

Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter

Oppfølging av mennesker med alvorlig psykisk lidelse var i Norge inntil 1990-årene en oppgave kun for psykiatrien. Med nedleggelse av de store psykiatriske institusjonene har denne oppfølgingen vært i kontinuerlig omforming de siste ti årene.

Artikkelen beskriver mental helse og psykososial fungering hos 181 pasienter som fikk oppfølging fra rehabiliteringsteamet ved distriktspsykiatrisk senter Vinderen fra 1994–99.

118 (65 %) hadde en schizofrenidiagnose og 32 (18 %) en personlighetsforstyrrelse. Rusmisbruk var et problem for 58 (32 %). I alt 93 (51 %) personer var reinnlagt i løpet av de fem årene oppfølgingen foregikk. Primærhelsetjenesten overtok ansvaret for oppfølgingen av 39 pasienter. 114 (63 %) mottok uføretrygd.

Undersøkelsen viser at pasienter med langvarig psykisk lidelse fortsatt er alvorlig syke etter mange års behandling i psykiatrien. Flere enn forventet hadde en personlighetsforstyrrelse, med en sykdomsutvikling like langvarig og alvorlig som hos dem med schizofreni.

En av psykiatriens store utfordringer har vært å gi et allment akseptert tilbud til mennesker med alvorlig og langvarig psykisk lidelse. Hovedhensikten med oppfølgingen til denne gruppen pasienter er å legge til rette slik at flest mulig klarer å bo utenfor institusjon og får et bedre liv (1, 2). Internasjonal forskning har vist at dette er mulig å få til (3–7).

Nedbyggingen av de store psykiatriske sykehusene begynte sent i Norge sammenliknet med andre vestlige land. Oppbyggingen av rehabiliteringstilbudet kom først i gang i begynnelsen av 1990-årene (8–10). Tilbudet er organisert forskjellig rundt om i landet, men har sin forankring i spesialisthelsetjenestens polikliniske tilbud, de distriktspsykiatriske sentrene (DPS).

I Oslo har alle distriktspsykiatriske sentre spesialteam for oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Teamene har ulike navn: psykoseteam, uteteam, rehabiliteringssenter, rehabiliteringsteam. Teamene varierer i tværfaglig sammensetning, spesielt gjelder det psykiater og psykolog, og

Ann Færden*

anfaerd@online.no

Distriktspsykiatrisk senter Vinderen
Diakonhjemmets sykehus
0319 Oslo

* Nåværende adresse:

Avdeling I
Klinikk for psykiatri
Aker sykehus
Sognsvannsveien 21
0372 Oslo

Færden A.

Rehabilitation of the severely mentally ill. Experience drawn from an outpatient team in a community psychiatric centre.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3375–9.

Background. In Norway, the follow-up of patient with severe mental illness was redefined in the early 1990s. The number of inpatient beds in psychiatric hospitals was reduced and new methods for rehabilitation and follow-up tried out. In 1994, Vinderen community psychiatric centre set up a special outpatient team for the follow-up of this group of patients. The aim of this study is to give an account of the status of these patients and to evaluate the rehabilitation programme.

Material and methods. All 181 patients admitted for follow-up by the team were included in the study. Data were drawn from yearly questionnaire surveys conducted between 1994 and 1999.

Results. 118 (65%) patients were diagnosed with schizophrenia; 32 (18%) had a personality disorder. 93 (51%) were readmitted to hospital during the five years of follow-up. Drug abuse was a problem for 58 (32%). 114 (63%) received a disability pension. Over the period, 39 patients were transferred to follow-up in primary care.

Interpretation. Chronic mentally ill patients are a heterogeneous population. Though they have a long history of contact with psychiatric health services, they continue to live with a heavy burden of symptoms and dysfunction. The number of patients with personality disorders was greater than expected. The course, duration and severity of their illness was much like that of the schizophrenics.

☞ Se også side 3365

om de er en del av den vanlige polikliniske virksomheten eller tilknyttet et dagsenter.

I artikkelen beskrives mental helse, diagnose og psykososial fungering hos pasientgruppen som fikk oppfølging av rehabiliteringsteamet ved distriktspsykiatrisk senter Vinderen (heretter DPS Vinderen) fra 1994 til 1999. Formålet med kartleggingen var å evaluere det nyopprettede rehabiliteringstilbudet ved å undersøke reinnleggelser og ut-

skrivning til primærhelsetjenesten. Hensikten med undersøkelsen var ikke å si om denne type oppfølging er bedre enn annen oppfølging. Beskrivelsen av virksomheten kan ha relevans for andre, ved at pasientgruppene kan sammenliknes. Dette kan gi grunnlag for diskusjon om arbeidsform, organisering og personalsammensetning og stimulere til forskning.

Materiale og metode

Materialet baserer seg på de 181 pasienter som fikk oppfølging fra rehabiliteringsteamet i årene 1994–99. Kartleggingen er gjort ved et egenprodusert spørreskjema, som hver behandler har fylt ut årlig. Skjemaet består av spørsmål om sosiodemografiske forhold, medisinbruk, tidligere kontakt med psykiatrien, reinnleggelsesfrekvens etter opptak i rehabiliteringsteamet og oppfølging av andre instanser og samarbeidspartnere ved utskrivning.

Rehabiliteringsteamet ble opprettet som et spesialteam ved poliklinikken ved DPS Vinderen ved årsskiftet 1993/94. Teamet fikk som oppgave å følge opp psykiatriske langtidspasienter, først og fremst mennesker med psykoselidelse hvor funksjonsfallet og hjelpebehovet var omfattende. Registrering av alle psykiatriske langtidspasienter i opptaksområdet ble gjort for teamet startet sin kliniske virksomhet (11). DPS Vinderen betjener fire vestlige bydeler i Oslo – Majorstuen, Ullern, Røa og Vinderen – med til sammen 85 000 innbyggere. Teamet hadde tre ansatte de første to årene. Fra 1996 har det vært fem ansatte: psykiatrisk sykepleier, ergoterapeut, vernepleier, psykolog og psykiater. Arbeidstid for teamet er kl 0800–1530. Teamet har arbeidet etter en «clinical case management»-metode ad modum Robert Surber (12). Dette er en metode for koordinering og oppfølging av psykiatriske langtidspasienter der kontaktskaping blir vektlagt. Det gjøres ved å imøtekomme pasientens eget ønske om hjelp fremfor psykiatriens vurdering av hva hjelpen bør være. Det er også viktig å være fleksibel når det gjelder møteplass, det være seg hjemme hos pasienten, på kafé, ved en spaseretur eller på poliklinikken. Pasientene oppsøkes aktivt ved uteblivelse. I tillegg koordinerer teamet alle hjelpetiltak.

Global Assessment of Functioning-skåre ble gjort halvårlig hos alle pasientene for å gradere alvorligheten av symptomer og psykososialt funksjonsnivå. Global Assessment of Functioning (GAF) er en skala fra 1 til 90,

Tabell 1 Diagnose og kjønnsfordeling hos de 181 pasientene fulgt opp ved rehabiliteringsteamet 1994–99

	Diagnosefordeling		Kjønnsfordeling	
	Antall	(%)	Kvinner (%)	Menn (%)
Schizofreni	118	(65,2)	37,3	62,7
Manisk-depressiv	15	(8,3)	53,3	46,7
Paranoid psykose	7	(3,9)	42,9	57,1
Schizoaffektiv	6	(3,3)	66,7	33,8
Personlighetsforstyrrelse	32	(17,7)	56,3	43,8
Aspergers syndrom	3	(1,7)	33,3	66,7
Alle	181	100	43,1	56,9

inndelt i ni nivåer. Hvert nivå er en gradforskjell i alvorlighet av symptom og funksjonsfall (13). Symptom og funksjon måles hver for seg, «splittet GAF». Nivået 81–90 er ingen eller minimale symptomer og god funksjon på alle områder (frisk). Nivået 1–10 er vedvarende fare for å skade seg selv eller andre og vedvarende svikt i å sørge for et minimum av personlig hygiene (svært syk). Det er dessverre ikke gjort reliabilitets-testing av GAF-skåringene, men hele teamet har hvert halvår sittet sammen og gjort GAF-skåringer av alle pasientene og kommet frem til enighet.

Henvissningskriterier har vært funksjonsfall på grunn av psykiatrisk sykdom som krever omfattende og sammensatt hjelp. Det skulle ikke fokuseres på diagnose, men mennesker med schizofreni ble prioritert.

Langtidspasient ble definert som en pasient som hadde kontakt med hjelpeapparatet i mer enn ett år (14).

Fastsettelse av diagnose er gjort etter ICD-9 og utført av samme lege, spesialist i psykiatri. Diagnosene er sammenliknet og kontrollert ved tidligere epikriser. Det er kun gitt hoveddiagnose. Komorbiditet er ikke systematisk diagnostisert.

Rusmisbruk i denne undersøkelsen er ikke en diagnostisk kategori, men er angitt

når pasienten selv har opplyst om det eller vi har kjennskap til det og det influerer på den psykiatriske sykdommen og funksjonen. Omfanget, innvirkning på sykdommen og type stoffer som misbrukes varierer. Rusmidler omfatter alkohol, alle illegale rusmidler og benzodiazepinholdige legemidler skaffet til veie på illegalt vis eller hvor bruken blir ukontrollert.

Det er få data som mangler, da kontakten med pasientene går over lang tid. Spørreskjemaet ble utfyllt av behandler. Opplysninger fra pasienten selv, journal og behandler er de viktigste kildene. Materialet er bearbeidet i SPSS for Windows, versjon 8.0.

Resultater

Diagnoser og sosiodemografiske data

Diagnosefordelingen har vært stabil i de fem årene evlueringen har foregått, likeså kjønnsfordelingen (tab 1). De fleste pasientene hadde hatt langvarig kontakt med psykiatrien – 85 % hadde hatt kontakt i mer enn to år (tab 2). 75 % var under 45 år ved inntak i teamet.

114 pasienter (63 %) var uføretrygdet. 58 (32 %) hadde motatt aktiv trygd, hvorav ni ble friskmeldt. Fem var alderspensjonister. Kun fire var uten noen form for inntekt.

Til sammen 30 pasienter (17 %) hadde hatt kontakt med arbeidslivet, 11 i ordinært lønnet arbeid, 13 i arbeidstrening og seks i vernet arbeid. Fem av de i ordinært lønnet arbeid kom i full jobb, de resterende på deltid eller timebasert. Ingen av pasientene i arbeidstrening i regi av arbeidskontoret kom i ordinært arbeid.

81 (45 %) hadde kontakt med sosialkontoret. Kontakten bestod i hovedsak av administrasjon av pasientens trygd, økonomiske tilleggsytelser fordi trygden ikke var tilstrekkelig til å dekke husleie og livsopphold eller oppfølging av søknad om kommunal bolig og støttekontakt.

168 pasienter (93 %) levde enslig, hvorav 41 (23 %) hadde vært gift. 12 (7 %) var gift og bodde sammen med ektefellen. Til sammen var hele gruppen foreldre til 44 barn. 135 (75 %) hadde egen bolig. Av de 46 (25 %) som var uten egen bolig, hadde 31 tilhold på hospits, 12 bodde hjemme hos foreldre og tre bodde på ettervernshjem.

Forløpskarakteristika: Inntak, utskrivning og reinnleggelser

Av de 181 pasientene ble 83 tatt inn det første året (tab 3). Deretter ble 98 tatt inn. I 1998 ble 111 personer fulgt opp av rehabiliteringsteamet, gjennomsnittlig 22 pasienter på hver av de fem behandlerne. 88 fikk videre oppfølging i 1999. Kun 24 av de 84 som ble tatt inn første året hadde rehabiliteringsteamet kontakt med i 1999. Pasientkontakten varte i gjennomsnitt i tre år.

Ved utgangen av 1998 hadde 93 pasienter av ulike årsaker avsluttet videre oppfølging av rehabiliteringsteamet: 39 var utskrevet til oppfølging av primærhelsetjenesten, 18 var innlagt på ubestemt tid, 12 var utskrevet fordi de ikke lenger ville ha kontakt, 12 fortsatte oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten, men i et allmennpsykiatrisk team, fire ønsket vi å gi et tilbud, men fikk ikke kontakt med dem og åtte døde. Sju av de åtte som døde tok sitt eget liv. Seks av de sju hadde diagnosen schizofreni. Fire av de seks var psykotiske

Tabell 2 Diagnose og alder ved første kontakt med psykiatrien, alder ved opptak i rehabiliteringsteamet og antall år kontakt med psykiatrien før opptak i rehabiliteringsteamet (n = 181)

Diagnose	Alder ved første kontakt psykiatrien (år)		Alder ved opptak i rehabiliteringsteamet (år)		År i kontakt med psykiatrien frem til opptak i rehabiliteringsteamet	
	Gjennomsnitt	Variasjonsbredde	Gjennomsnitt	Variasjonsbredde	Gjennomsnitt	Variasjonsbredde
Schizofreni	27,5	10–60	38,8	17–76	11,2	0–54
Manisk-depressiv	28,6	18–46	44,2	18–67	15,5	0–44
Paranoid psykose	38,9	27–61	46,1	28–69	6,3	1–19
Schizoaffektiv	28,2	22–44	39,3	31–51	11,2	4–16
Personlighetsforstyrrelse	30	11–51	38,3	18–77	8,4	0–36
Aspergers syndrom	18	5–26	25,3	21–28	7,3	1–16
Alle	28,5	5–61	38,7	17–76	10,9	0–54

på det tidspunktet de tok sitt liv. Tre av de sju var innlagt da de begikk selvmord.

93 (51%) av 181 har vært reinnlagt i de fem årene oppfølgingen ble gjort (tab 4), med til sammen 258 reinnleggelser, hvorav kun 31 (12%) var frivillige innleggelser. Av de 95 som ble reinnlagt, var 69 reinnlagt 1–3 ganger. 24 var reinnlagt 4–12 ganger, med til sammen 151 reinnleggelser. De med diagnosen schizofreni hadde til sammen 181 reinnleggelser, 70% av alle. 20 av de 24 med 4–12 reinnleggelser hadde denne diagnosen.

GAF-skåring

Gjennomsnittlig GAF-skåre (tab 5) viste lite forandring i løpet av oppfølgingen, og det var små forskjeller for de ulike diagnosegruppene. Gjennomsnittlig GAF-skåre ved inntak var 42,5 for symptom og 41,7 for funksjon. Dette er nedre del av området for alvorlige symptomer og alvorlige forstyrrelser i psykososial fungering. For de 39 pasientene utskrevet til oppfølging i primærhelsetjenesten var GAF-skåre gjennomsnittlig økt til 50,2 for symptom og til 47,7 for funksjon, det vil si til overgangen mellom alvorlige og moderate symptomer.

Medisinbruk

137 (76%) av alle vi har fulgt opp, brukte medisiner. 97 pasienter (83%) med en schizofrenidiagnose brukte medisiner og 15 (52%) med en personlighetsforstyrrelse. 118 (65%) av alle brukte lavdosenevroleptika, hvorav 46 nyere nevroleptika som klopazin, olanzapin og risperidon. 34 fikk antipsykotisk medikasjon som depot. 24 brukte stemningsstabiliserende og 33 angstdempende medisin.

Rusmisbruk

58 (32%) hadde et rusmisbruk (tab 6). Det er liten forskjell mellom diagnosegruppene. Følgende karakteristika kjennetegnet misbrukergruppen: Andelen menn var høyere ($T = 2,9, p < 0,01$), de var yngre ved inntak i rehabiliteringsteamet ($T = 3,1, p < 0,01$) og de hadde hatt kortere kontakt med psykiatrien ($T = 2,9, p < 0,01$). Mest kontakt med sosialkontoret hadde misbrukergruppen ($T = 3,3, p = 0,01$), det omvendte var tilfellet når det gjaldt kontakt med primærlege ($T = 2,6, p < 0,01$). Boligproblemet var også størst for dem som hadde et rusproblem, mer enn en tredel var uten egen bolig ($T = 2,5, p < 0,01$). Pasienter med rusproblem var reinnlagt; 3 ganger, mot 2,5 ganger for dem uten rusproblem. Denne forskjellen er ikke signifikant.

Diskusjon

Metode

Problemet med studier av psykiatriske langtidspasienter er vansker med beskrivelse av pasientgruppen som gjør at studiene kan sammenliknes (15, 16). GAF-måling er et enkelt, anerkjent internasjonalt måleinstrument som gir en god indikator på grad av

Tabell 3 Inntak og utskrivning ved rehabiliteringsteamet 1994–99

Årstall	Antall pasienter tatt inn	Antall pasienter utskrevet
1994	83	9
1995	20	15
1996	20	22
1997	24	24
1998	34	23
Alle	181	93

både symptomer og psykososial funksjonssvikt, og det gir et godt grunnlag for sammenlikning (17). GAF er del av Helsetilsynets minste basisdatasett, MBDS.

Langtidspasient er i henhold til norsk praksis definert som en person som har hatt kontakt med helsevesenet i ett år. I USA har National Institute of Mental Health satt grensen til to års kontakt (18). Gjennomsnittlig kontakt med psykiatrien er 10,9 år i vårt materiale, kun 25 har hatt kontakt i under to år. Både reliabilitet og validitet er forsøkt ivarettatt i denne undersøkelsen, ved at teamet hvert halvår har sittet sammen og diskutert oppfølgingen av enkeltpasienter, diagnoser, målet med oppfølgingen og involvering av andre samarbeidspartnere. Vi har gjort GAF-skåring, men formell reliabilitetstesting er dessverre ikke gjort.

Diagnose og sosiodemografiske data

Diagnosefordelingen stemmer overens med liknende studier (2, 7, 16, 19). Personlighetsforstyrrelse blant mennesker med alvorlig psykisk lidelse har ikke fått mye oppmerksomhet og er lite omtalt. Det var derfor overraskende at gruppen med personlighetsforstyrrelse var den nest største. Ingen spesiell personlighetforstyrrelse er overrepresentert, de kommer fra alle tre klynger (cluster). De med personlighetsforstyrrelse har et funk-

sjonsfall på nivå med pasienter med schizofreni. De har hatt langvarig kontakt med psykiatrien og trenger fortsatt bred kontakt. Symptomene er ofte stabile, men funksjonstapet er det sentrale. Hvorfor disse menneskene får et så alvorlig funksjonsfall, er det viktig å utforske.

Rehabiliteringsteamet hadde kontakt med tre personer med Aspergers syndrom. Alle tre hadde i løpet av sin sykdomsperiode vært oppfattet som psykotiske, men felles har vært manglende respons på antipsykotisk medikasjon og utvikling av mye bivirkninger. Alle tre personene har hatt langvarig kontakt med psykiatrien. Alle tre er utskrevet til oppfølging i primærhelsetjenesten.

Alder ved opptak i teamet, år i kontakt med psykiatrien, kjønnsfordelingen, grad av uførhet og gjennomsnittlig GAF-skåre stemmer godt overens med beskrivelse av samme gruppe i andre publikasjoner (10, 16, 18, 19). GAF-skåre under 50 er å betrakte som alvorlig sykdom i henhold til National Institute of Mental Health, som har brukt GAF < 50 som definisjon på alvorlig psykisk lidelse (18). Våre GAF-skårer har en variasjonsbredde på 20–70, hvorav kun 17% av pasientene har en skåre på over 50. Dette indikerer at vi har gitt tilbud til målgruppen.

Forløpskarakteristika

Over halvparten av pasientene ble reinnlagt i løpet av femårsperioden, hvorav ni av ti ble innlagt mot sin vilje. Reinnleggelsesfrekvens og antall døgn innlagt har i tidligere studier vært brukt som mål på om oppfølgingen er bedre enn tradisjonell oppfølging (20). Reinnleggelse er avhengig av mange ytre faktorer, og varierer mellom 17% og 83%, avhengig av type oppfølging og lengden av studien (10, 21–23). Antall dager innlagt blir også brukt som mål på bedring. Dette har vi ikke målt. Graden av reinnleggelse gir derfor ikke noe mål på kvaliteten av tilbudet vi har gitt, men den illustrerer hvor lidende denne gruppen er av sine symptomer og funksjonsnedsettelse, og at det mangler andre adekvate tilbud.

Tabell 4 Diagnosefordeling og antall reinnleggelser hos 93 pasienter reinnlagt til psykiatrisk sykehusavdeling 1994–99

Diagnose	Reinnlagt		Reinnlagt 1–3 ganger	Reinnlagt 4–12 ganger
	Antall	(%)	Antall	Antall
Schizofreni	64	(54,2)	44	20
Manisk-depressiv	10	(31,2)	9	1
Paranoid psykose	3	(42,1)	3	–
Schizoaffektiv	2	(33,1)	2	–
Personlighetsforstyrrelse	14	(42,4)	11	3
Aspergers syndrom	–	–	–	–
Alle	93	(51,4)	69	24

Tabell 5 Diagnose og Global Assessment Functional (GAF)-skåre (n = 181)

Diagnose	GAF-skåre ved inntak			
	Symptom		Funksjon	
	Gjennom- snitt	Variasjons- bredde	Gjennom- snitt	Variasjons- bredde
Schizofreni	41,0	20–70	40,3	11–70
Manisk-depressiv	46,4	30–60	45,7	25–65
Paranoid psykose	40,7	30–65	40,0	25–65
Schizoaffektiv	47,2	41–55	44,5	40–50
Personlighetsforstyrrelse	46,8	30–65	45,8	20–75
Aspergers syndrom	33,3	25–40	33,3	25–50
Alle	42,5	20–70	41,7	11–70

Reinnleggelse til akuttavdeling har vært eneste mulighet i lange perioder, da ledige senger i andre avdelinger har vært nærmest ikke-eksisterende. Da dette var det eneste mulige, måtte også pasientens tilstand forverres tilsvarende. Systemet krevde tvangsinnleggelse. Dette er en av årsakene til den høye bruken av tvang ved reinnleggelse. Rehabiliteringsteamet har selv ønsket å foreta tvangsinnleggelsene når det praktisk har vært mulig, og ikke la ukjente gjøre det. Vår

erfaring er at det har vært viktig at teamet også tar ansvar for denne del av rehabiliteringsarbeidet. Det gav mulighet til diskusjon med pasientene etterpå om forebygging av dekompenseringen. Kun én pasient har ikke villet ha kontakt med oss i en lengre periode fordi vi foretok tvangsinnleggelsen.

Nærmest alle pasientene ble tvangsinnlagt. Andelen tvangsinnlagte varierer i Norge og mellom Norge og andre land. Mange forhold innvirker, og det er vanskelig å sam-

menlikne (24, 25). Pasienten ønsker ofte innleggelse, men på egne premisser, noe som systemet i svært liten grad klarer å imøtekomme. Oppbygging av fleksible tilbud basert på frivillighet som «beredskapsteam» og 24-timers avlastningsenheter er et viktig supplement i håndtering av dekompenseringer (26).

Bruk av tvang overfor psykiatriske pasienter skjer for å sikre god behandling og beskytte pasienten mot seg selv og sine impulser. Tvungent ettervern har som formål å sikre pasientene god behandling også etter innleggelsen. Dette er en form for tvang vi brukte svært lite. Vi erfarte at det var mulig å få til frivillig poliklinisk oppfølging for de aller fleste pasientene. Vi klarte å komme til enighet om behandlingen, og pasientene ønsket vår hjelp. I de få tilfellene hvor pasienten konsekvent over tid ikke ville ta imot hjelp, kom vi ikke noe nærmere enighet ved bruk av tvang. Dette var de etisk vanskeligste situasjonene, hvor vi måtte gi opp den behandlingen vi mente var best. Det er tankevekkende at pasientene tilsynelatende var mer fornøyd uten tvang, selv om deres livssituasjon gradvis ble forverret.

Teamet blir ikke «sittende» med alle pasientene som blir henvist. Det skjer jevnlig utskrivninger. Kun 24 av de 84 som ble tatt inn første året, hadde vi kontakt med i 1999. Gjennomsnittlig hadde pasientene kontakt med oss i tre år. 39 er utskrevet til hovedoppfølging i primærhelsetjenesten. Andre oppfølgingstudier indikerer at oppfølging i primærhelsetjenesten er mulig (5, 27). Sju personer begikk suicid. Alle suicidene kom uventet, til tross for stadig oppmerksomhet omkring dette i teamet og i samtaler med pasientene (28). Det har vært dramatiske og smertefulle opplevelser. Alle hadde vi hatt kontakt med i mer enn ett år, og alle hadde hatt langvarig kontakt med psykiatrien, i 5–15 år. Livstidsprevalens for suicid for denne pasientgruppen varierer fra 4% til 11% i undersøkelser (29–32). Uforettrygd, utestenging fra arbeidslivet, ensomhet og økonomisk fattigdom skaper dårlig helse for alle mennesker, uavhengig av sykdom. Når disse forhold i tillegg ofte er til stede for mennesker med langvarig psykisk lidelse, er det viktig med nasjonal oppmerksomhet spesielt rettet mot denne gruppens suicidalitet for å forebygge og gi et bedre behandlingstilbud.

Rusmisbruk

En tredel av alle i vår undersøkelse misbrakte ett eller flere rusmidler. Dette er et velkjent problem (33, 34). Rusmisbruket forårsaket oftere uplanlagte utskrivninger, fordi institusjonene ikke håndterte rusingen. Av samme grunn endte disse pasientene oftere opp med en utilfredsstillende bosituasjon, en tredel var uten fast bolig. For en liten undergruppe med et massivt rusmisbruk var det vanskeligere å enes om hoveddiagnosen, da psykosen var sterkt rusrelatert. De ble kaste-

Tabell 6 Sammenlikning av rusmisbruk versus ikke rus (n = 181)

Diagnoser	Rus	Ikke rus	Alle
	Andel i prosent (Antall = 58)	Andel i prosent (Antall = 123)	Andel i prosent (Antall = 181)
Schizofreni	69,0	63,4	65,2
Andre psykoser ¹	10,3	20,3	17,2
Personlighetsforstyrrelser	20,7	16,3	17,6
Alle	32,0	68,0	
<i>Kjønn</i>			
Menn	72,8	49,6	56,6
<i>Alder (år)</i>	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt
Alder ved inntak	36,4	41,4	38,7
Alder første kontakt med psykiatrien	26,8	29,1	28,5
År i kontakt med psykiatrien	7,8	12,2	11,0
<i>GAF inntak</i>			
Symptom	41,6	42,9	42,5
Funksjon	40,6	42,2	41,7
	Andel i prosent	Andel i prosent	Andel i prosent
<i>Reinnlagt</i>	60,3	40,8	52,5
<i>Kontakter andre</i>			
Kontakt sosialkontoret	62,1	36,3	44,8
Kontakt primærlege	37,9	58,5	51,9
<i>Boligtype</i>			
Uten bolig ²	36,8	20,4	23,4

¹ Inkludert manisk-depressiv psykose og schizoaffektiv lidelse

² Bor på hospits eller hjemme hos foreldre

baller mellom rusomsorgen og psykiatrien. Alle endte til slutt opp med hovedoppfølgingen fra psykiatrien, fordi rusomsorgen ikke hadde noe egnet tilbud og psykosene ble langvarige. Mange av disse pasientene ønsket helst et tilbud innen rusomsorgen, men det finnes ikke. Denne gruppens sårbarhet, med psykoselidelse og rus, klarer ikke det mer egosterke rusmiljøet å tilpasse seg. Rusomsorgens evne til å fremheve den enkeltes ressurser og det at klientene er i samme årsklasse som dem selv, var det som ble fremhevet av våre pasienter som et stort gode.

GAF-skåre og bedring

Gir vår oppfølging bedring på symptomer og fungering? GAF-skåring er den eneste variabelen vi har brukt for å måle mulig bedring. Ved utskrivning til primærhelsetjenesten er det kun én bedring på sju poeng. Langtidspasienter lever med sine symptomer og funksjonsfall, og ofte er det ikke graden av symptomer som avgjør. Vår erfaring er at det er evnen systemet og pasienten selv har til å lage en oppfølging tilpasset den enkeltes symptomer og fungering som er viktig for å få et bedre liv.

Bedring kan måles på mange måter, og den enkelte pasients utsagn er viktig. Dessverre har vi ikke undersøkt det. Pasientene sier ofte at de er fornøyd, oftere enn vi forventer og til tider under livsbetingelser man selv ikke ville vært fornøyd med. Årsaken tilskriver de selv sjelden helsevesenets innsats alene, men at de har fått oppfylt et ønske, som egen bolig, eller har fått venner og er i aktiviteter som gir mening.

Oppsummering

Oppfølgingen av mennesker med langvarig psykisk lidelse og med et stort funksjonsfall vil være variert, og må ikke begrenses til mennesker med psykoselidelser, da nesten en femdel av pasientene i vårt materiale hadde en personlighetsforstyrrelse. Denne studien viser at over halvparten av psykiatrisk langtidspasienter har psykotiske symptomer. De er svært syke; halvparten blir reinnlagt, trass i at de har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten i 11 år før henvisning til vårt team. De har tilleggsbelastninger som i seg selv er sykdomsskapende og nedsetter forventet levealder, ni av ti lever enslig, nærmere to tredeler er uføre og mer enn en fire del har ikke bolig. Etablering av et spesialteam er ikke nok for at denne gruppen skal få et verdig liv. De vil trenge mye hjelp fra psykiatrien, men andre etater må engasjere seg mer.

Jeg takker professor Ragnhild Husby for faglig støtte og veiledning, psykiatrisk sykepleier Kari Agnes Myhre for alle gode diskusjoner og de andre i rehabiliteringsteamet, som tålmodig har fylt ut evalueringskjemaene. Studien er støttet av Solveig og Johan P. Sommers stiftelse og Risteigens legat.

Litteratur

1. St.meld. nr. 25 (1996–97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.
2. Rosenheck R. The delivery of mental health services in the 21st century: bringing the community back in. *Community Ment Health J* 2000; 36: 107–24.
3. Bachrach LL. Overview: model programs for chronic mental patients. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1023–31.
4. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library* 2000; 2: 1–31.
5. Leff J. *Care in the community: illusion or reality?* Chichester: Wiley, 1997.
6. Sladen-Dew N, Bigelow DA, Buckley R, Bornemann S. The greater Vancouver mental health service society: 20 years' experience in urban community mental health. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 308–14.
7. Saarento O, Øiesvold T, Gøstas G, Christiansen LW, Lindhardt A, Lønnerberg O et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 259–65.
8. Retterstøl N. Nedbygging av de psykiatriske sykehus – skjer det for raskt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2365–6.
9. Velferdstatens forsømte gruppe. Oslo: Rådet for psykisk helse, 1995.
10. Melle I. Patients with schizophrenia from one catchment area. Doktoravhandling. Division psykiatri, Ullevål sykehus. Oslo: Universitetet i Oslo, 2000.
11. Færden A, Waal H, Rønnow S. Psykiatriske langtidspasienter i en sektor i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3638–41.
12. Surber RW. *Clinical case management: a guide to comprehensive treatment of serious mental illness.* Thousand Oaks: Sage, 1994.
13. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third edition revised).* Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
14. Sosialdepartementet. Forskrifter om ferieordninger for langtidspasienter. Rundskriv 1–157/77.
15. Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene AC, Tansella M, Thornicroft G et al. Aims, outcome measures, study sites and patient sample. *Br J Psychiatry* 2000; (suppl 39): 1–7.
16. Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szmukler G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 423–7.
17. Beck P, Malt UF, Dencker SJ, Ahlfors UG, Elgen K, Lewander T et al. Scales for social adjustment and quality of life. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1993; 87 (suppl 72): 58–60.
18. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 149–55.
19. Björkman T, Hansson L. How does case management for long-term mentally ill individuals affect their use of health care services? *Nord J Psychiatry* 2000; 54: 441–7.
20. Rosenblatt A, Mayer JE. The recidivism of mental patients: a review of past studies. *Am J Orthopsychiatry* 1974; 44: 697–706.
21. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 487–96.
22. Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, Laska E, Siegel C. Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 249–58.
23. Mason P, Harrison G, Glazebrook C, Medley I, Croudace T. The course of schizophrenia over 13 years. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 580–6.
24. Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 231–6.
25. Bjørngaard JH. Tvang og frivillighet ved inn-

- leggelse i voksenpsykiatriske institusjoner i 1997. NIS minirapport serie. Oslo: SINTEF Unimed, 2000.
26. Durham ML, La Fond JQ. Assessing psychiatric care settings. *Int J Technol Assess Health Care* 1996; 12: 618–33.
 27. Borge L, Martinsen EW, Ruud T, Watne Ø, Friis S. Livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos mennesker med langvarige psykiske lidelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 52–5.
 28. Kung E. Suicide in the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 658–63.
 29. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24: 75–85.
 30. Dembling BP, Chen DT, Vachon L. Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1036–42.
 31. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 35–7.
 32. Simpson JC, Tsuang MT. Mortality among patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 485–99.
 33. Kosten TR, Ziedonis DM. Substance abuse and schizophrenia: editors' introduction. *Schizophr Bull* 1997; 23: 181–6.
 34. RachBeisel J, Scott J, Dixon L. Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1427–34.

○

