

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern

*En kvalitativ studie om helsepersonells
erfaringer med implementering av
retningslinjene og egen kompetanse i
psykiatrisk poliklinikk*

Tone Elise Berg Greidung



Masteroppgave i psykososialt arbeid; selvmord, rus, vold og
traumer
Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

01.05.2014

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern

En kvalitativ studie om høyskoleutdannet helsepersonells erfaringer i praksis og hvordan de opplever egen kompetanse når de skal kartlegge selvmordsrisiko i psykiatrisk poliklinikk

© Tone Elise Berg Greidung

2014

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern

Tone Elise Berg Greidung

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Navn: Tone Elise Berg Greidung	Dato: 01.05.14
<u>Tittel og undertittel:</u> Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern- En kvalitativ studie om helsepersonells erfaringer med implementering av retningslinjene og egen kompetanse i psykiatrisk poliklinikk.	
<u>Mål:</u> Innhente erfaringer fra høyskoleutdannet helsepersonell om hvordan de nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er implementert i psykiatriske poliklinikker. Jeg har beskrevet hvordan høyskoleutdannet helsepersonell erfarer å kartlegge selvmordsrisiko hos pasienter, og hvordan de opplever sin egen kompetanse opp mot krav om faglig forsvarlighet.	
<u>Metode:</u> Det ble gjennomført 7 semi-strukturerte intervjuer av høyskoleutdannet helsepersonell for innhenting av data. Intervjuene ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering etter en firetrinns modell beskrevet av Malterud. De meningsbærende temaer som ble plukket ut gav grunnlag for analysen og utviklet til nye beskrivelser.	
<u>Resultat:</u> Retningslinjene var <i>implementert</i> i ulik grad. Omfanget av <i>opplæring</i> varierte. Alle gjennomførte kartlegging av selvmordsrisiko. Et fåtall erfarte at retningslinjene fungerte tilfredsstillende med hensyn til <i>ansvar og rolle</i> . Utvalget erfarte at de hadde <i>kompetanse</i> i å kartlegge selvmordsrisiko, men det var behov for <i>støtte</i> og ytterligere <i>opplæring i journalføring</i> .	
<u>Konklusjon:</u> Retningslinjene ble praktisert ulikt i de psykiatriske poliklinikkene i klinikk psykisk helse og rusbehandling ved Sykehuset i Vestfold HF. Implementering syntes å avhenge av tydelig forankring i ledelsen. Internkontroll førte til bedre rutiner og avklarte ansvarsområder. Dette gav trygghet for de ansatte. Uavklarte rutiner og ansvarsområder førte til etiske dilemmaer og mer usikkerhet. Samarbeid med akutt-ambulant team kan være et tiltak for å redusere at pasienter med aktiv selvmordsproblematikk henvises poliklinikk. Høyskoleutdannet helsepersonell kan ha nytte av ytterligere opplæring i journalføring for å sikre at dokumentasjon utføres forsvarlig.	
Nøkkelord: Retningslinjer, selvmordsforebygging, implementering, helsepersonell	

Forord

Det er flere som bør takkes for at denne studien lot seg gjennomføre. Arbeidsgiver har bidratt økonomisk til gjennomføring av studien. Leder har tilrettelagt for at jeg har kommet i mål og gode kolleger har vist tålmodighet i arbeidskrevende perioder. I tillegg takker jeg informanter som har delt sine erfaringer og gjort det mulig å utføre prosjektet. Til slutt vil jeg takke veilederne dr.med. Hans Magnus Solli og klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, MHA Vibeke Salicath Gordner for god og konstruktiv veiledning gjennom prosessen fram til målet.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko	7
1.2	Eget ståsted	8
1.3	Problemstilling.....	8
2	Metode.....	10
2.1	Søknadsprosess og etiske rammer	10
2.2	Utvalg og rekruttering	11
2.3	Intervjuer	11
2.4	Transkripsjon	12
2.5	Tolkning og analyse.....	12
3	Teori	14
3.1	Selv mord som fenomen	14
3.2	Utfordringer i selvmordsforebyggende arbeid	15
3.3	Implementering som strategi	17
3.3.1	Hindringer i implementeringsarbeidet	17
3.3.2	Kriterier for vellykket implementering:	21
3.4	Kunnskap, kompetanse og klinisk skjønn	22
3.4.1	Ulike kunnskapsformer	22
3.4.2	Kompetanse og klinisk skjønn	23
3.5	Etikk.....	25
4	Resultat.....	28
4.1	Utvalget	28
4.2	Oversikt over funn	28
4.3	Implementering av retningslinjene	28
4.3.1	Avklarte rutiner.	29
4.3.2	Uavklarte rutiner	31
4.3.3	Opplæring	33
4.3.4	Kartlegging av selvmordsrisiko	34
4.4	Erfarer helsepersonell å ha forsvarlig kompetanse?	35
4.4.1	Kompetanse	35
4.4.2	Endringer	37

4.4.3	Støtte.....	38
4.4.4	Dokumentasjon.....	40
4.4.5	Roller.....	42
5	Drøfting.....	43
5.1	Validitet og relevans.....	43
5.2	Kunnskap om retningslinjene.....	44
5.2.1	Gode rutiner og avklarte roller.....	45
5.2.2	Uavklarte rutiner og roller.....	46
5.3	Opplæringsstrategier.....	48
5.4	Praksis.....	48
5.5	Faglig forsvarlighet.....	52
5.5.1	Ansvar.....	53
5.5.2	Journalføring.....	54
6	Oppsummering.....	57
	Referanser.....	59

Vedlegg:	Intervjuguide nr. 1	
	Forespørsel om å delta i intervju nr.2	
	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS nr.3	
	Mail Cappelen Damm Akademisk, Tor Paulson nr.4	
	Mail Cappelen Damm Akademisk, Dorte Østreng nr.5	

1 Innledning

Sosial og Helsedirektoratet har som oppgave å utarbeide nasjonale retningslinjer innenfor helsetjenester. Målet er at tjenestene skal være av høy kvalitet og at en gjør riktige prioriteringer. I tillegg skal retningslinjene sikre en uønsket variasjon i tjenestene. Pasienten skal kunne forvente en mest mulig lik behandling uavhengig av hvor en er bosatt. Kost/nytte vurderinger, juridiske forhold, etiske vurderinger og samfunnsmessige konsekvenser skal gjøres før en kan utarbeide nye retningslinjer. De skal være basert på et godt forskningsmessig grunnlag for hva som er god praksis på utgivelsestidspunktet. Det betyr at etter hvert som ny kunnskap kommer til vil behovet for evalueringer være tilstede (Helsedirektoratet, 2012).

Det har vært en betydelig opptrapping av psykisk helsevern i Norge de siste årene. Flere planer innenfor helse og omsorg er iverksatt og det er brukt millioner av kroner til å forsterke og videreføre innsatsen innen psykisk helse og rusfeltet (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). I selvmordsstatistikken for 2012 er antall selvmord redusert fra 548 i 2011, til 515 i 2012 (Statistisk sentralbyrå, 2012). Enda er det for tidlig å si om dette er vedvarende reduksjon eller om det er en variasjon som vil svinge fra år til år.

I 1994 ble det vedtatt et nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge rettet mot helsetjenesten. Det ble utarbeidet en handlingsplan mot selvmord (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002). Etterfulgt av dette ble det iverksatt oppfølgingsprosjekt «Tiltak mot selvmord 2000-2002» som skulle styrke helsetjenestens kompetanse og tilbud til utsatte grupper, og dessuten forebygge selvmordsatferd i risikogruppen. Innsatsen har i stor grad vært rettet mot de som har høy risiko for selvmord og selvmordsatferd. I psykisk helsevern har det vært høyt fokus på risikogrupper som mennesker med depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelse (Sosial - og helsedirektoratet, 2008).

Opptrappingsplaner og veiledere har hatt fokus på bedre helsetjenester for alle. Helsetjenestene skal være forsvarlige, trygge og virkningsfulle, samordnet, tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). I Stortingsmelding nr.25 «Åpenhet og helhet» vektlegges at: «Selvmordsforebyggende tiltak bør være en integrert del av helsevesenets generelle krise- og behandlingsberedskap, med et nært samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten» (Helse-og omsorgsdepartementet, 1997).

Helsepolitisk har det vært et viktig mål og sikre at pasienter i psykisk helsevern får forsvarlig behandling. Med forsvarlig behandling menes at enkelttiltak og lengre behandlingsforløp tar utgangspunkt i hva som i fagfeltet anses å være god praksis basert på relevant kunnskap og de omstendighetene som er, ofte konkretisert i form av faglige instruksjoner og retningslinjer utarbeidet både av tjenestestedet og fra myndighetene og fagmiljøer. Uforsvarlig behandling kan være at man unnlater eller utfører manglende kartlegging ifølge innførte prosedyrer (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). Helsepersonelloven (1999) skal sikre at alle får et minimum av helsetjenester og at disse holdes på forsvarlig nivå (Lov om helsepersonell, 1999). Det forventes at helsepersonell opptrer forsvarlig og omsorgsfullt og at pasientens rett til selvbestemmelse og medvirkning respekteres. Helsearbeid er et praktisk fag der en skal utøve et arbeid etter faglig forsvarlighet og med et bestemt formål.

Samfunnsmessig har en beveget seg til mer og mer og skulle forholde seg til juridiske problemstillinger, også når det gjelder helsepolitiske spørsmål. En tendens i media ikke minst, er at selvmord bør kunne forebygges i psykisk helsevern. Media kommer oftere med kritikk av innsatsen som gjøres i psykisk helsevern og det er mer fokus på hvem som har ansvar for at noen tar livet sitt. Det er debatter omkring kvalitet i psykisk helsevern. De siste årene har det vært en betydelig nedleggelse av sengeplasser i psykiatrien. Det har ført til en desentralisering og til mer poliklinisk behandling. Samtidig ser en også at det er høyere terskel for å legge inn pasienter i døgnbehandling, det fører til at flere får poliklinisk behandling enn tidligere. Retten til selvbestemmelse og medvirkning er et viktig moderne etisk og juridisk prinsipp der respekt for individets autonomi står sentralt og må tas hensyn til i vurdering av poliklinisk eller døgnbehandling (Wifstad, 2013). Det fordrer at en har felles retningslinjer over hele landet, slik at en reduserer fare for subjektive og lokale regler innenfor helseforetakene. En større andel pasienter med psykisk lidelse behandles poliklinisk og det fører til at den enkelte behandler får oppgaver som tidligere ble behandlet i døgn-enheter i større grad.

Helsearbeid er etisk utfordrende på flere plan. Samfunnsmessig har enhver helsearbeider en rolle å fylle. Forventninger til utførelsen av helsehjelp avhenger av hvilken rolle og mandat yrkesrollen defineres innenfor. I helsepersonell-loven er det 29 yrkesgrupper som omfattes av autorisasjonsordningen og som ansees som profesjoner. Denne bekreftelsen fra det offentlige gir legitimering for at man fyller faglige og formelle krav til yrkestittel og yrkesutøvelse. Det skal hindre at pasienter behandles av personer som mangler nødvendig faglig kompetanse.

Profesjonene har et samfunnsmandat til å utføre arbeidet etter lover og regler for helsefagene (Wifstad, 2013).

Helsevesenet er i stor grad finansiert med statens midler. Det krever at helsepersonell forvalter midlene etter de gjeldende prinsipper for rett behandling på rett sted til riktig tid. Dette ansvaret har alle helsearbeidere i større eller mindre grad og det kreves at helsepersonell til enhver tid har øye for de prioriteringer som avgjør behandlingsbehov.

Den enkelte behandler har stor grad av autonomi i utformingen av behandlingstilbudet, delvis basert på individuelle preferanser. Det setter store krav til at de psykiatriske poliklinikkene er oppdatert på kunnskapsbasert faglig praksis og vitenskapelige dokumentasjoner eller konsensus fra ekspert grupper omkring behandling der dette finnes (Statens helsetilsyn, 2001).

Ett av tiltakene Helsedirektoratet har iverksatt er innføring av « Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» (forkortet retningslinjene) som kom i 2008. Anbefalingene i retningslinjene legger til grunn at praksisen i helsetjenesten skal være basert på den best tilgjengelige og oppdaterte forskningsbaserte kunnskap som er tilgjengelig på det oppgitte tidspunkt (Sosial - og helsedirektoratet, 2008). Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer baseres på forskning, praksis og brukermedvirkning innenfor en kontekstuell ramme (Helsedirektoratet, 2012). Som bakgrunn for retningslinjene er det lagt til grunn en fylldig kunnskapsoppsummering utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i samarbeid med forskere med klinisk kompetanse på suicidologi (Walby F. , 2008). Retningslinjene er ikke direkte bindende, men bør være styrende for de valg helsepersonell gjør. De er ment som et hjelpemiddel for helsepersonell ved beslutninger som må tas for å oppnå god kvalitet og forsvarlig behandling (Sosial-og helsedirektoratet, 2005).

Det er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i samarbeid med ekspertgruppe på selvmordsatferd som har klassifisert nivået når det kommer til selvmords kartlegging og vurdering. En gjennomgang av tidligere studier og dokumentasjon, i tillegg til vurdering av retningslinjene i andre land (spesielt England), samt ekstern høring har dannet bakgrunnsteppe for retningslinjene. For å klassifisere retningslinjer i forhold til kunnskapsgrunnlaget er det laget tre kategorier. Kategori 1 baseres på meget god dokumentasjon, kategori 2 er basert på minst en god studie. Det er enighet om validitet av dokumentasjon, appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe. I kategori 3 er det basert på

manglende dokumentasjon, men likevel enighet om appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe. Ved kartlegging av selvmordsrisiko er de fleste gradert på nivå 3. Det innebærer at det er lite evidens knyttet til tiltaket (Sosial - og helsedirektoratet, 2008).

Retningslinjene har i tillegg til å ha innsatsen rettet mot høyrisikogruppen også hatt fokus på de som er i poliklinisk behandling. Retningslinjenes pro aktive fokus på at alle som behandles i psykisk helsevern skal kartlegges for selvmordsrisiko og ikke bare de med høy risiko fordrer ny praksis. Det forutsetter at helsepersonell har den nødvendige kompetansen og yter forsvarlig helsehjelp etter lovverket (Sosial - og helsedirektoratet, 2008). Lovverket legger mye ansvar på den enkelte når det gjelder å vurdere forsvarlighet og kompetanse (Lov om helsepersonell, 1999). I psykiatriske poliklinikker er det ofte høyskoleutdannet helsepersonell som møter pasienten første gang. De kan ha utdanning innenfor helse, pedagogikk og sosialfaglige retninger. I tillegg er det en forutsetning for arbeid i psykiatriske poliklinikker at en som kliniker har videreutdanning innenfor ett eller flere områder.

En kartlegging av selvmordsrisiko hos alle pasienter som kommer i behandling i psykisk helsevern er et skritt i riktig retning for å styrke arbeidet i psykisk helsevern, uavhengig av hvor en bor i landet. Tjenestene bør være likeverdige uansett om man bor i sør eller nord, øst eller vest.

Psykiatriske poliklinikker behandler pasienter som kommer til timeavtaler. Organisatorisk er de en del av spesialisthelsetjenesten og sorteres under ruspoliklinikk, rehabiliteringspoliklinikk og allmennpoliklinikk. I tillegg kommer spesialpoliklinikker med ulike utredning og diagnostiseringsoppgaver. Utredning, diagnostisering og behandling av de fleste psykiske lidelser er hovedoppgaver i psykiatriske poliklinikker. Kriseintervensjon, kort og langtidsterapi, rådgivning og medikamentell behandling er de viktigste områdene (Statens helsetilsyn, 2001). I denne oppgaven vil betegnelsen psykiatrisk poliklinikk avgrenses til voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Pasienter som behandles i psykisk helsevern har en større risiko for selvmord enn normalpopulasjon (Lönnqvist, 2009). Mange av de som tar livet sitt har en eller flere diagnostiserte psykiske lidelser (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Autopsi studier har vist at over 90 % av de som tar selvmord har en diagnostiserbar psykisk lidelse (McKeon, 2009).

Begrepet selvmord kan forklares på flere måter. Retterstøl har benyttet en definisjon som er hentet fra den britiske psykiateren Erwin Stengel: «*Selvord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden*» (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002, s. 12).

Denne definisjonen kan dog diskuteres fordi personer som har en forvirringstilstand eller psykose ikke kan sies å ha en bevisst og villet handling, men denne forklaringsmåten på selvmord er allikevel anvendbar.

I 2005-2006 var det 176 pasienter som ble behandlet i psykisk helsevern som tok selvmord i Norge (Ekeberg, 2008). Statens helsetilsyn beskrev den gang utfordringer knyttet til mangelfull kompetanse hos helsepersonell og mangel på rutiner for opplæring i selvmordsrisiko og selvmordsforebyggende tiltak (Sosial - og helsedirektoratet, 2008) .

Det er begrenset kunnskap om hvordan retningslinjene fungerer i praksis i psykiatriske poliklinikker. Undersøkelser som tidligere er utført vedrørende de Nasjonale retningslinjene har omfattet døgnenheter eller akutt-team. Walby og Ness' (2012) foretok en undersøkelse i Helse Sør-Øst som gav inntrykk av at ledere var kjent og brukte retningslinjene, dog med ulik grad av implementering (Walby & Ness, 2012). Disse erfaringer bygger på svar fra ledere som har et annet ansvarsområde og rolle i enheten enn det kliniske helsepersonell som ofte arbeider tettere på pasienten. Det ble i løpet av 2008 holdt flere dagskurs i de fem regionale helseregionene der legespesialister og psykologspesialister var målgruppen. Meningen var at disse skulle gjøres i stand til å holde kurs i eget helseforetak. Det ble vektlagt at kursledere lokalt bør være faglige ledere og ha klinisk legitimitet, som innebærer at de fleste kursledere bør ha legespesialist eller psykologspesialistutdanning. Det vises til at enkelte punkter i retningslinjene omhandler miljøpersonalets utfordringer og at disse bør undervises av de som til daglig utøver miljøterapi i døgnavdelinger. Hvordan virkeligheten virkelig var i de ulike helseforetakene når det gjaldt implementering ble overlatt til Statens helsetilsyn å vurdere. I løpet av 2008 og 2009 gjennomførte de nasjonalt tilsyn med internkontroller i de distrikts psykiatriske sentrene (forkortet DPS) (Ness, 2009). Helsetilsynet i Oslo og Akershus konkluderte i 2010 etter tilsyn med DPS døgnenheter at retningslinjene virket implementert (Helsetilsynet, 2010) . En masteroppgave skrevet i 2012 undersøkte hvordan helsepersonell beskrev praksis i tre ulike akutt-team ved DPS etter at nasjonale retningslinjene ble utgitt. Det ble funnet vesentlige forskjeller med hensyn til hvor implementert retningslinjene viste seg å være. Kartlegging og vurdering ble praktisert ulikt i de tre teamene, opplæring varierte i de tre

teamene og journalføring ble gjort på ulike måter. Teamene hadde varierende grad av lege og psykolog tilknyttet og det var kun ett team som hadde fått sertifisering og der ledelsen hadde tatt ansvar for rutiner som var i tråd med kravene som er til ansvar og kompetanse (Sørum, 2012).

Det er viktig at helsepersonell har den nødvendige kompetanse som kreves for de oppgaver som skal utføres. Det er poengtert at helsepersonell skal ha nødvendig opplæring for å kunne handle i tråd med forsvarlig praksis (Sosial - og helsedirektoratet, 2008).

Nasjonale retningslinjer er direktoratets anbefalinger. De er utarbeidet på bakgrunn av kunnskapsstatus og er ment som et virkemiddel i arbeidet med å forebygge selvmordsrisiko for pasienter som er under behandling i psykisk helsevern. Det enkelte foretak bør lage sine egne prosedyrer som operasjonaliserer anbefalinger slike at de kan benyttes i praksis.

Undersøkelsen har fokus på Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og retter seg mot behandlere i psykiatriske poliklinikker i «Klinikk psykisk helse og rusbehandling» ved Sykehuset i Vestfold HF. Studien avgrenses til å undersøke erfaringer fra høyskoleutdannet helsepersonell i psykiatrisk poliklinikk. Fokuset er rettet på implementering av retningslinjene.

1.1 Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Alle pasienter som kommer i behandling i psykisk helsevern skal kartlegges for selvmordsrisiko. Kartlegging skal avdekke om pasient har eller har hatt selvmordstanker, selvmords-planer eller om en noen gang har hatt selvmordsforsøk. Dette kan gjøres av helsepersonell som har fått den nødvendige opplæring og som har kompetanse i tråd med helsepersonell-loven (Lov om helsepersonell, 1999). Ved identifikasjon av selvmordstanker eller planer skal det vurderes om det foreligger en eller flere risikofaktorer. Dersom kartlegging og det kliniske symptombilde gir grunn til mistanke om selvmordsrisiko skal dette følges opp av kvalifisert helsepersonell, i utgangspunktet lege eller psykolog som må gjøre en ytterligere utredning og som på bakgrunn av dette kan sette i gang adekvate tiltak. En slik vurdering innebærer å kunne gradere alvoret hos pasienten som har selvmordstanker eller planer og gjøre seg opp en mening om den aktuelle situasjonen vedkommende befinner seg i (Sosial - og helsedirektoratet, 2008).

Retningslinjene skiller mellom kartlegging og vurdering når det gjelder hvem som kan utføre de forskjellige oppgavene. Kartlegging kan gjøres av helsepersonell som har fått opplæring i selvmordsrisiko og som deretter vurderes som kvalifisert etter krav om forsvarlighet.

Opplæring i kartlegging består av undervisning, praktiske øvelser og veiledning på dokumentasjon (Sosial - og helsedirektoratet, 2008). Arbeidet skal utøves i samsvar med de krav som er til faglig forsvarlighet og hjelp som kan forventes ut i fra de kvalifikasjoner en har, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Molven, Holmboe, & Cordt-Hansen, 2006). Dersom en er i tvil om kompetanse eller sine kvalifikasjoner skal en innhente bistand eller henvise videre der dette er mulig eller nødvendig. Yrkesutøvelsen skal skje i samarbeid og samhandling med andre som er kvalifisert dersom pasientens behov tilsier det (Lov om helsepersonell, 1999).

Helsepersonell som skal vurdere selvmordsrisiko må ha den nødvendige kompetansen til både vurdere å iverksette adekvate tiltak. Sosial og helsedirektoratet anser at lege og psykolog i utgangspunktet bør være kvalifisert til å gjøre vurdering av selvmordsrisiko, men at enkelte kan ha behov for opplæring i risikovurdering avhengig av erfaring og faglig bakgrunn. Annet helsepersonell kan ut i fra reelle faglige kvalifikasjoner få tillatelse til å utføre vurdering av

selvmordsrisiko. Det er virksomhetens ansvar at tjenesteutøvelsen er forsvarlig utført (Sosial - og helsedirektoratet, 2008).

1.2 Eget ståsted

Som kliniker i psykiatrisk poliklinikk har det undret meg hvordan prosedyrer og nye rutiner innføres, ikke minst ble dette interessant i forbindelse med at de Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord ble innført. På egen arbeidsplass oppsto ofte situasjoner der ulike problemstillinger innenfor temaet ble drøftet med kollegaer og leder, uten at en fant fram til tilfredsstillende løsninger. Min manglende kunnskap og tvil om hvordan en skulle benytte de nye prosedyrene gjorde meg nysgjerrig på om retningslinjene var implementert i andre enheter og hvilken kompetanse helsepersonell opplevde å ha når de brukte retningslinjene i praksis. Dette utgangspunktet har vært medvirkende for valg av problemstilling.

Min utdanning er innenfor pedagogikk. I skolevesenet er en opptatt av læring og læringsstrategier. Hvordan kunnskap gjøres tilgjengelig i helsevesenet er mer ukjent. Vet vi noe om måten retningslinjene implementeres på, og kvalitetssikres at alle ansatte er informert og har fått opplæring slik at det er forsvarlig? De fleste klinikere vil oppleve en eller flere ganger i løpet av yrkestiden sin at pasient har begått selvmord eller har forsøkt å ta livet sitt. Men fordi selvmord er et lavfrekvent fenomen som opptrer sjelden vil de fleste ha liten erfaring. En slik opplevelse vil sannsynligvis prege den som har opplevd dette i større eller mindre grad. Jeg ønsket mer kunnskap om selvmord som fenomen og hvordan en kan forstå dette i en større sammenheng, og valgte derfor selvmordsforebyggende arbeid som fordypning. Ut i fra min forforståelse vil det være naturlig å analysere resultatene ut i fra pedagogiske, etiske og faglige perspektiver.

1.3 Problemstilling

Målet med oppgaven er å innhente erfaringer fra helsepersonell om hvordan de nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er implementert i praksis. Fokuset er rettet på implementering av retningslinjene. Formålet er å få kunnskap om helsepersonell erfarer at retningslinjene er implementert og om de opplever å ha forsvarlig kompetanse til å utføre kartlegging av selvmordsrisiko. En nærmere presisering av problemstillingen er:

Å beskrive praksis i psykiatriske poliklinikker når høyskoleutdannet helsepersonell skal kartlegge selvmordsrisiko

Å beskrive hvordan høyskoleutdannet helsepersonell vurderer egen kompetanse opp mot kravet om faglig forsvarlighet

2 Metode

Problemstillingen i prosjektet tar sikte på å innhente kunnskap om helsepersonells erfaringer innenfor temaet selvmordsforebyggende arbeid. Jeg har valgt å intervju helsepersonell om deres erfaringer og benyttet en kvalitativ design med intervju som metode fordi det gir mulighet for utfyllende og åpen dialog. Det åpner en mulighet for å kunne justere kursen og til å forfølge visse temaer underveis. (Malterud, 2011). I analyseprosessen har jeg benyttet systematisk tekstkondensering slik Malterud har beskrevet (Malterud, 2011). Det er benyttet en intervjuguide der tre forskningsspørsmål lå til grunn. Et semi-strukturert intervju ble utarbeidet og benyttet for å sikre at alle kom innom sentrale temaer.

2.1 Søknadsprosess og etiske rammer

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Det ble kommentert at informantene skulle ha mulighet til å ta kontakt med veileder. Denne opplysningen ble lagt til på informasjonsskrivet til informantene. Studien er ikke søkt til Regional Etisk Komité da det ikke omhandler pasienter eller data knyttet til personlige opplysninger. Avdelingsledere og fagsjef innenfor foretaket ble informert om studien og det ble gitt godkjenning fra ledere til å ta kontakt med informanter. De som ønsket å være med tok kontakt. På egen arbeidsplass ble det benyttet annen fremgangsmåte. Etter godkjenning fra avdelingsleder ble det sendt ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til kollegaer. De som sa seg villig til å delta skrev under fullmaktsskjema og leverte det personlig. Dette ble gjort for å hindre press om å delta. Dersom jeg hadde informert i personalmøte kunne er risikere at kollegaer følte at de måtte begrunne sine valg. Informantene fikk informasjon skriftlig og muntlig om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å måtte begrunne dette. Dette ble presisert spesielt på egen arbeidsssted. Dataene ble oppbevart i låsbart skap i prosjektperioden. Lydopptak og transkripsjoner destrueres etter ferdigstillelse av prosjektet.

Når en benytter kollegaer i studien er det viktig å ha i fokus at de gjør seg ekstra sårbare i forhold til å gi informasjon om egne erfaringer om praksis og kompetanse (Tjora, 2010). Dette gir meg en særlig grunn til å forvalte kunnskapen på en måte som ivaretar informantene slik at de ikke skal føle seg «avkledd» eller «sett i kortene». Samtidig må en være oppmerksom på at en kan risikere at kollegaer ikke meddeler informasjon som kan være

sensitiv eller avslørende når det gjelder en selv. At jeg er spesielt opptatt av temaet og er berørt av dette kan være en utfordring. I følge Dalen (2011) kan solidaritet med informantene få betydning for hva en velger å fokusere på i tolkning og i formidling av data (Dalen, 2011).

2.2 Utvalg og rekruttering

Informantene ble rekruttert fra ulike psykiatriske poliklinikker i Klinikk psykisk helse og rusbehandling ved Sykehuset i Vestfold HF. Forutsetningen for og delta er at de har 3 års høyskoleutdanning og jobber med pasienter i poliklinisk behandling. Det som kjennetegner poliklinisk behandling er at pasienter første gang som regel ikke møter en spesialist, men en behandler som har et begrenset ansvar og rolle (Lov om helsepersonell, 1999).

Utvalget besto av 7 personer. De hadde forskjellige høyskoleutdanninger. I tillegg har alle en eller flere videreutdanninger. For å unngå gjenkjennelse spesifiseres ikke kjønn, type utdanning og arbeidssted.

Ledere som hadde pasientansvar ble ikke inkludert i studien. Som leder har man et annet ansvarsområde som kan komme i konflikt med rollen som pasientansvarlig og kollega, noe som igjen kan bidra til at det blir vanskelig å uttale seg kun som behandler.

2.3 Intervjuer

For å teste ut intervjuguiden ble det gjennomført et intervju med en kollega. Intervjuguiden ble ikke endret vesentlig, men det ble lagt til et spørsmål til i intervjuguide som omhandlet hva som var det vanskeligste med kartlegging.

Intervjuene fant sted på den enkeltes arbeidsplass. Før jeg begynte ble informantene gjort kjent med hva studien omhandlet, at de hadde mulighet til å trekke seg underveis og at de når som helst kunne be om å få stoppet intervjuet. Informantene fikk mulighet til å lese gjennom transkripsjonen, men ingen benyttet seg av det. Intervjuene tok fra 30 minutter til ca. 90 minutter. Underveis ble de stoppet dersom informanten hadde behov for pause. Det ble benyttet båndopptager under hele intervjuet.

Intervjuguiden ble fulgt i stor grad, en kom innom alle vesentlige punkter men ikke nødvendigvis i lik rekkefølge.

Informantene tok flere ganger initiativ og snakket om hendelser de var opptatt av uten at de ble spurt direkte. De ble i liten grad avbrutt, dette for å vise anerkjennelse overfor informanten og gi rom for andre fortellinger enn det intervjuguiden omhandlet. Det er avgjørende i en forskningssammenheng at informantene får tid til å reflektere underveis i intervjuet (Dalen, 2011). Dette fordret at jeg måtte holde et våkent øye med om de fortalte om erfaringer som kunne knyttes direkte opp til spørsmålene i intervjuguiden, eller om det var temaer som burde følges videre i intervjuet.

2.4 Transkripsjon

Intervjuene ble transkribert i sin helhet av meg. Dette ble gjort fortløpende etter hvert intervju tett opp mot tidspunktet for intervjuet. Det var ikke behov for oppklaringer eller ytterligere samtale etter intervjuene. Å transkribere tett opp til tidspunktet intervjuet gir en mulighet til å komme tettere på materialet ved at transkripsjonen gir rom for å begynne analyseprosessen umiddelbart. Å overføre tale til tekst innebærer at det naturlige språket noen ganger kan virke ufullstendig og lite sammenhengende når det skrives ut. Jeg har redigert teksten i en viss grad slik at den blir forståelig språklig sett (Malterud, 2011). Ved transkripsjon ble informantene beskrevet med I, og intervjueren med F. Dersom informantene brukte navn, ble disse anonymisert med fiktive navn. Etter transkribering av intervjuene hadde jeg 64 skrevne sider. Lengden på intervjuene varierte fra seks til fjorten sider.

2.5 Tolkning og analyse

I hovedsak benyttet jeg Malteruds fire trinn for analyse av kvalitative data. Det innebar først å lese gjennom intervjuene for å få et helhetsinntrykk. Deretter identifiserte jeg enheter som oppfattes som meningsbærende og systematiserte disse under kodegrupper. I det tredje trinnet abstraheres de enkelte meningsbærende enhetenes innhold i kondensater (kunstige sitater). Til sist ble betydningen av kondensatet gjenfortalt til nye beskrivelser etter en rekontekstualisering.

I første trinn leste jeg gjennom alle intervjuer for å finne temaer som vakte oppmerksomhet (sto ut av teksten). Videre ble intervjuene gjennomgått og jeg noterte meningsbærende enheter fra hvert intervju som ble samlet i kodegrupper. Enkelte temaer som kom fram i

intervjuene ble utelatt i analysen fordi det ikke representerte aktuell tematikk (Malterud, 2011; Tjora, 2010).

I utvelgelsen av meningsbærende enheter ble det benyttet ulike fargekoder for kodegrupper, og det ble opprettet filer for å holde orden på materialet. Alle filene ble skrevet ut på nytt for å gjennomgå kodegruppene og få bedre oversikt over det skriftlige materiale. Underveis i analysen har en kollega lest gjennom noe av den transkriberte teksten for å drøfte deler av materialet for å bidra til og «løfte blikket» fra eget ståsted. At forforståelse er med inn i analysearbeidet gjelder å være seg bevisst. Det er tilstrebet at jeg står på sidelinjen under intervjusituasjonen og i etterkant under arbeid med teksten. Utelatelse av enkelte emner i analysen var et bevisst valg da problemstillingen og intervjuguiden gav en retning i å få informantene til å dele sine erfaringer om et gitt tema.

Kodegruppene ble sortert slik at tekstbiter fra hver informant ble til ett samlet dokument med egen kode. Kodegruppen ble så delt opp i subgrupper. Videre ble det laget et kondensat (kunstig sitat) med tekst innholdsmessig og begrepsmessig så nært opp til intervjuene som mulig. Dette førte videre til et sammendrag av innholdet i intervjuene.

Teksten ble analysert ut i fra en hermeneutisk fortolkning. De temaer som ble valgt utviklet seg gjennom en prosess der jeg leste hele dokumentet flere ganger. Teksten ble så delt inn i koder der jeg forsøkte å forstå hva som ble sagt ut i fra dens referanseramme. Å være bevisst hvordan bestemte formuleringer av et spørsmål kan gi bestemte svar er viktig å ta med inn i analysen. Det betyr at alle fortolkninger kan romme fornyelse ut i fra hvem som leser. Min fortolkning av teksten forstås i lys av egen erfaring og forforståelse. Å se deler opp mot helhet og forstå teksten i den sammenheng den er ment, er en del av den hermeneutiske sirkel (Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2011).

I oppgaven benyttes pedagogiske, etiske og faglige aspekter ved selvmordsforebygging for å tolke og analysere materialet. I tillegg har jeg vært nødt til å sette meg inn i nytt fag stoff om endringsarbeid og lederkompetanse.

3 Teori

Selv mord er et multifaktorelt fenomen. I kapittel 3.1 redegjør jeg for selvmord som fenomen. Flere utfordringer knytter seg til selvmordsforebyggende arbeid noe jeg beskriver i 3.2. Deretter forklares faktorer som kan utgjøre hinder i implementeringsarbeid og hva som kan gjøre dette arbeidet lettere. I kapittel 3.4 beskriver jeg hvordan begrepene kunnskap, kompetanse og klinisk skjønn henger sammen. I kapittel 3.5 skriver jeg om hvilke etiske aspekter helsepersonell utfordres på i det daglige arbeidet.

3.1 Selvmord som fenomen

Det er en umulig oppgave å forutse hvem som vil komme til å ta livet sitt. Allikevel vet en ganske mye om ulike årsaker til selvmord. Det er komplisert å gi en fyldig beskrivelse av dette fenomenet. For avgrensning av oppgaven presenteres kun i korte trekk psykologisk forklaringsmodell på fenomenet der Sigmund Freuds psykodynamiske forståelse er sentral. Den kognitive forståelse baseres på Shneidman og Williams teorier om de psykologiske faktorer for selvmordsatferd. I kapittelets siste del beskrives noen viktige utfordringer knyttet til det å kunne forutse selvmord.

Sigmund Freud (1856-1939) regnes som psykoanalysens far. Hans forståelse av at mennesket opprinnelig bare hadde to basale drifter, lystprinsippet og selvoppholdelsesdriften har preget den psykodynamiske tenkningen om å forstå selvmord som en psykologisk forklaring. Dødsinstinkt og livsinstinkt var begge energiladet og måtte fortrennes, enten med aggresjon innover mot individet selv eller utover mot andre. Dødsdriften ble introdusert av hans etterfølgere og tolket og forstått som en mangefasettert drift med flere motiver; deriblant å bli gjenforent med noen en elsket. Freud hevdet også at selvmord er å forstå som et multi-dimensjonalt fenomen. Aggresjon fremheves som hovedmotiv for selvmords handlinger. Hevn, straff og ønske om å utfordre døden er essensielt. Freud viste over tid at det kunne være flere nyanser til stede. Aggresjonen inkluderte også følelser av skyld, angst og avhengighet som viktige emosjoner tilknyttet selvmordsatferd. I dag er det flere teoretikere som tror mer på at dødsdriften kan ses som en mangel på mening eller et løsningsforsøk, heller enn at det er en lengsel etter og død.

Barndommen fremstilles av Freud som avgjørende for å danne grunnlag for videre utvikling. Tap, sorg og tidlige traumer kan forårsake senere risiko for selvmord. Ubevisste prosesser som har formet barnet kan i ytterste fall kan føre til senere selvmordsatferd. Dette kan være en projeksjon av uakseptable motiver, følelser og egenskaper som overføres fra foreldre til barn (Mehlum, 1999). Freud brukte begrepene sekundære og primære prosesser om menneskets psyke. I primærprosessen preges en av impulser, infantile ønsker, tilfredsstillelse og selvdestruktivitet. Sekundær prosessen innbefatter evne til bevisst tenkning og til å se seg selv i et meta- perspektiv (Thorvik, 2011).

Shneidman og Williams har lagt mer vekt på de kognitive aspektene ved selvmordsatferd der en antar at selvmord er en konsekvens av menneskets reduserte kognitive evne i en desperat situasjon. Richard Mc Keon (2009) beskriver Shneidmans 10 fellestrekk for selvmordsatferd. I grove trekk kan en formulere det slik at kognisjon er redusert og logisk tenkning er innsnevret. Løsningen på problemet er å ta livet sitt. Målet er å opphøre bevissthet. Det tjener som en fluktmulighet når en ikke holder ut smerten og en er preget av håpløshet og hjelpeløshet. Grunnleggende psykiske behov er utilfredsstilt og det ønskes å ta bort lidelsen. Den selvmords truede er dog ambivalent i sin tenkning og vil ofte ha varslet omgivelsene. Man er preget av et pessimistisk syn og har ingen problemløsende ideer. Tenkningen bærer preg av å være dikotom, det vil si enten/eller og svart/hvitt tenkning (McKeon, 2009; Shneidman, 1985).

Williams beskriver at selvmord ofte følges av sorg og depresjon. Ønske om å ta sitt liv beror på en redusert kognitiv evne. Det er ikke for å hevne seg eller for å straffe seg selv eller andre at en velger selvmord som løsning, i motsetning til hva psykodynamisk forståelse gir inntrykk av. Målet er å unnsnippe smerte og minnet bærer preg av negative opplevelser (Williams, 2001).

3.2 Utfordringer i selvmordsforebyggende arbeid

En av de mest utfordrende oppgaver i selvmordsforskning er og predikere hvem som tar livet sitt. Vel finnes det mange risikofaktorer som er kjent men allikevel er det slik at de fleste med høy risiko ikke tar sitt eget liv (Lönqvist, 2009; Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Logan, Hall, & Karch, 2011; Qin, 2007).

Lavfrekvente forekomster er vanskelig å forske på da en alltid vil ha lite tallmaterieell og operere med. At selvmord har lav sensitivitet og spesifisitet betyr at mange vil ha risikofaktorer, men få vil utføre selvmord (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002; Larsen & Dahl Andersen, 2011). I denne sammenhengen kreves det at innsatsen er rettet mot en større del av befolkningen, og ikke bare de som i utgangspunktet har en høyere risiko (Jenkins & Singh, 2000). At mer enn 1 million mennesker begår selvmord årlig utfordrer både politikere, faglige organisasjoner, klinikere og forskere over hele verden. Det kreves samarbeid over landegrensene og en gjensidig læring for å oppnå det universelle mål om å redusere selvmordsraten i befolkningen (Hadlaczky, Wasserman, Hoven, Mandell, & Wasserman, 2011).

I selvmordsforebyggende arbeid må en bygge kunnskap på gruppedata framfor individuelle data. Det vil være uetisk og ikke forsøke å forhindre et selvmord dersom det er risiko. Evidens baserte metoder med randomiserte studier av behandlingseffekter er derfor ikke mulig å benytte på individnivå i selvmordsforskning fordi det forutsetter store utvalg. Men ved å benytte data fra randomiserte studier på grupper vil en kunne finne sammenhenger mellom symptomer på gruppenivå og individnivå spesielt ved psykiske lidelser, og en finner det også i selvmordsforebyggende arbeid. Derfor er det viktig at en har et realistisk bilde av det selvmordsforebyggende arbeid og en optimistisk tro på at det nytter å sette inn tiltak (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002). Når en vet at ca. 70 % av de som tar livet sitt har gitt signaler om dette på forhånd, samtidig som det er slik at de fleste som varsler ikke begår selvmord, kan det utfordre helsearbeidere i klinikken. Det vil føre til at en får mange falske positive, der en må gjøre en videre utredning av selvmordsrisiko hos den enkelte pasient (Larsen & Dahl Andersen, 2011).

For å hjelpe klinikerne som behandler mennesker i krise er det laget flere typer kartleggingsskjemaer som benyttes i det forebyggende arbeid. Dette kan være et supplement til å strukturere kartleggingen, men kan på ingen måte erstatte det kliniske skjønn som må utøves (Runeson, Renberg, Westrin, & Wærn, 2012). Hendin (2009) viser i sin forskning til at pasienter som er i selvmords krise ofte vil holde tilbake informasjon, fornekte planer og tanker dersom det er risiko for at de blir lagt inn. Standardiserte skjemaer har av den grunn kun begrenset verdi til å avdekke risiko og bør brukes med skjønn (Hendin, 2009).

3.3 Implementering som strategi

Det er mer enn fem år siden de Nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ble utgitt. For å iverksette en strategi eller ny retningslinje er det viktig med god ledelsesforankring. Endringer i organisasjoner er en av de mest krevende oppgaver ledere har. Organisasjonens ledelse er kanskje den viktigste premissleverandør i endringsprosesser og det er avgjørende at de er seg sitt ansvar bevisst når de skal legge til rette for endringsprosesser som angår hele organisasjonen.

Det er viktig og ha forståelse for de mekanismer som ofte oppstår når endringer foreslås. Årsaker som kan forstås er enklere å gjøre noe med. I dette kapitlet beskrives først faktorer som kan føre til motstand og som ofte er tilstede når en går i gang med omstillinger og endringer. Videre redegjøres for faktorer som bør være tilstede for å kunne implementere og gjennomføre endringer i organisasjoner (suksessfaktorer).

3.3.1 Hindringer i implementeringsarbeidet

Helsevesenet er en av de mest kompetanseintensive sektorene i Norge. Det er en høy utviklingstakt der en skal følge med i forskning, ny teknologi, omorganisering og nye driftsformer (Holsted, Martinussen, Nielsen, & Ramseng; Carlsen, Staff, Arnesen, Bechensteen, Jacobsen, & Omenaas, 2009). Endringer i organisasjoner er utfordrende både for ledere og for de ansatte. For å forstå hvorfor endringer ofte fører til motstand kan kunnskap om faktorer som vanskeliggjør gjennomføring være viktig å ha fokus på. I følge Gary Yukl (2009) kan følgende faktorer være med på å hindre eller forsinke implementeringsarbeid.

Manglende tillit: En vanlig årsak til at endringer ikke tas i mot med begeistring er at en har manglende tillit til de som foreslår endringer. Det kan være rettet mot ledelsen eller også mot kollegaer i organisasjonen. Dersom en har mistanke om at det foreligger skjulte implikasjoner som for eksempel nedbemanning eller omorganisering som ikke blir synlige før etter at endringer er gjennomført, vil det skape mistillit til den som foreslår endringen og gjennomføringsviljen er liten. En gjensidig mistillit kan få en leder til å hemmeligholde årsakene til endringer, noe som fører til økt mistenksomhet og motstand.

Manglende tro på at endringer er nødvendige: Hvis man i stor grad har vært fornøyd med måten ting har vært håndtert på tidligere og ikke ser hensikten med å endre praksis, vil det være motstand mot og gjennomføre endring. En kan se det som unødvendig å bruke tid på å lære seg nytt. Dersom en også har fått anerkjennelse for den praksisen man har hatt tidligere fra ledere eller utenforstående, vil det være vanskelig og motivere folk til å gjennomføre endring.

Manglende tro på at endringer lar seg gjennomføre: Selv om problemet er kjent, kan endringer bli avvist fordi en ikke har noe tro på at prosjektet vil være vellykket. Dersom endring fører til store omveltninger vil det kreve mye av den enkelte fordi en skal jobbe for noe en ikke har tro på.

Økonomiske trusler: Selv om endringen kan føre til fordeler for organisasjonen vil den som regel bli møtt med motstand dersom det fører til tap av inntekt, goder eller jobbsikkerhet for den enkelte. Dette merkes spesielt der menneskelige ressurser erstattes av teknologi og gjør prosesser mer effektive.

Relativt høye omkostninger: Dersom rutiner må endres kreves innsats fra den enkelte som kan oppleve at det koster for mye personlig å utføre endringen. Selv om det kan være fordeler med selve endringen knyttes ubehag til at en må legge inn mer innsats for å utføre arbeidet. Dette kan være krevende og en vil ha bekymring rundt kost/nytte-forholdet dersom det er vanskelig å vite hvor mye som kreves.

Frykt for å mislykkes: Endringer kan stille større krav til nye arbeidsmåter. Dersom en mangler selvtillit, vil det være vanskeligere å møte nye rutiner på en positiv måte. Kjente rutiner vil oppleves tryggere og mer komfortabelt. I slike situasjoner er det viktig at en som arbeidstaker får tilbud om nødvendig opplæring og støtte for å lære seg det nye.

Tap av makt og status: Dersom omstillinger fører til endringer i maktbalanse og status for enkeltpersoner og i avdelingen vil det sannsynligvis føre til motstand. Om en står i fare for å miste ansvar for oppgaver man tidligere har hatt fordi de overføres til andre, kan det føre til en følelse av å miste anerkjennelse.

Trusler mot verdier og idealer: Endringer som medfører trussel om den enkeltes verdier vil kunne vekke motstand. Om det truer personens integritet vil motviljen mot omstilling være stor.

Uvilje mot innblanding: Enkelte motsetter seg endringer fordi en ikke ønsker å bli kontrollert av andre. Dersom man forsøker å tvinge gjennom endringer skapes uvilje og bitterhet. Hvis man kan erkjenne nødvendighet av endringer og føle at en kan påvirke måten ting skjer på, kan motstanden reduseres (Yukl, 2009).

Michael Beer og Russel A. Eisenstat (2000) referert i Kvålshaugen (2010) identifiserte seks forhold som kan være til hinder for implementering og læring. De undersøkte hvilke prosesser fokuset bør rettes når nye strategier implementeres. Styring, læring og kompetanse hos ledelsen er de viktigste faktorene. Deres konklusjoner viste til følgende faktorer som hindrende for implementering;

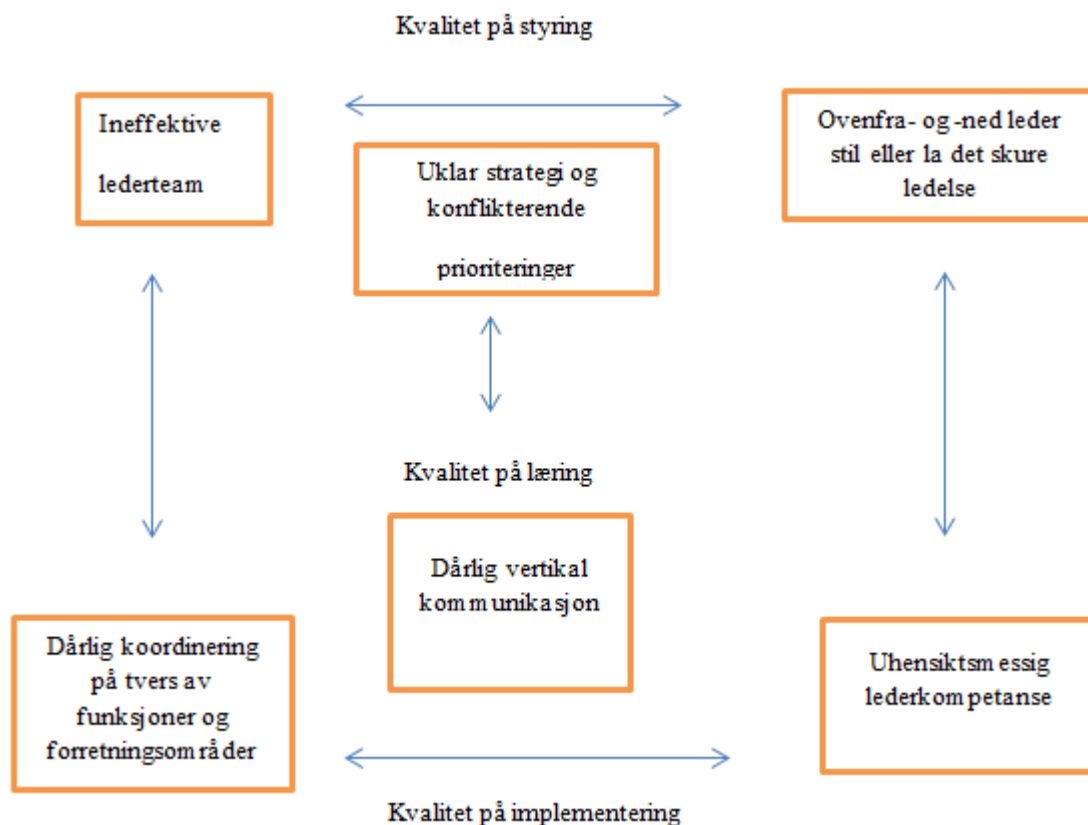
Kvalitet på styring: Dersom strategien ikke er klar og forståelig for toppledelsen vil det være vanskelig å se hva som er nyttig for hele organisasjonen. Om ledelsen er preget av ovenfra- og -ned stil eller la- det -skure stil vil det oppstå dårlige kommunikasjon med grunnplanet. En måte å observere dette på er om ledelsen er lite synlig overfor de ansatte og bare i liten grad har uformelle kontakter med personalet, samtidig som det vektlegges i liten grad informasjon som kommer fra grunnplanet. Organisasjoner som er preget av en ovenfra og ned holdning har vanskeligere å få med seg de ansatte på endringer fordi de er preget av en autoritær stil der det er begrenset kommunikasjon med de som skal utføre arbeidet. En la-det-skure stil handler om ledelse som unngår å ta beslutninger og ofte overlater viktige beslutningsprosesser til mellomledere og/eller de ansatte. Ledelsen bidrar da ikke med å løse konflikter eller ta viktige avgjørelser. Den hindrer dermed implementering fordi en ikke bidrar til å peke ut noen retning. Videre vil en uklar strategi føre til at det er vanskelig for de ansatte og vite hva som skal endres for å få strategien til å fungere. Dersom det i tillegg er to prioriteringer som konkurrerer om de samme ressursene fører det ofte til konflikt og en sterk intern fokusering, i stedet for at en er opptatt av den en skal hjelpe. Dårlig samarbeid mellom toppledere kan føre til et ineffektivt team der den enkelte leder er mer opptatt av å feie for egen dør, i stedet for og se hva som gagnar hele organisasjonen.

Kvalitet på læring: En forutsetning for å implementere er å lære det en skal gjøre. Det betyr at de ansatte og ledelsen har informasjon som er forståelig og som kan settes inn i den aktuelle referanserammen. De ansatte må vite hva de skal gjøre og på hvilken måte de skal utføre aktiviteten. En vanlig hindring i implementeringsarbeidet er at informasjonen flyter for dårlig mellom de ulike nivåene i organisasjonen. Informasjonen sendes fra toppledelsen, men når ikke fram til de ansatte som skal ha den. I noen sammenhenger er det mellom-ledersjiktet som

er ugjennomtrengelig slik at informasjon verken går opp eller ned i organisasjonen, dette kalles dårlig vertikal kommunikasjon. Hvis ledelsen ikke er mottakelig eller åpen for informasjon fra de ansatte vil dette hindre implementering.

Leder kompetanse: Riktig lederkompetanse er viktig for å implementere en strategi eller endre rutiner i organisasjonen. Dersom ledere ikke har kompetanse til å koordinere er det sannsynlig at strategien ikke blir virkeliggjort eller at det tar lengre tid. Organisasjoner som kun belønner ledere i forhold til hvor godt enheten går økonomisk vil som regel ha lite fokus på totaliteten.

Alle disse faktorene påvirker hverandre gjensidig og er avhengig av hverandre. Kvalitet på styring, kvalitet på læring og kvalitet på lederkompetanse vil ha følger for hvor godt eller dårlig en strategi kommer ut i praksis. Figur 1 illustrerer dette:



Figur 1. Interaksjon mellom de seks hindringene for strategi implementering og læring. Gjengitt med tillatelse fra forlaget Cappelen Damm AS (Kvålshaugen, 2010, s. 292).

3.3.2 Kriterier for vellykket implementering:

I studien til Beer og Eisenstat legges ikke vekt på at noen faktorer er viktigere enn andre. Susan Miller (1997) har derimot funnet at noen faktorer er mer avgjørende når en skal implementere en strategi. Hennes studier er basert på casestudier av strategiske implementeringsprosesser i flere britiske bedrifter. Det er to sett faktorer som skiller seg ut og som er spesielt viktige, der et sett faktorer går på *realiserere* og et annet sett faktorer *muliggjørere*. Realiserende faktorer må være tilstede for at organisasjonen skal klare å implementere beslutningen og muliggjørende faktorer støtter opp under og letter prosessen.

Realiserere er faktorer som bidrar til om strategien blir implementert på en god eller dårlig måte. Det kreves støtte fra de viktigste beslutningstakere i organisasjonen og det må være klare mål og planer for den valgte strategien. De ansatte og ledelsen må ha forstått hva strategien består i og hvordan de konkrete planene skal implementeres gjennom aktivitet og tidsplaner. Det bør i tillegg være et endringsvillig klima i organisasjonen og blant de ansatte. Til slutt bør klima være gunstig på den måten at det ikke oppstår for mange uforutsette og ugunstige hendelser i samme periode.

Muliggjørere er ikke avgjørende for at implementering finner sted, men den letter arbeidet. Om organisasjonen har fortrolighet vil si at ledelsen har kunnskap og erfaring med endringsarbeidet som skal gjennomføres. Endringen bør ha prioritet i organisasjonen, slik at det ikke er for mange ting som skal skje på en gang. Ressurstilgjengelighet til å gjennomføre innebærer at økonomisk, tidsmessig og menneskelige ressurser er tilstrekkelig. Strukturelle muligheter og fleksibilitet vil si at organisasjonsstrukturen ikke er til hinder for å implementere og at det er en viss grad av fleksibilitet i organisasjonen.

Tre indikatorer kan identifiseres for å evaluere suksessen;

-Fullføringsgraden; På hvilken måte er planlagte endringer oppnådd innenfor forventet tidsramme.

-Resultatoppnåelse; Grad av det som er gjort av endringer er oppfylt som planlagt.

-Aksept; Grad av hvorvidt de brukte implementeringsmetodene og resultatene av prosessen er tilfredsstillende for de involverte parter (Miller, 1997).

3.4 Kunnskap, kompetanse og klinisk skjønn

Retningslinjene forutsetter at helsepersonell som skal arbeide med å forebygge selvmord og selvmordsforsøk er i stand til å oppdage selvmordsrisiko. For å kunne sette helsepersonell til denne oppgaven er det viktig med kunnskap og kompetanse. Helsepersonell må ha kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter, i tillegg til at de må ha evne til relasjon (relasjonskompetanse) (Sosial - og helsedirektoratet, 2008). Kapittelet deles inn i følgende underkapitler; ulike kunnskapsformer, kompetanse og klinisk skjønn.

3.4.1 Ulike kunnskapsformer

I selvmordsforebyggende arbeid er det viktig å ha nødvendig oppdatert kunnskap om risikofaktorer og selvmordsatferd. Kunnskap kan romme både upersonlig og personlig kunnskap. En del kunnskap kan overføres uten å være avhengige av individuelle bærere, mens annen kunnskap ikke kan overføres via data eller ikke personlige erfaringer (Lauvås & Handal, 2000). Den teoretiske kunnskapen er nødvendig å ha i en yrkessammenheng og består av faktakunnskap og allmenn forskningsbasert vitenskap.

Å ha kunnskap om det faget eller emnet en arbeider med, og ha kjennskap til hvilke lover og regler som gjelder for yrkesutøvelsen, er en viktig del av helsepersonells helhetlige kompetanse. Kunnskapen kan tilegnes ved å lese teori eller godta utsagn og påstander som sanne fordi det de er gitt av en overordnet myndighet. Kunnskapen kan være grundig og helhetlig, eller fragmentert og overfladisk (Skau, 2011).

Annen type kunnskap er mer personlig. I en del yrkessammenhenger vil begrepet taus kunnskap dukke opp når en skal forsøke å beskrive hva en gjør i praksis. Det er vanskelig å uttrykke verbalt hva arbeidet består i. Den enkelte har tatt opp i seg kunnskap fra omgivelsene som integreres i ens personlighet. Utgangspunkt for kunnskap er det faktum at vi kan vite mer enn vi kan si. Polanyi (2000) er opptatt av den personlige kunnskapen som betyr at personen har integrert kunnskap gjennom individuell utforming som bare kan vises hos det enkelte individet (Polanyi, 2000).

Lauvås og Handal (2000) har foreslått en annen betegnelse på taus kunnskap. De mener at innforstått kunnskap er en bedre betegnelse da det hele handler om at kunnskapen er så nær individet at den ikke er det bevisst. Det er mer enn bare ordene som er tause. Kunnskapen

bæres av individet og innebærer også følelser, holdninger og verdier (Lauvås & Handal, 2000).

Kunnskap kan sees som kontekstavhengig. Den oppstår under bestemte forutsetninger med bestemte mål for øyet og i gitte situasjoner. Kunnskapen kan bare bli virksom dersom den anvendes av mennesker med den nødvendige erfaring og dømmekraft, noe som fordrer at kunnskapen enkelte ganger kun kan formidles gjennom andre former enn tekst, som eksempel mester-lærling prinsippet (Johannesen, 2013).

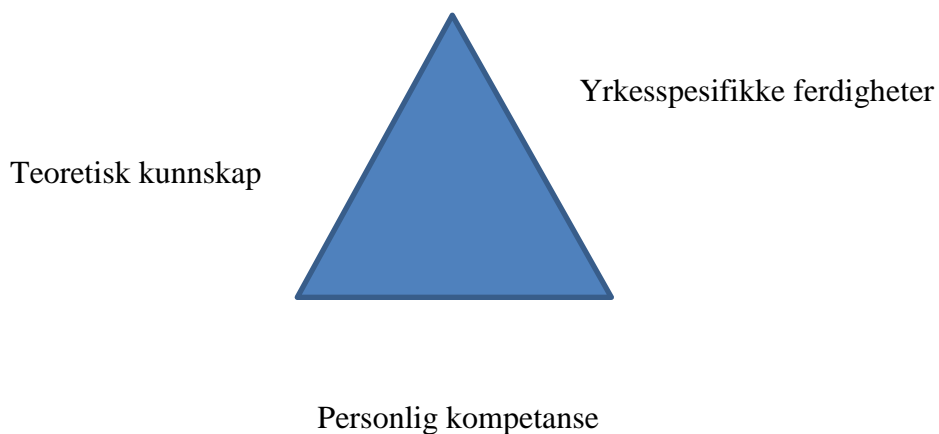
I yrkessammenheng er en avhengig av flere typer kunnskap. Teoretisk og forskningsbasert kunnskap er nødvendig, men ikke nok for å kunne yte god helsehjelp. En som har god teoretisk kunnskap har ikke nødvendigvis god kompetanse i å yte helsehjelp.

3.4.2 Kompetanse og klinisk skjønn

I møte med mennesker er det viktig å vektlegge forståelse av hvem vi selv er som mennesker, hvilke verdivalg vi står for og hvordan vi opptrer i møte med andre. Det krever en annen type kunnskap enn det en kan lese seg til teoretisk. Personlig kompetanse opparbeides gjennom hele livet og det er nødvendig å bruke tid til utvikling av personlige og modningsbaserte prosesser. En må tilføre egen utvikling bevissthet og refleksjoner for å kunne utvikles som menneske (Skau, 2011).

Kompetanse knyttes ofte til det å inneha kvalifikasjoner til å gjøre noe bestemt, men kan også bety og ha rett til eller myndighet til å gjøre noe i kraft av sin stilling. I denne oppgaven knyttes kompetanse til det å være skikket eller kvalifisert til det arbeidet man har.

En samlet profesjonell kompetanse kan illustreres i figur 2:



Samlet profesjonell kompetanse (Skau, 2011, s. 58). Gjengitt etter tillatelse fra forlaget Cappelen Damm AS.

Teoretisk kunnskap er nødvendig og består av faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert vitenskap. Teoretisk kunnskap er upersonlig og allmenngyldig. Det kan være lært grundig og helhetlig eller overfladisk og fragmentert.

Yrkesspesifikke ferdigheter omfatter de spesielle teknikker, metoder eller praktiske måtene å arbeide på som særpreger det bestemte yrket og som brukes for å utøve arbeidet. Det skilles ofte mellom teoretikere og praktikere, men ingen av disse kan stå alene. Det vil si at en praktiker er avhengig av å kunne teorien og en teoretiker er avhengig av å vite noe om praksisen for å kunne anvende sin kunnskap.

Personlig kompetanse innebærer å vite hvem vi er som personer og hvem vi fremstår som i møte med andre og hvem vi lar andre være i møte med oss. Den er nært knyttet til ens egen erfaring og vil påvirkes av de livserfaringer en har. Personlig kompetanse utvikles hele livet uten gitte fasiter eller grenser. Den kan kun knyttes til sin bærer og kan ikke overføres til andre, men den kan formidles og deles med andre (Skau, 2011).

Relasjonskompetanse beskrives som en viktig kompetanse for helsepersonell som skal arbeide med selvmordsforebyggende arbeid (Sosial - og helsedirektoratet, 2008). Den er en nødvendig egenskap i møte med den andre. Det handler om å skape tillitt og følelsesmessig nærhet til andre. I samhandling med andre er denne kompetansen avgjørende for å ha suksess.

Ett eksempel kan være i en skolehverdag der lærer og elev er i en kontinuerlig samhandling. Lærerens relasjonskompetanse vil ha stor betydning for elevenes læring. Kompetansen inneholder ferdigheter og evner, kunnskap og holdninger. Disse utvikler og vedlikeholder og kan reparere relasjoner mennesker mellom. Basiskompetansen må være å ha interesse for andre. I følge Spurkeland (2012) antas at dette er like viktig blant helsepersonell som det er i skolevesenet eller andre steder der mennesker er avhengig av å samhandle for å oppnå resultat (Spurkeland, 2012).

Klinisk skjønn må være til stede hos den som skal utøve selvmordsforebyggende arbeid. Den kliniske vurderingen kan ikke erstattes av ulike spørre og kartleggingskjemaer. Det er helt nødvendig å bruke skjønn i tillegg når en skal gjøre seg opp en mening om pasientens risiko. Bruk av sjekklister, prosedyrer og skalaer for alvorlighet kan få klinikeren til å unnlate å fange opp viktige faktorer eller det kan også gjøre den kliniske kontakten dårligere (Simon, 2011). I verste fall kan en komme til å forkludre eller la være å sette inn nødvendige tiltak (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002).

3.5 Etikk

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse som en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet (Wifstad, 2013). I denne sammenhengen vil helsepersonell stå overfor utallige etiske, faglige og ikke minst moralske vurderinger fordi en oppgave må veies opp mot andre viktige oppgaver som skal utføres, og prioriteringer må gjøres i alle ledd i organisasjonen.

En profesjonell yrkesutøver har en maktposisjon i forhold til pasient. Mandatet en er gitt som profesjonell bør inngi til tillit dersom en utfører arbeidet etter de retningslinjer som er førende. En bør forvente at behandleren har pasientens interesse i fokus. Som profesjonell stilles det en rekke krav, der både faglige og personlige forhold spiller en viktig rolle (Wifstad, 2013).

Beauchamp og Childress (2009) introduserte fem viktige dygder (eller dyder) for helsearbeidere. Det er først og fremst dygden *medfølelse*. Det innebærer noe mer enn empati som er å forstå som evnen til å sette seg inn i situasjonen. Medfølelse omfatter en aktiv handling for pasienten som lider. Dette kan utfordre helsearbeideren som kan komme i fare for å bli utbrent eller være for nær pasientens lidelse slik at en i for stor grad lar seg styre av

medfølelsen og dermed gjør partiske beslutninger. Videre er det *dømmekraft* som framheves som en viktig dygd. Evnen til å vurdere hva som skal gjøres i en konkret situasjon ut i fra de faktorer som er tilstede, forutsetter at personen er i stand til å ta riktig avgjørelse her og nå. Retningslinjer og prosedyrer vil ikke til enhver tid gi nok informasjon til å kunne ta det viktige valget. Helsearbeideren må ta egne valg og i den vurderingen må pasientens autonomi holdes høyt og være en viktig faktor i avgjørelsen. Dygden *pålitelighet* eller *troverdighet* er grunnleggende for at pasienten skal stole på helsearbeideren. Dersom en ikke kan stole på helsetjenesten har en mistet en viktig legitimitet. *Integritet* er en dygd som viser at helsearbeideren har mot og meninger til å kunne stå for det en har sagt og gjort, og at dette samsvarer med allmenne aksepterte moralske verdier og idealer. Den siste av dygdene Beauchamp og Childress hevder at alle helsearbeidere bør ha er *samvittighetsfullhet*. Kanskje er det en av de viktigste normene en helsearbeider innehar. Å ha samvittighetsfullhet kan også sees som en selvrefleksjon der en gjør en grundig vurdering av en situasjon ut i fra det en mener er rett. De fem dygdene er å forstå som etiske idealer enhver helsearbeider har å strekke seg mot for å bli mer profesjonell (Beauchamp & Childress, 2009).

Helselovene har utviklet seg i takt med synet på menneskets selvbestemmelse. Den paternalismen som tidligere preget holdningen i helsevesenet om at «legen vet best» har på noen områder blitt erstattet med individets økende valgfrihet i forhold til behandling. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienten mer rett til å medvirke i behandlingen, samtidig som helsepersonell har plikt til å gi forsvarlig behandling. Endringer i lovverket har ført til en svakere paternalisme der det tas større hensyn til individets rett til medbestemmelse. Menneskets autonomi er sterkere og selvbestemmelsesretten bygger på det prinsippet at enhver myndig person kan bestemme over seg og sitt eget liv (Wifstad, 2013). Dette kan i noen sammenhenger føre til motsetninger mellom pasient og behandler, for eksempel der selvmordsrisiko ansees som høy og tvangsvedtak benyttes. Retten til selvbestemmelse utfordres spesielt i møte med mennesker med uhelbredelige sykdommer som ønsker å ta sitt eget liv før sykdommen gjør det.

Er selvmord en beskyttet moralsk rett som helsepersonell og samfunnet ikke har noen legitim rett til å stoppe, eller er det en moralsk grunn til å beskytte mennesket mot å ta sitt eget liv. Det er liten tvil om at det skal tas grep ved nonautonomi hos personen, i motsetning til der menneske opptrer med autonomi hvor det antipaternalistiske griper inn i større grad (Beauchamp & Childress, 2009).

Det er i møte med enkeltmenneske og det er i møte med systemnivået at etiske dilemmaer kan oppstå. Samfunnet forventer at en som helsepersonell ivaretar og gir forsvarlig helsehjelp samtidig som en skal la pasientens selvbestemmelse være medvirkende i de valg man tar. Det er en viktig nyansering mellom å respektere pasientens autonomi og verne om pasientens integritet. Det individuelle perspektivet kan bare sees i sammenheng med systemnivået (Wifstad, 2013).

I helsevesenet opererer en ut i fra etiske prinsipper. Godhetsprinsippet, eller det Beauchamp og Childress (2009) omtaler som velgjørenhet er et ønske om å gjøre godt for andre. En har en moralsk plikt til å strebe etter å gjøre det gode. Som helsearbeidere anses det som en selvfølge at en skal gjøre det beste for pasienten. Det kan imidlertid være ulike forståelser av hva som er det beste i hvert enkelt tilfelle. Vi er også forpliktet til ikke å skade andre. Dette prinsippet kan lettere forstås enn velgjørende prinsippet fordi det oppfattes som en allmenmoralsk plikt til ikke å skade (Beauchamp & Childress, 2009). Forpliktelsen til ikke å skade er uavhengig av om det er fremmede eller kjente. Når det kommer til godhetsprinsippet er det oppfattet at vi er mer forpliktet til å gjøre godt for de nærmeste enn å ta vare på fremmede. Denne plikten er mer avhengig av situasjonen og kan være vanskeligere å definere som en plikt. Wifstad (2013) formulerer det som at velgjørenhet kan forstås mer som et ideal. Det kan ikke være kritikkverdig i en hver situasjon og ikke hjelpe andre dersom en må ofre mye selv. I helsevesenet kan det være viktig å ha dette i fokus. Dersom klinikerer tenker at alt man gjør motiveres av godhetsprinsippet kan det føre til at man ikke sjekker ut med pasienten om han eller hun ser det på samme måte (Wifstad, 2013). Respekt for pasientens autonomi er et tredje viktig prinsipp. Autonomi begrepet har sitt utspring fra gresk og betyr selvstyring eller selv-lovgivning. Som helsearbeider innebærer det å respektere pasientens holdninger, verdier og overbevisning. Det fordrer en respektfull handling, ikke bare en respektfull holdning (Beauchamp & Childress, 2009; Wifstad, 2013).

4 Resultat

4.1 Utvalget

Informantene har praksis innen psykisk helsevern. Arbeidserfaring varierer fra 19 til 30 år. Erfaringen strekker seg fra akutt-psykiatri, døgnpost med psykose og schizofreni, dagavdeling og akutt-ambulant team. Noen har også erfaring fra annet helsearbeid. Alle har vært ansatt i psykiatrisk poliklinikk før retningslinjene ble utgitt i 2008.

4.2 Oversikt over funn

De temaene som har utkrystallisert seg i intervjuene omhandler hvordan informantene har fått kunnskap om og opplæring i retningslinjene, hvordan de utfører kartlegging i praksis og på hvilken måte de opplever å ha forsvarlig kompetanse. Behovet for tilgang på spesialist er problematisert. Flere erfarer at ansvarsområder og rolle er uklart definert og at det mangler rutiner i klinikken. Støtte av kollegaer oppleves viktig. Krav til dokumentasjon har fått mye oppmerksomhet og viser seg utfordrende for de fleste. Dette presenteres i de følgende kapitler.

4.3 Implementering av retningslinjene

Retningslinjene beskrives ulikt implementert. De fleste var kjent med hvordan retningslinjene i teorien skulle fungere i forhold til intensjonen om kartlegging og vurdering. I følgende kapittel viser funnene at flere problematiserte utfordringer knyttet til rutiner og ansvarsrolle.

To informanter oppfatter at retningslinjene fungerer og at rutiner er på plass. De øvrige opplever at rutiner kan bli bedre.

4.3.1 Avklarte rutiner.

De som har fått god informasjon og opplæring i hvordan en skal tolke retningslinjenes krav om kartlegging av selvmordsrisiko viser til at det er dannet ny praksis i klinikken. Endringer ble innført etter at revisjon avslørte mangler ved virksomheten når det gjaldt selvmords kartlegging. Tidligere ble det ikke satt krav til hvordan kartlegging eller vurdering skulle foretas.

«Vi hadde en internkontroll, da kom det fram at det ikke var så godt implementert den gangen. Da ble det tatt fatt i. Om det akkurat er fra 2008 skal jeg ikke si, men i flere år har det vært jevnlig kurs som er drevet av kvalitetsrådgiver og psykologspesialist, hver tredje måned, og der er vi nesten pålagt å gå på en gang i året og det syntes vi er veldig nyttig. Så de er godt implementert nå» (nr.7)

Endringene har ført til regelmessige kurs og det er innført gode rutiner for opplæring og kurs i selvmordsrisiko. Det nevnes blant annet VIVAT- kurs som et kompetansehevende tiltak. Informantene er kjent med at endringer er en følge av samfunnsmessige krav til helsepersonell om forsvarlig kompetanse innenfor selvmordsatferd. De er innforstått med at endringer ikke kommer som et krav fra ledelsen, men at dette er overordnede krav fra myndighetene.

«For det er jo de nye retningslinjene som favner om nye områder her som tenker jeg er helt greit. Før så gjorde jo sånne som meg med høyskoleutdanning veldig mye selvmordsvurderinger og det har fungert, - og så har jeg skjønt og jeg er helt enig i at de nye retningslinjene altså- samfunnet stiller forventninger og krav om at det skal være spesialist inne, - psykologspesialist eller psykiater hvis det foreligger grunnlag eller vurdering på at det kan være alvorlig selvmordsfare ute og går. Så tenker jeg at det er greit, det er helt greit» (nr.3)

Rutiner i klinikken er lagt om. De pasienter som henvises med aktuell selvmordsrisiko eller atferd føres direkte til ambulant akutt team. Det reduserer risiko for at pasienter med høy selvmordsrisiko kommer til poliklinisk behandling. Dermed er det sjelden at det oppstår behov for ytterligere vurdering umiddelbart av en spesialist. Det skaper trygghet for klinikerne at andre kan overta dersom behov for vurdering av selvmordsrisiko oppstår. Tidligere var flere vurderinger lagt på den enkelte kliniker, og en måtte oftere ta egne

beslutninger ut i fra skjønn. De foretok ofte vurderinger som var utenfor deres ansvarsområde, som denne informanten illustrerer:

«Jeg vurderte jo alt det jeg ikke skulle, jeg skrev at jeg tar kontakt med spesialist i uke den og den, og det skulle jeg jo ikke gjøre» (nr.7)

Faren for å gå utover sitt kompetansenivå ble ikke viet like mye oppmerksomhet tidligere og det var ikke en angst for å bli tatt for å gjøre arbeid en ikke hadde ansvar for. Når det etter hvert har blitt nye krav til hvem som kan gjøre hva må en forholde seg til dette og holde seg innenfor sitt ansvarsområde. Det vil være større risiko å miste autorisasjon i dag dersom det framkommer at prosedyrer ikke er fulgt, derfor er nye rutiner tatt godt i mot hos behandlere og gitt mer trygghet:

«Nå syntes jeg at jeg kan slappe litt mer av og gjøre en jobb og vite at det ikke er noe jeg har gjort som jeg ikke skulle ha gjort» (nr.3)

Det er brukt mye tid på å finne fram til rutiner i poliklinikken for hvem som kan kartlegge selvmordsrisiko og hvem som kan vurdere selvmordsrisiko. Etter hvert har en landet på tilfredsstillende rutiner som viser seg å fungere i praksis. Refleksjoner over at en kartlegging også innebærer at en vurderer en risiko har vært problematisert. Man kan ikke foreta en kartlegging uten å vurdere hva det skal brukes til. I retningslinjene går kartlegging ut på at man identifiserer om pasienten har selvmordstanker og /eller planer og at man må vurdere ut ifra kjente risikofaktorer. Det følgende sitat viser til at det har vært flere refleksjoner underveis for å komme fram til gode løsninger:

«Det er gjennomgått på diverse møter og det er veldig framme i bevisstheten hos meg og alle som jobber her. Nå er det blitt mye klarere hva jeg skal gjøre og når jeg skal trekke inn andre profesjoner. Siste halvannet år er det blitt sånn, mye klarere, veldig mye klarere på ansvarsområder og hva som er vurdering av selvmordsfare og hva som er innhenting av informasjon. Så har det vært problematisert det også for det er heller ikke udelt enkelt, for bare å gjøre en innhenting av informasjon så gjøres også en type vurdering, - altså jeg stopper her, det er ikke nødvendig å gå videre. Det er jo en vurdering som da er problematisert- holder dette vann?» (nr.3)

Kvalifisert helsepersonell bør utføre videre vurdering av risikofaktorer hos pasienter der det er kartlagt at det er tanker og/eller planer om selvmord. I tråd med retningslinjene er det gjerne kompetent lege eller psykolog som skal kontaktes dersom grunnlaget for videre vurdering og tiltak skal igangsettes.

«Så har det vært sånn veldig diskusjon hos oss og det har nå blitt klarlagt hvem som kan gjøre hva. Det vi får informasjon om på den opplæringen det er at vi med høyskoleutdanning kan ta kartleggingen men ikke vurderingen. Hvis pasienten svarer ja både på tanker og planer og alt mulig sånt og vi vurderer da at vi må gå videre på spørsmålene, da kan ikke vi vurdere det på papiret, da må vi ha med en spesialist. Jeg syntes det er veldig fint, for da får jeg en spesialistvurdering «(nr.7)

Rutiner har ført til at de med høyskoleutdanning skal kunne ta kartlegging, men ikke vurdering. Det oppleves trygt og tilfredsstillende for de informanter som viser til gode rutiner og klare ansvarsroller.

4.3.2 Uavklarte rutiner

De fleste informantene opplever utfordringer med hensyn til nye rutiner. Drøftinger i klinikken har ikke landet på en tydelig praksis. Noen får lov til å gjøre både kartlegging og vurdering etter spesiell tillatelse, andre må be om spesialistvurdering dersom det framkommer at pasient har eller har hatt selvmordstanker og planer. I klinikken jobber en mye alene og selvstendig. Enkelte erfarer at en ikke lenger har den myndighet som innebærer å få gjøre både kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Dersom ikke høyskoleutdannet personale kan utføre disse oppgavene må leger og psykologer være mer tilstede.

For å få tillatelse til å utføre både kartlegging og vurdering har det vært vektlagt at klinikerens kompetanse som er godkjent fra leder. Det skaper uklare ansvarsområder innad i poliklinikken, noen får lov og andre ikke, noe som tydeliggjøres ved dette sitatet:

«Jeg har fått tillatelse til å gjøre både kartlegging og vurdering, men det er ikke noen andre med min utdanning som har fått lov til dette, så her er det uklare ansvarsområder enda. Det er ikke greit at vi ikke kan gjøre begge deler når vi arbeider som vi gjør» (nr.2)

Flere informanter opplever at det ikke er noen klar rutine for når en skal henvise pasient videre til spesialist. Det fører til at klinikerer må foreta en vurdering som kan innebære at han/hun erfarer å gå utover sitt ansvarsområde og mandat:

«Det er ingen klare rutiner på hvordan en skal forhold seg dersom en trenger en vurdering av kartleggingen som er utført, det er uklart om jeg har lov til å gjøre det jeg gjør» (nr.5)

Flere informanter savner tydelighet i forhold til rutiner. De er usikre på hva som skal utløse en videre vurdering av spesialist. Refleksjoner omkring hva som er kartlegging og hva som er vurdering problematiseres. Det er ikke entydig hva som er en kartlegging av selvmordsrisiko og hva som er en vurdering av selvmordsrisiko. Flere informanter opplever dette skillet som kunstig og vanskelig å forholde seg til i praksis. Dette viser følgende sitat:

«Når det kommer til spørsmålet om en skal gjøre en ytterligere vurdering blir det vanskelig, har jeg da gjort en kartlegging eller har jeg gjort en vurdering? Nå skal vi jo bare kartlegge og ikke vurdere, men det er vanskelig å skille» (nr.6)

Flere informanter erfarer at det kan være vanskelig å få en vurdering av spesialist på kort varsel. Poliklinikken er ikke rustet slik at det til enhver tid er tilgang på spesialist innad i klinikken.

Det ser ut til at det er mer tilfeldig om det er spesialist til stede som kan gjøre en ytterligere vurdering ved behov. En forteller det slik:

«Det er veldig vanskelig å vite når man sitter her på kontoret og vite om det er en lege tilgjengelig og det er sjelden at leger her sitter med åpen dør» (nr.5)

Det er ingen klare rutiner for å kunne tilkalle spesialist utenfor enheten. Terskelen for å be om vurdering fra spesialist annet sted som eksempelvis fra akutt-avdeling eller akutt-ambulant-team synes utfordrende. En forteller at redselen for ikke å bli tatt på alvor kan føre til at en venter i det lengste med å ta kontakt med spesialist utenfor avdelingen. Manglende rutiner gjør det vanskeligere å ta avgjørelsen om å be om støtte:

«Så er det fryktelig vanskelig å tenke; Kan jeg vente til i morgen, skal jeg ringe DPS for hastetime, eller?» (nr.6)

Flere informanter opplever uklare rutiner, ansvarsforhold og ikke minst uklare juridiske forhold, som fører til usikkerhet når de skal ta avgjørelser.

4.3.3 Opplæring

Opplæring i tematikken omkring selvmord varierer. Flere informanter har hatt regelmessige kurs og noen gjennomført VIVAT-kurs i kunnskap om selvmordsforebygging. Når det gjelder opplæring direkte knyttet til retningslinjene erfarer enkelte ansatte mangler ved opplæring knyttet direkte til hvordan de skal tolke retningslinjene og gjøre bruk av prosedyrene i praksis. Andre har gjennomgått retningslinjene og fått på plass gode prosedyrer.

Det er forskjellige erfaringer på hvordan kurs og opplæring har vært er en del av de kompetansehevende tiltak i klinikken. Noen har faste kurs som er obligatoriske en eller flere ganger i året, og det er den enkeltes ansvar å sørge for deltakelse minimum en gang årlig, det er prioritert høyt i klinikken. En informant forteller at det har vært gode muligheter til å få videreutdanning. Andre har kun vært på ett kurs som varte 3 timer med fokus mer generelt på selvmordsrisikofaktorer. Som eksempelet viser:

«I løpet av de syv årene har vi hatt en psykolog som hadde to timers undervisning» (nr.5)

Ansvar for opplæring rettes til arbeidsgiver. Det må legges til rette for undervisning og sørge for at personalet har forsvarlig kompetanse. Samtidig er informantene innforstått med at de må ta ansvar selv å etterspørre opplæring og kurs dersom de har behov for påfyll og ny kunnskap.

Elektronisk opplæring

Tre av syv informanter nevner det elektroniske kvalitetssystemet som en mulig læringsarena og to bruker det. Det kan gjøres ved å lage egen meny og få oppdateringer etter hvert som ny informasjon blir lagt til. Det synes dog mer tilfeldig når dette systemet benyttes slik som det beskrives;

«Jeg har jo EQS da, nå er ikke jeg så veldig flink til å bruke det» (nr.6)

4.3.4 Kartlegging av selvmordsrisiko

Informantene er innforstått med og vet at de i utgangspunktet skal spørre alle pasienter om de har eller har hatt selvmordstanker, planer eller tidligere forsøk. Pasienter som kommer til poliklinisk behandling blir intervjuet som ledd i utredning og behandling. Det er som regel et omfattende anamneseopptak med opplysninger om barndom, familieforhold, sosiale forhold, rusmisbruk, psykisk status og tidligere psykisk lidelse. Klinikeren skal dokumentere og gjøre en vurdering i forhold til de fakta som fremkommer. Rutinemessig benyttes kartleggingsskjemaer som MINI (Nevropsykiatrisk intervju) og SCL-90-R (symptom check list) der også spørsmål om selvmordstanker, planer eller tidligere forsøk blir kartlagt. I tillegg benyttes et eget kartleggingsskjema, kalt JSV (journalnotat selvmordsrisikovurdering) som inngår i prosedyren for kartlegging av selvmordsrisiko. Skjemaet består av to deler. Første del opplyses om pasient har eller har hatt selvmordstanker eller planer, videre om det har vært tidligere selvmordsforsøk. Dersom det indikerer at dette har vært tilfelle skal det gjøres en videre vurdering av risikofaktorer.

«Det er helt nytt hvordan vi skal bruke/tenke rundt det her så den malen JSV var til å begynne med bare for de som hadde selvmordstanker eller sånn, men nå er det for alle»(nr.3)

Enkelte informanter utelater å gjennomføre kartlegging av selvmordsrisiko i den første samtalen. Det kan bero på at pasienten har hatt en vurderingssamtale ved akutt-ambulant team før han/hun kom i poliklinisk behandling og da blitt kartlagt i forhold til risikofaktorer. For enkelte pasienter vurderes det at han/hun er for sårbar og av den grunn ikke skal spørres om selvmordstanker eller planer i løpet av den første samtalen.

Det framstår som viktig for noen av informantene at det gjøres en vurdering i forhold til tidsaspektet for når kartlegging av selvmordsrisiko skal finne sted. Det å kunne gjøre en vurdering i forhold til når det passer å komme med spørsmål om selvmordsrisiko holdes fram som et faglig argument. Det betyr ikke at temaet ikke skal omtales, men klinikeren gjør en selvstendig vurdering på når dette skal tas opp. Som eksempel er dette sitatet trukket fram:

«Den målgruppa jeg jobber med har mer enn nok med å komme hit, så vi begynner ikke med alle skjemaer og alt med en gang» (nr.7)

En informant erfarer at det kan være kontra indisert og spørre pasient med personlighetsforstyrrelse om han/hun har hatt selvmordstanker eller planer. Spørsmålene ble

ofte lagt inn i en samtale med pasienten uten å bruke skjemaer, men det ble gjort en vurdering av klinikerens.

«Når det gjelder personer med personlighetsforstyrrelse så ville jo alle svare ja hele tiden, for de har jo suicidale tanker og de har planer. Jeg gjør min vurdering på hvorfor jeg ikke gjør det, men er kanskje ikke like flink til å begrunne det, det burde jeg kanskje skrive mer ned»
(nr.2)

En av informantene velger å se bort i fra de vanlige prosedyrene dersom problematikken tilsier at selvmordsproblematikk ikke er til stede. Det oppleves uhensiktsmessig at alle skal spørres automatisk om selvmordsrisiko dersom pasienten har andre problem som han/hun er opptatt av. Men fordi det er pålagt å følge prosedyrene må en dokumentere hvorfor en velger ikke følge rutiner. Juridisk kan det få følger dersom prosedyrer ikke følges.

Funnene viser at de fleste gjennomfører kartlegging av selvmordsrisiko tidlig i behandlingsforløpet. Alle er kjent med kravene om å bruke kartleggingsprosedyrer, men enkelte venter med å stille spørsmål om selvmordsrisiko, basert på klinisk skjønn. Det begrunnes med forskning og at en følger «magefølelsen».

4.4 Erfarer helsepersonell å ha forsvarlig kompetanse?

4.4.1 Kompetanse

Uavhengig av arbeidssted viser informantene til lang erfaring som en kompetanse. At man har jobbet i mange år i psykisk helsevern har gitt kompetanse. Å være en kliniker betyr at man har erfaring i å snakke med mennesker i en behandler-pasient relasjon. Alle har også deltatt i samtaler der spesialist snakker med pasienten. Dette har gitt innsikt og kunnskap som brukes i det daglige arbeidet. At man tidligere hadde ansvar for og kartlegge og vurdere selvmordsrisiko hos pasienter betyr at det ikke er et tema som er nytt og ukjent. Flere informanter opplever at det er de nye prosedyrene som kan være utfordrende å bruke i praksis. En formulerer seg slik:

«Det er litt nytt for meg å tenke vurdering og kartlegging og hva som er forskjell, for de glir så himla mye i hverandre» **(nr.1)**

At en har kompetansen betyr ikke at en ikke trenger mer påfyll eller at en føler seg ferdig utlært. Å arbeide med mennesker med selvmordsrisiko oppfattes som utfordrende for en kliniker. En kan aldri sikre seg at det ikke vil skje et selvmord selv med god kompetanse, men en bør sikre seg at en ikke går utover det som føles trygt i forhold til egen kompetanse slik som denne informanten beskriver:

«Jeg opplever at jeg har den kompetansen som trengs for å romme den oppgaven, det gjør jeg, men samtidig tenker jeg at en blir aldri helt ferdig med den, så det er noe med å passe på og ikke gå utover den der komfortsonen da» (nr.1)

Noen har erfaring fra akutt-ambulant team der hovedoppgaven består i å kartlegge og vurdere selvmordsrisiko hos pasienter, andre har erfaring fra akutt-psykiatrien der selvmords vurderinger gjøres regelmessig. Det er allikevel en vesentlig forskjell fra å jobbe i psykiatrisk poliklinikk der klinikerer sitter alene med pasient og må gjøre en fortløpende vurdering basert på eget skjønn.

De fleste informantene henviser til kompetanse knyttet til praksis-erfaring med deltakelse i lege-pasient-konsultasjoner:

«Min opplæring har vært at jeg har deltatt i mange samtaler sammen med psykolog eller lege som har gjort vurderinger. Jeg tror ikke jeg gjør det så annerledes enn de, men det er jo noe av det vanskeligste man gjør å vurdere selvmordsrisiko» (nr.5)

Flere informanter er inne på at en faktisk ikke kan vite om noen vil ta livet sitt selv om en følger prosedyrer. De viser til at kartlegging kan gjennomføres, men til syvende og sist er det ingen som kan være trygg på at dette ikke skal skje. Flere av informantene har opplevd at pasienter har tatt livet sitt under eller etter behandling, en av informantene har vært innkalt til kvalitetsråd for å redegjøre etter at pasient har begått selvmord. Sitatet som følger kan oppsummere det flere informanter er inne på:

«Man kan aldri vite uansett, du kan aldri være helt trygg på at det du selv tenker er riktig og at de snakker sant, og hvis du har planlagt å ta selvmord så er det ikke sikkert at man sier det til noen» (nr.6)

I stor grad opplever informantene at de har kompetanse i å kartlegge selvmordsrisiko, men alle beskriver usikkerheten med fenomenet. En kan aldri være trygg på at pasienter som er i behandling ikke vil ta livet sitt. Som en informant beskriver:

«For en må huske på at vi jobber i et minefelt, mange lever veldig labile og ustabile i livsførsel» (nr.4)

Det er flere områder der informantene savner tid til å utøve kompetansehevende tiltak. En informant savner spesielt opplæring i intervjumetodikk:

«Jeg mener at vi har for lite opplæring i intervjumetoder rett og slett. I hvert fall [her på poliklinikken], jeg har jo lært en del av legene om hvordan de blir skolert i måter å få fram hva som ligger bak, gode på formuleringer og gode på å nå inn på en grei, saklig måte [...] Etter hvert så har en jo lært seg noen metoder [...] skulle ønske at annet helsepersonell fikk en sånn god opplæring altså, i intervjumetodikk» (nr.4)

Enkelte erfarer at hverdagen er fylt med oppgaver slik at det blir lite rom for rutinemessige kompetansehevingstiltak som veiledning.

«Det jeg savner er at vi kan ha mer veiledning i forhold til sånne enkelt saker vi står i. For vi som jobber på poliklinikken jobber mye aleine med de vurderingene [...] jeg skulle ønske at det var mer rom for og være to i enkelte samtaler og det er det lite rom for, det er unntaket at vi gjør det her på poliklinikken» (nr.2)

En erfarer at de daglige oppgavene går på bekostning av mulighet for å oppdatere seg faglig:

«Mye av vår hverdag er pasientrelatert, vi jobber jo vettet av oss for å få unna køene [...] sånn at de tingene som går på påfyll, det blir satt til side syntes jeg» (nr.4)

Informantene erfarer at de har kompetanse i å kartlegge selvmordsrisiko. Noen opplever vansker med å skille mellom kartlegging og vurdering. Enkelte ønsker mer tid til veiledning i enkeltsaker, en informant ønsker mer tid til faglig påfyll.

4.4.2 Endringer

Flere informanter er inne på at de tidligere har hatt mer ansvar for både kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Etter nye retningslinjene trådte i kraft opplever en mer trygghet

fordi en ikke lenger står alene i saker der selvmords vurderinger må tas. De opplever seg mer ivaretatt og har ikke lenger ansvaret alene om vanskelige vurderinger. En informant forteller det slik:

«I dag så ville jeg konferert automatisk med [...]en spesialist som sto på saken eller med en kollega hvis jeg ikke fikk tak i noen, eller ringe til legevakta hvis det er på ettermiddagen, eller si i fra på AAT hvis jeg blir usikker, for jeg gidder ikke, - når jeg sier det sånn; at jeg ikke er interessert i å gå fra jobben og være utrygg, da går jeg videre med det» (nr.3)

Enkelte informanter har erfaringer med at retningslinjene reduserer høyskoleutdannede i å utføre oppgaver de har kompetanse til, både kartlegging og vurdering:

«Det har vært veldig mye diskusjoner siste åra på hvorfor [vi på poliklinikken] ikke lenger skal få lov til å gjøre det vi har gjort før, - en føler seg degradert. Vi har jo følt at en kunne mer enn det en får lov til å gjøre, - blir jo brukt som potet på en måte, - at det var greit å gjøre det så lenge det ikke var nok psykologer [...] og nå, jeg tror det er et par måneder siden så fikk vi beskjed om at nå er dere tiltrodd å gjøre både kartlegging og vurdering igjen [...] det har endret seg på nytt» (nr.1)

Enkelte ønsker en avklaring på hvorvidt høyskoleutdannet helsepersonell kan få ansvar for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, nettopp fordi dette er en av de vanlige oppgavene i en psykiatrisk poliklinikk:

«Jeg tenker at det er viktig at det blir en avklaring på det, når vi jobber i poliklinikk og jobber så selvstendig, da må vi bli gitt den myndighet [...] så lende vi jobber her, eller så kan vi ikke jobbe her, kan ikke ha folk med treårig utdanning, kan ikke ha annet enn leger og psykologer her, men de er jo pålagt det vet du, det skal være tverrfaglig» (nr.2)

4.4.3 Støtte

Spesialist- støtte

Det er begrensede ressurser med hensyn til spesialister i alle avdelinger. Flere forteller at det kan være vanskelig å be om en spesialistuttalelse på kort varsel. En oppfatning er at spesialister kan være vanskelig å nå, selv om de er tilstede:

«Det er veldig vanskelig å vite når man sitter her på kontoret og vite om det er en lege tilgjengelig og det er sjelden at leger her sitter med åpen dør» (nr.5)

Flere problematiserer at spesialister ikke er tilgjengelig i avdelingen. Dersom en trenger støtte på kort varsel er det ikke alltid mulig. Da må en ta avgjørelsen selv om det er forsvarlig å vente med ytterligere vurdering eller om en må be om hjelp fra andre steder. Det er høyere terskel for å be om støtte fra spesialist dersom en ikke hadde tydelige rutiner slik det fremstilles her:

«Tror det er noen som har tatt kontakt med bakvakt på akuttavdelingen, men det har jeg aldri gjort, vet ikke hvor jeg skal ringe en gang « (nr.5)

De som opplever at retningslinjene fungerer greit har ikke problem med å få støtte av spesialist.

«Det er sjelden eller aldri at jeg sitter her og lurere på hva jeg skal gjøre, - jeg sitter ikke og surrer her og lurere på noe, hvis jeg lurere så tar jeg kontakt med andre med en gang» (nr.3)

Her vektlegges akutt- ambulant team som viktig tiltak dersom behovet for rask vurdering på selvmordsrisiko oppstår, noe det sjeldent gjør. Dersom de trenger hjelp er det enkelt å få akutt- ambulant team til å vurdere situasjonen.

«Det er en betryggelse nå i forhold til den målgruppa med suicidale, at alle våre henvisninger blir mottatt av akutt -ambulant team» (nr.7)

En informant forteller at det er mer fokus på at en skal be om vurdering hos kollega eller spesialist dersom en opplever at en blir utrygg:

«Det har blitt tydeligere at vi ikke skal stå i dette alene [...]men det er ikke noe klart når vi skal gjøre det, bare at når vi blir utrygge [...]og kjenner at dette blir vanskelig å forstå, så skal vi bruke en kollega. Da er policyen på poliklinikken at da må psykolog eller legen bare komme, sånn er det. Tidligere var det mer sånn at en måtte jakte på en bakvakt, men sånn er det ikke lenger» (nr.1)

Kollegastøtte

De fleste har behov for å drøfte enkeltsaker fordi en sitter mye alene med pasienten. Rom for veiledning med spesialist er begrenset, men de fleste har nytte av å snakke med kollegaer når det er behov, uavhengig av profesjon:

«Så merker jeg at man sitter ofte alene med disse pasientene her, men bare det å kunne rådføre seg med en kollega etter pasienten er gått, letter jo litt av trykket, for ofte så syntes jeg at det kan være – ikke sånn en tung bøl å ha med seg hver eneste gang, men ofte syntes jeg det kan være det når en hører historien» (nr.5)

Det er kun en av informantene som forteller om bruk av kollegastøtte i samtale med pasient når det er vanskelige vurderinger:

«Hvis jeg har vært litt urolig for noen av mine [...]da vet jeg at en kollega vil avlyse en avtale for at vi kan få felles på et hjemmebesøk» (nr.7)

Mulighet for å jobbe to og to sammen er ikke vanlig i poliklinisk behandling:

«Vi som jobber på poliklinikken jobber mye aleine med de vurderingene, jeg skulle ønske at det var mer rom for og være to i enkelte samtaler[...], det er unntaket at vi gjør det her på poliklinikken» (nr.2)

Informantene har forskjellige erfaringer med bruk av støtte. Noen har lett tilgang på spesialist støtte, andre opplever det mer utfordrende og uforutsigbart. Alle informantene erfarer at de har nytte og behov for kollegastøtte.

4.4.4 Dokumentasjon

Dokumentasjon og journalføring skal gjennomføres av klinikeren som har samtale med pasient. Informantene benytter seg av ulike verktøy for å dokumentere og kartlegge selvmordsrisiko. De mest vanlige kartleggingsverktøyene er følgende skjemaer: Selvmordsrisikovurdering, MINI (nevropsykiatrisk intervju) og SCL-90-R (symptomchecklist). Som regel skal det også journalføres i fritekst psykisk status.

Dokumentasjon bør føre til bedre kvalitet. Det er en tidkrevende men viktig oppgave. Dokumentasjon skal vise hva som er gjort av hvem. Enkelte har vansker med å vite hva en

skal journalføre og er i tvil om hvordan en skal dokumentere kartlegging uten å gå utover sitt ansvarsområde, det skaper usikkerhet:

«Jeg tenker hver gang jeg skriver et sånt notat, at dette bør holde vann,[...] har jeg egentlig lov å skrive det?» (nr.5)

Myndighetene har stilt krav til dokumentasjon og journalføring. Dette skal føre til bedre sikkerhet for pasienten som er i behandling og det er en kvalitetssikkerhet for den ansatte. Dersom en pasient har tatt livet sitt vil det i etterkant føre til gjennomgang av journal og det er viktig at dokumentasjon er i orden, noe denne uttalelsen beskriver:

«Hvis det skjer at pasienten tar livet sitt blir du ekstremt opptatt av hva du har dokumentert og skrevet og du får en sånn støkk at du glemmer faktisk hva du har dokumentert» (nr.1)

Kravene til dokumentasjon har ført til bedre sikkerhet for pasienten, men også for den ansatte som kan vise til hva som er utført.

«Hvis noe skulle skje, og jeg ikke har gjort det jeg skulle gjøre så vet jeg jo at det medfører ubehagelige ting. En ting er at det er fryktelig tragisk at folk tar livet sitt, det er jo den biten, men[...] jeg må også tenke på meg selv, jeg må beskytte meg» (nr.3)

En problematiserer at det går for mye tid til dokumentasjon og at det går på bekostning av pasientbehandlingen:

«For det blir litt sånn at vi blir prenta inn med at vi skal fylle opp lovverket og så blir det tilsyn, så får vi skrape og så har vi ikke begrunnet hvorfor vi har gjort det vi tenkte at vi har gjort. Så det går mye tid, mye pasient tid som kunne vært brukt mye mer konstruktivt i mange sammenhenger» (nr.2)

Dokumentasjonen skal vise til hva som er gjort. Flere informanter forteller at journalføring er noe av det vanskeligste i arbeidet. Det er en måte og kontrollere hva som er utført av kartlegging og vurdering. Før retningslinjene trådte i kraft var det ikke den samme kontrollen og det var ikke like mye fokus på journalføring.

Det kan være situasjoner der kartlegging og bruk av prosedyrer ikke benyttes. Dersom dette skjer skal det dokumenteres i følge retningslinjene. To informanter har sine begrunnelser for hvorfor de ikke gjør kartlegging i de første samtalene med pasientene, men de unnlater

enkelte ganger å journalføre årsak. Å utelate kartlegging kan være relevant ut i fra pasientens symptomer eller psykiske tilstand, men fraværet av dokumentasjon kan føre til avvik i journalføring dersom det gjøres tilsyn:

«Jeg gjør ikke alltid kartlegging av pasienter fordi det vil forstyrre det de kommer for, - det er ikke en relevant problemstilling, men jeg vet at jeg burde skrevet ned hvorfor jeg velger og ikke gjøre det som vi er blitt pålagt» (nr.2)

4.4.5 Roller

Alle bekrefter at praksis har endret seg de siste årene med hensyn til hvordan de skal følge retningslinjene. Men fremdeles er det flere som er usikre med hensyn til hvor langt de selv kan gå i forhold til å kartlegge før de må ta kontakt med spesialist. Enkelte erfarer at ansvarsområde er noe uklart enda. En typisk uttalelse på dette er:

«Når det kommer til spørsmålet om en skal gjøre en ytterligere vurdering blir det vanskelig, har jeg da gjort en kartlegging eller har jeg gjort en vurdering? Nå skal vi jo bare kartlegge og ikke vurdere, men det er vanskelig å skille, og vi har jo begrenset tilgang på spesialist» (nr.6)

Det er to informanter som er tydelige på sitt ansvarsområde og viser til klare rutiner for vurdering av selvmordsrisiko. Dersom rutiner er på plass øker sannsynlighet for at ansvarsområdet er godt definert slik det fremstilles:

«Vi har klare ansvarsområder med hensyn til hvem som skal kartlegge og hvem som skal vurdere, og det er bra» (nr.3)

Enkelte informanter opplever at ansvarsområdet er redusert noe i forhold til tidligere praksis. Det har tidligere vært i orden at høyskoleutdannet helsepersonell har foretatt kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko dersom klinikeren opplevde at det var trygt. Etter at retningslinjene trådte i kraft har ledelsen vært noe uklar når det gjelder å gi tillatelse eller sertifisering til de som ønsker det. Enkelte erfarer at det kan være vanskelig å ha den innskrenkende rollen:

«Så jeg har i hovedsak bare lov å kartlegge og ikke vurdere, men jeg mener jo at det ikke går an å skille på det på en psykiatrisk poliklinikk» (nr.2)

5 Drøfting

Funnene viser forskjeller med hensyn til hvordan retningslinjene praktiseres. Det er ulike erfaringer med opplæring innenfor temaet. Kun et fåtall erfarer at retningslinjene er godt implementert. Alle opplever at de har kompetanse innenfor temaet, men flere er usikre på ansvarsforhold og rolle i forhold til kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko.

Dokumentasjon av arbeidet blir beskrevet som tidkrevende, for noen vanskelig og utfordrende.

5.1 Validitet og relevans

En styrke ved studien er at utvalget omfatter fem ulike enheter innenfor Klinikk psykisk helse og rusbehandling ved Sykehuset i Vestfold HF. Informantene er innenfor denne konteksten strategisk utvalgt. Alle intervjuene er foretatt i løpet av tre måneder i 2013. Begrensninger ved studien kan være flere.

For det første kan utvalget være lite. Det er syv informanter som har sagt seg villig til å være med. Dette kan være informanter som ønsker å være med i forskning og som opplever at de har noe å fortelle.

For det andre har klinikere med liten erfaring ikke deltatt. Det ville sannsynligvis gitt flere perspektiver og andre nyanser.

Til tross for disse svakhetene er det en styrke i studien at informantene representerer flere ulike yrkesbakgrunner, er ansatt på ulike enheter og har varierende praksis bak seg. Studien kan bidra til å fortelle om helsepersonells erfaringer innenfor en spesiell kontekst.

Intervju ble benyttet som metode fordi det gir god mulighet for å få fram den enkeltes erfaring. I løpet av intervjuet hadde jeg mulighet til å spørre informanten dersom det var uklarheter, noe som Kvale (2010) hevder er et viktig element i validering. Undersøkelsen har hatt et etisk perspektiv der det har vært fokus på dilemmaer som kan oppstå hos klinikerne (Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2011).

Antallet informanter er for lite til å tro at en har oppnådd et metningspunkt slik at det ikke lenger er nytt å tilføre problemstillingen. Det ville trolig kommet frem flere interessante

beskrivelser dersom en hadde intervjuet flere personer. Sannsynligvis ville også en spredning i informantenes arbeidserfaring og utdannelsesbakgrunn kunne gi mer informasjon.

I hvilken grad analysen er overførbart til lignende problemstillinger der en skal implementere nye prosedyrer kan være vanskelig og mene noe om. Til tross for at utvalget er begrenset har det vist til forskjeller med hensyn til problemstillingen. Det kan være av betydning og skjele til hvordan retningslinjer generelt implementeres i klinikken og i hvilken grad nye prosedyrer har en god forankring i ledelsen før det iverksettes tiltak. Studien kan bidra til kunnskap om hvilke faktorer som bør være tilstede i implementeringsarbeid i organisasjonen.

5.2 Kunnskap om retningslinjene

Informantene beskriver forskjeller med hensyn til hvor godt de kjenner retningslinjene. Noen har hatt mye opplæring, kurs og foredrag. Andre har ikke gjennomgått innholdet i retningslinjene på arbeidstedet og det har vært minimalt med opplæring i hvordan retningslinjene skal forstås og hvordan prosedyrer skal gjennomføres. Her har det teoretiske aspektet fått lite plass i klinikken og det er ikke felles oppfatning ved bruk av prosedyrer når de kartlegger selvmordsrisiko. De som beskriver god opplæring har også ulike oppfatninger av hvordan retningslinjene skal forstås og hvordan prosedyrer skal gjennomføres.

Implementeringen har foregått på ulike måter og det framkommer at det er flere faktorer som har hindret implementeringsarbeidet. Et mindretall av informantene har opplevd implementeringsarbeidet som vel gjennomført.

Årsaken til at implementering av retningslinjene er forskjellig i de ulike enhetene kan være flere. Tilsyn fra helsetilsynet viste ett sted at retningslinjene ikke var implementert godt nok. Det ble tatt tak i fra ledelsen og det ble drøftet hvordan nye prosedyrer skulle fungere. Klinikerne var med i drøftingene, noe som tyder på at de kunne påvirke og medvirke til at prosedyrer ble tatt godt i mot. Dersom de ansatte er med i drøftingen vil det kunne fremmes ny kunnskap og en kommer til en konsensus i fellesskap. Dette fordrer at ledelsen er bevisst hvordan prosessen må gå fram og tilbake (vertikalt) i organisasjonen for at implementering eller endringer skal tas i mot og gjøres bruk av. Beer og Eisenstat (2000) i Kvalshaugen (2010) viste til at dette er en viktig faktor i endringsarbeid.

Ett av tiltakene ble enklere tilgang på støtte fra akutt-ambulant team. Henvisningsrutiner ble lagt om og det førte til færre pasienter med selvmordsproblematikk i poliklinikken.

Det er ikke et felles system på opplæring i organisasjonen. Ansvar for kurs og opplæring er delegert til den enkelte avdeling slik det fremstilles av informantene. Dette fører til ulik praksis med hensyn til undervisning og kursdeltakelse.

5.2.1 Gode rutiner og avklarte roller

Det er viktig at de ansatte er med i endringsarbeidet. I utvalget har det vist gode resultater i implementeringsarbeidet der de ansatte har deltatt i endringsarbeidet. Det har vært fokus på opplæring, kurs og drøfting for å komme fram til gode rutiner. Det har vært brukt mye tid på å komme fram til prosedyrer som fungerer og det er tatt nye grep i organisasjonen med hensyn til å lette arbeidet for den enkelte ansatte i poliklinikken. Akutt-ambulant team er blitt en integrert del av enheten og benyttes ved behov. De ansatte har en ledelse som har tatt ansvar og som fortsatt har selvmordsforebyggende arbeid på agendaen selv etter at rutiner er godt ivaretatt. Regelmessige kurs og kompetansehevende tiltak er lagt inn som rutine i enheten. I følge Susan Miller (1997) er mål og strategier avhengig av et godt samarbeid mellom menneskene i organisasjonen. Endringer bør være forankret i ledelsen og det bør være et godt klima for endringsvilje hos den enkelte ansatte og i enheten som helhet. Informantene gir inntrykk av at de har forstått at endringer er et krav fra myndighetens side og at dette ikke bare er noe som kommer fra ledelsen, noe som kan bidra til lettere aksept for endringer. Dette støttes av Millers studie der det kommer fram at klare mål og strategi for gjennomføring er et viktig kriterium for å lykkes (Miller, 1997).

For at retningslinjene skal bli implementert og føre til endringer kreves ledelsesforankring. Dette betyr at ledelsen må fatte beslutning om innføring av retningslinjene og det må iverksettes opplæring. For å evaluere og kontrollere at prosedyrer er blitt en del av praksisen bør det gjennomføres kontroll. I følge Eva Ness (2009) som har vært fagrevisor for tilsyn, var det få helseforetak som hadde prosedyrer på internkontroll (Ness, 2009). I mitt utvalg tyder det på at implementeringen har foregått på ulike måter og resultatet av implementeringen er at det fortsatt er store forskjeller. Det framkommer at internkontroll har fremskyndet behov for å få retningslinjer på plass i enkelte enheter og at det har vært medvirkende til at ledelsen har tatt ansvar for å implementere prosedyrer på en slik måte at det fungerer for den enkelte ansatte i enheten.

For å oppnå endringer er det nødvendig med undervisning til klinikerne slik at målene er forstått og en bør vite hvorfor endringer er nødvendige. Ledelsen må ta ansvar for å gi

tilbakemeldinger til den enkelte slik at målet kan oppnås. Kontroll av virksomheten kan være hensiktsmessig, både for å lære av feil og for å kunne endre og utvikle god praksis.

5.2.2 Uavklarte rutiner og roller

Å vite hvorfor en har innført retningslinjer er av betydning. Dersom en ikke har den nødvendige bakgrunnskunnskapen vil klinikerne ha mindre forutsetning for å ta i bruk nye prosedyrer. Definerings av mål og samarbeid med de ansatte i prosessen fram til endringer er gjennomført krever en ledelse som kan styre etter målene. Dersom det er liten kommunikasjon mellom de ulike leddene i organisasjonen og/eller ledelsen unngår eller unnviker å ta beslutninger vil det være vanskeligere å komme i mål. Det pekes ikke ut en retning eller gjennomføres handlinger som bidrar til implementering. En god kvalitet på læring er viktig. De som skal mottar undervisning bør ha kommunikasjon med de som lærer bort. Det er avgjørende at budskapet når fram til de som skal iverksette ny strategi, i motsatt fall vil ikke muligheten til å implementere finne sted (Kvålshaugen, 2010).

Enkelte av informantene i studien har lite kunnskap om retningslinjenes innhold. Dette kan ha en sammenheng med at det ikke har vært en tydelig strategi ved utrulling av nye prosedyrer. Den vertikale informasjonsflyten som bør være tilstede i organisasjonen kan virke noe redusert eller fraværende slik at implementeringen ikke har fungert godt nok (Kvålshaugen, 2010). Det er gjort kjent hva målet skal være, men en har ikke funnet rett undervisningsform når det gjelder hvordan man skal nå målet.

Behovet for å opprette et nettverk som skal bidra til å styrke selvmordsforebyggende arbeid var blant annet et resultat av debatten som fulgte etter at retningslinjene ble lansert i 2008. Det er lagt vekt på at spesialrådgivere skal organiseres interdisiplinært og interorganisatorisk der muligheten til å ansvarliggjøre organisasjonen er til stede når pasienter ikke får god nok kvalitet i behandlingen ved selvmordsfare. At hovedansvaret hviler på ledere og ikke den enkelte ansatte er viktig, samtidig som en må se sammenhengen mellom kollektivets bidrag og den enkeltes ansvar (Schjelderup & Reinholdt, 2012). Å endre praksis i helseorganisasjoner er et omfattende og langtekkelig arbeid (Matthew-Maich, Ploeg, Dobbins, & Jack, 2013). Selvmordsforebyggende arbeid må sees som et møysommelig arbeid der det kreves tålmodighet og utholdenhet i organisasjonen ved å utvikle og lære den enkelte ansatte både ferdigheter og holdninger som øker graden av kvalitet. Kompetanseheving og kvalitetsforbedrende tiltak bør være sentralt og må ha et tydelig feste i organisasjonen.

Behovet for kvalitetsforbedrende tiltak og kompetanseheving synes å gjenspeile seg i mitt utvalg da flere informantene ikke har gjennomført kurs eller hatt fokus spesielt på retningslinjenes innhold.

Noen informanter opplever at de har god kunnskap om retningslinjene, men opplever allikevel vanskeligheter med å følge retningslinjene. De opplever at prosedyrene ikke legger til rette for at det tas egne beslutninger. Her kan det synes som en uenighet om hvordan prosedyrene skal fungere selv om målet er det samme, nemlig å hindre eller redusere selvmord hos pasienter innlagt i psykisk helsevern. De informantene som problematiserer dette har gjennomgått flere kurs, der én har fått spesiell tillatelse til å utføre både kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, en annen har ikke. Dette viser forskjeller med hensyn til hvem som har fått lov til å ha et større ansvar i enheten. Begrunnelse for hvorfor en har fått myndighet til dette og en annen ikke er uklart. Skillet mellom hvem som har fått myndighet til å treffe beslutninger synes ikke å være tydelig nok for de ansatte og det kan skape tvil om egen kompetanse dersom ledelsen ikke gir klare signaler. Endringer i maktbalanse og status hos den enkelte ansatte og i enheten kan føre til motstand mot nye strategier og være en hindrende faktor i implementeringsarbeidet. Dersom en blir fratatt ansvar kan det være et signal om at en ikke har god nok kompetanse og en står i fare for å miste anseelse (Yukl, 2009).

I utvalget sees en tendens til at denne faktor ikke er tatt tilstrekkelig med inn i endringsarbeidet og dermed har enkelte ansatte følt seg tilsidesatt og mindre verdt i organisasjonen. I tillegg er det manglende tro på at endringer er nødvendige. Dette kan også føre til motstand når en skal utøve praksis. I utvalget viser to informanter til at de tidligere hadde mer ansvar for gjennomføring av kartlegging og vurdering og at endringer kan vanskeliggjøre god praksis. En kjent faktor som kan forsinke endringer kan oppstå dersom leder tidligere har roset eller vært fornøyd med organisasjonen. Det vil dermed være mer utfordrende å overbevise de ansatte om behov for endringer. Selv om det er et kjent problem som skal løses kan de foreslåtte løsninger avvises på bakgrunn av liten tro på prosjektet (Yukl, 2009).

Dersom målene ikke er tydelig nok for de ansatte og ledelsen ikke har hatt en god kommunikasjon med de ansatte vil implementeringsarbeidet gå langsommere. Redusert kontroll kan forsinke endringsarbeidet fordi den enkelte kliniker ikke får tilbakemeldinger på praksis og det vil være vanskeligere og vite hvor skoen trykker.

5.3 Opplæringsstrategier

Funnene tyder på at informasjon og opplæring ikke har vært et felles ansvar i organisasjonen og at flere ikke har hatt opplæring i tråd med retningslinjenes anbefalinger (Sosial - og helsedirektoratet, 2008).

Det ser ut til å være forskjeller i organisasjonen når det gjelder opplæring og informasjon til de ansatte. Alle informanter gir uttrykk for at opplæringsansvar ligger hos begge parter, både arbeidsgiver og den enkeltes ansatte. Hovedansvaret bør ligge hos arbeidsgiver som skal sørge for at de ansatte har forsvarlig kompetanse. Dette kan sammenlignes med lærer-elev situasjon. Læreren vet hva målet for undervisning er, og må være i stand til å undervise eleven slik at kunnskap oppøves. Eleven må på den annen side være i stand til å motta undervisning og stille spørsmål der det er uklarheter.

Ulike undervisningstiltak er utarbeidet på nasjonalt. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging og Regionalt ressurscenter om Vold, Traumatisk stress og Selvmordsforebygging (RVTS) holdt kurs for lokale kursholdere som skulle tilbys regelmessig faglig oppdatering slik at alle landets helseforetak skulle nås på en systematisk måte (Walby F. , 2008; Ness, 2009). Funnene i denne studien tyder på at det ikke har vært avdelingsovergripende kurs som favner hele klinikken, men at kurs har variert i omfang og varighet i den enkelte enhet. I mange tilfeller har vært opp til den enkelte ansatte og melde interesse for oppdatering og kompetansehevende tiltak. Resultatet er at noen har hatt mye opplæring og andre lite. Dersom målet er at alle ansatte skal heve kompetansen sin på selvmordsforebyggende arbeid tyder det på at kurs og opplæring må settes på dagsorden og være en del av det obligatoriske opplæringsystemet i organisasjonen. Elektroniske opplæringsstrategier er ikke tatt i bruk i særlig grad.

5.4 Praksis

Slik retningslinjen legger opp til er det en forståelse av at kartlegging kan gjennomføres av helsepersonell som ikke har kompetanse til å gi en fullstendig vurdering av selvmordsrisiko, og som heller ikke har myndighet til å iverksette tiltak. Vurdering skal gjøres av kompetent lege eller psykolog som har den nødvendige myndigheten til å vurdere selvmordsrisiko. Men dette blir problematisk når høyskoleutdannet helsepersonell er den som møter pasienter første gang og har ansvar for å kartlegge for selvmordsrisiko i løpet av samtalen. Dersom det ikke er

laget gode prosedyrer for å få hjelp til vurdering umiddelbart kan det oppstå diskrepans mellom intensjon og virkelighet og skillet mellom kartlegging og vurdering kan bli problematisk å håndheve (Herrestad & Larsen, 2012).

Funnene i denne studien viser at informantene er kjent med at de skal kartlegge alle pasienter for selvmordsrisiko. Det benyttes i stor grad ferdige skjemaer som fylles ut av klinikerne. Kartleggingen inneholder opplysninger om pasient har eller har hatt tanker eller planer om selvmord, og om en har hatt tidligere forsøk. Dersom det framkommer opplysninger som indikerer at dette har vært tilfelle skal en vurdere nærmere risiko. I følge Retterstøl, Ekeberg & Mehlum (2002) kan imidlertid ingen kartleggingsskjemaer overgå det kliniske skjønn som er nødvendig når en kommer til å vurdere selvmordsfare. Å ha for stor tillitt til at kartleggingsskjemaer erstatter det kliniske skjønn kan være risikabelt. Imidlertid kan skjemaer være et godt supplement dersom det brukes med omtanke, samtidig som en forsøker å skape en god relasjon med pasienten. Det kan i tillegg fungere som en sjekkliste over de punkter en bør komme innom i løpet av samtalen (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002; Runeson, Renberg, Westrin, & Wærn, 2012). Selv om ikke bruk av kartleggingsskjemaer er godt nok, kan det allikevel bidra til at klinikere utøver lik praksis i større grad. Det kan være et nyttig hjelpemiddel når en skal kvalitetssikre at prosedyrer følges, men bør også i slike sammenhenger være et supplement til annen dokumentasjon. Forskningsmessig kan kartleggingsskjemaer benyttes som en viktig kilde til kunnskap for å aggregere gruppedata.

Pasientens selvmords impulser vil i de fleste tilfeller være enklere å få fram i en samtale enn å krysse av i ett skjema. Det forutsetter at klinikerne har opparbeidet seg en form for innforstått eller taus kunnskap som kan omdannes til skriftlig forklaring slik at en er i stand til å journalføre dette på en forsvarlig måte (Lauvås & Handal, 2000; Polanyi, 2000). Klinikerne er avhengig av å bruke sin egen dømmekraft og kunne stå for det valget man tar dersom en ber om videre vurdering eller om en anser at kartleggingen er godt nok ivarettatt av en selv (Beauchamp & Childress, 2009). Enkelte informanter i studien problematiserer denne vurderingen og hevder at det er vanskelig å bestemme seg for når en skal be om ytterligere vurdering. Dette kan ha en sammenheng med at det ikke er kultur for å ta opp problemer og at en i størst mulig grad forsøker å løse saken på egen hånd. Det kan være vanskeligere å be om støtte dersom rutiner er uklare. Engstelse for ikke å bli tatt på alvor eller så tvil om egen kompetanse kan føre til at en vegrer seg for å be om hjelp.

Enkelte informanter unnlater eller utsetter å spørre pasienter om de har eller har hatt selvmordstanker eller planer første gang de kommer i behandling. Dette har flere årsaker:

For pasienter som har personlighetsforstyrrelse begrunnes det med at det kan være kontra indisert å spørre om de har eller har hatt tanker eller planer om selvmord, nettopp fordi dette er en del av deres sykdomsbilde og de vil svare ja på dette. Klinikeren gjør noe annet enn det prosedyrene legger opp til. Jeg tolker her at den ansatte utøver skjønn og begrunner det med at forskning tilsier at temaet ikke bør tas opp, i hvert fall ikke med en gang. I retningslinjene omtales pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse som en utfordring fordi det er viktig å etablere en langsiktig behandlingsplan for denne gruppen for å kunne endre grunnlidelsen. Samtidig vet en at selvmordsrisikoen på lang sikt er forhøyet for denne gruppen. Arbeider man med pasienter med høy risikoatferd vil det være statistisk sett høyere prognose for at en opplever selvmord hos pasienter enn om man arbeider med pasienter som ikke er regnet i høyrisikogruppen (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Hendin, 2009; Logan, Hall, & Karch, 2011).

Konsensus i fagmiljø nasjonalt og internasjonalt er enig i at innleggelse i mange tilfeller er uhensiktsmessig for denne pasientgruppen. Det anbefales at personalet som jobber med denne pasientgruppen får særskilt opplæring og veiledning. Helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen må tåle en høyere risiko for selvmordsfare sammenlignet med andre pasienter der selvmordsrisikoen er mer tidsavgrenset (Sosial - og helsedirektoratet, 2008).

En annen årsak kan være at pasientgruppen oppfattes som så sårbar at det faller unaturlig eller uriktig å spørre om han eller hun har hatt tanker eller planer om selvmord siste tiden. Dersom en oppfatter at pasienten kan settes på tanker om at selvmord er en mulighet, kan prinsippet om ikke skade komme til å gjelde. Klinikeren vil ikke gå inn på temaet av frykt for og «sette på blålysene». Et annet aspekt handler om at pasienten bør være medvirkende til det som skal tas opp i samtalen. Det vil kunne føre til at en unngår eller utsetter å spørre om han/hun har tanker eller planer omkring selvmord dersom pasient ikke kommer inn på dette.

Enkelte ganger får en som behandler en intuisjon eller en opplevelse av at det vil føles som en krenkelse for pasienten og bli kartlagt for selvmordsrisiko slik en vanligvis gjør. Det kan være at pasienten gir uttrykk for motstand eller er motvillig til å dele informasjon med klinikeren om temaet som kan oppfattes vanskelig å snakke om. I frykt for å komplisere relasjonen vil en avvente eller utsette og spørre. Dette kan komme i konflikt med retningslinjenes prosedyrer

om å kartlegge selvmordsrisiko tidlig i behandlingsforløpet (Sosial - og helsedirektoratet, 2008). Klinikerens relasjonskompetanse eller den tause kunnskap kan føre til at retningslinjer ikke følges. Utfordringen kan i slike tilfeller være å begrunne sin avgjørelse og dokumentere det i journal.

Klinikeren kan på den annen side ha en tanke om at det er til det beste for pasienten og snakke ut om selvmordstanker og av den grunn spørre selv om han/hun vegrer seg for dette. Godhetsprinsippet kan føre til at klinikeren «vet best» og gjennomfører kartlegging uten å ta hensyn til pasientens autonomi.

Disse ulike avgjørelser kan tolkes i lys av de etiske prinsippene om pasientens beste, respekt for selvbestemmelse og ikke skade prinsippet slik det redegjøres for i Beauchamp og Childress (2009).

Å unnlate å gjøre kartlegging krever mot og autonomi hos klinikeren. Det begrunnes ofte med en magefølelse som jeg mener kan tolkes som en samvittighet. Ut i fra selvrefleksjon og grundig vurdering har klinikeren kommet til at en ikke bør følge retningslinjene slavisk (Beauchamp & Childress, 2009). En slik refleksjon krever autonomi og den setter store krav til den enkelte kliniker som utøver skjønn i slike utfordrende problemstillinger. En forventer at klinikeren har pasientens sikkerhet i fokus, samtidig som en vet at det stilles forventninger til faglig og personlig kompetanse (Wifstad, 2013). Å ha den nødvendige integritet krever mot og evne til å stå for det en har sagt og gjort. For å redegjøre for sine beslutninger kreves at en dokumenterer sine valg (Helsedirektoratet, 2012).

En tredje årsak til å unnlate å kartlegge selvmordsrisiko var der pasienten hadde blitt overført fra annen avdeling. Selvmords kartlegging var gjort tidligere i behandlingsforløpet. Det en vet er at pasienter med selvmordsrisiko ofte er ambivalente i forhold til ønske om å dø, dette fluktuerer og er langt fra en stabil situasjon. Dermed kan det være nettopp i slike overganger mellom behandlingsallianser nødvendig og viktig og foreta en ny kartlegging av selvmordsfare. Det er lite forskning som tyder på at en spør pasienten for ofte, faren for å spørre for sjelden er mer tilstede. Forskning som er utført av Berman, Jobes & Silverman (2006) konkluderer med at den største feilen hos selv erfarne behandlere er at de unnlater å spørre pasienten om selvmordsrisiko. Det er viktig å stille direkte spørsmål omkring selvmord, tanker og planer på en omsorgsfull måte slik at det gir informasjon som er nødvendig for å estimere risikoen (McKeon, 2009). Og ha kompetanse til å utføre en

omsorgsfull kartlegging der pasienten føler seg ivaretatt kan i seg selv være en kriseintervensjon og ha en preventiv rolle (Schechter.M & Maltzberger.J.T, 2009). Fravær av kartlegging kan bero på at klinikerer opplever å krenke pasienten eller utsette pasienten for unødige spørsmål som allerede er gjort. Det kan på den annen side være et uttrykk for at klinikerer ikke har tilstrekkelig kunnskap om selvmord og selvmordsprosessen (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002)

Generelt viser det seg at de fleste følger retningslinjenes anbefalinger om kartlegging tidlig i behandlingsforløpet, men det er situasjoner der enkelte informanter fraviker fra prosedyrene. Funnene i studien tyder på at det er utfordrende og skulle dokumentere i journal når en velger å unnlate å følge de oppsatte prosedyrene, selv med god innsikt og grundig vurdering i forhold til de valg man har tatt.

5.5 Faglig forsvarlighet

De grunnleggende kravene til helsepersonell som yter helsehjelp er at hjelpen skal holde en viss standard. Lovgrunnlaget er uttrykt gjennom kravet om faglig forsvarlighet som det fremgår av helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (Lov om helsepersonell, 1999; Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999). Det skal ytes hjelp ut i fra de krav man kan forvente til helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Forsvarlighetskravet retter seg mot alt arbeid som har faglig innhold. Det innebærer også sider ved virksomheten av mer generell art som kan ha betydning for pasienten, for eksempel håndtering av prøvesvar, hygieniske forhold og journalsystemer. Kjernen i forsvarlighet ligger i det faglige i handlingen og i virksomheten. Det blir allikevel godtatt at det kan ytes hjelp som avviker fra god praksis, men som dog ikke betegnes som uforsvarlig. Juridisk vil det måtte foreligge et klart avvik fra god praksis før handlingen anses som uforsvarlig (Molven, Holmboe, & Cordt-Hansen, 2006).

Utvalget i studien mener å ha kompetanse i å kartlegge selvmordsrisiko. Alle hevder at de har opparbeidet seg erfaring gjennom lang arbeidspraksis. De fleste har gjennom årene hatt mange samtaler med pasienter der selvmord har vært tema. Flere har gjennomført kliniske samtaler med pasient og spesialist basert på mester-svenn modellen. I tillegg har flere gjennomført kurs i selvmordsrisiko (VIVAT). Til tross for dette viser flertallet informanter at de har behov for mer kunnskap. Det poengteres at en ikke blir utlært, noe som medfører at en

har behov for å holde kunnskapen vedlike og få tilgang på ny forskning innenfor selvmordsforebygging. Det er ønske om mer tid til veiledning og opplæring i intervjueteknikk.

Svarene fra informantene tolkes dit hen at alle ønsker mer kunnskap. Selvmord er et tema som en ikke blir ferdig med. Helsepersonelloven § 4 slår fast at helsepersonell har plikt til å arbeide på en faglig forsvarlig måte. Hva som er faglig forsvarlig defineres derimot ikke. Det vil til enhver tid være det som på tidspunktet er anerkjent og være forsvarlig som setter standarden for dette (Wifstad, 2013). Det forplikter den enkelte ansatte til å holde seg oppdatert på hva som kreves for å yte god helsehjelp. Informantene viser i stor grad at de utøver faglig skjønn samtidig som de er opptatt av å lære mer.

Det er enkelte temaer som går igjen som utfordringer i det daglige arbeidet; usikkerhet med hensyn til ansvarsområde og utfordringer knyttet til journalføring. Jeg drøfter først ansvarsområde og deretter journalføring.

5.5.1 **Ansvar**

Retningslinjene har laget et skille mellom de som har kompetanse til å kartlegge selvmordsrisiko og de som har kompetanse i å vurdere selvmordsrisiko. Dette skillet skaper utfordringer for klinikerens som skal løse oppgaven. Det fratar i hovedsak høyskoleutdannet helsepersonell ansvar for å vurdere selvmordsrisiko. Derimot fratar det ikke ansvaret for å kartlegge selvmordsrisiko og vurdere hva man skal gjøre videre dersom det framkommer at pasient har hatt eller har selvmordstanker, planer eller har hatt tidligere selvmordsforsøk. Videre i retningslinjene står det at annet helsepersonell kan foreta vurdering av selvmordsrisiko, men det beror på en vurdering av deres reelle faglige kvalifikasjoner. Det fremkommer ikke hvordan disse faglige kvalifikasjoner skal oppnås. Som opplæring for lege og psykolog anbefales mester-svenn opplæring, drøfting av kasuistikks og opplæring i klinisk intervju. Relasjonskompetanse er det viktigste, i tillegg til å kunne noe om risikofaktorer, diagnostikk og intervjuferdigheter (Sosial - og helsedirektoratet, 2008). Det rommer ferdigheter, evner, kunnskap og holdninger som læres gjennom å utøve praksis. En kliniker eller en lærers relasjonskompetanse er avgjørende for å skape et godt klima mellom lærer og elev eller mellom klinikerens og pasienten (Spurkeland, 2012). Informantene beskriver at de utøver skjønn når de snakker med pasienten, de vurderer situasjonen ut i fra opplysninger og de tar i noen grad kontakt med andre fagfolk dersom de er i tvil. Det kan være at de snakker med kollega for å drøfte en sak dersom det ikke er lege eller psykolog til stede. I enkelte

tilfeller vil det oppstå tvil om en har gått utover sitt kompetanseområde når en skal vurdere om kartlegging bør kunne ut videre vurdering hos spesialist. Det er i følge Simon (2011) viktig at klinikerer utfører god klinisk praksis samtidig som en gjør en god risikoanalyse av situasjonen (Simon, 2011). Å være bevisst at en skal utføre arbeidet i tråd med forsvarlig praksis og be om hjelp dersom en har behov for det er av betydning for at klinikerer ikke skal komme i konflikt med sine etiske prinsipper (Beauchamp & Childress, 2009). I følge Schechter og Maltzberger (2009) er samhandlingen med pasienten og klinikerens evne til å vise empati en viktig egenskap, der intervensjonen kan være et forebyggende tiltak i seg selv og på den måten dempe risiko (Schechter.M & Maltzberger.J.T, 2009).

Resultatene i studien gjenspeiler at enkelte enheter har funnet gode rutiner for å håndtere dette, mens andre enheter fortsatt strever. De ansatte har problematisert hvordan kompetansen de har ikke blir verdsett og at de føler seg degradert. Informantene viser at de har evne til refleksjoner omkring sin egen kompetanse, der det fremkommer behov for ytterligere opplæring på temaet, spesielt i forhold til journalføring.

5.5.2 Journalføring

Lovverket forplikter helsepersonell som yter helsehjelp å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger i pasientens journal. I psykiatriske poliklinikker vil det være den enkelte klinikers plikt å dokumentere opplysninger om helsehjelpen pasienten får. Det skal fremgå hvem som har ført opplysninger og det skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell (Lov om helsepersonell, 1999).

Utvalget i studien har alle erfaringer med å journalføre opplysninger om pasienten. Det er enighet om at dokumentasjon er viktig. En er kjent med at lovverket stiller krav til dokumentasjon og at det skal føre til en bedre sikkerhet for pasienter som er i behandling. For noen kan det skape usikkerhet når en vet at det en skriver skal leses av andre og at det skal være etterprøvbart. En av informantene forsøker å bruke vage uttrykk som er lite dekkende. Det kan tolkes som et uttrykk for usikkerhet når det gjelder hvordan en skal informere i journal. Hvordan en skal få fram det som er viktig uten å foreta en vurdering av risiko utfordrer klinikerer. For andre har journalplikten ført til at en bruker mye tid på å skrive ned opplysninger der en forsøker å gjøre teksten konsist og tydelig for at andre som leser skal forstå. Å trekke ut essensen og levere det i skriftlig form er utfordrende for de fleste. En av

informantene hevder at det stilles for strenge krav til dokumentasjon og mener tiden i stedet burde vært brukt på mer viktige oppgaver.

Dersom klinikerer unnlater å skrive relevante opplysninger eller skriver på en måte som gjør det vanskelig for annet helsepersonell å forstå, føres ikke journal i samsvar med god yrkesskikk slik kravet til innhold beskrives i § 40 i helsepersonelloven. Varsomheten kan imidlertid også tolkes på den måten at klinikerer er i tvil om hvordan en skal ordlegge seg uten å komme i konflikt med lovverket. Flere informanter har vansker med å vite hva de skal skrive og hvordan de skal skrive slik at det blir forståelig for annet helsepersonell.

Plikten til å dokumentere fullstendig og korrekt er fjernet fra forskriftene, nettopp av den grunn at det er en for vanskelig oppgave for helsepersonell og sikre at opplysningene som gis er korrekte og fullstendige (Duvaland, 2002). Imidlertid skal journalen bidra til å dokumentere at helsepersonell har handlet i tråd med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Funnene i studien tyder på at det er behov for ytterligere opplæring i journalføring for å gi klinikere mer trygghet når de skal dokumentere selvmords kartlegging. Samtidig kan det se ut til at det er en sammenheng mellom gode rutiner i klinikken og opplevelse av kompetanse i journalføring.

For å kontrollere at faglig forsvarlighet i varetas bør internkontroll i enheten innføres slik plikten i lov om statlig helsetjeneste § 3 omhandler. I Helsetilsynets klagesaker handler det ofte om manglende journalføring. I enheter der vurderinger tas i personalmøter eller teammøter er det spesielt viktig å dokumentere hvem som har besluttet (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). I denne undersøkelsen er det et fåtall informanter som har hatt internkontroll på arbeidsplassen. Der det har vært gjennomført internkontroll viser det seg at praksis er endret med hensyn til journalføring. I studien til Per Erik Sørum (2012) viser resultater at ansatte som har hatt grunnopplæring med blant annet journalføring som tema hadde en større trygghet i å utføre arbeidet sitt (Sørum, 2012). Dette sammenfaller med min studie der klinikere som har fått en god opplæring og har gjennomgått journalføring har en større trygghet i arbeidet.

Journalføring skal også bidra til klinikerens trygghet dersom det en pasient tar livet sitt. At journalføring og dokumentasjon er utført etter god yrkesskikk bidrar til å redusere usikkerhet og påfølgende spekulasjoner om behandlingen har vært gjennomført i tråd med prosedyrer. Det er en kvalitetssikkerhet både for klinikerer og enheten at journalføring utføres i tråd med

god yrkesskikk, og det bør gjennomføres kontroller for å sikre og utvikle god praksis (Ness, 2009).

6 Oppsummering

Funnene i denne studien tyder på at det fortsatt bør arbeides med å implementere retningslinjene slik at det fører til avklarte ansvarsforhold og gode rutiner i de psykiatriske poliklinikkene. Implementering og endringsarbeid tar tid og krever en god forankring i ledelsen. Det forutsetter at en følger med på implementeringsarbeidet over tid etter at endringer er iverksatt. Kontroll eller tilsyn synes å bidra til raskere gjennomføring av implementering. Dersom en ikke foretar kontroll vil det være vanskeligere og vurdere om endringer er gjennomført. Det vil sannsynligvis være nødvendig å korrigere og justere kursen flere ganger før en finner virksomme prosedyrer. Informanter som opplevde å ha gode rutiner gav inntrykk av å være fornøyde. De erfarte at kompetansen var i tråd med ansvarsområde.

Studien kan bidra til å belyse de utfordringer en står overfor når en skal implementere retningslinjer eller prosedyrer i klinikken, og være et bidrag til å videreutvikle praksis for å kunne ivareta pasientens behov for forsvarlig helsehjelp. Sannsynligvis kan funnene fra denne studien overføres til andre situasjoner der endringer innføres, dersom rammene er sammenlignbare (Tjora, 2010).

Kunnskapsoverføring var gjennomført på ulike måter. Det var ikke en felles strategi på opplæring og overføring av kunnskap om retningslinjene ble gjort forskjellig. Dette førte til at noen opplevde å ha god kunnskap om retningslinjene, andre hadde lite kunnskap om retningslinjene. Når nasjonale retningslinjer innføres er målet at de skal være et hjelpemiddel i det daglige arbeidet. Et forslag kan være at det bør legges opp til felles undervisning for alle ansatte og at prosedyrer utarbeides og utvikles slik at det oppnås konsensus om praksis. Som flere informanter var inne på blir man ikke utlært innenfor dette temaet. Teoretisk kunnskap, drøfting av case, veiledning er alle viktige måter og opparbeide kompetanse på. Relasjonskompetanse fremheves som en av de viktigste egenskapene i sammen med kunnskap om risikofaktorer.

Behov for ytterligere kompetansehevende tiltak syntes å være tilstede, først og fremst innen journalføring. Å få til gode beskrivelser når en skal kartlegge selvmordsrisiko er utfordrende. Dette kan ha en sammenheng med usikkerhet om hva som ligger innenfor ansvarsområde og engstelse for å skrive feil, samtidig som det kan være et uttrykk for at en mangler gode skriftlige uttrykksmåter som viser til faktiske forhold.

De fleste erfarte at det var nødvendig med støtte i enkeltsaker. De opplevde å få støtte av kollegaer og spesialist. På grunn av begrenset tilgang på spesialister i enhetene ble det ofte benyttet kollegastøtte. Arbeidet ble oppfattet som krevende, både faglig og etisk.

For å styrke det selvmordsforebyggende arbeid er det viktig å ha fokus på det gode arbeidet som alt gjøres. Det bør tilstrebes å tilrettelegge praksis slik at klinikerer får ansvar som samsvarer med forsvarlighet og god praksis. En optimistisk tro på det selvmordsforebyggende arbeid er viktig, det motsatte vil være en fallitterklæring. Det er viktig å være bevisst at kartlegging med bruk av standardiserte skjemaer kan være en hjelp i selvmordsforebyggende arbeid, men at det har en begrenset verdi til å avdekke risiko (Hendin, 2009). En omsorgsfull kartlegging utført etter godt klinisk skjønn kan i seg selv være et selvmordsforebyggende tiltak. Respekt for pasientens autonomi og selvbestemmelse er et viktig aspekt i alt helsearbeid noe som kan utfordre spesielt i selvmordsforebyggende arbeid.

Funnene i denne studien kan være av betydning for helsepersonell i psykiatriske poliklinikker som møter pasienter der det kreves at en kartlegger selvmordsrisiko. Ved å se hvordan de ulike enhetene har implementert retningslinjene kan en lære av hverandre og utnytte felles kompetanse. Det kan forhåpentlig føre til bedre samhandling og tjene pasientens beste. For ledere kan resultatene være et bidrag i kvalitetssikkerhetsarbeidet dersom retningslinjene evalueres.

Referanser

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Carlsen, K., Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, A., Jacobsen, A., & Omenaas, E. (2009). *Forskningshåndboken. Fra idé til publikasjon*. Oslo: Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål.
- Cavanagh, J.-T., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*(33), ss. 395-405.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget, 2. utgave.
- Duvaland, L. (2002). *Dokumentasjonsplikten for helsepersonell*. Hentet 03 11, 2014 fra Tidsskrift for Den norske legeforening(21)122;2139-40: <http://tidsskriftet.no/article/593428/>
- Ekeberg, Ø. (2008). Selvmord i og utenfor psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*(2), s. 128.
- Hadlaczky, G., Wasserman, D., Hoven, C., Mandell, D., & Wasserman, C. (2011). Suicide Prevention Strategies: Case Studies from across the Globe. I R. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon, *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice, First Edition* (ss. 475-485). John Wiley & Sons, Ltd.
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (10) IS-1870*. Hentet 09 12, 2013 fra [www.helsedirektoratet .no](http://www.helsedirektoratet.no): <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Documents/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet. St.meld.nr. 25 (1996-97)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsetilsynet. (2010). *Medisinalmeldingen 2010*. Hentet 09 12, 2013 fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/helsesosialmelding/oslo_og_akershus_medisinalmelding_2010.pdf

- Hendin, H. (2009). Recognizing a suicide crisis in psychiatric patients. I D. Wasserman, & C. Wasserman, *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention a global perspective* (ss. 327-331). Oxford: Oxford university press.
- Herrestad, H., & Larsen, K. (2012). *Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko*. Hentet 03 10, 2014 fra <http://ost.rvts.no/Newsarticle.asp?art=Kartlegging%2C+observasjon+og+vurdering+av+selvmordsrisiko%2E&aid=1312>
- Holsted, M., Martinussen, J., Nielsen, B., & Ramseng, Ø. (u.d.). *E-læring i helsevesenet- status og perspektiver*. Hentet 01 03, 14 fra http://www.nvu.no/publikasjoner/nvubok-2009/Art-12_B5.pdf
- Jenkins, R., & Singh, B. (2000). General population strategies of suicide prevention. I K. Hawton, & H. Heeringen, *The international handbook of Suicide and Attempted Suicide* (ss. 597-614). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Johannesen, K. (2013). Tause kunnskaper i nytt lys?- Viktige ansatser og nye bøker innenfor feltet. *Norsk Filosofisk tidsskrift(48) 2*, ss. 145-153.
- Johansen, J., & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening (43)7*, ss. 714-718.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2. utgave.
- Kvålshaugen, R. (2010). Fra beslutning til gjennomføring. I B. Løwendahl, & F. Wenstøp, *Grunnbok i strategi, 3 utg; kapittel 10* (ss. 273-306). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Larsen, K., & Dahl Andersen, I. (2011, nov 10). *Et varslet selvmord*. Hentet 01 02, 2014 fra Morgenbladet: http://morgenbladet.no/ideer/2011/et_varslet_selvmord#.UsXivE2A2P8
- Lauvås, P., & Handal, G. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori* (s.87-117). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Logan, J., Hall, J., & Karch, D. (2011). Suicide Categories by Patterns of Known Risk Factors. *Archives of General Psychiatry 68 (9)*, ss. 935-941.
- Lov om helsepersonell*. (1999). Hentet fra Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli nr.64: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Lov om spesialisthelsetjenesten*. (1999 , 07 02 (61)). Hentet 01 12, 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#§2-2

- Lönnqvist, J. (2009). Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. I D. Wasserman, & C. Wasserman, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (ss. 275-284). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring 3. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Matthew-Maich, N., Ploeg, J., Dobbins, M., & Jack, S. (2013). Supporting the uptake of nursing guidelines: What you really need to know to move nursing guidelines into practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 10 (2), ss. 104-115.
- McKeon, R. (2009). *Suicidal Behavior*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Mehlum, L. (1999). *Tilbake til livet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Miller, S. (1997). Implementing Strategic Decisions: Four Key Success 18/4. I *Organization studies* ISSN: 010-8406 (ss. 577-602). United Kingdom.
- Molven, O., Holmboe, J., & Cordt-Hansen, K. (2006, 02 23). *Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven*. Hentet 03 11, 2014 fra Tidsskrift for Den norske legeforening, 5, 643-644: <http://tidsskriftet.no/article/134987>
- Ness, E. (2009). Opplæringsstrategi for å understøtte de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging. *Suicidologi* (14)1, s. 8.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Qin, P. (2007). Sosioøkonomiske og demografiske faktorer sett i forhold til selvmordsrisiko. *Suicidologi* 12 (2), ss. 16-19.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2002). *Selv mord*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Runeson, B., Renberg, E., Westrin, Å., & Wærn, M. (2012). *Den suicidnära patienten*. Malmö: Studentlitteratur AB, Lund.
- Rønneberg, U., & Walby, F. (2008). Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*(2), ss. 1-7.
- Schechter, M., & Maltzberger, J.T. (2009). The clinical interview as a method in suicide risk assessment. I D. Wasserman, & C. Wasserman, *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention a global perspective* (ss. 319-324). Oxford: Oxford University Press.
- Schjelderup, G., & Reinholdt, N. (2012). Selvmordsforebygging ved regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Øst). *Suicidologi*(17)1, ss. 16-18.

- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. London: Jason Aronson.
- Simon, R. (2011). *Preventing Patient Suicide. Clinical assessment and management*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser, 4. utgave*. Cappelen Damm Akademisk.
- Sosial - og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511/2008)*. Oslo: Sosial - og helsedirektoratet.
- Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli*. Hentet 09 12, 2013 fra Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial - og helsetjenesten:
http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf
- Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse 2. utgave (s.13-31)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Statens helsetilsyn. (2001). *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*. Hentet 03 02, 2014 fra [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/drift_psykiatriske_poli klinikker_ik-2739.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/drift_psykiatriske_poli_klinikker_ik-2739.pdf)
- Statens helsetilsyn. (2001). *Kompetansebehov i psykisk helsevern IK-2740*. Hentet 03 23, 2014 fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/kompetanse_psykisk_h elsevern_ik-2740.pdf
- Statens helsetilsyn. (2001). *Veileder for drift av DPS (IK-2738) Distriktpsikiatriske sentre-organisering og arbeidsområder*. Hentet 10 05, 2013 fra http://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/distriktpsikiatriske_sentra_i k-2738.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2012). Hentet 10 02, 2014 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak>
- Sørnum, P. E. (2012). *Selvordsforebygging i Akutteam ved DPS, Masteroppgave*. OSLO: Universitetet i Oslo.
- Thorvik, A. (2011). *Suicid som etisk fenomen*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Walby, F. (2008). Faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. *Suicidologi*(13)2, ss. 6-10.
- Walby, F., & Ness, E. (2012). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern- erfaringer og utfordringer videre. *Suicidologi* (17) 1, ss. 19-21.
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicid*. London: Penguin books.

Yukl, G. (2009). Å lede organisasjonsendringer. I Ø. L. Martinsen, *Perspektiver på ledelse* (ss. 167-205). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Intervjuguide

Vedlegg 1

- A. Forskningsspørsmål: Kjenner du til retningslinjene for selvmord og selvmordsforebyggende arbeid og de krav som ligger i å kartlegge alle pasienter innlagt i psykisk helsevern?
- På hvilken måte har retningslinjer for selvmord og selvmordsforebyggende arbeid blitt innført (implementert) på din arbeidsplass?
 - Har det skjedd endringer som følge av retningslinjene? Evt. hvilke?
 - Dersom ikke: Har du noe tanker om hvordan det kunne gjøres endringer?
 - Har du tenkt noe på hvorfor retningslinjene ble laget?
- B. Forskningsspørsmål: Brukes retningslinjene i praksis? På hvilken måte?
- Fortell hvordan kartlegging av selvmordsrisiko foregår hos dere...
 - Er det situasjoner der du lar vær og kartlegge? Fortell mer om det..
 - På hvilken måte dokumenteres kartlegging? Bruk av prosedyrer?
 - Hva er det vanskeligste i arbeidet med å kartlegge pasienter for selvmordsrisiko?
- C. Har du den nødvendige støtte og opplever du at du får hjelp når du trenger det?
- Hvilke rutiner har dere på din arbeidsplass når du har behov for ytterligere vurdering hos pasienter?
 - Hvordan opplever du at kompetansen din står i samsvar med de arbeidsoppgaver du har når det gjelder å kartlegge selvmordsrisiko?
 - Hvilke tanker har du omkring egen kompetanse i fht. kartlegging- savner du noe?
 - Hvordan opplever du de kravene som ligger i å dokumentere samsvarer med din kompetanse når det gjelder selvmords kartlegging?
 - Hvor mener du at ansvaret for kompetanseutvikling eller opplæring bør være plassert? (Arbeidsgiver eller den enkelte ansatte?)
 - Hvordan vurderer du din kompetanse i forhold til det ansvaret du har når du skal kartlegge selvmordsrisiko?

Er det noe du skulle ønske jeg hadde spurt om? Er det noe mer du vil si i fht. dette?

Hvis ikke, - takk for at du stilte opp og brukte av din tid.

Vedlegg 2

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo og har valgt psykososialt arbeid med vekt på selvmord og selvmordsforebyggende arbeid som fordypning.

Tema for min oppgave er:

Beskrive behandlerens opplevelse av hvordan de nasjonale retningslinjer for selvmord og selvmordsforebygging fungerer i praksis.

I den forbindelse ønsker jeg å intervjuere behandlere i psykiatriske poliklinikker for å få mer kunnskap om hvordan de opplever at nasjonale retningslinjer for selvmord og selvmordsforebygging har innvirket på deres arbeid i forhold til kompetanse og trygghet.

Målet er å intervjuere både kvinner og menn, antall inntil 20 stk. Jeg har ekskludert ledere i studien.

Det vil bli brukt opptaker og gjort notater underveis i intervjuet. Intervjuet vil ta ca. en time. Jeg kan gjennomføre intervjuet på din arbeidsplass etter nærmere avtale.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen [DATO].

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og kontakter meg.

Hvis du har spørsmål kan du ringe meg på tlf. 33 37 46 23, eller sende en e-post til t.greidung@gmail.com.

Du kan også kontakte min veileder Vibeke Salicath Gordner på tlf. 907 21 570.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Tone Elise Berg Greidung

Klinikk psykisk helse og rusbehandling

Tlf. 33 37 46 23/24

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Hans Magnus Solli
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo
Sognsvannsveien 21, bygning 12
0372 OSLO

Vår dato: 25.04.2013

Vår ref:34040 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.03.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34040	<i>Behandlers erfaringer med bruk av nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hans Magnus Solli</i>
Student	<i>Tone Elise Greidung</i>

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

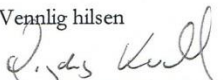
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tone Elise Greidung, Oldenborreveien 34, 3172 VEAR

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg nr. 4

Paulson, Tor <Tor.Paulson@cappelendamm.no> 28. mars 2014 kl. 09.18

Til: "t.greidung@gmail.com" <t.greidung@gmail.com>

Jeg gir deg tillatelse til å bruke figuren fra vår bok « Grunnbok i strategi»

Mvh Tor Paulson--

Med vennlig hilsen

Tor Paulson

Redaksjonssjef

Cappelen Damm Akademisk

Telefon: +47 21 61 66 05

Mobil: +47 47 2 92 226

Sentralbord: +47 21 61 65 00

E-post: tor.paulson@cappelendamm.no

www.cda.no

Vedlegg nr. 5

1 e-post

"Østreng, Dorte" <Dorte.Ostreng@cappelendamm.no> 28. mars 2014 kl. 09.15

Til: "t.greidung@gmail.com" <t.greidung@gmail.com>

Hei,

Takk for henvendelsen din. Du får tillatelse til å bruke figuren i oppgaven din, men det er viktig at du oppgir kilden altså har en korrekt referanse/henvisning til boka og sidetall.

Lykke til med masteroppgaven!

Dorte

Med vennlig hilsen

Dorte Østreng

Cappelen Damm Akademisk

Telefon: +47 21 61 66 08

Mobil: +47 922 13 269

Sentralbord: +47 21 61 65 00

E-post: dorte.ostreng@cappelendamm.no