Fortellinger om skam, skyld og ansvar

Anmeldt av Kim Larsen

Terje Mesel:
Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten.
 Oslo: Cappelen/Damm. 2014.
 Heftet. 269 sider.
 ISBN: 978-82-02-44427-3.

Selv mord hos pasienter, selv om det heldigvis skjer sjelden, er likevel en markant del av klinikerens «hverdagsangst» (Menninger, 1990). Media er full av anklager mot psykiatrien etter pasientselv mord, hvor selvmordet ofte fremstilles som et bevis på at noen har gjort en feilvurdering. Det synes som om den offentlige debatten preges av en ofte uuttalt og grovt urealistisk nullvisjon for selvmord, noe som lett får den konsekvens at noen tillegges skyld når selvmord forekommer.

I vår postmodernistiske epoke hvor sannhetens relativitet, subjektivitet og kontekst står sentralt, blir det også viktig at alle «stemmer» og synspunkter kommer frem. Fokuset på brukermedvirkning er blant annet resultat av en slik Zeitgeist. I den offentlige debatt er imidlertid en «stemme» underrepresentert; de anklagede helsearbeiderne. Sakene blir sjeldent fremstilt fra de profesjonelles perspektiv. Det

er nettopp dette teolog og ph.d i medisinsk etikk Terje Mesel forsøker å gjøre i boken *Når noe går galt. Om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten*.

Forfatteren har dybdeintervjuet 23 helsearbeidere. Materialet er organisert i et tema for hvert av kapitlene 3–10, hvor ni av intervjuene er valgt ut til grundig analyse og supplert med materiale fra de øvrige.

Mesel konsentrerer seg særlig om to spørsmål:

- På hvilken måte konstituerer fortellinger om når noe går galt profesjonsforståelse og profesjonsadferd hos helsearbeidere?
- På hvilken måte kan et relevant skille mellom begreper som skyld og ansvar bidra til god individuell og kollektiv håndtering av disse fortellingene?

Intervjuobjektene er allmennleger, psykiatere, kirurger, peditere, fødselsleger, psykologer, jordmødre og sykepleiere både fra intensiv og anestesi. Forfatteren presiserer at studien er av fenomenologisk karakter: «Studien er ikke en analyse av hendelser der alle fakta blir forsøkt lagt på bordet. Det er en analyse av hvordan slike

hendelser oppleves og mestres, og hva slags betydning de får for helsearbeideren» (s. 23).

Boken åpner med en vignett: En ung psykiater med kapasitetsproblemer på sin avdeling har planlagt å skrive ut en ung mannlig pasient som har vært inne i en positiv utvikling, men som også har uttrykt engstelse for en mulig utskriving. Den morgenen psykiateren kommer til avdelingen for å ha samtalen om utskrivingen, finner han pasienten hengt på rommet sitt. Psykiateren føler det som om det er han som har tatt livet av pasienten, og at planene om utskriving har vært medvirkende til selvmordet. Han måtte imidlertid prioritere; mange av pasientene som ventet på plass hadde større behov for behandling. Denne vignetten innleder kapittel 1 hvor forfatteren presenterer studiens problemstillinger og metodologiske aspekter.

Det filosofiske og etiske teorigrunnlaget som kan danne bakteppe for de sentrale begrepene i bokens undertittel «skam, skyld og ansvar» er av et enormt omfang. I kapittel 2 sirkler forfatteren inn det av denne litteraturen som er praktisk relevant for den foreliggende studien. Han gir imidlertid tallrike fotnoter og referanser til lesere som ønsker å forfølge bakgrunns materialet ytterligere.

Kapittel 3 til 10 utgjør hovedkapitlene hvor intervjuene analyseres i lys av det metodologiske og teoretiske rammeverket som ble presentert i kapittel 1 og 2. De temaene vi møter har stor spennvidde, samtidig som de representerer varianter av ofte forekommende etiske dilemma i helsevesenet. Boken avsluttes med et oppsummerende kapittel om hvilke implikasjoner studiens funn kan ha for praksis.

Forfatteren drøfter hvilke faktorer som både vil bidra til større åpenhet om feil, ivareta personalet og føre til læring. Han fremhever ledernes og kollegiets ansvar for å gå inn i sakens detaljer; et velmenende klapp på skulderen og noen trøstende ord om at det «kunne like gjerne vært meg» (selv om dette godt kan være tilfelle) hjelper ikke:

«En skamproduserende mekanisme som synes å være tydelig til stede i materialet, er at når feil eller uheldige hendelser oppstår, er kolleger tause

eller nivellerer og forflater hendelsen til noe trivielt gjennom forsikringer om at dette kunne skjedd hvem som helst. For den som har en opplevelse av å ha tapt omdømme i kollegers øyne, bidrar en slik taushet eller nivellering ofte til å forsterke opplevelsen av omdømmetap, altså det motsatte av det som opprinnelig var hensikten – nemlig at de er tause fordi de vet at dette kunne skjedd dem selv. Den skamfulle synes å være avhengig av gode samtalepartnere, ikke minst for å finne veien tilbake fra selvforakt og isolasjon til selvrespekt, kollegium og godt pasientarbeid. Da trenger man kolleger som kan hjelpe en til å skille mellom person og sak, mellom skam, skyldfølelse, skyld og ansvar.» (S. 244).

Forfatteren er svært tydelig på at det er forståelig at pårørende reagerer med aggresjon og anklager etter uheldige hendelser i helsevesenet. Dette er nærmest uunngåelig blant annet som følge av urealistiske forventninger til hva medisinen og psykiatrien kan utrette. En kan umulig forlange at pårørende skal ha den samme faglige innsikten som fagfolk i forskjellige nyanserte risikovurderinger knyttet til inngrep og behandling. Men samti-

dig bør det vel gå en grense ett eller annet sted. En av informantene sier: «Jeg føler det litt urettferdig. Jeg føler i ettertid at det hadde vært greit at de hadde sagt fra, men et sted må det stoppe. Jeg husker at vi diskuterte det en gang – det er grenser for hvor langt pårørende kan gå mot helsepersonell. Er det ingen som kan stoppe de? Hvor mye hets har de lov å komme med?

Jeg tenker at de skal ha rett til å

si hva de mener, tenker og føler til et visst punkt. Men på et punkt må de stoppes av noen, jeg vet ikke hvem – kanskje de trenger profesjonell hjelp mer enn å fortsette med brev på brev på brev. Det kan bli en måte å takle sorgen på, og de burde kanskje fått et tilbud om å takle sorgen

Forfatteren drøfter hvilke faktorer som både vil bidra til større åpenhet om feil, ivareta personalet og føre til læring

på en annen måte – fordi det ikke er riktig! En skal lytte, høre etter, forstå hvordan de har det – men på et eller annet punkt må en få lov til å si at nå har dere dratt det for langt. Hvor mye skal en tåle, og hvor går grensen for hvor mye en skal ta imot? Uansett om vi har et yrke hvor vi skal være profesjonelle, så er vi mennesker også.» (S. 206).

Samfunnet aksepterer at pasienter dør av alvorlige somatiske sykdommer dersom alt har vært gjort for å redde dem, men ikke at personer dør av selvmord. I en tankevekkende artikkel i *Journal of the Royal Society of Medicine* adresserer G.G. Loyd dette poenget: «Few events in medical practice creates such a sense of failure and guilt as the suicide of a hospital patient. The mortality rate is known to be increased in severe psychiatric illnesses as in most other medical illnesses. The analogy, however, is not generally accepted. Death in cardiovascular or malignant disease, for example, is regarded in many cases as inevitable, a welcome relief from months of pain and suffering. Suicide, by contrast, is considered an unnatural event, one which is avoidable and preventable. In each case of suicide there is a belief among medical and nursing staff that they should have done better: they should have assessed the patient more carefully; been more aware of hints of suicide; provided closer supervision; or not agreed to the final period of leave.» (s. 344).

På den offentlige arena er kritikk av helsevesenet epidemisk

Den uuttalte nullvisjonen om selvmord kan delvis være et spesialtilfelle av et mer generelt fenomen; at en i vårt samfunn har en urealistisk forventning til hva medisinen og psykiatrien kan utrette. Dette kan også være følgene av at leger og psykologer i sin iver etter å utbre faget og en medisinsk og psykiatrisk fortolkningsramme driver en slags faglig imperialisme med en slik urealisme som følge. WHO's definisjon av helse fra 1948 illustrerer dette: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.» Dersom en legger denne definisjonen til grunn til forventninger til livet vil selv den minste dysfunksjon bli definert som sykdom, og følgelig noe som helsevesenet da bør kunne håndtere.

På den offentlige arena er kritikk av helsevesenet epidemisk. Det virker også som media fritt kan vinkle saker svært selektivt. Etter snart 30 år som psykolog har jeg mange ganger vært i den posisjonen at jeg har kjent til profilerte mediasaker innenfra. Jeg har vært i kontakt med hjelpepersonell som har vært involvert i sakene, og vært vitne til den sorg og maktesløshet de følte, først over det uheldige utfallet i saken, dernest over å se saken grovt feilfremstilt i media, bare for deretter å kunne konstatere at de ikke har noen mulighet til å rette opp fremstillingen. Særlig i små samfunn er dette en voldsom påkjennning for de berørte. Hadde det vært slik at medieversjonen bare var en mild forvrengning av virkeligheten – ved at små detaljer ble utelatt mens sakens vesentlige fakta var bevart i fremstillingen – slik at den moralske hovedkonklusjon var upåvirket av forvrengningen, hadde det ikke vært så viktig. Men, dessverre, jeg

har gjentatte ganger fått konstatere at medieversjonen og «innenfra»-versjonen var to forskjellige fenomener: Helt essensielle opplysninger som ville endret, omstøtt eller endog reversert den tabloide konklusjonen er utelatt. Hendelsen med ambulansetrykningen til Sofienbergparken og ambulansesjåførens angivelige rasisme, og saken mot de to legene i Nord-Norge som angivelig skulle ha «operert friske organer», er to av de få sakene hvor slike supplerende opplysninger som redefinerer «malpractice»-personalet som offer for medias éndimensjonale vinkling kommer frem.

Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten er et pionérarbeid på et område hvor det finnes mange anekdotiske beretninger om hvordan helsepersonell har opplevet lignende situasjoner, men sjelden har profesjonelles opplevelser av uheldige hendelser blitt underkastet en så grundig etisk drøfting som her – i tillegg er boken er så rik på praktiske implikasjoner. Boken kan også fungere som biblioterapi for helsepersonell som har opplevd lignende situasjoner – det kan være perspektivutvidende og befriende å lese forfatterens analyse. Hans analyse av den sydebukkprosessen og det «Svarteper»-aktige spillet som kan komme igang etter uheldige hendelser er mesterlig og tankevekkende. Slike prosesser kan ramme helsepersonell på utilbørlige måter.

I dagens flom av faglitteratur er det uunngåelig at mye av den preges av avtakende grensenytte, og at leseren får følelsen av å stå overfor en faglig flodbølge som kjennes overveldende. På denne bakgrunn er det sjelden en bok oppleves som både så analytisk og perspektivutvidende. Den gir et nyansert og rikholdig utgangspunkt for noe som er mye diskutert i dag; helsevesenets evne til å lære av sine egne feil. Bokens egenskaper bevirker også at den med utbytte kan leses av pårørende, journalister og alle som er interessert i, eller er i befatning med, helsevesenet. Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsevesenet er et nybrottsarbeid som har noe å tilby alle. Kliniske problemstillinger i suicidologi setter mange av de omtalte tema på spissen, og boken fremstår derfor nærmest som obligatorisk lesning for oss som arbeider innen selvmordsforebygging.

REFERANSER

- Lloyd, G.G. (1995). Suicide in hospital: guidelines for prevention. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88, 344–346.
- Menninger, W.W. (1990). Anxiety in the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 232–246.