheten). Er du på jakt etter et  
nytt sted hvor du endelig skal  
- gå ut sammen



# STARTEN: GUTTEN PÅ BRUA

**Vikåsen, mai 2008.**

Han var bare 12 år, gutten som hoppet fra brua i nabolaget vårt. Han var like gammel som våre to eldste barn. Vi kjente han ikke, men vi fikk høre at han hadde hatt det vanskelig. Han hoppet fra brua, rett ned i steiner og kratt ti meter lenger nede.

Han overlevde. Tanken på gutten slapp oss ikke helt. Hvordan gikk det med han videre? Klarte han å leve? Fikk han hjelp? Hvordan har han det i dag?

Og: Hva førte til at han hoppet?

Det var her ønsket vårt om å gjøre et grundig arbeid på selvmord først oppstod.

Men hvordan i all verden skulle vi gripe an dette? Å skrive om selvmord er i seg selv en krevende oppgave. Det er ikke uten grunn at til tross for at tre ganger flere dør av selvmord hvert år enn i trafikken, er dette et tema som sjelden får omfattende omtale.

Vi ville skrive om selvmord for å bidra til større åpenhet. Men mer enn det: Vi ønsket å foreta et grundig journalistisk arbeid som kunne si noe om hvordan samfunnet eventuelt hadde sviktet de som til slutt valgte å ta sitt eget liv.

# METODE

## ARBEIDET UNDERVEIS, METODER

- **Problemstillingen**
- Det første vi gjorde, var å lese oss opp på problemstillingen for å finne ut hva som fantes av statistikk og forskning på feltet. En rapport vi fant på Helsetilsynets sider ble viktig i den videre prosessen. Rapporten var skrevet av Unni Rønneberg og Fredrik Walby, som begge i flere år hadde arbeidet med selvmordsaker i psykisk helsevern.
- Der leste vi at rapporteringen på feltet var svært mangelfull, og at tilgjengelig statistikk ikke viste det reelle tallet. Rapporten viste at det til dels er tilfeldig hvordan, og fra hvor, selvmord blant psykiatriske pasienter rapporteres. De konkluderte med betydelige mørketall.
- Å få et mer korrekt svar på hvor mange dette faktisk gjelder, ble dermed ett av flere mål, for å vise hvor stort problemet er.

- I et pilotprosjekt fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging konstateres det også at det ikke fins noen pålitelig nasjonal oversikt over omfanget av problemet, og at de viktigste risikofaktorene er lite kjent. Senteret konkluderer med at «manglende oversikt over omfang og risikofaktorer på dette området trolig er det største hinderet for økte forebyggingsinnsatser på dette felt.»
- Vi skjønnte at dette var et felt som fremdeles satt med flere viktige ubesvarte spørsmål, til tross for at de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord kom i 2008. Siden den gang hadde selvmordstallene ikke blitt noe redusert.
- Men enda viktigere enn å si noe om kvantiteten, ble det å kunne gå inn i kvaliteten på tilbudet til pasienten. Vi ønsket å kunne si noe substansielt om hvorvidt helsevesenet faktisk har sviktet, og i så fall hvordan. Var det for eksempel snakk om systemfeil som gikk igjen? Var dette også feil som kunne ha vært forebygget? Vi tenkte: Dersom kunnskapen om systemfeilene øker, kan ikke det bidra til å forebygge selvmord slik forskerne etterlyser?



- **Omfanget, leting etter tall**
- Som Helsetilsynet beskrev i sin rapport fra 2009, er det store mørketall når det gjelder selvmord i psykisk helsevern. Vi ønsket å finne et tall som er i nærheten av det reelle.
- Vi ringte politiet for å høre om de førte egne statistikker, som kunne komme i tillegg til de offisielle tallene. Det hadde de ikke.
- Det er kommunene som har ansvar for å rapportere inn til dødsårsakregisteret. Men kommuneoverlegen i Trondheim kunne fortelle at de ikke hadde noen mulighet til å sjekke om de som var rapportert inn som selvdrap hadde fått behandling i psykisk helsevern. Kommunene rapporterer altså alle antatte selvmord , og deres tall var dermed ikke brukbare for vårt bruk.

- Vi innså at vi måtte forholde oss til rapporteringen fra helsevesenet selv. Men der er det flere ordninger, tildels uoversiktlige, som har vært i endring de siste årene.
- Varselordningen til Statens Helsetilsyn ble endret i midten av 2010, nettopp fordi rapporteringen av alvorlige hendelser i helsevesenet har vært for dårlig, ikke bare innen psykisk helsevern, men også innenfor somatikken.

Nå sendes en e-post fra avdelingene direkte til Statens Helsetilsyn idet man mistenker et selvmord. Statens Helsetilsyn vurderer så om de skal rykke ut. Statistikken fra denne varselordningen viser at 105 selvmord ble rapportert inn i 2013.

- Samtidig får det nye Kunnskapssenteret varsel om alle avvik, anonymt (en ordning som ble innført for å senke terskelen for å melde avvik). Vi fikk bekreftet derfra at antall selvmord de hadde fått beskjed om i 2013, var 104 stykker. Det var en slags bekreftelse på at den nye varslingsordningen er i ferd med å bli innarbeidet, og at tallet for 2013 (105) gir et noenlunde riktig bilde av hva som er reelt. Det var åpenbart ikke tilfelle i 2011 da bare 44 selvmord rapportert, og 75 i 2012.
- Vi måtte altså hente tall fra et annet sted for disse årene. Vi brukte derfor varslingen til Meldesentralen fra og med 2010, og den nye varselordningen/kunnskapssenterets tall for 2013. Gjennom å bruke disse to (tre) ulike varselordningene kunne vi si at *minst* 423 mennesker hadde tatt sitt liv mens de var under behandling i psykisk helsevern fra 2010 til og med 2013. Hvor mye høyere det egentlige tallet er, er vanskelig å si.

- Vi kan slå fast at rapporteringen er blitt mye bedre de senere årene. Likevel kan det fortsatt være knyttet en god del tilfeldigheter til om det blir varslet. Det er ikke alltid det blir sjekket hvorfor en pasient ikke dukker opp til en time, og det kan være tilfeldig om noen får øye på dødsannonsen. Trolig blir ikke folk som står i kø på venteliste registrert, selv om Helsetilsynet anbefaler det. Mange ganger er det også usikkerhet om hvorvidt et dødsfall er selvmord eller ikke.
- Ingen av de tallene vi hentet ut ga informasjon ut over at det hadde skjedd et selvmord. Kjønn, alder - og heller ikke hvor i behandlingsskjeden pasienten hadde vært da selvmordet skjedde, hadde vi ingen informasjon om. Heller ikke i de tilfellene selvmordet faktisk hadde skjedd mens de var innlagt. I dag fins det ingen slik oversikt. Heller ikke Kunnskapssenteret registrerer dette, ifølge de kildene vi snakket med der.

- Det ble derfor et mål for oss å forsøke å finne ut hvor stor andel av selvmordene i psykiatrien som skjer når pasienter er innlagt. Både helsepersonell, pårørende og politikere mener det er enda mer alvorlig når det skjer selvmord mens pasienten er innlagt, og skal være antatt trygge. Da er det viktig å vise omfanget av akkurat dette problemet.
- Vi brukte to metoder for å kunne si noe om det: Vi ba St. Olavs Hospital gjennomgå selvmordene som hadde vært ved deres avdelinger siden 2010, og fortelle hvor pasientene var i behandlingsskjeden da selvmordet skjedde. Sykehuset innvilget innsyn, og tallene derfra viste at ca 1/3 hadde skjedd mens pasienten var innlagt. I de tilsynssakene vi fikk fra Statens Helsetilsyn og fylkesmennene, viste det seg også at ca 1/3 skjer inne på avdelingen. Vi kunne dermed si noe kvalifisert om omfanget av problemet.



- **Den kvalitative undersøkelsen**
- Vi konkluderte ganske raskt med at metoden for å kunne si noe substansielt om pasientbehandlingen var å be om innsyn i helsetilsynssaker som var opprettet etter selvmord i psykisk helsevern. Dette er saker som inneholder så mye taushetsbelagt informasjon at vi ikke har krav på fullt innsyn, men vi håpet å kunne argumentere for å få innvilget delvis innsyn som ga oss tilstrekkelig informasjon til å svare på spørsmålene vi ønsket svar på.
- Nå måtte vi bestemme oss for hvor omfattende undersøkelsen skulle være. Dette brukte vi en del tid på å diskutere, og vi visste heller ikke i hvor stor grad vi ville lykkes med å få innsyn i disse sakene. Til slutt landet vi på at vi ville gå svært bredt ut, og dersom nødvendig snevre inn omfanget underveis. Vi ville be alle landets fylkesmenn om innsyn i saker de hadde behandlet som omhandlet selvmord i psykisk helsevern fra 2010 og ut 2012.
- I ett av de 15 uventede dødsfallene på St. Olavs vi tidligere hadde omtalt, hadde utrykningsgruppa til Statens helsetilsyn rykket ut. Denne var opprettet i juli 2010, og vi ønsket også å se nærmere på disse sakene. Vi ba derfor Statens helsetilsyn om innsyn i alle sakene de hadde rykket ut på som gjaldt selvmord.

## Prosjektbeskrivelse

- For å øke sannsynligheten for at vi skulle få innsyn i de taushetsbelagte sakene, utarbeidet vi en beskrivelse av det journalistiske prosjektet vårt. Der fortalte vi hvorfor vi mente det omfattende samfunnsproblemet selvmord fortjente en grundig journalistisk gjennomgang:
- *«Målet er å kunne si noe om mulige årsaker, fellestrekk og systemsvikt. Dette er forutsetningen for å si noe om hvilke tiltak og forebyggende arbeid som egner seg. Medias oppmerksomhet rundt dødsfall og uheldige hendelser på sykehusene, handler nesten uten unntak om somatikken. Til tross for at selvmord kan utgjøre halvparten av dødsfallene. Dette er uttrykk for en generell trend: Psykiatri topper sjelden nyhetsbildet. Etter vårt syn, er det i seg selv en selvstendig grunn til å gå dypere inn og belyse dette journalistisk»* (se vedlegg).
- Prosjektbeskrivelsen sendte vi til samtlige fylkesmenn og Statens helsetilsyn.

# RESULTATER

## **HVA VI FANT**

- Vi fant at siden 2010 har minst 423 mennesker tatt livet sitt mens de fikk behandling i psykisk helsevern. Myndighetene fører ingen eksakt statistikk på dette, og vi måtte forholde oss til flere rapporteringsordninger, til dels uoversiktlige og som har vært i endring de siste årene (se egen gjennomgang).
- Vår gjennomgang av 32 tilsynssaker avdekket at de samme alvorlige feilene gjøres gang på gang. Undersøkelsen ga oss en unik mulighet til å sette hver enkelt sak i en større sammenheng. Vi fant at feilene gjentas ved samme helseforetak, og de samme feilene gjøres ved ulike foretak.
- I en tredjedel av sakene tar pasienten sitt eget liv inne på sykehuset. Dette skjer også på lukkede avdelinger, som skal være det høyeste omsorgsnivået for pasienter i psykisk helsevern. Myndighetene har ingen oversikt over hvor mange pasienter som hvert år tar livet sitt mens de er innlagt.
- Gjennomgangen viste at en tredjedel av sakene ender med den mest alvorlige konklusjonen: Uforsvarlig behandling. I nesten 80 prosent av sakene har Helsetilsynet kritiske innvendinger.
- I alle sakene som stemples uforsvarlige, er systemsvikt årsaken.
- Ingen av de 32 sakene resulterer i advarsler til helsepersonellet som er involvert.
- Gjennomgangen vår avdekket at disse alvorlige systemfeilene gjøres om igjen og om igjen:
  - \* Det gjøres ikke selvmordsrisikovurderinger - de kan være fraværende eller mangelfulle. Dette er den vanligste feilen.
  - \* Pasienter får ikke tilfredsstillende diagnostisering og behandling, og nødvendige tester blir ikke tatt.
  - \* Innlagte pasienter får ikke nødvendig tilsyn.
  - \* Fysiske forhold på avdelingen gjør det mulig for pasientene å ta livet sitt.

- \* Pasientjournaler mangler dokumentasjon og utgjør en risiko fordi andre behandlere ikke får oversikt over sykdomsbildet.
  - \* Mangelfull kunnskap om depressive tilstander.
  - \* I flere av sakene opplevde de etterlatte at de hadde fått dårlig oppfølging etter selvmordet.
  - \* Fravær av kommunikasjon mellom ansatte og avdelinger.
  - \* Manglende rutiner og ingen opplæring i rutinene.
  - \* Pasienten blir ikke fulgt opp etter utskriving.
  - I noen saker der vurderinger av selvmordsrisiko mangler konkluderer Helsetilsynet med uforsvarlighet. I andre saker konkluderer Helsetilsynet likevel med at behandlingen har vært forsvarlig.
  - Tre av fem utrykninger var til St. Olavs Hospital. Da vi hadde fått innsyn i de fem sakene Statens helsetilsyn hadde rykket ut på siden oppstarten av ordningen, viste det seg at tre av de fem selvmordene hadde skjedd på St. Olavs Hospital - det store regionsykehuset i vårt dekningsområde.
  - Statens helsetilsyns utrykningsgruppe rykket kun ut på to prosent av selvmordene i psykisk helsevern i 2013, viste det seg. Dette til tross for at ordningen ble opprettet i kjølvannet av flere alvorlige saker - for å bedre undersøke og forebygge selvmord i psykisk helsevern.
- s om hvor i behandlingsskjeden pasienten hadde vært da selvmordet fant sted.



- Siden 2001 er det utbetalt erstatning i 89 saker der pasienten har tatt sitt eget liv under behandling. Disse selvmordene kunne vært unngått, ifølge Norsk pasientskadeerstatning.

I tillegg til å be om denne statistikken, ba vi om innsyn i resyméene i noen av sakene. Til sammen fikk vi tilgang på 22 resyméer, og ett av funnene vi gjorde bekreftet det samme vi hadde funnet i materialet fra Helsetilsynet, og fra innsynsbegjæringen til St. Olav

Også gjennomgangen av NPEs tall viste at i hele ni av de 22 sakene, hadde pasienten tatt livet sitt inne på sykehuset.

- 33 historier med håp. Det var viktig for oss å kunne fortelle leserne at det også er mulig å få hjelp i psykisk helsevern, til tross for at det gjøres alvorlige feil. Spesielt når vi omtaler et så alvorlig og tungt tema som selvmord, anså vi det som vår oppgave å formidle håp til en gruppe mennesker som er avhengige av at helsevesenet, i tillegg til andre, kan gi dem hjelpen de trenger.

Vi har ikke sett tilsvarende samling av håphistorier andre steder, og vi håper at mennesker som sliter kan finne nytte og håp i disse beretningene (se eget punkt under).

Skal vi trekke fram ett suksesskriterium for hva som var avgjørende viktig for de som fortalte oss om sine psykiske lidelser, er det å få en behandler du har tillit til - og ikke minst at denne relasjonen er stabil over tid.