

# **Selvmord i psykisk helsevern**

**Lajla Ellingsen og Mari K. By Rise**

**(951 98 717)      (951 98 779)**

**Publisert i Adresseavisen og adressa.no i perioden 19.05.14 - 05.07.14**

**Adresseavisen, Industriveien 13, 7003 Trondheim**

## **SLUTTEN: MAILEN FRA «Tulla»**

**Adresseavisen, Heimdal, juni 2014**

*Kjære Lajla Ellingsen og Mari K. By Rise*

*Takk igjen! Det betyr så mye å sette flomlys på våre tabu! Jeg vil tro det har omkostninger for dere journalister å gå inn i menneskers traumer slik dere her har gjort. Det gjør en forskjell for oss som kjenner oss igjen i historiene: plutselig ser vi at vi ikke er alene med det vi sliter med. Andre sliter med det samme. I natt bare plutselig kjente jeg at jeg ikke skammer meg lenger! Det var så utrolig godt å kjenne etter og forstå at det også har med verdighet å gjøre. Min verdighet. Det er et byggverk jeg har arbeidet med i over 20 år. Det er rom der det er godt å være i!*

*Med vennlig hilsen Tulla*

*Ps.*

*Mannen min klippet ut det som sto om meg. Det var ganske sterkt å lese det.*

*Ds.*

Mailen vi fikk fra denne 71 år gamle kvinnen etter at alle sakene våre hadde vært på trykk, ga mening til prosjektet.

## **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.

Det var en stor oppgave, og vi må innrømme at den lenge havnet bakerst på lista over ting vi hadde lyst til å gjøre. Men så kom den ferske helseministeren Jonas Gahr Støre til byen.

## **INNGANGEN VI TRENGTE**

### **Adresseavisen, September 2012.**

Støre skulle besøke St. Olavs Hospital og åpne Pasientsikkerhetskampanjen på sin første turné som statsråd. Da vi skulle dekke dette besøket, fant vi ut at det så langt dette året hadde vært 15 uventede dødsfall ved St. Olavs Hospital. I tillegg hadde de hatt 47 hendelser som medførte betydelig skade.

Da vi ba om flere detaljer rundt dødsfallene, viste det seg at mange av disse var selvmord innenfor psykisk helsevern. Kunne dette være inngangen vi så lenge hadde manglet?

Hvor stort var egentlig omfanget av selvmord i psykisk helsevern? Og i hvor mange av disse sakene var det kritikkverdige forhold fra helsevesenet? Og ikke minst: Hva slags type feil ble i så fall gjort, og kunne disse ha vært forebygget på noen måte?

Vi bestemte oss for at disse spørsmålene var konkrete og viktige nok til å starte opp prosjektet vi hadde hatt i bakhodet i flere år.

## **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?

### **To spor**

Men hvordan kunne vi best få svar på problemstillingene våre? Den videre jobbingen vår delte seg i to spor: Det ene var å få et best mulig svar på omfanget av problemet. Det andre dreide seg om å undersøke kvaliteten på pasientbehandlingen.

### **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.

### **Paragrafen som åpnet dører**

Selv om vi nå hadde en reell sjanse til å nærme oss noen svar på problemstillingene våre, hadde vi fremdeles en stor utfordring: Vi manglet menneskene og historiene. Vi kunne nok ha fått tak i pårørende som ønsket å snakke om sine erfaringer etter at deres nærmeste hadde tatt livet sitt, men vi ønsket å komme i kontakt med pårørende i de konkrete sakene vi eventuelt fikk innsyn i. Både for å få tilgang til flere dokumenter og dermed kunne gå enda grundigere gjennom sakene, men også for å kunne fortelle historiene om menneskene bak tallene våre. Som Mark Lee Hunter sa på Global Investigative Journalism Conference i Rio de Janeiro som vi deltok på: *«Facts are not the story. Nobody cares about the facts. Stories make it possible to remember facts».*

Men hvordan i all verden skulle vi komme i kontakt med disse menneskene? I dokumentene vi eventuelt kom til å få, ville alle navn og personlige opplysninger være sladdet.

Det var mens vi spekulerte rundt dette, at vi kom på noe journalistkollega Vegard Venli en gang hadde nevnt i et foredrag på Skup. Han hadde fortalt om en paragraf i Offentlighetsloven mange ikke var klar over: §13-3. Selv hadde han benyttet den for å få en case til en sak han jobbet med en gang: *«Gjeld innsynskravet eit dokument som inneheld opplysningar som er underlagde teieplikt, og denne plikta fell bort dersom den som har krav på tystnad samtykkjer, skal innsynskravet saman med ei eventuell grunngeving på oppmoding leggjast fram for vedkommande med ein høveleg frist til å svare».*

Dette betydde etter vårt syn at Helsetilsynet hadde plikt til å viderefremme vårt spørsmål om samtykke til de pårørende. Dette følger også av Justisdepartementets rettleder til Offentlighetsloven: *«Vedkomande som krev innsyn i eit dokument som inneheld opplysningar som er underlagde teieplikt, kan krevje at forvaltninga legg spørsmålet om det skal givast innsyn fram for den som har krav på tystnad. Forvaltninga har i så fall ei plikt til å gjere dette, jf. offentleglova § 13 tredje ledd. Ein slik regel fanst også i offentlegheitslova 1970. Den nye lova inneber likevel ei utviding av føreleggingsplikta, ved at vedkomande som krev innsyn*

*også kan krevje at ei eventuell grunngeving for innsynskravet skal leggjast fram for den som har krav på tystnad. Dersom innsynskravet blir lagt fram for den som har krav på tystnad skal det givast ein «høveleg frist» til å svare på førespurnaden».*

Oppløftet av denne ideen, satte vi oss ned og skrev et brev til de pårørende der vi beskrev prosjektet vårt og hvorfor vi mente det var viktig. *«Et av målene med vårt journalistiske prosjekt er å bidra til større åpenhet, som igjen kan gi positive virkninger i form av endringer i psykiatrien, og større forståelse i offentligheten. Vi har derfor et sterkt ønske om at vi når dere som åpent ønsker å fortelle hva dere har opplevd»*, skrev vi (se vedlegg).

Brevet sendte vi sammen med samtlige innsynsbegjæringer til landets fylkesmenn og Statens helsetilsyn.

### **Tålmodighet**

Etter dette fulgte en lang og omstendelig innsynsprosess. Av tidligere smertelige erfaringer, hadde vi heldigvis fra dag én laget et oversiktlig skjema som vi oppdaterte fortløpende i månedene som fulgte. Dette inneholdt opplysninger om hvem som hadde svart/ikke svart/, datoer, våre klagesvar osv. Mange svarte ikke på vår henvendelse. Men i stedet for å anse dette som et avslag, slik loven sier, valgte vi å gjøre en purrerunde.

Det skulle vise seg at det hadde vært lurt av oss å gå bredt ut. De fleste sa nemlig nei til å etterkomme vår innsynsbegjæring. Begrunnelsen som ble brukt var at det ville innebære for mye arbeid å finne fram til de aktuelle sakene, da disse ikke kunne søkes opp i databaser. Arbeidet måtte derfor gjøres manuelt, ble det opplyst.

Til slutt sto vi igjen med fire fylkesmenn som innvilget oss innsyn, til tross for arbeidsmengden.

I tillegg fikk vi også innvilget innsyn i utrykningssakene til Statens helsetilsyn. Her ble imidlertid utfordringen at flere av sakene ennå ikke var avsluttet, noe som skulle vise seg å bli en tidkrevende prosess.

Vi påklaget alle avslagene til fylkesmennene. Samtlige avslag ble opprettholdt, og vi klaget deretter disse inn til Fornyings - og administrasjonsdepartementet. Vi viste til §28-2; *«Innsynet må gjelde ei bestemt sak eller i rimelig utstrekning saker av ein bestemt art. Dette gjeld ikke når det blir kravd innsyn i ein journal eller liknande register».*

Vi argumenterte med at vårt innsynskrav nettopp gjaldt en bestemt type saker; selvmord i psykiatrien. Vi anførte også at dette ikke ville innebære en urimelig arbeidsmengde, da det er mulig å identifisere sakene ut i fra oversikten embetet har over det totale antall varselssaker. Vi viste også til at fire fylkesmenn hadde innvilget innsynet, og vi mente at dersom det var en overkommelig arbeidsmengde for disse, så burde det samme forventes av de andre også.

### **Nedtur 1**

Først fire måneder etter at vi sendte den første klagen til departementet fikk vi svar: Det ga medhold til fylkesmennene, og opprettholdt avslagene. Departementet viste til veilederen til Offentlighetsloven, pkt. 9.1, der det vises til et eksempel: *«Det kan i utgangspunktet ikke kreves innsyn i alle saker som gjelder godkjenning av utslipp fra Statens forurensningstilsyn*

*for de siste tre årene*». Departementet mente vårt innsynskrav gjaldt noe lignende, som ville medføre en for stor arbeidsmengde for fylkesmennene.

Avslaget fra departementet var en nedtur. Men etter å ha deppet litt, valgte vi å se det positive i situasjonen: Fire fylkesmenn hadde faktisk innvilget oss innsyn i disse sakene - og i tillegg kom vi til å få uttryknings sakene fra Statens helsetilsyn. Vi hadde ennå ikke fått alle sakene, men vi visste at det dreide seg om et titalls saker. Med tanke på at dette er komplekse saker, som alle krever en del tid å gå grundig gjennom, konkluderte vi med at det kanskje var krevende nok å skulle gå gjennom sakene vi faktisk *hadde* fått innsyn i.

I mellomtiden hadde vi også fått en svært positiv melding fra Statens helsetilsyn: I tillegg til at vi fikk innvilget innsyn i de seks uttryknings saker siden oppstarten i juli 2010, sa de også ja til å videresende vårt brev til de pårørende. Og: I de to sakene som var ferdig behandlet og brevet var sendt, hadde begge familiene tatt kontakt med oss!

De ønsket å snakke med oss. De ville fortelle om katastrofen som rammet dem da deres nærmeste tok sitt eget liv. Dette gjorde oss noenlunde trygge på at vi uansett ville klare å belyse problemstillingene våre på en god måte.

## **Nedtur 2**

Men vi fikk et nytt problem. Da Fylkesmannen i Hordaland sendte over sakene, viste det seg at de hadde sladdet store deler av dokumentene. De hadde konsekvent sladdet saksforløpet i sin helhet, så vi hadde ingen muligheter til å finne ut hva som faktisk hadde skjedd. Og ikke bare det. De hadde også sladdet sine egne vurderinger av hvorfor de mente det som hadde skjedd var kritikkverdig. Etter vår mening hadde de sladdet langt mer enn det de har mulighet til i loven, og de ønsket heller ikke uten videre å viderefremme vårt brev til pårørende.

Da dette gjaldt over en firedel av sakene våre, ble det svært viktig for oss å få gjennomslag for en klage. Og som flere ganger tidligere; vi tok kontakt med den alltid hjelpsomme Kristine Foss i Presseforbundet slik at vi kunne argumentere best mulig for klagen vår.

I klagen spurte vi på hvilken måte de mente opplysninger om saksforløpet og deres egne vurderinger av kritikkverdige forhold kunne røpe taushetsbelagt informasjon, og vi viste her til Forvaltningsloven §13-2. Vi presiserte også at vi ikke kom til å omtale hvilke sykehus som var involvert i selvmordet, heller ikke kjønn og alder, for å sikre anonymiteten.

Denne gangen vant vi gjennom. Allerede dagen etterpå fikk vi svar fra Hordaland om at de hadde gjort en ny vurdering. Dokumentene vi nå fikk oversendt var sladdet på en slik måte at vi kunne se hva som hadde skjedd i saken og hvilke vurderinger Fylkesmannen hadde gjort. For oss var det avgjørende, vi hadde ikke kunnet omtale disse dersom vi ikke hadde fått medhold i klagen.

## **Undersøkelsen**

Helsetilsynet hadde allerede undersøkt og konkludert i hver enkelt av de sakene vi hadde fått innsyn i. Fra tid til annen har også media omtalt denne typen enkeltsaker.

Kjernen i *vår* undersøkelse var å gå etter og sammenligne *en rekke saker*, for om mulig kunne si noe om hvorvidt feilene som ble gjort var systemfeil eller individfeil, om de samme feilene



ble gjort flere steder, på samme sted flere ganger, hvilke feil som var mest vanlige og om dette var feil som kunne ha vært unngått.

Etter hvert som vi fikk dokumentene i hus, startet vi arbeidet med å finne fram til hvilke variabler vi skulle se etter i gjennomgangen av sakene. Her benyttet vi også den Nasjonale rettlederen for selvmordsforebygging for å se hvilke kritiske risikofaktorer som kunne være relevante. Vi utformet et excel-ark, der vi også kunne legge til nye variabler dersom vi så at disse kunne være relevante etter hvert som vi gikk gjennom sakene.

Til slutt endte vi opp med disse variablene:

1. Konkluderte Helsetilsynet med forsvarlig eller uforsvarlig behandling?
2. Hadde Helsetilsynet kritiske bemerkninger?
3. Hvor skjedde selvmordet?
4. Var det mangler ved den fysiske sikringen?
5. Hadde pasienten tidligere selvmordsforsøk bak seg?
6. Hadde det vært svikt i kravet til dokumentasjon?
7. Var det foretatt en selvmordsrisikovurdering?
8. Hadde det forekommet systemsvikt?
9. Hadde det forekommet individsvikt?
10. Hadde det vært sviktende kommunikasjon innad på avdeling/sykehus?
11. Hadde det vært sviktende kommunikasjon mellom behandlende enhet og andre nivåer i helsetjenesten (eksempelvis mellom sykehus, kommune, DPS)?
12. Var det manglende oppfølging etter utskriving av pasienten?
13. Hadde oppfølgingen av de pårørende sviktet?

I tillegg la vi også inn informasjon om ved hvilket helseforetak selvmordet hadde skjedd, dato og saksnummer i Helsetilsynet, vår oppsummering av hendelsesforløpet og helsetilsynets vurderinger.

Excel-skjemaet var avgjørende for å kunne sammenligne sakene og si noe om hvilke fellestrekk de hadde. Og når du jobber med såpass mange, lange dokumenter over tid, er en slik systematisering også nødvendig for å sikre din egen oversikt. (Vi sender imidlertid ikke denne oversikten med som vedlegg fordi det inneholder mye sensitiv informasjon, detaljer - og etter hvert også navn som ikke skal offentliggjøres).

Parallelt med arbeidet med å gå gjennom tilsynssakene og plote de relevante variablene inn i Excel-skjemaet vårt, ble kontakten med de første pårørende opprettet. Den første familien som tok kontakt, var foreldrene til Kim Eide fra Hitra. Kim var 18 år da han tok sitt eget liv to år tidligere, og Helsetilsynet hadde konkludert med at behandlingen av gutten var uforsvarlig. Foreldrene tok kontakt etter at de hadde mottatt brevet vårt som Statens helsetilsyn hadde videresendt, og etter noen samtaler på telefonen, der vi redegjorde ytterligere for våre planer med prosjektet, sa familien ja til å la oss fortelle historien om Kim. Det ble et sterkt møte - i likhet med de tre andre møtene med pårørende vi hadde i de kommende månedene. Det var viktig for oss at de pårørende kunne ha full tillit til oss og hva som skulle komme på trykk, og vi brukte mye tid (møter, mailer, telefoner) på å sikre dette. Historiene om disse fire familiene, ble også laget til digitale historier av utviklingsdesken i Adresseavisen, og ble i stor grad delt på nett.

## 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.
- 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. Olavs om hvor i behandlingsskjeden pasienten hadde vært da selvmordet fant sted. 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.

## **KONSEKVENSER**

Brevet fra «Tulla», som vi refererte til helt i starten var én av svært mange e-poster og sms'er vi fikk i løpet av den tida serien gikk.

Noen av dem traff oss mer enn andre, og e-posten fra den 71 år gamle kvinnen som ikke kjente skam lenger, kjentes i kroppen på en måte som ga mening. Hun formulerte egentlig det som kunne vært hele hensikten med hele prosjektet.

For saken er at vi kan avdekke og sette søkelys på systemfeil, som igjen kan føre til omprioriteringer. Men hva som faktisk skjer av endringer i systemet, er nærmest umulig å måle og vanskelig å vite. Det er på individnivå de sterkeste konsekvensene kan føles, slik den 71 år gamle damen formulerer det, og som mange av de som skrev om sine håp og mangel på håp, også ga uttrykk for.

### **Åpenhet:**

Ved å sette søkelyset på dette feltet over lang tid, med stort omfang, med mange ulike innfallsvinkler ønsket vi å lage større plass på et felt vi tidligere har vært ekstremt varsomme med å omtale. Vi ville hente inn så mange stemmer som mulig. Åpenhet var i seg selv et viktig mål. «Å være åpen om selvmordsforsøk kan forhindre nye», fortalte forsker May Vatne oss. Hun hadde intervjuet ti som overlevde.

### **Målbare endringer:**

Helseministeren vurderer nå å monitorere selvmord i psykisk helsevern (slik man allerede har bestemt å ettergå drap utført av mennesker under psykisk helsevern, noe som er et langt mindre omfattende problem enn selvmord i psykisk helsevern.)

Forhåpentligvis vil det nå igangsettes, og vi vil da vite mye mer enn vi gjør i dag om hvorfor det skjer. England har en slik monitoreringsordning, og forskere mener dette systemet er en viktig årsak til at de har lyktes i å redusere antall selvmord. Som Aftenposten skriver i sin leder etter våre artikler: *«Det haster å få på plass en slik oversikt. Det vil gjøre det lettere å anerkjenne selvmord, også innenfor psykiatrien som det store samfunnsproblemet det er. Og det vil bidra til å holde oppmerksomheten oppe om hvordan helsetjenesten selv kan lære av sine feil der det gjelder å beskytte suicidale mennesker mot seg selv.»*

Vi håper også at statsminister Erna Solberg følger opp sitt positive svar til oss, og sørger for at barn og unge vurderes etter andre kriterier enn voksne når selvmordsfare skal vurderes. Som forsker og samfunnspsykolog Nicholas Carr på en overbevisende måte argumenterer for må til. Suicidale barn/unge har ofte helt andre problemer enn psykiatri, og må derfor vurderes helt annerledes enn voksne.

### **Nasjonal debatt:**

For oss var det viktig å sørge for at temaet får økt politisk prioritet og søkelys, og det var også derfor Aftenposten fikk tilgang til flere av sakene våre. Som regionavis kan det noen ganger være viktig og riktig og sørge for nasjonalt gjennomslag for viktige saker - selv om vi da «gir bort» vår viktigste journalistikk.

Vi avsluttet serien med et intervju med statsministeren og kunne sitere henne på at dette er noe hun faktisk vil bli målt på når hennes tid er over. Aftenposten skriver i samme leder som referert sist: *«De høye selvmordstallene for innlagte pasienter og de mange feilene som er begått, tyder på at mange ledere ikke har tatt det ansvaret på tilstrekkelig alvor. Det er et ansvar som begynner på toppen av Helse- og omsorgsdepartementet og løper nedover til hvert enkelt helseforetak og psykiatriske avdeling».*

Serien førte til debatt og spørsmål i Stortinget der Kjersti Toppe (Sp) og Audun Otterstad (Ap) stilte spørsmål til helseministeren med utgangspunkt i våre saker. De reagerte begge på systemsvikten og etterlyste et monitoreringssystem, noe Høie var positiv til.

### **Kunnskapsnivå:**

Vi har fått tilbakemeldinger fra fagfolk både i kommunene og spesialisthelsetjenesten som mener serien har økt kunnskapsnivået, og bevisstheten i møte med pasienter. Det både pasienter og helsepersonell forteller er at kunnskapsnivået i ulike deler av helsetjenesten er veldig variabelt. Det er jo bare noen ytterst få som har slike alvorlige tilstander som sitt speciale. Lenge før man kommer dit, kan helsepersonell, lærere og andre komme i situasjoner der man må vite hva man skal se etter og hva man kan gjøre. Forebygging er aller viktigst.

### **Hjelp til selvhjelp:**

Psykologspesialist og forsker Nicholas Carr hjalp oss å utforme sjekklisten til foreldre og helsepersonell i førstelinjen, som uroer seg over en ungdom. En sjekkliste spesialisten mener helt konkret kan hjelpe til å forebygge at unge tar sitt liv. Og som kan være et redskap for oss alle.

Én av idéene bak håpdatatabasen var også hjelp til selvhjelp. Inspirert av serien skriver Marit Lesjø, en ung bipolar alenemor, et brev til oss om sitt liv og hvordan hun overlever, tross mange svært alvorlige selvmordsforsøk. Hun nektet å være anonym, eller delvis anonym. Hun ønsket å vise samfunnet, nabolaget, datteren, at det er lov å være, og ha det, akkurat som henne. Karen i håpdatatabasen er et annet eksempel. Disse to unge kvinnene har fortalt om en virkelighet som vi bør vite eksisterer. Og som kan hjelpe andre. Disse fortellingene er i seg selv den viktigste konsekvensen serien har hatt.

### **ETISKE VURDERINGER:**

Dette prosjektet har vært spesielt etisk utfordrende. Et greit sted å starte var å lese Norsk presserforbunds veileder i omtale av selvmord. Den er både konkret og instruktiv om hvor man bør være varsom, og hvor det er riktig og viktig å belyse problemer.

Vissheten om at det vi skriver blir lest av sårbare mennesker, og at vi ikke kan vite akkurat hvordan de blir påvirket, til tross for at vi forsøker å ta alle tenkelige hensyn, har vi hatt med oss hele veien.

Som journalister, midt i krevende prosjekter, har det tidligere hendt vi har sagt til oss selv for å berolige: Slapp av, det er ingen som dør av det.

Gjennom hele prosjektet har vi måttet leve med tanken at jo, kanskje kan det skje.

En viktig årsak til at man skal være varsom med omtale av selvmord, er den mulige spredningseffekten.

Mye tyder imidlertid på at vi har vært for forsiktige med omtale i mediene, og dermed unnlatt å fokusere på et stort samfunnsproblem - med de omkostninger det har. Dette lå nok også til grunn for revideringen av Vær Varsom-plakaten i 2005. Assisterende generalsekretær i Redaktørforeningen, Reidun Kjelling Nybø, som var med i det arbeidet, har vært en god samtalepartner for oss om disse temaene.

Forsvarligheten av å gjennomføre prosjektet med det omfanget vi så for oss, diskuterte vi med mange fagfolk i sentrale miljøer både i Oslo, Bergen og Trondheim. Vi snakket med folk som var eller hadde vært pasienter og/eller pårørende. Og vi diskuterte med pressefolk.

Ansvarer man har når telefonen ringer og det er et desperat menneske i andre enden, er stort. Hva svarer man på tekstmeldinger av ymse slag, og uklart meningsinnhold? Avvisning kan

være svært farlig. Og selv om vi har lest mye faglitteratur i løpet av denne perioden, er vi ikke i nærheten av å være fagekspertise.

### **Disse punktene var vi spesielt oppmerksomme på/varsomme med:**

**1. Metodebruk.** Her valgte vi å være svært tilbakeholden i de konkrete sakene. Også i tilfellet Herman, der utstyr han fikk utlevert på sykehuset, gjorde selvmordet mulig. Akkurat i Herman-saken var vi usikre på om vi faktisk skulle beskrive metode, fordi dette jo er en viktig del av kritikken mot sykehuset. Men etter å ha hentet inn (sprikende) råd på nytt, valgte vi den tryggeste løsningen. På generelt grunnlag tok vi imidlertid opp fysiske forhold på institusjonene, noe som også ble omtalt i intervju med helseministeren.

**2. Glorifisering.** Vi var svært forsiktige med bruk av adjektiver og andre store ord. Vi prøvde å la kjensgjerningene tale for seg og vasket manus for gjentakelser, dramatisering og romantisering. Eksempelvis holdt vi tilbake å bruke tekster/legge ut musikk av musikeren Frank i fare for at dette kunne settes i en ny og romantisert sammenheng. Vi tok ikke med sangen laget til Kim. Et bilde som gjenga noen få ord av selvmordsbrevet til Kim, ble trykket, men de andre avskjedsbrevene trykket vi ikke, selv om vi hadde tilgang. Dagboksnotater vi fikk tilgang til, brukte vi svært varsomt. Det var svært fristende å bruke dette virkemiddelet mye mer for å fortelle historiene.

**3. Omfang.** Dette var et punkt vi slet veldig med i forkant. Hvordan vil disse sterke, omfattende historiene påvirke folk, når det går over så lang tid? Én ting er å forestille seg trykket i forkant, noe annet å faktisk kjenne det fra dag til dag. Måten vi forsøkte å løse dette på var å variere sakene fra det veldig depressive og systemkritiske, til de mer løsningsorienterte sakene. Selv om alle sakene helt klart kvalifiserte som oppslag, var vi tilbakeholdne med det. Noen mente for tilbakeholden. Andre mente vi hadde for mange oppslag, og dette diskuterte vi internt på huset. Om omfanget ble for stort og for heftig, vet vi jo ikke. Dette gikk vi og kjente på fra dag til dag, og uke til uke. Magefølelsen var god, men dette er ingen eksakt vitenskap.

**4. Håpløshet.** De sakene vi hadde fått innsyn i, og kontakt med pårørende i, var alle saker med den verst tenkelige slutten. De råd vi fikk, og det sterke ønsket vi selv hadde, var å fortelle folk at det er ikke hele historien. Vi ønsket ikke å ta fra folk alt håp. Dette la vi flere strategier for å løse:

- a). Vi snakket med overleverere, som fortalte oss hvordan de overlevde.
- b). Vi snakket med fagfolk som ga konkrete tips til hvordan du kan hjelpe andre og deg selv.
- c). Fra første stund ønsket vi å samle inn historier fra mennesker som på et eller annet vis hadde fått hjelp, en database av håp, som kunne være hjelp til selvhjelp (se eget avsnitt).

Vår oppgave som journalister er å avdekke systemsvikt, å fortelle hva som svikter. Men på dette feltet har vi også et annet ansvar: Å fortelle folk at det fins andre løsninger enn å ta sitt liv. Disse to hensynene forsøkte vi å balansere etter beste evne.

Alt vi skrev var nøye vurdert av oss. I tillegg hadde flere av sjefene lest og vurdert stoffet. Og vi sendte materiale til folk utenfor huset med pressefaglig kompetanse, i tillegg til fagfolk i psykiatrien. Til tross for denne helt nødvendige kvalitetssikringen: Hver mail, hver telefon og sms ble tatt og lest i frykt for å få dårlige beskjeder.

Etter å ha stått i det i to måneder, og skulle gå på flyet for sommerferie i Provence, kom følgende tekstmelding dumpende inn:

*Hei. Til orientering, så fikk vi nesten et nytt suicid, sannsynligvis som følge av artikkelen om Kim. Samme dag som denne artikkelen sto i avisa, ringte en tidligere alvorlig deprimert pasient til sin polikliniske behandler, avlyste timen og gjennomførte et alvorlig suicidforsøk kort tid etterpå. Vedkommende døde ikke, men påførte seg livsvarige skader som gir sterkt redusert livskvalitet. Jeg tror historien om Kim skapte sterk identifisering, og håp om at det faktisk er mulig å klare å ta sitt eget liv. Vedkommende klarte det nesten. Hvorfor dere i adressa ikke tar forskning im suicid på alvor, som viser at detaljerte beskrivelser av personer som har begått suicid, øker antall suicid de nærmeste ukene, det er over min begripelse.*

Dette var andre melding vi fikk av dette slaget. Hun som skrev dette hadde ingen anelse om pasienten faktisk hadde lest Adresseavisen. Hun sender denne meldingen fordi hun *tror* at den artikkelen var årsaken til at pasienten avlyste timen. Det hun skriver om forskning, stemmer ikke. Verken Norsk presseforbunds veileder, WHO eller ekspertene vi har snakket med har advart mot å fortelle om mennesker som har tatt sitt liv. Men man skal være varsom med å beskrive metode for detaljert, varsom med å bygge opp under heltedyrking, og varsom med å framstille selvmordet som en god og nødvendig «løsning».

Vi har ikke skrevet et ord om hvordan Kim tok sitt liv. Men selv om vi vet dette, og vi vet at flere forsøker å ta og tar livet sitt nettopp på vårparten uavhengig av hva vi har skrevet, er det ikke det man klarer å tenke på når man får en slik melding.

Den andre meldingen vi fikk av samme karakter, kom tidlig i serien. Den var imidlertid mer uklar enn dette. Vi svarte umiddelbart, og det viste seg at det konkrete innholdet i mailen, var basert på spekulasjoner, og vedkommende som skrev til oss beklaget det veldig i sitt svar. Heldigvis fikk vi ikke flere slike. Men vi fikk mange titalls av det motsatte.

Den siste avsenderen var heller ikke veldig konkret på oppfølgingsspørsmål fra vår side og til slutt mente hun også at flere kunne ha blitt reddet fordi fagfolkene hadde blitt mer oppmerksomme som en følge av serien.

Vi har ikke fasiten. Trolig har ikke de den heller.

**5. Identifisering:** Alle de pårørende som fikk brev fra oss, valgte til slutt å stille opp. Etter å ha møtt dem og snakket lenge med dem, valgte vi å identifisere både dem og avdøde. Når det gjaldt de andre 28 sakene, ønsket vi ikke at folk skulle kunne kjenne igjen hvem det handlet om. Vi var derfor svært sparsomme med opplysninger, og vi sa heller ikke hvilket distrikt de kom fra, eller hvilket år de tok sitt liv.

**6. Hjelperamme:** Ingen artikler sto på trykk uten at det var en fyldig liste hvor folk kunne søke hjelp hvis de selv slet med depresjon eller selvmordstanker.

**7. Behandlerne:** I tillegg til publikum generelt (og eventuelle risikopersoner spesielt), familiene og nærstående til den som hadde tatt selvmord, hadde vi også et ekstra etisk ansvar for de som hadde vært behandlere.

Forskning og klinisk erfaring viser at behandlere som opplever å miste en pasient i selvmord, reagerer svært likt som det pårørende gjør. I en slik situasjon blir også behandlere sittende

igjen med sorg og stor skyldfølelse. I tillegg rammes den faglige identiteten. For behandlere i krise kan belastningen bli farlig stor om det indirekte eller direkte kan tolkes som skylden plasseres hos enkeltmennesker. Slike enkle årsakssammenhenger tydde vi selvsagt ikke til.

Og vi tok mange hensyn til dem:

a. Vi brukte aldri navn på behandler, heller ikke konkret stilling. Selv om vi hadde mange opplysninger om hvor det hadde sviktet, var vi svært varsomme med å knytte dette til enkeltbehandlere i enkeltsaker. Personsvikt omtalte vi bare når det ikke ble knyttet til enkeltsaker, men på generelt nivå, i vår undersøkelse.

b. Vi fikk mye god informasjon av samfunnspsykolog Nicholas Carr, som selv har forsket på behandlere som mister pasienter. Vi laget også sak med han om de dilemmaene behandlerne står i.

c. Tidlig tok vi kontakt med Pasientsikkerhetskampanjen, som nå har avsluttet prosjekt med særlig fokus på selvmord i akuttpsykiatrien. Der fant vi at det stedet Statens helsetilsyn hadde rykket ut flest ganger, Nidaros DPS i Trondheim, var en del av denne kampanjen. Vi tok derfor kontakt med St. Olavs og Nidaros DPS og ba om å få lage en reportasje om hvordan de hadde jobbet med dette feltet etter de alvorlige tilfellene. Vi ønsket også å snakke med behandlere som kunne fortelle hvordan det er å være en behandler som mister. Dette syntes også de var en god tilnærming, og vi laget sak - i tillegg til de vanlige tilsvarene når de konkrete tilfellene ble omtalt.

Sent i høst ble vi invitert til å innlede på et seminar av legeforeningen, der både psykiatere, psykologer og andre fagfolk fra hele Midt-Norge deltok. Det var som å komme i løvens hule. Men det gikk bra! Vi var veldig åpne på hva vi hadde tenkt, og det responderte forsamlingen veldig bra på. Kritiske spørsmål var det nok av, og vi var glad for å kunne svare på dem alle. Tilbakemeldingene etterpå var veldig gode.

## **Håpdatabasen:**

En helt egen satsing i dette prosjektet var at vi fra starten av ønsket å få til det vi kalte en database av håp.

Vi ønsket å bruke nettets muligheter for kontakt med folk for å lage noe vi ikke har sett noe annet sted: En samling historier fra mennesker som hadde hatt selvmordstanker og gjort selvmordsforsøk, men som hadde funnet en vei ut av det. Vi tenkte at historiene i seg selv ville bli en unik dokumentasjon. Men samtidig en base der folk kunne søke hjelp til selvhjelp ved å lese om andres vei ut, eller opp, om man vil.

Men å få til en slik database, var ikke bare enkelt, viste det seg i de mange møtene vi hadde med medielaben (avdeling for digital utvikling i hele Polaris). Til slutt valgte vi, med god hjelp fra påtroppende kreativ leder på utviklingsdesken, Christer Johnsen, å kjøre enkleste løsning: Lage et skjema som folk kunne fylle inn, men som bare vi som journalister fikk tilgang til. Og så fikk vi fikse eventuell output senere. Hvis det ble mulig.

Allerede dagen serien startet, lå derfor skjemaet: «Har du slitt psykisk og fått hjelp?», sammen med sakene på nett. Gjennom hele prosjektet hadde vi en svært fyldig nettdekning, og vi ba derfor om en selektiv tilbakemelding via skjemaet. Vi ønsket ikke her å få inn alle



tragediene, dem er det mange av. Vi ønsket derimot at folk helt konkret skulle fortelle hvem og hva som hadde hjulpet dem, om det var det offentlige helsevesenet, mor, venninna, tablettene eller hva det skulle være.

Det manglet ikke på systemkritikk i disse svarene heller. Og det skulle bare mangle: Folk må selv få definere hva som hadde hjulpet, og mens mange hadde fått hjelp av systemet, var det også mange som ikke hadde det. Mange hadde også negative erfaringer med helsevesenet - før de etter hvert hadde fått hjelp av det samme helsevesenet.

Etter hvert som prosjektet skred framover fikk vi kapasitet til å gå inn i de historiene som var kommet inn til oss. Noen av dem vraket vi fordi de ikke svarte på spørsmålene våre. Men hele 33 historier av håp valgte vi å gå videre med. Vi tok kontakt med samtlige og spurte om vi kunne bruke dem - og på hvilken måte vi kunne bruke dem. Samtlige historier ble varsomt redigert av oss slik at de beskyttet folk som var omtalt, institusjoner, behandlere og forfatterne selv.

Vi plukket ut noen av de sterkeste og mest velformulerte historiene og spurte forfatterne om vi kunne bruke dem, og om de kunne tenke seg å stille opp anonymt, delvis anonymt, eller åpent. Fire av dem vi spurte, svarte ja til å stille opp, også på bilder. Det var flere som tilbød seg å stå fram, men der gjorde vi konkrete vurderinger ut fra det vi mener var best i det enkelte tilfellet. Nesten ingen av dem som skrev til oss hadde funnet løsningen med stor L. Dette var mennesker som hadde funnet en måte å leve med sine problemer på, men som like fullt fortsatt kunne slite tungt, og som tildels var svært sårbare. Dette måtte det selvsagt tas hensyn til.

Parallelt med at vi gjorde denne jobben, begynte Medielabens Christer Johnsen og Jonas Nilsson å tenke ut hvordan dette kunne få en utforming på nett. Vi laget egne innganger på hver sak, og de laget en effektiv klikkbar samling på nett på hver enkelt historie. Samme dag var Karens historie forsideoppslag i papir, og på innsida hadde vi plukket ut noen av håphistoriene.

Adressa hadde på dette tidspunkt innført betalingsløsning, men når det gjaldt håpdatabasen fikk vi gjennomslag for våre argumenter om at dette var det viktig at alle fikk tilgang på, uten å ha råd/tid å betale. Det ble dermed lagt ut på gratisnettet.

Tilbakemeldingene fra de som deltok, og lesere forøvrig, tyder på at vi lyktes med det vi ønsket.

## **Kildekritikk:**

### **1. Hovedkilden lever ikke**

Det er ikke unikt at hovedpersonen i en sak ikke eksisterer lenger. Men det byr like fullt på utfordringer, kildemessig. Vi skulle omtale personer med navn og bilde som selv hadde avsluttet livet. Dette kunne vi gjøre fordi pårørende hadde sagt ja. Men selv om pårørende kjenner sine kjære godt, er de ikke avdøde selv. Som alle mennesker har de motiver for å si og gjøre det de gjør. Og vi måtte spørre oss selv om avdøde hadde ønsket en slik omtale. Det kan man aldri vite helt sikkert. Men journaler, brev og annet skriftlig som de hadde etterlatt seg, ga oss et visst inntrykk av hva de hadde ment, tenkt og følt - i tillegg til det som pårørende

ønsket å formidle. Vi var svært varsom med publisering av materiale vi fikk tilgang til. Men for at vi skulle kunne ta vurderinger på egen hånd var det viktig å ha tilgang til mest mulig som bakgrunnsmateriale. Slik kunne vi også gi et riktigst mulig bilde av personen og hva som hadde skjedd.

## **2. Pårørende**

Å være profesjonell journalist betyr ikke at du ikke er medmenneske i møte med mennesker i sterk sorg. Historiene man hører relaterer man til egne liv - redsel, tomhet, sinne og håpløsheten man får formidlet, blir viktige deler av historiene. Ja, man blir kildestyrt av slike møter. I den forstand at vi i sterk grad preges av deres fortelling av og om avdøde.

Vi lot dem også lese saken før trykking, og de fikk se hele den digitale historien, slik at de i detalj kunne være foreberedt på hva som skulle komme. Slike hensyn skal man ikke ta hele tida. I slike tilfeller er det veldig naturlig. Mennesker som har vært utsatt for det store traumet det er å miste sitt barn, skal ikke få et nytt på grunn av vår omtale om saken.

Hvilke motiver har pårørende som stiller opp i slike saker? Samtlige som fikk brev fra oss tok jo kontakt. Vårt klare inntrykk er at de først og fremst ønsket å fremføre kritikk mot systemet, i noen grad også inkludert tilsynsapparatet. Vi tror også at det var viktig for dem at deres elskede barn ble beskrevet i avisa som de vanlige, lykkelige, flotte menneskene de også var: Ønsket om å normalisere og avmystifisere både dem, og det som hadde skjedd, var en viktig drivkraft.

## **3. Forskere**

Vi hadde kontakt med utallige forskere/psykiatere/psykologer etc. De har selvsagt også motiver. De vil ha større ressurser til et forsømt felt. I fagmiljøene er det også uenighet om hva den riktige satsingen vil være. At engasjerte fagfolk argumenterer for sitt felt, er en klassiker i journalistikken. Og på grunn av varsomheten i omtale av selvmord og psykiske problemer er neppe disse de som har fått størst gjennomslag i årenes løp. Da kan man være mer kildekritisk når de store sykehusenes akuttavdelinger igjen har hovedoppdrag på Dagsrevyen.

## **4. Helsetilsynet**

Helsetilsynet og deres lange armer rundt omkring hos fylkesmennene, var jo vår hovedkilde. Fagkompetansen de besitter på feltet, både lokalt og sentralt, nøt vi i stor grad også godt av, særlig tidlig i prosjektet. Samtidig ønsket vi også i utgangspunktet å være kritisk til deres rolle, i den grad vi fant noe å være kritisk til.

Det gjorde vi. Men når vi skulle vurdere hva de ulike institusjonene hadde gjort/ikke gjort, kunne vi ta utgangspunkt i veilederen for selvmordsforebygging og således si noe kvalifisert om hva som sviktet og ikke.

Når det gjaldt Helsetilsynets gjennomganger var dette vanskeligere. Det fins ingen entydig «mal» for godt tilsynsarbeid. Vi kunne se at tilsynelatende like tilfeller ble vurdert ulikt. Vi kunne se at Helsetilsynet ikke alltid fulgte det de selv hadde skrevet var egen praksis. Vi kunne se at ting vi som lekfolk mener virket uforsvarlig, ble vurdert av dem til å være forsvarlig. Det kunne også se ut som man lettere så mellom fingrene i saker som omhandlet tunge rusmisbrukere. Men det var for få saker og tildels for lite opplyste saker til at vi kunne konkludere på en slik måte at det kunne lages egne saker på, ut fra det vi satt med.

Vi fant ut at det eneste vi kunne gjøre med dette var å beskrive de faktiske forhold. Vi kunne ikke fastslå at det hadde foregått feilvurderinger. Det vi kunne gjøre, og gjorde, var å vise frem at ekspertene hos Norsk pasientskadeerstatning vurderte sakene tildels veldig annerledes. Det er naturlig at det er et språk her, mens NPE opererer med sannsynlighetsovervekt, skal

Helsetilsynet finne at det er uforsvarlig i lovens forstand. NPE sier jo også at over halvparten av selvmordene skulle vært unngått. Slike tall opererer ikke Helsetilsynet med. Like fullt er det interessant å sammenligne sakene. I Hermans tilfelle uttrykte da også foreldrene en sterk kritikk mot Helsetilsynet, i hovedsaken og i videointervjuet på adressa.no. Vårt klare inntrykk etter gjennomgangen er også at praksisen hos de ulike fylkesmennene er ulik. Vårt materiale var imidlertid ikke tilstrekkelig til å konkludere med det i egne saker. Det vil måtte bli et annet prosjekt.

### **Praktiske hindringer:**

Vi var fra dag én innstilt på at dette skulle være et viktig nettprosjekt. Det er i seg selv en utfordring, i en organisasjon (og konsern) som ennå ikke helt hadde funnet form og organisering på utvikling av digital journalistikk. Men som vi sa: Får vi ikke det til, har vi god råd i Adresseavisen. Et slikt prosjekt var helt avhengig av at vi kom i utstrakt dialog med leserne.

Ønsket om å få det til, var stort i organisasjonen. Like fullt ble det mange møter for å få til også helt enkle ting. Enkelt personer tok grep (spesielt takk til Christer Johnsen). Men det var ufattelig mye tid som gikk med for å få enkle praktiske ting på plass. Hadde vi visst hvor mye, ville vi sikkert latt være i starten. Heldigvis gjorde vi ikke det, og vi fikk dermed den nettdekningen vi skulle og burde ha. Gjennomslaget og delingen blir selvfølgelig en helt annen når det er kvalitet i den digitale dekningen også. Saken om Kim ble eksempelvis delt og lest av nesten 200 000 mennesker digitalt. Og heldigvis er organisasjonen rigget for dette på en helt annen måte nå.