

STF78 A06012
RAPPORT

En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern

Haldis Hjort, Torleif Ruud

SINTEF Helse

Februar 2006

■ www.sintef.no

SINTEF Helse Trondheim
Adresse: 7465 Trondheim
Telefon: 40 00 25 90
Telefaks: 93 07 05 00

SINTEF Helse Oslo
Adresse: Postboks 124 Blindern, 0314 Oslo
Telefon: 40 00 25 90
Telefaks: 22 06 79 09





SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 Oslo
Besøksadresse: Forskningsveien 1
Telefon: 22 06 73 00
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL, tentativ

En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern

FORFATTER(E)

Haldis Hjort, Torleif Ruud

OPPDRAKSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A06012	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Seniorrådgiver Bjørg Gammersvik	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03917-7	PROSJEKTNR. 785180.01	ANTALL SIDER OG BILAG 41 sider
ELEKTRONISK ARKIVKODE Kvalitativ studie akuttavdelinger.doc	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Haldis Hjort <i>Haldis Hjort</i>	
ARKIVKODE	DATO 17.02.2006	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H Eide, Forskningsleder <i>Arne H. Eide</i>	

SAMMENDRAG

Denne rapporten fra en kvalitative undersøkelse tar for seg følgende spørsmål: Hva mener fagpersoner i akuttpsykiatriske avdelinger kjennetegner gode behandlingsforløp? Hvilke faktorer mener de fremmer eller hemmer gode behandlingsforløp? Hvordan begrunner de avdelingenes praksis?

Ulike nøkkelpersoner som representerer flere funksjoner og faggrupper ble intervjuet ved tre akuttavdelinger som en ut fra opptaksområde og størrelse antok var noe forskjellige. Intervjuene var strukturert rundt de tre fasene med henvisning/inntak, utredning/behandlingsopplegg og utskrivning/overføring. De tre fasene beskrives ut fra det fagpersonalet sa.

Det er en del forskjeller mellom avdelingene når det gjelder hva en legger vekt på og hva en gjør, og det synes å være noe forskjellige kulturer og modeller for drift av akuttavdelinger. Noen legger mest vekt på å komme raskt i gang med utredning og behandling og bruke den tvang som synes nødvendig for dette, mens andre er opptatt av å ha en lav terskel for innleggelse og bruke så lite tvang som mulig. Både det direkte og det indirekte pasientarbeidet omtales. Det er også mye som er felles for de tre avdelingene.

I slutten av rapporten gir forfatterne noen egne refleksjoner og anbefalinger ut fra sin vurdering av det som kom fram i intervjuene. Det gis også noen refleksjoner over utviklingen i akuttavdelinger gjennom de siste 15-20 årene. De som ble intervjuet har ikke noe ansvar for våre vurderinger, som er plassert i et eget kapittel for å markere det.

	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykiatri	Psychiatry
EGENVALGTE	Akuttavdelinger	Acute wards
	Kvalitativ studie	Qualitative study

Forord

Ved undersøkelse av psykiatriske akuttavdelinger blir det fort mye fokus på kvantitative data som antall døgnplasser og oppholdstid, samt på logistikk for pasientenes gang gjennom systemet. Men slike tall vil ikke kunne si noe om kvaliteten på tilbudene som gis.

I denne rapporten forteller behandlere ved tre akuttpsykiatriske avdelinger om hva de ser som viktig for å få til gode akuttpsykiatriske forløp. Den kvalitative studien tar for seg mange forhold som det er viktig å være seg bevisst og arbeide videre med i utvikling og forbedring av akuttpsykiatriske tilbud.

Det er aller viktigst å lytte til pasientenes erfaringer om dette, slik det i økende grad gjøres. Men det er også viktig å lytte til det behandlerne kan fortelle om sine erfaringer og refleksjoner, slik vi gjøre i denne rapporten.

Vi takker alle som stilte opp i intervjuer eller gruppesamtaler og formidlet sine erfaringer og refleksjoner om avdelingen og sitt arbeid der. Vi har vært opptatt av å behandle dette stoffet med respekt og grundighet, og i siste del av rapporten har vi tillatt oss å komme med refleksjoner og anbefalinger med bakgrunn i det som kommer fram.

Av ulike grunner tok det lang tid fra rapporten ble planlagt til arbeidet med den startet opp, og arbeidet ble mer omfattende enn det var tenkt i utgangspunktet. Den endelige utformingen måtte også tilpasses det arbeidet SINTEF Helse gjorde med akuttpsykiatriske problemstillinger, slik at den kunne gi et utfyllende bidrag innen den helheten der den kvantitative undersøkelsen Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) er blitt sentral.

I arbeidet med undersøkelsen har seniorforsker Haldis Hjort brukt både sin kompetanse innen kvalitativ forskning og skriving, og sine erfaringer som kliniker i akuttavdelinger og i andre deler av psykisk helsevern. Rapporten ville ikke ha blitt det samme uten hennes innsikt og innlevelse i de situasjonene hun formidler kunnskap om.

Oslo, februar 2006

Torleif Ruud

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Innledning: Problemstilling, metoder, materiale og disposisjon.....	5
Metoder og materiale	5
1. Første fase: Hva skjer før og ved en innleggelse?	7
1.1 Henvisning	7
1.2 Hvordan inntak styres.....	8
1.3 Hvordan pasientene tas imot.....	9
1.4 Om paragrafvurdering, tvangsbehandling og skjerming.....	10
1.5 Oppsummering	11
2. Andre fase: Hva skjer under oppholdet i akuttavdelingen?	13
2.1 Utredning, diagnostisering og individuell plan	13
2.2 Medisinering, ECT-behandling og stabilisering.....	14
2.3 Behandlingssamtaler med pasientene.....	15
2.4 Miljøterapeutenes samvær med pasientene.....	15
2.5 Miljøterapeutiske aktiviteter i avdelingen	16
2.6 Terapeutisk orientering i avdelingen.....	17
2.7 Pasienters barn, kontakt med pårørende og hjemmebesøk	18
2.8 Dokumentasjon, journalskriving	19
2.9 Tidsbruk til behandlingsmøter	20
2.10 Verdier og trivsel.....	21
2.11 Nivåheving og fagutvikling hos personalet.....	23

2.12	Interne forhold, trygghet og sykefravær	23
2.13	Oppsummering	26
3.	Tredje fase: Hva skjer ved og etter utskriving?.....	29
3.1	Overføring til andre behandlingsinstanser	29
3.2	Kontakt med familie og sosialt nettverk	30
3.3	Pasientenes boligsituasjon og -tilbud fra psykisk helsevern.....	31
3.4	Brukerperspektiv, brukermedvirkning.....	32
3.5	Oppsummering	34
4.	Historiske endringer og anbefalinger om gode akuttpsykiatriske behandlingsforløp.....	35
4.1	Resultatenes representativitet og informasjonsverdi	35
4.2	Anbefalinger om gode sammenhenger i den akuttpsykiatriske behandlingskjeden	35
4.3	Videre anbefalinger	37
4.4	Hvordan akuttfunksjonen har forandret seg på 15-20 år	40

Innledning: Problemstilling, metoder, materiale og disposisjon

Sintef Helse, avdeling for psykisk helsearbeid, har gjennomført en kvantitativ studie av akuttavdelinger. Det foreliggende er en *kvalitativ* studie der vi har studert psykiatriske avdelinger med akuttfunksjoner. Problemstillingene vi satte fokus på kan formuleres slik:

Hva mener fagpersoner i akuttpsykiatriske avdelinger kjennetegner gode behandlingsforløp? Hvilke faktorer mener de fremmer eller hemmer gode behandlingsforløp? Hvordan begrunner de avdelingenes praksis?

Med *behandlingsforløp* menes her hele prosessen fra og med henvisning/inntak, gjennom utredning/behandlingsopplegg og til og med utskrivning/overføring.

Metoder og materiale

Med kvalitative studier får vi informasjon som ikke kvantitative studier kan gi på samme måte, nemlig om konkrete forløp, prosesser og hvordan aktørene som deltar i prosessene beskriver dem med egne ord. De mange, mange variabler som virker inn på og samspiller i en prosess som akuttbehandling, som for eksempel tid og sted, fagmiljø, behandlingssideologi, yrkesgrupper, pasienttyper, osv. osv, blir eksemplifisert og levendegjort. Målet er, gjennom åpne, semistrukturerte intervjuer med utvalgte fagpersoner å beskrive, forstå og fortolke sentrale forhold og ideer innen akuttbehandling i Norge i dag.

Våren 2005 gjennomførte vi intervjuene med fagpersoner/ personale ved tre avdelinger med akuttfunksjoner, som vi her kaller avdeling A, B og C. Avdeling A er i en relativt grågrendt del av Norge, i et jordbruksområde og med en ganske stabil befolkning uten mye ut- og innflytting. Mange kjenner hverandre der, og det er et nokså tett sosialt nettverk. Avdeling B er i en mindre by i et område som er tettere befolket, med flere mindre byer som kommer innunder inntaksområdet til avdelingen. Avdeling C er i en av Norges største byer. Befolkningen i inntaksområdet til C representerer sosialgrupper som er relativt høytlønnte og med ressurssterke familie- og sosiale nettverk og med lav andel av fremmedkulturelle.

To av avdelingene hadde bare én akuttpost, mens den tredje hadde tre poster med ulik funksjon og antall liggedøgn. For avdeling A og B fikk vi ikke snakket med representanter fra de fem faggruppene på *alle* postene, slik at informasjonen om en avdeling kunne bli mer preget av én post enn en annen. En del av subakutt- og utredningsfunksjonene som akuttposter i avdelingene i A og B syntes å ha delvis kapasitet til, ble for avdeling C utført av en egen intermediær/subakuttavdeling, eller DPS-ens beredskaps- og avlastningsteam. Derfor er det ikke lett å sammenligne de tre avdelingene på en del funksjoner; Det kan for eksempel bli stående som et åpent spørsmål om ulikheter som antall liggedøgn, syn på tvang i behandlingen, kontakt med primærhelsetjenesten eller andre ting henger mest sammen med ytre faktorer som demografiske forhold, inntaksområdets beskaffenhet, økonomi og hvilke pasientkategorier som "hører inn under" akuttavdelingene, *eller* om det har å gjøre med forskjeller i behandlingssideologi; hvordan fagpersonene *begrunner* sine beslutninger. Dette vil bli drøftet videre i avslutningskapitlet.

Vi gjennomførte 15 intervjuer, fem fra hver avdeling på 1-1½ time med følgende fem personer/grupper: 1. Klinikksjefer/adm.overleger/seksjonsledere, 2. avdelingsoverleger, 3. enhetsledere, 4. assistentleger/ psykologer og 5. miljøpersonale. Det ble et materiale på 15-20 sider i råutskrift for hvert intervju. Intervjuene var semistrukturelle, med stikkord og spørsmål i intervjuguidene som skulle dekke de viktigste områdene av faggruppens arbeid. Men vi var også åpne for å få utdypet spesielle og nye temaer som kunne dukke opp underveis i intervjuingen, hvis de belyste problemstillingene. En del av spørsmålene var like for alle yrkesgruppene, en del var forskjellige i forhold til hva som var relevant for hver yrkesgruppe og for de tre områdene av landet som avdelingene betjener.

Fagpersonenes synspunkter kan jo være sprikende både internt i hver avdeling mellom de forskjellige faggruppene, og avdelingene seg imellom, altså at de synes å ha ulik behandlingsprofil. Vi prøver å vise både enighet og uenighet hos de fem faggruppene ved å sitere de mest relevante, tydelige utsagn og fortolke dem. Når man blir sitert, kan man føle at ens utsagn trekkes ut av sammenhengen det er sagt i, og at ens intensjon dermed kan misforstås av leserne. Vi tilstreber å sitere på forskningsmessig redelig vis, og har også prøvd å gi hver av de tre avdelingene og hver av de fem faggruppene like mye plass.

I den foreliggende rapporten er disposisjonen slik at vi i de tre første kapitlene beskriver prosessen i akuttopphold som tre forskjellige *faser*, i tilsvarende kapitler. Første fase handler om hva som skjer *før og ved* innleggelsen. Andre fase handler om hva som skjer *under* oppholdet, det som foregår "inni" avdelingen. Tredje fase er om hva som skjer *ved utskrivning og etterpå* når pasienten skal tilbakeføres til de som henviste, og videre hjelp i pasientens behandlingsnettverk. Under hvert av kapitlene gjengis de viktigste utdrag av fagpersonenes synspunkter, og det siste avsnittet i hvert kapittel er en *oppsummering* av hva de er enige og uenige om vedrørende de forskjellige temaene innenfor fasen.

I fjerde og siste kapittel drøfter vi først resultatenes representativitet og informasjonsverdi. Det er altså et avsnitt om metoden for databehandlingen. Dernest kommer to avsnitt der vi tolker informantenes svar på problemstillingene som ble stilt først i rapporten. Svarene er formet som anbefalinger til fagpersoner og planleggere i akuttfunksjonen i psykisk helsevern, og vi markerer det der anbefalingene er preget av egne synspunkter og kliniske erfaringer. Det første av de to avsnittene beskriver hvordan *sammenhengen, overgangene*, mellom de tre fasene må være hvis man skal få til et godt akuttpsykiatrisk behandlingsforløp. I det neste avsnittet presenteres noen videre anbefalinger eller forslag. I det siste avsnittet beskrives hva som synes å ha forandret seg i akuttpsykiatriske avdelingers funksjon over en periode på 15-20 år, ut fra hva informanter som er meget erfarne og har arbeidet lenge i akuttpsykiatri beskriver, samt forskernes egne inntrykk.

1. Første fase: Hva skjer før og ved en innleggelse?

Inkludert i første fase er henvisning, inntak og hvordan pasienten blir tatt i mot ved innleggelse. Det siste avsnittet handler om temaer som paragrafvurdering, tvangsbehandling og skjerming.

1.1 Henvisning

På avdeling A understreket man det nære forholdet de hadde til primærlegene i dette lokalsamfunnet. Dette skyldtes blant annet at primærlegene oftest hadde stabil kontakt med pasientene med psykiske lidelser, og det var lite skifte av fastlegekontakt. Derfor ble en pasient nesten uten unntak tatt imot i avdelingen når primærlegen vurderte at innleggelse var indikert. "Bare hvis pasienten også var her i forrige uke, kan krav om innleggelse bli stilt spørsmålsteget ved...". Den nære kontakten førte til at avdelingen har svært lav prosentandel av tvangsinnleggelse sammenlignet med andre avdelinger i landet. Det ble sett på som en stor fordel hvis primærlegen, ut fra sitt kjennskap til pasienten og i samråd med avdelingspersonalet, kan overtale til innleggelse i stedet for at det blir en tvangsinnleggelse. Man formulerte det slik: "Hvis vi får tatt en krise før den er blitt stor, kommer pasienten også fort ut igjen. Ufordelen ved tvang er at ikke pasienten kan gjøres ansvarlig." Eller: "Pasienten skal komme før det blir for gærnt, det kan være besparende på sikt". Man var altså opptatt av at det skulle være "lavterskelinntak" – pasienten skal få rett hjelp på rett nivå og få akutthjelpen han/hun trenger, men "så fort pasienten er i stand til å nyttiggjøre seg tilbud på lavere nivå, skal pasienten dit. For akuttpost er det dyreste tilbud vi har".

At innleggende førstelinjetjeneste må fungere godt for at man skal få til et godt inntak, blir også nevnt av personale i avdeling C. Man berømmet overlegene ved distriktpsykiatrisk senter, som gjennom mange år har arbeidet fram kontakten med fastlegene, ved jevnlig møter og kurs. Man har altså dyrket opp et faglig "omland" der interesse for og kunnskap om psykiske lidelser gror, og der fastlegene kan behandle en del av de plager som ellers kanskje ville blitt henvist til psykiatrisk poliklinikk eller spesialisthelsetjeneste. I dette inntaksområdet var ikke det enkelte forhold mellom lege og pasient så stabilt som i det mindre lokalsamfunnet til A – det var oftere skifte av fastlege. Dette er kanskje én grunn til at flertallet av pasientene ble innlagt med tvang ved akuttavdeling C. En annen grunn kan være at behandlingsideologien er forskjellig: I C var man mer opptatt av å komme kjapt i arbeidsposisjon overfor pasienten med tid nok til diagnostisering, effektiv medisiner og stabilisering enn at pasienten skulle være frivilling med på dette i første omgang. Men det generelt høye faglige nivået hos allmennpraktikerne i inntaksområdet er selvfølgelig også av stor verdi når pasienten skrives ut og skal tilbake til primærhelsetjenesten. Vi kommer tilbake med problematikken rundt tvang senere i rapporten.

Fleire i avdeling B var opptatt av å fokusere på graden av klarhet i henvisningen: "Det må være en klart avgrenset akuttpsykiatrisk problemstilling..", "..et godt behandlingsforløp er der hvor pasienten har en adekvat henvisning fra innleggende instans... man må ha et adekvat 'filter'...den som tar imot hos oss må ha anledning til å utdype indikasjoner i tilfelle pasienten burde kanaliseres til noe annet enn akuttavdeling". En annen uttalelse: "Det verste

er når det er fram og tilbake og ut og inn og frivillig og tvang – sånn smørje. Hvis pasienten innlegges frivillig og så skrives ut fordi vedkommende ikke vil ha behandling, så går man kanskje inn på tvangsparagraf og så finner man ut etter tre dager at det ikke er grunnlag for tvang – *da* er vi inne i et dårlig behandlingsforløp!” For alle de tre postene var det relativt sjeldent at det var vedlagt noe skriv om individuell plan. Særlig fagpersoner i miljøpersonalet syntes det var en mangel.

Henvisningskompetanse erfares naturlig nok som mer varierende når en pasient innlegges fra legevakt og utenfor dagtid. Oftest kjenner jo ikke innleggende lege pasienten fra før. Noen legevaksleger ble rost for kunnskap om psykiske lidelser. Et irritasjonsmoment var hvis legevakten ikke hadde sjekket pasientens bostedsadresse eller – hvis pasienten var uten fast bolig – pasientens fødselsdato i forhold til hvor han/hun hørte hjemme. Det kan føre til at pasienten havner på “feil” akuttavdeling og må flyttes på, med alt det organisasjonsmessige rot og merarbeid som det medfører, og den ekstra lidelse som pasienten får ved det. Dette sier også noe om inntaksområdet til akuttavdelingen. Avdeling A hadde ikke dette problemet, fordi opptaksområdet er et tett, relativt stabilt lokalsamfunn i en ikke-urban del av regionen. Noen av de intervjuede har erfart at en spesielt dårlig innleggessituasjon kan oppstå hvis en lege som ikke kjenner en pasient drar på hjemmebesøk og legger inn derfra, særlig hvis legen drar alene. Det er ofte en urolig, kanskje dramatisk situasjon som legen kommer opp i, og det å ha “ett øye på pasienten og ett på innleggelsespapirene” fører til at indikasjoner for innleggelse blir overfladiske og uklare. Ellers kan selvfølgelig hjemmebesøk ha store fordeler, ved at legen ser mer av pasientens totalsituasjon med både familie-, bolig- og naboforhold. Men dette er da muligheter som bare fastlegen kan utnytte, eller personalet ved akuttavdelingen når de skal vurdere nettverket rundt pasienten og hva pasienten kommer tilbake til etter akuttoppholdet.

1.2 Hvordan inntak styres

Flere av klinikkjefene eller overlegene fokuserte sterkt på *driftsstyring* – at avdelingen, med de ressursene den nå en gang har, alltid skal ha ledige plasser. Hvor mange, er avhengig av hvor stort inntaksområdet er, og når på dagen eller i uken det er forespørsel om inntak. Som administrerende overlege ved C sa: “Alt mottak skal skje på ledig plass. Hvis ikke det skal oppleves som et overgrep at du må ta imot pasienter, må du ha ledig plass, ellers får du klump i magen hver gang. Det er ikke noe tilnærmet mål å ha fullt belegg. Aldri full post mer enn i noen timer”. Disse lederne så kvaliteten på ledelse og organisasjon som like viktig som plass- og økonomiske ressurser, og mente at en del av overbeleggsproblemene som noen akuttavdelinger har, kunne ha vært løst ved bedre planlegging. Miljøterapeutene syntes å ha litt mer forståelse for problemer andre avdelinger kan ha med overbelegg. Det var enighet om at for alltid å kunne ha ledig plass, må *alle* enheter i det psykiatriske sykehuset eller behandlingsnettverket ha del i ansvaret for akuttpsykiatrisk funksjon. I “knipetak” må man alltid kunne ha mulighet til å overføre (kanskje midlertidig) relativt stabiliserte pasienter til subakutt- eller intermedieæravdeling, skrive dem ut som dagpasienter eller til beredskapsteam ved DPS. “Øyeblikkelig hjelp-plikten gjelder ikke en post, det gjelder et sykehus. Alle har like mye ansvar”.

Å se på akuttavdelingen ut fra en driftsmodell, er å sette opp et regnestykke der man må kjenne til mange faktorer som må være i balanse, som antall ligge- og dagplasser i avdelingen og andre avdelinger eller poster i klinikken/ sykehuset som kan tre støttende til, personaltettheten i avdelingen og muligheten for ekstrahjelp, ressursene i DPS og inntaksområdet ellers, befolkningens størrelse i inntaksområdet og antatt prosentandel av personer med behov for opphold i akuttavdeling fra tid til annen. Ut fra dette lager man et mål for hvilke pasienttyper avdelingen bør ta ansvar for etter alvorlighetsgrad og beregner gjennomsnittlig oppholdstid i avdelingen og antall ledige plasser man bør ha til enhver tid. Som overlegen i A sa: “Vi skal til enhver tid ha de dårligste, da blir det best pasientflyt”. Og overlegen i C: “...forenklet, mener vi at vi bare bør ta inn pasienter med alvorlig psykose og suicidalfare – personlighetsforstyrrelser har egentlig ikke noe i akuttavdeling å gjøre”. Og

administrerende overlege samme sted: "La oss si vi har 365 pasienter innlagt i året. Hvis du sier at hver pasient blir én dag mindre, så har du allerede én årsplass." Ut fra denne tenkningen hadde han drevet ned gjennomsnittlig liggetid flere døgn, uten at han fant at tilbudet ble dårligere. Han mener at akuttfunksjonen er å stabilisere, ikke gi psykoterapi, pasienten skal ikke "regredere", men komme i aktivitet slik at han/hun kan ta imot hjelp fra andre deler av behandlingsskjeden.

Alle de tre avdelingenes fagfolk i ledelsen var opptatt av den beskrevne driftsøkonomiske siden ved arbeidet, men det varierte i personalet i hvor stor grad man vektla det. Noen tok mer utgangspunkt i det faglige og behandlingsetiske nivå de etterstreber, og ville ut fra det legge arbeid i å påvirke bevilgende myndigheters forståelse av at de trenger mer ressurser. En psykiatrisk sykepleier i avdeling B som hadde jobbet i akuttavdeling i mange år og mente det hadde blitt påfallende mange re-innleggelser de siste par år, sa: "Kvalitetssikring og papirarbeid, det ligger så til de grader i tiden. Men personaltilgangen har ikke økt tilsvarende. Min opplevelse er at vi har mindre tid til å bare være der for pasientene. I løpet av en dag er vi mindre sammen med pasienten enn for ti år siden. Samfunnsøkonomisk tenker jeg at det er bedre å gi folk et ordentlig tilbud med én gang enn at de skal gå inn og ut og miste mer og mer tillit." Men en sykepleier på avdeling C hadde ikke dette inntrykket, og mente det ikke er "sunt" å være lenge inne på akuttavsnitt – det er i tilfelle behandlingsapparatet etter utskrivning som svikter hvis pasienten kommer fort inn igjen. Her mente man også at de hadde færre re-innleggelser enn før. Én grunn til det kan være at denne avdelingen hadde godt utbygd DPS med både beredskapsteam og avlastningsdel, slik at mye ble "tatt unna" der.

1.3 Hvordan pasientene tas imot

Å bli lagt inn i akuttpsykiatrisk avdeling er noe folk flest umiddelbart skjønner er en følelsesmessig påkjenning i seg selv i tillegg til den psykiske lidelsen, og uansett om innleggelsen skjer frivillig eller med tvang. At innleggelsen er forberedt, henvisningspapirene i orden med en god akuttpsykiatrisk problemstilling, er tidligere nevnt som viktig. Hva sier så de intervjuete om hvordan man skal motta en pasient på en måte som er hensynsfull og har god faglig standard? Mottakende lege/psykolog og sykepleier må være forberedt, og vise en vennlig og omsorgsfull holdning, ut fra kunnskapen om at de aller fleste som blir innlagt har stor angst. Enten det er vakthavende lege på natten eller det er mer forberedte mottak på dagtid der den behandler som mottar, også blir pasientens faste behandler, må de være sensitive i mottakssituasjonen. Hvis pasienten tidligere er blitt vurdert som farlig eller virker truende, må personalet vurdere i forkant hva som kan gi pasienten maksimalt med trygghet, for eksempel ha med seg en pårørende eller venn. På den annen side må også de som mottar føle seg trygge, ved eventuelt å ha nødvendig medpersonale.

En miljøterapeut fra A sier: " Er det urolig, er vi alltid flere som tar i mot, uten at det skal være noe mer stress i situasjonen. Hvordan man møter pasienten, har veldig mye å si for videre allianse... vi må vise i kroppsspråket at man er velkommen og ventet. Vi må hilse på og presenterer oss skikkelig både for pasienten og eventuelle pårørende... De som er på vakt, må prioritere nye inntak, så pasienten slipper å vente. For timen før de skal inn til oss kan bli *veldig* lang. Men av og til må de jo vente... Vi sørger jo for at de får kaffe og sånt, korter ned ventetiden og gjerne går ut og trekke frisk luft. Noen kommer alene, noen med pårørende, noen kommer med håndjern... Å legge opp en behandlingsplan, det er jo noe vi starter med. Det skal være i samråd med pasienten og pårørende."

Omtrent alle de vi intervjuet, understreket hvor viktig det er at pasienten får de som skal være behandlere (lege/psykolog og miljøterapeut) for ham/henne så raskt som mulig, helst ved inntakssamtalen eller senest dagen etter innleggelsen. Det bør også være de samme som pasienten har hatt ved eventuelle tidligere innleggelser, hvis ikke pasienten har noe imot det. Enhetsledere eller gruppesykepleiere prøver også å lage en god match mellom pasienten og hans/hennes behandlere; "... gruppeleder vet selvfølgelig at Karin er god på det og Knut på det, så hun koordinerer problematikken", forteller enhetsleder i A.

Noen fokuserer på det arkitektoniske inntrykket som sykehuset inngir til pasient og pårørende som kanskje møter psykiatrien for første gang; at både uterom og mottaksrom bør virke hyggelige og motarbeider fordommer om asyl og autoritære strukturer. Videre at den som skal legge inn blir skjermet fra å møte andre pasienter i inntaksfasen, at tvangsopplevelsen i tilfelle bruk av paragraf blir så lite dominerende som mulig, men likevel uttrykkes klart.

Når det gjelder *romforhold*, har avdeling C søkt om å få bare enerom – 11 enerom med bad, og da vil de forsøke å få til 10-20% effektivisering. Administrerende overlege sa: "Dobbeltrum går ikke, psykotiske folk som ikke sover lar seg ikke behandle. Men vi trenger en del subakutt plasser, vi har underdekning der, for vi ser at en del pasienter fungerer dårlig ute i kommunen. Husk: Pasienter på for høyt nivå er dyre men de på for lavt nivå er minst like dyre. Vi har kommet litt *under* et kritisk nivå for hvor mange sentralsykehuplasser vi må ha, inklusive subakutt." Klinikkleder for A: "Det er stort sett enerom. Vi opererer med bare to dobbeltrum. Det er klart at en pasient som er dårlig, ikke bør ligge sammen med noen. Eventuelt må vi bruke andre enheter på klinikken. Ideelt sett så skulle vi bare hatt enerom."

1.4 Om paragrafvurdering, tvangsbehandling og skjerming

Synet på tvang varierte som nevnt i de tre avdelingene, - både tvangsinnleggelse, bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling med medisiner. Overlege i avdeling C med høy prosent av tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering, sa: "Det en del pasienter som legges inn frivillig som aldri burde det. Når det gjelder de som for eksempel er maniske eller psykotiske på annet grunnlag, er det absolutt en del hvor innleggende lege ikke tar høyde for at det ikke er nok at pasientene sier de vil inn. Den ambivalensen eller de store vrangforestillingene de har, øker sjansen for at de unndrar seg behandling og skriver seg ut. I altfor stor grad brukes observasjonsparagraf der hvor pasienten helt klart er psykotisk, og der det er riktig med innleggelse på tvungent psykisk helsevern... Men på den annen side brukes det for lite frivillighet i forhold til pasienter i suicidal krise. Helsepersonell vil ofte ha tvang for å sikre seg selv. Da har man liksom tatt suicidaliteten alvorlig, mens det ofte ikke er alvorlig suicidalitet. Veldig mange pasienter truer med å ta livet sitt. Ved at de da ønsker innleggelse, så er suicidaliteten ofte forsvinnende lav. Jeg synes også at det gjøres mye surr med hensyn på observasjon... Noen synes at det liksom er mye mildere, men observasjonsparagraf er også tvangsbruk. Sånn at jeg synes det gjøres feil alle veier."

En assistentlege ved samme avdeling sa: "Vi har siste måned hatt tre pasienter, innlagt frivillig med mani, og ingen av dem klarte vi å behandle adekvat. Alle tre skrev seg ut mot avdelingens råd, og har gjort mye rart ute, fungert veldig dårlig. Jeg opplevde når jeg kom hit, at man fokuserte mer på pasienter på tvang, enn for eksempel X sykehus. Men man tenker etter hvert mer på det som et hjelpemiddel for å få gitt forsvarlig behandling." Enhetsleder sa: "Det er mye klaging på at man blir innlagt på tvang, og det er mer tvang her enn for eksempel på X. Noen vil alltid være krenket i etterkant, mens de pasientene som får litt mer "erfaring" med seg selv, ser at det var nødvendig, og aksepterer det.." Og en miljøterapeut sa: "Det er kjempemange som først kommer inn frivillig flere ganger og de blir dårligere og skriver seg ut, og kommer inn to uker etterpå og sier at dette var ikke bra, de vil være innlagt på tvang fordi de vet at de trenger det."

Men avdeling A hadde som nevnt et annet syn på tvang. Overlegen sa: "Vi vil ikke ha harde kriterier, for da bremser vi og venter på pasientene til de blir så dårlige at de *må* inn. Vi tenker heller at når det begynner å gå utfor bakke, tar vi grep veldig tidlig og snur situasjonen. Storparten er jo gjengangere, om ikke på kort sikt så i hvert fall på lang. Mange av dem som kommer som unge i dag, tror vi kommer tilbake. Dersom vi venter blir det vanskeligere å få snudd det. Å ta saken før folk blir så dårlige at de ikke skjønner sitt eget beste, gjør at den totale ressursinnsats blir mindre, lidelsen til pasienten og pårørende blir mindre og også samfunnsomkostningene. Dessuten er det noe negativt i tvang – du kan ikke *ansvarliggjøre* en pasient som er tvangsinnlagt. Med frivillige kan vi det, vi kan si "her er husordensreglene sånn og sånn". Klinikkleder for avdeling A sa: "Jeg tror etter hvert at det handler om at omlandet til A er et annerledes land! Vi har 130 000 innbyggere, vi har en

stabil befolkning, stort sett. Så vi blir godt kjent, og vi kjenner primærhelsetjenesten, vi kjenner pasientene, og pasientene kjenner oss og vil gjerne komme til oss. Vi har heldigvis såpass god kapasitet at vi slipper å vente helt til i siste liten med å ta dem i mot.”

Så denne forklaringen til A's klinikkleder som handler om demografiske og økonomiske årsaker, er kanskje en del av sannheten. En annen årsak kan være at avdeling A har en videre funksjon enn avdeling C: En større andel av pasientene som "sogner" til C's inntaksområde, kommer på intermediær-avdelingen eller innunder beredskapsteam. Men kan det også være forskjell i behandlingsideologi?

Et annet spørsmål handler om *skjerming* – et begrep som kan tolkes temmelig forskjellig. Det er en viss enighet mellom avdelingene at skjerming må til for noen pasienter, men hvis det er kvalitet på skjermingsfunksjonen, skal det ikke virke som et gammeldags nakent isolat eller fengselscelle, men mer i en god betydning: Et sted for avskjerming, beskyttelse, ro. Administrerende overlege i C som har en egen liten enhet for det, sa: "Man må ruste opp, få noen stillinger for å øke kvaliteten, for isolering og passivitet er ikke svaret, men kvalitet og aktivitet. Jeg ser dobbelt på skjerming, det har til nå vært et nødvendig onde. At manikere må skjermes mot sin egen ulykke kan være bra, og andres behov i avdelingen må ivaretas. Greit nok. Men vi må lage en individuell plan for aktivitet – hvordan bruke den fysiologiske aktiviteten helbredende?" Klinikkleder for A sa: "Vi fikk for noen år siden en egen skjermingsenhet i akuttavdelingen med ganske store stuer å gå rundt i og plass for to av de 12 vi har, med spesialsenger og sånt. Der ble det innredet veldig koselig og ordentlig, og flere av pasientene sa at det ble så mye mer verdig å bli innlagt på akuttavdelingen når det var så fint og skjermet. På pasient-rommene i skjermingsenheten er det ikke så mange ting, men stort sett er dørene åpne, sånn at pasientene kan vandre rundt. Det skal være ordentlig sofa og møbler, skal henge ting på veggene, ikke ting en kan skade seg med, men det kan jo være fine tepper...".

1.5 Oppsummering

Hva kjennetegner ifølge informantene den første fasen i et godt behandlingsforløp? Utsagnene fra de tre avdelingene viser på noen områder enighet, på andre uenighet. Enigheten går på at det er svært viktig med klar henvisning med tydelige problemstillinger. Den som henviser skal helst kjenne pasienten, og vurderingssituasjonen bør ikke være presset. Henviseren bør ha tid og ro til å forstå pasientens tilstand og også den sosiale situasjonen som pasienten er i. Videre bør akuttavdelingens personale i mottakssituasjonen være forberedt og ha skaffet seg forkunnskap om den som kommer. Legen/psykologen og miljøterapeuten som tar imot bør helst være de som pasienten skal ha som "sine" behandlere. De som tar imot bør anstrenge seg for å leve seg inn i pasientens situasjon, og aldri glemme at å innlegges i akuttavdeling er angstskapende, uansett om det er frivillig eller med tvang. Det framheves også at personalet bør være bevisste på hvordan akuttavdelingen oppleves visuelt; at den gir et tiltalende og vennlig inntrykk, ikke et "asylaktig" gammeldags, eller et nedslitt og underskuddspreget. Det er nesten påkrevd at det bør være enerom – "psykotiske mennesker som ikke får sove kan ikke behandles".

Når det gjelder synet på tvangsinnleggelse og -behandling, divergerte avdelingene i synet på det, og i sine begrunnelser. På én avdeling så man det som essensielt med frivillig innleggelse så langt råd er, fordi det er det lettere å få snudd situasjonen hvis man får tatt en krise før den blir for stor. Pasienten kommer da forttere ut igjen, kan gjøres mer ansvarlig og opplever ikke den krenkelse som mange opplever ved tvang. Ved en annen avdeling var man ikke så opptatt av dette, men mer av at man kunne komme i arbeidsposisjon fort, og derved stabilisere og medisinere adekvat. Tvang eller ikke tvang var ikke det viktigste spørsmål, men heller at man skulle ha et bevisst forhold til det; kanskje oftere tvang overfor pasienter man mente trengte det (for eksempel de med maniske symptomer), og mindre overfor dem man kan ansvarliggjøre (for eksempel de med suicidalsymptomer). Denne avdelingen hadde en høyere prosentandel tvangsinnleggelser enn den førstnevnte.

Når lederne for de tre avdelingene skulle begrunne sine oppfatninger av hva som betinger gode forløp, nevnte de god *driftsstyring* som svært viktig. Det betyr å hele tiden skape balanse mellom behov og ressurser: Antall innleggelser, liggedøgn, kategorier av pasienter som skal ha krav på plass og inntaksområdets størrelse må harmonere med antall sengeplasser, dagpasientmuligheter, bemanning og andre ressurser i behandlingsnettverket som subakuttplasser/ andre avdelinger i sykehuset, beredskapsteam, DPS, hjemmesykepleie osv. God ledelse er like viktig som ressurser og økonomi, mente noen. Andre mente det var viktig også å påvirke bevilgende myndigheter, og hadde mer forståelse for de problemer med overbelegg som noen akuttavdelinger har hatt og som har vært omtalt i media i den senere tid. Disse var også skeptiske til den dominans en driftsmodell-tenkning har, der antall liggedøgn blir mer avhengig av behovet for alltid å ha ledig seng og "flyt" i pasientgjennomstrømning, enn av hvor lang tid den enkelte pasient trenger.

2. Andre fase: Hva skjer under oppholdet i akuttavdelingen?

I beskrivelsen av andre fase, handler de første avsnittene om de forskjellige dimensjonene ved selve behandlingen av pasientene. Avsnittene 8 og 9 handler om mer formelle sider ved behandlingen som journalskriving og personalmøter der pasientene drøftes. De siste avsnittene 10, 11 og 12 handler om interne forhold hos personalet, som trivsel fagutvikling, sykefravær.

2.1 Utredning, diagnostisering og individuell plan

Om hva som er en god innleggelses-situasjon, sa en miljøterapeut i C-avdeling: "Ideelt sett, er det viktig at pasienten har med et godt skriv fra der han/hun blir lagt inn fra, enten det er poliklinikken, legevakta eller fastlegen, med en utfyllende beskrivelse av hva som har hendt de siste dagene, eventuelt ukene før innleggelsen, med også god oversikt over tidligere sykdomshistorie, samt *individuell plan*, hvis det foreligger. Det siste skjer nesten aldri, det må vi som regel etterlyse. Hvis pasienten har vært innom vørn, følger det nesten aldri med. Det måtte være hvis pasienten tilfeldigvis har hatt det i veska. For pasienter som ikke er førstegangsinnlagt, *skal* det jo foreligge individuell plan, men det gjør det i liten grad."

Men nytten av individuell plan i akuttfasen av et behandlingsforløp settes også spørsmålstejn ved fra flere, som i dette hjertesukk fra seksjonsleder for B: "Vi har prøvd å standardisere arbeidet med individuelle planer. Vi skal ikke lage individuelle planer ferdige her, men legger det opp slik at alt blir prosedyremessig initiert fra oss, og vi må levere det videre til noen. Men er det sammenheng i disse forskjellige instansene? De har jo hver sin modell, fordi vi har jo ingen felles informasjonsflyt, blant annet på grunn av taushetsplikt. Vi har lite ideer om hva som skjer ute i kommunene, for vi skal ikke ha for tett organisatorisk samarbeid med dem."

Noe av det første enhetsleder i A nevner når det spørres om hva som kjennetegner gode behandlingsforløp, er: "Da tenker jeg å få laget en skikkelig utredning, og finne rette behandlingsnivå. Og prøve å lage realistiske mål sammen med pasienten, for mange ganger tror jeg vi overbehandler også. Gjennomsnittlig liggetid er åtte døgn, men hvis det er problemstilling på det medikamentelle området, ligger de litt lenger. Noen har vi i tre måneder, andre i to dager... Vi har mye kriseinnleggelser som har opphold på to til tre dager." Overlegen i A sier: "Noe av det viktigste er utredning og kartlegging og gjøre pasienten i stand til å bli behandlet på et mindre intensivt nivå, som intermediær post eller primærhelsetjenesten. Ikke liksom "ferdigstille" pasienten... Vi har nå et eget prosjekt; ganske mange innleggelser skjer ved at pasienten mot legens råd har sluttet med medisiner, vi kartlegger hvor mange som gjør det, hva det koster, osv."

Avdeling B har en egen mottakspost for alle pasientene der de er ganske kort, og en egen utredningsavdeling der pasientene kan være opptil flere uker. Dit kommer særlig yngre pasienter som ikke er diagnostisert grundig før, og der det er tegn på psykose. Psykiatrisk sykepleier som har vært der i mange år, forteller: "Vi hadde et enormt problem med korridorpasienter. En veldig stigning i innleggelser fra slutten av 1990 tallet, til 2000-2002.

Det var stadig overbelegg og korridor plasser og folk lå på stua og i vinterhagen. Så gjorde man et grep ved å opprette ren mottakspost, og få en rask kartlegging og riktig plassering. Noen skulle ikke innlegges på sykehusnivå i det hele tatt. Det var nok en av de mest vellykkede bitene med omleggingen; man får en god kartlegging med en gang. For noen viser det seg at når de har fått hvilt ut et døgn så kan en akutt krise være over. Det kan ha vært rus- eller medisinerrelatert, eller familiekonflikt har toppet seg, men allerede dagen etter kan det behandles poliklinisk. Da blir jobben å gi dem en time i hånden når de går. Overbelegget er kommet ned. Men antall innleggelseser er ikke mindre, snarere flere.”

Det var personale ved avdeling C som aller sterkest understreket betydningen av rask diagnostisering og medisinerer som første oppgave. Administrerende overlege sa: ”Vi vil ikke bruke lang tid på å observere tilstander som er åpenbare. For eksempel psykoser – det er en medisinsk tilstand der en må starte med medisinerer fort, ordentlig og konsekvent, ikke en psykologisk. Jeg er sterkt uenig med andre avdelinger der pasienter kan ha gått opptil 7 uker uten medisinerer.” Og overlegen: ”Vi bruker ikke noe standardisert verktøy. Det gjøres ikke SCID-intervju på alle, det er ikke nødvendig. Vaktstående lege skal gjøre et godt klinisk intervju i forbindelse med innleggelsen, og en god statusvurdering. Vi har også som rutine at alle nye pasienter vurderes og snakkes med av en av overlegene, dagen etter innkomst. Da gjøres det jo en diagnostisk vurdering, eventuelt sammen med en paragrafvurdering hvis pasienten er innlagt på tvang. Da må en ta utgangspunkt i pasientens tidligere sykehistorie og symptomutforming. Å la pasienter gå psykotiske, innlagt en måned før noen tenker på å fatte et saksbehandlingsvedtak, det er sløsing med ressurser. Man må komme i gang.”

2.2 Medisinerer, ECT-behandling og stabilisering

Overlegen ved avdeling C sa videre om medisinerer: ”Psykotiske symptomer skal behandles med anti-psykotika umiddelbart. Ikke se det an, lure på om pasienten blir enda mer psykotisk eller at ‘det er så interessant med psykotiske symptomer’. Det skal behandles aggressivt medikamentelt fra første stund.” Og en miljøterapeut ved C sa: ”Det går jo litt fort i svingene når en pasient kommer inn... vi må fort få medisinerer vedkommende, ta vare på det mest akutte... få orden, få kontroll, få roet, få samlet. De fleste som kommer inn her er jo veldig oppløste, psykotiske. Hvis de ikke er det, blir det jo vurdert senest dagen etter at de kom, og da tenker vi jo kjapt at de skal være et annet sted, hvis ikke de da er suicidale.”

ECT (elektrosjokk) synes å være i mer bruk i dag enn for 15-20 år siden. Fagpersoner i både avdeling A og C fortalte at de brukte det hver uke og syntes det var gode resultater av det. Det var et behandlingstiltak de trodde på. Enhetsleder i A sier: ”Vi kjører ca. 8-12 behandlinger. Det er ikke så mye diskusjon om ECT lenger nå. Det har gode resultater overfor depressive psykoser der det er prøvd mye annet på forhånd. Det gjøres skånsomt, med anestesi, og gir kjempefine resultater. Behandlingsforløpene blir kortere, og mange av pasientene ber jo om det.” Personalet i avdeling B nevnte ikke ECT-behandling spesielt.

Alt i alt vurderer personalet på de tre avdelingene utredning, diagnostisering, medisinerer og stabilisering som de første viktige oppgavene for en akuttpost. Noen av fagpersonene synes i større grad enn andre å betone det som tilnærmet den *viktigste* oppgaven, kanskje den eneste – at ”jobben vår er å stabilisere, ikke behandle”. Den holdningen er knyttet sammen med fokus på at det må være et godt utbygd nettverk i behandlingsnettverket av hjemmesykepleie, DPS-er, privatpraktiserende, eventuelt døgnplasser i subakutt- eller langtidsavdelinger. Den siste delen av stabiliseringsarbeidet består da i å ”gi pasienten en time i hånden” til riktig instans ved utskrivning, og ha sjekket at andre sider ved pasientens ettervernssituasjon er holdbare, som at han/hun har et visst husvære og minimum av penger til livsopphold. Videre synes et slikt syn på akuttfunksjon å henge sammen med at man må tenke utskrivning allerede fra dag én, og at det ikke bare er av driftsøkonomiske grunner men at det er til beste for pasienten – ”det er ikke sunt å være i akuttavdeling lenge.” Arbeidet på avdelingen får på den måten et dynamisk preg, blir proaktivt. Man kunne kanskje tenke seg at de som fokuserer så sterk på stabilisering, ikke er opptatt av også å gjøre et psykologisk arbeid med pasientene, men slik er ikke inntrykket umiddelbart. Å

stabilisere en pasient krever også at man styrker ham/henne kognitivt, noe vi vil beskrive nærmere nedenfor.

En noe negativ versjon av stabilisering kan illustreres ved dette litt ironiske utsagnet til seksjonsleder for avdeling B: "Det som styrer vår behandling mye, er en ting vi er veldig gode på: Nemlig det som kan kalles administrasjonspsykiatri, ekspedisjonspsykiatri. Der er vi omtrent Norgesmestre. Som Gerd Ragna Block Thorsen sier: 'Vi er grepa gode på å telle poteter og levere dem til rett tid'... Hvordan de ser ut inni, sies det kanskje mindre om. Men hvordan du enn snur og vender på tingene er det én ting som styrer og er hovedindikatoren for oss, og det er antallet sengeplasser vi har."

Andre fagpersoner betoner sterkere andre sider ved arbeidet: Det første en av de to miljøterapeutene i A svarte på spørsmålet om hva som kjennetegner gode behandlingsforløp, var: "Jeg tenker at pasientene kommer inn i et system hvor de møter faglig kompetente personer... Hvor det er tid og rom for en god mottakssamtale. Og videre i behandlingsforløpet at det er tid og rom til å kunne ha kontakt med pasienten, pårørende, nettverket og de samarbeidspartnerne som er på utsiden." Mens den andre miljøterapeuten der svarte like fort: "Siden det er på en akuttavdeling, er jeg opptatt av at behandlingsopplegget er begrenset. For vi har veldig godt samarbeid med DPS-ene, så vi viderefører de aller fleste pasientene til poliklinisk oppfølging. Det avgrenser arbeidet vårt, for det er ofte krevende med lang utredning, og det har vi liten mulighet til..".

2.3 Behandlingssamtaler med pasientene

På alle de tre avdelingene er det stort sett slik at i samtalerne en pasient har med den legen/psykologen som har ansvar for ham/henne deltar alltid den miljøterapeuten som pasienten har fått. Dette ser ut til å være annerledes enn det ofte var på akuttavdelinger for 15-20 år siden, da legen/psykologen hadde mer "individualsamtaler". Dagens ordning synes de fleste fagpersonene å være fornøyde med. Gjennom dette flyter informasjon om medisiner og opplegg effektivt i avdelingen. Miljøterapeutene føler at ansvar og informasjon deles, og at de alltid kan be legen/psykologen være med i en vanskelig samtale: En av miljøterapeutene på avdeling C sier: "Legen kommer i løpet av et minutt hvis vi ringer...". Og videre: "Det er gjerne en legesamtale hver dag, og det skal ikke foregå noen sånn egen terapi fra legenes side, uten at miljøpersonalet er med. Fra legen er det vel begrunnet litt med at når en pasient er dårlig, er det uansett ålreit å være flere. Altså, det går på de sikkerhetsmessige årsakene, men når pasientene blir bedre så tror jeg kanskje at noen leger kunne godt tenkt seg å ha dem på egen hånd. Men for oss så blir jo deltagelse vesentlig hvis vi skal føle at vi skal være et ledd i behandlingen. Jeg tror legene oppfatter det som ok, vi er med fordi vi kan følge opp mye av det som blir snakket om." Miljøterapeut i B nevner viktigheten av at de to behandlere som snakker med pasienten sammen, både har tid til å forberede seg sammen, og til å samkjøre inntrykkene sine. Men den hierarkiske strukturen er tydelig i alle de tre avdelingene: at beslutninger og forordninger stort sett går én vei; fra legen/psykologen til miljøpersonalet.

Et par av legene/psykologene uttrykte noe om behovet for å kunne snakke alene med en pasient av og til. Assistentlege i avdeling B: "Når jeg skal snakke med pasientene bare om *medisiner*, da får jeg være alene, og opplever at pasientene får mer tillit, det har skjedd flere ganger. De snakker *mer* og de snakker *mer åpent*, enn når miljøkontakten er tilstede. Jeg tror det er fordi det er to i stedet for tre. Det er vanskelig å åpne seg når det er for mange i rommet. Men jeg diskuterte det nettopp med veilederen min, og han sa at psykoterapi driver vi ikke med i akuttavdeling."

2.4 Miljøterapeutenes samvær med pasientene

Men miljøterapeuten har jo alt i alt mer kontakt med den pasienten han/ hun har ansvar for enn legen/psykologen, og kan føle at det ikke blir nok ro til samværet. Miljøterapeuten på avdeling B, mottaksposten, har som før vist, uttrykt bekymring for dette: "Intensjonen for at

vi skal kunne utrede godt, er jo muligheten til å ta kontakt med behandlere ute, ha kontakt med pårørende, tilbringe tid sammen med pasienten utover akkurat mottakssamtalen og de nødvendige fellessamtalene med legene, for å kunne observere i miljøet... Det er det som kjennetegner et godt behandlingsforløp og det er for sjelden at vi får gjort det. De fleste dagene går det for fort, sånn som det er hos oss nå... Det er ikke på behandlersiden at det er dårligst kapasitet. De merker jo ikke så mye at miljøpersonalet ikke har tid til å være sammen med pasientene og observere godt nok. Jeg og de fleste av mine kolleger synes ofte at vi gjør det på et grunnlag som ikke er godt nok. Nå snakker jeg om mottaksposten da, fordi det er så kort tid. Da blir det mye papirarbeid også, om inntak og overføring... vi løper med papirer ... og plutselig står det en ny pasient på døra, også er det en som skal overføres... Men det blir heldigvis nå lagt opp til en bedre bemanning."

Miljøterapeut i avdeling C har mye godt å si om sitt effektive opplegg, med også der kan det gå "litt kjapt i svingene": "Vi har en dynamisk måte å jobbe på, men det er litt slitsomt også noen ganger... Det blir litt lite her og nå, og mer 'nå skal vi tenke videre, nå skal vi tenke videre'... Mye fungerer bedre enn før, men det eneste jeg synes kan være negativt er at det går for fort liksom... Vi må jo ta i mot alle pasienter. Er vi propp fulle på fredag, så prøver vi å rense avdelingen - det var et stygt ord da, men. Vi tenker hver eneste dag når vi kommer på jobb og ser pasient-tavla; 'hvor mange pasienter er der?' Hvis det er mindre enn to ledige senger, så må vi tenke 'hvem er minst dårlig, hvem er førstemann som ryker her'. Så tar man prioriteringen, og den kan være hard noen ganger, vi tenker 'hvem er minst dårlig, hvem har noen ute som kanskje kan ivareta sånn at pasienten kan bli dagpasient, hvem er det minst sannsynlig at kommer til å...". Noen ganger er alle pasientene dårlige, da blir det en utrolig ekkel prioritering å ta, når vi bare *må* ha senga!"

Det virker som om hverdagen i avdeling A er mindre hektisk for miljøpersonalet. Enhetsleder sier på spørsmål om hva som fremmer gode behandlingsforløp: "Fra et lederperspektiv tenker jeg: Gode, flinke sykepleiere, hjelpepleiere og doktorer. At de har kompetanse til å jobbe på en akuttpost. Videre at det er god bemanningsfaktor... Jeg tror det er forferdelig viktig at pasienten får ha én sykepleier gjennom behandlingsforløpet. Vi har 11 sengeplasser, 33 stillinger. På dagtid varierer bemanningen fra 9 til 14 av miljøpersonalet, på ettermiddag kjører jeg bestandig med 5 pluss kjøkkenassistent. Når jeg sammenligner med andre akuttavdelinger i landet, får jeg høre at det er god bemanning. Og jeg tror det fremmer gode behandlingsforløp at vi er mye sammen med pasientene, og også jobber en del ute – med samarbeidende instanser i stedet for å sitte i møter... En-til-en-opplegg er miljøpersonalet gode på, flesteparten har lang erfaring." I miljøpersonalet i A er det også en som har funksjon som gruppeleder (ikke enhetsleders område), der hun har ansvar for å fordele arbeid hver dag, og prøve å "matche" miljøkontakt og pasient: "Miljøterapeutene gir signaler på hva de er mest interessert i å jobbe med... det er ei som gjerne vil jobbe med folk fra fremmede kulturer og synes det er kjempe spennende, en annen er veldig dyktig med eldre... Samtidig må vi passe på at det blir fordelt slik at alle har én...".

2.5 Miljøterapeutiske aktiviteter i avdelingen

På spørsmål til miljøterapeut i C om aktivitetstilbud og dagsprogrammer, svarer hun: "Postens program bygger jo på at pasientene er her ganske kort tid, men det er et godt tilbud, med ergoterapi, fokusgrupper, bevegelsesgruppe. Vi har også en del fysioterapi. De fleste av pasientene blir jo med på tilbudene, hvis de ikke er kjempedårlige og på skjerming... Jeg tror det oppleves veldig godt for mange å komme inn hit og få være med på litt annerledes aktiviteter enn ellers... Det er veldig strukturert da, så jeg tror det oppleves mestings-fremmende. Jeg føler at den miljøterapien vi gir til pasientene er den de er i stand til å ta i mot, og at den er veldig bra."

Om hvordan dagsprogrammet i avdelingen burde være, sa overlegen i C: "Jeg tenker det har to hensikter: For det første er det nyttig for oss å *få observert* pasientene i flere settinger enn bare slikt som påkledning, personlig hygiene og måltider, nyttig å se hvordan de kan fungere... For det andre skal det være en del av behandlingen å *gi meningsfylte aktiviteter* til pasientene i tiden de er innlagt.. Vi observerer om pasienten kan klare å samhandle

strukturert med andre mennesker, utføre oppgaver med andre eller alene... Vi observerer mye kognitiv funksjon, det å klare å forholde seg til en avtale, stille påkledd, klare å te seg... Det er trening for livet ute igjen... I fokusgruppen er det mye enkel kognitiv trening, og eventuelt enkle fysiske øvelser. Det er bevegelsesgruppe og turgruppe – vi er blitt mer opptatt av mosjon, fysisk aktivitet, vekt, ernæring. Ergoterapien har jo alle mulige slags aktiviteter, og kan også innebære kjøkken, å handle, lage mat, reparere eget tøy, eller hjelp til å dra hjem og begynne å rydde... Ergoterapien kan også tilby kreative aktiviteter som å lage julekort, male, spille dataspill... For en pasient som har vært psykotisk syk er det å klare å tørre å komme seg ut av rommet, være på ergoterapien, orke å spille dataspill og konsentrere seg om det i ti eller tjue minutter. Det er strukturert og meningsfylt aktivitet å trene kognitiv funksjon, konsentrasjonsevne, hukommelse, oppmerksomhet.”

Miljøterapeut i avdeling A vektlegger individuelt, skreddersydd miljøterapeutisk opplegg for hver pasient: “Før var det mer at arbeidsstuen var åpen fra da til da, og da skulle man dit uansett. Det er borte nå. Vi har en aktivtør som vi kan bruke i hvert enkelt pasientopplegg ut fra deres egen behandlingsplan... Jeg synes det er mye bedre sånn. Vi har én ting vi gjør sammen; vi har en buss vi kan kjøre tur med en gang i uken. Vi prøver å få til mest mulig friluftsturer, men det kan være litt avhengig av hvilken pasientgruppe vi har. Det kan være en liten gruppe som kan profitere på og ha glede av en kunstutstilling, et eller annet sånt. Hva vi finner på, bestemmer vi dagen før eller samme dag.” Også miljøterapeuter og enhetsledere i B understreker at aktivitetene har forandret seg gjennom de siste årene fra å være gruppeorienterte med kreative og atspredende aktiviteter, til å bli mer tilpasset den enkelte pasient og hans/hennes individuelle plan. Da trenes hverdags-kompetanse, kognitiv funksjon og mestring av livet utenfor akuttavdelingen.

2.6 Terapeutisk orientering i avdelingen

I inntaksområdet til avdeling B foregår det mye opplæring i kognitiv terapi for alle faggrupper i psykisk helsearbeid. Den relativt ferske psykologen i B sier: “Jeg heller mot kognitiv terapi. Ideologisk også, det må en være her tror jeg som psykolog, for å overleve. Man må også ha en biologisk orientering, det nytter ikke å komme her og være psykoanalytiker. Tror ikke du har noe her å gjøre da. Hvis jeg skulle valgt noe, ville det være litt sånn blanding av kognitiv og dynamisk.” Ellers føler denne psykologen at han får brukt mye av seg selv, for eksempel ved å ha rollen å veilede og debriefe på de andre postene enn hans egen, hvis personalet har hatt vanskelige opplevelser som vold eller suicidforsøk i avdelingen. I avdeling C vil man heller ha en struktur der erfarne ledende personer i en faggruppe veileder og underviser de andre i faggruppen.

Vedrørende terapeutisk orientering er den administrerende overlegen i C sterkt imot psykodynamisk orientert terapi, fordi støtte til en viss regressiv atferd hos pasientene, som han mener psykodynamisk teori kan oppmuntre til, kan virke direkte antiterapeutisk: “Regressivt regime, ved å la pasienten holde seg i ro, hvile, passiviseres og skjermes, er avlegs. Sannsynligvis synker da pasientens funksjonsnivå. Symptomkontroll ved atferdskontroll er nødvendig, i og for seg ikke bare i akuttavdeling men også intermedieært. Psykoanalyse overlever ikke i moderne psykiatri.”

Overlegen i samme avdeling har et mer sammensatt syn på inspirasjon fra ulike terapiretninger. Som før nevnt, framheves trening av pasientenes kognitive funksjon, og da vil deres følelse av å mestre og å gjenvinne mentale ferdigheter være terapeutisk. I en akuttpsykiatrisk kontekst har ikke behandling basert på psykodynamisk orientert tenkning stor plass. For behandleren selv derimot, kan det være verdifullt: “Klart jeg bruker ikke psykodynamiske virkemidler og i hvert fall ikke analytiske virkemidler, i mine samtaler med pasienten. Men jeg ser mye nytte i det i forhold til hvordan jeg fungerer som leder og terapeut. Alt det jeg har lært gjennom utdanningen, også psykodynamisk tenkning, bruker jeg jo aktivt hver eneste dag. For eksempel er jeg jo veldig opptatt av hvor mye det gjør med en å jobbe med så syke mennesker. Det er jo et hav av hva som vekkes av overføring, det er så dramatiske ting vi står oppe i... når vi anvender tvang overfor pasienter, når vi går inn og beltelegger, setter sprøyter i pasienter som de tror at de skal dø av. Her er det jo så

mye stoff, også i forhold til en psykodynamisk forståelse. Selvintrospeksjonen er veldig nyttig."

Overlegen i avdeling A forteller om sin veileder slik: "Jeg hadde NN som veileder til spesialiteten, han var en meget udogmatisk og flink psykoanalytiker, som klargjorde hva psykoanalysen kan bidra med og hva ikke. Han sa omtrent: 'Hvis pasienten ønsker å forstå hvorfor han har det som han har det, anbefales psykodynamisk terapi, hvis han ønsker å bli frisk og bli kvitt symptomene, må han gjøre noe annet.'...". Så sender overlegen i A ut følgende salve: "Jeg tror faktisk at en del av problemene som ligger i organisering og ledelse av psykiatrien i sentrale deler av landet, skyldes at det sitter for mange dynamikere i ledende posisjoner. Når vi får vasket ut dem, vil problemene løse seg. Jeg trækker vel mange kolleger på tærne ved å si det, men psykoanalysen fins ikke evidence-based, fins ikke. Og produktivitetstenkning blir helt borte, det er liksom uvesentlig om det tar kort eller lang tid. Det tenkes ikke på ressurser når man sier 'det må ta den tida det tar'. Og å tro at problemene ligger i barndommen, kan jo være flukt fra her og nå... Det er et dilemma at vi er pålagt å bruke så stor del av utdanningen vår på en terapiform det knapt nok fins pasienter til.."

2.7 Pasienters barn, kontakt med pårørende og hjemmebesøk

Om å være oppmerksom på barn av pasienter, sier enhetsleder i C: "Vi har spesielt fokus på barn av våre pasienter og der har vi sosisonom som har det som spesialfelt. Barn av pasienter blir alltid invitert inn til en eller flere samtaler i innleggelses-perioden. At det er kommet et økt fokus på dette er kjempeviktig." Så C formidler at de både kan ta seg tid til kartlegging av situasjonen for pasientenes barn, og inviterer barna inn i avdelingen. Assistentlege i A formidler mer både akuttfunksjonens problemer med tid, og betenkelighet med å la i hvert fall små barn komme på besøk: "Vi kartlegger problematikken med barn til en viss grad, men der er det igjen litt av det samme, at vi rekker ikke å komme langt med det på akuttposten, mens på intermediær- og langtidspostene er det et mye mer aktivt tema. Det er litt avhengig av alder selvsagt, dette med at ungene kan komme på avdelingen og se at mor og far har det bra. Akuttposten er av naturlige årsaker ikke alltid like egnet til framvisning i så måte, og ofte er jo ikke pasienten så egnet til det heller, akkurat når han eller hun kommer inn, og er på sitt dårligste."

Enhetsleder i B sier: "Ved innkomst er et av områdene vi skal sjekke om pasienten har barn, og om de er ivaretatt. Og noen bekymringsmeldinger går jo herfra til barnevernet. Jeg har inntrykk av at de aller fleste er ivaretatt av familie i vårt område. For noen pasienter er jo barnevernet allerede engasjert før pasienten kommer inn, de har vært syke lenge. Jeg tenker også at det er et felt vi kan bli bedre på, dette å jobbe utadrettet med pårørende. Det gjelder kanskje spesielt på posten min, hvor pasientene er dårlige til å kunne ivareta seg selv og pårørende. Og der har vi et større ansvar for å formidle kontakt, opprettholde kontakten, være på tilbudssiden. Det ligger nede på min post."

Angående temaet om å trekke pårørende inn i behandlingen, uttrykker flere seg positivt til det, men har samtidig forståelse for at det kan belaste pårørende for mye. Assistentlege i avdeling A sier: "Det kan være at de pårørende er utslitte når pasienten kommer inn til oss, de trenger rett og slett å ha litt avstand en stund, ha hvileperiode... Hvis vi for eksempel overflytter pasienten til intermediærposten eller et av de psykiatriske sykehjemmene – det skjer jo ofte ganske fort, sånn i løpet av få dager – da blir det i praksis til at det er den enheten som tar familiearbeidet. Med de pasientene som blir liggende lenge inne hos oss, faller jo mer av den jobben på oss. Hvis pasienter eller pårørende ber om at familien skal taes inn så får de jo selvsagt det."

Assistentlege i B mener at de faglig sett burde ha mer kontakt med familien til pasientene, men på grunn av tidspress får de ikke tid. De har planer om å starte pårørende-undervisning en gang i måneden: "Jeg tror mange har utbytte av det, men det kommer selvfølgelig også an på om pasienten vil." Psykolog i B svarer på spørsmål om familiearbeid: "Tror det gjøres for lite. Vi skulle gjerne hatt mer tid. Veldig mange har fått utbytte av familiearbeid, så det

er spennende. Men det kommer også an på - hvis pasienten ikke vil, kan han sette ned foten. Stort sett er det positivt å ha kontakt med familien, men veldig ofte definerer vi det over til oppfølgende instans."

I Avdeling C har de hatt en stabil pårørende-gruppe gjennom flere år, det er innarbeidet i behandlingskulturen. Enhetsleder sier: "Det vi er blitt flinkere på, er å ha et fokus på det som er pasientens nettverk ute. Vi inviterer nær sagt alltid pårørende til samtaler. Det er kjempeviktig, både i forhold til at familien trenger å lære noe om hva psykiske lidelser er, og hvilke spesielle behov mennesker med psykiske lidelser har når de er ute og i bedre faser. Og videre hvordan pårørende kan gå fram når de merker at en av sine begynner å bli dårlig, blir kjent med hvor de skal henvende seg, blir hørt rett og slett, og får et sted der de kan legge fra seg bekymringer gjennom måneder og år." Denne enhetslederen har vært i avdelingen i ti år, og et generelt inntrykk er at de som har vært lenge i avdelingen eller i akuttpsykiatrien, tenker på pasients og pårørendes liv i lengre tidsspenn enn de som har vært kort i arbeidet.

Om å foreta hjemmebesøk, sier enhetsleder i avdeling C videre: "Det er viktig å se hvordan det er hjemme hos pasientene, om de har behov for hjelp til å vaske og rydde litt før de blir skrevet ut. Det kan ha vært en periode forut for innleggelsen hvor de har fungert dårlig i dagliglivet, det er blitt rotete, skittent, med en del ting som kanskje skal kastes. Det gir oss jo også en god pekepinn på hva de eventuelt trenger hjelp til ute. Miljøterapeut i C er også fornøyd med denne delen av arbeidet: "Innenfor den tidsrammen vi har, føler vi at vi får gjort veldig mye. Vi tilstreber hjemmebesøk, kartlegger hva som trengs av hjelp, prøver å ha det som mål å få til det kjapt. Men pasienten må jo akseptere det. Vi har ergoterapeuter som gjør mye hjemmebesøk."

2.8 Dokumentasjon, journalskriving

Intervjupersonene ble stilt følgende spørsmål: "De nye helselovene har sannsynligvis resultert i økt tid på utfylling av skjemaer, dokumentasjon i journaler, juridiske spørsmål, møter med kontrollkommisjon – hvordan ser du på det?"

Seksjonsleder for B som har arbeidet mange år i distriktet, har malende utsagn: "Vi fikk denne 'flomkatastrofen', og avstanden mellom sosial- og helsedirektoratet og hit føles stor. Jo, det er økt arbeids- og papirmengde. Noe vil nok legge seg på plass når vi får bedre rutiner og får prosedyrer for å behandle dette. En del kan man rett og slett spørre seg om har vært vettugt, men det er selvfølgelig gjort i god mening og dette med individuelle rettigheter er stadig fremhevet. Men det kan bli for mye, det kan hende at pendelen etter hvert snur." Overlegen i B som er yngre og ikke har vært i B så mange år, sier: "Det er klart det er mye papir, men jeg synes på en måte det er riktig også, å begrunne godt hvorfor en for eksempel legger pasient i belter eller tvangsmedisinerer."

Administrerende overlege i C har også et kraftfullt språk: "Det tar mer tid, men det er greit nok, og viktig for brukerrettighetene. Den mer uoversiktlige og fortvilende biten er konsulenter som yngler, og snakker om 'helse, miljø og sikkerhet'. Kvaliteten går fløyten i kvalitetssikring! Konsulentene, etter hvert som de formerer seg, lager nye oppgaver for å legitimere seg selv – det blir sentralbyråkrati. Og i tillegg har helsereformen ført til økt papirflyt og høring – alle skal være sikre på at ingen gjør feil. Når det drepes på trikken får vi umiddelbart 17 forespørslers om kvalitetsrutiner og samarbeid." Overlege i C sier: "Ja, vi bruker enda mer tid i forhold til journaler - paragrafvurderingene er lengre og grundigere enn for noen år siden. Jeg bruker mer tid på det som skal inn i journalen, men jeg synes vi bruker like mye tid på pasientene." På spørsmål om dette er en riktig utvikling, svarer overlegen i C: "Jeg prøver å ikke tenke sånn, men på å forholde seg til at det er norsk lov, og så gjør jeg det. Jeg er veldig opptatt av at vi skal gjøre det *godt*."

Av fagpersoner på ledernivå synes overlegen i A å forholde seg mest avslappet på spørsmålet om økt tid på utfylling av skjemaer og dokumentasjon, og han er begeistret over ny teknologi: "Ja, det er økt papirmengde, men elektronisk journalsystem har økt effektiviteten. Kombinasjonen av elektronisk basert journal og elektronisk diktatsystem er

fantastisk. Jeg dikterer i mikrofon som går inn på en sentral, der de som skriver får opp alle diktat som ligger til skriving på skjerm med beskjed om hvem som dikterer, hvor langt det er og hastegrad. Før sprang vi fram og tilbake med kassetter og journal. Når vi fikk skrivene, måtte vi rette med penn, legge tilbake. Tror dokumentarbeidet er redusert med 2/3 i tidsbruk. Har nesten aldri en journal på kontoret nå, men retter direkte på skjerm og signerer elektronisk. I pasientjournalene nå er ferdige maler så vi kan bare krysse av. Dessuten: Med færre tvangsinnleggelses, færre klager til kontrollkommisjonen blir det færre klager. Kommisjonen kommer en gang i måneden anmeldt og en uanmeldt. Går igjennom alle formalia og eventuelle klagesaker. Og vi har en veldig bra kontoravdeling som har alle papirene klar.”

Hos de andre faggruppene ble det ikke nevnt noe om økt belastning på grunn av økt papirarbeid unntatt av miljøterapeut i B som var på en akuttavdeling med spesielt høy turnover: ”Når en person skal innskriveres og utskrives går det masse tid til formelle, lovpålagte dokumentasjonsoppgaver. Det er mye mer enn før, og kom også med den nye lovgivningen. Kvalitetssikring og papirarbeid, det ligger så til de grader i tiden, men personaltilgangen har ikke økt tilsvarende. Så min opplevelse er at vi sykepleiere har mindre tid til å bare være der for pasientene.”

2.9 Tidsbruk til behandlingsmøter

Det er mulig at intervjupersonene i de tre avdelingene svarte ut fra litt forskjellig tolkning av hva slags møter det ble spurt om. En annen faktor som kan gjøre sammenligning litt komplisert, er at avdelingene er ganske forskjellige i størrelse. Men grovt syntes intervjupersonene å oppfatte at de ble spurt om *behandlingsmøter*, det vil si den tid de brukte til å drøfte pasientene fra forskjellige perspektiver, og ikke tiden de brukte til samtaler med eller samvær med pasientene, og heller ikke andre møter som personalmøter, fagmøter eller møter med andre behandlingsinstanser. Gjengivelsen nedenfor kan forhåpentligvis gi et visst inntrykk.

Enhetsleder i A er svært fornøyd med at de bruker så lite tid til møter til tross for at hun opplever at beslutningsprosessene i avdelingen er demokratiske: ”Da jeg begynte her lurte jeg veldig på hvordan det er mulig med så lite møter – i den akuttavdelingen jeg jobbet på før var det behandlingsmøte fra 8-9.30. Her begynner vi på jobb 7.30. Da kommer nattevakta og forteller hvordan natten har vært. Det tar veldig kort tid, hvis det ikke har vært noen innleggelses for da er det innkomstrapport som kan ta litt tid. Mellom halv 8 og 8 sitter gruppelederen og koordinerer personell, lager plan for dagen for hvilken miljøkontakt har ansvar for hvilken pasient. Kvart på 8 begynner da den såkalte rapport og behandlingsmøtet. Sykepleier som har hatt ansvarsvakt på kvelden i forveien går inn på elektronisk pasientjournal og gir fortløpende tilbakemelding på hvordan samtlige pasienter har hatt det kvelden i forveien og på natten. Angående nye pasienter går man gjennom innkomstsamtale, bakgrunn for innleggelse, GAF-skåre og behandlingsmål. Jeg overdriver ikke hvis jeg sier at klokka 8 er samtlige sånne rapporter ferdig. Vi går etter en mal på samtlige pasienter, for eksempel: ‘Pasient NN, født da og da, paragraf det og det, diagnose det og det’, et par setninger om siste døgn. Vi bruker ikke mye tid på innkomstnotat unntatt det helt vesentlige, vi går heller og snakker med pasienten først, så kommer videre informasjon neste dag. Så bestemmer gruppeleder hvem som skal være miljøkontakt og behandler for ny pasient. Den som har hatt vakt og har tatt imot må ofte bli den som fortsetter. Det bestemmes klokkeslett for første samtale, og der blir de enige om videre behandlingsmål. Så kan det gis videre informasjon neste dag igjen. De fleste i miljøpersonalet har bare én pasient, behandlerne kan ha flere. Så miljøterapeutene bruker mye av sin tid til å være sammen med ‘sin’ pasient.”

Enhetslederne i B synes at de bruker for mye tid til møter: ”Hvis vi ser på en vanlig dag, så kommer det noen klokken 7 som får rapport fra nattevaktene fra 7 til kvart over 7, og så kommer de resterende som er resten av miljøpersonalet, lederne, legene og psykologene og får rapport fra kvart på 8 til 8. Det rapporteres om alle pasienter, hvem som har kommet siste døgn, hvem som ligger, hvordan det går med de som er på stabilisering. Fra 8 til halv 9

er det vi kaller 8-møtet, der vakthavende gir informasjon om det er skjedd noe spesielt siste døgn for nye pasienter. Der er to poster representert, og alle legene. Det kan være fra 0-10 pasienter som er kommet inn på et døgn. Så går vi tilbake til posten vår og har behandlingsmøte fra 8.30 til 9, hvor vi snakker om hver pasient. Deretter direkte pasientarbeid fram til lunsj 11.30 til 12. Så er det noe som heter overføringsmøte mellom postene. Vi enhetsledere bruker bortimot halve dagen på møter, det har jeg regnet på."

Det virker kanskje som det er en struktur i den store B-avdelingen der for mange i personalet er med på de enkelte møter. En av assistentlegene i B mener om møtevirkosomhet på hans post: "Vi kunne spart tid. Altfor mange personer er til stede på behandlingsmøtene. Én ting er at de fleste leger og psykologer som skal ha behandlingsansvar er der, men at det i tillegg er 6-7 sykepleiere der og avdelingssjefen for hele fylkesavdelingen! Det er galt av hensyn til spredning av pasientopplysninger. Man kan sitte og prate om de samme tingene mange ganger, uten at det kommer klare konklusjoner. Møter kunne vært opptil halvparten av tiden, mye kan barberes vekk."

Men det er også tydeligvis forskjell i tidsbruk på postene i B. Psykologen sier om sin post: "Jeg jobbet før på en DPS her i inntaksområdet. Her er det deilig lite møtetid i forhold til på DPS-en. De møtene vi har her er korte."

Avdeling C er en liten post med ca. 8 senger. Inntrykket er at personalet syner de bruker passelig tid til møter i forhold til direkte pasientarbeid. Assistentlege forteller: "Pasienter og personale inndeles i to grupper, og hver av de to personalgruppene har et fast opplegg med behandlingsmøter i to timer to ganger i uken der de drøfter alle pasientene. Miljøterapeuter, behandlere, sosionom og ergoterapeut er til stede. For en pasient som nylig er kommet inn, drøftes innkomst, diagnose, individuell plan for oppholdet. Hvis vedkommende har vært der noen dager fokuseres det på aktuelle problemer i behandlingsforløpet. Når pasienten nærmer seg slutten av oppholdet, samles trådene rundt planene fremover. Det gjøres mye bruk av sosionomen som har arbeidet med pasientens økonomi, ergoterapeuten vet kanskje noe om boforhold, og alltid har noen snakket med pårørende. Vi sammenlikner opplysningene, kartlegger behandlingsnettverket etter utskrivning. Det er veldig nyttig."

Det samlede inntrykk blir at det var substansielt forskjellig hvor mye tid personale bruker til møter i forhold til direkte pasientarbeid, og at de som syntes de brukte mye tid til møter var utilfredse med det

2.10 Verdier og trivsel

Mange nevner at en viktig *verdi* for trivselen i arbeidet er at det er *meningsfullt*:

Overlegen i C: "En sjef på en akuttavdeling gikk ut i avisene og skrev at akuttpsykiatrien er en urias-post. Jeg synes det er en skam å si sånt. Det er en *stor* glede å få lov til å arbeide i akuttpsykiatrien. Det er kjempeflott, det er meningsfullt Og dette er betalt arbeid!" Assistentlege i A: "Jeg har jo kun jobbet med akuttpsykiatri i min korte karriere, og synes det er artig, så det er i alle fall foreløpig det jeg har tenkt å satse på. Det er her jeg føler jeg får mest gjort, det som jeg ser på som mest interessant, i hvert fall akkurat nå. At det *skjer* ting er jeg litt skeptisk på om er tilfelle på langtidspost!" Den andre assistentlegen i A sier: "Jeg har jo rotert på de andre avdelingene, og trivdes veldig godt på langtidsposten også. Jeg synes det er ålreit at det skjer så mye, med bra tempo og sirkulasjon, men noen ganger savner jeg å ha mer tid til å tenke. Å levere fra meg arbeid som er veldig uferdig med korte tidsfrister er ikke så enkelt. Men jeg kunne ikke tenke meg å jobbe som privatpraktiserende, tror jeg. Jeg tenker sånn; folk med alvorlige sinnslidelser går der uten å få all den hjelpen de kunne fått. Og da vil jeg heller bruke kreftene der det trengs mest for de som strever med det meste, enn for de som tross alt får store deler av livet sitt til å fungere."

Om viktige verdier i arbeidet, sier miljøterapeut i A: "Det å se og respektere pasientene er kjempeviktig, uansett hvem det er og årsaken til innleggelse. Å ta dem på alvor og møte hver enkelt i det de står i. Vi har jo mye galgenhumor, vi må ha det. På morgenmøtet må vi flire noen ganger, men vi har aldri det med oss i møtet med pasienten... Det er en del

motoverføringer, som; 'uff, kommer *han* inn igjen, det er da unødvendig at han skal inn igjen nå'. Alle er jo klar over at sånt skal du ikke ha med deg når du møter pasienten. Da må du være profesjonell. Noen fremmedkulturelle kan kanskje ha verdier man ikke forstår, da må man strekke empatien sin, tenke nytt. Og språket gir oss også utfordringer."

På spørsmål om hva man *liker best å jobbe med*, er det mange svar: Fra avdeling B henter vi følgende utsagn fra enhetslederen ved en av postene: "Jeg liker vel best det å jobbe med personalet, få posten til å fungere. At strømmen av pasienter går som den skal, at vi ikke får opphopning. Det er vi helt avhengig av med de få plassene vi har. For å klare det må vi ha et personale som fungerer, som trives, får påfyll av fag, opplever at det er godt å være på jobb, stimulerende. Det jeg liker minst, er vel det administrative i jobben, budsjett og sånt." Men enhetslederen på en annen post i B, sier: "*Jeg* har jobbet med ledelsesfag og er veldig opptatt av det, som økonomi og budsjett. Personaladministrasjon er også spennende – det å være blant folk. Det er jo det vi driver med her; *menneskene* er 'produksjonsutstyret' vårt – vi har ikke mye fine apparater." Assistentlege i B: "Jeg liker best pasientrettet arbeid. Det at man prøver seg fram, får en god kommunikasjon med pasienten, føler at 'dette var en bra samtale'. Og når jeg ser at pasienten blir friskere." Psykologen i B: "Jeg liker også personalrettet arbeid. Før skulle overlegene ta debriefing, hvis for eksempel det er vold på posten. Nå kobles en psykolog inn som har oppklaringsamtale, debriefing med personale. Det er faktisk det beste med jobben. Vi har egen psykolog-vaktliste for dette. Vi jobber ikke med slikt på egen post men på en av de andre. Det er bra å ha dette som del av rollen. Også det 'rene' pasientarbeidet er selvfølgelig fint."

I avdeling A sier miljøterapeut: "Jeg liker friheten til å styre dagen med pasienter, legge opp løpet selv, hva jeg skal gjøre sammen med dem. Det kan være så mye; få dem mobilisert som å få dem ut av rommet, få i dem mat. At det *skjer* noe med pasienten. Psykoser er spennende å jobbe med, for min del heller det enn depresjoner. Psykotiske personer er liksom mer 'livate', uberegnelige på sitt vis. Det er en utfordring. Med de deprimerte skjer det kanskje ikke så mye, du har ikke så mye kontakt med dem. Bedre å ha noen, ja til og med maniske, som gir deg utfordringer. Men det er en balansegang, da." Den andre miljøterapeuten, som også ordner med turnus, sier: "Jeg tenker at det jeg liker best med å jobbe på posten, er at ingen dag er lik, det er mye variasjon hele tiden. Men det jeg synes er artigst da, det er å se at psykotisk deprimerte kommer seg, blir bra igjen. Kommer i en ny verden. Men for så vidt liker jeg også organiseringen av turnus, ha bra oversikt over hele bruket da, brukerne. Og nå som jeg har jobbet i turnus i mange år, så synes jeg det er godt å jobbe på dagtid og ha fri i helgene." Enhetsleder i A: "I jobben min liker jeg best å motivere og legge til rette sånn at mine ansatte får gjøre en god jobb. Og det er veldig spennende å ha medarbeidersamtaler med dem, å bli ordentlig kjent med dem, og å prøve å få til en vi-kultur. Det er jeg veldig opptatt av. At her er det vi på post to som skal få til noe kjempebra for pasientene i akuttavdelingen. Det jeg liker minst, er dilemmaet jeg har mellom ressursene jeg har økonomisk og behovene jeg føler i akuttavdelingen. Etter at det ble innført enhetsledelse, har en jo mye, mye mer økonomiansvar. Jeg bruker mye tid på å lese regnskapstall og lage budsjett, det liker jeg minst. Men jeg kjenner vel mer og mer at det er en del av jobben min."

Og i avdeling C hører vi fra enhetslederen: "Mitt hovedfokus er personalet, jeg skal legge til rette for at bemanningen er på plass, at vi holder oss innenfor budsjettammer, at personalet har en faglig utvikling hvor de er i en situasjon der de kan lære og trives. Nettopp fordi det skaper grunnlaget for god pasientbehandling. Hvis ikke personalet har det bra blir heller ikke pasientarbeidet bra. Jeg liker å ha personalfokuset, få hjulet til å gå rundt, og ha budsjettansvar. Jeg er jo også opptatt av det som har med faget å gjøre – jeg har det under huden at det er spennende å komme inn i pasientsituasjoner. Men det er ikke min hovedjobb, de to ledende spesialsykepleierne skal ha fagfokuset. Angående iverksetting av tvangstiltak, er det sykepleiergruppen og de ledende spesialsykepleierne som gjør vurderingene. Jeg kan godt gå inn i det der det kreves. Det er aldri morsomt å bruke tvang, og å beltelegge. For å trives med å jobbe akutt må du også ha evnen til å takle akuttsituasjonene."

2.11 Nivåheving og fagutvikling hos personalet

Angående mulighet for faglig utvikling er det en tydelig *forskjell mellom faggruppene* på hvor mye tid og økonomisk støtte de får. Grad av tilfredshet synes å ha en viss sammenheng med det. Legegruppen har klart mest av disse ressursene, og miljøterapeutene minst. En av de to miljøterapeutene i B som har arbeidet der i henholdsvis 8 og 19 år, sier: "Jeg er nå så heldig at jeg går på videreutdanning i kognitiv terapi, så for tiden skal jeg ikke klage. Men jeg har i veldig, veldig mange år vært misfornøyd. Det har på en måte vært litt sånn her at hvis du har vært så heldig at du har fått tatt videreutdanning i psykiatri, så må du være fornøyd med resten. Potten for fagutvikling på en post har kunnet dekke psykologens videreutdanning pluss tusen kroner i året for sykepleierne. Det sier seg selv at de fleste kurs koster 3-5 tusen pr. hode, pluss kanskje overnatting. Det vil si at ved å sende én til et kurs, spises hele kursbudsjettet for opptil ti av de andre i personalet opp. Det har vært veldig frustrerende og dårlig." Er det da slik at økonomisk hjelp til fagfordypelse ikke bare handler om hvilken yrkesgruppe man tilhører, men også *alder* – at de som ikke er spesialisert innen sitt fag får mer støtte?

Psykologen og assistentlegen i B som begge har vært på arbeidsplassen mye kortere enn de to psykiatriske sykepleierne, har følgende samtale: Legen: "På legesiden er tilbud om faglig fordypning to timer hver uke med undervisning, tre timer avsatt til å lese faglitteratur og en time klinisk veiledning (stort sett med overlegen på avdelingen), samt en time med ekstern psykoterapiveileder." Psykologen: "Og så klager dere på at dere har 44 timers arbeidsuke!" Legen: "Det er krav om dette som ledd i spesialistutdanningen." Psykologen: "Jeg har to timers veiledning i uken med ekstern veileder, og det er det jeg har. Men så får jeg alle spesialiseringkursene betalt." Legen: "Det får vi også". Psykologen: "Det er ikke avsatt tid til egen fagfordypelse i løpet av uken. Alle behandlerne har en halvtime hver fredag, der én legger fram et kasus, det blir ca. 2 ganger pr år."

Hjelp til faglig fordypning er også avhengig av *den enkelte akuttavdelings økonomi*. Assistentlege i A: "Vi får aldri tatt ut fordypningstiden. To timer i uken er det vi har her, i spesialistreglene så skal det være fire. Du kan bruke tiden til hva du vil. Om du vil lese artikkel, observere en annen pasientsamtale eller noe annet. Det er opp til deg, men poenget er at da skal du ikke være tilgjengelig til vanlig arbeid. Det er frustrerende at vi har for lite tid til faglig fordypning, spesielt siden det her ikke er et universitetssykehus. Jeg savner akademia, jeg er jo utdannet på et universitetssykehus. Forskningsavdelingen her har ikke noen rolle i forhold til dette. Det er jo vårt eget ansvar å sette av tiden til fordypning, men i praksis skjærer det seg hver uke. Kurser er avdelingen veldig raus på å støtte."

Så det å få *tid* i en travel akutthverdag er også en viktig faktor. Miljøarbeider i C sier: "Vi har jo en del fagutviklingsprosjekter, men det er opp til hver person. Vi har både undervisning på ukeplanen, og fast sykepleieveiledning hver uke, også har vi dags-seminar en gang i halvåret på posten, for hele personalet. Vi har alltid prosjekter gående, prøver å ha en gruppe som jobber med prosjekt-problemstillinger for nettopp å holde oppe den faglige utviklingen. De som har lyst kan sette i gang, men så kommer kanskje en periode hvor det er masse å gjøre i posten, og da koker det aktuelle prosjektet bort, det blir mer enn nok med den daglige driften. Og så begynner vi kanskje på nytt igjen. Det er litt frustrerende. *Det blir ofte at dagen tar oss*, man har ikke kapasitet til at man kan sitte i fred en dag og holde på. Angående eksterne kurs, synes jeg vi har godt tilbud. Mulighet for å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid blir støttet, vi har fire stykker i år."

2.12 Interne forhold, trygghet og sykefravær

Enhetsleder-stillingen er en ganske ny kategori som fagpersoner med ulike grunnutdannelse kan rekrutteres til. De intervjuete enhetslederne var alle sykepleieutdannet, og alle uten en videreutdannet i psykiatri. Enhetsleder-stillingens instruks synes å gi stor innflytelse og myndighet, mer enn den som het avdelingssykepleier før. Enhetsleder i A forteller for eksempel om ansettelse av psykolog på avdelingen: "Jeg ordnet med annonsen, sendte den til personalavdelingen på sykehuset, hadde intervju med fem psykologer sammen med han

som er leder på poliklinikken, en sjefpsykolog. Et poeng var at det var *jeg* som spurte ham, jeg ville ha hans fagkompetanse med. Så det er jeg som står for rekruttering, ser på sammensetning og hva enheten trenger nå og hva det er vi har mistet i den som for eksempel er gått til en annen sengepost. Jeg prøver å se langsiktig fram, og ansvar for å ansette rett mann på rett plass, selvfølgelig sammen med lederteamet der overlegen er med. Ansiennitet er ikke avgjørende ved ansettelse lenger. Klarer jeg å argumentere faglig for at jeg trenger en til tross for at han har to år mindre ansiennitet enn henne eller motsatt, så har jeg rett til det." Enhetslederne i B: "Psykiatrien i vårt fylke fungerer slik at arbeidsgiverarbeidet er desentralisert. Så vi er arbeidsgivere på hver våre poster. Det vil si at alt vedrørende personale og økonomi på vår post har vi ansvar for. Det er jo litt nytt at arbeidsgiver er så nær ansatte. Det er nyttig, for vi har jo en kontakt som det ikke var før. Man kunne skylde på systemet, men nå må vi ta ansvar selv for hva vi gjør. Det er en utfordring. Man har gitt noen en myndighet – det å kunne delegerer. Medisinsk ansvar delegerer vi til overlegen på posten. Det innebærer at man må ha et godt samarbeid, som vi er så heldige at vi har. Men dette er jo personavhengig."

Trivsel i en avdeling er selvfølgelig i stor grad avhengig av at personalet føler *trygghet*: At man ikke føler seg ubeskyttet overfor vold eller trusler om vold fra pasienter, eller at man har gode rutiner for forebygging av selvmord i avdelingen eller når pasientene har permisjon. De intervjuete forteller om mange metoder for å øke "trygghetskompetanse". Enhetsleder i C sier: "Jeg ønsker ikke å uttale meg om selve "trikkedrap-saken" (om pasienten som ble utskrevet fra Ullevål sykehus i 2004 og som knivdrepte og skadet ukjente mennesker på en Oslo trikk), for det har jeg ikke nok kunnskap til å gjøre, men jeg kan si noe om hvordan det fungerer her. Overlegene er veldig tilgjengelige, og hvis miljøpersonalet opplever noe i forhold til en pasient er det lett å få tak i overlegene fort. Nærhet til legegruppen gjør at de observasjonene og vurderingene som miljøpersonalet gjør blir hørt og tatt til følge. Man setter i gang tiltak i forhold til det, slik at det også er nærhet i forhold til pasientene. Det er en kvalitetssikring. Og det at vi behandler og medisinerer raskt, virker både i forhold til pasienten og hvordan personalet har det. Det er jo for meg som er enhetsleder et viktig fokus også. De som jobber her skal føle seg trygge når de er på jobb."

De som ble intervjuet i A gir også inntrykk av å føle ganske høy grad av trygghet, og nevner mange tiltak for å skape det. Blant annet har hele personalet en type fysisk trening regelmessig som er satt sammen av flere teknikker, mange fra judo, og mener at det styrker trygghetsfølelse og muligheter for å møte pasienter i utagerende situasjoner. Selv om det ikke skjer så ofte i deres avdeling er det viktig å ha den tryggheten "i seg" som kommer ved gjentatt trening. Miljøterapeuten som leder dette, en stor, muskuløs mann, sier: "Du må om nødvendig kunne holde eller legge noen i bakken på en skånsom måte, være trygg på deg selv for å gå ut i slike situasjoner. Det handler blant annet om å kunne forsvare seg. Hvis det i en situasjon er gått så langt at pasienten overheadet ikke er interessert i å stå og prate med deg må du ha litt mer å spille på, for å si det sånn. Hva du skal gjøre med hender og kropp, hvordan du står og går, kroppsuttrykket ditt." Denne fagpersonen er også åpen for at hans utseende med stor muskuløs kropp har andre muligheter og begrensninger enn en liten, tynn kvinne.

Trygghetsnivå i en avdeling er selvfølgelig ikke bare avhengig av "interne" faktorer som gode rutiner, organisering og faglig kvalitet, slik som mange i C-personalet synes å legge vekt på. Det kan også avhenge av eksterne faktorer som typer pasienter, bemanningstetthet og andre økonomiske ressurser. Det er vanskelig å avgjøre hvilken betydning de ulike faktorene har i den enkelte avdeling. En faktor kan være *slitasje*; at man har vært for lenge i samme avdeling. De to intervjuete miljøterapeutene i B er på to forskjellige akuttposter. Hun som har vært lenge på en post med mye trusler om vold og også selvskading, sier: "Man kan bli kjempesliten av å hele tiden vurdere 'er det trygt nå, er det kontroll over skjermingssituasjonen, må jeg trekke meg ut, må jeg tilkalle personal?' Kanskje er det verst i de fasene hvor du går og kjenner på at nå kommer det en eksplosjon. Man beltelegger jo ikke folk forebyggende. Avveiningen hele tiden når det er tunge skjermingsoppgaver med et høyt aggresjonsnivå, er et slitasjemoment. Det må være tett oppfølging når man begynner å slippe opp, senke kontrollnivået også. Man må da stadig vurdere; går det bra, er det alvorlige kuttinger, vil man finne pasienten blå, hvor mye skal vi gi ansvar, hvor mye skal vi

trekke oss tilbake eller beltelegge? Jeg kjenner det gjør noe med meg, og blir kjempesliten av det. Hvis jeg ikke kunne gått over til ren mottakspost nå så måtte jeg bare funnet meg noe annet å gjøre. Jeg har jo arbeidet så lenge her på grunn av at den "actionbiten" har fascinert meg. Men det har vært så mange farlige voldelige episoder eller nestensituasjoner."

Den andre miljøarbeideren i B har mye erfaring med suicidalproblematikk, både på posten og under pasienters permisjoner: "Jeg har opplevd en del situasjoner som har vært veldig, veldig belastende, fordi jeg i utgangspunktet var uenig i behandlingen. For eksempel en pasient som gav meg så dårlig følelse, og mot alles vilje gikk jeg inn på hennes rom, jeg bare *måtte* gjøre det. Jeg fant henne bevisstløs og reddet henne da. Hvilke yrkesgrupper eller personer får autoritet? Det sies at det har vært mange unge uerfarne assistentleger, der erfarne sykepleiere sa at 'dette gjør du bare ikke'. Man bærer bekymringen i seg, man følger opp pasienter, og vet fra vakt til vakt hva de står i. Det er klart at når du da går av vakt og rapporterer videre at avløserne må passe på, for det er lite som skal til, før... Da gjør det noe med deg. Og hver gang det skjer igjen, så bærer du en del med deg. Det kan være mennesker du har kjent kanskje i flere år, det har vært mange innleggelseser. Du har kjent barna deres, ektefelle, foreldre. Det er klart at det gjør jo noe med deg, men du kan ikke gå og tenke sånn i hverdagen...".

Nivå av *sykefravær* kan være en indikator nå nivå av trivsel. Vi presenterer ikke statistiske mål på de tre avdelingene her, men noen av de intervjuetes utsagn. Assistentlege i B sier: "I én akuttpost var det ganske voldsomt en periode, opp mot 20 % faktisk. Det har sammenheng med dårligere bemanning og veldig syke pasienter. Det var mye vold mot personalet, og vi har hatt noen langtidsskader der. Det er den posten i psykiatrien i hele fylket med desidert høyest sykefravær. Det er stort sett miljøpersonalet og kvinner som får trøkken, ikke vi leger og psykologer. Miljøpersonalet er der hele tiden og kjenner på det, vi er jo inne hos pasienten bare kort tid, og så går vi ut igjen. Vi går ikke i dette konstante angstnivået." Og psykologen sier: "Jeg skjærer meg litt, er ikke trent på å takle å kunne bli slått ned, og da holder jeg meg litt i bakgrunnen til det er trygt og rolig ...".

Klinikklederen på A-sykehuset der akuttavdelingen er, sier: " Totalt på hele klinikken, så startet vi året med 12 % sykefravær, men er nå nede i 8. Det er stor variasjon, noen enheter har veldig lavt og noen veldig høyt. Det som er interessant, er at akuttavdelingen som du undersøker har hatt lavt sykefravær i mange år. Sykefravær kan jo være tilfeldig, og korttidsfraværet er variabelt, men det har ikke vært mye langtidssykemeldinger på akuttposten, og det er et godt arbeidsmiljø. Selv om jeg ikke nødvendigvis tror at høyt sykefravær trenger å skyldes arbeidsmiljøet, så tror jeg at folk gleder seg til å gå på jobb, og at det er utfordrende å jobbe der, selv om det er slitsomt i perioder. Det er i hvert fall ikke den posten hos oss som har høyest sykefravær, heller tvert i mot." Og den entusiastiske enhetslederen i A, som før har nevnt det lave sykefraværet, sier: "Det er som jeg sier høyt under taket hos oss, og det er godt bemannet. Vi er veldig faglig fokusert, og veldig gode til å ta vare på hverandre. Også tror jeg det har mye å si at det er kort liggetid, så vi ser at det sirkulerer."

Også de vi intervjuet i C viste lite tegn på slitasje, til tross for at flere av dem hadde vært der i mange år. Enhetsleder sier: "Jeg har ikke faktiske tall i hodet på sykefravær. Det er veldig lite som går på jobberelaterte problemstillinger. Det som drar opp fraværet er sykemeldinger under graviditet. For det er en spesiell situasjon å være i da, i en akuttpost. Da må de kvinnene det gjelder tidlig over i en tilpasset turnus, og er ofte gradvis sykemeldte gjennom svangerskapet. Så det drar opp i stor grad. Også har vi en som har vært langtidssykemeldt på grunn av ryggen. Men hadde vi tatt vekk det som er relatert til svangerskap, hadde vi hatt lite sykefravær. De som kommer til oss, enten nye eller studenter som er hos oss over en periode opplever at det er et ok sted å være. De føler seg vel mottatt, gir uttrykk for at de trives, og det gjør også de eldste her. Det er god samhørighet, både innad i faggrupper og tverrfaglig. Det hadde ikke vært så mange som var her over så mange år hvis ikke det var tilfellet." Administrerende overlege er også klar i sin vurdering: "Det fins ikke utbrente folk her. Fordi folk har følelsen av proaktiv kontroll i

forkant. Som leder må du ha noen få enkle overordna målsettinger, for eksempel skal det alltid være ledig plass. Vi må ha en viss *forutsigbarhet*."

Til slutt lar vi den unge assistentlegen i A uttrykke sin glede over arbeidet og avdelingen: "Jeg tenker, i hvert fall sånn som vi har det her på avdelingen, så er akuttpsykiatrisk et veldig hyggelig sted. Jeg tror det er så hyggelig som det går an å få det, også for pasientene. Jeg kjenner meg overhodet ikke igjen i de beskrivelsene du ser i VG og Dagbladet, om hvordan akuttpsykiatrien fungerer i Oslo. Det er bare Oslo og "skandaleavdelinger" der, som det skrives om i hovedstadsavisene. Det hender seg at man hos oss må bruke et samtalerom med seng, men å skulle legge folk på en stue eller et røykerom, det er fremmed problemstilling. Jeg tenker det er synd hvis dette Oslobildet eller skandalebildet preger folks oppfatning av hva akuttpsykiatri er. At folk ikke vet at det tross alt er veldig ålreit at vi får så mange friske veldig raskt. Alle de menneskene med kriser som kommer inn, som vi får på fote igjen i løpet av et par dager, og som vi ikke ser igjen!"

2.13 Oppsummering

Vi skal først oppsummere hvordan informantene beskriver det direkte arbeidet med pasientene (punkt 2.1 til og med punkt 2.7). Deretter oppsummeres det *indirekte* pasientarbeidet, som dokumentasjon, journal skriving og møter (punktene 2.8. og 2.9.) og til slutt det som har med personalets trivsel og fagutvikling å gjøre (punktene 2.10 – 2.12).

Det er enighet om at for å få en god start på behandlingsarbeidet, er det viktig at pasienten har med seg "et godt skriv" fra innleggende instans, med beskrivelse av tidligere sykdomshistorie og beskrivelse av hva som har hendt i tiden før innleggelsene. Individuell plan bør også være med men det skjer nesten aldri, enda det nå *skal* foreligge for de som har vært i behandlingsopplegg tidligere. Og for at personalet skal finne ut hvilket behandlingsnivå man skal legge seg på i forhold til ettervern og de som skal ta imot pasienten etter utskrivning, må man gjøre en god utredning/ kartlegging. Da må man definere målet med innleggelsen klart.

De fleste mener at akuttbehandlings hovedmål er å stabilisere og "samle" pasienten slik at han/hun er i stand til å behandles på mindre intensivt nivå. Noen er imidlertid også opptatt av å gi pasienten "noe mer" – at akuttbehandling også er å vise pasienten at man har tid til å bli kjent, og gi "en smak" av god psykologisk behandling. De som er mest opptatt av stabiliseringsfunksjonen, synes også å være mest opptatt av å finne riktig diagnose og medisiner raskt. I tillegg er de opptatt av å "tenke utskrivning fra dag en" – gjøre pasienten i stand til å kunne ta imot behandling og finne de instansene som skal *gjøre* det, som poliklinikk, subakuttplasser, hjemmesykepleie, samt å sjekke om pasienten har en akseptabel boligsituasjon. En god versjon av denne holdningen er at det er driv og god gjennomstrømming i avdelingen, personalet føler seg ansvarlig for å være et godt ledd i en behandlingsskjede. En dårlig versjon er det som ble kalt "ekspedisjonspsykiatri" – at man er "god til å telle og levere i rett tid".

Inntrykket er at synet på ECT-behandling i akuttpsykiatrisk personale har blitt mer positivt de siste årene, sammenlignet med for 15-20 år siden. Det kan kanskje ha noe å gjøre med at behandlingen er mer skånsom enn før, at tidsånden med mer fokus på nevropsykologiske årsaksfaktorer er mer åpen for det og at det synes effektivt.

De aller fleste både på lege/psykologsiden og miljøterapeutsiden mente det var en fordel at når lege/psykolog skulle ha behandlingssamtaler med en pasient, skulle alltid vedkommendes faste miljøterapeut være til stede. Dette ble begrunnet med at informasjon mellom de to behandlerne ble bedre, og at det var tryggere å være to. Dette synes å være en endring i akuttarbeid fra for 15-20 år siden, da man oftere brukte "individualsamtaler".

Pasientens faste miljøterapeut er jo imidlertid mye mer sammen med pasienten enn legen/psykologen. Flere av miljøterapeutene uttrykte at de likevel fikk for liten tid til å bli kjente med pasienten, observere i miljøet, ha kontakt med pårørende. Liggetiden er blitt kortere, papirarbeidet er omfangsrikere – "det kan gå litt fort i svingene". Men denne

opplevelsen har også mye med bemanningsfaktor å gjøre. På én avdeling uttrykte man tilfredshet med det; man satt ikke på møter men fikk mye tid til å være sammen med "sin" pasient, og kunne arbeide mye "der ute" med samarbeidende instanser. Angående miljøterapeutiske aktiviteter, hadde avdelingene noe ulik profil. Ett sted hadde man grupper som ergoterapi, bevegelsesgrupper, fokusgrupper osv. og oppfordret pasientene som orket, til å være med på det. På et annet sted var man mer opptatt av individuelle, "skreddersydde" opplegg. Men generelt synes det som at miljøterapeutiske aktiviteter har forandret seg gjennom de siste årene, fra å være atspredende og kreative aktiviteter til mer pragmatiske; å tilpasses individuell plan, trening av hverdagskompetanse, kognitiv funksjon og mestring av livet "der ute".

På spørsmål om hva slags terapeutisk orientering intervjupersonene har tro på, er et unisont svar fra leger og psykolog at kognitiv/ atferdsterapeutisk tilnærming er det som er nyttig i akuttpsykiatrisk funksjon, for å stimulere til mestring, trene oppmerksomhet og konsentrasjon. Dette kan igjen påvirke til forbedring av hverdagsaktiviteter som å handle, lage mat, kle seg proppert, styrke sosiale kontakter ved å ta initiativ osv. Noen omtalte bruk av psykodynamisk orientering overfor pasientene som uheldig i en akuttpsykiatrisk avdeling, fordi det kunne stimulere til regresjon. Dette er en forandring fra for 15-20 år siden, da psykodynamisk tenkning dominerte mye mer, også i akuttfunksjonen innen psykisk helsearbeid.

På alle de tre avdelingene er man opptatt av kontakt med pasientens familie. Man mente at det er blitt økt fokus på barn av pasienter med alvorlige psykiske lidelser i de senere år, at psykoedukativ metode (der pårørende får tildelt en viktig "medbehandlende" rolle) har fått sterk innflytelse ved behandling av schizofrene, samt at hjemmebesøk anses som viktig for å hjelpe pasienten til å mestre sitt daglige praktiske liv ved utskrivning. Samtidig hadde flere forståelse for at pårørende kan føle at de får mer ansvar for familiemedlemmer med psykiske problemer i takt med at liggetiden går ned.

Angående det *indirekte* pasientarbeidet, er alle enig i at det er økte krav til skjemaer, dokumentasjon og journalskriving på grunn av de nye helselovene. De synes denne delen av papirarbeidet er bra på grunn av at brukerrettighetene er styrket, og at paragrafvurderinger er lengre og grundigere enn for noen år siden. Men det er andre sider ved papirarbeid som noen sukker over; "...flomkatastrofen av skjemaer fra sentralbyråkratiet som skal utfylles" og "konsulenter som yngler". Og miljøterapeuter som opplever høy turnover i sin avdeling, mener de har fått mindre tid til å snakke med pasientene på grunn av alle papirer som dermed må fylles ut. Angående tidsbruk til behandlingsmøter synes de tre avdelingene å være svært forskjellige i så måte. Det var ikke helt klart om de oppfattet spørsmål om dette likt, og om det går an å sammenligne dem, i og med at de er forskjellige i størrelse, har forskjellig intern organisering og møtene har forskjellig funksjon. Én avdeling har satset mye på "desentralisering"; man har avgrenset hvem som skal være med på møter til bare de som har direkte å gjøre med pasientene som skal drøftes. De intervjuete er svært fornøyde med det. En annen avdeling synes å ha langt flere til stede på møter, for eksempel ledere eller interesserte fagfolk fra andre poster eller avdelinger. Noen av de intervjuete derfra sukker over tidsbruken, og stiller også spørsmål om taushetsplikten tøyes. De mente også at det kunne være mulig å gjøre møter kortere og sjeldnere eller å gi dem en ny funksjon. Den tredje avdelingen som er liten, har delt personalet i to grupper rundt hver sin gruppe av pasienter og man ga der ikke uttrykk for at tiden man bruker til behandlingsmøter for lang eller urasjonell.

Angående spørsmål om verdier, nevner mange ordet *respekt* for pasientenes følelser og psykiske smerte, videre at det er viktig med "vi-følelse" i avdelingen. Flere nevner at arbeidet er *meningsfullt*, eller at man bruker kreftene "der det trengs mest" og at det er viktige grunner til at de trives. Noen sier også at de liker den raske pulsen i akuttarbeid, at "ingen dag er lik", at man ser forandring og bedring hos pasienter fra dag til dag. Noen av de som har arbeidet lenge i akuttpsykiatri nevner imidlertid slitasje; at tvangsbruk og trusler om suicid, selvskade eller vold er belastende i det lange løp. Dette gjelder særlig miljøpersonale, og det kan stilles spørsmål om en personalpolitikk der miljøterapeuter og de

som har vært lenge i arbeidet, føler at de får minst av midler til faglig utvikling. Hvordan bør fagpolitikken være overfor "gamle slitere" som sitter inne med mye erfaring?

Det er en tydelig forskjell mellom størrelsen av ressurser til fagutvikling og nivåheving som de forskjellige faggrupper får. Legegruppen, kanskje særlig de som ikke er blitt spesialister, får klart det meste både av tid og økonomisk støtte til kurs, spesialisering, videreutdanning, kongresser, veiledning, egenerapi og studier. Psykologer får også mye, særlig for utdanning til å bli spesialist. Miljøterapeuter får mindre, men flere har fått hjelp til videreutdanning til for eksempel til spesialisering i psykisk helsevern.

Angående interne forhold som trygghet og lavt sykefravær som et mulig mål på trivsel, er det forskjell på de tre avdelingene. Enhetsleder i den avdelingen som mener å ha svært lavt sykefravær, nevner at faktorer som god bemanning, gode ressurser for faglig utvikling, arbeid med å utvikle sterk "vi-følelse" der man tar vare på hverandre, rutiner for trening av fysisk selvforsvar, kort liggetid der man ser at pasientene bedrer seg og at det er sirkulasjon, er viktige for trivselen. Fra en annen avdeling blir det nevnt faktorer som at nyansatte føler seg vel mottatt, man har følelsen av proaktiv kontroll, forutsigbarhet – for eksempel at det alltid skal være ledig plass – og at miljøpersonalet føler trygghet ved at legene alltid kommer raskt hvis det er tendenser til krisesituasjoner.

3. Tredje fase: Hva skjer ved og etter utskriving?

3.1 Overføring til andre behandlingsinstanser

Administrerende overlege i C understreker at de alltid planlegger overføring til mulige andre instanser i pasientens behandlingsnettverk. Samtidig er det viktig for akuttavdelingen å avgrense sitt ansvar: "Utskriving er jo det eneste som er sikkert for en pasient, og vi stiller med en gang spørsmålet om hva som skal skje med vedkommende når de symptomene som en akuttfunksjon har ansvar for, er ferdigbehandlet. 60-70% av de som legges inn, flyttes ikke over til andre sengeavdelinger som intermedieæravdeling, men 'ferdigbehandles' på akuttposten. Enhetsleder i C sier: "Vi er veldig innstilt på at frivillighet skal være forsøkt, men i mange av tilfellene hvor pasientene kommer inn til oss er de blitt så dårlige at frivillighet ikke er et alternativ. Det gjelder også når pasienter blir skrevet ut; man skal prøve med frivillighet. Det skal alltid være forsøkt før man eventuelt fatter vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold."

Det har vært diskusjon både i media og fagfora om at akuttavdelinger ikke får fulgt opp pasientene tilstrekkelig og at de skrives ut for fort. Om det sier en av assistentlegene ved C som har arbeidet ved en annen akuttavdeling i byen og som også har snakket med kolleger fra andre avdelinger: "Det stemmer ikke for psykosepasienter her. Det er mitt inntrykk at god utskrivning har å gjøre med kvaliteten på administrasjon, styring og retningslinjer på avdelingene, og ikke med noen utenforliggende faktorer som pasientenes status eller bemanning. Jeg har vært her i halvannet år og aldri skrevet ut noen det har vært uenighet om skal skrives ut. Jeg har aldri følt noe press verken i forhold til plass eller vurderingen om pasienten skal ut. Det er forholdsvis strenge kriterier for tvungent psykisk helsevern. Det kan ofte være slik at man ser at kriteriene ikke er til stede og pasienten likevel er veldig dårlig og ønsker seg utskrevet. Vi tilbyr jo alltid frivillig behandlingsopplegg hvis vi tenker at her må det mer behandling til, som subakutt avdeling eller andre steder."

Men denne assistentlegen ser også at avdelingen er heldig på grunn av et godt DPS: "Først må man ha opplegg ute klart, med DPS, og det fungerer jo kjempebra som avlastningsenhet og beredskapsteam som vi har her. Det tar unna veldig mye henvendelser at vi hele tiden kan roe ned en situasjon, tilby en overnatting. Så det er stor fordel å ha *det* tilknyttet en akuttpost. Vår akuttavdeling er kanskje et lite representativt sted, i og med at den er så liten og har bra bemanning med veldig fokus på organiseringen. Her går det ordentlig på skinner." En annen assistentlege i C slutter seg til: "Når jeg snakker med kollegaer på akuttpost fra andre deler av landet tenker jeg at det som fungerer veldig bra her i byen, er for eksempel beredskapsteam på DPS-er og psykiatrisk vaktteneste. Det er anledning til å få vurdert en pasient poliklinisk, få øyeblikkelig hjelp av en spesialist også på kveldstid. Det er kjempefordel for oss som jobber i byen i forhold til de som jobber på sykehus i distriktene. Mye her kan håndteres uten sykehusinnleggelse, da selvfølgelig uten tvang, i mye større grad i enn ellers i landet."

Men samtidig er det slik at C har høyere andel av tvangsinnleggelse enn for eksempel A, som er i et landdistrikt. En assistentlege i A er opptatt av mottaksapparatet i kommunene:

“Det akuttpsykiatrien først og fremst trenger er å ha mer oppbakking hos dem vi samarbeider med når pasienten blir utskrevet. Der ligger mye av problemet vårt. Det er kommunene det stort sett faller på, at de har nok ressurser til å gi det tilbud som trengs når akuttforløpet er over. Jeg ser jo at det blir mye svingdørspasienter og misfornøyde pasienter fordi når akuttforløpet er over kommer de tilbake til ingenting, da blir de selvfølgelig dårlige igjen... Vi gjør oss forholdsvis raskt opp en mening: Først om vedkommende pasient skal ha videre behandling – ikke alle skal det. Så om det skal foregå i første- eller andrelinjetjenesten. I tilfelle en finner ut at det er andrelinjetjenesten, må en jo bestemme om behandling skal fortsette på sykehuset eller psykiatrisk poliklinikk. De fleste pasientene vi har, følges opp av DPS og de som da ikke har behandler allerede der, søker vi for tidlig i forløpet. DPS-ene er forskjellige, men vi får ofte tilbakemelding i løpet av en ukes tid. Vi vil jo at pasienten får tildelt behandler og får avtalt første time på DPS før vi skriver ut.”

Ved avdeling B opplevde de at det var en fordel at avdelingen ble bygget som en ny avdeling i et somatisk sykehus og ikke måtte forandre et tidligere psykiatrisk sykehus. Med vekt på desentralisering og nedbygging av døgnplasser fikk fylket flere godt utbygde DPS-er med senger, mulighet for tvangsinnleggelse og beredskapsteam samt bedre behandlingsnettverk i førstelinjen. Enhetsleder i B sier: “Utskriving og overføring legger vi veldig vekt på her. Våre pasienter blir aldri skrevet ut til ingenting, alltid til noe annet, som DPS, fast lege eller kommunepsykiatri, hva det måtte være. Det har vi hatt fokus på lenge, men enda mer etter de alvorlige hendelsene som vi har sett. Assistentlege i B slutter seg til: “Her har vi ikke hatt overbelegg de siste to og et halvt årene. *Jeg* tror det kommer av at akuttssystemet her fungerer relativt godt ved at pasientene får grei behandling raskt, og at det er et DPS-system som er klar til å ta i mot og overta behandlingen ute. Jeg kan ikke huske at vi har skrevet ut en pasient uten et behandlingsopplegg ute. Vi kan føle oss trygge på at oppfølgingen er der.” Og miljøterapeut i B: “Det er en del pasienter som har vært lenge i psykiatrien som har et nettverk rundt seg hvor de har en plass som står og venter på dem. Sånn at når de kanskje har vært innom to døgn, har de roet seg litt ned og ting har falt på plass og det som er bygd opp ute for dem er intakt. Så kan de reise videre dit.”

3.2 Kontakt med familie og sosialt nettverk

Som nevnt, forteller flere i de tre avdelingene at de satser på å ha kontakt og ha samarbeid med pasientenes familie under oppholdet, og at det kommer akuttavdelingen til gode ved utskrivningen. Flere nevner at familiene synes å ha fått større ansvar i takt med at liggetiden forkortes, og at man må passe på at ikke “skrives ut til mor” blir en sannhet. Assistentlege i C sier: “Det er ofte diskusjon med pårørende som er redde for belastningen med å ta imot sitt familiemedlem etter innleggelse, og synes det er for tidlig. Men de har ikke samme grunnlag som oss kanskje for å se hva som settes som krav til opphold... Der det er et godt sosialt nettverk rundt pasienten, med mer familie som har ressurser og et bra sted å bo, er det nok lettere å skrive ut. På den akuttavdelingen jeg jobbet før var det flere bostedsløse i inntaksområdet, så man måtte både få kontroll på psykosen, skaffe pasienten et sted å bo og noe å leve av. Så jeg har opplevd oftere der enn her at noen måtte bli lenger i avdelingen av den grunn. Men samtidig tenker jeg også at pasienter uten psykoseproblematikk la beslag på flere plasser der enn det her, sånn det har noe med prioritering å gjøre også.”

Enhetsleder i C: “Når det gjøres en vurdering her på at pasienten ikke oppfyller kriteriene på tvungent psykisk helsevern, vel så er konsekvensen frivillighet. Det er gjerne sånn at familien opplever at dette er for tidlig. Og da er det jo så viktig å være i dialog med de pårørende... Det er alltid bra når pasienten har et nettverk, enten av familie som følger opp eller andre tjenester. Det er jo selvfølgelig enklere for oss hvis pasienter er fulgt opp, fra bydel, fra DPS osv.” Miljøterapeut i C: “Andelen av bostedsløse og innvandrere er i noen områder tre ganger så stor som hos oss, så vi slipper mye jobb med sånne sosiale problemstillinger. Vi har vel større andel av pasienter som faktisk har en del sosiale ressurser og nettverk, har utdanning, bolig osv. Det merker vi. De rike har for så vidt spesielle problemer, mye penger kan settes på spill og i omløp, i sykdomsperioden.”

Enhetsleder i A uttrykker spontant begeistring for "Seikkula-metoden" i schizofreni-behandling: "Jeg har veldig sansen for hans måte å tenke på, fordi det er noe med den åpenhetsmåten. Og det med å flytte ressursene ut fra en lukket akuttavdeling eller lukket enhet. Veldig sunt. Da jeg jobbet i X kommune, jobbet jeg mye med schizofrene menn i alderen ca. 30 til 35. Da så jeg jo viktigheten av det å spille på nettverk... Vi driver jo ikke noe langtids institusjonsbehandling av schizofrene på akuttposten, vi kan ta dem inn når vi opplever at de er i en krise og trenger en to-tre døgn hos oss, og så er de veldig fort tilbake til nettverket igjen, eller de går til psykoseposten vår. Det er ingen motsetning mellom å bygge opp nettverk og medisinere, selv om det er klart at det kan det være en del faglig uenighet om hva slags medisinering og hvor mye."

3.3 Pasientenes boligsituasjon og -tilbud fra psykisk helsevern

I flere rapporter om utskrivning fra akuttavdelinger blir det hevdet at én grunn til at pasienter kan bli i avdelingen lengre enn det som den psykiatriske tilstanden tilsier, er utilfredsstillende boligsituasjon.

Det virker ikke som boligproblem er så stort i A-distriktet. Overlegen sier at når pasienter utskrives, går $\frac{3}{4}$ tilbake og sover i den samme senga som før innleggelsen. Assistentlege i A sier: "Vi ønsker jo at pasienten får tildelt behandler og får avtalt første time på DPS før vi skriver ut. Dette gjelder pasienter som har et sted å bo. De som ikke har det, må eventuelt være noen uker, kanskje måneder på psykiatrisk sykehus fordi det ikke ville være forsvarlig å skrive dem ut uten bosted, til tross for at den psykiatriske tilstanden er godt ivaretatt. Men det er ikke så stort problem her, fordi vi er i forkant før problemet oppstår, vi kartlegger veldig raskt."

Enhetsleder i B: " Dette med å ikke ha noe sted å bo kan komme opp. Det kan fort bli sånn at vi skal være sosialkontor, boligkontor og alt. Men vi prøver å skille, vi kan riktignok være snille og la enkeltpasienter ligge noen dager i påvente, men nesten aldri her fordi de ikke har noe sted å bo. Da er vi i tilfelle *veldig* pågående på kommunene." Og miljøterapeut i B sier: "Henvising til primærlege eller DPS løser ikke et boligtilbud. Det er et kommunalt ansvar. Hvis en spesialisthelsetjeneste med akuttansvar skulle stå ansvarlig for folks boligforhold så måtte det vært organisert på helt annen måte, man måtte hatt eget boligkontor omtrent. Vi har nok skrevet ut pasienter til hotellrom og campingvogner, eller hvis de har hatt et tilbud om overnatting et annet sted, vel og merke hvis det er forsvarlig. Vi har holdt tilbake en pasient som kun hadde tilbud til Bymisjonens herberge eller en campingvogn, hvis det for *den* pasientens vedkommende var for tynt og uforsvarlig i forhold til vurdering av farlighet. Men det kan være feilvurderinger av hvordan pasienten fremstår i avdelingen som er veldig, veldig forståelig. Hva fanger man opp av fare?"

Problemer ved utskrivning kan også være at det er for dårlig tilbud av omsorgsboliger eller hjemmesykepleie. Enhetsleder i C er opptatt av at om en pasient får leilighet i sitt nærmiljø betyr ikke nødvendigvis det mer sosialt nettverk: " Jeg tror det er utrolig viktig at noen alltid vil trenge et tilpasset botilbud. Og det er ikke sånn at naboen nødvendigvis inviterer inn på kaffe. Det fungerer ikke sånn at man blir mindre ensom hvis man får en egen leilighet i det opprinnelige nærmiljøet. Tilpasset botilbud, gode dagtilbud, aktiviteter man kan gjøre sammen med andre og med nok hjelpfunksjoner, er viktig... En del av de sykeste og dårligst fungerende pasientene hadde trengt tettere oppfølging ute i form av omsorgsboliger. Delvis erstatter jo disse langtidsavdelingene. Og vi har jo sett med HVPU-reformen fra tidligere tider at du kan ikke bare bygge ned noe som av mange grunner skal bort. Man må samtidig eller helst før bygge opp noe annet. Det at pasientene ikke får god nok oppfølging der de bor, vil medføre hyppigere akuttinnleggelse, det gir konsekvenser i hele systemet, ikke minst for pasientene. Mange av de kroniske, dårlige pasientene kunne hatt det bedre hvis de fikk bo et sted der de hadde noe tilsyn."

Overlegen i C sier: "Klart det har skjedd en dramatisk nedbygging, men der er ikke hovedproblemet. Vi har fått mer ressurser, men det man mangler i voksenalder psykiatrien er mer permanente botilbud med differensiert omsorgsnivå; dag- eller døgnbemanning a la "PU-

omsorgen". Det differensierte, permanente botilbud hadde vært veldig viktig å få. Det er et kjempeproblem hvis man bare har ettervernssenger, ikke noe mer. Mange er for dårlige til å bo på ettervernshjem eller helt alene. Man mangler mye på bydelsnivå av oppfølging, av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere. Det er en viss vegring mot å gå inn i det fagfeltet."

Og miljøterapeuten i C har mange refleksjoner om kvaliteten av det faglige nettverket som en pasient skrives ut til: "Innimellom får vi henvendelser fra pårørende om at de synes det er veldig vanskelig å få pasienten hjem så tidlig. De synes ikke de har fått nok oppfølging ute, at time på poliklinikken en gang i uka er alt for lite, og hvis pasienten skal være hjemme bør de i hvert fall ha hjemmesykepleie. Kanskje det aller mest utfordrende er å jobbe mot hjemmesykepleien i bydel, for de har i hvert fall mye å gjøre. Å få tak i rette vedkommende – flyten i kommunikasjon er veldig vanskelig å få til ofte. Det er leddet i behandlingen jeg føler er mest usikkert. Det er helt tilfeldig om jeg får tak i dem eller ei. Det kan handle om at jeg jobber fra mandag til fredag, og jeg vet at pasienten skrives ut på mandag. Jeg prøver å få tak i hjemmesykepleien hver dag, ber dem ringe meg opp igjen, og på fredag har jeg fortsatt ikke fått snakket med dem og gitt beskjed... Det er mye gjennomtrekk, stadig nye personer som blir hjemmesykepleier for den enkelte, du får et navn og vedkommende har sluttet eller er syk eller vet ikke hvem som har vært der den siste perioden... Det er stor forskjell på kompetansen i bydelene, fordi i noen bydeler har de da en gruppe med folk som synes det er morsomt å jobbe med psykiatri og som tar mye av den psykiatriske sykepleierbiten. I andre bydeler har du en psykiatrisk sykepleier som skal dekke hele bydelen som da må bruke andre i hjemmesykepleien med liten kompetanse, og hvor hun føler hun blir stående alene."

3.4 Brukerperspektiv, brukermedvirkning

Det virker som om det er ganske forskjellig blant fagpersonene hvordan selve begrepet *bruker* tolkes, og i hvilken grad man er interessert i brukerperspektiv. Det er også store forskjeller på hvor mye fagpersonene prøver å spørre, intervjuer eller gi spørreskjemaer til pasientene om hvordan de opplever behandlingen under eller etter opphold i akuttavdelingen.

Klinikkleder i A synes at de har en ganske aktiv holdning overfor brukerorganisasjoner og brukerperspektiv, men kan bli enda bedre: "Vi har hatt brukerundersøkelser de siste tre-fire årene på pasienter som har vært innlagt (ikke i akuttavdelingen) og i poliklinikk, og det har vært litt varierende. Siste året brukte vi skjema som pasientene fikk den dagen de dro. Nå er det jo departementet eller kunnskapssenteret sammen med Sintef som har utarbeidet noen PASOP-undersøkelser. Det har vært kjørt i poliklinikken nå, og det vil bli for sengeposter neste år, har jeg forstått. Men jeg er litt spørrende til spørreskjemaene, fordi det er få som svarer, og det er lite konkrete opplysninger som kommer. En informant plasseres et sted i forhold til et gjennomsnitt, og det er lite variasjon i svarene. Jeg tror det har noe med spørreskjema i sin natur – det er jo forskeren som har funnet på de standardiserte spørsmålene. Hver enhet kunne hatt noen andre strategier også, for eksempel fokusgruppeintervju med pasienter som var utskrevet. Jeg har prøvd det, det var svært interessant. Jeg fant informanter som hadde lyst til å si mye og også hadde mye å si. Det kunne i hvert fall vært en supplerende form, å invitere noen som har vært innlagt og få tilbakemeldinger, ha forbedringsperspektivet hele tiden."

Assistentlege i A har noe av det samme synet: "Det har vært et prosjekt nå på det med å evaluere behandlingen. Men vi er nok mindre fokusert på det på akuttposten enn hva jeg har opplevd på de andre langtids- og intermedieærpostene, og det har jo igjen å gjøre med korttidsperspektivet. Vi slet med at det var ekstremt lav svarprosent på undersøkelsen som var. De aller fleste ville ikke fylle ut. Det måtte jo være interessant å spørre pasientene et halvt år etter at de var innlagt, når det akutte hadde roet seg litt. Mange er jo paranoide når de kommer inn, skeptiske til alt. Men også psykotiske personer får jo med seg det som skjer eller husker mye i ettertid; hva som til tross for tvangsbruk var det de syntes var riktig og hva som var feil. Det er nyttige tilbakemeldinger."

Assistentlege i A har tanker om at det er vanskeligere å ha en demokratisk, brukerorientert rolle i akuttfunksjonen: "Jeg synes at her, i forhold til på intermedieæravdelingen, har jeg lagt meg til en mer diktatorisk stil som doktor. Sånn 'Nå i dag gjør vi det sånn, i morgen gjør vi det sånn, osv. Dette er doktorens bestemmelse, punktum finale'. For jeg synes veldig mange av de som kommer her er i "fritt fall", og at det liksom bare er 'hjelp meg, lag et opplegg for meg'. Jeg gjør det jo fordi jeg tror det er riktig for pasientene akkurat der og da, men det er en doktorstil jeg er litt ukomfortabel med. Også miljøpersonalet eller psykologen kan være slik, men det er ofte en doktors rolle. Men *noen* ganger er 'legen har bestemt..', bra."

Overlege i C er opptatt av å *orientere* pasientene, som en tolkning av brukerperspektiv: "Brukerorientering er veldig viktig. Vi prøver i størst mulig grad å få pasienten som alliansepartner i all behandling, fra første stund. De skal tas imot med respekt, man skal høre etter hva de ønsker seg, hva som er mest plagsomt, hva det er de ønsker hjelp til. Og vi skal ha med pårørende, og legger veldig vekt på arbeidet med å få dem inn til samtale. Helst for alle pasienter vi har innlagt en eller flere ganger i løpet av tiden de er hos oss, så sant de har pårørende... Alle pasienter får utfyllende informasjon om medikamentvalg og bivirkninger, og om at vi også har andre medikamenter å tilby. For eksempel i dag, med den nyinnlagte psykotiske pasienten jeg snakker med, så forklarer jeg betydningen av medisiner, at vi hele tiden vil følge med i forhold til bivirkninger og pasienten oppfordres til å si fra til oss. At vi vil legge opp til så skånsom behandling som mulig og være lydhøre. Alle pasienter informeres om diagnose, særlig der hvor vi stiller for eksempel en schizofreni- eller bipolar diagnose for første gang, hvor pasienten da informeres og pårørende også, og de får utdelt opplysningsmaterieil. Alltid, og heller da raskt enn at de ikke skal få vite det. Det er jo en helt klar del av den informasjonsplikten vi har, i henhold til pasientrettighetsloven. Brukerundersøkelser etterpå, for eksempel å sende spørreskjemaer til de som har vært innlagt, hadde vi oppe for noen år siden, men det har vi dessverre ikke iverksatt. Vi har hatt andre forskningsprosjekter som vi da har prioritert høyere."

Assistentlegene i C har ingen umiddelbare assosiasjoner til begrepet "brukerorientering". Det virker som det er ganske ukjent for dem. Til begrepet "brukermedvirkning" sier en av dem: "Det flettes jo inn i forhold til medisiner, hvis det er sånne type ting. Pasienten ønsker seg en bestemt medisin, vi tenker at det er kanskje ikke den beste, men ok da får han den... Det har jo litt med pasientens evne til å bidra, de fleste er jo veldig dårlige. Men også en manisk psykotisk pasient får jo komme med innspill; for eksempel vil noen ha musikk mens andre vil ha det helt stille. De får jo alle lov til å komme med ønsker på sånne ting, og vi prøver det ut, men det er vi som vurderer effekten av det. I utskrivingsfasen prøver vi selvfølgelig å oppsummere litt hva som har skjedd, hvordan de har opplevd det, men det er ikke strukturerte skjema eller intervju... Etterundersøkelser er det ikke, det har ikke vært noen problemstilling... jeg tenker jo at et sånt prosjekt vil si ganske lite, det er så individuelt, det er så enormt stor forskjell. Noen pasienter takker for at de er blitt beltelagt, andre vil aldri akseptere at det var noen hensikt å få være på sykehus i det hele tatt. Det er vanskelig å si noe om det på gruppenivå."

Seksjonsleder i B: "Pasienten skal jo ha en viss pasienttilfredshet, det skal vel også kunne måles på en eller annen måte. Det hender vi har spotvise brukerundersøkelser, da går det på spørreundersøkelser i et visst tidsrom... Jeg tror nok at mange synes det legges for stor vekt på det. La oss si det slik at det er ikke bare det som skal være styrende, det kan være et av styringskriteriene vi skal ha, men skal ikke være overordnet.. Adekvate brukerundersøkelser tror jeg de som er gode på det får lage... Jeg har ikke noen særlig erfaring med misfornøyde pasienter, så. Jeg tror vi er bedre enn mange andre." Enhetslederne i B: "Vi har hatt en pasienttilfreds-undersøkelse. Men vi er ikke veldig flinke til å følge opp. Det går så fort, den ble gjort idet pasientene ble skrevet ut... jeg husker bare det var levert til en del pasienter i en 14 dagers periode. Det var ikke noe initiativ fra oss. Det kommer til å bli etablert mer, det står i lovverket da, at sykehuset skal drive informasjon." Og assistentlegen og psykologen i B sier: "Brukerorientering, det hadde vært kjempebra hvis vi kunne fått noe system på det. Det har vært på trappene av og til at vi skulle ha en undersøkelse på hvordan oppholdet har vært, hva er de fornøyd med og hva er de ikke fornøyd med. Vi kunne lære mer av servicenæring og hotellvirksomhet!"

3.5 Oppsummering

Flere av fagpersonene uttrykte sitt ansvar for å ha en forsvarlig utskrivningssituasjon, at de "tenker utskrivning fra dag 1". Denne bevisstheten om å se seg selv som *ledd i en behandlingsskjede* bidrar til å gi avdelingen et dynamisk preg, men samtidig kan man få følelsen av at avdelingen kan få et litt heseblesende preg, at man ikke "hviler i nuet". Men ansvaret for ikke å slippe pasienten ut i et behandlingmessig tomrom, er sterk. At man tenker utskrivning fra første dag, bidrar til at man er nøye med å *avgrense* seg til "de symptomene avdelingen har ansvar for". Fagpersoner på en av avdelingene nevner det høye ressurs- og kvalitetsnivå på det distriktpspsykiatriske senteret med beredskapsteam og vaktjeneste som en viktig grunn til at overføringene går så bra. En annen grunn er at *hele sykehuset* med subakuttavdeling og andre, føler ansvar dersom man på grunn av plassmangel må skrive ut en pasient til annen avdeling eller dagpasientstatus med oppfølging, og en tredje grunn god legevaktjeneste der man også på kveldstid kan få vurdert en pasient av psykiatrisk spesialist. Man er opptatt av en fleksibel logistikk, der behandlingssystemet fungerer som et elastisk kjede eller "trekkspill" i forhold til akuttansvaret.

Det er viss uenighet mellom avdelingene om overbelegg og for hurtig utskrivning skyldes interne faktorer som dårlig ledelse og organisering, *eller* om det heller eller mer skyldes eksterne faktorer som befolkningens grad av sykelighet i inntaksområdet, for dårlig bemanning eller for få sengeplasser. Avdelingen som er i et landdistrikt er opptatt av at der problemet ligger ved utskrivning; "flaskehalsen", er at tilbudet i mottakskommunene kan være for magert. Det må foreligge forpliktende avtale med de relevante partene som representerer neste ledd i behandlingsskjeden. Pasienten må ha avtalt time med behandler og andre sider i hjemmemiljøet må være planlagt, som gode dagtilbud, aktiviteter pasienten kan gjøre sammen med andre og nok hjelpetilbud ellers. Både sosialt og faglig nettverk samt bosituasjon må altså være sjekket.

Fagpersonene er enige om at det er lettere å skrive ut en pasient med et familienettverk som både har økonomiske, boligmessige og kulturelle ressurser. Det innrømmes også at familier og venner har fått større ansvar i takt med nedskjæring av liggetid, og at familiemedlemmer "gjerne opplever at utskrivning skjer for tidlig". Videre kan en grunn til at noen pasienter blir i avdelingen "selv om de er ferdigbehandlet", være at boligen han/hun skrives ut til er for dårlig eller ikke-eksisterende. Ikke alltid finnes et *tilpasset* botilbud, som for eksempel omsorgsbolig med hjelpefunksjoner hvis det er nødvendig. Flere mente at byggingen av slike tilbud ikke har holdt tritt med den dramatiske nedbyggingen av sengeplasser i psykisk helsevern, både på bydels- og kommunenivå.

Brukerperspektiv er blitt et honnørord i psykisk helsevern. Begrepet brukes ganske forskjellig blant informantene, og det er også forskjellig hvor interesserte de er i det, og hvor mye de prøver å få tak i pasienters synspunkter på hvordan de blir eller har blitt behandlet. Noen synes det er svært viktig og har hatt systematiske etterundersøkelser i form av spørreskjemaer. I en avdeling tolker de begrepet slik at man skal være nøye med å *orientere* pasientene om hvilken behandling som for eksempel medisinerer, personalet anser som best. Men de har ikke prioritert etterundersøkelser. I en annen avdeling hadde de hatt noen spørreundersøkelser i et visst tidsrom, men ikke fulgt opp. Noen fagpersoner har ingen umiddelbare assosiasjoner til begrepet brukerorientering, og synes ikke å ha kunnskap om den debatten som går om dette for tiden.

4. Historiske endringer og anbefalinger om gode akuttpsykiatriske behandlingsforløp

4.1 Resultatenes representativitet og informasjonsverdi

Våre funn er fremskaffet fra 15 intervjuer på 1-1½ time fra tre avdelinger, og råutskriftene er nesten på 300 sider. Det kan diskuteres om utvalget av akuttavdelinger og intervjupersoner er bredt og omfattende nok. Det at vi valgte avdelinger fra tre ulike områder av landet, med ulike demografiske forhold, at alle sentrale yrkesgrupper ble intervjuet og også fikk temmelig god tid, gjør at vi kan vurdere at materialet er representativt i den forstand at det *representerer* godt ulike måter å arbeide på. Materialet har også etter vår mening stor *informasjonsverdi* ut over det den enkelte informants syn ved at det er ganske fyldig i forhold til prosjektets problemstilling. Dersom man hadde stilt de samme spørsmål til personale på tre tilnærmet ekvivalente akuttavdelinger, ville man sannsynligvis fått i hvert fall en del like svar. Materialets fyldighet viser seg også i at det har mange nyanser og forskjeller mellom synspunktene til informantene, det har stort *spenn* i seg. Det kan altså brukes til en viss generalisering av hva fagpersoner som arbeider i akuttpsykiatriske avdelinger i Norge i dag mener er gode behandlingsforløp. Vi kan trekke lærdom fra alle intervjuene, det er mulig å kombinere det viktigste fra alle. En fordel med en slik kvalitativ undersøkelse, er også at rapporten gir mange eksempler og beskriver i en fortellende form og et allment språk fagpersonenes erfaringer. Hvis omfanget av undersøkelsen hadde vært større, og/eller resultatene hadde blitt satt mer i relasjon til kvantitative eller andre undersøkelser av akuttavdelinger, ville selvfølgelig problemstillingen vår blitt enda grundigere besvart.

4.2 Anbefalinger om gode sammenhenger i den akuttpsykiatriske behandlingsskjeden

Vi henviser til oppsummeringsavsnittene i de tre foregående kapitler med sammenfatning av hva informantene mener er forutsetninger for et godt akuttopphold, og det som kommer før og etter oppholdet, det som vi har kalt de tre fasene i forløpet. Nettopp fordi behandling i psykisk helsevern skal fungere som en velsmurt *kjede*, kan et dårlig ledd, for eksempel dårlig arbeid før innleggelse eller dårlig arbeid etter utskrivning, ødelegge hele meningen med oppholdet, selv om det i seg selv hadde gode kvaliteter for pasienten. Her skal vi legge vekt på hva vi forskere mener må være gode *sammenhenger*, *overganger*, mellom de tre fasene. Et godt bilde på overganger i behandlingsskjeder, er mennesker som holder hverandre i hendene. For eksempel må ikke henvisers og akuttmottakers hender slippe hverandre i overgangen mellom første og annen fase.

Fokus på overgangen mellom første og andre fase

De fagfolk som skal forberede en innleggelse og lage en god henvisning har som oftest sin arbeidsplass i akuttavdelingens inntaksområde, som er en eller flere bydeler, byer eller kommuner. Henviser kan være pasientens fastlege, DPS-en, legevakt, en privatpraktiserende psykoterapeut som er psykiater eller en psykolog. Det er, som nevnt, svært viktig at den som legger inn, kjenner pasienten eller i hvert fall har tid og ro til å bli tilstrekkelig kjent med han/hun vedrørende psykisk tilstand, sykdomshistorie, psykiatrifaglig og sosialt nettverk, boforhold og økonomi, osv. Bare da kan henviser begrunne godt hvorfor han/hun mener pasienten bør ha et opphold i akuttavdeling. *Akutt innleggelse betyr ikke kjapt forarbeid!* Videre bør henviseren være oppdatert på relevante sider ved psykisk helsevern selv om ikke vedkommende har spesialitet i fagområdet, og også alltid vurdere om det finnes alternativer, både til innleggelse og eventuell tvangsparagraf. Henviser bør undersøke om pasienten har individuell plan og sørge for at denne får den med seg til innleggelsen.

Et nært faglig forhold mellom henvisende instans og akuttavdeling er altså viktig, for eksempel ved at henviser og behandlingsnettverket kjenner hverandre slik som i avdeling A's demografisk stabile inntaksområde (se punkt 1.1 og 1.4). Men A er i et område med ganske stabil befolkning med tette nettverk. Her kan kanskje avdeling A gi noen ideer. Det er sannsynligvis vanskeligere å ha slike relasjoner mellom henviser og pasient i et inntaksområde som C's som er i en stor by, der befolkningsgrunnlaget er mer bevegelig, og både fagpersoner og pasienter flytter oftere. Her er et godt grep at avdelingen og det avlastende behandlingsnettverket som DPS og beredskapsteam, arbeider systematisk med å opparbeide faglig kontakt med fastlegene og andre polikliniske fagfolk som har god kontakt med pasienten.

Et verktøy som kan styrke kvaliteten ved innleggelse er *individuell plan*, nettopp fordi den skal fungere som et felles språk som sikrer et felles ansvar mellom hjelpere ved overganger i behandlingsprosessen av en pasient. Men utbredelsen og utviklingen av dette verktøyet synes å ha kommet svært kort i forhold til hva mange tror innen psykisk helsevern. Hvis henviser er fastlegen, bør han/hun bidra til, der det er formålstjenlig, at det lages individuell plan med meningsfylt informasjon både for pasienten og behandlingsnettverket, uten at taushetsplikten svekkes.

Hva med den andre siden i behandlingsskjeden i første fase; akuttavdelingens mottakende "hånd"? Avdelingens kunnskaper om den befolkningen den skal betjene bør oppgraderes jevnlig. Videre må avdelingen må ha god tilgjengelighet: "Hvis ikke personalet skal opplever det som et overgrep at man må ta imot pasienter og få klump i magen hver gang, må det være ledig plass". Dette krever god driftsstyring. Men vi tror at noen akuttavdelinger ikke bare trenger at driftsstyringen forbedres, men også, og kanskje først og fremst, at ressurser som bemanning og antall sengeplasser økes.

Bemanningen i avdelingen bør være så god at mottaket av en pasient er *forberedt* – selv om det er akuttinnleggelse! Pasienten må føle seg velkommen, de som tar imot bør helst være de som blir pasientens faste behandlere. Eller, hvis pasienten har vært innlagt før, bør vedkommende få de behandlere han/hun hadde da, hvis pasienten ønsker det. De som tar imot må ha forståelse for at akuttinnleggelse i psykisk helsevern er en generelt vanskelig situasjon, kanskje særlig ved tvangsinnleggelse, og ha sensitivitet overfor hva akkurat *denne* pasienten trenger. Personalet bør prøve å leve seg inn i hvordan det er å være pasient i denne situasjonen, for eksempel ved å trene gjennom rollespill, se på avdelingens visuelle og organisatoriske inntrykk med "friske øyne", og analysere sine innleggelses-rutiner.

Fokus på overgangen mellom andre og tredje fase

Når det gjelder den *andre* overgangen på slutten av oppholdet ved utskrivning, overgangen mellom akuttavdeling og mottakernetverk *etter* innleggelse, gjelder det samme prinsippet om at de to leddene i kjeden skal "holde fast" i hverandre, og begge parter har ansvar. Igjen er det viktig at pasienten får med seg skriftlig informasjon som er nyttig for han/henne og for de fagpersoner som skal ha den videre kontakten. Akuttavdelingspersonalet skal kjenne

til alle instanser som kan ta imot, som subakuttavdeling, langtidsavdeling, DPS, fagfolk som arbeider med psykisk helsearbeid i kommunen, bolig- og arbeidsetater, og ikke minst pårørende og barn av pasienten. For de sistnevnte er det viktig at avdelingen vurderer deres ressurser og behov slik at de føler at også de får omsorg fra psykisk helsevern og ikke blir overbelastet.

Og "den andre hånden" i kjeden må være klar til mottak ved utskrivingen. Avdeling C forteller om hvor bra det er at hele det psykiatriske sykehuset, for eksempel subakutt- og langtidsavdeling føler ansvar for å ta en pasient om nødvendig, og videre at DPS-en er faglig meget sterk og har spesialenheter som avlastnings- og beredskapsteam (punkt 3.1). Det nære og velpleide forholdet avdelingen har hatt til DPS-en har vært bygd opp gjennom mange år. Fra avdeling B blir det nevnt at det er en stor fordel at området de har ansvar for, har flere godt etablerte DPS-er.

Personalet i de tre akuttavdelingene vi intervjuet, nevner forskjellige grunner til at overgangen til utskriving, videre behandling eller ettervern kan bli mangelfull. Det kan være at pasienten har dårlig bosituasjon eller økonomi, at vedkommende ikke har fått etablert kontakt med de instanser som faglig sett hadde vært det beste, for eksempel behandler på DPS, privatpraktiserende terapeut, trygdekontor, osv. Eksempler er "skrives ut til mor", "fått en time i hånden på DPS", "overnatting på hospits" eller andre midlertidige steder. Noen av de tilfellene som har vært beskrevet i media, som "trikkedrapet" i Oslo der en psykisk syk pasient like etter utskriving dreper og skader medpassasjerer, har vært nevnt som eksempler på at en behandlingsskjede brister. Samtidig er det jo et viktig og uavklart spørsmål hvor langt akuttavdelingens ansvar går – når for eksempel politiet må komme inn i bildet der en pasient viser seg å være farlig for seg selv eller andre.

4.3 Videre anbefalinger

Fokus på forholdet mellom "ytre" og "indre" forhold

"Ytre" forhold kaller vi befolkningens karakteristika i inntaksområdet, som inntekt, utdanning, etnisitet, personlig nettverk, videre avdelingens romlige utforming og ressurser som antall rom, andel av enerom, bemanningsfaktor, økonomi osv., og endelig behandlingsnettverk før og etter innleggelsen. Når man vet mye om disse faktorer, blir det tydeligere om de påvirker behandlingssideologien eller -profilen i avdelingen; det vi kaller de "indre forhold". Vårt inntrykk er at fagpersonene til dels har ulike behandlingssideologier, men at det er uklart i hvilken grad disse har sammenheng med "ytre" faktorer eller er *valgt* mer ut fra en generell overbevisning. For eksempel; kan den relativt korte oppholdstid som ligger under landsgjennomsnittet i avdeling X ha sammenheng med godt utbygd behandlingsnettverk i ettervernet, *eller* med avdelingens ideologi om at det ikke er "sunt" med lengre opphold? Eller kanskje begge deler? Kan opphold som er *over* landsgjennomsnittet i avdeling Y ha sammenheng med at andelen av pasienter som har dårlige boforhold er høy, slik at avdelingen må fungere litt som "hospits"? Eller har det mer sammenheng med en ideologi om at det er godt for pasientene å "ta den tid de trenger"? En slik bevisstgjøring kan øke den faglige kvaliteten.

Fokus på driftsstyring men samtidig sikring av nødvendige ressurser

På alle de tre avdelingene mente man at man kunne oppnå mye ved å ha en god driftsstyring; planlegge til minste detalj hvordan forholdet mellom behov og ressurser skulle bli mest mulig harmonisert, slik overlege i avdeling C beskriver (punkt 1.2). Men samtidig bør personalet i en avdeling kunne påpeke behovet for økte ressurser overfor bevilgende myndigheter, der man ser at for eksempel bemanningen er uforsvarlig lav sammenlignet med andre avdelinger i landet, eller at kvaliteten av behandlingen blir forringet grunnet innsparinger. Personalet bør føle seg frie til å uttrykke faglige synspunkter som skal tjene pasientenes beste. Dette vil også øke trivselen og motvirke høyt sykefravær.

Fokus på arbeidet med individuelle planer

Inntrykket fra våre informanter og andre rapporter viser at de færreste pasienter og pårørende vet hva individuell plan er, enn si har det (se for eksempel NIBR-rapport 2005:6) Det er bestemt at alle brukere i psykisk helsevern som det er relevant for, skal ha individuell plan. Individuell plan kan i god forstand tolkes slik at helsevernet i et inntaksområde er interessert i og undersøker hva den enkelte konkrete pasient trenger. Filosofien er at hjelperne skal anerkjenne at folk er forskjellige, og at man må anstrenge seg for å forstå særegenhetene i den enkeltes hjelpebehov. Med desentraliseringen av psykisk helsevern med behandlingsskjede-modellen er det ikke alltid enkelt å formidle en pasients individuelle plan mellom for eksempel fastlegen, akuttavdelingen, DPS-en osv. Taushetsplikten skal også ivaretas. Men disse problemene må overvinnes hvis pasienten skal føle seg ivaretatt. Å få styrket koordinator-rollen i behandlingsnettverket blir i flere rapporter nevnt som sentralt.

Fokus på tvangsbruk i akuttpsykiatrien

Akuttavdelingene i Norge har svært ulikt nivå av tvang, både med hensyn på innleggelsesparagraf, medisiner, skjerming eller andre tvangsmidler. Personalet på en avdeling som har lavt nivå av tvangsinnleggelse og -medisinering, mener å ha noen ideer om hvordan det er mulig å høyne terskelen for å iverksette tvang (se punkt 1.4). De nevner blant annet at en del tvang kan unngås hvis henviser/behandler kan ta seg mer tid til overtalelse og forhandling med pasienten, slik at han/hun kan innlegges relativt tidlig i en kriseutvikling. Og pasienten kan derved komme fortere ut igjen, noe som skaper bedre og kvalitetsmessig god "pasientflyt". Dette personalet mener også at man med denne behandlingsprofilen sikrer pasientenes rettsikkerhet bedre. En annen avdeling begrunner nødvendigheten av tvangsbruk med at man må komme fort i arbeidsposisjon, komme i gang med stabilisering, medisiner og terapeutiske virkemidler, og at å oppleve seg selv umedisinert, er smertefullt for pasienten. Videre argumenterer man i denne avdelingen for at det faglige nivået for beslutning om tvangsbruk må høynes; at for eksempel pasienter med suicidalitetsproblematikk kanskje oftere kan innlegges frivillig, mens pasienter med bipolar eller schizofreniform lidelse med all den ambivalens for behandling som lidelsen medfører, kanskje oftere bør kunne tvangsbehandles. En begrunnelse her er også at riktig tvangsbruk fremmer avdelingens effektivitet.

Fokus på pasienters barn og pårørende

Oppmerksomheten på hvordan innlagte pasienters barn har det, har økt i akuttavdelingens behandlingsskilt i de senere år, noe flere av informantene som har vært lenge i akuttpsykiatrisk arbeid bekrefter, og synes er gunstig. Arbeidet med dette bør fortsette. For eksempel bør avdelingene ha rutiner med å ha kontakt med psykisk helsevern for barn og unge og barnevern, slik at barna er sikret god omsorg i pasientens innleggelsestid og etter utskrivning. Likeledes må utviklingen av akuttavdelingens arbeid med pårørende fortsette. Rapporter om pårørendes syn på akuttpsykiatrien viser at disse savner større forståelse for sine opplevelser av store påkjenninger ved å ha et familiemedlem som har en psykisk lidelse. Pårørende må lyttes til, for eksempel når de forteller om psykologisk og praktisk belastning ved at familiemedlemmet tilsynelatende skrives ut for fort og med mangelfullt ettervern. Det bør utvikles rutiner for om dette, for eksempel jevnlig kontakt med DPS, familiekontor eller trygdekontor (for eventuell omsorgslønn, sykemelding og lignende), slik at det blir lettere for pårørende å få samtaletimer, få veiledning i hvordan hjelpe pasienten og samtidig ta vare på seg selv, eller andre avlastningsmuligheter. Samtidig må personale være bevisst på den innlagtes rettigheter, om behandlerens taushetsplikt overfor pårørende, eller om frihet til å velge samvær med familiemedlemmer eller ikke.

Fokus på tidsbruk i akuttavdelingen

Noen av fagpersonene, særlig miljøpersonale, klager over mindre tid til pasientene enn for noen år siden, på grunn av kort liggetid, møtevirksomhet, økt arbeid med dokumentasjon i journaler, utfylling av skjemaer, osv, mens andre ikke opplever det. Personale i avdeling A og B (punkt 2.8 og 2.9) drøfter bruk av tid til møter, effektivisering av informasjon, hvor mange som bør delta i møter, den innvirkning det har på taushetsplikt osv. Avdelingene A og C peker på positive sider ved økt papirarbeid som økt rettssikkerhet for pasientene. Samtidig mener flere der at ny digital teknologi har effektivisert skrivearbeidet.

Fokus på varierte metoder i personalets fagutvikling

En ting som forbauset oss, var at når det gjaldt opplæringsmetoder, var det lite bruk av *emosjonell læring*, som skal fremme innlevelse i dem man skal hjelpe. Ingen av informantene var for eksempel vant med rollespill-metoder, enn si brukte det som et verktøy i det daglige arbeidet. Å rollespille pasient eller pårørende er lærerikt, fordi man kan komme nærmere forståelsen av hvordan "den som har skoen på" har det. Slike metoder kan konkretisere de mange forskjellige roller og situasjoner i avdelingen på en annen måte enn å "snakke om" dem. Det siste er også viktig, og som nevnt i pkt. 2.6. synes avdelingene mye mer gjennomsyret av kognitiv terapeutisk orientering enn for 15-20 år siden. Det har mange muligheter, men vårt poeng er at læring skjer på mange nivåer. Også bruk av video i trening er nyttig, fordi fagpersonene får *se og høre* sitt uttryksregister med all den ikke-verbale kommunikasjonen. Emosjonell læring kan kanskje noen føle motstand mot når det er nytt for dem, fordi det oppleves mer personlig enn kognitiv læring som foredrag, drøfting av pasienter, "kateterundervisning". Men erfaringer er at dette går over når det blir en mer naturlig del av fagkulturen.

Fokus på brukerperspektiv; brukerorientering, brukermedvirkning og brukerundersøkelser

I Opptrappingsplanen pekes det på at brukerperspektivet bør styrkes i alle ledd av psykisk helsevern. Det er mange sider ved brukerperspektiv. Bruker*orientering* definerer vi som at hjelperen er opptatt av hva pasienten mener om sin behandling og ser det som viktig å *orientere* pasienten om hvordan man planlegger den. Bruker*medvirkning* er mer radikalt i den forstand at hjelperen drøfter behandlingen underveis med pasienten og er åpen for å forandre planer etter hva pasienten ønsker. Bruker*undersøkelser* kan foregå både under og etter behandlingen, der hjelperne på ulike måter prøver å få kunnskap om hva de som skal hjelpes føler og mener. Informantene i vår undersøkelse var ganske ulike i sitt syn på og oppmerksomhet på brukerperspektiv. Noen visste mye om det, andre ingenting. I én avdeling var noen mer opptatt av *orientering* enn *undersøkelse*. I en annen mente noen at man burde arbeide for at brukerundersøkelser skulle bli like vanlig som epikriser. At brukerperspektivet er kommet så sterkt inn i psykisk helsevern, er etter vår mening nivåhevende, fordi det betoner *alliansen*, relasjonen, i behandlingen, noe som flere forskningsrapporter har betont viktigheten av i den senere tid.

Fokus på rettferdig fordeling av ressurser til fagutvikling for faggruppene

Som beskrevet (punkt 2.10) synes leger og yngre fagpersoner i vår undersøkelse å prioriteres noe med hensyn på videreutdanning, faglig oppgradering og stimulering, framfor kanskje særlig miljøarbeidere som når de har fått sin spesialitet som psykiatrisk sykepleier eller lignende, føler at de ikke får så mye faglig "påfyll". Det oppleves særlig sterkt når man har vært lenge i akuttpsykiatrisk arbeid. Dette er kanskje ikke riktig bruk av økonomiske ressurser, fordi for det første: Dersom man skal utvikle gode team som "løfter i flokk", bør medarbeiderne utvikles i samme tempo så ikke avstanden øker. For det andre vil sannsynligvis stemningen i miljøet bli bedre hvis det er en ideologi om rettferdig deling av goder og ansvar. Og for det tredje: Det tar tid å utvikle en god "akuttarbeider", og dersom

vedkommende føler seg verdsatt gjennom hele yrkeslivet på arbeidsplassen, vil han/hun også bli der og bidra til kontinuitet, ivaretagelse av fagkultur og å kunne ha et kritisk sammenlignende blikk på forskjeller mellom "før" og "nå". Det var visse trekk ved noen de "gamle sliteres" fortellinger som pekte mot at de ikke føler at deres spesielle kunnskaper *fordi* de har opplevd mange forandringer, blir verdsatt. Derved kan deres arbeidsplass bli mer utsatt for en type dårlig fagarbeid, som består i ureflektert "hopping" på stadig nye tidsånds-trender.

4.4 Hvordan akuttfunksjonen har forandret seg på 15-20 år

Det siste punktet i forrige avsnitt bringer oss inn på temaet om å høste erfaringer fra historien. Å kunne huske "hvordan det var" og reflektere over forskjellene fra i dag, tror vi er nyttig. Det betyr slett ikke å mene at "alt var bedre før", men å ha en stort perspektiv med mye historisk empiri å se faget sitt i. Vi skal her som siste punkt i rapporten antyde noen forandringer vi og de informanter som hadde vært lenge i psykiatrisk akuttarbeid mener å se:

Fra relativt selvstendige avdelinger i behandlingsforløp til behandlingskjede

På 1980-tallet ble det besluttet at psykiatrien/det psykiske helsevern skulle forandre karakter, med "de-institusjonalisering", nedlegging av sengeplasser, desentralisering med styrking av behandlingstilbudene i pasientenes tilhørighetsbydel eller -kommune, mest mulig poliklinisk behandling og dagtilbud og minst mulig døgnbehandling. Dette har ført til at personalet i akuttavdelingene nå svært tydelig opplever sin arbeidsplass som ledd i en *kjede* med ansvar for å "ha et godt tak i begge ender" av forløpet. Det blir mye viktigere enn før å kjenne til og ha kontakt med henvisende instans ved innlegging, og i den andre enden ved utskriving å kjenne til og ha kontakt med de som skal ta imot og ha ansvar for pasienten. Oppgaven til akuttavdelingen, det dyreste og mest behandlingsintensive leddet i kjeden, er på noen måter blitt smalere. Den er først og fremst å stabilisere og dempe symptomer, slik at pasienten kan ta imot videre hjelp poliklinisk. Før kunne det være sterkere selvstendige innslag, som psykoterapi. En grunn til dette, er selvfølgelig at *liggetiden er blitt mye kortere*. Med dårlig bemanning kan da kjeden fortone som et slags *samlebånd*, med god bemanning kan akuttavdelingen oppleves som ansvarlig og dynamisk, med gode forbindelser til alle nødvendige ledd før og etter oppholdet.

Fra psykodynamisk til kognitiv terapeutisk orientering

Psykodynamisk terapi dominerte mer i alle ledd av behandlingskjeden på 1980-tallet, også i akuttavdelingene i psykiatrien. Det kan være mange grunner til at det nå synes å være en dominans av kognitivt orientert behandlingstenkning blant personalet. For det første har dette vært en utvikling over hele den vestlige verden. For det annet synes dette å ha utviklet seg parallelt med at årsaksforskning i psykisk helsevern i stor grad har skiftet fra et miljøfokus til et biologisk-genetisk fokus. Kognitive terapimetoder hevdes ofte å ta kortere tid enn dynamiske, er lettere å måle og "evidensbasere", og kan lettere brukes i akuttbehandling der formålet er å styrke pasientens hverdagsfunksjoner, sosiale kompetanse og mestring, og ikke så mye å øke selvrefleksjon og -innsikt. En tenkning om at det for noen pasienter kunne være nyttig å hvile og ligge til sengs kan oppfattes å ha et mistenkelig anstrøk av psykodynamisk "regresjon", og virke lite aktuell.

Fra "vente og se"-holdning til å komme fort i gang med å diagnostisere, medisiner og stabilisere

Blant annet fordi akuttbehandling er så kort, synes det å ha blitt viktigere å diagnostisere og komme fort i gang med medisinering. Det gjelder både for en førstegangsinlagt pasient der

det for eksempel tydelig ser ut til å være en psykose, eller for en pasient som har hatt en innleggelse med psykotisk utbrudd før. Ideer om at det kan være nyttig både for pasient og personale å oppleve en "ren" psykose "i blomstring" for å undersøke om vrangforestillinger har "en mening", eller at man vil prøve å vente til psykosen "klinger av" uten medisiner, avvises. Det anses som "romantisk" og gammeldags psykodynamisk, og videre tenker man at å oppleve en psykose er så smertefullt for pasienten at det er mer barmhjertig å medisinere, om nødvendig med tvang.

Fra fokus på miljø til biologisk arvelighet i årsakstenkning

Som før nevnt, er det tydelig at man også i akuttpsykiatrien har mer tro på at alvorlige psykiske lidelser har årsak i genetisk sårbarhet enn at de skapes av vanskelig oppvekst, traumatiske opplevelser og kriser. Selv om traumeforskning skjøt fart fra for ca. 30 år siden, og at det innen noen psykoterapeutiske miljøer er interesse for å forstå posttraumatisk stress-syndrom og å forske på denne lidelsen, synes det å være lite fokus på dette i akuttavsnittene i psykisk helsevern. Den økte bruk av ECT og rask medisinering mot aktive symptomer kan også tyde på dette.

Fra fellesopplegg og gruppeterapi til "skreddersydde" individuelle opplegg i miljøterapien

Det virker som man var mer opptatt av å lage et godt *fellesmiljø* i avdelingen før, der det var et poeng at flest mulige av pasientene skulle delta i fellesprogram som for eksempel i ergoterapi, bevegelsesgruppe, turer, gruppeterapi. På grunn av at oppholdstiden er så kort nå, og at det satses så mye på å trene pasienten i funksjoner som vedkommende kan ha nytte av når han/hun kommer tilbake til hjemmemiljøet, blir det lagt mer vekt på hva den enkelte trenger i forhold til individuell plan, som praktiske problemer med bolig og økonomi, kontakt med familie og vennenettverk – alt det som gjør det lettere for pasienten når han/hun skal skrives ut. Den faste miljøkontakten har her en viktig funksjon.

Fra atspredende og kreative aktiviteter til styrking av kognitive funksjoner og praktiske aktiviteter i ergoterapien

Før så det ut til at man la vekt på å stimulere aktiviteter som ikke bare var "nyttige", og ikke var så vanlig å holde på med for pasienten, som tegning og maling og håndarbeide, keramikk og andre kunsthåndverksteknikker. Tanken var at pasienten skulle få oppdage kreative sider hos seg selv, og gjøre noe som virket atspredende fra problemer og alvor. Nå virker det som man legger mer vekt på det umiddelbart nyttige for pasienten med typer av ADL-trening som det å lære hygiene, reparere tøy og innbo, lage mat, foreta hjemmebesøk slik at han/hun skal få botrening, trene konsentrasjon med dataspill eller sette opp personlig regnskap.

Fra lite kontakt med pasientens familie til mer samarbeid med pårørende og fokus på pasienters barn

For 15-20 år siden syntes det å være relativt lite fokus på pasienters barn, og hvordan en mors eller fars psykiske lidelser influerte på dem. Det kan være flere grunner til at det er mer fokus på det nå hos akuttavdelingens personale. Familieterapeutisk tenkning begynte å komme inn i psykiatrien på 1970-tallet, og man ble opptatt av det personlige nettverk som pasienten levde i. En teori om at oppvekstfamiliens dysfunksjonelle miljø kunne være en årsak til pasientens psykiske lidelse stimulerte til ulike familieterapeutiske intervensjoner. Samtidig ble barnevernets krav om at helsepersonell har ansvar for å se etter og melde fra om barns vanskelige familieforhold styrket. Da ble det tydeligere for personale i akuttpsykiatri at de hadde et visst ansvar ikke bare for den innlagte pasienten. Senere teori på 80-tallet som utviklet psykoedukativ tilnærming, la mer vekt på medfødt sårbarhet som

årsak til psykisk lidelse. Dette fratok mange foreldre en skyldfølelse for å ha hatt en dårlig innflytelse på sine barn, og de ble mer viktige som støttespillere i behandlingen av sitt voksne syke barn. En del pårørende har klaget over at de derved får altfor mye ansvar når deres sønn/ datter skrives ut såpass fort. Men samtidig er det en hjelp for de voksne pasientene at den neste generasjon – deres barn – får oppmerksomhet fra psykisk helsevern.

Fra betoning av fagpersonenes kompetanse til mer vekt på brukerbegrepet

For 15-20 år siden fantes ikke dette begrepet og det var heller ikke mye fokus på å arbeide for å kartlegge pasienters synspunkter på behandling som skulle settes i gang, pågående behandling eller etterundersøkelser. Man var ikke så opptatt av å spørre de som skulle hjelpes hvordan de syntes hjelpen fungerte, og om de hadde ønske å være med på å utforme behandlingen. Det var nok interesse for å skape allianse med pasienten gjennom å arbeide med å forstå pasientens indirekte signaler på fornøyd- eller misfornøydhet, signaler om overføring for eksempel. Men å spørre systematisk og direkte har først kommet i fokus for ca. fem år siden.