

Selv mord i psykiatrien

Dagen etter hendelsen [redacted], ble pasienten [redacted]

[redacted]

Pasienten ble [redacted]

[redacted]

Videre følger [redacted]

[redacted]

Etter dette hadde pasienten [redacted]

[redacted]

Sammendrag:

Annenhver dag tar minst én pasient i psykiatrien livet sitt. Ingen har visst at helsevesenet bryter loven i halvparten av disse sakene. De samme lovbruddene skjer igjen og igjen.

På sykehus og klinikker som ikke lærer av sine egne feil.

Av: Annemarte Moland og Ingeborg Rygh Hjorthen, NRK

| | |
|-----------------------------------|----|
| INNLEDNING | 4 |
| OPPSTART | 4 |
| Ingen oversikt | 5 |
| METODE 1: Innsyn | 5 |
| Dokumentene | 6 |
| Systemrot | 6 |
| De første innsynsbegjæringene | 7 |
| Første gjennombrudd | 7 |
| Kopling av saker | 8 |
| Rydding i andres rot | 8 |
| Andre gjennombrudd | 9 |
| Tålmodighet som metode | 9 |
| En ny metode blir til | 10 |
| METODE 2: Lese, lese, lese | 11 |
| Feilregistreringer | 12 |
| Avgjørende informasjon | 12 |
| METODE 3: Systematikk | 13 |
| Datasettet | 13 |
| Stikkordsregister | 13 |
| Datavalidering | 14 |
| METODE 4: Analyse og funn | 15 |
| Pivottabeller | 15 |
| Behandlingsfeilene | 16 |
| Manglende konsekvenser | 16 |
| 60 funn | 16 |
| METODE 5: Menneskene | 17 |
| Tid og tillit | 17 |
| ETIKK | 18 |
| ORGANISERING | 19 |
| PUBLISERING | 19 |
| KONSEKVENSER | 20 |
| ERFARINGER | 21 |
| VEDLEGG | 21 |

Publisert:

Fra 16.november 2018. Arbeidet fortsetter i 2019.

Takk til:

Ståle Hansen, Ellen Omland, Melinda Furulund, Ragnar Rognstad, Mari Grafsrønningen, Susanne Stubberud Rom, Eivind Waage, Tom Bob Aronsen, Eva Akerbæk, Patrick da Silva Sæther, Dan Kåre Engebretsen, Reidar Kristiansen og Arve Bartnes.

Kontaktperson:

NRK Dokumentar og samfunn
v/Annemarte Moland
Bjørnstjerne Bjørnsons plass 1
0340 Oslo
annemarte.moland@nrk.no
Mobil: 95821312

Redaksjon:

NRK Dokumentar og samfunn, i samarbeid med NRK Researchsenteret og NRK Nyheter

Hovedsaker:

[Prebens historie](#)

[Selvmord på lukket avdeling \(minidokumentar\)](#)

[Lovbrudd i psykiatrien.nett](#)

[Lovbrudd i psykiatrien, tv](#)

[Pasientens møte med psykiatrien](#)

[Behandlerne](#)

[Fem overlevere](#)

[Det de voksne ikke vet](#)

[Slik har vi jobbet](#)

[Sladdet systemsvikt](#)

[Samleside](#)

INNLEDNING

Annenhver dag tar minst en pasient i psykiatrien sitt eget liv - under eller rett etter behandling. Det er i gjennomsnitt 250 tapte liv hvert år. Men ingen kartlegger mulige sammenhenger eller systemsvikt ved de mange selvmordene. Hva feiler det psykiatrien?

Hvert selvmord blir behandlet som en enkelt, alvorlig hendelse. Et «avvik», på sykehusspråket. Ingen har noen samlet oversikt over hva som eventuelt går galt når så mange pasienter kan ta sine egne liv. Ikke engang Helsetilsynet, og de har det overordnede ansvaret.

-Vi kan ikke redde alle, er svaret fra behandlerne. Men hvorfor ikke snu på det og heller spørre seg: Kan vi redde flere?

Er det gjort feil på statens sykehus og institusjoner når pasienter tar sitt eget liv? Hvilke feil er det i så fall, og kan de unngås? Svarene burde ikke være så vanskelig å finne, mente vi.

Men aldri har vi møtt så mye motstand, fra forvaltningen, sykehusledere og behandlere som da vi ba om innsyn. Vi måtte bruke to år og hele verktøykassa med metoder for å sammenstille de mange selvmordene i psykiatrien.

Selvmord er et av vår tids siste tabuer. Det er fortsatt lite åpenhet om temaet med tanke på hvor mange som faktisk tar sitt eget liv hvert år. Når du som journalist spør om selvmord blant pasienter i psykiatrien – noen av de svakeste pasientene vi har – møter du en nesten ugjennomtrengelig vegg. En vegg av systemrot, feiltolket personvern, frykt eller forsiktighet. Ja, selv forvaltningen er redd for å gi ut opplysninger om noe så tabubelagt.

Men hvem endte de opp med å skjerme – seg selv eller pasientene?

Skjult bak sladdene fant vi gjentatte behandlingsfeil og alvorlige lovbrudd.

Feil som skjer før pasienter tar sitt eget liv.

Feil som var skjult for offentligheten og for de som skal hjelpe oss når krisen rammer.

Feil som vi kan lære mer av for å skjerpe pasientsikkerheten. Og kanskje redde flere liv.

OPPSTART

Journalist Annemarte Moland intervjuet en mor som nylig mistet sønnen sin på 17 år i selvmord. Mens han fikk oppfølging av psykisk helsevern. Moren fortalte hvordan hun pustet lettet ut da han skulle få hjelp, men hvordan alt gikk så galt etterpå.

Det var sensommeren 2016 og NRK lagde en rekke nyhetsoppslag om manglende oversikt over selvmord i psykiatrien. Moren mente helsevesenet ikke lærer av egne feil ved selvmord, siden så mange andre psykiatriske pasienter ender livet sitt på samme måte.

En behandler fortalte om psykiatriske pasienter som «er så besatte av å ta sitt eget liv, at de en eller annen gang kom til å klare det uansett». Det skurret. Var det en oppfatning flere ansatte i psykiatrien delte? Hadde behandlere gitt opp å gi de mest utsatte, de mest suicidale pasientene den hjelpen de trengte?

Moren som mistet sønnen sin plantet et spørsmål i journalistens hode: Hvor ellers i helsevesenet godtar man at så mange pasienter dør - uten å gjøre noe med det?

Spørsmålet kvernet videre. Annemarte allierte seg med researcher Ingeborg Rygh Hjorthen. «Det er ingen bråhast», sa hun og antydte et par måneders jobbing den høsten. Det skulle vise seg å være en altfor optimistisk framdriftsplan.

Ingen oversikt

De første spørsmålene vi hadde var:

- *Hvor mange ganger er det blitt konkludert, enten hos Helsetilsynet eller fylkesmenn, med feilbehandling ved selvmord?*
- *Hvilke feil er det som går igjen i behandlingen?*

Vi fant ikke informasjonen tilgjengelig noe sted på nettet. Ingen statistikk, ikke noe offentlig register. Kun generelle rapporter om selvmord i psykiatrien.

I kildesamtaler med Helsetilsynet og fylkesmenn spurte vi hva som faktisk blir registrert og rapportert. Vi måtte lære oss mer om systemer og saksgangen, om hvordan varsler om alvorlige hendelser blir til tilsynssaker. Men hvordan følges disse opp? Hva slags datasystemer har tilsynet og hvilken informasjon kan vi få ut derfra? De har saksbehandlingssystemer, men de kunne ikke hente ut det vi ba om.

Vi bad Helsetilsynet om en samlet oversikt over utfall i tilsynssaker etter selvmord i psykiatrien. En slik oversikt fantes ikke. Tilsynet visste *hvor mange* varsler som ble sendt videre, men hadde *ingen samlet oversikt* over utfallene av sakene. Dette måtte vi skaffe selv, fra hver enkelt fylkesmann.

Plan A var enkel.

Vi ville sende en spørreundersøkelse til alle fylkesmenn, der vi bad om antall varsler - med utfall og oppfølging. Samtaler med enkelte fylkesmenn avdekket raskt at en slik undersøkelse ikke ville føre fram. De innrømmet at de hadde store problemer med å finne igjen sine egne tilsynssaker. De er ikke samlet i ett system, der de kan skille ut tilsynssaker etter selvmord og utfallene av disse.

Vi trengte en annen metode for å finne svarene vi lette etter, og gikk igang med **plan B**.

METODE 1: Innsyn

Når ingen har oversikt, bestemte vi oss for å lage den selv. Målet var å få innsyn i *alle* tilsynssaker der pasienter i psykiatrien har tatt sitt eget liv. Fikk vi til det, kunne vi selv pusle sammen helheten. Og se hvor det eventuelt svikter.

De fleste større innsynsprosjekter krever tid. Men dette prosjektet skulle bli i særklasse.

Fire elementer bidro til at vi måtte strekke tålmodigheten og oppfinnsomheten langt:

- **Myndighetene har ikke selv oversikt over sakene sine.**
- **Vi møtte stor motstand mot å gi ut opplysninger.**
- **Det var svært forskjellig praksis på offentlighet og innsyn i ulike etater.**
- **Saksbehandlingstiden på innsyn og klager var veldig lang.**

Den lengste klagebehandlingen tok 257 dager, altså åtte og en halv måned. Vi mente dette var foruroligende og formulerte følgende hypotese:

Manglende oversikt kan føre til tap av nye liv, fordi psykiatrien ikke lærer av sine egne enkeltfeil, selv ikke feil som kan bidra til dødelig utgang.

Innsynsprosessene vi gikk igang med ble mange og parallelle, som et tre som fikk stadig flere forgreininger. Vi møtte mange hindringer underveis mot målet om *fullstendig* innsyn. Men for hver runde vi fikk avslag eller innsyn, lærte vi noe nytt vi kunne benytte i neste omgang.

Dokumentene

Før vi bad om innsyn, trengte vi bedre innsikt i saksgangen.

På nettet fant vi [Veileder for varselhåndtering og stedlig tilsyn](#), som beskrev både saksgang og hvilke dokumenter som går mellom tilsynsmyndighetene.

Det foregår slik:

Når en pasient i psykiatrien tar sitt eget liv blir det sendt et *varsel* til Helsetilsynet. Varslene registreres og vurderes. Noen blir sendt videre til fylkesmennene. De følger opp i *tilsynssaker* for å undersøke om behandlingen av pasienten har vært god nok.

Mellom Helsetilsyn og fylkesmennene, offentlige etater, går det en rekke dokumenter som vi kanskje kunne be om innsyn i. Noen er standardbrev som inneholder lite informasjon av verdi for oss, som selve varslene og oversendelsesbrevene. Andre dokumenter inneholder essensiell informasjon om hva som har skjedd.

Ved hjelp av veilederen og samtaler med fagpersoner fant vi ut at de viktigste dokumentene er:

- **Helsetilsynets varselvurdering med deres faglige innspill.**
- **Avslutningsbrevene fra fylkesmannen.**

I avslutningsbrevene sammenfatter fylkesmennene saksforholdet (pasientens behandlingsforløp, type behandling, journaler, sykehusets interne rutiner og regler, ansattes innspill og pårørendes innspill etter selvmordet). Deretter gir de en vurdering før de konkluderer. Hvis de påpeker mangler eller lovbrudd, skriver de også hvor de mener helsevesenet har sviktet. Og hvordan de eventuelt må rette opp feil, så de ikke skjer på nytt.

Systemrot

Vi ville be fylkesmennene om innsyn i deres avslutningsbrev. Før vi sendte begjæringene, kontaktet vi noen av dem på telefon. Den første fylkesmannen vi snakket med var Oslo/Akershus, som var positive til innsyn. Godt å ha den største fylkesmannen på lag når vi skulle argumentere overfor de andre, tenkte vi.

Men flere andre fylkesmenn mente det var vanskelig å identifisere sakene de har fått oversendt fra Helsetilsynet. Ikke nok med det. De trengte informasjon om hvor mange saker de selv hadde behandlet.

Hadde landets tilsynsmyndighet virkelig så lite oversikt over egne saker? Eller var de redde for å gi oss innsyn? Hvis de ikke engang finner tilbake til sakene sine: Hvordan kan de selv følge opp sakene for å sikre at feil i helsevesenet ikke gjentas?

Vi var usikre på hvordan vi skulle få innsyn når fylkesmennene selv ikke klarte å finne igjen sine egne saker. Dette problemet skulle følge oss gjennom innsynsarbeidet som tok over to år.

Siden vi visste at Helsetilsynet registrerte sakene de sendte videre, gikk vi tilbake dit. Nå hadde vi fått en god kontakt som skulle vise seg å bli helt sentral for oss. En som hadde fattet interesse for prosjektet og ga oss en oversikt over *antall saker* som hver fylkesmann hadde fått oversendt.

De første innsynsbegjæringene

Endelig kunne vi sende de første innsynsbegjæringene. Enkle og korte med tre setninger, der vi viste til antall tilsynssaker hos hver av dem. Litt vel naivt, kanskje. Vi møtte i hvert fall stor motstand.

Noen var positive, men når vi begynte å motta saker, viste det seg at mange fylkesmenn sladdet veldig mye. Det slo oss hvor vidt forskjellig praksisen var mellom fylkesmennene. Her var det åpenbart ingen felles utøvelse for innsyn i tilsynssaker etter selvmord.

På det verste sladdet noen fylkesmenn helt grunnleggende informasjon som saksnumre, datoer, hendelsesforløp og sine egne vurderinger av behandlingen. Vi fikk våre første heldekkende sladder. Svarte felt, side etter side.

Og noen hadde snudd.

Til vår overraskelse fikk vi nå *avslag* på innsynsbegjæringen vår fra Oslo/Akershus, som innledningsvis var positive. Fylkesmannen mente at dokumentene inneholdt så mye personlige opplysninger underlagt taushetsplikt at de kunne unntas i sin helhet.

Det var tid for en tung fot i bakken. Vi spurte oss selv om prosjektet vårt kunne føre fram.

Resultatene etter den relativt generelle første innsynsrunden var varierende. Vi rakk ikke alltid å klage innen frister gikk ut heller. Vi trengte en metode som kunne gi oss et bedre grunnlag. Målet var jo å få *hele* oversikten, og innsyn i *alle sakene*.

Første gjennombrudd

Tilbake til Helsetilsynet, til vår gode kontakt. Vedkommende gikk nå med på å lage en liste som ble helt avgjørende i det videre innsynsarbeidet: **En utskrift fra tilsynets interne register**. Den inneholdt saksnumrene på *alle* varsler som var sendt til fylkesmennene i 2014 og 2015. Med nøyaktige detaljer om 167 saker: Dato for varselet, saksnummer, hva varselet handlet om, helseforetak og hvilken fylkesmann det ble sendt videre til. Nå skulle det bli vanskelig for fylkesmennene å ikke finne sakene sine. Vi var et steg nærmere målet.

Med lista i hånd gikk vi i gang med en ny innsynsrunde. Vi tok igjen kontakt med fylkesmennene som ikke fant sakene eller avsto i første omgang. Med flere detaljer og tyngre argumenter. Vi hadde lært litt og kom motargumentene i forkjøpet. For eksempel kunne vi forhindre at de kunne

avslå fordi det være urimelig arbeidskrevende å finne tilbake til sakene, med detaljerte opplysninger om hver enkelt sak.

Resultatet var oppløftende. Flere fylkesmenn sendte oss nå sakene vi hadde bedt om. Med varierende grad av sladding, men vi var et langt stykke videre.

To fylkesmenn ga imidlertid så nedslående resultat at vi måtte klage dem inn til Helsetilsynet. Vi klaget på avslaget fra Fylkesmannen i Oslo/Akershus nevnt ovenfor og på omfattende sladding fra fylkesmannen i Vestfold.

Kverna gikk langsomt i Helsetilsynet. Og innsynsarbeidet med fylkesmennene skulle by på mer arbeid og ta mye lenger tid enn vi hadde forestilt oss.

Kopling av saker

Vinteren 2017 vasset vi i innsyn og klager. For at vi ikke skulle miste oversikten underveis var det avgjørende å holde orden i sysakene. Spesielt når prosessene var så tunge og trege som dette. Ofte tok det seks-syv måneder å få det vi mente var et godt nok innsyn eller et siste avslag.

Vi loggførte alle henvendelser, klager og spørsmål. Og systematiserte alt som kom inn i et internt dokumentsystem i Google Docs.

Vi lagde et arbeidsverktøy: En liste i Google Sheets basert på utskriften med saksnumre fra Helsetilsynet. Dette ble vår oversikt over hva som var mottatt, ikke mottatt og klaget eller purret på. Men vi hadde et problem. Helsetilsynet og fylkesmennene har forskjellige saksnumre, og fylkesmennene sa de ikke kunne søke på tilsynets numre. Dermed ble det krevende å bruke lista vi hadde fått til å spore tilsynssakene hos fylkesmennene. Men vi fant en løsning.

Vi gikk gjennom sammenlignbare datoer i *eInnsyn*, fellesløsningen for offentlig elektronisk postjournal. Helsetilsynet journalfører når saken er sendt til fylkesmannen. Fylkesmannen på sin side fører når saken kommer inn. Slik klarte vi i en del tilfeller å finne tilbake til hvilke saksnumre fra Helsetilsynet som tilhørte hvilke saksnumre hos fylkesmennene.

Rydding i andres rot

Vi måtte være enda mer kreative for finne fylkesmennenes saksnumre. Vi benyttet alle metodene vi kunne finne for å hjelpe fylkesmennene å lete opp sine egne saker:

- Vi kontaktet fylkesmennenes arkivavdelinger. Noen av disse hjalp oss med å søke opp fylkesmannens saksnumre ved hjelp av opplysninger fra lista vår.
- Vi søkte i eInnsyn. Her fant vi en del saker gjennom info fra lista vår. Men vi oppdaget også at noen fylkesmenn rutinemessig unntar tilsynssaker. Da vi kontaktet fylkesmannens arkiv, fortalte de at saker som går inn under psykisk helsevern er besluttet fjernet fra postjournalen. Dette fordi de likevel ikke vil gi innsyn i dem.
- Vi kontaktet Helsetilsynet igjen. Vi fikk dem til å slå opp enkeltsaker for å finne fylkesmannens saksnumre.

Vår kreativitet bar frukter. Nå kunne ikke fylkesmannen lenger si at de ikke finner sakene sine, og vi fikk inn flere og flere tilsynssaker. Vi begynte så smått å registrere hva slags psykiatriske institusjoner det var snakk om i hver enkelt sak, og om det ble konstatert lovbrudd eller påpekt mangler i behandlingen av pasientene. Men innsynsbegjæringene tok nå så lang tid, at arbeidet vårt i praksis stoppet opp.

Andre gjennombrudd

Det tok nesten ni måneder før vi omsider fikk svar på klagene i Helsetilsynet, om å unnta saker i sin helhet og omfattende sladding. Senhøsten 2017 løsnet det. Helsetilsynet hadde vurdert:

- **At avslaget fra Oslo/Akershus ikke holdt. De må foreta en ny vurdering av hver enkelt sak. Tilsynet har aldri før opplevd at fylkesmenn nekter innsyn i alle saker.**
- **At den omfattende sladding fra Vestfold er for drøy. Helsetilsynet har gjort ny sladding. Nå er det faktisk mulig å se hvilke vurderinger fylkesmannen har gjort.**

Det lysnet. Tenk om vi kunne bruke disse svarene, slik at landets fylkesmenn kunne få en bedre forståelse av åpenhet og innsyn?

Vi kontaktet saksbehandleren i Helsetilsynet og fortalte om den ulike praksisen landet rundt. Vi bad tilsynet komme med en generell uttalelse om hvilke opplysninger pressen faktisk kunne få innsyn i. Det ville de ikke. De mente det var vanskelig å gi en generell vurdering, at de lokale kjente sakene best og at det måtte bli en skjønnsmessig vurdering.

Tålmodighet som metode

Treghet i systemene ga oss faktisk også noen fordeler. Vi kunne gå tilbake til de som først var mest motvillige og fortelle at nesten alle andre ga oss innsyn. Dette argumentet lyttet mange til. Kanskje bunnet noe av motstanden i usikkerhet om hvor mye de skulle tørre å dele?

Dette gjaldt for eksempel fylkesmannen i Troms. Da vi først ba om innsyn, sladdet de så mye at vi ikke skjønnte hvilke saker vi hadde fått. Halvannet år senere bad vi om innsyn på nytt og fikk tilbake et helt annet resultat. Dessuten: Nå sladdet de annen informasjon enn i forrige runde. Vi kunne legge to dokumenter fra samme instans ved siden av hverandre, og se helheten i saken.



Fylkesmannen i Oslo/Akershus, som i november 2017 ble instruert av tilsynet om å gjøre en ny vurdering, leverte først i april 2018.

Ett år og seks måneder etter første innsynsbegjæring kom en pakke i gråpapir, sendt i posten. Alle 30 saker fra 2014 og 2015.

Siden innsynsprosessen har tatt så lang tid, bestemte vi oss for å søke innsyn også i alle tilsynssaker for 2016. De var sikkert ferdigbehandlet i tilsyn nå, som det hadde gått ett år til.

Vi fikk en ny liste fra Helsetilsynet over 2016-sakene. Innsynsbegjæringene våre ble nå spisset på Helsetilsynets egne argumenter. Vi fikk saker enklere og raskere enn et år tidligere. Men som sist fikk vi mest motstand fra Oslo/Akershus og Vestfold.

En ny metode blir til

Når vi fikk inn mange saker, så vi også bedre hva som manglet. I endel saker var så mye unntatt offentligheten at det ble store, svarte hull i pasientforløpet og vurderingene som hadde blitt gjort. Informasjon om institusjoner, pasientforløpet, hvem som egentlig hadde ansvar for pasienten og vurderinger om sikkerhet og selvmordsrisiko var sladdet.

Nye klager og nye avslag. Hva skulle vi gjøre nå? Kunne vi få mer innsyn andre steder? Nærmest ved en tilfeldighet oppdaget vi en metode som vi skulle benytte systematisk: parallellinnsyn.

Da vi fikk samme sak fra flere instanser, så vi at de sladdet forskjellige elementer. Vi fikk dermed forskjellig informasjon fra forskjellige innsynsrunder, og var et steg nærmere helheten.

Vår nye metode innebar at dersom vi kom til kort med innsyn i tilsynssaken hos én instans, søkte vi på nytt om innsyn hos en annen som satt på samme informasjon. Først en begjæring til fylkesmannen. Var resultatet godt, sa vi oss fornøyd. Var sladdingen for streng, klaget vi. Men mens klagen gikk sin gang, sendte vi en helt ny innsynsbegjæring til Helsetilsynet, som også er mottaker eller avsender av dokumentene.

Klageinstans for fylkesmennene er Helsetilsynet. Noen saker søkte vi først innsyn i både hos fylkesmann og Helsetilsyn. Deretter klaget vi fylkesmannen til Helsetilsynet eller vi klaget Helsetilsynet til Helsedepartementet, som er deres klageinstans.

Vi dro for første gang nytte av myndighetenes rot og ulike praksis. Vi hadde jo, uten hell, forsøkt å be dem om en mer felles praksis. Men nå ble ulikhetene vår fordel.

Noen unntok navn på institusjoner og behandlere, andre datoer, kjønn på pasient, diagnose eller behandling. Slik fikk vi et helt et annet resultat på innsynsbegjæringene i forskjellige etater. Fylkesmannen sladdet også andre ting enn Helsetilsynet. Og noe overraskende: tilsynet sladdet annen informasjon når vi bad om innsyn direkte, enn når de var klageinstans.

Det ble litt av et puslespill. Noen brikker her, noen opplysninger der. Vi satte selv sammen saken med innsyn fra forskjellige etater og fant helheter.

Og provoserende nok: Det var ikke bare taushetsbelagte opplysninger om pasienter som er unntatt. Bak sladden fant vi ofte ren systemsvikt. Informasjon om gamle bygninger, feil i behandling, svikt i tilsyn av alvorlig syke og grove feil i journaler.

På neste side viser vi et eksempel. Fylkesmannens sak viser navn på institusjon, og at det handlet om tilsyn om natten. Helsetilsynets sak viser at tilsyn ikke var gjort ofte nok, og ikke var gjort «i form av visuell observasjon fysisk nær pasienten».

På bakgrunn av de opplysninger vi har mottatt i saken finner Fylkesmannen det sannsynliggjort at ikke alle tilsyn med pasienten den **aktuelle natten ble gjennomført** i form av [redacted]. Denne bevisvurderingen gjelder **natten** sett under ett. Vi uttaler oss ikke spesifikt om hvordan tilsynene ble utført [redacted]. Videre vil vi framheve at den mangelfulle gjennomføringen av tilsynsregimet etter vår vurdering er et resultat av forhold knyttet til [redacted] som virksomhet: Mangel på skriftlige tilsynsrutiner,

Innsyn fra Fylkesmannen



På bakgrunn av de opplysninger vi har mottatt i saken finner Fylkesmannen det sannsynliggjort at ikke alle tilsyn med pasienten den [redacted] le gjennomført i form av **visuell observasjon fysisk nær pasienten, der det hadde gått maksimum fem minutter siden forrige visuelle observasjon på nært hold.** Denne bevisvurderingen gjelder [redacted] sett under ett. Vi uttaler oss ikke spesifikt om hvordan tilsynene ble utført **rundt det tidspunktet da pasienten** [redacted]. Videre vil vi framheve at den mangelfulle gjennomføringen av tilsynsregimet etter vår vurdering er et resultat av forhold knyttet til [redacted] som virksomhet: Mangel på skriftlige tilsynsrutiner,

Innsyn fra Helsetilsynet

Pasienten hadde altså fått for dårlig og for sjelden tilsyn om natten.

METODE 2: Lese, lese, lese

Nesten ett år senere, i mars 2018, kan vi gjenoppta prosjektet for fullt. Innsynsbegjæringene har gått sin gang på si, men vi var langt fra å kunne besvare spørsmålene vi hadde:

Hvordan kan så mange psykiatriske pasienter dø i selvmord? Mens de er under omsorg? Mens de får behandling som forhåpentligvis skal hjelpe?

Vi leste til sammen 280 saker. Alle var selvmord og alvorlige selvmordsforsøk i spesialisthelsetjenesten fra 2014-2016. Alle var behandlet i tidvis omfattende tilsynssaker. Det var anslagsvis 3000 sider som måtte systemiseres videre. I noe annet enn ringpermer, men i permer også, for raskt å kunne bla opp på hver enkelt sak, lese den eller dobbeltsjekke detaljer.

Vi var to personer og brukte i gjennomsnitt to og en halv måned hver på å lese og registrere sentrale opplysninger knyttet til hver enkelt sak.

Nye spørsmål meldte seg.

Var det ikke mange saker som handler om dårlig sikkerhet inne på institusjoner? Hvorfor ble ikke pasientenes bagasje eller gamle bygninger gjennomgått nøyere? Det var ofte snakk om mange farlige gjenstander inne på rommene.

Vi så også tidlig mange eksempler på dårlig samarbeid mellom ulike behandlere.



Feilregistreringer

Vi oppdaget at flere av varslene som var meldt inn til Statens helsetilsyn som selvmordsforsøk, faktisk endte i selvmord. Pasientene døde kanskje ikke inne på den psykiatriske avdelingen, men i sykebilen på vei til intensivsen eller senere av store skader. Mer rot å rydde i. Vi syntes det var urovekkende at dette ikke framgikk i myndighetenes registre.

Andre varsler var kommet inn som "overdose/intoks", men ved å studere sakene nøye fant vi ut at flere av disse var uttalte selvmord blant behandlere og/eller fylkesmennene. Dermed valgte vi i vårt eget datasett å gjøre om disse "feilkategoriseringene" fra fylkesmennene til selvmord. Andre varsler om "overdose/intoks" tok vi ut av datasettet, da det i tilsynssakene rådet tvil om overdosene var en bevisst handling for å dø.

Vi gjorde nok en overraskende oppdagelse. Enkelte saker vi hadde bedt om innsyn i, viste seg å ikke være behandlet eller avsluttet. Vi tok kontakt med Helsetilsynet, men det viste seg at tilsynet, som har det øverste ansvaret, ikke følger opp om tilsynene faktisk blir gjennomført. Helsetilsynet registrerer heller ikke hva utfallene blir der fylkesmennene har gjort tilsyn.

Vi spurte oss atter en gang: I hvor mange saker er loven brutt? Hva slags lovbrudd er det snakk om og hvordan følges de opp? Ingen har oversikten.

Vi må ringe rundt til den enkelte fylkesmann for å få forklaringer på hvor sakene har blitt av. Nå ble vi fortalt, av fylkesmennene selv, at de ikke hadde prioritert disse tilsynssakene fordi "det ikke hadde kommet noen klager fra pårørende". Dette er ikke i tråd med reglene for hvordan fylkesmenn skal håndtere tilsynssaker.

Avgjørende informasjon

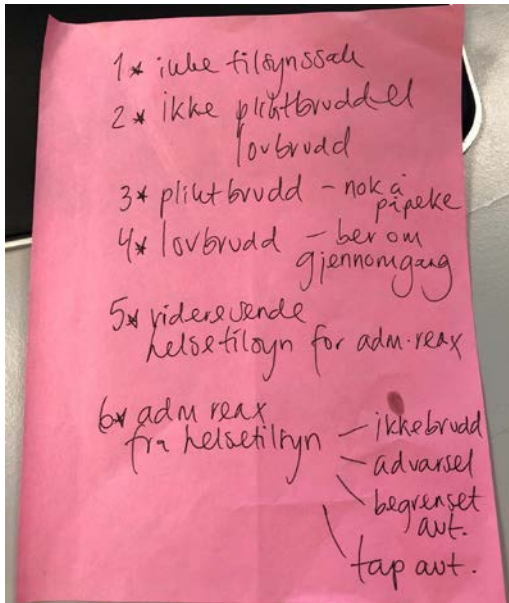
Vi så også at fylkesmennene brukte ulike uttrykk når de konkluderte. Det var ikke så svart-hvitt som vi trodde. Konklusjonene passet ikke våre kategorier, ei heller vår antagelse om at enten så bryter du loven eller så gjør du ikke det.

Noen skrev brudd på forsvarlighetskravet, noen skrev pliktbrudd, noen konkluderte med alvorlige avvik, men ikke brudd. Noen gjorde ingen av delene, men sa at pasienten ikke fikk forsvarlig, helhetlig eller koordinerte tjenester. Var det et lovbrudd? Og var et pliktbrudd det samme som et lovbrudd?

Det virket dessuten som om det skulle mye til for å påpeke lovbrudd. Ofte ble det påpekt det vi oppfattet som alvorlige feil, men på siste side ble det likevel ikke konkludert med at loven var brutt. Et eksempel: En kvinnelig pasient begikk selvmord. Rusproblemene hennes ble ikke utredet, selvmordsrisikoen ikke vurdert skikkelig, fastlegen ble ikke involvert og klinikken burde sendt ut et ambulant team fordi hun så ustabil. Fylkesmannen mener pasienten burde vært ivaretatt umiddelbart, men konkluderer likevel ikke med lovbrudd.

Vi undret: er terskelen for å påpeke lovbrudd for høy hos fylkesmennene?

Hvis fylkesmannen finner at loven er brutt, hvilke konsekvenser får det egentlig for institusjonen der pasienten begikk selvmord? Svært mange så ikke ut til å bli fulgt opp noe videre fra myndighetenes side. Hvorfor ble det stilt så få krav fra fylkesmennene?



En lang prat med tilsynssjefen i Helsetilsynet avdekket at det er utenfor deres mandat. Men at det eksisterer en slags rangering av utfallene i tilsynssaker, fra det minst alvorlige til det mest alvorlige.

Vi noterte oss punktene på en rosa post-it lapp. Momentene gjorde at måtte gjøre nye og viktige endringer i datasettet. "Pliktbrudd" er lovbrudd, men en mildere måte å omtale det på, og det er nok å påpeke det til fylkesmennene. Påpekte "lovbrudd" derimot skal følges opp, med en tidsfrist til sykehusene.

Nå fikk vi også innsyn i fylkesmennenes egne, interne veileder for hvordan de skal føre tilsyn og skrive sine rapporter. Den rosa lappen og veilederen skulle vise seg å bli svært nyttige! Det førte til bedre systematikk og derfor tydeligere avsløringer.

METODE 3: Systematikk

Parallelt med lesingen av utallige dokumenter videreutviklet vi arbeidsverktøyet vårt i Google Sheets. Fra å være en intern innsynsoversikt til et strukturert datasett. For hver sak vi leste dukket de sterke historiene opp, enkeltskjebner og ofte pårørendes kamp for å bli hørt i psykiatrien før selvmordet. Men vi var ute etter svarene som lå i helheten av sakene.

Vi forsto at vi måtte gjøre datasettet mye tydeligere. Våre kategorier som "institusjon", "kommentar pasient" og "brudd/ikke brudd" eller "påpekte mangler" var altfor generelle. Pasienter i psykiatrien som tar sine egne liv er like forskjellige som oss alle, med hver sine veier og behandling i hjelpeapparatet.

Datasettet

Datamengden var ikke så stor at vi trengte å utvikle en avansert database. Men hver enkelt historie måtte systematiseres grundigere enn vi hadde tenkt, hvis vi senere skulle kunne trekke ut mulige sammenhenger og mulig systemsvikt fra de mange selvmordene.

En enkel funksjon i Google Sheets ble helt essensiell for at vi senere skulle kunne avdekke det vi gjorde: *Datavalidering*. Det er en metode for å sikre at vi legger inn sammenfallende data i et datasett, det kommer vi tilbake til. Først måtte vi sørge for at dataene vi la inn var riktige.

Stikkordsregister

Vi var avhengige av et godt stikkordsregister. Vi lagde definisjoner av alle punktene vi ville registrere i hver sak. Lista inneholdt hvilke opplysninger som måtte til for at en sak skulle registreres på den ene eller den andre måten. Funnene vi endte opp med måtte være korrekte og etterprøvbare. Registreringen måtte være mest mulig faktabasert, med minst mulig rom for tolkning og skjønn.

Oppslagsverket av tydelige stikkord i hver kategori, var helt nødvendig. Det ble brukt hyppig og revidert ofte.

Vi var to personer, ofte på jobb i hver vår avdeling, som leste sakene. Ofte måtte vi ty til eksperter, som direktøren i Helsetilsynet, for å dobbeltsjekke at våre definisjoner var riktig faglig sett. Men i endel saker måtte vi bruke skjønn ved registreringen. Ved enkelte tilfeller oppdaget vi at vi tolket saker ulikt og måtte sikre oss mot dette.

Datavalidering

Med stikkordene våre foran oss kunne vi sette opp korrekt *datavalidering* for datasettet i Google Sheets. Med denne metoden sørget vi for at vi fylte ut riktige alternativer for alle saker. Vi styrte selv hvilke alternativer som ble lagt inn i nedtrekksmenyer, en meny for hver kolonne. Det var en møysommelig jobb, men slik fant vi mønstre i hver kategori. Vi kunne ta ut sammenlignbare tall og sammenligne kategorier.

Vi visste at hvis det lå systematikk i bunnen, kunne vi bruke resultatene til å se mønstre når alt var på plass. Slik kunne vi se på systemet samlet og ikke bare enkeltsakene. Det var jo målet vårt med prosjektet.

Vi kunne ikke funksjonen godt, men lærte oss den raskt ved hjelp av hverandre og beskrivelser på nettet. Funksjonen var enkel å ta i bruk, og nesten alle journalister kan ha nytte av den.

| BEHANDLINGSSTATUS | INN-/UTSKRIVING |
|---|---------------------|
| Innlagt sykehus: perm/utgang | vill ha perm/utgang |
| Innlagt sykehus: perm/utgang | |
| I kø/ventetid | |
| Innlagt sykehus | |
| Innlagt sykehus: rømt | |
| Innlagt DPS | |
| Innlagt DPS: perm/utgang | |
| Innlagt BUP | |
| Innlagt privat/ideell institusjon | |
| Poliklinisk oppfølging: BUP | |
| Poliklinisk oppfølging: DPS | |
| Poliklinisk oppfølging: sykehus | |
| Poliklinisk oppfølging: AAT/ACT | |
| Poliklinisk oppfølging: kommunalt helsevern | |
| Poliklinisk oppfølging: privat/avtalespesialist | |
| Fengsel | |
| Ferdigbehandlet | |
| Uklart | |
| Sladdet | |

Dette bildet viser den mest detaljerte datavalideringen vår i en kategori. Den målte hvor i behandlingsforløpet pasienten var da hun eller han tok sitt eget liv.

Nedtrekksmenyen hadde 19 alternativer. Da vi sammenholdt denne kategorien med **hvordan** selvmordene skjedde (her kom vi fram til 14 forskjellige måter psykiatriske pasienter tar sitt eget liv på) og **hvor** selvmordene skjedde, ga det oss svarene vi lette etter.

Siden vi under lesingen merket oss at mange selvmord skjer inne på institusjon, var vi ekstra nøye med å kartlegge **hvor** på institusjoner selvmord skjer. Vi hadde 4 ulike alternativer: Pasientrommet, fellesområde, utendørs eller uspesifisert.

Dette er bare ett eksempel på validering, men datasettet vårt fikk til sammen 241 rader (200 selvmord og 41 selvmordsforsøk) og 44 kolonner. Det er over 10 000 celler. Med 150 valgmuligheter for registrering på hver enkelt sak, blir det 36 150 mulige avkryssninger.

Videre utregning fra valideringen avdekket:

- Av 200 selvmord, skjedde 56 mens pasientene var skrevet inn på sykehus/andre institusjoner.
- Minst 28 pasienter begikk selvmord inne på avdelingene, de fleste på eget rom.
- Gjennomgangen avdekket en rekke gjenstander pasientene hadde brukt: Lisser, snorer, skjerv, belte, ledninger, tau og medisiner.

METODE 4: Analyse og funn

På vei inn i videre analyse av dataene våre hadde vi med oss flere hypoteser – etter å ha lest og validert 280 saker:

- Det gjøres mange og gjentatte behandlingsfeil før pasienter begår selvmord.
- Mange feil er lovbrudd, men får ingen videre konsekvenser.

Nå skulle vi undersøke om dette stemte.

Pivottabeller

Vi benyttet en smart funksjon i Google Sheets som hjalp oss å se mønstre i datasettet vårt: *Pivottabeller*. Med tabellene kunne vi enkelt telle og trekke ut informasjon av store datamengder.

| COUNTA of VIDERE OPPFØLGING | | Type hendelse | | |
|-----------------------------|------------------------|---------------|------------------|-------------|
| BRUDD/IKKE BRUDD | VIDERE OPPFØLGING | selvmord | selvmord sforsøk | Grand Total |
| – Brudd | Administrativ reaksjon | | 1 | 1 |
| | Gjennomgang av rutiner | 39 | 2 | 41 |
| | Ingen | 52 | 7 | 59 |
| Brudd Total | | 91 | 10 | 101 |
| – Ikke avsluttet | Ingen | 1 | | 1 |
| Ikke avsluttet Total | | 1 | | 1 |
| – Ikke brudd | Gjennomgang av rutiner | 1 | 1 | 2 |
| | Ingen | 96 | 28 | 124 |
| Ikke brudd Total | | 97 | 29 | 126 |
| – Ikke tilsynssak | Ingen | 11 | 2 | 13 |
| Ikke tilsynssak Total | | 11 | 2 | 13 |
| Grand Total | | 200 | 41 | 241 |

Ved å benytte pivottabeller kan et strukturert datasett kan kjøpt telles opp, summeres og analyseres. Systematikken vi hadde utviklet med datavalideringene var en forutsetning. Var den god, kunne pivottabellene hjelpe oss med å utforske dataene videre.

Vi kjente funksjonen litt fra før, men måtte ty til kolleger, Youtubevideoer og prøving og feiling før vi fullt ut kunne dra nytte av den.

Behandlingsfeilene

For å kunne avdekke mulige behandlingsfeil systematiserte vi lovbrudd og påpekte mangler i åtte kategorier, som oftest gikk igjen i tilsynssakene:

- kartlegging/selvmondsrisikovurdering
- utredning/diagnose
- fysisk sikring
- kontinuitet
- individuell plan
- kriseplan
- journalfeil

Her fikk vi bruk for fylkesmennes egen veileder, som vi fikk innsyn i. Nedtrekksmenyen vi satte opp for disse kategoriene var i tråd med veilederen: Lovbrudd, påpekt mangel, vurderingstema, ikke vurdert eller sladdet. Slik fant vi ut hvilke feil og lovbrudd som blir gjentatt hyppigst i psykisk helsevern.

Fire lovbrudd utpekte seg ved hjelp av tabellene:

- **Dårlige eller manglende selvmondsrisikovurderinger.**
- **Dårlig samarbeid mellom behandlere og manglende kontinuitet for pasienter.**
- **Manglende utredning og uklare diagnoser.**
- **Journalfeil.**

Manglende konsekvenser

I tråd med fylkesmennes interne retningslinjer satte vi også opp en validering på hvordan sakene ble fulgt opp etter at det ble konkludert. Her fant vi ut at fylkesmennene i all hovedsak *ikke* følger sin egen veileder for hvordan tilsynssaker skal behandles.

Påpekte lovbrudd blir ikke fulgt opp slik de skal, for det blir ikke stilt krav til sykehus eller institusjoner om å rapportere inn hvordan feilene er rettet opp.

Ved bruk av pivottabellene fant vi ut at:

- **I over halvparten av sakene der det ble påvist lovbrudd, fikk ikke bruddene noen videre konsekvenser for dem som hadde hatt ansvaret for pasientene.**
- **I bare 39 av 91 lovbrudd krevde fylkesmannen at sykehusene gikk gjennom sine rutiner og rettet feil innen en gitt frist.**

60 funn

Analysen av datasettet gjennom pivottabellene ga oss over 60 ulike funn. Neste steg var å velge ut hva som var mest relevant og interessant. Hvilke grafer besvarte våre hovedspørsmål og hypoteser?

For å holde oversikten måtte vi rett og slett skrive ut de 60 grafene og legge dem utover et langbord i NRK, for å se hva som skulle med når avsløringene våre skulle presenteres.

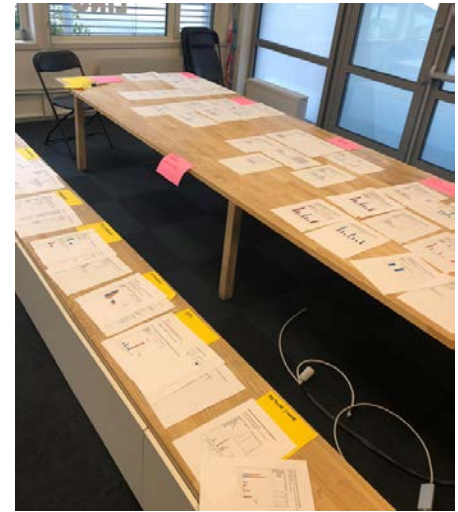
Slik så vi tydelig hvilke funn som hørte sammen og hvilke funn som skulle legges til side i denne omgang.

I tillegg til funnene vi har omtalt ovenfor, konkluderte vi nå med at våre viktigste funn var:

- **Helsevesenet brøt loven i nesten halvparten av alle sakene.**
- **De samme behandlingsfeilene går igjen.**
- **12 pasienter sto i behandlingsskø da de begikk selvmord. Loven ble brutt i 11 av disse 12 sakene.**
- **Mange pasienter ville ikke skrives ut eller ville legges inn da de tok sitt eget liv.**

Nå nærmet vi oss publisering. Vi mente at funnene våre kunne være med på å forklare den dystre selvmordsstatistikken i norsk psykiatri.

Det er verdt å nevne at det ved publisering og i tiden etterpå ikke kom en eneste klage på tallmaterialet vårt og hvordan vi brukte det. Det pleier det i slike saker stort sett å gjøre.



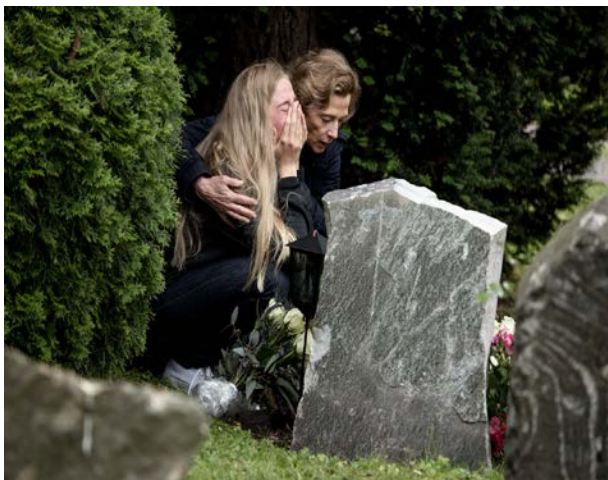
METODE 5: Menneskene

Vinteren 2018, lenge før innsyn, datasett eller funnene er ferdig, startet vi et parallelt arbeid med en rekke enkelthistorier, som kanskje kunne være med på å presentere funnene våre senere. Vi jobbet tidlig med et bredt perspektiv – en slags 360 graders visning av hele systemet, ikke bare etterlattes syn og følelser. Målet var å kombinere sterke enkelthistorier med våre avsløringer om systemkritikk. Vi ville se psykiatriens utfordringer fra flere hold: Pårørende, pasienter, behandlere, forskere og myndighetene. Og ut fra det skape en mer helhetlig og etisk forsvarlig debatt.

Tid og tillit

Felles metode for hele kildearbeidet var tid og tillit. Ingen av enkelthistoriene var enkle.

Vi hadde en rekke møter og samtaler over tid med de mest sårbare kildene. Som med familien



Wilhelmsen, som bare noen måneder tidligere hadde mistet sin sønn og bror Preben Nicolay i selvmord på lukket avdeling. Vi måtte forstå alle aspekter av den komplekse historien.

Men like viktig: over en lengre periode danne oss et bilde av familien og om de, så kort tid etter selvmordet, skulle medvirke. Slik de fra første stund uttrykte at de ville.

Åtte-ni måneders tett kontakt ga Wilhelmsen-familien tid til å tenke, rådføre seg med andre og ombestemme seg dersom de ønsket det. Det ga også oss god tid til å gjøre våre etiske vurderinger.

Den samme metoden ble sentral i kontakten med en pasient som har en alvorlig psykisk diagnose. Hun hadde vært inn og ut av psykiatrien i mange år og forsøkt å ta sitt eget liv flere ganger. Hun var fortsatt suicidal, men fast bestemt på at hun ville fortelle sin historie. Den tok tid å forstå og dokumentere, men hvordan ville det påvirke henne å gå ut offentlig?

Også her brukte vi tiden som hjelpemiddel. Vi snakket også med hennes tidligere behandlere og nåværende fastlege, for å forsikre oss om at en eventuell medvirkning ikke ville forverre den psykiske helsa hennes.



Under gjennomlesning av de mange sakene vi hadde fått innsyn i, kom vi over en forferdelig historie. Tre unge jenter i Brønnøysund i Nordland hadde tatt sitt eget liv rett etter hverandre. Poli og kommunale kilder steilet da vi først tok kontakt. Historien hadde aldri vært fortalt før, og det lille samfunnet fryktet at det skulle blusse opp en ny selvmordsepidemi dersom NRK tok i saken.

Vi var hele tiden opptatt av det forebyggende perspektivet ved å

fortelle historien, men kunne vår omtale føre til det motsatte: at flere unge begikk selvmord? Vi hadde langvarig kontakt med kilder i Brønnøysund, mens vi hele tiden rådførte oss med eksperter.

Tiden som hjelpemiddel ble også helt avgjørende for å få psykiatrien selv i tale. Tydelige stemmer fra fagfeltet måtte inn, for å belyse de vanskelige problemstillingene behandlerne står i. Flere titalls samtaler og møter med psykologer og psykiatere over hele landet avdekket stor motvilje mot å medvirke. Flere var redde for sanksjoner fra sjefene og for å miste jobben sin.

ETIKK

Omtale av selvmord er noe av det som er strengest regulert i norsk presseetikk. Omtale av selvmordsmetode har tidligere blitt slått hardt ned på av PFU. Dette var en utfordring for oss, fordi manglende fysisk sikring og gjenstander på pasientrom var en viktig del av funnene våre.

Hvordan kan man omtale feil og kritikkverdige forhold, hvis man ikke kan fortelle hva det konkret handler om?

Den siste tiden har det vært bevegelse i PFUs behandling av dette spørsmålet, i retning av mer åpenhet. Vi hadde tidlig grundige diskusjoner med redaktørene og med NRKs etikkredaktør, og landet på denne praksisen: Vi omtaler metode i generelle sammenhenger, for eksempel i samleoversikter over behandlingsfeil ved sykehus og institusjoner. Men i konkrete, personlige saker omtaler vi ikke metoden, med mindre det foreligger en spesiell grunn til det.

De aller fleste av sakene i denne nyhetsserien krevde etiske vurderinger. Vi hadde kort linje til redaktørene, og mange diskusjoner med dem underveis.

Vi inviterte også, i god tid før publisering, interesseorganisasjonen Leve (Landsforeningen for etterlatte ved selvmord) og forsker Fredrik Walby (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging) for å luften våre etiske utfordringer og få innspill helt ned på detaljnivå.

Vi jobbet også ekstra nøye med innhenting av tilsvarende fra institusjoner som ble angrepet i de konkrete enkeltsakene våre. Utgangsposisjonen deres var ofte "ingen kommentar". Vi brukte ekstra krefter på å forklare dem hvilken effekt taushet kan ha på trykk i så sterke enkeltsaker. De fikk oversendt alle påstander som ble rettet mot dem, selv etter "ingen kommentar", med nye muligheter og god frist til å svare. Vi hadde god dialog med alle parter i sakene vi laget.

Presseetisk ble det en debatt etter publiseringen. Presseetikken om selvmord er i endring, og både Norsk Redaktørforening og flere medier tok til orde for en oppmykning av Vær varsom-plakaten. I skrivende stund er ingen av sakene våre innklaget til PFU.

ORGANISERING

- Arbeidet startet høsten 2016. Vi jobbet med det hver for oss i ledige stunder mellom andre prosjekter, men det gikk sakte framover.
- I februar 2017 hadde vi likevel fått innsyn i en del saker som måtte systematiseres. Vi fikk frigjort en uke til å jobbe sammen.
- Deretter lå prosjektet mer eller mindre brakk i et år, mens vi arbeidet med andre saker. Vi måtte likevel sørge for at forvaltningen ikke glemte klagesakene våre og maste jevnlig.
- Prosjektet fikk midler og ble gjenoppptatt i mars 2018. Derfra jobbet vi to personer nesten fulltid fram til innsyn, lesing og registrering av alle sakene var nesten ferdig høsten 2018.
- I september 2018 satte vi satt ned en stor, tverrfaglig redaksjon fra fem NRK-avdelinger. Datasetset, enkelthistorier og all foreløpig research og opptak ble gjennomgått og delt med alle.
- Vi var til sammen 10 personer som deretter planla og utviklet saker for en bred publisering: en konseptutvikler med en student, to utviklere, en grafisk designer, en nettvideoansvarlig, to journalister, en researcher og en prosjektleder.
- Arbeidet fortsetter i 2019.

PUBLISERING

Vi ville lage en nyhetsserie over tid, med et tydelig avtrykk av klare funn. Målet var å sette dagsorden og få folk til å forstå sakene og snakke om dem, spesielt de unge. Et overordnet mål var endring: Å avdekke behandlingsfeil, slik at psykiatrien *kan lære mer* av sine egne feil og kanskje redde flere liv.

Serien hadde mobil først i fokus, men skulle også ut på alle NRKs nyhetsprogrammer for å nå bredt. Vi la en *langsiktig publiseringsplan* over fire uker for tv, nett og radio. Vi lagde også en minidokumentar til tv.nrk.no/Lørdagsrevyen som skulle starte serien. Vi involverte NRKs debattredaksjoner i god tid før publisering.

Vi ville speile hele systemet, ikke bare de etterlattes syn, men pasienter, behandlere, forskere, myndigheter osv. Vi arbeidet for å finne en *god balanse* mellom sterke enkelthistorier og systemkritikken/funnene.

Vi arbeidet lenge med å visualisere store datamengder for å gjøre tung tematikk og mange funn *lett forståelig* ved hjelp av grafikk på nett og tv.

Vi delte funnene våre opp i tydelige stolper og publiserte *hovedsaker over tid* for å gjøre det mer forståelig. Vi publiserte over tid også på grunn av sakenes tunge tematikk. Vi laget og publiserte også flere saker om hva som faktisk nytter i psykiatrien.

I en så *stor organisasjon* som NRK måtte en så langsiktig publiseringsplan forankres i mange ledd og på mange desker med forskjellige redaktører.

KONSEKVENSER

- [Helsetilsynet krevde at sykehusene retter opp feilene sine ved selvmord](#)
- [Krav om at helsevesenet lærer av sine egne feil](#)
- [Politiske krav om at helseminister Bent Høie skulle komme på banen](#)
- [Helseministeren innkaller til hastemøte om selvmordskritikken](#)
- [Brukerorganisasjoner krever konkrete tiltak for psykiatrien](#)
- Bare noen dager etterpå kalte helseministeren inn til nytt hastemøte, med blant annet Datatilsynet, Helsedirektoratet og UIO-forskere for å få fortløp i kartlegging av eventuelle behandlingsfeil ved selvmord i psykiatrien. Kartleggingen, som har vært utsatt i nesten ett år nå, er ventet å starte i januar 2019.
- Debatt om hva god pasientbehandling i psykiatrien er:
 - [Vi kan ikke ta fra pasientene alt](#) (psykologspesialist Tormod Stangeland)
 - [Parodi på psykisk helsevern](#) (Kronikk av forfatter og pårørende Tiril Broch Aakre)
 - [Ingen garanti mot selvmord](#) (Kronikk av Tor Levin Hofgaard i Norsk psykologforening)
- [Psykologopprør mot Helsetilsynet](#)
- [Helsetilsynet vurderer stedlige tilsyn ved alle selvmord på institusjoner](#)
- Debatt om Vær Varsom-plakaten
 - [NRK trækker på levende og døde](#) (Innlegg av Elisabeth Swensen, lege og pårørende)
 - [Vil gå tettere på selvmord](#) (Artikkel i Klassekampen)
 - [Vi trenger en ny debatt om «selvmords-punktet» i Vær varsom-plakaten](#) (Kommentar av Reidun Kjelling Nybø i Norsk Redaktørforening)



NRK har også mottatt flere hundre tips i forbindelse med sakene, og kommer til å følge opp disse i tida framover.

ERFARINGER

- Tidlig i prosjektet hadde vi sjelden tid og mulighet til å registrere tilsynssaker samtidig. Det førte senere til mer arbeid og kvalitetssikring i etterkant.
- Læringskurven for verktøy var bratt. Om vi kom til kort, søkte vi hele veien aktivt etter nye verktøy eller funksjoner. Søk på nett eller spør kollegaer om du ikke får det til.
- De to journalistene som jobbet gjennom hele prosjektet har forskjellig kompetanse og bakgrunn. En har sin forse i journalistikk og formidling, en annen har sin styrke i research og systematikk. Vi fordelte arbeidsoppgavene etter dette og utnyttet hverandres kompetanse.
- I siste del av prosjektet, med en tverrfaglige redaksjon, samarbeidet vi om alt fra design, historiefortelling, datafunn, etikk og grafikk. Vi hadde stor nytte av å sitte samlet på en desk med prosjektleder. Aktiv gruppechat på intranett og deling av alt råstoff og research ble viktig.
- Ukentlige framdriftsmøter. Viktig å avklare individuelle behov i en så tverrfaglig gruppe.
- Vi forutså ikke hvor mange tips vi ville få inn når publiseringen var i gang. Vi ser nå at vi burde hatt et sentralt tipsmottak. Det ble lite tid innimellom planlagte publiseringer til å følge opp tips – først nå har vi fått hodet over vann.

VEDLEGG

Fullstendig saksliste