

# Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Helsetjenestetilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser er kritisert for manglende fleksibilitet, for mye tvangsbruk og for lite brukermedvirkning.

**Materiale og metode.** Ved en sengepost for rehabilitering av schizofrene pasienter i et distriktpsikiatrisk senter ble to av 11 senger omgjort til kriseplasser. Etter en kontraktfestet avtale fikk pasienter som var kjent ved avdelingen rett til å benytte disse plassene uten å måtte gå om primærlegen. Kriseoppholdets varighet var på inntil fem døgn med en karenstid på 14 dager mellom hvert opphold. Hos de 18 første pasientene som hadde hatt avtale i minst ett år, ble innleggelsesprofil og bruk av tvangsinnleggelser registrert og sammenliknet med tilsvarende tidsperiode umiddelbart før avtalen om kriseplass.

**Resultater.** Innleggelsesfrekvensen økte, men samlet innleggelsestid falt med 33 %. Samlet tid for tvangsinnleggelse ble om lag halvert. Gjennomsnittlig benyttet pasientene kriseplassen knapt fem ganger per år, og varigheten av hvert kriseopphold var på 2,5 døgn.

**Fortolkning.** Ved å etablere en kontraktfestet pasientrettighet og senke terskelen for innleggelse øker pasientens autonomi og tryggheten for pasient og pårørende. Dette er trolig forklaringsgrunn på det paradoksale at økt tilgjengelighet gir et lavere sengeforbruk. Studien viser at det er mulig å oppnå et samarbeid om innleggelse med brukere med alvorlig psykisk lidelse.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Stig Heskestad

she@sus.no

Margrete Tytlandsvik

Jæren distriktpsikiatriske senter  
Postboks 163  
4349 Bryne

Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet* (1) målbar en sterk kritikk av det psykiske helsevern og la grunnlaget for opptrappingsplanen (2) som ble politisk vedtatt i 1998. Tjenestene skulle fremme selvstendighet, mestring og økt livskvalitet hos pasientene. Tilbudene skulle øke i volum og preges av kvalitet, tilgjengelighet, redusert bruk av tvang samt brukermedvirkning. De mest synlige resultatene av opptrappingsplanen er utbygging av en rekke distriktpsikiatriske sentre og en kraftig utbygging av tjenestetilbudet i kommunene.

«Kriseplass» er et tilbud som sikrer lett adgang til institusjonsplass ved forverring av lidelsen. Hensikten med denne studien er å beskrive omleggingen og erfaringene ved innføring av brukerstyrte krisesenger i en sengepost ved Jæren distriktpsikiatriske senter, særlig med tanke på endringer i innleggelsesmønsteret og bruk av tvangsinnleggelser.

## Materiale og metode

Ved en spesialisert sengepost for behandling og rehabilitering av pasienter med schizofreni og schizofrenilignende lidelser ved Jæren distriktpsikiatriske senter ble to av 11 senger omgjort til kriseplasser. Senteret fungerer som et psykiatrisk lokalsykehus med 48 sengeplasser, er godkjent for tvangsbehandling og har i alt 11 legestillinger. Hensikten med ordningen var å hjelpe utskrevne pasienter gjennom en forverringsepisode med redusert funksjonsnivå, uten å måtte gå via egen lege eller legevakt. For å ha rett til å benytte krisesengene må pasienten tidligere ha vært innlagt ved denne sengeposten og ha signert en kontrakt der betingelsene er nedtegnet. Avtale om kriseopphold kan også tilbys pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (psykisk helsevernlov § 3–1.2, nåværende § 3–3), men pasienten må samtykke til kriseoppholdet. I kontrakten er det nedfelt betingelser om at oppholdet skal være kortest mulig og maksimalt fem døgn, og det må gå minst 14 dager mellom hver gang man har rett til å benytte kriseseng. Inntak på kriseplass kan skje alle dager mellom kl 7 og kl 21 etter telefonisk avtale med ansvarshavende sykepleier ved

sengeposten. Dersom disse betingelsene ikke kan innfris, må en eventuell innleggelse skje etter ordinære prosedyrer.

Brukerstyring betyr her at innleggelse og utskrivning skjer etter initiativ fra pasienten. Noen ganger er det pårørende eller det kommunale hjelpeapparatet som tar initiativet på vegne av pasienten. Holdningen til personalet i sengeposten er at terskelen for innleggelse skal være lav. I løpet av studieperioden har det så langt skjedd bare to ganger at pasienten er bedt om å vente til dagen etter fordi begge krisesengene var opptatt. Et kriseopphold bærer preg av støtte og struktur og det gjøres minst mulig terapeutiske intervensjoner som for eksempel endring av medikamenter eller terapisaamtaler.

Ordningen ble innført i januar 2005, og pasienter som man har tenkt kunne ha nytte av dette tilbudet, er fortløpende tilbudt kontrakt, vanligvis i forbindelse med en utskrivning. I praksis dreier dette seg om en pasientpopulasjon med betydelig funksjonssvikt som har vansker med å mestre en bosituasjon utenfor institusjon og som får langvarig oppfølging fra den kommunale psykiatritjenesten. Alle pasienter som i desember 2006 hadde hatt avtale om kriseplass i mer enn ett år, ble inkludert i studien. Vi som har evaluert denne ordningen er ikke en del av behandlingspersonalet ved den aktuelle sengeposten.

Undersøkelsen er gjennomført som en spillstudie (fig 1) der forløpet etter dato for inngåelse av kontrakt om kriseopphold (intervensjonsperiode) sammenliknes med tilsvarende tidsperiode umiddelbart før (kontrollperiode). Hver pasient blir da sin egen kontrollperson.

Med pasientenes samtykke er det samlet inn følgende data: diagnose, sykehistorie og demografiske opplysninger samt antall innleggelser, liggedøgn og bruk av tvangsinnleggelser for intervensjonsperiode og kontroll-

## Hovedbudskap

- Et samarbeid om kriseinnleggelser med pasienter med psykoser er mulig og fruktbart
- Lettere tilgang på sengeplass reduserer behovet og gir mindre tvangsbruk
- Brukerstyrte kriseplasser er et nyttig behandlingstilbud i rehabilitering av schizofrene pasienter

periode. For alle kriseopphold er det registrert varighet og tidspunkt for innleggelse.

Studien er vurdert og godkjent av Datatilsynet og regional komité for medisinsk forskningsetikk i Vest-Norge.

## Resultater

I alt 18 pasienter ble inkludert, 11 menn og sju kvinner. De hadde hatt avtale om kriseplass i 12–23 måneder, gjennomsnittlig 19 måneder. Samlet har disse pasientene hatt 354 måneder med kontrakt om brukerstyrt kriseplass. Kontrollperioden er like lang for hver pasient. Samlet observasjonstid (intervensjonsperiode + kontrollperiode) er på 708 måneder, som utgjør 59 pasientår.

Ved kontraktsinngåelsen bodde 15 av pasientene alene og bare tre var i et parforhold. Ingen var i lønnet arbeid, 16 mottok uførepensjon, to rehabiliteringspenger. 16 hadde schizofreni (F20 i ICD-10) som hoveddiagnose da de signerte kontrakten. Av disse ble én i løpet av intervensjonsperioden rediagnostisert til å ha en blandet personlighetsforstyrrelse. Én pasient hadde schizoaffectiv lidelse (F25) og én uspesifisert paranoid psykose (F22.9) som hoveddiagnose. Ti av brukerne hadde i tillegg et betydelig rusproblem, hovedsakelig en blanding av flere illegale rusmidler.

Pasientene kjennetegnes av lange sykehistorier og høyt forbruk av institusjonsplasser (tab 1). Samtlige hadde oppfølging av den kommunale psykiatritjenesten både i kontrollperioden og intervensjonsperioden og alle var under behandling med nevroleptika. 11 av pasientene endret boligadresse i løpet av observasjonstiden. Av disse vurderes fire å ha fått et noe bedre og to noe dårligere omsorgsnivå.

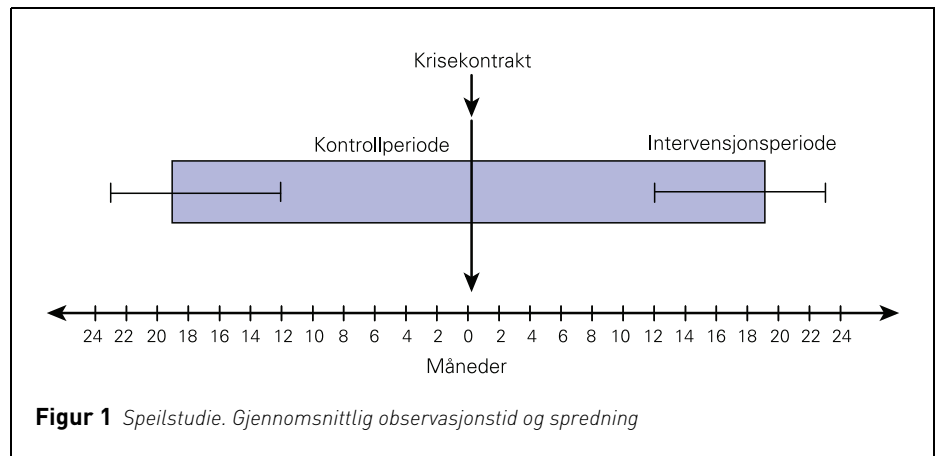
Etter etablering av kriseplassordningen skjedde det en markert endring i innleggelsesmønstret. Frekvensen av innleggelse økte på grunn av de brukerstyrte kriseoppholdene, men samlet varighet av innleggelse avtok (fig 2).

I løpet av hele observasjonsperioden (intervensjonsperiode + kontrollperiode) var 14 av de 18 pasientene innlagt på tvangsparagraf. I intervensjonsperioden var sju av de 18 pasientene under tvungent psykisk helsevern, med og uten døgnopphold, deler av perioden eller hele perioden. Dersom man studerer endring i innleggelsesmønstre under tvangsparagraf separat, ser man et liknende endringsmønster som for alle innleggelse (fig 3).

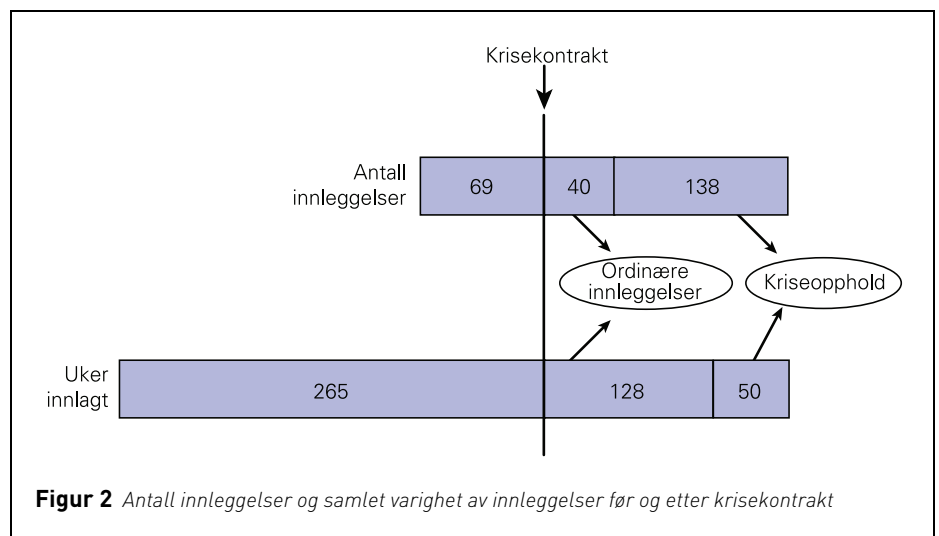
I løpet av intervensjonsperioden benyttet pasientene kriseplassen 138 ganger. Gjennomsnittlig har hver pasient benyttet kriseplass 4,8 ganger per år (fig 4), og gjennomsnittlig varighet av kriseoppholdene var 2,5 døgn (tab 2). Det var færre innleggelse i helgene enn på ukedagene for øvrig (fig 5). Krisesengene hadde en beleggspersent på 28.

## Diskusjon

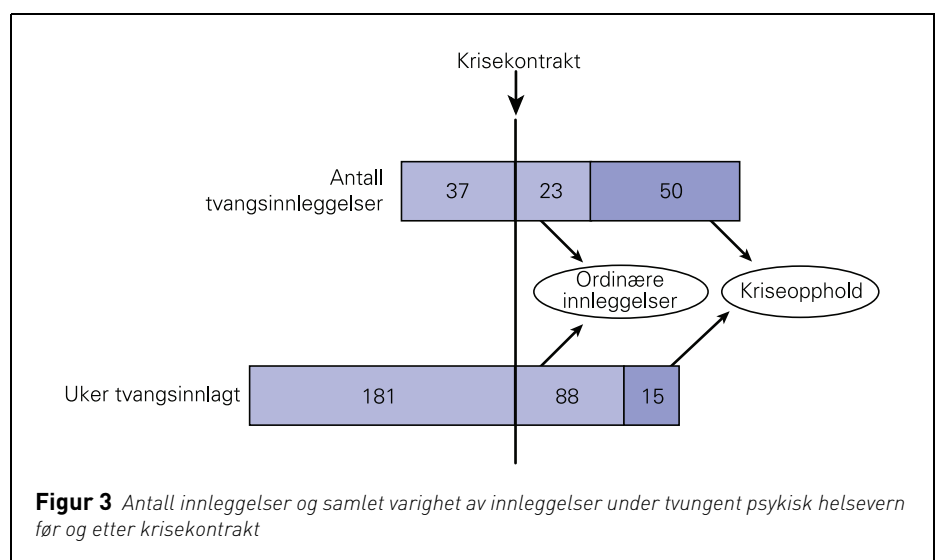
For pasienter som lider av schizofreni og for dem som bidrar i omsorgen av pasientene er



Figur 1 Speilstudie. Gjennomsnittlig observasjonstid og spredning



Figur 2 Antall innleggelse og samlet varighet av innleggelse før og etter krisekontrakt



Figur 3 Antall innleggelse og samlet varighet av innleggelse under tvungent psykisk helsevern før og etter krisekontrakt

de sentrale utfordringene å leve med og utholde restsymptomer, å unngå symptomforverring og å mestre dagliglivet. Vi fulgte pasienter som hadde langvarig sykehistorie med relativt høyt forbruk av institusjonsplasser før de undertegnet kontrakt om brukerstyrt kriseplass. En bærende idé i denne omleggingen var at krisesengene, ved å tilby rask lindring, skulle hindre større psykotiske

sammenbrudd og derved ha en tertiærprofylaktisk effekt.

### Endringer i innleggelsesmønstre

Selv om antall innleggelse økte på grunn av mange kriseinnleggelse (fig 2), er samlet bruk av sengedøgn redusert med 87 uker, en reduksjon på 33 %. En viktig side ved denne studien er anvendelsen av tvungent psykisk

**Tabell 1** Alder og sykehistorie ved inngåelse av kontrakt for 18 pasienter

	Gjennomsnitt	Spredning
Alder	32 år	24–44 år
Sykehistoriens varighet	9 år	4–14 år
Antall innleggelses	10	3–22
Samlet tid innlagt	20 måneder	3–53 måneder

**Tabell 2** Fordeling av kriseopphold etter varighet

Varighet av kriseopphold (døgn)	Antall kriseopphold	Prosent
Ett	57	41
To	30	22
Tre	11	8
Fire	17	12
Fem	23	17
Sum	138	100

helsevern. Redusert tvangsbruk er et helsepolitisk mål (3) og gunstig for samspillet mellom bruker, pårørende og behandlere. I den undersøkte pasientgruppen var det bare fire av de 18 som ikke hadde vært innlagt på tvang i løpet av observasjonsperioden. Ved å gjennomgå hele sykehistorien fant vi at samtlige inkluderte pasienter unntatt én hadde opplevd å være tvangsinnlagt. 50 av kriseoppholdene skjedde mens pasienten var under tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon. Kriseinnleggelsene var imidlertid også for disse ønsket av pasienten selv. Dermed skjedde det ikke en faktisk tvangsbruk selv om pasienten formelt var undergitt tvungent psykisk helsevern. Nedgangen i or-

dinære innleggelses på tvang var betydelig (fig 3). Samlet tid innlagt på tvang ved ordinære innleggelses ble halvert etter inngåelse av krisekontrakt.

*Bruk av krisesengene*

Før man etablerte ordningen var det innvendinger mot at den lette adgangen kunne føre til misbruk av plassene. Imidlertid har bare et mindretall av kriseoppholdene hatt den maksimale varighet på fem dager. Ved 41 % av kriseoppholdene ønsket pasienten seg utskrevet etter bare ett døgn. Ut fra dette er det rimelig å anta at brukerne forvaltet plassene etter intensjonene, ikke som en varmestue, men som et tilfluktssted ved mindre og større kriser.

Brukermedvirkning ble lovfestet i pasientrettighetsloven som en rettighet innen alle deler av helsevesenet (4, 5). I det psykiske helsevern med sine tvangslover har ideene om brukermedvirkning hatt vanskelig for å slå rot. Bak den omleggingen vi omtaler her er en vilje til å satse på medvirkning hos en brukergruppe med alvorlig sinnslidelse. Gjennom dette grepet kan brukerne få erfaringer som gir mer kontroll over eget liv og dermed redusert tvangsbruk.

Brukerstyringen impliserer at personalet ved avdelingen ikke overprøver pasientens ønske om opphold. Miljøpersonalet ved sengeposten opplyser at foranledningen kan være alt fra økte hallusinatoriske opplevelser og søvnvansker til pågang fra rusmiljø eller pengemangel. Dette er en sårbar pasientgruppe med begrenset kapasitet til å mestre stress som for andre kan være banalt. Det kjente institusjonsmiljøet kan fungere som en trygg havn som reduserer stress, virker strukturere og samlende og hindrer eskalering av symptomer.

Bruksmønstret for kriseplassene gir også annen interessant informasjon. Inntaket kunne bare skje mellom kl 8 og kl 21. Det viste seg at pasientene kom til innleggelse nokså jevnt

fordelt over dette tidsrommet og behovet for innleggelse om natten var beskjedent. Der- som situasjonen er så akutt at pasienten ikke kan vente, må innleggelse skje via legevakt. Dette registreres da som en ordinær innleggelse, ikke brukerstyrt. Undersøkelsen viser også at det ikke er en spesiell tendens hos brukerne til å oppsøke kriseplassene i helger, høytider eller ferier. Våre data tyder snarere på det motsatte.

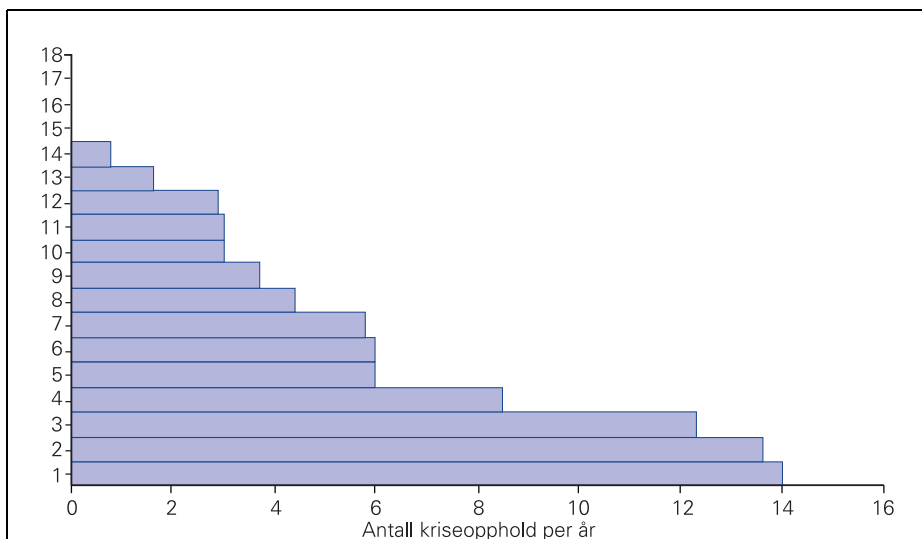
*Dimensjonering av kriseplasser*

Det ble fortløpende opprettet kontrakter også etter at våre pasienter var inkludert. Beleggsprosenten har derfor gradvis økt. Det er avgjørende at avdelingen holder sin del av kontrakten ved å kunne tilby plass umiddelbart. Dette må avveies mot en forsvarlig utnyttelse av tilgjengelige sengerressurser. Basert på denne studien antar vi at to senger kan disponeres av omkring 30 pasienter.

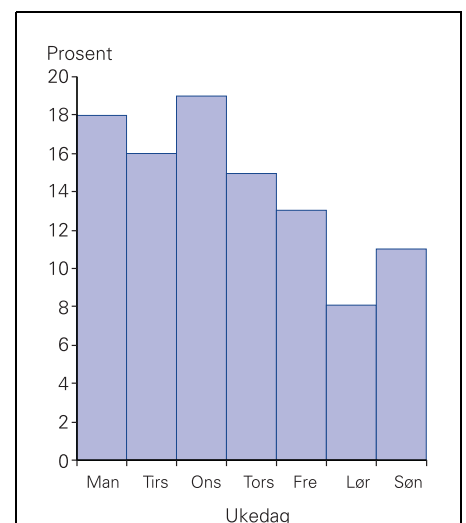
*Forbehold*

Noen forhold ved undersøkelsen gjør at funnene må tolkes med varsomhet. Materialet er relativt lite og observasjonstiden kort. Ordningen gjelder bare pasienter med schizofrenilignende tilstander. Funnene kan derfor ikke uten videre anvendes på andre pasientkategorier i psykiatrien. Utvelgelsen har skjedd etter en vurdering av om pasienten kan nyttiggjøre seg en slik ordning. Av dem som har fått tilbud, har ingen avslått. For enkelte av pasientene har det vært en viss bedring i det kommunale omsorgstilbudet, men neppe slik at dette er en tung forklaringsfaktor.

En innvending mot ordningen er at den undergraver den etablerte arbeidsdelingen mellom første- og annenlinjetjenesten. Til det er å si at pasientgruppen som inngår i studien har en så alvorlig lidelse at det er naturlig at spesialisthelsetjenesten tar ansvar også når disse brukerne ikke er i institusjon. I opptrappingsplanen understrekes nødvendigheten av et tett samarbeid mellom de forskjellige



**Figur 4** Kriseopphold per år fordelt på de 18 pasientene



**Figur 5** Prosentvis fordeling av brukerstyrt innleggelses på ukedager

nivåene i helsetjenesten rundt denne pasientgruppen. Vi ser at samarbeidspartnerne i kommunene har uttrykt stor tilfredshet med ordningen.

### Konklusjon

Etableringen av brukerstyrte kriseplasser innfridde forventningene. Pasientene viste seg tilliten verdig og benyttet plassene etter intensjonen. Totalforbruk av liggedøgn i institusjon og antall døgn med tvangsinnleggelse viste en klar nedgang. Det er særlig to forhold som peker seg ut som viktige suksessfaktorer: Ved å etablere en kontraktfestet pasientrettighet øker pasientens autonomi, og ved å senke terskelsen for innleggelse skapes økt trygghet for pasienten og de pårørende. Dette er trolig forklaringen på paradokset at økt tilgjengelighet gir lavere forbruk.

### Litteratur

1. St.meld. nr. 25 (1996–97). Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
2. St.prp. nr. 63 (1997–98). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006.
3. Rundskriv IS-1370. Tiltaksplan for reduksjon og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
4. Rundskriv IS-1315. Plan for brukermedvirkning – mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
5. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.

*Manuskriptet ble mottatt 8.5. 2007 og godkjent 26.9. 2007. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.*