

Får psykiatriske pasienter behandling på riktig omsorgsnivå?

Sammendrag

Bakgrunn. Psykiatriske akuttposter har ofte store vansker med å få flyttet pasienter videre i systemet. Dette gjør at noen blir værende der uhensiktsmessig lenge, mens det kan bli urimelig kort oppholdstid for dem som det er mulig å skrive direkte ut.

Materiale og metode. Vi har vurdert det ideelle, dog realistiske behandlingsnivå for 179 pasienter i tre forskjellige psykiatriske avdelinger i en tverrsnittsundersøkelse. Det ønskelige nivået ble fastsatt i en konsensusprosess mellom avdelingenes fagfolk og en ekstern gruppe av erfarne psykiatere. Inngående undersøkelser for hver pasient lå til grunn.

Resultater. Det er et udekket behov for plasser i intermedieæravdelinger og for enheter for unge nysyke psykotiske pasienter. Over 80 % av pasientene innlagt i avdelingenes akuttposter ble bedømt til å trenge videre støtte i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste over lang til meget lang tid. Over 30 % syntes å trenge døgkontinuerlig støtte over flere år, ikke nødvendigvis i psykiatrien.

Fortolkning. Studien supplerer funnene i nasjonal pasientregistrering 1999. Moderate, øremerkede utvidelser av antall sengeplasser synes nødvendig.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 1177

Ragnhild Husby †

Avdeling for forskning og undervisning
Diakonhjemmets sykehus
0319 Oslo

Bjørn Østberg

Pål Hartvig

post@kompetanse-senteret.no
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Sør
Klinikk for psykiatri
Aker Universitetssykehus
Sognsvannsveien 21
0320 Oslo

I mange år har helsepersonell og publikum diskutert hvorvidt sykehussengene i Norge blir riktig brukt. Ord som flaskehalser, for tidlig utskrivning og feilslått behandling er brukt, og ikke minst har begrepet ferdigbehandlet vært opphav til uenighet og bekymring. Ferdigbehandlet kan bety flere ting. Pasienten kan enten være ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten som helhet eller ferdigbehandlet på det nivået innenfor denne som vedkommende befinner seg i. Det siste er altså flaskehals innenfor selve systemet, men de to betydningene glir ofte over i hverandre.

De samme problemene går igjen i andre land vi kan sammenlikne oss med, det gjelder også for psykiatrien. Trieman og medarbeidere (1) har beskrevet prosessen med å legge ned to store psykiatriske sykehus i London. Her har de funnet at vel 350 pasienter var meget vanskelige å plassere og at de trengte spesielt tilpassede tilbud på døgnbasis. Øvrig utenlandsk litteratur, særlig fra England og USA (2–5), vil bli berørt senere i artikkelen.

Mange spørsmål kan reises vedrørende norske forhold: Ligger det for mange langtidspasienter i akuttavdelinger? Burde mange vært innlagt i egne intermedieæravdelinger spesielt egnet for dem? Blir pasienter skrevet ut for tidlig og derfor raskt må gjeninnlegges? Holder personalet på pasientene for lenge? Er innsatsen for å få pasientene ut i egne boliger god nok? Får unge nysyke psykotiske pasienter et godt nok behandlingstilbud? Vi ønsket å gi et bidrag ved en tverrsnittsundersøkelse i tre psykiatriske avdelinger.

Materiale og metode

Studien omfatter (navn fra før 2002):

– Buskerud sentralsykehus, psykiatrisk avdeling Lier (nedenfor kalt Lier) med opptaksbefolkning på ca. 250 000. Det var



Fakta

- Det er sterkt press på døgnplassene i norske psykiatriske akuttavdelinger
- Behovet for bedre tilbud om intermedieær, langtid- og nysykeplasser er åpenbart
- Det stilles spørsmål ved hvordan dette ivaretas i Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006

162 pasienter innskrevet undersøkelsesdato i mars 1998, fordelt på ti poster av alle typer innen psykiatri. Vår artikkel omfatter bare 128 av disse, fordi psykogeriatriske og utpregede langtidsposter ble ekskludert. 54 av pasientene var innlagt i akutt- og intermedieærposter.

- Diakonhjemmets sykehus, Psykiatrisk avdeling Vinderen (nedenfor kalt Vinderen Diakonhjemmet) med opptaksbefolkning på ca. 90 000. Det var 24 pasienter innskrevet undersøkelsesdato i mars 2000, fordelt på en akutt- og en intermedieærpost.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus, Klinikk for psykiatri (nedenfor kalt Lovisenberg) også med opptaksbefolkning på ca. 90 000. Det var 27 innskrevne på undersøkelsesdato i mars 2000, fordelt på fire akuttposter med differensierte opplegg.

Metoden var sentrert rundt å oppnå konsensus om på hvilket nivå i behandlings- og omsorgskjeden hver pasient på tverrsnittstidspunktet hørte hjemme. Vi kalte dette et ideelt (men realistisk) nivå, et begrep som også er brukt i andres tilnærming (6). Det betyr et nivå som eksisterer i systemet i dag, men som av forskjellige grunner ikke alltid er tilgjengelig for alle. Konsensus skulle oppnås ved en metode som er kalt enighet mellom eksperter (consensus among experts) (7–9). Dette ble oppnådd ved et møte mellom en intern og en ekstern ekspertgruppe. Den interne bestod av alle medarbeidere i en post som kjente pasienten godt, og den eksterne av to til tre meget erfarne allmenn- og institusjonspsykiatere (forfatterne).

For å gjøre bedømmelsesgrunnlaget best mulig skåret de mest egnede i den interne ekspertgruppen hver pasient ved en rekke instrumenter som gav detaljerte data om symptomer, funksjonsevne, pleietyngde, medikasjon og sosiale forhold; PANSS (The

Positive and Negative Syndrome Scale) (10), GAF (Global Assessment of Functioning) (10), HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) (11), Rush pleietyngdemålingsinstrument (12), NOSIE (The Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation) (10). I tillegg fikk hver pasient skåret en ferdsighetsprofil og sitt sosiale nettverk ved to egenkonstruerte instrumenter. Den eksterne ekspertgruppen møtte ved avdelingene og leste nøye gjennom alle journaler.

Møte 1 mellom intern og ekstern gruppe, der konsensus skulle oppnås, fant sted postvis innen tre uker etter tverrsnittsdato og når alle skjemaer var utfylt. Her skulle hver pasient plasseres i en nivåliste konstruert av forfatterne. Denne omfatter alle typer nivåer, i og utenfor psykiatrisk sengeinstitusjon innen det psykiske helsevern, men også i andre særomsorger og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det gjaldt altså å bestemme det ideelle, men realistiske behandlingsnivå. Dette skulle også anslås for tre tidspunkter: selve tverrsnittsdatoen, for relativt nær fremtid (for eksempel etter ca. tre måneder) og langsiktig, etter ca. fem år.

Møte 2 mellom ekspertgruppene fant sted noen uker senere. Den eksterne gruppen presenterte resultatene i oversiktlige tabeller. Videre ble det gitt gjensidige tilbakemeldinger om nytten ved samarbeidet, behandlingssopplegg og prognose i forhold til skåringene. Endring av konsensus om ideelt nivå ble ikke gjort.

Begrepene intermedierpost og subakuttpost er beslektet. I rapporten etter pasientregistreringen i norsk psykisk helsevern 1999 (6) brukes også begrepet korttidsavdeling, tilsynelatende i stedet for subakuttpost. Vi har slått sammen disse tre begreper av «midt imellom» for tid og for alvorlighet. Vi bruker derfor betegnelsen intermedier for alle.

Resultater

Konsensus mellom ekspertgruppene ble som regel enkelt oppnådd. I ca. 5 % av tilfellene kom man frem til enighet/kompromiss etter omfattende diskusjon.

Den eksterne ekspertgruppen bedømte den generelle kvalitet på behandlingen i postene som god og til dels svært god. Det var helhet og bredde i tilnærmingen til miljøterapi, individualterapi, medikamentell behandling og rehabilitering. Legene var godt orientert om medikamentenes virkninger og bivirkninger. Journalene var oversiktlige og oppdaterte, og mange av medarbeiderne kunne mye om sine pasienter.

Tabell 1 viser forholdet mellom faktisk plassering og ideelt nivå i akuttpostene. Lier hadde altså 62 % feilplasserte etter denne definisjonen, mens begge de to andre sykehusene hadde langt færre: 22 %.

Tabell 2 viser ideell plassering for de pasienter som var innlagt i intermedierposter i de to avdelinger som har det. Feilplasseringsprosenten på Lier er langt mindre enn i

Tabell 1 Konsensus om ideelt, men realistisk behandlingsnivå for pasienter i akuttposter ved tre psykiatriske døgnavdelinger. Absolutte tall med prosenter i parentes

Faktisk tilbud	Ideelt nivå						
	Nåværende (%)	Intermedierpost (%)	Langtidspost (%)	Post for unge nysyke (%)	Hjem	Bo- og behandlingssenter (%)	Annet (%)
Lier, to akuttposter, n = 26	10 (38)	1 (4)	7 (26)	5 (19)	0	2 (8)	1 (4)
Lovisenberg, fire akuttposter, n = 27	21 (78)	3 (11)	2 (7)	0	0	1 (4)	0
Vinderen Diakonhjemmet, en akuttpost, n = 9	7 (78)	0	1 (11)	1 (11)	0	0	0
Alle poster, N = 62	38 (61)	4 (6)	10 (16)	6 (10)	0	3 (5)	1 (2)

Tabell 2 Konsensus om ideelt behandlingsnivå for pasienter i tre intermedierposter. Absolutte tall med prosenter i parentes

Faktisk tilbud	Ideelt nivå				
	Nåværende plassering (%)	Post for unge nysyke (%)	Hjem (%)	Annet (%)	Ut av psykisk helsevern (%)
Lier, to poster, n = 28	20 (71)	1 (4)	5 (18)	1 (4)	1 (4)
Vinderen Diakonhjemmet, en post, n = 15	11 (73)	2 (13)	2 (13)	0	0
Alle poster, N = 43	31 (72)	3 (7)	7 (16)	1 (2)	1 (2)

Tabell 3 Konsensus om behov for langvarig oppfølging i poliklinisk spesialisthelsetjeneste og/eller langtids døgnkontinuerlig støtte. Gjelder pasienter innlagt i akuttpostene ved tre psykiatriske døgnavdelinger. Absolutte tall med prosenter i parentes

Nåværende plassering	Må ha oppfølging over lang tid, fem år eller mer (%)	Må ha døgnkontinuerlig støtte over lang tid, ca. fem år eller mer (%)	Kan ikke bedømmes (%)
Lier, to poster, n = 26	22 (85)	7 (27)	4 (15)
Lovisenberg, fire poster, n = 27	24 (89)	7 (26)	0
Vinderen Diakonhjemmet, en post, n = 9	6 (67)	5 (56)	1 (11)
Alle poster samlet, N = 62	52 (84)	19 (31)	5 (8)

akuttpostene, mens på Vinderen Diakonhjemmet er den nokså lik.

Både i tabell 1 og 2 er unge nysyke psykiotiske pasienter oppført. På Lier registrerte vi ikke bare slike pasienter blant de 54 i akutt- og intermedierpostene, men i tillegg i andre poster med til sammen 74 pasienter. Ved Lier totalt ble 16 (12 %) funnet å ha behov for spesialenhet for slike pasienter. I postene på Lovisenberg og Vinderen Diakonhjemmet, med til sammen 51 pasienter, ble tre (6 %) funnet å ha samme behov umiddelbart, og ytterligere to (4 %) i nær fremtid.

Tabell 3 viser anslag av behovet for langtidsbehandling og omsorg for pasientene innlagt i akuttpostene. Over 80 % av disse syntes å ha behov for poliklinisk oppfølging i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i lang tid fremover.

Vel 30 % i akuttpostene samlet kunne trenge døgnkontinuerlig støtte, i eller utenfor psykiatrien, dels sammen med poliklinisk behandling.

Diskusjon

Som nevnt er hovedmetoden det som er kalt enighet mellom eksperter. Ekspertgrupper er brukt over et vidt felt i medisinen, til å konstruere diagnosesystemer og til å definere kunnskapsbasert medisin og fagenes status. I psykiatrien er metoden eksempelvis brukt for vurdering i akuttinntak (7) og til bestemmelse av voldsrisiko og farlighet i psykiatri og fengselsvesen (8, 9).

Bruken av mange og varierte kartleggingsinstrumenter for hver pasient gjør at vi samlet sett oppfatter vår undersøkelse som et nyttig supplement til den nasjonale pasientregistreringen i 1999 (6). Denne var en spørreundersøkelse uten mulighet for gjensidig drøfting av registreringene.

Som i denne har vi sammenliknet faktisk og ideell plassering for de innlagte pasientene. Styrken i vår metode er det nære, intensive og interaktive elementet. Svakheten er at 179 pasienter i tre avdelinger er et lavt tall å generalisere ut fra.

Ett hovedpunkt i våre funn er akuttpostenes pasientbelegg, der vi har funnet stor forskjell på faktisk og ideelt nivå. I uttalt grad gjaldt dette Lier med 62 % feilplasserte etter denne definisjonen.

Lier opplevde også overbelegg og «svingdørsbehandling» i sine innsnevrede akuttposter med mange pasienter som langtidspostene ikke maktet å ta i mot. Lovisenberg og Vinderen Diakonhjemmet hadde klart bedre forhold på denne måten med «bare» 22 % feilplasserte i akuttpostene.

I den nasjonale pasientregistreringen (6) finner vi en feilplasseringsprosent i akuttposter på 53, altså mye nærmere forholdene ved Lier enn ved de to Oslo-avdelingene. Det er for øvrig verdt å merke seg at Lovisenberg, som dekker sentrale bydeler, har tre ganger så mange akuttpostsenger på samme innbyggertall som Vinderen Diakonhjemmet. Dette har trolig sammenheng med en påvist lavere prevalens av psykiske forstyrrelser i Oslos perifere vestkant enn i sentrale bydeler (13).

Forholdene i intermediaerpostene er skisert i tabell 2, og her finner vi en feilplassering på 27–29 %. Dette samsvarer med angivelse av en firedel feilplasserte pasienter både i intermediaer- og korttidsposter i nasjonal undersøkelse (6).

Verken denne eller vår undersøkelse har altså registrert det behov som eksisterer i samfunnet for innleggelse og behandling i intermediaeravdeling. Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) (14) refererer en spørreundersøkelse til et representativt utvalg av landets primærleger i 1996. Her ble antall pasienter som trengte plass, men som ikke ble søkt innlagt på grunn av forventet avslag, estimert til 200 på landsbasis. Etter vår egen inngående erfaring er det et stort behov for frivillig innleggelse av pasienter i intermediaerpost som ikke kan imøtekommes.

En del av disse pasientene blir etter hvert så dårlige at de må innlegges i akuttpost, og da ofte ved tvangsparagraf. På den annen side viser våre funn i tabell 2 at intermediaerpostene kan holde for lenge på enkelte pasienter før utskrivning hjem, siden ideelt nivå ble vurdert til å være hjemme for en del pasienter.

I senere år er det internasjonalt lagt stor vekt på tidlig intervensjon og omfattende behandling av unge nysyke psykotiske pasienter (15). Ved Lier var behovet for dette tydelig. Der er det nå opprettet en egen enhet for slik utredning og behandling under ledelse av overlege med forskningsbakgrunn og kompetanse i feltet.

Tabell 3 viser at akuttpasienter etter nøye konsensus ble funnet å ha stort behov for langtidsbehandling og omsorg i fremtiden. Dette leder inn i utenlandsk og norsk diskusjon om samfunnets evne til å etablere tilstrekkelige psykiatriske behandlingstilbud og hvilke behandlingsnivåer som er riktige (1–6, 14, 16).

Uenighet om nedbyggingen av døgninsti-

tusjoner er nevnt i disse. Nedbyggingen medfører store utfordringer, der ikke minst presset på akuttposter har vært smertefullt for disse selv og samfunnet for øvrig. Vi ser farer i en eventuell reduksjon i antall akutt-senger fra dagens nivå. Et samfunn som vårt må alltid ha en fleksibel kapasitet for akuttinnleggelse. En viss utvidelse av døgnkapasitet synes i ferd med å komme. Dette er i tråd med den ovennevnte stortingsmeldingen (14) og Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006 (16).

Innenfor sykehusrammen legges det opp til 160 nye plasser, men det er kun for personer som fra 2002 kan dømmes til psykiatrisk behandling. Den øvrige vekst i døgnplasser, 1 185, skal legges til de distriktspsykiatriske sentre. Det er viktig at de nye enhetene ikke blir et «lettepleienivå» som fortrenger tilstrekkelig bevilgning til døgnplasser for pasienter for alvorlig syke til å være der. Enhetene kan i heldig fall fjerne mye av det behovet for flere intermediaer-, langtids- og nysyklplasser som vår undersøkelse viser er til stede. Det er ikke sikkert at dette vil skje automatisk. Følgene av opptappingsplanen (16) må følges nøye og kritisk fremover.

Litteratur

1. Trieman N, Hughes J, Leff J. The TAPS Project 42: the last to leave hospital – a profile of residual long-stay populations and plans for their resettlement. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 354–9.
2. Busfield J. *Managing madness. Changing ideas and practice.* London: Hutchinson, 1986.
3. Rogers A, Pilgrim D. *Mental health policy in Britain.* Basingstoke: McMillan, 1996.
4. Leff J, red. *Care in the community. Illusion or reality?* Chichester: John Wiley, 1997.
5. Mechanic D, Rochefort D. *Deinstitutionalization of the mentally ill. Efforts for inclusion. I: Mechanic D, red. Inescapable decisions. The imperatives of health reform.* New Brunswick: Transaction Publishers, 1994.
6. Hagen H. *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1. november 1999. NIS-rapport 5/01.* Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2001.
7. Way BB, Allen MH, Mumpower JL, Stewart TR, Banks SM. Interrater agreement among psychiatrists in psychiatric emergency assessments. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1423–8.
8. Werner PD, Rose TL, Yesavage JA. Aspects of consensus in clinical predictions of imminent violence. *J Clin Psychol* 1990; 46: 534–8.
9. Cooper RP, Werner PD. Predicting violence in newly admitted inmates. A Lens model analysis of staff decision making. *Crim Justice Behav* 1990; 14: 431–47.
10. Dahl AA. An overview of instruments used in clinical psychiatric research in the Nordic countries. *Nord J Psychiatry* 1997; 51 (suppl 39): 67–71.
11. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11–8.
12. Bunch EH, Hansen B, Landsem IP. *Kan pleiearbeid måles?* Oslo: Gyldendal, 1987.
13. Torgersen S, Cramer V, Kringlen E. *Psykiske forstyrrelser i ulike bydeler i Oslo.* *Norsk Epidemiologi* 2002; 12: 265–8.
14. St.meld. nr. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene:* 57–66.
15. McGlashan T. *Treating schizophrenia earlier in life and the potential for prevention.* *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2: 386–92.
16. St.prp. nr. 63 (1997–98). *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006.*