

Fagartikkelforfatterne:



Harald Støvind

seniorrådgiver, divisjon psykisk helsevern, Ahus



Ellen Marie Hanneborg

koordinator psykisk helsevern, divisjon psykisk helse, Ahus



Torleif Ruud

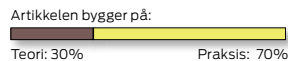
avdelingssjef, FOU-avdeling psykisk helsevern, Ahus og professor Universitetet i Oslo



Bedre tid med brukerstyrte innleggelseser?

Brugerstyrte innleggelseser ga færre oppholdsdøgn og fornøyde pasienter i spesialisthelsetjenesten ved Akershus universitetssykehus.

Pilotprosjekt



DOI-nummer: 10.4220/sykepleiens.2012.0151

Ordningen med brukerstyrte innleggelseser av nyere dato i Norge. Brukerstyrte innleggelseser betegner pasienter som har avtale om å bestemme selv når de ønsker innleggelse i åpen avdeling i et distriktpsykiatriske senter (DPS). Sengeposten Skytta 3 ved DPS Grorud hadde i 2010 et samarbeidsprosjekt med bydelene Grorud og Stovner og Nittedal kommune om brukerstyrte innleggelseser. I tillegg til erfaringene fra Jæren DPS (1,2) og våre erfaringer fra DPS Grorud (3), har vi funnet en

rapport fra Døgnerheten Tromsø ved UNN (4). I denne artikkelen presenterer vi hovedfunn fra vårt prosjekt, og sammenlikner disse med resultatene fra Jæren DPS og Døgnerheten Tromsø. I prosjektet ved Grorud DPS var rammene for brukerstyrte innleggelseser følgende:

- ▶ Pasienten skulle være godt kjent på avdelingen
- ▶ Pasienten skulle være vurdert av psykolog eller psykiater som egnet for brukerstyrte innleggelseser
- ▶ Innleggelseser kunne skje alle dager mellom kl. 9.00–20.00
- ▶ Oppholdene kunne vare maksimum fem dager
- ▶ Det måtte gå 14 dager mellom hver brukerstyrte innleggelse

Metode

I samarbeid med bydelene og kommunen ble det valgt ut 24 pasienter som hadde kontakt med DPS Grorud og som hadde hatt flere innleggelseser i psykisk helsevern. Det ble inngått en skriftlig avtale med disse pasientene om brukerstyrte innleggelseser. Hovedregelen var at de kunne velge innleggelse i tråd med de rammene som er nevnt ovenfor, så sant én av de to øremerkete plassene var ledig.

Når pasienten inngikk avtale ble det registrert noen få data om hans eller hennes psykiske problemer. De ble spurt om å fylle ut et kort spørreskjema ved starten og slutten av

hver brukerstyrte innleggelse og ved avslutningen av perioden for pilotprosjektet. En prosjektmedarbeider registrerte ut fra pasientenes journaler de innleggelsesene pasientene hadde i spesialisthelsetjenesten i prosjektperioden, samt i tilsvarende periode for den enkelte pasient før avtale om brukerstyrte innleggelseser ble inngått.

Pilotprosjektet ble godkjent av personvernombudet ved Akershus universitetssykehus. Anonymiserte data ble registrert og oppbevart i henhold til denne godkjenningen.

Godt voksne pasienter

16 kvinner og åtte menn deltok i prosjektet. Over halvparten var mellom 40 og 50 år, 17 av dem bodde alene. Pasientene hadde følgende hoveddiagnoser: Schizofreni (åtte), affektiv lidelse (sju), angstlidelse (fire), personlighetsforstyrrelse (tre), ruslidelse (en) og uten hoveddiagnose (en).

Flere innleggelseser

Ti måneder før prosjektet startet hadde de 24 pasientene til sammen 46 innleggelseser, både i DPS og akuttavdeling. Av disse innleggelsesene var 38 frivillige og åtte med tvang. 16 av innleggelsesene var i akuttavdeling og 30 i DPS døgnerheten. Til sammen utgjorde dette 1560 oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten.

Under prosjektperioden økte antall innleggelseser fra 46 til 70. Antallet innleggelseser på



Hovedbudskap

Pasientene var godt fornøyd med brukerstyrte innleggelseser. Det ser ut til at bedret tilgjengelighet i form av brukerstyrte innleggelseser reduserer antall liggedøgn i sykehus.



Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
▶ Psykisk helse ▶ Psykisk lidelse ▶ Brukermedvirkning



BEDRE OG BILLIGERE? Brukerstyrte innleggelse kan bidra til at det psykiske helsetilbudet blir mer tilgjengelig uten å øke kostnadene. Illustrasjonsfoto: Colourbox

akuttavdelingen ble betydelig reduserte, fra 16 til ni, mens innleggelse på DPS økte betraktelig fra 30 til 61. Andelen tvangsinnleggelse på akuttavdelingen ble redusert fra åtte til fire.

Det store utslaget i vårt funn ble det totale antallet oppholdsøgn. Under prosjektperioden hadde de 24 pasientene 684 oppholdsøgn i spesialisthelsetjenesten, mens de som nevnt hadde hatt 1560 oppholdsøgn for tilsvarende tidsrom før prosjektet startet. Oppholdsøgn for tvangsinnleggelse ved akuttavdelingen ble redusert til 47 øgn under prosjektperioden mot 122 øgn i tilsvarende periode før. Pasientene var innlagt i spesialisthelsetjenesten gjennomsnitt 12 prosent av tiden under prosjektperioden, mot 23 prosent av tiden før prosjektstart. Totalt hadde de til sammen 49 brukerstyrte innleggelse.

I dette prosjektet fant vi at pasientene med schizofreni hadde like mange oppholdsøgn i prosjektperioden som før. De var innlagt cirka 10 prosent av tiden både under prosjektperioden og tilsvarende tidsrom før. For pasientene med de øvrige diagnosene ble tiden de var innlagt redusert fra 37 prosent til 13 prosent.

På slutten av prosjektet innhentet vi pasientenes synspunkter på brukerstyrte innleggelse. Et av spørsmålene var: Hvor fornøyd har du vært med å ha et slikt tilbud? 20 av 24 pasienter ga tilbakemeldinger: Ni var svært fornøyd, åtte var ganske fornøyd, to var litt fornøyd og en var ikke fornøyd.

Fornøyde pasienter

Få pasienter, i en relativt kort tidsperiode, deltok i undersøkelsen. Hovedinntrykket er

allikevel entydig. Pasientene hadde en vesentlig reduksjon av antall oppholdsøgn selv om antall innleggelse økte. Pasientene svarte at de var godt fornøyd med brukerstyrte innleggelse.

Mange pasienter opplever det som svært vanskelig å få tilbud om innleggelse i psykisk helsevern. Pasientene i vår undersøkelse har psykisk lidelse som de i perioder syntes det er vanskelig å takle i hverdagen. I disse periodene kan både pasient og pårørende erfare at muligheten for innleggelse er begrenset. Ofte opplever de og legen eller psykologen som ber om innleggelse, at den aktuelle døgnavdelingen ikke oppfatter dem som syke nok til å bli lagt inn. Resultatet kan bli at pasienten, pårørende og innleggende lege eller psykolog fremstiller situasjonen verre enn den faktisk er.



Pasientenes svar ved avslutning av en brukerstyrt innleggelse på hva som gjorde at de hadde behov for innleggelse (N=16)				
Behov for innleggelse	Ikke behov	Litt behov	God del behov	Stort behov
Komme litt bort fra en vanskelig situasjon	1	1	5	6
Være et sted jeg kunne føle meg mer trygg	1	2	2	11
Være et sted jeg kunne falle mer til ro	0	3	4	9
Få redusert de psykiske plagene jeg har	0	6	7	3
Behov for å være sammen med andre	2	5	2	7
Behov for å være med på noe å gjøre	6	6	3	1
Behov for mer struktur på dagen eller døgnet	4	5	1	6

Hvis pasienten ikke får innleggelse, kan det hende at situasjonen forverres slik at det blir nødvendig med akuttinnleggelse. Begge disse situasjonene viser at rutine ved innleggelse i psykisk helsevern også kan ha negative sider.

Brakerstyrt innleggelse kan forebygge forverring av pasientens helse fordi pasienten blir innlagt på et tidligere tidspunkt. Noen av pasientene i undersøkelsen uttalte at bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten var med på å trygge hverdagen og redusere symptomer. Dermed var tilbudet om brukerstyrt innleggelse med på å forebygge lidelse, selv om pasienten ikke var innlagt.

enheten Tromsø på 22 prosent (4) og Ahus på 56 prosent (3).

Det ble også målt reduksjoner i antall tvangsinnleggelser unntatt ved Døgnerheten Tromsø, hvor dette ikke er beskrevet i slutt-rapporten. Ved Jæren DPS er antall oppholds-døgn på grunnlag av tvang om lag halvert, og for DPS Grorud er reduksjonen på 68 prosent. Antall tvangsinnleggelser på Jæren DPS var mye høyere enn for DPS Grorud både før og etter brukerstyrt innleggelse (37 før og 23 under brukerstyrt innleggelse for Jæren DPS, og fra åtte til fire tvangsinnleggelser for Grorud DPS). Måleperiodene for denne sam-

«Bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten var med på å trygge hverdagen og redusere symptomer.»

Med avtale om brukerstyrt innleggelse fikk pasientene i tillegg større medbestemmelse over sitt eget behandlingsopplegg. De opplevde livssituasjonen sin som mer forutsigbar og hadde større valgfrihet i hva slags hjelp de fikk til å takle sine helseutfordringer. Pasienten selv var ansvarlig for å avgjøre om innleggelse var nødvendig, og dette kan i seg selv ha positiv innvirkning på pasientens psykiske helse.

Jæren DPS og Døgnerheten Tromsø

Resultatene ved Jæren DPS og Døgnerheten Tromsø viser også en betydelig reduksjon i antall oppholdsdøgn for pasienter som har tilbud om brukerstyrt innleggelse. Jæren DPS har en reduksjon på 33 prosent (1), Døgn-

menlikningen er også forskjellig. For Jæren var perioden for brukerstyrt innleggelse i gjennomsnitt 19 måneder mens det for Ahus var åtte måneder.

Et annet interessant funn er at antall oppholdsdøgn for pasienter med hoveddiagnosen schizofreni ikke er redusert i vårt prosjekt. Jæren DPS og døgnerheten Tromsø har ikke beskrevet reduksjon av oppholdsdøgn på diagnosenivå. Jæren DPS beskriver at en stor andel av deres pasienter med hoveddiagnose schizofreni også har en klar reduksjon av oppholdsdøgn (33 prosent). Hva skyldes disse ulike funnene? Mange av pasientene med avtale om brukerstyrt innleggelse ved Jæren DPS hadde flere tvangsinnleggelser ved den samme posten de hadde inngått slik avtale.

Det kan være naturlig at de velger å være innlagt i færre døgn når de kan bestemme selv og ikke er underlagt tvang. Ved DPS Grorud har pasientene kun hatt frivillige innleggelser da institusjonen ikke er godkjent for tvang. Vår erfaring er at pasienter med schizofreni-diagnose i liten grad ønsker å være innlagt. Mange av disse pasientene har etter hvert fått tilfredsstillende botilbud i kommunene.

Når vi måler innleggelser og oppholdsdøgn i forhold til diagnoser, er materialet fra Jæren og DPS Grorud for lite til å si noe om mulig årsak, men det er et interessant spørsmål om brukerstyrt innleggelse er en ordning som enkelte pasientgrupper vil profitere mer på enn andre. Vi tror at en viktig forutsetning for å redusere antall oppholdsdøgn er at pasientene er godt kjent med sengeposten og det miljøet pasienten har avtale med. Mange ulike sengeposter i psykisk helsevern erfarer at de har pasienter som får betegnelsen «svingdørspasient». Man bør derfor vurdere om pasienter ved flere sengeposter er tjent med brukerstyrt innleggelse.

Mobiliserer egne krefter

Avtalen om brukerstyrt innleggelse mellom pasient, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste innebærer en maktforskyvning fra helsetjenesten til pasientene. Har dette positiv effekt på pasientenes psykiske helse? «I et salutogenetisk perspektiv er det helt avgjørende at pasienten oppfatter seg selv som aktør, og ikke offer, og får hjelp til å mobilisere egne krefter. Slik skaper større opplevelse av mening og mestring og motvirker passivitet og oppgitthet» (5-128)

Ahus har som mål å være «menneskelig nær – faglig sterk». Ordningen med brukerstyrt innleggelse viser så langt at tilgjengeligheten til våre tjenester kan bli bedre, uten å øke kostnadene. Å være menneskelig nær bør innebære tilgjengelighet, i særdeleshet hvis det også styrker det faglige tilbudet. ■

LITTERATUR

1. Heskestad S, Tytlandsvik M (2008). Brukerstyrt kriseinnleggelse ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskrift for Den Norske Legerforening 128:32-5
2. Tytlandsvik, M. og Heskestad, S. Erfaringar med brukarstyrt innleggelse ved psykoosepost – ein kvalitativ evalueringssstudie. Vård i Norden 1-09.
3. Brukerstyrt innleggelse i åpen DPS døgn. Et samarbeidsprosjekt mellom Grorud DPS, bydelene Grorud og Stovner samt Nittedal kommune. 2011 http://www.ahus.no/stream_file.asp?iEntityId=24873
4. Døgnerheten Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. Brukerstyrt seng - makten skifter eier? Veien til mestring i eget liv! Delprosjekt av Norsk sykepleierforbunds nasjonale kvalitetsprosjekt «Med pasientens øyne» 2008.
5. Aarø Trond F. Manifest for psykisk helsevern. Universitetsforlaget 2010.