



RF – Rogalandforskning. <http://www.rf.no>

**Marianne Gundersen og Terje Lie**

## **Psykiatriske tjenester i Rogaland**

Rapport RF – 2003/092

Prosjektnummer: 7201856  
Prosjektets tittel: Behov og tilbud i voksenpsykiatrien  
Kvalitetssikrer: Ståle Opedal

Oppdragsgiver: Helse Vest RHF

ISBN: 82-490-0262-8  
Gradering: Åpen

## **Forord**

Direktøren for helse- og sosiale tjenester i Rogaland fylkeskommune tok opprinnelig initiativ til denne utredningen. Bakgrunnen for prosjektet var kapasitetsproblemer ved akuttmottaket av pasienter ved Rogaland psykiatriske sjukehus (RPS). Fylkesdirektøren ønsket å sammenligne forholdene ved RPS med psykiatrisk avdeling ved Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH), som ikke hadde hatt tilsvarende vansker. I prosjektet ønsket man også å sammenligne med en institusjon utenfor Rogaland. Her ble Sandviken sykehus i Bergen valgt.

I løpet av prosjektperioden skiftet sykehusene eier ved at staten overtok og reorganiserte sykehusstrukturen. I framstillingen har vi i beholdt de gamle betegnelsene på institusjonene, men noen har skiftet navn etter statens overtakelse av sykehusene.

Undersøkelsen er dels finansiert av den tidligere Helseregion Vest og senere av Helse Vest, RHF.

## **Resymé**

Denne rapporten handler om psykiatriske tjenester i Rogaland. Rapporten retter fokus på pasientflyten i to regioner i fylket. Undersøkelsen er basert på intervjuer fra et utvalg psykiatriske institusjoner, fra psykiatritjenesten i utvalgte kommuner og tidligere psykiatriske pasienter.

I løpet av den perioden undersøkelsen er gjennomført, har de geografiske forskjellene mellom Nord- og Sør-fylket utjevnet seg en del, men det er fremdeles enkelte forskjeller i pasientflyten mellom de to regionene. I rapporten diskuteres grunnlaget for disse forskjellene.

### **Takk til bidragsytere.**

Vi retter en takk til alle ledere ved institusjoner som har gitt oss adgang til ulike avdelinger og til ansatte som har stilt opp til intervju i en travel hverdag. På samme måte retter vi en takk til ansatte i kommunehelsetjenesten. Alle har vist en positiv interesse for undersøkelsen.

Stavanger, 12. juni 2003

Terje Lie, prosjektleder

## Innhold

Sammendrag og konklusjoner .....	5
1 INNLEDNING .....	12
1.1 Psykiatrisk helsetjenester i Rogaland .....	12
1.2 Problemstillinger .....	14
1.3 Utvikling av psykiatrien de senere år .....	15
1.4 Opptrappingsplanen og stortingsmeldingen .....	16
2 METODE .....	17
2.1 Forskningsetikk .....	17
2.2 Institusjonsbesøk .....	17
2.3 Kvalitative intervjuer .....	18
2.4 Kvantitative data .....	19
3 SØR SEKTOR .....	19
3.1 Rogaland psykiatriske sjukehus .....	19
3.2 Post 1, akuttpost .....	20
3.3 Post 2, spesialpost .....	22
3.4 Post 3, allmennpsykiatrisk post .....	25
4 VARATUN PSYKIATRISKE SENTER .....	30
4.1 Tilbud på senteret .....	31
4.2 Pasientflyt og samarbeid med kommunen .....	31
5 KOMMUNEHELSETJENESTEN .....	32
5.2 Brukernes erfaringer med det voksenpsykiatriske tjenestetilbudet .....	36
6 NORD-SEKTOR .....	37
6.1 Fylkessjukehuset i Haugesund .....	37
6.2 Psykiatriske sentrene .....	40
6.3 Psykiatritilbudet i kommune 3 .....	43
7 HORDALAND FYLKE .....	44
7.1 Sandviken sykehus .....	44
7.2 Det kommunale psykiatritilbudet .....	45
8 DISKUSJON .....	48

8.1	Rammer for diskusjonen .....	48
8.2	Erfaringer .....	50
8.3	Sammenligning RPS og FiH .....	56
9	REFERANSER.....	63
	VEDLEGG .....	65

## **Sammendrag og konklusjoner**

Bakgrunnen for denne undersøkelsen var forskjeller i kapasiteten ved akuttmottak av psykiatriske pasienter ved Rogaland psykiatriske sjukehus (RPS) og Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH). RPS hadde i en periode problemer med akuttmottak av pasienter mens FiH ikke rapporterte om tilsvarende problemer. Fylkesdirektør for helse- og sosiale tjenester i Rogaland fylkeskommune ønsket å få utredet årsaker til disse forskjellene.

Formålet med denne undersøkelsen er todelt, den skal gi en beskrivelse av tjenestetilbudene i tiltakskjeden for personer med psykiske lidelser og gi en vurdering av forskjeller mellom tilbudene i Nord- og Sør-Rogaland.

Som grunnlag for denne utredningen har vi gjennomført intervjuer med ansatte i de to institusjonene, ansatte i psykiatriske sentra og kommuner som samarbeider med sykehusene om pasienter. Intervjuene er gjennomført ved hjelp av intervjuguide. Tidligere innlagte pasienter i psykiatrien er også intervjuet. I tillegg er det tatt i bruk tilgjengelig statistikk fra Samdata psykiatri fra SINTEF og statistikk fra institusjonene.

Etter at undersøkelsen ble satt i gang har både RPS og FiH foretatt endringer i sin organisering av tjenestene. RPS har endret sin praksis for akutt mottak av pasienter som har løst noe av de tidligere problemene. FiH har på sin side foretatt en omorganisering av hele den psykiatriske avdelingen.

Undersøkelsen er bredt anlagt og bygger på personlige intervju med ansatte i utvalgte poster og avdelinger i psykiatriske institusjoner og i den psykiatriske helsetjenesten i kommuner og bydeler. Undersøkelsen har et retrospektivt design.

### **Resultater**

Akuttmottaket ved RPS fungerer i dag i stor grad tilfredsstillende. Forutsigbarheten for de allmennpsykiatriske sengepostene ved RPS, når det gjelder mottak av nye pasienter er blitt bedre. Etter endringer i akuttmottaket ved RPS er forskjellene mellom RPS og FiH blitt mindre. RPS etablerte i april 2001 et akuttmottak med en oppholdstid på 24 timer for pasientene. Pasienten møter her raskt en behandler som avgjør om vedkommende skal innlegges eller kan utskrives. Akuttposten fungerer som en ”buffer” for sengeposten ved å skape mer forutsigbarhet ved innleggelse av nye pasienter. Problemene ved selve akuttmottaket ved RPS er derved forbedret.

På grunn av sektoriseringen må de allmennpsykiatriske postene ved RPS ta imot pasienter fra sine dekningsområder, selv om det er fullt på postene fra før av. Det er gjort endringer i sektorinndelingen for å kunne justere belegget på postene og derved skape bedre tilpasning mellom etterspørsel og kapasitet ved postene. Intervju viser at RPS har fått god kontroll over selve mottaket av akuttpasienter, men de allmennpsykiatriske postene sliter fortsatt med overbelegg. Belegget i 2001 var på 115 prosent på postene, i 2002 ca 104 %.

Erfaringene fra postene viser at det er en risiko for at kvaliteten av oppholdet for pasienten kan bli redusert ved overbelegg. Tidspress på ansatte som følge av stadig

overbelegg gir mindre tid til den enkelte pasient, og prioriteringer mellom oppgaver kan ha negative konsekvenser for enkelte pasienter. RPS har fortsatt utfordringer knyttet til pasientflyten. Dette gir seg ikke lenger utslag i mottaket av akutt pasienter, men oppstår når pasientene skal overføres til sektorpostene som fremdeles har overbelegg. Overbelegget kan bl.a. knyttes til begrensninger på muligheter til å skrive ut pasienter. Nytt lovverk har ført til strengere restriksjoner på hvilke pasienter som de psykiatriske sentrene kan ta inn, med tilsvarende begrensninger i forhold til hvem som kan skrives ut fra sykehuset.

Samhandling og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er til tider et av de svakere punkter i tiltakskjeden. Kvaliteten på samhandlingen mellom 2. og 1. linjetjenesten varierer mellom institusjonene og lokalmiljøet. God kvalitet på samhandlingen synes å være knyttet til gode relasjoner mellom ansatte i ulike deler av tiltakskjeden. Generelt ser det ut til å være behov for en mer systematisk kvalitetssikring av tjenester i overgangen mellom forvaltningsnivåene. Informasjonsflyten er til tider manglende og ufullstendig og medfører at viktig informasjon om brukeren ikke når fram. Skal behandlingsnettverket rundt pasientene ha en fullgod funksjon, er det nødvendig med klare ansvarsforhold og retningslinjer for informasjonsflyten.

Forklaringen på forskjeller i pasientflyten mellom Nord- og Sør-fylket er sammensatt. Vi skal her peke på enkelte forhold som kan bidra til å forklare forskjellene.

- Størrelse: Forskjeller i praksis og drift som kan skyldes svært ulik størrelse på de to institusjonene samt forskjeller i befolkningstørrelse i dekningsområdene.
- Tallet på behandlingsplasser i sykehus og psykiatriske sentra.
- Personellfaktor.
- Sammensetning av pasienter, spesielt når det gjelder liggetider.
- Kontakt og samhandling mellom sykehus og eksterne parter som psykiatriske sentra og kommunehelsetjenesten.
- Organisering av poster.
- Tilbud i kommunehelsetjenesten.

Andelen tvangsinnleggelse kunne ha vært et aktuelt mål å sammenligne institusjonene på. Statistikk over dette er imidlertid ufullstendig for de to institusjonene RPS og FiH, i følge Samdata Psykiatri (SINTEF).

### **Størrelse**

RPS er en betydelig større institusjon enn FiH i antall sengeplasser og dekker en langt større region enn FiH. RPS hadde i 2000 180 døgnplasser mot 41 ved FiH, RPS er altså over fire ganger så stort som FiH. RPS betjener landets tredje største tettstedsregion etter Oslo og Bergen. I realiteten kan vi si at FiH er på størrelse med et distriktpsikiatrisk senter. RPS har et dekningsområde med en befolkning på drøyt 216 000 personer 18 år og eldre mot 66 000 personer i sektoren som dekkes av FiH.

Skalaforskjeller representerer utfordringer for RPS når det gjelder kommunikasjon, informasjonsflyt og koordinering av tjenester internt og eksternt. Data tyder på at man i FiH-systemet har vært flinke til å utnytte smådriftsfordeler knyttet til produksjon av tjenester og bruk av lokal kunnskap.

Våre funn må forståes på bakgrunn av denne type forskjeller i rammebetingelser.

### **Behandlingsplasser og personellfaktor**

Forhold som tallet på heldøgnplasser og personellfaktor<sup>1</sup> vil også ha betydning for forskjeller i kapasitetsutnyttelse i Nord- og Sør-fylket. Nord-fylket hadde i 1999 samlet sett et større antall heldøgnplasser per innbygger enn tilsvarende tall for Sør-fylket. Den større kapasiteten i nord, spesielt når det gjelder plasser i psykiatriske sentra, bidrar til å lette presset på sykehusets kapasitetsutnyttelse.

FiH hadde i tillegg en høyere personellfaktor enn RPS samme år<sup>2</sup>. I beregningen av personellfaktoren er sikkerhetsposten ved RPS inkludert (Samdata psykiatri 2000). Dette er en sektorovergripende tjeneste med høy bemanning og FiH har altså ikke en tilsvarende post. Forskjell i personellfaktor mellom RPS og FiH for sammenlignbare poster er dermed reelt sett større enn det som går fram av statistikken. Personellfaktoren er avhengig av tallet på heldøgnopphold og årsverk ved institusjonene og varierer derfor noe fra år til år. I 2000 hadde RPS en noe høyere personellfaktor enn FiH, men forskjellen var liten. I 2001 hadde FiH igjen høyest personellfaktor. Personellfaktoren er et ressursmål for institusjonene. Tallene for RPS og FiH viser at FiH over tid har hatt en viss fordel på dette punktet.

### **Pasientsammensetning**

Vi har ikke funnet systematiske forskjeller i pasientsammensetningen når det gjelder diagnoser, så langt vi har opplysninger. RPS har imidlertid en større andel pasienter med behov for langtidsopphold enn FiH. Statistikk over oppholdsdøgn viser at RPS har et høyere antall liggedøgn for uavsluttede døgnopphold. Gjennomsnittet for RPS er 203 liggedøgn mot 101 for FiH<sup>3</sup>. Dette skyldes i hovedsak at RPS har et fylkesdekkende ansvar for særlige vanskelige og farlige pasienter i sin sikkerhetspost. Forskjellen i gjennomsnitt mellom RPS og FiH skyldes i stor grad at RPS har et større antall pasienter med oppholdstid over ett år. Ved RPS utgjorde andelen med en oppholdstid **over 1 år** 17 prosent av alle uavsluttede opphold mens tilsvarende tall for FiH var tre prosent.

---

<sup>1</sup> Kilde: Definisjon på personellfaktor er sum årsverk til heldøgnbehandling multiplisert med 365/sum oppholdsdøgn i året. Samdata psykiatri. Sintef Unimed. 2000.

<sup>2</sup> Personalfaktor for RPS var i 1999 2,2 mot 2,4 ved FiH. Til sammenlikning hadde Sandviken sykehus en faktor på 2,5. Kilde: Samdata psykiatri. Sintef Unimed. 2000.

<sup>3</sup> Kilde: Samdata Psykiatri. 2000. Tall for 1999. SINTEF Unimed.

Sammenlignet med andre større psykiatriske sykehus er andelen langtidspasienter (pasienter med oppholdstid over 1 år) ikke spesielt stor ved RPS. Til sammenligning kan nevnes at Sandviken sykehus hadde en andel på 16 prosent i 1999, Regionsykehuset i Tromsø, psykiatrisk avdeling hadde en andel på 23 prosent, Sanderud sykehus 23 prosent og Blakstad sykehus 21 prosent.

Når det gjelder oppholdstider **under ett år** er forskjellene mellom institusjonene ikke store. Det er langtidspasientene som trekker gjennomsnittet kraftig opp på RPS. Sett på bakgrunn av de psykiatriske sykehusene sin rolle som spesialistinstitusjoner, gir institusjonen plass til pasienter som burde hatt plass på et lavere omsorgsnivå. Med en prosentvis større andel behandlingsplasser som blir opptatt av langtidspasienter på for høyt omsorgsnivå, vil noe av fleksibiliteten i utnytting av kapasiteten bli mer begrenset ved RPS sammenliknet med FiH.

Årsakene til situasjonen ved RPS kan skyldes mangel på adekvate tilbud på lavere omsorgsnivå i de aktuelle områdene, med den konsekvens at pasientene ikke skrives ut. Som vist er tallet på behandlingsplasser per 1000 innbyggere for alle institusjonstyper lavere i Sør- enn i Nord-fylket. Denne problemstillingen er imidlertid mest aktuell for Sør-fylket. I Nord-fylket er sirkulasjonen i tiltakskjeden mer effektiv, og det er ikke den samme tendens til langtidsopphold ved sentrene som i sør.

Også de psykiatriske sentrene har mange pasienter med svært lang liggetid ved institusjonen. Sentrene ønsker å satse sterkt på rehabilitering med sikte på at pasienten skal mestre livet utenfor institusjon, mens mye ressurser i realiteten går til pasienter som i stor grad burde hatt et kommunalt tilbud. Rehabiliteringsidealer blir vanskelig å følge opp, og dette går ut over de svakeste pasientene. En konsekvens er at langtidspasienter ikke får et tilbud som er tilpasset deres behov, verken i sykehus eller i psykiatriske sentre.

### **Samarbeidsrelasjoner**

Samarbeid mellom sykehus og psykiatrisk senter har betydning for pasientflyten. I Nord-fylket hadde man en lang tradisjon for et nært samarbeid mellom psykiatrisk avdeling (psykiatrisk blokk), de psykiatriske sentrene i regionen og 1. linjetjenesten. Vårt materiale tyder på at et tett samarbeid og nære relasjoner mellom ansatte i sykehus, ved sentrene og i kommunene har bidratt til en god utnyttelse av kapasiteten. Det tette samarbeidet mellom sykehuset og de psykiatriske sentrene om pasienter, framheves spesielt i Nord-fylket. Nord-fylket har her smådriftsfordeler i forhold til Sør-fylket. Selv om vi har framhevet disse kvalitetene ved samarbeidet mellom institusjoner i Nord-fylket, betyr ikke dette at det tilsvarende samarbeidet i Sør-fylket er dårlig.

Ved RPS framheves vektleggingen av kontinuitetsprinsippet som også gir grunnlag for gode samarbeidsrelasjoner mellom postene og eksterne samarbeidsparter som kommunehelsetjenesten og de psykiatriske sentrene. Andre opplysninger fra RPS viser at ansatte ved postene kan ha et nært samarbeide med eksterne parter gjennom møtevirksomhet med kommunen, kontakt med pårørende osv. Våre data viser likevel at ansatte i kommunehelsetjenesten i Sør-fylket oppfattet at ansatte ved RPS kunne ha for liten forståelse for kommunehelsetjenestens muligheter til å gi utskrevne pasienter et relevant tilbud. Sykehusets forventninger til kommunehelsetjenesten var ikke alltid i



samsvar med det tjenestetilbudet kommunen kunne tilby. Bildet av RPS som et system uten helt god kontakt med omgivelsene er derfor ikke entydig. Også i Sør-fylket har man en stabil kjerne av ansatte, men igjen kan de mer oversiktlige forholdene i Nord-fylket bidra til en enklere beslutningsprosess knyttet til utskriving og overføring av pasienter.

FiH har etablert en praksis ved institusjonsopphold med vekt på å få pasienter til å klare seg i lokalsamfunnet, bl.a. med aktiv bruk av permisjoner for inneliggende pasienter. Tilsvarende praksis har man ved RPS. Her ligger derfor antakelig ikke noen avgjørende forskjell mellom RPS og FiH. Det ser ikke ut til å være betydelige forskjeller i ressursene i kommunehelsetjenesten mellom de to sektorene.

### **Sykehusstruktur**

RPS og FiH har i hele den aktuelle perioden praktisert ulik organisering av postene. RPS er organisert med allmennpsykiatriske poster med det formål å sikre kontinuitet i behandlingen, slik DPS-tenkningen nå legger til rette for også ellers i landet. En mulig utfordring ved allmennpsykiatriske poster kan være at pasienter i mange kategorier og faser av behandlingen er samlet på samme post. Alle postene har bl.a. akutt syke pasienter og skjermingsavsnitt. Tiden som brukes på krevende pasienter kan gå på bekostning av pasienter som opptrer mer rolig og som har andre behov for oppfølging, noe som er uttrykt i denne undersøkelsen. Andre undersøkelser har imidlertid vist at pasienter finner seg godt til rette på allmennpsykiatriske poster.

FiH har spesialiserte poster, men kontinuitet i behandlingen blir i praksis og ivaretatt her nettopp for forholdene er mer oversiktlige og kommunikasjon innad i sykehuset og eksternt blir enklere.

Bare en av postene ved FiH (langtidsposten) har hyppig kontakt med sentrene. Dette gjør kommunikasjon og oversikt enklere og legger forholdene tilrette for å sikre kontinuitet i behandlingen overfor pasientene. FiH kan dra fordel både av spesialiserte poster og kontinuitet i behandlingen.

### **Avslutning**

Psykiatrireformen som har vært gjennomført de siste 20 årene har endret på noen fundamentale forhold ved de psykiatriske tjenestene. Mens pasienten tidligere ble værende i institusjon i årevis, er det nå en økt sirkulasjon av pasienter i behandlingsskjeden og flere pasienter får på den måten tilbud om spesialiserte tjenester. Store pasientgrupper har imidlertid fortsatt behov for organisert hjelp og omsorg. I stor grad må de psykiatriske sentrene gi slike tilbud og må derved overta noe av den funksjonen de gamle psykiatriske sykehusene hadde. Ideologien ved sentrene er å drive aktiv rehabilitering og gjøre pasientene i stand til å klare seg i lokalsamfunnet, men tilbudet for vernede boligtilbud er fremdeles for lavt i kommunene.

I Nord-fylket har man fått til en større pasientsirkulasjon enn i sør, med mindre andel langtidspasienter ved psykiatrisk avdeling, selv om det kommunale tilbudet ikke er vesentlig bedre i nord. De psykiatriske tjenestene i Nord-fylket har hatt en fordel av større sengekapasitet ved de psykiatriske sentrene samtidig som en stabil kjerne ansatte med god lokalkunnskap har bidratt til en effektiv utnytting av lokale muligheter. I

tillegg har personellfaktoren vært høyere ved FiH, dvs at det har vært flere ansatte målt i forhold til tallet på heldøgnsopphold. Dette kan ha bidratt til en bedre avvikling av behandlingsoppgaver.

### **Anbefalinger**

En utfordring for sykehusene ser ut til å være logistikk både internt i sykehuset og mellom sykehus og eksterne parter, særlig kommunehelsetjenesten. Dette gjelder antakelig i særlig grad den største institusjonen RPS.

Et forslag til kvalitetsutvikling vil derfor være å satse sterkere på systemer for kvalitetssikring både for oppgaver innad i postene og mellom postene og kommunen. I forhold til kommunen vil et forslag være å inngå avtaler knyttet til inn- og utskriving av pasienter (Gundersen m. fl. 2001).

Innad i postene vil det være aktuelt med systemer for kvalitetssikring av personalansvar for inneliggende pasienter, oppfølging av journaler og kvalitetskriterier for behandlingsopplegg for den enkelte pasient. Her kan en også tenke seg en bedre utnytting av individuelle planer.

Når det gjelder kapasitet i psykiatriske sentra, har det skjedd endringer siden 2001. Dispensasjon til å ta i mot pasienter på tvang er falt bort for sentra uten godkjenning som distriktpsikiatriske senter. Dette vil begrense bruken av plasser i sentrene. I nord er det planlagt en reduksjon i tallet på plasser ved nedlegging av et senter.

Sentrene ser ut til å være et viktig ledd i tiltakskjeden som skaper fleksibilitet i plassutnyttelse mellom sykehus og senter. En god balanse mellom kapasitet i sykehus og senter bør derfor tilstrebes. RPS har en større andel tyngre pasienter, en styrking av sentrene vil derfor være av spesiell betydning her.

Sett på bakgrunn av RPS sitt sektorovergripende ansvar for sikkerhetspost, bør det vurderes å styrke personellfaktoren på RPS sett på bakgrunn av tall fra 1999<sup>4</sup> (Samdata Psykiatri). Personellfaktoren var det året lavere på RPS enn ved FiH og lavere enn landsgjennomsnittet for psykiatriske sykehus.

---

4 Fra 2000 oppgir ikke Samdata psykiatri personellfaktor fordelt på institusjon.

## Forkortelser

- DSP Distriktpsykiatriske senter
- FiH Fylkessjukehuset i Haugesund. Navnet er nå Haugesund sykehus, og er en del av Helse Fonna HF. Tidligere psykiatrisk avdeling heter nå psykiatrisk blokk.
- RPS Rogaland psykiatriske sjukehus. Navnet er nå psykiatrisk klinikk, og er en del av Helse Stavanger - Sentralsjukehuset i Rogaland HF.
- SiR Sentralsjukehuset i Rogaland. Del av Helse Stavanger HF.

# 1 Innledning

Utgangspunktet for denne undersøkelsen var et initiativ fra den daværende fylkesdirektøren for helse- og sosialtjenester i Rogaland. Det var observert forskjeller i pasientstrømmene i mellom Nord- og Sør-Rogaland. I sør-fylket hadde man hatt stort overbelegg ved Rogaland psykiatriske sjukehus, mens man ikke hadde erfart tilsvarende problemer ved psykiatrisk avdeling, Fylkesjukehuset i Haugesund.

Fylkesdirektør for helse- og sosialtjenester ønsket på denne bakgrunn en utredning av forholdene. Aktuelle spørsmålsstillinger var om forskjellene kunne skyldes ulikt antall sengeplasser i de to regionene, forskjeller i sykelighet eller forskjeller i samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

RPS rapporterte selv om den vanskelige situasjonen til fylkesadministrasjonen. Tilsynsbesøk fra Fylkeslegen i Rogaland endte med at fylkeskommunen fikk varsel om pålegg fra Helsetilsynet om å forbedre forholdene ved sykehuset. Institusjonen fikk ressurser til å åpne en akuttpost samt å utvide med ni plasser på avdelingen på Dale.

Før prosjektet kom i gang, ble det foretatt endringer ved de tre psykiatriske sykehusene. RPS foretok en omorganisering og opprettet et eget akuttmottak med 24 timers opphold for pasientene.

Fylkessjukehuset i Haugesund gjennomførte en omorganisering. Psykiatrisk avdeling ble omgjort til psykiatrisk blokk.

Sandviken sykehus gikk på sin side igjennom en lang endringsprosess med sikte på en mer effektiv drift. Vi kom ikke kontakt med sykehuset før de interne prosessene var gjennomført, i slutfasen av prosjektet. Omfanget av intervjuer og datainnsamling ved Sandviken ble derfor redusert i forhold til de opprinnelige planene. Rammebetingelsene for driften ved flere av de aktuelle institusjonene i prosjektet ble dermed endret før denne undersøkelsen kom i gang.

Den vesentligste delen av rapporten vil derfor dreie seg om de to regionene i Rogaland, sør- og nord sektor.

## 1.1 Psykiatrisk helsetjenester i Rogaland

Institusjonpsykiatrien i Rogaland er organisert i to regioner med dekningsområder i Sør- og Nord-fylket. Rogaland psykiatriske sjukehus dekker spesialisttjenestene i sør. Regionen har 9 distriktpsikiatriske sentra. Region sør dekker 17 kommuner mens region nord dekker 10 kommuner inklusive to kommuner i Hordaland fylke.

RPS disponerte i 2001 i alt 126 døgnplasser mens de psykiatriske sentrene til sammen hadde 251 plasser inklusive ett DPS (distriktpsikiatrisk senter med 48 plasser). Befolkningsgrunnlaget for RPS sitt dekningsområde var på 203 546 personer 18 år og eldre.

I forhold til befolkningen hadde sør-fylket 5,70 sykehusplasser per 10 000 innbyggere, 2,35 DPS plasser og 9,97 plasser ved psykiatriske sentrene. Tallet på plasser samlet var 18,02 per 10 000 innbyggere (Kilde: Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006).

I Nord-fylket dekkes spesialisttjenestene av psykiatrisk avdeling (nå: psykiatrisk blokk), ved Fylkessjukehuset i Haugesund. Regionen har 5 psykiatriske sentre, men ingen godkjente distriktskykiatriske sentre.

Psykiatrisk avdeling disponerte i 2001 i alt 41 døgnplasser mens det var 108 senterplasser. Innbyggertallet var 66 887 personer 18 år og eldre. I forhold til folketallet hadde regionen 6,14 sykehusplasser per 10 000 innbyggere og 16,15 senterplasser. Samlet hadde regionen 22,30 plasser per 10 000 innbyggere mot 18,02 plasser i region sør.

Som det går fram av tallene, har Nord-fylket en bedre dekning både av sykehusplasser og av plasser i psykiatriske sentra i forhold til befolkningsstørrelsen sammenlignet med sør-fylket. I og med åpningen av Jæren psykiatriske senter i regionen har sør-fylket en bedre dekning av DPS plasser, noe som innebærer en bedre faglig bemanning enn på sentrene. Et DPS kan av den grunn ta i mot pasienter som er innlagt på tvang, i motsetning til sentrene.

Forhold som tallet på heldøgnplasser og personellfaktor<sup>5</sup> vil ha betydning for forskjeller i kapasitetsutnyttelse i Nord- og Sør-fylket. Nord-fylket hadde i 1999 samlet sett et større antall heldøgnplasser per innbygger enn tilsvarende tall for Sør-fylket. Den større kapasiteten i nord, spesielt når det gjelder plasser i psykiatriske sentra, bidrar til å lette presset på sykehusets kapasitetsutnyttelse.

FiH hadde i tillegg en høyere personellfaktor enn RPS samme år<sup>6</sup>. I beregningen av personellfaktoren er sikkerhetsposten ved RPS inkludert (Samdata psykiatri 2000). Dette er en sektorovergripende tjeneste med høy bemanning og FiH har altså ikke en tilsvarende post. Forskjell i personellfaktor mellom RPS og FiH for sammenlignbare poster er dermed reelt sett større enn det som går fram av statistikken. Personellfaktoren er avhengig av tallet på heldøgnopphold og årsverk ved institusjonene og varierer derfor noe fra år til år. I 2000 hadde RPS en noe høyere personellfaktor enn FiH, men forskjellen var liten. I 2001 hadde FiH igjen høyest personellfaktor. Personellfaktoren er et ressursmål for institusjonene. Tallene for RPS og FiH viser at FiH over tid har hatt en viss fordel på dette punktet. Dette kan være en indikator på at RPS har pasienter med behov for lengre oppholdstid enn tilsvarende for FiH (RPS ligger på landsgjennomsnitt). SAMDATA viser at andel langtidspasienter har meget stor innvirkning på antall liggedøgn. Dette kan være en indikator på at RPS har pasienter

---

<sup>5</sup> Kilde: Definisjon på personellfaktor er sum årsverk til heldøgnbehandling multiplisert med 365/sum oppholdsdøgn i året. Samdata psykiatri. Sintef Unimed. 2000.

<sup>6</sup> Personalfaktor for RPS var i 1999 2,2 mot 2,4 ved FiH. Til sammenlikning hadde Sandviken sykehus en faktor på 2,5. Kilde: Samdata psykiatri. Sintef Unimed. 2000.

med mer alvorlige plager enn tilsvarende for FiH, men kan også være et tegn på at det er vanskeligere å få til en god pasientsirkulasjon i sør-fylket. Forskjellene kan også bety at FiH har en annen utskrivningspraksis enn RPS og utnyttet kapasiteten i regionen på en annen måte enn RPS.

## 1.2 Problemstillinger

Utgangspunktet for denne utredningen var forskjeller i pasientsirkulasjonen i Sør- og Nord-Rogaland. Ved RPS hadde man problemer med sykehusets kapasitet til å ta imot øyeblikkelig hjelp mens man ikke hadde tilsvarende erfaringer fra Nord-fylket. Forholdene knyttet til akuttmottak er bedret på grunn av tiltak som RPS satte i verk, men som vi senere kommer inn på, har RPS fremdeles utfordringer når det gjelder pasientstrømmen.

Ved starten av prosjektet satte vi opp aktuelle forklaringer på forskjeller i pasientstrømmer i det to sektorene.

Aktuelle forklaringer på forskjeller i tjenesten kan være:

- Sosiale og demografiske faktorer som påvirker etterspørsel
- Antall behandlingsplasser og dekningsgrad i geografisk område
- Pasientsammensetning, diagnoser, pasientkarrierer, tid i psykiatrisk institusjon, nye tilfeller og omfanget av reinnleggelser
- Forskjeller i organiseringen av de psykiatriske avdelingene
- Behandlingsmodeller
- Personellsammensetning, spesialister mm
- Bruk av behandlingsgaranti
- Poliklinikkens rolle i behandlingen, pasientkategorier, samarbeid med sengeavdelinger, prioritering av pasientgrupper mellom poliklinikk og privatpraktiserende spesialister
- Bruken av psykiatriske sykehjem/psykiatriske sentre
- Ressursbruk
- Bruk av tvangsparagrafer, klager til Kontrollkommissjonen
- Rapporterte klager på tvangsbehandling (tvangstiltak og tvangsmedisinering) til fylkeslegen.
- Tilbud for personer med psykiske plager i kommunene
- Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Primærlegenes rolle når det gjelder behandling og henvisninger, rutiner for henvisning.

På grunn av endringer i tilbudene både ved RPS og FiH da prosjektet tok til, har det vært mindre aktuelt å gå inn på alle de aktuelle forklaringsfaktorene. Erfaringene med den nye organiseringen ved FiH hadde vart ganske kort tid, da vi oppsøkte institusjonen. Det var derfor for tidlig å trekke endelige konklusjoner knyttet til den nye organisasjonsmodellen.

### **1.3 Utvikling av psykiatrien de senere år**

Omstruktureringen av de psykiatriske helsetjenestene de siste 20-30 årene har ført til en kraftig nedgang i antall døgnplasser mens antall pasienttilfeller har økt (Lie 1994, Samdata 2001). En konsekvens av dette er en langt større sirkulasjon av pasienter i institusjonene mens en økende andel av de innlagte pasientene er gjengangere. Samtidig endres forventningene til de psykiatriske sykehusene. De skal bli mer effektive, yte hjelp på et spesialisert nivå og i mindre grad ta seg av langtidspleie. Det er plass til færre pasienter i behandlingsinstitusjonene, men de forventes få bedre og mer differensiert hjelp.

Endring i tallet på heldøgns plasser de siste ti årene har ikke vært spesielt dramatisk for sykehusenes vedkommende, med en nedgang på 6 prosent. Reduksjon i kapasiteten ved andre psykiatriske institusjoner har derimot vært større. Der har det vært en kapasitetsnedgang på 31 prosent (Samdata 2001). I løpet av omstrukturingsfasen fra omkring 1980 til tidlig i 1990-årne var nedgangen i antall plasser en god del større, men tallet på pasienter som har fått behandling på sykehusene har samtidig økt betydelig.

De tidligere psykiatriske sykehjemmene har de siste årene endret sine oppgaver. De skal nå i større grad kunne tilby mer differensierte psykiatriske tjenester som distriktpspsykiatriske sentra. Oppgaven består dels i å avlaste sykehusene ved å ta imot pasienter som ikke kan skrives ut direkte til egen bolig, samt å kunne tilby oppfølging i form av behandling, rehabilitering eller langtidsopphold. Andre oppgaver er rettet mer mot hjemmeboende personer med psykiske lidelser i form av korttidsopphold, kriseplasser og dagtilbud.

De psykiatriske poliklinikkene gir dels tilbud til en populasjon pasienter med jevnt over lettere lidelser enn pasienter som krever innlegging i døgninstitusjon, men de gir også tilbud til denne gruppen.

Samlet representerer de psykiatriske tjenestene en kjede av tilbud, fra spesialiserte tilbud i psykiatriske sykehus til distriktpspsykiatriske sentre, psykiatriske poliklinikker og tjenester i kommunene.

For å opprettholde sitt mål om relativt kortvarige spesialiserte tjenester, må det være tilgjengelige plasser i de psykiatriske sentrene. Med målsetting om at flest mulig pasienter skal kunne bo i egen bolig, må kommunen kunne skaffe ulike boligløsninger og tilby tiltak med sikte på å redusere behov for nye innleggelse i institusjon.

En viktig del av psykiatireformen var regionalisering av tjenestene. Etter dette prinsippet ble tjenestene regionalisert innen de enkelte fylkene. Mens de store, og ofte gamle, psykiatriske sykehusene hadde fungert som sentralinstitusjoner for et helt fylke,

fikk sykehusene nå ansvar for spesielle regioner. Både Rogaland og Hordaland har gjennomført en slik regionalisering.

## 1.4 Opptappingsplanen og stortingsmeldingen

I Stortingsmelding nr 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene skisseres at noen av hovdeproblemene for mennesker med psykiske lidelser skyldes en behandlingsskjede som ikke fungerte tilfredsstillende. Bristene i behandlingsskjeden synliggjøres ved at det forebyggende helsearbeidet er for svakt, kommunen har et for dårlig utbygde tilbud, tilgangen til spesialisthelsetjenesten er vanskelig, opphold i institusjon blir ofte kortvarig, utskrivinger av pasienter er ikke godt nok planlagt og den oppfølging pasientene får i kommunen er ikke god nok.

I St.prp. nr. 63 (1997-998) om Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2006) legges det blant annet opp til følgende tiltak:

- styrke tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp
- omstrukturere og bygge ut voksenpsykiatrien, - satse på kommunenære tiltak som distriktpsikiatriske sentre (DPS)
- styrke brukerrettede tiltak.

En opprustning av det kommunale tjenesteapparatet er nødvendig. Det legges tilrette for statlig styring gjennom bruk av øremerkede tilskudd, og det stilles krav om kommunale planer før tildeling av øremerkede midler. Opptappingsplanen understreker at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ikke skal organiseres som særomsorg, men være en integrert del av kommunenes generelle tjenesteapparat. Men det må samtidig legges tilrette for spesifikke tiltak tilpasset mennesker med psykiske lidelser. Fokus på den psykiske lidelsen skal i størst mulig grad flyttes vekk fra diagnosen og isteden rettes mot psykososial funksjonsevne og mestring. Denne tilnærmingen krever både tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, for at det skal utvikles gode og helhetlig individuelle tilbud.

I Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 beskrives utbygging av de psykiatriske sentrene (DPSene) som et av hovedsatsingsområde. De psykiatriske sentrene skal ha en viktig støttefunksjon i forhold til de kommunale helse- og sosialtjenestene. De skal gi råd og veiledning til samarbeidspartnere i kommunene, de skal yte polikliniske og ambulante tjenester til pasienter i kommunene, samt at de skal tilby korttids kriseopphold for hjemmeboende og langtidsbehandlingsopphold og rehabilitering.

Brukermedvirkning er en forutsetning for å bedre helsetjenestens kvalitet og sees som et viktig element i realiseringen av Opptappingsplanen. I dette ligger det at brukerne av helsetjenesten skal ha mulighet for å kunne delta i utvikling av de tjenester som de mottar. Den enkelte bruker skal ha mulighet for å få formidle kunnskap om sin egen situasjon, behov og muligheter.



Samlet sett legger Opptrappingsplanen opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus.

## **2 Metode**

Prosjektet er gjennomført i helseregion Vest med to regioner i Rogaland samt en region i Hordaland. De sentrale undersøkelsesenheter i prosjektet har vært Rogaland psykiatriske sjukehus, Fylkessjukehuset i Haugesund, psykiatrisk avdeling og Sandviken psykiatriske sjukehus. Vi har videre valgt Varatun, Aksdal og Lysskar psykiatriske sentre i Rogaland for å belyse sentrenes rolle i behandlingsskjeden. For å kartlegge det kommunale tilbudet og samhandlingen mellom 1. og 2. linje tjenesten har vi valgt ut fire kommuner, en i Hordaland samt tre i Rogaland. Vi har innhentet informasjon om behandlingstilbud sett fra brukernes side gjennom intervju med et utvalg tidligere innlagte brukere.

### **2.1 Forskningsetikk**

Alle undersøkelsesenheter og informanter i prosjektet er anonymisert. Forskerteamet har skrevet under på Rogaland psykiatriske sjukehus sin taushetserklæring når det gjelder de opplysninger vi har fått tilgang til gjennom vårt feltarbeid ved sjukehuset.

Intervjuhenvendelsene har i de aller fleste tilfeller vært rettet til ledelsen ved de ulike undersøkelsesenheter (sengeposter, psykiatriske senter og kommuner). Disse har fått en muntlig og skriftlig orientering om prosjektet og har videre forespurte sine ansatte om de kan tenke seg å være informanter i prosjektet. Når det gjelder forespørsler om intervjuer til behandlerne har det i praksis vært enklest å rette disse direkte til de aktuelle informanter. Henvendelsen har blitt gjort via telefon og skriftlige på e-post.

Når det gjelder brukerintervjuene ble intervjuforespørselen rettet til psykiatriavdelingen i den aktuelle kommunen og de ansatte der forespurte brukere de mente kunne tenke seg å delta i prosjektet. De ordet videre intervjuavtalene med disse slik at vi i forskerteamet ikke var i kontakt med brukeren før selve intervjuet. I henhold til retningslinjer gitt av etisk komité medfører denne framgangsmåten at prosjektet ikke behøver godkjenning fra etisk komité.

### **2.2 Institusjonsbesøk**

Utgangspunktet for prosjektet har vært den konkrete situasjonen ved Rogaland psykiatriske sjukehus og pasientstrømmen der. Etter samtaler med ledelsen ved Rogaland psykiatriske sjukehus ble det besluttet at forskerteamet skulle tilbringe noen dager som observatører ved noen utvalgte poster ved sjukehuset for å 'bli kjent' med organisasjonen. Hensikten med disse dagene var at vi ønsket å komme tett innpå

organisasjonen, både ansatte og pasienter, for å danne oss et best mulig inntrykk av pasientsirkulasjonen inn og ut av sykehuset og problemstillinger knyttet til dette. I forkant av disse dagene ble det sent ut et introduksjonsbrev til postene hvor prosjektet kort ble presentert samt formålet med dagene.

Den første 'bli kjent dagene' ved sjukehus ble innledet ved mottakelse posten. Vi møtte på vakt om morgenen og tilbrakte dagen som observatører. I løpet av vekten var vi med på mottakelse av nye pasienter samt at vi fulgt en/noen av pasientene som var innlagt videre til sengepost for å få en oversikt over den praktiske organiseringen av dette. Dag to ble tilbrakt ved en sengepost. Fokus denne dagene var på organiseringen av behandlingstilbudet i posten, rutiner rundt utskrivning av pasienter og organisering av samarbeidet med psykiatrisk poliklinikk, psykiatriske senter/psykiatriske sykehjem og kommunehelsetjenesten.

## **2.3 Kvalitative intervjuer**

Utfyllende data om organisering av behandlingstilbudet (kapasitet, organisering, kompetanse, behandlingsmodeller) og kommunikasjon og koordinering mellom de ulike delene av behandlingsskjeden er innhentet gjennom personlige intervju. Totalt har vi snakket med 41 informanter. 24 intervjuer har vært gjennomført som personlige intervjuer. 5 intervju ble gjennomført som gruppeintervjuer da det var den mest praktiske løsningen. Informantene har fått tilgang til intervjuguiden før intervjuet slik at de har hatt en mulighet for å kunne forberede seg. For at vi i forskerteamet skulle klare å danne oss et mest mulig helhetlig inntrykk av behandlingsskjeden har det vært vesentlig for oss at vi begge har vært tilstede ved intervjuene. Dette har vært praktisk gjennomførbart i ca halvparten av intervjuene.

I utvalget har vi inkludert et utvalg ledere og ansatte i de sentrale undersøkelsesenheter i prosjektet. Vi har videre lagt vekt på å intervju representanter fra behandlergruppen (psykiatere, psykologer og sosionomer) samt miljøpersonalet (psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere). For å få informasjon om behandlingstilbudet fra brukerperspektivet har vi gjennomført intervju med to brukere av den psykiatriske helsetjenesten i kommunen, som har vært innlagt i psykiatrisk sjukehus i løpet av de to siste årene.

Hovedtyngden av intervjuene i prosjektet har vært gjennomført i Rogaland fylke med utgangspunkt i Rogaland psykiatriske sjukehus samt et psykiatrisk senter og to kommuner i fylket. For å kunne si noe om forskjeller i organisering og behandlingstilbud innad i fylket har vi gjennomført intervjuer med et utvalg ansatte ved Fylkessjukehuset i Haugesund, samt med ledelsen i en kommune og et utvalg psykiatriske senter i Nord-fylket. En sammenligning av behandlingstilbudet i de ulike fylkene i Helseregion Vest har vært en viktig målsetting ved prosjektet. Vi har derfor gjennomført intervjuer med ansatte i 1. linjetjenesten i en kommune i Hordaland, samt representanter fra ledelsen ved Sandviken psykiatriske sykehus.

En begrensning ved datamaterialet er at vi ikke har gjennomført mer enn et gruppeintervju med et utvalg ansatte ved Sandviken psykiatriske sjukehus. Dette skyldes tildels en langvarig omorganiseringsprosess ved sjukehuset, samt at tidsrammen

for prosjektet har gjort at vi ikke har kunnet gjennomføre flere intervju. Datamaterialet fra Sandviken er dermed lite for å kunne gi en utfyllende sammenligning av Sandviken psykiatrisk sjukehus med Rogaland psykiatriske sjukehus.

## 2.4 Kvantitative data

En fullstendig beskrivelse og analyse av det psykiatriske behandlingstilbudet i regionen krever statistiske data. Tall fra SAMDATA Psykiatri er tilgjengelig sammen med plandata fra Statistisk sentralbyrå og institusjonsstatistikk fra de psykiatriske sjukehusene.

## 3 Sør sektor

Sør-sektor<sup>7</sup> i den psykiatriske andrelinjetjenesten omfatter 18 kommuner med en befolkning på drøyt 200 000 personer over 18 år. Sykehusoppgavene dekkes av Rogaland psykiatriske sjukehus. Et nytt distriktpspsykiatrisk senter, Jæren psykiatriske senter, åpnet i 2002.

### 3.1 Rogaland psykiatriske sjukehus

Rogaland psykiatriske sjukehus har 6 allmennpsykiatriske poster som dekker ulike geografiske områder. Postene tar i mot alle innlagte fra sine dekningsområder. I tillegg har sykehuset en alderpsykiatrisk post, en rehabiliteringspost, en sikkerhetspost og en akuttpost. Sykehuset har også en dagpost og poliklinikk.

I denne undersøkelsen har vi gjennomført intervju med ansatte ved to allmennpsykiatriske poster, en spesialpost og akuttposten.

Våren 2000 meldte Rogaland psykiatriske sjukehus om vansker med mottakskapasiteten ved sykehuset. Problemene var spesielt knyttet akutfunksjonen, som da ble ivaretatt av de allmennpsykiatriske postene. Alle innleggelser til sykehuset gikk direkte til den posten pasienten tilhørte, med utgangspunkt i bostedsadresse. Konsekvensene av dette var uforutsigbarhet for personalet når det gjaldt innleggelser av nye pasienter i sengepostene. Postene måtte ofte ta imot flere pasienter enn de hadde kapasitet til, og de hadde ofte overbelegg. Nye pasienter ble gjerne henvist til gangplass, og inneliggende pasienter ble skrevet ut tidligere enn ønskelig. Terskelen for innleggelse i sykehuset var høy.

---

<sup>7</sup> Psykiatrien i Rogaland ble sektorisert på 1980 tallet. Fylkessykehuset i Haugesund dekker i dag Nord-sektor, dvs. Nord-Rogaland mens Rogaland psykiatriske sykehus sitt opptaksområde er Sør-fylket, dvs. Stavangerhalvøya, Ryfylke, Jæren og Dalane.

## 3.2 Post 1, akuttpost

Post 1 ble åpnet april 2001. Bakgrunnen var som beskrevet, en sterk strøm av pasienter inn i de allmennpsykiatriske sengepostene som følge av at alle innleggelser gikk direkte. Trykket på postene var stort, ifølge flere av informantene. Sengepostene hadde ofte overbelegg, og nye pasienter ble gjerne henvist til en plass i korridoren. Spesielt på kveldstid var det en belastning for personalet å ta imot nye pasienter, da bemanningen var lavere enn på dagtid. En annen problemstilling var at pasientene som ble innlagt i sengepostene, som regel ble værende.

Formålet med opprettelsen av akuttposten var:

1. å 'sile' pasienter. Post 1 skal sile pasienter ved at behandlerne raskt møter pasientene og dermed kan avgjøre hvilke pasienter som skal innlegges og hvem som skal utskrives.
2. å være en 'buffer' for sengepostene ved å skape mer forutsigbarhet ved innleggelse av nye pasienter.

### 3.2.1 Innleggelse og behandling i Post 1

Posten har åtte plasser og det er i snitt fire til fem innleggelser per døgn. Pasientene kan bli i posten inntil et døgn, og det er ikke gangpasienter. For å bli innlagt ved Post 1, må pasienten være henvist fra legevakt, primærlege, eventuelt fra SiR. For å sikre en rask vurdering, skal pasienten innen en time etter ankomst i avdelingen ha en samtale med overlegen. På den måten møter pasienten raskt en behandler og det kan bli en rask utskrivelse. I følge flere av de ansatte skrives rundt 27% av pasienten ut uten innleggelse. Noen av disse sendes hjem etter første samtalen, noen blir et døgn mens andre velger selv å dra hjem. Dersom en pasient utskrives, kan det etableres kontakt med poliklinikk, og pasienten kan få time der i løpet av en uke. Personalet kan også ta kontakt med psykiatrisk hjemmesykepleie, men pasientene er gjerne noe kort tid i avdelingen til at man klarer å organisere dette. Dersom mye er uavklart når det gjelder pasientens tilbud ute, innlegges de som regel på sengepost for å avklare dette.

Sykepleierne observerer pasientene i løpet av det døgnet pasientene er i posten. På den måten bidrar de i kartleggingen av hva som er problemet og hva som vil være det beste tilbudet for pasienten. Personalet understreker at det er dialogen med pasienten er viktig i den sammenhengen 'Hva tenker pasienten er best for dem?'. En annen av ansatt sier 'Fokus er rettet mot service: Hva kan vi gjøre for deg' Personalet understreker også at de er på tilbudssiden i forhold til pårørende. Posten har blant annet et eget rom hvor det er mulig å sitte uforstyrret i samtaler med pårørende. De er bevisst på å lytte til deres historie samt gi dem tilstrekkelig informasjon om generelle tiltak da dette er noe mange pårørende har stort behov for.

### 3.2.2 Innleggelse i sengepost

Når en pasienten innlegges ved Post 1 meldes dette til sengeposten pasienten tilhører ut i fra geografisk tilhørighet. På den måten får personalet på sengeposten mulighet til å forberede seg på at det sannsynligvis kommer en pasienten i løpet av det neste døgnet

og de får eventuelt skaffet ekstra bemanning. Det avtales videre tid for overflytting av pasienten. Generelt prøver personalet ved Post 1 å holde de dårligste pasienten lengst, men rutinen er at alle pasientene skal være utskrevet innen kl 13. Personalet ved posten følger pasienten videre til sengepost eventuelt kjører til Jæren psykiatriske senter. Personalet beskriver at det er et press fra sengepostene om at de må ha pasientene lenger enn 24 timer, men denne regelen følges nøye og sengepostene må ta imot de nye pasientene selv om de har fullt belegg med pasienter. Postoverlegen i sengepostene kan eventuelt gjøre en ny vurdering av pasienten med tanke på om innleggelse er nødvendig.

### **3.2.3 Erfaringer med akuttposten**

De ansatte beskriver at de opplever Post 1 som et sted hvor personalet har tid til å ivareta pasientenes behov, noe som bidrar til at pasientenes angst og uro forsvinner. Lite tvangsmiddelbruk, rask medisinerings sammen med en konsolidert stab bidrar til at pasientene roer seg raskt. På den måten er det etablert en bedre kvalitet på det første møtet med sykehuset. Når man nå gir pasienten gode opplevelser ved innleggelse, har man oppnådd mye for den videre behandlingen.

Flere av informantene sier at det finnes pasienter som faktisk ønsker innleggelse. De opplever at sykehuset er et tilfluktssted når de ikke takler livet ute. Pasientene er ofte gjengangere, har gjerne rusproblem i kombinasjon med dårlig økonomi og ingen bolig. Pasientene får oppholde seg ett døgn på posten for å komme seg. På denne måten 'siles' noen pasienter uten innleggelse i sengepost. Flere av informantene påpeker ellers at pasienter med rusproblemer har et lite tilbud. Det finnes ikke avrusningstilbud, og langtidstilbudet til denne gruppen er dårlig utbygd.

Postens personale yter hjelp til sengepostene når det er rolig i avdelingen, men også når andre poster har behov for ekstra bemanning. De ansatte er bevist ansvar om å yte slik service. De fleste postene gir tilbakemeldinger på at det er bra posten er etablert. Den bidrar til å avlaste og har dermed en buffer funksjon.

Tidligere opplevde nok primærlegene at terskelen for innleggelse var høy. I følge informantene har primærlegene gitt tilbakemeldinger på at de nå lettere får lagt inn pasienter ved sykehuset. De opplever at vurderingene deres i mindre grad blir overprøvd. Primærlegene kan ringe direkte til posten for å drøfte sine vurderinger med overlegen eventuelt sende pasienten til vurdering. Intensjonen må ifølge våre informanter være at primærlegene vurderer pasientene tidlig på dagen slik at pasientene kan legges inn på dagen istedenfor på kvelden.

Det har vært diskusjoner internt om sykehuset skulle prioritere etableringen av en akuttpost eller øke behandlingsskapiteten ved å etablere/beholde en psykiatrisk en psykiatrisk behandlingsspost Det har også vært noe motstand i organisasjonen mot opprettelse av akutt posten da den allmennpsykiatriske modellen bygger på en ideologi om kontinuitet. Akuttposten bryter med denne tanken. Andre argument mot har vært knyttet til at det er et kommunalt ansvar å 'sile' pasienter. Men ting har gått seg til.

### **3.2.4 Pasientstrømmen ved post 1**

Hovedinntrykket vårt gjennom intervjuundersøkelsen er at uforutsigbarheten personalet ved de allmennpsykiatriske sengepostene opplevde, ved at alle innleggelser gikk direkte til sengepostene er blitt mindre. Akuttposten fungerer nå som en buffer, ved at alle pasienter som innlegges i sjukehuset kommer til akuttposten, med unntak av noen pasienter som har egne avtaler med sengepostene. Samtidig som pasienten innlegges, meldes dette til posten pasienten tilhører. På den måten får personalet på sengeposten mulighet til å forberede seg på at det sannsynligvis kommer en ny pasienten.

Rask vurdering av pasienten av postoverlegen i akuttposten medfører at pasientene kan siles, noen innlegges og andre utskrives. Pasienter som har behov for det kan få et døgn i avdelingen før de utskrives og dermed unngå innleggelse i en sengepost. Før kunne det gå en del tid fra pasienten var innlagt til han ble vurdert av postoverlegen i sengeposten.

I akuttposten er det god kapasitet, det er høy bemanningsfaktor og personalet har tid til den enkelte pasient. Noe som bidrar til at pasientenes angst og uro forsvinner. Det kan se ut til at det er blitt en bedre kvalitet på pasientenes og de pårørendes første møtet med sykehuset.

Men et dilemma kan se ut til å være at akuttposten er blitt en enhet med god bemanning som sluser pasienten videre i system etter et døgn uansett kapasiteten i mottaksposten. Har man da egentlig bare utsatt problemet et døgn? Det positive i dette er at sengeposten er forberedt på at pasienten kommer, men sengeposten kan ikke si nei dersom det er fullt. De må ta imot og det kan derfor fortsatt tenkes at sengeposten har overbelegg. Flere av de ansatte sier at de tiltider opplever et press fra sengeposten om at de må beholde pasientene lenger i akuttposten.

Akutt posten har høy bemanningsfaktor. I rolige perioder er personalet bevisste på å yte hjelp til sengepostene. Bemanningen må utnyttes optimalt for at driften av posten skal kunne forsvares. Tilbakemeldingen på dette er gode, men krever en synlighet og bevisstgjøring av organisasjonen om at dette er et tilbud.

### **3.3 Post 2, spesialpost**

Post 2 er en spesialisert behandlingsenhet for utredning og behandling av psykiatriske lidelse som debutere når pasienten har passert 65 år.

Dette er en post hvor tette oppfølgingen av pasienten er nødvendig for å kunne utrede og behandle den psykiatriske problemstillingen samt for å kunne avdekke somatiske tilleggsbehov/lidelser. Posten har derfor ekstra bemanning og en liggetid som variere fra 4 uker til ½ år. Posten ble oppretter for 5-6 år siden og har ifølge informantene gitt denne gruppen pasienter et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud enn tidligere, samtidig som den har bidratt til å stimulere den faglige interessen for psykiatri og geriatri i 2. linjetjenesten.

### 3.3.1 Årsaker til innleggelse og behandling i post 2

Posten er en utredningsavdeling for pasienter som debutere med en psykiatrisk lidelse når de har passert 65 år. Avdelingen utreder også pasienter som debutere med en demens lidelse i yngre alder. Pasienter som tidligere har hatt kontakt med psykiatrien og har en kjent psykisk lidelse blir derimot ikke innlagt i denne posten, men i en vanlig allmennpsykiatrisk sengepost. Flere av informantene beskriver avdelingen som en meget selvstyrt enhet med lite kontakt med andre avdelinger på RPS.

Post 2 ble oppretter for fem-seks år siden og har ti plasser i åpen avdeling og 4 plasser på skjermingsavsnittet. Bakgrunnen for dette var ifølge en av informantene at psykiatri i alderdommen framstår på en ny måte, hvor kropp og psykiatri i større grad blandes sammen. Eks forvirringstilstander kan være uttrykk for somatiske sykdommer. Samtidig tåler pasientene medisinerne dårligere. Avdelingen har derfor ekstra bemanning for å gi pasientene den tette oppfølgingen de trenger for å utrede og behandle den psykiatrisk problemstillingen samt avdekke somatiske tilleggsbehov som pasientene har. Det er derfor et tett samarbeid med geriatrisk avdeling.

Årsaker til innleggelse kan være demens med påfølgende atferdsproblemer, og det utredes da hva som kan gjøres med disse atferdsproblemene. Utredning og behandling av delir og psykose samt behandling av depresjon er andre problemstillinger som er vanlige i posten. Behandlingstilbudet er i stor grad knyttet til medisiner, ECT behandling ved depresjoner, miljøterapi og noe ADL trening. En av informantene sier at avdelingen gir trygge rammer som i seg selv kan bidra til å roe ned urolige og utagerende pasienter.

Når det gjelder samarbeid med pårørende er dette individuelt, men pårørende involveres alltid når de finnes og vil. Pårørende er spesielt viktige i demensutredninger da pasienten selv kan ha vanskeligheter med å beskrive sin situasjon. Pårørende har ofte vært den ressursen som har gjort det mulig for pasienten å bo hjemme.

### 3.3.2 Rutiner knyttet til innleggelse i post 2

Posten tar imot pasienter fra hele Sør-fylket. Det er vanlig at pasienter søkes til avdelingen via poliklinikken. Posten har ikke formelle inntaksmøter, men alle henvisninger blir gjennomgått og det legges stor vekt på å legge pasientene inn raskt, gjerne på et par dagers varsel. Det praktiseres også en ordning med forvern vurdering av pasienter som er søkt til posten. Det innebærer at personal fra poliklinikken eventuelt fra posten drar ut for å vurdere behov for innleggelse. Dersom det ikke er mulig å behandle pasienten der denne er legges pasienten inn.

Flere av personalet sier at posten er skjermet fra resten av sykehuset pga at de aller fleste pasientene innlegges via poliklinikken og er søkt til posten. Dette betyr at dersom det er fullt i posten så er det fullt. En liten andel pasienter legges imidlertid inn via akuttposten. Da legges pasienten inn i den allmennpsykiatrisk avdelingen pasienten tilhører ut i fra bostedsadresse. Dette skaper et press om å ta imot pasienten og dermed skrive ut en inneliggende pasient.

I følge de ansatte variere liggetiden fra fire uker til ½ år og er individuell. Somatikk og psykiatri er tett sammenvevd i alderdommen, og ofte tåler pasientene medisinerne dårlig.

Det kan dermed ta tid å utrede hva som er pasientens problem og finne en behandling som virker.

Skjermingsavsnittet beskrives av de ansatte som den største utfordringen i avdelingen og bidrar til slitasje på personale. Det er en enhet hvor pasienten gjerne blir over lengre tid da det tar tid å bli kjent med dem og finne en behandling som fungerer. Det er ofte venteliste på skjerming noe som skyldes at det er få plasser samtidig som det er de utfordrende pasientene som trenger dette tilbudet og de har behov for det over tid. I tillegg er det vanskelig å finne et passende behandlingstilbud i kommunen til noen av disse pasienten, da enkelte av disse trenger et langtidsspesial tilbud.

### **3.3.3 Samarbeid med 1. linjetjenesten og rutiner knyttet til utskrivelse av pasienter**

Avdelingen tilbyr ansatte i kommunene hospitering i posten, noe som de benytter. Ordningen er primært knyttet til pasienter som i lengre tid har hatt utageringsproblematikk i sykehjem og hvor personalet er utslitt. Hospitering kan også være aktuelt dersom pasienten innlegges direkte fra hjemmet og får sykehjems plass.

Samarbeider med pårørende og hjelpeapparatet i kommunene er sentral i forbindelse med utskrivninger av pasientene. Bestillerkontoret som finnes i Stavanger kommunen har god oversikt over det kommunale tilbudet (ledige plasser ved lukket avdeling, sykehjems plass og hjemmesykepleie). Pasienten skal være ferdig behandlet i psykiatrien ved utskrivning Dette medfører at pasienten kan utskrives fra avdelingen til geriatrisk avdeling eller sykehjem dersom pasienten er somatisk syk. Det hender at det er ferdig behandlede pasienter i posten, som kommunen ikke har et tilbud til. En mulighet er å skrive pasienten ut til hjemmet med hjemmesykepleie, men det gjøres i slike tilfeller individuelle vurderinger. Som regel beholdes pasientene i avdelingen i påvente av ledig sykehjems plass.

Noen pasienter får tilbakefall etter utskrivelse. Det kan være en tilbakevendende depresjon, det kan være nødvendig med medisinsjusteringer eller det kan skyldes at tilbudet pasienten har fått ikke har vært godt nok tilrettelagt. Noen av informantene påpeker og at det kan skje at sykehjemmene ikke gir en god nok oppfølging av pasienten på grunn av ressursmangel.

### **3.3.4 Pasientstrømmen ved post 2**

Strømmen av pasienter inni post 2 synes å være forutsigbar for personalet. Posten kan gjennom ordningen med henvisninger av pasienter fra poliklinikken samt forvern vurderinger av pasienter i kommunen styre inntaket av pasienter. Det betyr at dersom det er fullt så er det fullt og posten har ikke overbelegg. Men det tilstrebes å ta imot henviste pasienter med behov for innleggelse i løpet av kort tid etter vurderingen er gjort. En liten gruppe pasienter innlegges imidlertid akutt og går da til posten de tilhører med utgangspunkt i bostedsadresse. Dette er ikke gunstig for pasienten som må legges inn i flere poster. Dette er også noe som bidrar til å skape et press på posten om at ta imot ny pasient, og eventuelt skrive ut pasienter dersom det er fullt i avdelingen. På dette feltet jobbes det med en ordning.



Utfordringer knyttet til pasientflyt i posten synes å være knyttet til skjermingsenheten hvor det kun er plass til fire pasienter. Pasientene på skjerming er krevende som blir værende over tid da det tar tid å finne en behandling som virker. Det opereres med venteliste av henviste pasienter til denne enheten. Ifølge en av de ansatte er det behov for et intermediær tilbud til en liten gruppe pasienter.

Det kommunale behandlingstilbudet påvirker flyten av pasienter ut av avdelingen. Flere av personalet beskriver at det ikke alltid er enkelt å oppdrive plasser på skjermede enheter, i sykehjemsavdelinger eller bokollektiv. Det kan hende at pasienter blir i avdelingen i påvente av et tilfredsstillende kommunalt tilbud, eventuelt at de skives ut til hjemmet med hjemmesykepleie. Reinnleggelser er en problemstilling. Pasienter får tilbakefall etter utskrivelse, det kan være tilbakevendende depresjon, behov for medisinstiljustering eller at tilbudet pasienten har fått ikke har vært tilrettelagt. Postens personale og personalet ved poliklinikken derfor opptatt av å skolere personalet i kommunen i forhold hvilke miljøterapeutiske tiltak som er viktig å møte pasienten med, for på den måten å unngå reinnleggelser.

### **3.4 Post 3, allmennpsykiatrisk post**

Beskrivelsen av posten bygger på intervjuer med leger, sykepleiere, sosionom, og hjelpepleier.

Posten tar i mot pasienter fra 18 års alder, og er basert på den allmennpsykiatriske modellen som skal sikre kontinuitet i behandlingen slik at man kan ivareta pasienten på best mulig måte. Dette innebærer at ved gjeninnleggelser vil pasienten være kjent i avdelingen og personalet har kunnskap om kontakter utenfor institusjon så som psykiatriske hjemmetjenester i bydel/kommune, fastlege, sosialt nettverk og andre forhold.

Posten kan ikke avvise pasienter fra postens dekningsområde<sup>8</sup>, men ved overbelegg på posten stilles krav til tvangsvedtak for å bli innlagt. Sektorprinsippet gir en tydelig fordeling av pasienter mellom postene. Pasientene og fagfolk vet hvor pasientene skal hen, men en konsekvens er at pasienten kan risikere å måtte ligge på gangen.

Flertallet av pasientene som kommer til posten har først vært vurdert ved akutt mottakspost. Når en pasient skal innlegges på den allmennpsykiatriske posten, meldes vedkommende som regel dagen før, fra akuttmottaket. Planlagte innleggelser skjer direkte til den allmennpsykiatriske posten.

Posten tar i mot pasienter med manisk-depressive lidelser og schizofreni. Innleggelse av pasienter med rusproblematikk (alkohol, piller og stoffmisbruk) i tillegg til en psykiatrisk diagnose, har vært en økende tendens.

---

<sup>8</sup> Nylig endret man noe på postens geografiske distrikt pga stort overbelegg, for å se om dette kunne gi en noe jevner fordeling mellom postene.

### 3.4.1 Innleggelser og gjeninnleggelser

Posten har 14 senger. Dagen intervjuene fant sted var det innlagt 16 pasienter. Posten kan ha opp til 22 pasienter samtidig og har et nesten et konstant overbelegg av pasienter. En konsekvens av overbelegg er at det nesten til enhver tid ligger pasienter i korridoren. Dette er et dårlig tilbud for pasienten. Det er ingen samtalerom og liten mulighet for private samtaler for gangpasienter.

Liggetiden på posten er minimum en uke mens liggetid opp til en måned er vanlig. En av postens hovedoppgaver er å drive akuttbehandling og posten er avhengig av å kunne frigjøre behandlingsplasser, for å dekke etterspørselen. Enkelte pasienter med alvorlige lidelser har vært innlagt sammenhengene over flere år. Dette begrenser mottakskapasiteten. For personalet er det en utfordring og grunnlag for frustrasjoner at noen pasienter blir værende i sykehuset over år. Personalet spør seg om hva som gjøres galt, men fullgode forklaringer på hvorfor pasienten ikke blir bedre har man ikke, formidler en av informantene.

Overbelegget kan knyttes til flere forhold. Valg av tidspunkt for utskriving og vurderinger av hva pasienten har oppnådd i løpet av oppholdet er et forhold. Andre årsaker kan henge sammen med at posten har langtidspasienter som er på for høyt omsorgsnivå. Muligheter for pasienten etter utskriving tillegges også vekt, f.eks. om pasienten har tilpasset boligtilbud, om det eksisterer rehabiliteringsmuligheter, eller muligheter for oppfølging i kommunen.

En stor andel av innleggelsene på posten gjelder pasienter som tidligere har vært innlagt. Andelen gjeninnleggelser er på mellom 70 og 80 prosent. Den dagen intervjuene på posten fant sted, hadde alle pasienten vært innlagt tidligere i psykiatrien.

Utviklingen av sykdommen er et avgjørende forhold ved gjeninnleggelser, men sykdomsforløpet og behovet for innleggelse kan påvirkes av flere faktorer. Mange av pasientene mestrer i liten grad dagliglivets aktiviteter i nærmiljø og bolig. Det er likevel viktig å la pasientene prøve et selvstendig liv utenfor institusjon, hevder flere ansatte. Ut fra en slik synsvinkel er flere gjeninnleggelser bedre enn å ha pasienten liggende på sykehus i lange sammenhengene perioder. Erfaringene fra posten er at pasientene innlegges ofte med skåre på under 40 på skala for fungering (GAF, Global Assessment Functioning) og skrives ut med en GAF-skåre på mellom 50-60. Dette betyr at pasientene som utskrives har oppnådd et bedre funksjonsnivå.

Medvirkende årsaker til gjeninnleggelse kan være at pasienten slutter med medisinene og blir dårligere av den grunn. Den oppfølging pasienten får på sitt hjemsted har betydning. Det kan gjelde muligheter for jobb og utdanning, tilbud om dagsenter og andre aktivitetstilbud i kommunen. Oppfølging fra psykiatrisk hjemmesykepleie er et viktig forhold. En utfordring for pasienten er å nytte seg av de ulike tilbudene. Det kan og tenkes at pasientene ikke makter å ta imot det tilbudet de får. En problemstilling er og at pasienter kan takke nei til rehabiliteringstilbud. Slike beslutninger må man ha respekt for, pasienten har rett til å gjøre egne valg. Pasienten skal være veldig syk før man velger tvang, hevder ansatte. Det kan være vanskelig å motivere pasienten for oppfølging utenfor institusjon, samtidig som oppfølgingstilbudet er klart mangelfullt, mener ansatte på posten.

Mange pasienter klarer ikke å følge opp sine forpliktelser, 'de kan gjøre en god jobb en dag, men ikke over tid', kommenterer en ansatt. Tilbudene fra de psykiatriske sentra passer heller ikke alle pasientene. Tilbudene bør være varierte og man må skreddersy tilbudet til den enkelte pasient. Å ha en jobb eller få gjøre noe annet meningsfylt har stor betydning for den enkelte pasient ved at den bidrar til at de 'de føler seg lik andre'.

Enkelte pasienter krever tiltak som ikke er tilgjengelig utenfor sykehuset. En informant opplever at det fortsatt er et gap mellom hva som er 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten sitt ansvar. Kommunen bygger boliger uten bemanning om natten, f.eks. i omsorgsboliger og bofellesskap. For pasienten er det viktig å få et omsorgstilbud som er godt nok i forhold til behovene, når det gjelder boligsituasjonen.

Som en konsekvens av manglende alternative tilbud, må pasienten oppholdet seg i sykehuset over lang tid mens de trolig ville hatt større utbytte av opphold på et lavere omsorgsnivå. En ansatt mener at et antall pasienter tilsvarende en hel post skulle hatt andre tilbud enn opphold på et psykiatrisk sykehus. Dette ville bidratt til å bedre behandlingskapasiteten for nye pasienter.

Tidspunkt for utskriving er en stadig balansegang mellom det å skrive ut for tidlig eller for sent. Det kan nok skje at pasientene 'skrives ut for tidlig', når det er behov for plassen, hevder ansatte. Da må de friskeste skrives ut, men man løper da risiko for at pasienten etter kort tid kan komme tilbake til sykehuset. Ved for sen utskriving, kan pasienten bli for avhengig av tilbudet på sykehuset og mindre i stand til å mestre forholdene på hjemstedet. Personalet er opptatt av at pasientene må skrives ut i rett tid, slik at de ikke blir institusjonalisert. I utskrivningsprosessen er det derfor viktig å ta seg av oppgaver som nettverksoppbygging, mobilisere venner, kontakte primærlege og eventuelt poliklinikk.

En annen problemstilling gjelder pasienter som er innlagt på tvang, noe som gjelder rundt halvparten av pasientene. Problemet oppstår når man skal vurdere utskriving av pasienter med tvangsvedtak. Tidligere kunne alle de psykiatriske sentrene ta imot pasienter som var utskrevet på tvang, men i dag er det kun Jæren psykiatriske senter som har permanent godkjenning til dette. Varatun psykiatriske senter har midlertidig godkjenning og vil miste denne muligheten inntil kravene til bemanning er innfridd. Loven har skapt en begrensning sett fra sykehusets ståsted.

Kapasiteten på sentrene har stor betydning for utnytting av plassene på sykehusene. Sykehuset har pasienter som er innlagt på tvang, som kunne vært utskrevet til et psykiatrisk senter, der de er på venteliste. Noen pasienter passer ikke noen sted og blir gående på posten, forteller ansatte. Man kan risikere at ingen vil ha pasienten. DPS kan avslå søknad om plass, fordi vedkommende ikke passer i institusjonen. Det er eksempler på at slike pasienter må oppholde seg i avdelingen ved RPS. Hvis de skrives ut, er det stor sannsynlighet for at de snart kommer inn igjen.

Sykehuset må kjempe ved 'avslag' både når det gjelder plass på DPS og bolig i kommunene. De nye bofellesskapene er i mange tilfeller basert på at folk klarer seg selv, men noen pasienter passer ikke inn der. Bofellesskapene skaper store forventninger som ikke kan oppfylles, hevder ansatte. De kan ikke tilby det forventede omsorgsnivået, og pasienten må legges inn igjen i sykehuset.

### 3.4.2 Oppholdet på posten

Hovedhensikten med behandlingen er at pasientene skal bli i stand til å fungere best mulig i samfunnet utenfor. Når en pasient legges inn i avdelingen, settes det opp mål for oppholdet. Sammen med pasienten skal personalet gjøre en avklaring av hva pasienten trenger. Det er viktig å få fram pasientens syn på egne behov. Mange pasienter som legges inn har sammensatte problemstillinger og her må man gjøre prioriteringer. De individuelle planene er et skritt i denne retningen. Et viktig virkemiddel er her at pasienten skal ha en kontaktperson på posten. Rollen som primær sykepleier innebærer at man har ansvar for noen pasienter, men skal ikke være aktiv behandler.

Avdelingen har organisert ulike miljøtiltak. Miljøtiltakene omfatter sosiale grupper hvor man går tur, går på bowling, drar på kafé eller kinobesøk. Aktivitetsavdelingen har treningstilbud med styrketrening og biljard. Det er alltid personale tilgjengelig til å delta på disse arrangementene, men pasientene tar ofte ikke imot tilbudet. Det stilles heller ikke noen krav til pasientene om å delta. Medisinering kan være en grunn til manglende initiativ fra pasientene. Mange blir trøtte av medisinene, men sykdommen i seg selv kan være en forklaring.

En ansatt opplever frustrasjon over å ha langtidspasienter i sykehuset. Langtidspasienter krever mye ressurser. Erfaringer er at de som oppleves som sykest, får mest hjelp mens de 'mindre' syke får mindre hjelp. De som er 'mindre syke', opplever gjerne at de ikke blir sett, at ingen har tid til dem, hevden en ansatt, – og det hender noen av pasientene stiller seg spørsmålet 'hvorfor er jeg her'. Det kan bli lite meningsfylt å oppholde seg på posten.

Ansatte må stadig stille seg spørsmålet om tilbudet for pasientene er godt nok. Pasienten har forventning om samtale med behandler, men dette skjer vanligvis bare én gang i uken. Pasienten forventer også at noen har tid til dem, når de har det vanskelig. Primærkontakten kan ivareta en støttefunksjonen i slike perioder, men føler at de har for knapt med tid til å dekke pasientens behov i denne sammenheng. En ansatt kommenterer at avdelingen er en trygg plass å være for mange. Det er et gode, men kan også i for stor grad gi pasienten en opplevelse av at de slipper å ta ansvar for seg selv.

Kommunikasjon innad i posten kan være mangelfull. En sykepleier mener at behandlere og primærkontakt i noe større grad bør samkjøre seg mht. til ansvar og informasjon. Ved innleggelse arrangeres så fort som mulig en samtale mellom pårørende, pasienten selv og primærkontakt, for å få et best mulig bilde av pasientens situasjon. Primærkontakten opplever ofte at det er tvil om hvor ansvaret ligger, f.eks. ansvaret for å lage et opplegg for pasienten i løpet av institusjonsoppholdet.

Det er daglige behandlingsmøter i posten og hver enkelt pasient blir tatt opp på disse en gang pr uke. Mye ansvar faller også her på primærkontakten. Primærkontakten har mye ansvar når pasienten skrives ut. Ansatte har opplevd at dersom primærkontakten ikke er på jobb når pasienten skrives ut, blir ikke miljørapporten skrevet. Dette er man i avdelingen i gang med å ordene opp i. Et viktig element i dette er å få laget et felles område på datasystemet slik at andre kan fullføre miljørapporten. Legen skriver epikriser, men disse samkjøres ikke med sykepleierens miljørapport. Miljørapporten er et dokument som sendes kommunen eventuelt til fastlege eller poliklinikk.

### **3.4.3 Bemanning**

På avdelingen skiller man mellom grunnbemanning og ekstravakter. Siden posten i praksis har et konstant overbelegg, blir grunnbemanningen for liten, hevder flere ansatte. Det må til enhver tid leies inn ekstravakter. Disse leies inn ofte via ekstravaktkontoret og har variabel bakgrunn. Det går mange ekstravakter igjen i avdelingen og de blir godt kjent. Det tar mye tid å ringe etter ekstravakter da man ikke vet fra dag til dag hvor stort behovet for fastvakt er. En ansatt opplever at 'det er for mye pasienter og for lite personale'. Dette kan føre til at man har for lite å tilby pasientene.

Det er unntaksvis at alle behandlerstillingene er besatt. Avdelingen har to overleger, hvorav den øverste ansvarlige kalles 'postoverlege'. Den enkelt behandler har ansvar for sine pasienter, men den medisinskfaglig ansvarlige har det overordnede ansvaret. Ved overbelegg må den medisinskfaglig ansvarlige ta på seg flere behandleroppgaver, i tillegg til lederfunksjonen og polikliniske oppgaver.

### **3.4.4 Samarbeid om tiltak utenfor institusjon**

Samarbeid blir et stikkord for de pasientene som har behov for sammensatte tjenester. På sykehuset lager man 'pakker' hvor man utnytter samarbeidet til det beste for pasienten. Sykehuset har pasienter med multiple problemstillinger som trenger et tett samarbeid med psykiaritjenesten i kommunen. En del pasienter har kontakt med sosialkontor, pleie- og omsorgstjenesten, primærlege og andre. Flere pasienter har ansvarsgrupper. Det er i første omgang 1. linjen som har ansvar for pasienten når denne er utskrevet, men dersom pasienten ofte er innlagt, vil man i 2. linjen føle et ansvar for å ivareta kontinuiteten. Primærlegene benyttes også, men det er psykiatrisk hjemmesykepleie som hovedsaklig er premissleverandør og blir ansvarlig for pasienten på godt og vondt. En problemstilling slik det oppleves fra sykehuset, er når personer i 1. linjen 'forsvinner' ved sykemeldinger. Dette kan føre til at man mister kontinuitet i oppfølgingen av pasienten. Allerede ved innleggelse i avdelingen kontaktes psykiatrisk hjemmesykepleie eventuelt poliklinikk. Dette er viktig for å sikre at pasienten skrives ut til et tilbud som fungerer.

### **3.4.5 Pasientflyt på allmennpsykiatrisk post**

Hovedtyngden av pasienter kommer fra akuttmottaket, men et mindretall pasienter innlegges som planlagte innleggelser og går direkte til sengeposten. Posten kan ikke avvise pasienter fra akuttmottaket, hvor oppholdstiden er på maksimum 24 timer. I praksis er det konstant overbelegg på posten, og pasienter blir henvist til å ligge på gangen. Oppholdstiden ved posten er vanligvis mellom en uke og en måned, men posten har også langtidspasienter med oppholdstid over år.

Enkelte pasienter krever tiltak som ikke er tilgjengelig utenfor sykehuset. Dette gjelder bl.a. pasienter som er innlagt på tvang og som kunne ha vært utskrevet til et psykiatrisk senter. Tidligere kunne alle de psykiatriske sentrene ta imot pasienter som var utskrevet på tvang, men i dag er det kun Jæren psykiatriske senter som har permanent godkjenning til dette.

Noen pasienter passer ikke noen sted og blir værende i sengeposten. Psykiatriske senter kan avslå søknader om plass, fordi vedkommende ikke passer i institusjonen. Bofellesskapene er i mange tilfeller basert på at folk klarer seg selv, og de kan ikke tilby det omsorgsnivået pasienten trenger. Det har hendt at pasienter må legges inn igjen i sykehuset og sengepost pga dette. Sykehuset må kjempe med 'avslag' både når det gjelder plass på DPS og boligtilbud i kommunene. Hvis lavere omsorgsnivå sier nei med begrunnelse i at det ikke passer vår målgruppe, blir det vanskelige avveielser

Som en konsekvens av manglende alternative tilbud, oppholder noen pasienter seg i sykehuset over lang tid. Posten skal i hovedsak drive akutt behandling, men det har ikke vært mulig å skrive ut pasienter i samme takt som nye pasienter overføres fra akuttmottaket. Totalt sett blir kapasiteten for liten til å ta i mot nye pasienter. Konsekvensen er overbelegg og at pasienter blir liggende på gangen.

## 4 Varatun psykiatriske senter

Hovedmålet for oppholdet på senteret er å sette pasientene i stand til å klare seg på et lavere omsorgsnivå, utenfor senteret. Senteret legger derfor stor vekt på rehabilitering gjennom miljøaktiviteter og trening i dagliglivets oppgaver. Ofte kan et kort opphold ved senteret være tilstrekkelig. Senteret har derfor korttidsplasser og kriseplasser tilgjengelig. Senteret skal ikke være et akutt mottak og tar ikke i mot pasienter til øyeblikkelig hjelp, men kriseplassene brukes til pasienter som har bodd på senteret tidligere. Bruken av slike plasser går ofte inn i kriseplaner for den enkelte pasient. Ved å bruke slike plasser kan en til en viss grad forebygge innleggelse i sykehus.

Senteret er for tiden ikke godkjent for å ta i mot pasienter innlagt på tvang, men har hatt dispensasjon for dette. Personalet forbereder seg nå på å få permanent godkjenning, men det krever at det ansettes personer i behandlerstillinger, bl.a. må man ha en lege i full stilling. Senteret har nå en tilsynslege en gang per uke. Behandlingskapasiteten utvides etter hvert, og det er nylig ansatte en psykolog ved institusjonen. Fra før har senteret ansatt sosionom, psykiatriske sykepleiere og miljøarbeidere

De fleste pasientene rekrutteres fra RPS. Innleggelse kan være frivillig eller under tvang (inntil nå). Enkelte pasienter legges inn fra eget hjem.

Ansatte på senteret forteller at de opplever at pasienter som kommer til senteret fra sykehuset er sykere enn tidligere. Dette krever høy grad av struktur og ofte mer bemanningen enn det senteret for tiden har. Av den grunn ser man behov for å bygge opp et eget skjermingssenter.

Ved senteret ser man tendens til at sykehuset i stor grad har en akuttfunksjon mens senteret tar seg av den videre behandlingen av pasienten. Etter noen av ansatte på senteret sitt syn går sykehusets fokus på akuttbehandling ut over rehabilitering og ansvarliggjøring av pasienten. På den andre siden er det viktig at sykehuset har en styrke på akutt, intensiv behandling. Ansatte på senteret synes likevel at det er en fallitterklæring at sykehuset ikke kan ta langtidspasienter, at det har lite rehabilitering og heller ingen langtids psykoseavdeling.

## **4.1 Tilbud på senteret**

Senteret har i alt 36 plasser. De fire sengeavdelingene har alle langtidspasienter, men oppholdstiden kan variere en god del.

Senteret gir tilbud om miljøterapi. I dette arbeidet får pasientene trening på områder de er svake. De får trening i sosialt samvær og i dagliglivets aktiviteter. Senteret satser på utadrettet trening og legger stor vekt på at pasientene skal delta i aktiviteter ute av huset, gå i kirke, kino eller teater. Deltaking på aktiviteter er frivillig og ikke alle nytter seg av tilbudene. Enkelte har vansker med å komme seg opp om morgenen, noe som ofte skyldes mye bruk av medisiner.

En avdeling har stor andel pasienter, innlagt på tvang, og med behov for langtidsopphold. Pasientene har gjerne lang karriere i psykiatriske institusjoner og kan ha hatt mange opphold på RPS før de kommer til senteret, gjerne langvarige opphold som har vart over flere år. Det er liten sirkulasjon av pasienter på denne avdelingen og pasientene kan i liten grad dra nytte av rehabilitering. Gjennomsnittlig liggetid er 5 år. De som har bodd her lengst, tenker ikke på å flytte ut, sier en ansatt. Yngre pasienter som kommer til avdelingen har lettere for å snakke om å få egen leilighet og har ønske om mer aktiv rehabilitering. Pasientene blir likevel lett pasifisert over tid, og avdelingen gir begrensede muligheter for å bevege seg. Det kan derfor være vanskelig å motivere pasientene til å delta i aktiviteter.

På en annen avdeling legges det stor vekt på rehabilitering, med krav til stor grad av selvstendighet hos pasientene. Dette er som regel yngre pasienter med vilje til å komme videre. Pasientene har mindre symptomer eller mestrer symptomene sine. De fleste i denne avdelingen har en oppholdstid mellom 3 måneder og opp til 2 år, og skrives ut til egen leilighet i kommunen eller til bofellesskap.

En tredje avdeling som også satser på rehabilitering, har pasienter med noe mer alvorlig symptomer enn den forannevnte avdelingen. Her er det et flertall pasienter med rusproblemer, symptomer på psykoser og personlighetsforstyrrelser. Dette er tilstander som har økt med årene, og behandlingstilbudet til disse pasientene er ofte ikke godt nok. Med flere leger knyttet til senteret ville det vært en bedre mulighet til å trappe ned på medisinbruken.

Personalet ved senteret ganske hyppig telefonisk kontakt med 5-6 hjemmeboende pasienter. Disse pasientene er egentlig et kommunalt ansvar, men den kommunale psykiatritjenesten stenger kl 15:00, og disse pasientene har behov for samtalekontakt etter den tid.

## **4.2 Pasientflyt og samarbeid med kommunen**

Selv om mange pasienter har store omsorgsbehov, har senteret likevel totalt sett hatt god sirkulasjon av pasienter de siste årene, og mange er skrevet ut. Senteret jobber hele tiden med å få pasienter i sirkulasjon. Boligforholdene på senteret er begrenset og den enkelte pasient har bare et rom med bad til disposisjon. Dette er ikke egnet til å gi pasientene et fullverdig liv over lang tid, men det skjer med flere pasienter.

Totalt sett er pasientflyten på senteret langt lavere enn på sykehuset. Slik skal det også være, tatt i betraktning de oppgavene senteret har. Men kapasiteten er likevel for liten i forhold til etterspørselen etter plasser. Situasjonen blir spesielt vanskelig før senteret blir godkjent til å ta i mot pasienter med tvangsvedtak.

Noen pasienter er svært dårlige og har få eller ingen passende tilbud utenfor senteret. Flere av pasientene har behov for bofellesskap med bemanning på døgnbasis, men det er få slike tilbud i kommunen per i dag. Nå finnes det bofellesskap for de yngste pasientene.

## **5 Kommunehelsetjenesten**

### **5.1.1 Psykiatritilbudet i Kommune 1**

Vi har valgt en bydel i Stavanger kommune for å belyse det kommunale psykiatritilbudet.

Den kommunale psykiatriske sykepleien i bydelen ligger direkte under helse- og sosialsjefen og er løsrevet fra soneledelsen i bydelen.

Tjenesten er omorganisert det siste året. I modellen det nå arbeider etter, skal de ansatte bli mer bevist på at de er en instans hvor det bestilles tjenester, samtidig som de har en utførerrolle. I forbindelse med omorganiseringen skal den psykiatriske hjemmesykepleieren hete psykisk helsearbeider.

Bydelen har 120-150 forskjellige brukere i løpet av året. Pågangen på tjenester er blitt så stor at bydelen må ta i bruk ventelister i saksbehandlingen. De ansatte skal nå i større grad foreta vurdering av pasientbehov og sørge for tjenester som kan dekke de ulike behovene. På grunnlag av vurderingene gjøres vedtak om tjenester, gjeldene for tre måneder om gangen.

I rollen som bestiller må man ta aktivt i bruk andre ressurser og samarbeidspartnere i bydelen. Her er det aktuelt å bruke dagsenter knyttet til bydelen og å samarbeide med et psykiatrisk senter. Det er imidlertid få ledige plasser ved senteret.

Fra det psykiatriske sykehuset stilles ofte forventninger til at de psykiatriske hjemmesykepleiere skal være 'selskapsdamer' for pasientene. Sykehuset henger her igjen i gamle forestillinger om oppgavene til de psykiatriske tjenestene i bydelen. I mange tilfeller får man ikke beskjed om at pasienter med langvarige kommunale tilbud er gjeninnlagt på sykehuset. For flere pasienter som stadig går inn og ut av sykehuset, mangler avtaler for å kvalitetssikre utskrivningen. Det er ikke tilstrekkelige samarbeidsmøter med sykehuset, og kommunikasjonen mellom distriktet og sykehuset er dårlig.

Helsearbeideren legger mye vekt på å ta i bruk pasientens egne ressurser og er fokusert på pasientens behov og hva som er problemet. Informantene sier at det kan være en stor utfordring å få en tydelig dialog med pasienten. Brukerne oppfordres til å klare seg selv så godt som mulig, slik at de blir mindre avhengig av kontakt med helsearbeiderne. En



sentral oppgave for helsearbeiderne blir ofte å bidra til å bygge opp ett sosialt nettverk i samarbeid med pasienten. Men realiteten er at helsearbeideren ofte blir 'eneste pårørende' for pasienten.

Hjemmesykepleien trenger tid til planlegging og forberedelser, når de skal ta i mot pasienter fra sykehuset. Ved utskriving ønsker derfor psykiatriske hjemmesykepleiere ideelt sett et møte med sykehuset en til tre uker før utskriving skal finne sted. Men slik fungerer det ikke. Ofte kommer meldingen samme dag som utskrivingen eller i noen tilfeller etter utskriving. I psykiatritjenesten i bydelen etterlyser man en avtale med sykehuset om utskriving.

Ved sykehuset opplever informantene at det er en holdning at når det bestilles en tjenesten fra bydelen må den utføres. Men det er ikke alltid mulig, særlig når pasienten ikke er meldt i god tid. Ved sykehuset har de heller ikke en god nok forståelse for de rammene som finnes for arbeidet med pasienter i bydelen og de tar ikke tilstrekkelig hensyn til de faktiske forutsetningene, når de bestiller tjenester. Det medfører at det kommer mange ønsker fra personalet ved utskriving av pasienter som bydelen ikke har mulighet til å følge opp. Noen pasienter klarer seg ikke uten mye hjelp og må legges inn igjen. Det kan tilskrives at enkelte pasienter faktisk ikke har bo-evne og mestrer ikke daglige aktiviteter som det å handle og å ta ansvar for egen økonomi. Det er bygget boliger, men tilbudene er tilpasset de best fungerende pasientene.

Når det gjelder behov for arbeidsplasser har bydelen kontakt med aetat, men det er få tilbud om vernede arbeidsplasser. De psykiske helsearbeiderne mener det er behov for tilbud på alle planer for de psykiatriske pasientene.

### **5.1.2 Psykiatritilbudet i Kommune 2**

Den psykiatriske hjemmetjenesten i kommune 2 er en bydekkende psykiatriseksjon organisert innunder helseavdelingen i kommunen. Tjenesten beskrives av informantene som en bestillertjeneste hvor brukere og pårørende kan henvende seg direkte med en bestilling eller det kommer en henvisning fra en behandlingsinstans om at brukeren har behov for tjenester fra seksjon psykiatri. Med utgangspunkt i bestillingen gjøres en vurdering av brukerens behov for tjenester og det iverksettes tiltak og tjenestetilbud. Informanten sier at det har vært en noe høy terskel for å ta kontakt med psykiatritjenesten pga organiseringen i en egen seksjon som en bydekkende tjeneste. De prøver derfor å være raske med å svare på henvendelser og det er etablert faste møter med 2. linjetjenesten hver annen uke. Det er og regelmessige møter med omsorgsdistriktene i kommunen.

Kommune 2 har etablert et psykiatrisk team. Fokus er på størst mulig deltakelse fra brukerne, og personalet fra psykiatrisk team skal sammen med pasienten trene på ulike dagligdagse og praktiske gjøremål. Psykiatrisk team er organisert som en del av omsorgsavdelingen i kommunen. Dette er gjort for å sørge for en nærhet til omsorgsdistriktene, samt for å sikre at de psykiatriske pasientene får et likt tilbud om hjelp i hjemmet som andre brukere av omsorgstjenesten i kommune. Man har på den måten bevist søkt å unngå særomsorg for psykiatriske pasienter.

### 5.1.3 Psykiaritjenesten

Alle både brukere og pårørende kan gjøre henvendelser til seksjon psykiatri i kommune 2. Men dersom brukerne er kjente ønsker man en formell henvendelse. Informanten beskriver det slik 'Brukeren har en bestilling og vi i seksjon psykiatri gjør en kartlegging med utgangspunkt i denne bestillingen'. Ofte gjøres det vurderinger via hjemmebesøk, særlig ved uklare henvendelser. Vurderingen tar utgangspunkt i pasientens funksjonsnivå og diagnose, og ligger til grunn for iverksetting av tiltak og tjenestetilbud. Informantene understreker at de er bevisst på brukergrupper som må oppprioriteres og hva som eventuelt kan nedprioriteres. Spesielt barn og deres behov er viktige å kartlegge. Samtidig er det viktig å være opptatt av brukernes egne ønsker om hjelp. Behandlingsmål for seksjon psykiatri er at pasienten skal mestre den psykiatriske lidelsen

Seksjon psykiatri fokuserer på individuelle samtaler og brukerne kan få inntil 1 time pr uke, noe som kan være lite. Fokus i samtaler er å støtte og motivere brukerne til å benytte dagtilbud i kommunen eller andre aktivitetstilbud. Dersom brukeren blir dårligere følges pasienten tettere opp. Flere av henvendelsene seksjon psykiatri får gjelder medisiner. På dette området jobbes det med en bevisstgjøring av om det er nødvendig å ta fra pasienten ansvaret for egne medisiner.

### 5.1.4 Psykiatrisk team

En problemstilling man i seksjon psykiatri har stått overfor har vært at tilbudet om ukentlige individuelle samtaler ikke har vært nok i forhold til pasientenes behov. Mange av brukerne har et potensial når det gjelder å mestre livet sitt men de trenger 'hjelp' til dette. Intensjonen med å etablere et psykiatrisk team har vært at denne tjenesten skulle gi brukerne et mer fullstendig tilbud.

Et hovedkriterium for å få tildelt en tjeneste fra psykiatrisk team er at pasienten har en psykisk lidelse. Det blir søkt og bestilt en tjeneste fra psykiatrisk team på samme måte som det gjøres i seksjon psykiatri. Det blir så foretatt vurderingsbesøk hvor søkerens bestilling blir kartlagt. Miljøterapeuten utarbeider en framdriftsplan sammen med brukeren på hva en skal jobbe med og antall timer til vedtak blir anbefalt. Brukeren kan få fra 1\2 time hver 2 uke til 4 timer hver uke. Vedtak fattes vanligvis for 6 mnd om gangen.

Behandlingsmålet er at pasienten skal mestre livet. Det jobbes med å få til en størst mulig deltakelse fra brukeren i forhold til å ivareta grunnleggende behov med et hovedfokus på trening innenfor ulike dagligdage og praktiske gjøremål. Struktur og forutsigbarhet er viktig og ukeplaner er redskap i den sammenhengen. I tillegg er nettverksskapende arbeid viktig. Brukeren kan ha tilbud fra både seksjon psykiatri og psykiatrisk team.

### 5.1.5 Bofellesskapet

Beboerne i bofellesskapet er i aldersgruppen 22-52 år med øvre grense er 50 år. Før tildeling av leilighet i bofellesskapet gjøres en vurdering av pasientens egnethet. Dette er spesielt viktig på grunn av at når leilighet er tildelt er det vanskelig å trekke den tilbake. Eks vil brukere med tungt rusmisbruk være uegnet for bofellesskapet, men de

med noe lettere rusproblemer kan vurderes. Årsaken til dette skillet og forsiktigheten er at rusmisbruk kan 'smitte'. I tillegg beskriver informantene at brukere med rusmisbruk ofte har et nettverk som kan skape usikkerhet hos de andre beboerne.

Hovedmålsettingen med bofellesskapet er en normalisering av brukeren. Klare rammer og en tydelig struktur skal bidra til mestring. I bofellesskapet får brukerne miljøarbeidertjeneste automatisk og de har en egen kontaktperson. Alle tiltak som iverksettes bygger på avtaler mellom bruker og personalet. Brukerne skal være med å utforme sine egen dagplaner/ukeplaner og alle beboerne i bofellesskapet har individuelle planer. Det er brukernes leilighet og personalet har avtaler om at de kan låse seg inn hos brukerne når så å så lang tid er gått. Brukeren forplikter seg på sin side til å holde leiligheten i stand.

### **5.1.6 Pasientstrømmen mellom 1. og 2. linjetjenesten**

Det er regelmessige samarbeidsmøter med ansatte fra kommunen og faste sengeposter ved RPS og det psykiatriske senteret for å planlegge utskrivelser samt for å orientere om hvordan det går med brukerne i kommunen. Dette gir kommunen anledning til å forberede seg på å ta imot utskrevne pasienter fra sykehus, men informanten forteller at det fortsatt kan tas ad hoc avgjørelser når det gjelder utskrivelse av pasienter. Slik at det blir et press om å ta imot nye pasienter. Samarbeidet med de psykiatriske senteret i kommunen er vel organisert. Senteret tilbyr krisesenger noe som gjør det mulig å unngå innleggelser i sykehus for pasientene.

Det hender de i kommunen opplever at kommunikasjonen innad i posten ved RPS ikke er god nok. Det kan skje at avgjørelser som er tatt overprøvers og endres på grunn av kapasitetsproblemer i posten. En annen følt problemstilling er at pasienter som er 'gjengangere' i systemet får korte innleggelser. I kommunen opplever personalet at disse pasientene 'samlar' seg når de er innlagt i sengepost i sykehus. Dermed virker de raskt bedre og de skrives ut. Noen av disse pasientene hadde hatt behov for mer tid i posten. Informantene kan også gi eksempler på at pasienter blir dårligere ved en å innlegges ved RPS. 'De blir rett og slett mer kaotiske ved en innleggelse'. Det psykiatriske senteret i kommunen har en viktig rolle. Der finnes krisesenger, slik at innleggelser ved RPS kan unngås.

Nedbyggingen av 2. linjetjenesten har nok skjedd raskere en oppbyggingen av tilbud i 1. linjetjenesten. Det eksisterer et 'gap' mellom hva kommunene kan tilby og hva som er behovet. Kommunen har hatt et fokus på å bygge opp et tilbud som bofellesskap, etablering av psykiatrisk team til brukere som klarer seg i hjemmet eller i en egen leilighet med tilsyn på dagtid. Men det er fortsatt en jobb å gjøre ift. brukere som har behov for plass i bokollektiv med døgnbemanning. Pasienter med rusproblem og psykiske lidelser har og et dårlig utbygd behandlingstilbud.

Informantene peker på at de opplever at det er kan se ut til at det liten plass til kronikerne i 2. linjen. Det finnes en stor gruppe brukere i 2. linjen som har bodd i institusjon hele livet som ikke kan trenes opp. Flere brukere trenger faktisk tilbud fra både 1. og 2. linjetjenesten hele livet. De vil alltid være gjengangere. De kan være gode i perioder, hvor de vil kunne klare seg i bofellesskap, men i dårlige perioder vil de ha

behov for de trygge rammene som finnes ved et psykiatrisk senter eller ved psykiatrisk sykehus. Fokus for personalet i kommunen når det gjelder denne pasientgruppen vil være på å kartlegge symptomer på at pasienten blir dårlig i en tidlig fase for å forebygge, men og redusere tid med akutt sykdom.

## **5.2 Brukernes erfaringer med det voksenpsykiatriske tjenestetilbudet**

Det har vært sentralt for oss i prosjektet å innhente kunnskap om de erfaringer brukerne av den psykiatriske helsetjenesten har med det tilbudet de har og tidligere har fått. Omfanget på denne delen av datainnsamlingen har ikke vært stor, men har gitt noen viktige perspektiver på tjenesten. Vi har gjennomført intervjuer med to brukere, med ulikt sykdomsbilde, med erfaringer fra psykiatriske institusjoner i 2. linjetjenesten. Begge brukerne bor i egen leilighet og har oppfølging fra den kommunale psykiatritjenesten.

Brukerne vi har intervjuet har nokså blandede erfaringer med sjukehus innleggelse. Begge sier at en innleggelse i sjukehus i seg selv gir trygge omgivelser og struktur over livet. En av brukerne sier at pasienter som er psykotiske må være innlagt i perioder pga at de trenger skjerming fra samfunnet. Men det å være innlagt gir en begrenset frihet, spesielt i begynnelsen. En innleggelse i psykiatrisk sjukehus fører en inn i et system hvor en må forholde seg til den behandling som der blir gitt. Dette innebærer blant annet å ta medisiner.

Den ene av brukerne vi intervjuet hadde vært innlagt 6 år på et psykiatrisk senter. Denne brukeren hadde mange tanker omkring det å ha en psykisk uheldelig lidelse og uttrykte en tydelig redsel egen framtid som følge av langvarig medisinbruken. Denne brukeren stilte spørsmål ved hvorfor legene prøver å helbrede noe som er uheldelig. Medisinene gjør en ikke superfrisk. De har mye bivirkninger som kan overskygge virkningen, samtidig som langvarig bruk av nevroleptika skader hjernen. Men uten medisiner dukker vrangforestillinger opp, det er ikke godt. Det var det som forårsaket siste innleggelse.

Erfaringene brukeren har fra siste sykehusopphold er blandede. De forteller begge at det er mye ufaglært arbeidskraft på postene ved sjukehuset som ikke har kunnskap om psykiske lidelser. Av de faglærte er det noen som har overlevd seg selv. Det de sier er rett og det finnes ikke noe slingringsmonn. Men det finnes ansatte som er 'ildsjeler', som går veldig inn for oppgavene sine, uten disse ville alt vært status quo.

Begge informantene legger i intervjuene vekt på at personalet ikke har tid. Det er de dårligste pasientene som opptar mye av tiden til de ansatte og det blir dermed ikke mye tid igjen til pasienter med angst og depresjon. Brukernes erfaringer med det psykiatriske senteret er noe annerledes. Der har personalet tid, der planlegges utskrivninger i god tid og tilbud sys sammen i kommunen.

Når det gjelder utskrivelsen fra sykehuset har de vært mindre planlagte og mer uforutsigbare. En av informantene er nokså tydelig på at det er tilfeldig hvem som får hjelp og hvem som ikke får hjelp. Det er dermed ikke gitt at du får den oppfølgingen du

trenger etter utskrivningen. Primærkontakten er sentral og denne informanten beskrev primærkontaktens sin som en ildsjel som sørget for oppfølging fra psykiatriske senteret etter utskrivelsen, samt tilbud fra hjemmesykepleien.

Den ene informanten forteller at ved siste sykehusopphold ble han utskrevet to ganger. Første gang var en torsdag og beskjeden om utskrivelse ble gitt samme dag. Den videre oppfølgingen skulle først begynne mandag, da skulle pasienten begynne som dagpasient. I perioden fra torsdag til mandag var det derimot ikke organisert noen form for oppfølging. Informanten fortalt at dagene etter utskrivelsen ikke var gode. Det var lenge siden han hadde vært hjemme og han verken spiste eller sov. Da mandagen kom tok primærkontakten affære. Det ble det ny innleggelse og et lengre opphold i avdelingen.

Begge brukerne har klare målsettinger for egen funksjon. Målsettinger for den ene er at det kommunale tilbudet skal gradvis avta, slik at brukeren skal bli selvhjulpen i egen leilighet. Men det vil ta tid. Informanten forteller at det stilles høye krav, men det må til for å kunne komme tilbake til livet. Den andre brukeren vi intervjuet har som målsetting å fortsette med å klare å bo i egen leilighet samt benytte dagsenter tilbud ved et psykiatrisk senter.

## **6 Nord-sektor**

Tilbudet i spesialisthelsetjenesten i Nord-sektor bestod opprinnelig av psykiatrisk avdeling ved Fylkessjukehuset i Haugesund. Ved en omorganisering på sykehuset ble klinikken og avdelinger på sykehuset ellers omgjort til blokker med egne ledere. Det er fem psykiatriske sentre i regionen.

### **6.1 Fylkessjukehuset i Haugesund**

Psykiatrisk blokk ved fylkessjukehuset i Haugesund (FiH) dekker nord sektoren i fylket samt Ølen og Etne i nabofylket Hordaland. Sykehuset er nå en del av helseforetaket Helse Fonna.

De psykiatriske tjenestene ved sykehuset er organisert i psykiatrisk blokk, som ett av flere hovedområder ved sykehuset (medisinsk blokk, kirurgisk blokk mv). Denne organiseringen ble etablert i løpet av siste halvår. Psykiatrisk blokk er i sin tur delt inn i 7 faglige team med spesialiserte oppgaver. Tre av teamene disponerer sengeplasser i en selvstendig organisert sengeavdeling.

De tre teamene har ansvar for henholdsvis akuttpsykiatri, allmennpsykiatri med intermediære tjenester og langtidsbehandling med rehabilitering. Akutteamet disponerer i alt 21 senger fordelt på to kjernegrupper, en akutt kjernegrupper (14 senger) og en åpen akutt kjernegrupper (syv senger). Det intermediære teamet disponerer syv senger og langtidsteamet 11 senger.

Teamene bestiller sengeplasser i kjernegruppene etter behov og har ansvaret for behandlingen. Kjernegruppene er en utførende instans, uten behandlingsansvar.

Kjernegruppene har ingen intern ledelse, men en person er koordinator for alle gruppene.

De fire teamene som ikke disponerer sengeposter er poliklinikk, team for tidlig intervensjon, rus-team og et så kalt PRS-team (personlighetsforstyrrelser, relasjonsproblem, stress og mestring). Teamene har en enhetlig ledelse. Lederen skal være en fagperson, men ikke nødvendigvis en lege, som tidligere.

Da vi besøkte psykiatrisk blokk, hadde den nye organisering fungert i ca 1/2 år. Et av formålene med denne rapporten var å sammenligne tilbudene ved FiH med RPS. De organisatoriske rammene for driften på de to sykehusene er forskjellige. Med den relativt korte driftsperioden med ny modell på FiH, vil en sammenligning ikke kunne yte tilbudene rettferdighet.

Det er ikke vår oppgave vurdere omorganiseringen av sykehuset, men det må likevel nevnes at det var en del motstand blant ansatte mot den nye modellen da vi foretok intervjuene. Dette satte et visst preg på enkelte av intervjuene. Flere av informantene ga uttrykk for mindre gode erfaringer med omorganiseringen så langt og hevdet at det var vanskelig å se målene for omorganiseringen.

I enkelte intervju ble det spesielt kommentert spenninger mellom leger og psykologer i lederroller. En del av diskusjonen handlet om forskjeller i klinisk praksis når det gjaldt vektlegging av medisinsk behandling og samtaleterapi. En problemstilling er at assistentleger ikke får godkjent praksis i team med bare psykologer.

I team uten leger blir pasienten innlagt under forutsetning av at det ikke kan tilbys legetjenester ved posten. I saker som gjelder medisinerings ble i den forbindelse legehjelp hentet fra primærhelsetjenesten.

### **6.1.1 Akutt-team**

Akutt-teamet tar i praksis bare i mot øyeblikkelig hjelp, og snaut en tredjedel av pasientene legges inn på tvangsparagraf. Temaet disponerer 21 sengeplasser og har en liggetiden på gjennomsnittlig 10 dager.

Akuttmottaket har hele tiden unngått overbelegg. Slik var det før omorganiseringen, og slik er det nå. Før kunne en overordnet lege flytte pasienter rundt i systemet, slik at en unngikk overbelegg ved mottaket. Nå forteller informantene at det er vanskeligere å overføre pasienter, både til andre team og til sentrene. Antallet akutt plasser er imidlertid økt fra 14 til 21, noe som hittil har vært tilstrekkelig for å unngå overbelegg. I 2001 var det 400 innleggelser i en befolkning på 90 000 personer. Om lag 2/3 av de innlagte pasientene har vært innlagt tidligere. Temaet arbeider med å bedre behandlingsopplegget for pasientene og regner på den måten med å redusere hyppigheten på gjeninnleggelser. Tallet på innleggelser totalt sett ser likevel ut til å øke, og presset på sengepostene er stort. Det kan hende at pasienter av den grunn skrives ut 'for tidlig', etter vanlige vurderinger, men man legger vekt på at oppholdet skal vare kort og at pasienten skal føres videre i behandlingsskjeden.

Pasienter blir innlagt med de vanlige diagnosene, men diagnoser med rusmisbruk som tilleggsproblem har økt betydelig.

### **6.1.2 Allmennpsykiatrisk, intermediær post**

Posten er organisert som en fem døgn sengepost, hvor pasientene reiser hjem hver helg samt ved helligdager. Pasientene på posten har plager med sterk angst og depresjoner, personlighetsforstyrrelser og kriser. Personer med de alvorligste lidelsene legges inn på langtidsavdelingen. Posten har sjelden korridorpatienter.

En stor andel av innleggelsene er planlagte. Liggetiden er sjelden mindre enn 14 dager, og varierer mellom 3-4 uker opp til et par måneder. De fleste pasientene er i stand til å flytte tilbake til egen bolig etter innleggelse. De psykiatriske sentrene benyttes i noen grad, men posten har ikke de tyngste psykiatriske tilfellene.

En god del pasienter skrives ut med tilbud fra kommunehelsetjenesten og det kommunale tilbudet er bra, slik det vurderes av teamet. Noen av pasientene følges opp av teamet etter utskriving gjennom et poliklinisk tilbud. Andre pasienter får status som dagpasient ved utskriving.

Posten satser på å utvikle et godt miljøterapeutisk tilbud med samtalegrupper tre dager i uken, ledet av sykepleier. Pasientene rapporterer om godt utbytte av gruppene.

Man ser det som en fordel at pasientene reiser hjem i helgene. Personalet må da hele tiden vurdere om pasienten er i stand til å reise hjem, noe som gir behandlerne et ekstra ansvar. Pasienten unngår samtidig noen av ulempene med institusjonalisering.

De fleste pasientene henvises fra sin fastlege, men noen kommer via akuttposten eller poliklinikken. Pasienten får som regel en forvernsamtale ved posten hvor det tas opp hvilke tilbud som kan gis. Ikke alle pasienter blir innlagt etter en slik samtale.

Teamet mangler lege, noe som gjør det vanskelig å ordinere medisiner. Leger ved andre team vil ikke behandle pasienter de ikke har ansvar for. Ved innleggelse fra primærlege, må denne legen ta det medisinske ansvaret for pasienten, selv om pasienten er innlagt.

Nåværende leder av teamet som er psykolog skal gå over i annen stilling på sykehuset og vil bli erstattet av en lege. Dette vil endre på situasjonen når det gjelder medisiner. Psykologen mener at det kan bli for mye fokus på medisiner som eneste behandlingsmåte. De har i teamet gjort erfaringer med at pasientene blir bedre som følge av en innleggelse uten medisiner.

### **6.1.3 Langtidsteam**

Ved langtidsteamet er pasienter sjeldent innlagt i mer enn et halvt år, med et gjennomsnitt på et par måneder. Teamet tar bare imot pasienter med langvarige lidelser. Hovedvekten på de psykiatriske lidelsene ligger på schizofreni og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Tilbudet i teamet er etter ansattes oppfatning ikke godt nok for personer med bipolare lidelser, og det er en del usikkerhet om hvilket team denne pasientgruppen bør tilhøre.

Det er greit å jobbe i team, mener ansatte, men den nye organiseringen har skapt en del utfordringer, spesielt når det gjelder kommunikasjon og ansvar. Det mangler et overordnet faglig ansvar, hevder en ansatt. I mangel av hensiktsmessige rutiner i den nye modellen, har teamet gått tilbake til gamle kommunikasjonsstrukturer.

Teamet samarbeider tett med de psykiatriske sentrene og det har til nå (tidspunktet for intervjuene med FiH) fungert bra. Pasienter fra sykehuset er i stor grad søkt inn på sentrene og det har vært et godt tillitsforhold mellom sykehuset, sentrene og kommunene i regionen. Dette har bidratt til å skape en god pasientflyt og har vært en avlastning for sykehuset.

I region nord har det vært 5 psykiatriske sentre i drift og det er oppnådd en viss grad av arbeidsdeling mht. til pasientsammensetning. Det eldste av sentrene ble etablert i 1975.

Sentrene har til nå hatt dispensasjon for å kunne ta i mot pasienter på tvangsparagraf. Dispensasjonen går nå ut, og de ansatte forventer at dette vil gjøre det vanskeligere å skrive ut pasienter. Situasjonen kan faktisk bli slik, påpeker en informant, at sykehuset fylles opp med pasienter, mens det er ledige plasser på sentrene.

Hovedproblemet i primærhelsetjenesten, sett fra sykehuset sin side, er mangel på boliger med tilsyn. Teamet har pasienter som krever store ressurser til oppfølging. Samarbeidet med primærhelsetjenesten beskrives ellers som bra. Det er hyppige møter med helsetjenesten i kommunene med organiserte nettverksteam som følger opp pasienter. Sykehuset tar også et selvstendig ansvar for oppfølging av utskrevne pasienter og for pårørende.

#### **6.1.4 Døgnpleien**

De enkelte team gjør avtaler med døgnpleien om disponering av senger og hva som skal gjøres for pasienten. En kjernegruppe knyttet til døgnpleien kan ta bestillinger fra flere team. Den valgte modellen for de psykiatriske tjenestene gir etter de ansattes oppfatning grunnlag for kontinuitet i behandlingen, ved at det samme teamet følger pasienten og pasienten er kjent med personalet i døgnpleien.

Det er en hovedutfordring å få til flyt av pasienter i dette systemet. For å oppnå dette er det viktig å lage 'kjøreregler' og få til nært samarbeide mellom team og døgnpleien.

Det hender at det blir en opphoping av pasienter knyttet til enkelte team. Ved opphoping ett sted kan man overføre pasienter til andre kjernegrupper, hvis det er ledige plasser.

I den tidligere organiseringen, under det fylkeskommunale eierskapet, var det faste rammer og budsjetter for virksomheten. Etter avtale med den nye eier, Helse Vest, må sjukehuset nå ha inntjening på plassene. Dette virker positivt, ved at de ansatte blir mer ansvarlige for kapasitetsutnyttelsen.

## **6.2 Psykiatriske sentrene**

Vi har foretatt intervju på to av de fem psykiatriske sentrene i Nord-fylket.

### **6.2.1 Aksdal psykiatriske senter**

Aksdal psykiatriske senter ble etablert i 1986. Tysvær kommune var arbeidsgiver for de ansatte fram til 1998. Arbeidsgiveransvaret var fylkeskommunalt fra 1998 til det ble



overtatt av psykiatrisk blokk i 2002. FiH har hele tiden hatt det faglige ansvaret ved senteret. Behandler fra Psykiatrisk blokk ved FiH har hatt ukentlig tilsyn ved senteret.

Aksdal er en institusjon med 19 sengeplasser i døgnavdelingen. Dagavdelingen er i drift 1 dag pr uke. Pasientgruppene ved senteret har lidelser som schizofreni, personlighetsforstyrrelser og angst/depresjon.

Senteret beskrives av personalet som veletablert. Det har en plassering nær naturen med godt turterreng og fiskemuligheter, noe som gjør at pasienten trives.

### **6.2.2 Pasientstrøm**

Aksdal psykiatriske senter har høy sirkulasjon av pasienter. I 2001 hadde de 182 utskrivninger, i 2002 var det 201 utskrivninger. I 2002 var det 66 pasienter i systemet, av disse var 24 pasienter nye ved senteret.

Pasienten sirkulerer mellom FiH (som utreder og behandler pasienter) – psykiatriske senter – kommune. Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH) etterspør plasser ved at teamlederen ved FiH bringer inn en søknad.

Flere av pasienten benytter vekselopphold, dvs. at de bor hjemme og er på senteret i planlagte perioder. Dette er pasienter med langvarige plager. Ordningen med vekselplasser medfører at det er mulig å ha mange pasienter i systemet, samtidig som det er mulig å ta imot pasienter på kort varsel. Noe som kan være nødvendig fra FiH. Opphold fra 1 til 3 måneder betraktes som langtidsopphold. Det hender at pasienter blir over flere måneder, men personalet er da bevist på å stimulere til permisjon.

I og med at pasienten sirkulerer i tiltakskjeden er det nødvendig med et tett samarbeid med 1. linjetjenesten og med FiH. Ved senteret sier de at de ser på senteret som 1 1/2 linjetjeneste. De må orientere seg ut til 1. linjetjenesten og opp til 2. linjetjenesten.

Er det mulig å skape et liv utenfor institusjon så gjør en det. I praksis er det av mye større betydning hvor pasienten bor. Pasientens nettverk og nærmiljø kan faktiske bety mer enn medisiner.

Ved senteret har de registrert at gjennomsnittsalderen på pasientene blir lavere. Spesielt yngre pasienter sliter med familierelasjoner, økonomi og boligforhold. Dette medføre at samarbeidsrelasjonene for de ansatte ved senteret blir flere. De må ofte forholde seg til flere kommuner noe som krever mye tid til møter, reiser samt at det gir økt behov for personell. Samtidig er det et ønske om å jobbe mer systematisk i forhold til kommunene. Men slik det er nå blir det ofte samarbeid fra sak til sak.

Det er et ønske ved senteret å jobbe mer med pasientene mens de er innlagt, men dette krever behandler på plassen. Slik det er per i dag er det behandler/lege ved senteret en gang hver uken.

Kommunen har begynt oppbygging av boligtilbudet til personer med psykiske lidelser. Det er behov for boliger i de fleste kommunene i Nord-fylket. I perioden før kommunen har klart å etablere et tilbud er det behov for sentrene. Det er spesielt viktig å ikke redusere antall plasser i institusjon før kommune har bygd opp sitt tilbud. Ved en

eventuell reduksjon av plasstallet ved sentrene vil det bli mindre rom for vekselopphold sier styrer ved institusjonen.

### **6.2.3 Lysskar psykiatrisk senter**

Lysskar psykiatriske senter ble åpnet i 1975 og er det eldste i Nord-fylket. Ved etableringen av Lysskar kom det pasienter fra psykiatriske pleiehjem i Haugesund distriktet, en del kom fra utevernet og noen fra Rogaland psykiatriske sjukehus på Dale. Det ble foretatt en overflytting av pasienter uavhengig av hjemkommune. De første årene var Lysskar tilknyttet Rogaland psykiatriske sjukehus gjennom tilsynslegeordningen fram til det ble etablert en egen døgnavdeling ved FiH. Etter hvert ble også inntaket av pasienter gjort via FiH.

Senteret disponerte i utgangspunktet 40 døgnplasser som nå er redusert til 25 døgnplasser og 8 plasser i dagavdelingen. Senteret er planlagt nedlagt fra 30.6.2003.

### **6.2.4 Pasientstrøm**

Lysskar har mellom 100-150 utskrivninger pr år. Senteret tilbyr vekselopphold. Noen pasienter har faste avtaler, slik at de kan være innlagt ved senteret for kortere perioder. Pasienter som blir dårligere, kan også innlegges uten at det er planlagt, helst i løpet av en 1 uke, og dermed unngå sykehus innleggelse.

Det er god sirkulasjonen av pasienter ved senteret. Mellom 40 og 50 pasienter er knyttet til senteret med vekselopphold. Dette krever et tett samarbeid med kommunene. I forbindelse med nedleggingen er det stadig møter med psykiaritjenesten i kommunen og de andre psykiatriske sentrene i regionen angående overføring av pasienter.

Nye innleggelser ved senteret går via FiH. Inntaket av pasienter har til nå blitt styrt av tilsynslegen ved senteret som er ansatt ved FiH. Dette opplever de ved senteret har betydning for hvilke pasienter som legges inn. I noen perioder har det vært pasienter med depresjon, i andre perioder har det vært pasienter fra akutt eller rehabiliteringsavdelingen. Overlegen har det siste ordet ved vedtak om innleggelse ved senteret, men det har vært lite behov for å ta slike beslutninger.

Hovedproblemet har vært knyttet til lite stabilt legetilsyn ved senteret. Det har vært fem ulike leger som har hatt tilsyn med senteret i løpet av et år. Pasientene har behov for mer enn fem timer legetilsyn per uke, yngre mennesker krever mer enn de eldre. Disse problemstillingene har vært aktuelle i alle år.

De psykiatriske sentrene i Nord-fylket er nå organisert inn under psykiatrisk blokk. Hensikten har vært å få færre administrative nivåer. Teamene ved FiH skulle følge pasientene opp også på sentrene, men det har ikke vært gjennomført i praksis. Lysskar har fortsatt sin tilsynslege.

Kommunen er på etterskudd når det gjelder boligtilbud. Beslutningen om å legge ned Lysskar betyr 25 døgnplasser mindre i Nord-fylket samt åtte dagplasser mindre. Kommunene skal bygge ut bokollektiv, men er ikke kommet i gang med det. Det er fortsatt behov for plasser til pasienter på sentrene inntil boligtilbud med døgntilsyn er klart i kommunene.

## **6.3 Psykiatritilbudet i kommune 3**

Psykiatritjenesten i kommunen er organisert under helseavdelingen sammen med jordmor og helsesøstertjenesten, legevaktjenesten, kommuneoverlege (smittevern) og fysio-/ergoterapitjenesten. Helseavdelingen er et virksomhetsområde hvor det forebyggende perspektivet er det overordnede, og Pleie og omsorgssjefen er øverste leder.

Psykiatritjenesten ble tilknyttet helseavdelingen i 1996 etter en gjennomgang av det helhetlige psykiatritilbudet i kommunen. To psykiatriske sykepleiere gikk da ut av pleie og omsorgavdelingen og ble ansatt i psykiatristjenesten. Psykiatritjenesten består pr i dag av 12 årsverk basert på 13 personer.

### **6.3.1 Psykiatritjenesten**

Brukeren av psykiatritjenesten er over 18 år, og det finnes ingen øvre aldersgrense for å kunne benytte tilbudet. Grad av funksjonsforstyrrelse styrer psykiatritilbudet til brukerne. Målsettingen er å hindre tilbakefall av sykdom hos alvorlig syke pasienter, stoppe utvikling av sykdom samt å gi et tilbud til mennesker i personlig krise.

Psykiatritilbudet i kommunen består av tre team. Team 1 ivaretar klinisk oppfølging av brukere som har ulike tiltak i kommunen. Målsettingen er å forebygge tilbakefall hos disse brukerne. De ansatte i den kliniske virksomheten har et koordineringsansvar såkalt 'case management'. Dette innebærer et ansvar for etablering av tverrfaglige og tverretatlige ansvarsgrupper rundt brukerne, men også oppfølging av brukernes individuelle planer. De tilbyr også individuelle samtaler. En viktig del av team 1 sitt kliniske virksomhetsområde er å være et lavterskel tilbud til mennesker i akutt psykisk krise. Team 2 er et dagsentertilbud basert på kafédrift og ulike gruppetilbud. Fokus er rettet mot mestring og livskvalitet hos brukerne, og ikke symptomer. Team 3 er miljøarbeidertjeneste og er relativt nyetablert. Denne tjenesten skal legge tilrette hjemmesituasjonen for brukerne.

### **6.3.2 Pasientstrøm mellom 1. og 2. linjetjenesten**

Ansatte hevder at det er et godt samarbeid mellom kommunen og de psykiatriske sentrene i Nord-fylket. Flere av brukerne i kommunen sirkulerer i tiltakskjeden. Det innebærer at de bor i kommunen med oppfølging fra psykiatritjenesten, og at de i perioder er innlagt ved de psykiatriske sentrene på korttidsopphold.

I kommune er det ansatt erfarne sykepleier som er godt kjent med brukerne og som raskt klarer å fange opp endringer i pasientenes tilstand. Sykepleierne i kommunen kan dermed være tidlig ute med å søke om avlastning og korttidsopphold for pasienten ved de psykiatriske sentrene.

Nå planlegges det å etablere et felles inntaksteam hvor fastlegen skal være med på vurderingen om brukeren skal innlegges. Det er en bekymring i kommunen om at tjenestetilbudet i 2. linjetjenesten kan bli vanskeligere tilgjengelig. Men noen brukere vil fortsatt ha 'grønt kort', dvs. at de selv kan ta direkte kontakt med det psykiatriske senteret for innleggelse.

Ansatte i kommunen beskriver at det var ryddig å forholde seg til FiH før innføring av teammodellen. FiH bestod tidligere av en akuttpost, en intermediærpost (for pasienter med angst og depresjon) og en langtidspost. I tillegg var sykepleierne i kommunen godt kjent med de ansatte ved sjukehuset, og mange hadde jobbet der. Dette bidro til å etablere en god pasientflyt mellom sykehuset og kommunen. Når det gjelder innleggelser ved FiH har de i kommunen hatt mest kontakt med rehabiliteringsteamet.

FiH har vært gjennom store omorganiseringer ved overgang til Helseforetak og teamorganiseringsmodellen. Slik det er nå er det mye kompetanse i kommune mens psykologer og psykiatere har sluttet ved FiH. Dette preger samarbeidet, men det er fortsatt gode kollegiale forhold på sykepleiesiden. Sykepleierne i kommunen representerer en stabil kjerne av fagfolk med lang erfaring som har god kjennskap til brukerne. De tar vare på kontinuitet når behandlere forsvinner fra sykehuset, hevder en ansatt.

### **6.3.3 utfordringer**

Kommunen står overfor store utfordringer når det gjelder etablering av boliger. Det er noen omsorgsboliger i kommune (ca 10 boliger), og det er søkt og planlagt etablert ca 40 boliger innen år 2006. Brukerne som per i dag har behov for omsorgsboliger med tilsyn bor nå ved de psykiatriske sentrene eller i kommunale leiligheter i kommunen.

Samtidig er det planlagt nedbygging av Lysskar psykiatriske senter. En større gruppe pasienter som har bodd der i årevis skal flytte ut i kommunen eller flyttes til noen av de andre psykiatriske sentrene i Nord-fylket. Reduksjonen i antallet plasser i 2. linjetjenesten skjer raskere enn det er mulig å etableres nye boligtilbud i kommunen. Nå foretas det en gjennomgang av hver enkelt pasient med psykiatrikoordinator, psykiatrisk blokk og sentrene med tanke på hvor disse pasientene skal bo.

## **7 Hordaland fylke**

### **7.1 Sandviken sykehus**

Sandviken sykehus har i alt 130 sengeplasser og dekker en befolkning på 170 000 innbyggere. Sykehuset er organisert med en psykiatrisk klinikk og en korttidsavdeling. Den psykiatriske klinikken inneholder en sikkerhetsavdeling og en langtidsavdeling.

Sandviken psykiatriske sjukehus har gjennomgått en prosessforbedringsprosess som har vart ca ett år. Denne prosessen var i startfasen da vi gjorde vår første henvendelse til sykehuset og medførte at vår datainnsamlingen ved Sandviken ikke ble gjort før høsten 2002. På grunn av prosjektets tidsramme ble det derfor besluttet ikke å gjennomført flere intervjuer ved Sandviken psykiatriske sykehus.

Utviklingsprosessene som har vært gjennomført ved Sandviken synliggjorde at det var store variasjoner i måten pasientene ble tatt imot på og ført videre inn i sykehuset. Sykehuset hadde i lang tid også hatt for liten kapasitet til mottak av øyeblikkelig hjelp.

Terskelen for innleggelsen i sykehuset var dermed blitt høy. En annen problemstilling var et betydelig overbelegg i sykehuset.

I begynnelsen av 2002 foretok man omorganisering av avdelingene og opprettet et felles mottak for hele sykehuset slik at alle innleggelser skulle vurderes i mottaksposten. Det ble dermed brutt men kontinuitetsprinsippet. Erfaringene med mottaksposten så langt er at den fungerer som en sil. Det er en gjennomsnittlig liggetid i mottaksposten på drøyt fire dager. Siden åpningen og fram til slutten av september har nærmere 40 % av alle innleggelsene ved Sandviken blitt ferdig behandlet i mottaksposten. De som går videre i systemet har behov for mer behandling og oppfølging. Ifølge informantene har det blitt en annen type gjennomstrømming av pasienter.

Langliggerne er en problemstilling ved Sandviken sykehus og de synliggjør et behov for å modernisere og utvikling av langtidstilbudet. Mellom 10 og 15 pasienter kan karakteriseres som langliggere og opptar plasser i akuttavdelingen. Noen av disse har vært i sykehuset i nærmere 20 år og de trenger et høyt omsorgsnivå. De er pasienter som egentlig er ferdig behandlet i sykehuset, men de blir værende pga at de ikke har et tilfredsstillende behandlingstilbud ved et DPS, ved en lukket langtidsavdeling eller i kommunen. De er en kroniker gruppe som faller i mellom det tilbudet som finnes.

En ny gruppe pasienter som er økende er pasienter som har rusproblemer i kombinasjon med en psykisk lidelse. Ifølge informantene våre var ca 30 % av juli innleggelsene i 2002 rusrelatert. Rusmisbruket er et kompliserende forhold samtidig som behandlingstilbudet til denne gruppen er dårlig.

Samhandlingen med primærhelsetjenesten kunne vært bedre ifølge informantene. Det er for lite dialog. Det finnes samarbeidsmøter ved utskrivning men her kunne det vært mer systematikk. Jo bedre tilbudet i 1 linjetjenesten er jo færre innleggelser. En viktig oppgave er å sette sammen de kommunale instansene slik at pasienten får det tilbudet denne trenger etter utskrivelse.

## **7.2 Det kommunale psykiatritilbudet**

Vi har valgt en tilfeldig bydel i Bergen kommune for å belyse det kommunale psykiatritilbudet.

Det kommunale psykiatritilbudet i bydelen består av avdeling for psykiatritjenester, bofellesskap og dagsenter.

Hittil i år har dobbelt så mange brukere søkt om tjeneste fra psykiatrisk hjemmesykepleien som i fjor. Psykiatritjenesten går stort sett inn i de henvendelser som de får. Den psykiatriske hjemmesykepleien har kun bemanning på dagtid, og fem ansatte psykiatriske sykepleiere fordeler 150 brukere mellom seg. Dette gir mye trykk på den enkelte sykepleiere og ikke minst er tjenesten sårbar ved sykemeldinger. Psykiatritjenesten får en kontinuitet hos sine brukere og blir i stand til å fange opp signaler på at brukeren blir dårlige slik at det er mulig å unngå nye problem.

Bydelen har 2 ½ bofellesskap. Bofellesskapet er ifølge informantene ingen institusjon, men gir en trygghet for beboerne ved at det alltid er tilgjengelig personale. I

bofellesskapet er det en vis struktur og forutsigbarhet for beboerne gjennom fellesaktivitetene faste dager i uken. Utfordringen i bofellesskapet er den lave bemanningsfaktoren. Flere av beboerne er psykotiske mer eller mindre hele tiden. Det skaper en viss utforsigbarhet for personalet spesielt kveldstid og i helger. Bofellesskapet er også blitt en utfordring kostnadmessig for bydelen.

Det kommunale dagsentertilbudet er velutbygd i bydelen. Det er organisert som et lavterskel tilbud hvor det ikke er nødvendig med noen henvisning. Noen av brukerne har benyttet tilbudet i over 10 år, og for disse er det spesielt kvelds og helgetilbudet som er viktig.

### **7.2.1 Avdeling for psykiatri**

Alle nye henvendelser kommer til leder av psykiatritjenesten som gjør en umiddelbar vurdering av forespørselen. Henvendelse blir så tildelt en sykepleier eller vernepleier og det blir foretatt et hjemmebesøk. Fokus der er rettet på å få fram hva pasienten har behov for. I etterkant gjøres en avklaring av hva slags tilbud som kan være aktuelt for denne brukeren og det fattes et vedtak ut fra behov og mulighet. Alle brukere har vedtak knyttet til den tjenesten de mottar og de har klagemulighet på vedtak som blir fattet.

Den psykiatriske hjemmesykepleien har kun bemanning på dagtid, og har hatt god rekruttering på grunn av dette. Brukerne er i aldersgruppen 20-80 år. Hjemmebesøk er vanlig, men det hender at det gjennomføres samtaler på kontoret. Det kan bli for vanskelig å få besøk hjemme.

En problemstilling som er følt på i psykiatritjenesten er at flere pasienter er krevende å koordinere et tilbud til. De har ofte ikke penger, ikke bolig og ingen jobb. Spesielt for ungdom som ikke kan bo i bokollektiv er det en utfordring finne et tilfredsstillende botilbud som de har økonomi til. Det største og mest følte behovet blant de ansatte i psykiatritjenesten er at brukerne ha behov for at noen bryr seg og engasjere seg i dem. For noen handler de videre om vedlikehold, mens andre har behov for å få styrket sine interesser. Ansvarliggjøring er viktig og en tidkrevende prosess.

### **7.2.2 Bofellesskap**

I bydelen finnes 2 ½ bofellesskap hvor av et ble startet opp april 2002. Leiligheten i bofellesskapet er beboerens permanente bolig. Leder for psykiatritjenesten får en henvendelse og et meldt behov. Personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser og pasienter med tungt rusmisbruk vil ikke få tildelt leilighet. Vurderingen av søkerens egnethet til å bo i bofellesskap er viktig.

I bofellesskapet finnes 10 leiligheter, og en felles leilighet som alle beboerne har tilgang til. I tillegg er det felles kjøkken og stue. De ansatte går turnus og i helger, men det er ikke døgnbemanning. Bofellesskapet er ingen institusjon, men det gir en trygghet at det alltid er tilgjengelig personale. Hensikten med turnusen er at beboerne alltid skal være sikre på at de kommer personale på jobb, og de skal vite når dette skjer. I bofellesskapet er det noen fellesaktiviteter som bidrar til å skape en struktur og forutsigbarhet. I tillegg er en målsetting at beboerne skal ivareta husarbeidet.

Gjennomsnittsalderen på beboerne i bofellesskapet er ca 40 år. Noen av disse er psykotiske mer eller mindre hele tiden. Informantene beskriver at det er mye å ta tak i. Pasientene er syke, flere er langtidssyke med lite ressurser etter langvarige institusjonsopphold. Samtidig er bemanningsfaktoren lav (0,5 stilling per leilighet) noe som kan bidra til å skape en utrygghet og uforutsigbarhet for personalet, spesielt når de er alene på vakt.

### **7.2.3 Kommunale dagsenter**

Det kommunale dagsentertilbudet er et lavterskel tilbud hvor det ikke er nødvendig med noen henvisning. Brukeren av tilbudet rekrutteres i storgrad via hjemmetjenesten. De fleste er uføretrygdede, men noen har vernet arbeid. En intensjon med tilbudet er å forebygge sykehusinnleggelse. Det er en liten gruppe på 10-15 brukere som er alvorlig og kronisk syke, som benytter tilbudet hver dag. Dagsenteret bidrar dermed til å skape nettverk for brukerne.

Dagsenter tilbudet er mangfoldig. Der finnes samtalegrupper, tilbud om håndarbeid, turer. Spesielt de felles måltiden og samholdet rundt disse blir framhevet som positive. Noen av informantene mener at markedet er mettet for dagsentertilbud når en ser dette tilbudet i forhold til de som er i stand til å benytte dette.

### **7.2.4 Pasientstrømmen mellom 1. og 2. linjetjenesten**

De ansatte beskriver at det er et godt samarbeid med det distriktpsikiatriske senteret, 'dialogen' er god. Ved senteret finnes et poliklinisk tilbud og ansatte med behandlingsansvar for beboerne i bokollektivet. Det finnes videre et døgntilbud hvor de raskt tar imot pasienter for planlagte opphold på inntil to uker. Målet er å forhindre innleggelse ved sykehuset. Det tilbys også veiledning og kursing av personalet i 1. linjen. Beboerne i bofellesskapet benytter ofte muligheten til planlagt avlastning, noe som medfører at bofellesskapet fungerer godt.

Samarbeid mellom 1. linjetjenesten, spesielt bokollektivet, og det Distriktpsikiatriske senteret i kommunen fungerer godt, etter de ansattes oppfatning. Samarbeidet er basert på kontinuitet og klare ansvarsforhold. Behandlerne ved det distriktpsikiatriske senteret har behandleransvar for pasientene i bokollektivet.

Når det gjelder samarbeidet med det psykiatriske sykehuset, er dette mer utforutsigbart. Generelt ser det ut til å være en utfordring å få pasienter inn på sykehuset. Informantene sier at de kun får pasienter inn på tvang, særlig gjelder dette i helger og på kvelder. Dersom innleggelse kan skje på dagtid, gir dette ryddige innleggelse. En annen reell problemstilling er at noen fastleger kun har kontortid en dag per uke. En konsekvens av dette er at en vurdering og eventuell innleggelse må gå via legevakten eventuelt med hjelp av politiet.

Ved utskriving av pasienter tar i beste fall sykehuset kontakt med 1. linjen før pasienten skrives ut. Men det har skjedd at pasienter blir utskrevet til hjemmet, uten at kommunen og 1. linjetjenesten har fått melding om dette. Det har det hendt at psykiatritjenesten først har fått kjennskap til de medisinerendringer som har vært gjort i løpet av pasientens

sykehusopphold 14 dager etter utskriving. Pasienter har også blitt reinnlagt uten at personalet i psykiatritjenesten har vist at pasienten har vært utskrevet.

Vårt hovedinntrykk er at samarbeidet mellom 1. linjetjenesten og det psykiatriske sjukehuset har klare mangler. utfordringene er knyttet til det å få pasienten inn på sjukehuset, og når dette skjer er det stort sett på tvang. Utskrivelsen har heller ikke karakter av å være spesielt planlagte fra sykehusets side. Det hender det blir tatt kontakt med psykiatritjenesten i forkant for en utskrivelse men dette er ingen rutine. De ansatte gir flere eksempler på at ikke planlagte utskrivelser har resultert i reinnleggelser av pasientene.

## **8 Diskusjon**

### **8.1 Rammer for diskusjonen**

Utgangspunktet for denne utredningen var forskjeller i kapasitet til å ta imot øyeblikkelig hjelp mellom Rogaland psykiatriske sjukehus og psykiatrisk avdeling ved Fylkessjukehuset i Haugesund. Et mål med prosjektet har vært å se akutfunksjonen i sammenheng med hele behandlingkjeden samt organisering av tilbudene innen sykehuset. Planen var å ta med Sandviken sykehus i Bergen som et grunnlag for sammenligning.

I en tidlig fase av prosjektet ble det imidlertid foretatt organisatoriske endringer både ved RPS, FiH og Sandviken sykehus, spesielt knyttet til akutfunksjonen. Ved Psykiatrisk avdeling ved FiH ble det foretatt en omorganisering fra poster til spesialiserte team.

I diskusjonen er det hensikten å se de psykiatriske tjenestene i et systemperspektiv. Tiltakene sees som en mer eller mindre sammenhengene kjede fra det laveste og minst spesialiserte nivået i kommunehelsetjenesten til de mer spesialiserte tjenestene som distriktpspsykiatriske sentra, poliklinikker og de psykiatriske sykehusene. Det har lenge vært et bærende prinsipp at pasientene skulle tilhøre det laveste effektive omsorgsnivået i behandlingkjeden (LEON-prinsippet). Eksempelvis vil en inneliggende langtidspasient i det psykiatriske sykehuset som vil kunne dra bedre nytte av tjenester på et lavere omsorgsnivå, oppfattes å være på for høyt omsorgsnivå. Når dette prinsippet ikke kan følges opp kan det føre til opphopinger i behandlingkjeden, og behandlingsplasser blir ikke effektivt utnyttet. En langtidspasient vil kunne oppta en plass som kunne blitt bedre utnyttet til behandling av andre pasienter. Å skape tilstrekkelig sirkulasjon av pasienter i tiltakskjeden blir ofte et dilemma på ulike nivå i behandlingkjeden.

Vi vil trekke inn to perspektiver på behandlingen av psykiatriske pasienter: en medisinsk psykiatrisk modell og en sosialpsykiatrisk modell. Vi skal her ikke gå inn på noen omfattende redegjørelse for modellene. Vi vil imidlertid peke på at den medisinske



modellen har sin hovedtyngde i diagnostisering og medisinsk behandling, fortrinnsvis med medikamenter, men også med andre terapeutiske virkemidler som samtalerterapi og miljøterapi i institusjon. Den sosialpsykiatriske modellen legger mindre vekt på diagnose og tradisjonell behandling, men mer vekt på mestring av dagliglivets oppgaver utenfor institusjon. I den sosialpsykiatriske modellen vil rehabilitering og habilitering stå sentralt. Oppgaver innen det medisinske paradigme er sterkt profesjonalisert gjennom yrkesgrupper som psykiatere, psykologer og spesialsykepleiere, og tjenestene er i stor grad lovregulert. Det sosialpsykiatriske feltet er mindre profesjonalisert og må naturlig nok være åpen for kompetanse fra mange yrkesgrupper utover de tradisjonelt medisinske og psykologiske fagene. Den sosialpsykiatriske modellen overlapper med den samfunnspsykiatriske modellen. Dette er en modell som fokuserer på styrking av tjenester til personer med psykiske lidelser i lokalsamfunnet.

Tiltakskjeden omfatter ulike institusjoner, ulike yrkesgrupper og profesjoner og ikke minst ulike forvaltningsnivå. Dette stiller store krav til samordning om kommunikasjon på tvers av institusjoner, profesjoner og forvaltningsnivå.

De psykiatriske sykehusene, poliklinikker og distriktspsykiatriske sentra er nå en del av helseforetakene, eid av staten etter tidligere å har vært under fylkeskommunalt eierskap. Konsekvenser av dette på det utøvende tjenestenivået er det ennå for tidlig å trekke konklusjoner om. Dette har imidlertid ikke vært et sentral tema hos de informantene vi har intervjuet. Eierskifte ser så langt ikke ut til å ha endret selve tjenesteutøvelsen i betydelig grad, men det er påpekt konsekvenser i form av sterkere økonomisk styring og krav til mer effektiv tjenesteproduksjon.

Kommunehelsetjenesten har ansvaret for pasienten etter utskriving fra sykehus eller de psykiatriske sentrene. Kommunens formelle ansvar er her hjemlet i Lov om helsetjenester i kommunene og Lov om sosiale tjenester. Dette er et mer generelt lovverk med utgangspunkt i personer i befolkningen som har et relevant behov for behandling eller omsorg. Et viktig tillegg, når det gjelder mennesker med psykiske lidelser, er Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 basert på St. prp. 63 (1997-98). Her gis betydelig øremerket økonomisk bistand fra staten til kommunene som skal gå til styrking av kommunale tjenester, kompetanseheving og bygging av omsorgsboliger. Midlene skal ikke bare være en helsesatsing, men forutsetter innsats fra flere sektorer som pleie og omsorg, kultur og fritid, sysselsetting m fl (Rundskriv I-4/99). Opptappingsplanen representerer et kraftig løft i den kommunale delen av tiltakskjeden for mennesker med psykiske lidelser. Gjennomføringen av planen er nå i sin midtfase. Planen kan imidlertid komme til å endre flere av de områdene vi tar opp i denne rapporten.

Diskusjonen i rapporten må bygge på de endringene som ble foretatt i løpet av prosjektperioden, men flere endringer har bare virket i kortere tid. Mange av leddene i tiltakskjeden er likevel ikke endret i særlig grad. Dette gir oss mulighet for å se nye organisasjonsløsninger i sammenheng med de delene av tiltakskjeden som ikke er endret. En problemstilling her er hva som skjer når et ledd i tiltakskjeden endres og dermed løser et isolert problem, med de konsekvenser dette har for andre ledd i kjeden.

Diskusjonen har et evaluerende tilsnitt og konkluderer med enkelte anbefalinger.

## 8.2 Erfaringer

### 8.2.1 Mer kontroll over akuttmottak

Alle tre sjukehusene som er med i denne undersøkelsen, har etablert egne mottakelsesposter/akuttposter i løpet av prosjektperioden. Både Sandviken sykehus, Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH) og Rogaland psykiatriske sjukehus (RPS) har endret akutfunksjonen og rutiner knyttet til mottakt av nye pasienter. Pasientstrømmen inn i de psykiatriske sjukehusene er etter dette blitt mer forutsigbar for både pasienter, behandlere og personalet ellers ved sjukehuset. Også primærleger har merket forbedringer. Tilbakemeldinger fra legene, spesielt ved RPS, viser at de nå opplever det enklere å konsultere behandlere ved sjukehuset og eventuelt vurdere pasienter. Ved FiH har likevel ikke følgene av omorganiseringen hatt så store konsekvenser for akuttmottaket, fordi dette også tidligere har fungert godt.

Ved institusjonene understrekes det at mottakspostene fungerer som en sil. En andel på 27 % av pasienten som innlegges ved akuttmottaksposten ved RPS utskrives i løpet av første døgnet. Sandviken har valgt en annen modell for organisering av akutfunksjonen, og pasienten blir i psykiatrisk akutt mottakspost (PAM) i inntil 7 døgn. Her skrives ca 40 % av pasienten ut. De pasientene som har behov for sykehusbehandling, går videre i systemet.

Ved FiH er liggetiden i gjennomsnitt 10 dager på akutteamet. Teamet har unngått overbelegg, både før og etter omorganiseringen, men det er blitt vanskeligere å overføre pasienter fra akuttmottaket til andre poster ved FiH, noe som kunne ha ført til overbelegg på akuttmottaket. Tallet på plasser er imidlertid økt fra 14 til 21 plasser etter omorganiseringen, og dette har vært tilstrekkelig til å ta unna for etterspørselen på akuttposten.

En utfordring for mottaksposten slik den er organisert ved Sandviken og RPS er at ordningen bryter med kontinuitetsprinsippet. Pasientene blir i akuttposten en kort periode og personalet får i liten grad anledning til å følge opp pasientene over lengre tid. Konsekvensen er at personalet sjeldnere får erfare pasienter som det går bra med. Personalet ved akuttmottaksposter møter pasienter i den akutte sykdomsfasen, og noen av informantene påpekte at det kan bli en utfordring å beholde og å rekruttere personalet til denne typen poster.

Et av målene med å etablere en akuttmottakspost ved RPS med god bemanning var å etablere en buffer for sengepostene når det gjaldt innleggelse av nye pasienter. Gjennom våre intervjuer har vi fått bekreftet at akuttmottaksposten fungerer i tråd med intensjonen.

Alle pasienter som kommer til mottaksposten, blir raskt vurdert av en behandler. Samtidig orienteres sengeposten pasienten tilhører, om at det kommer nye pasienter. Ansatte på posten kan dermed være forberedt nye pasienter og kan legge forholdene tilrette for det. Den gode bemannings situasjonen ved akuttmottaksposten sikrer samtidig at det alltid er noen som har tid til pasienter, men og de pårørende. Dette bidrar ifølge de ansatte til at pasientene raskt roer seg ned, og det er faktisk lite tvangsmiddelbruk i

posten. Det ser dermed ut til å være etablert en god kvalitet på det første møte pasienten har med sykehuset.

### **8.2.2 Press på allmennpsykiatriske poster**

Et dilemma med organiseringen som er valgt for mottaksposten ved RPS er at den sengeposten som pasienten skal overføres til i løpet av ett døgn, må motta vedkommende, uansett kapasitet. Sengeposten kan med andre ord ikke avvise pasienter, selv om det er fullt belegg. Erfaringen fra sykehuset generelt er at sengeposten har konstant overbelegg og må hyre ekstravakter. Ansatte på akuttposten gir også uttrykk for at de tidvis opplever et press fra sengepostene om at de må beholde pasientene lenger. Dette tyder på at pasientflyten internt ikke er helt tilfredsstillende. For sengepostene ser det fortsatt ut til å være en mangel på kontrollen over pasientstrømmen inn i posten, da de må ta imot nye pasienter uansett. Gjennom etablering av akuttmottakspost er forutsigbarheten i dette blitt noe bedre, men det kan se ut til at problemet for sengepostene er blitt utsatt i ett døgn.

Grunnbemanningen på de allmennpsykiatriske sengepostene ved RPS er lav, spesielt på kveldstid og i helgene. Selv om det er pasientenes behov for beskyttelse som avgjør om det skal leies inn ekstravakter, og det er en viss variasjon i behovet for ekstra personale, er en hovedkonsekvens av den lave bemanningsfaktoren at det er mye ekstravakter i avdelingen. Som en av informantene påpekte: 'det er for mange pasienter og for lite personale'. I helgen er det stort sett alltid behov for ekstra bemanning, men det er vanskelig å vite fra dag til dag hvor stort behovet for fastvakt er. Et tiltak ved sykehuset, for å redusere bruken av ekstravakter, har vært å omgjøre ekstravaktmidler til faste stillinger ved noen poster.

Bemanningsfaktoren blir spesielt problematisk når en tar i betraktning overbelegget ved sengepostene. Beleggsrapporten fra RPS for 2001 viser en beleggsprosent på Klinikkavdeling for voksne på 105,85 prosent og på enkelte poster når den 120 prosent. Ser vi bort fra post med lavest belegg, som ble stengt i 2001, var belegget i gjennomsnitt drøyt 111 prosent i 2001.

Den lave bemanningsfaktoren på enkelte poster kan gi personalet for liten tid til å ta seg av enkelte pasient. Også brukere har satt fokus på at personalet i sengepostene ikke har tid til dem. De dårligste pasientene får mest oppmerksomhet fra personalet, sies det, og det blir lite tid igjen til pasienter med mindre synlige behov. Dette er utfordringer som også framheves av personalet vi intervjuet i sengepostene. Som en av dem sa 'de som maser mest får mest, mens de rolige må oppsøkes og tilbys hjelp'. Dette kan jo egentlig være pasienter som har et stort behov for hjelp.

Grad av kontroll over pasientflyten vil kunne virke inn på arbeidssituasjonen for den enkelte og på det organisatoriske klimaet på posten. Det er en fare for at liten grad av kontroll, relativt sett, vil virke negativt inn på organisasjonsenheten. Personalet kan oppleve mer stress og problemer med å følge opp rutiner. En annen følge av overbelegg og tidspress på personale kan være at kvaliteten på det miljøterapeutiske tilbudet til den enkelte pasient i sengeposten kan bli svekket.

### 8.2.3 Spesialposter

Postene ved RPS har ulik grad av kontroll over pasientflyten. Spesialpostene ved RPS har i motsetning til de allmennpsykiatriske sengepostene ekstra ressurser og bemanning. Spesialpostene er etablert for å gi spesifikke pasientgrupper et godt tilpasset behandlingstilbud både når det gjelder utredning, behandling og rehabilitering. Spesialpostene kan med dette som utgangspunkt 'sile' pasienter som skal legges inn. Spesialpostene har ordninger med forvernsamtaler og henvisning av pasienter slik at innleggelse kan planlegges godt. Spesialpostene ser dermed ut til å ha bedre kontroll med inntaket av og overføringer av pasienter, og de er i stand til å unngå overbelegg i posten.

De allmennpsykiatriske sengepostene må som vist ovenfor ta imot de pasientene som kommer med behov for innleggelse, med stadig overbelegg som konsekvens. Allmennpsykiatriske poster ser dermed ut til å ha minst kontroll over pasientflyten.

### 8.2.4 Opphoping i pasientflyten

Nedbyggingen av institusjonen har gått fortere enn den tilsvarende oppbyggingen av et behandlingstilbud i kommunene, med 'flaskehals' i systemet som et resultat. Pasienten blir værende på institusjon i påvente av at tilbud i kommunene blir klart. Det er ikke bare kommunene som ikke har klart å bygge ut et tilfredsstillende behandlingstilbud raskt nok. Problemet gjelder også for flere av de psykiatriske sentrene, som fortsatt ikke har oppnådd fullverdig status som et DPS.

Når behov for langtidsopphold primært må begrunnes med mangel på adekvate tilbud på et lavere omsorgsnivå, skapes en konflikt med målsettingen om at de psykiatriske sykehusene skal være det mest spesialiserte leddet i behandlingskjeden. Langtidspasientene opptar da plasser i sykehusavdelinger som er avhengig av rask sirkulasjon av pasienter, for å kunne fungere optimalt. Knapphet på ledige plasser i forhold til etterspørsel, skaper overbelegg.

### 8.2.5 Langtidspasienter

Langtidspasientene er ingen ensartet gruppe. Erfaringene fra postene viser at noen pasienter vurderes å være på for høyt omsorgsnivå med behov for andre tilbud. Andre har behov for et spesialisert tilbud over lang tid. Sandviken sykehus kan vise til eksempler med pasienter som har vært innlagt i institusjon i nærmere 20 år. At det finnes pasienter i sykehusene som er på for høyt omsorgsnivå er ikke noen ny oppdagelse. Det er påvist av Svenningsen i 1989 og Øgard i 1982. Med den sterke reduksjonen i sengeplasser som har funnet sted fram til i dag, vil fortsatt langtidspasienter komme til å oppta plasser som er beregnet for et system med større grad av pasientsirkulasjon.

Store variasjoner i pasientpopulasjonen synliggjør behov for ulike typer tilbud. Det er fremdeles et behov for langtidsopphold i sykehusene for pasienter med stort behov for spesialiserte tjenester over lang tid. Denne gruppen er trolig ikke stor. Det er også behov for tilbud på lavere omsorgsnivå til pasienter med store omsorgsbehov, men som ikke behandlingsmessig vil profitere på sykehusopphold. Dette kan være behov som man i

første omgang skulle forvente at de distriktpspsykiatriske sentrene kunne dekke. De distriktpspsykiatriske sentrene står imidlertid i en parallell situasjon som sykehusene. De har en langsommere sirkulasjon av pasienter, med større vekt på sykehjemsoppgaver og rehabilitering over relativt lang tid. De kan derfor ikke avlaste sykehusene i den grad sykehusene ønsker, men her er det en del variasjoner mellom sentrene

Et av de psykiatriske sentrene i denne undersøkelsen har relativt mange langtidspasienter, og har på mange måter overtatt sykehusenes tidligere rolle som institusjon for langtidsopphold.

Et viktig tilleggsmoment her er kravene til kompetanse ved de distriktpspsykiatriske sentrene skjerpes når pasienter med tvangsvedtak vurderes for overflytting. Flere av sentrene har hatt dispensasjon fra regelverket, men denne perioden avsluttes nå, uten at sentrene har fått styrket sin bemanning for å oppfylle kravene til kompetanse. Dermed kan presset på sykehusene komme til å øke.

Gjeninnleggelser kan være et mål på kvalitet på selve behandlingen i institusjon (Johannessen og Larsen, 2000), men kan også avspeile andre forhold i tiltakskjeden. Den høye andelen gjeninnleggelser kan være en indikator på at pasienten ikke får tilstrekkelig trening i strategier for å mestre en tilværelse utenfor institusjon eller at tilbudene utenfor sykehuset ikke dekker pasientens behov for støtte og omsorg og dermed ikke bidrar tilstrekkelig til å forebygge nye innleggelser.

Trening i mestringsstrategier kan gjøres på flere nivå i tiltakskjeden: på det psykiatriske sykehus, på distriktpspsykiatriske senter og i kommunehelsetjenesten. Vår oppfatning er at dette arbeidet bør styrkes på alle nivå gjennom en felles satsing.

Et aktuelt tema er om det allmennpsykiatriske tilbudet er optimalt for pasienter som i stor grad går inn og ut av sykehuset. Ideen bak det allmennpsykiatriske konseptet er å gi pasienten kontinuitet i behandlingen. Dette er et hevdvunnet prinsipp i psykiatrien (se f. eks. Mosher & Burti 1989). Sett fra sykehusets ståsted skal kontinuitet i behandlingen sikre at pasienten kommer tilbake til samme post/avdeling som ved tidligere innleggelser, og møter behandlere og personale som kjenner pasientens situasjon. Prinsippet om kontinuitet i den allmennpsykiatriske modellen står også sentralt i forhold til de psykiatriske sentrene og den psykiatriske helsetjenesten i kommunene.

Et annet prinsipp i psykiatrien er 'comprehensiveness' eller allsidighet i behandlingen (Panzetta 1971, Johansen 1997). Slik det psykiatriske sykehuset framstår, er den primære oppgaven å yte hjelp innenfor et medisinsk paradigme, mens allsidighet i behandlingen dekker et større spekter av behov knyttet til mestring av et liv utenfor institusjon. Det kan gjelde forhold som tilfredsstillende bolig, trening i dagliglivets gjøremål, behov for sosialt nettverk, utdanningsbehov, arbeidsmarkedstiltak, spesielle tiltak mot rusproblemer mm.

Pasienter med langvarige plager og som er gjenganger i sykehuset, møter et medisinsk-psykiatrisk tilbud. Dette er et tilbud for å komme gjennom akutte vanskelige faser, men skaper ikke nødvendigvis en utvikling i pasientens mestringsevne utenfor institusjon.

Det finnes rehabiliteringsavdelinger knyttet til 2. linjetjenesten, polikliniske tilbud, tilbud ved distriktpspsykiatriske sentra og kommunale tilbud, men behovene til

pasientene dekkes i ulike grad. Enkelte av rehabiliteringstilbudene i 2.linjetjenesten er relativt eksklusive og tar ikke i mot alle typer pasienter. Ansatte i sengepostene understreker at det å kartlegge og finne et spesialtilbud som passer til pasienter som er ferdigbehandlet, i seg selv er en utfordring. Noen faller utenfor, kanskje betraktes de som for lite motiverte, 'utbrente' eller uten potensial for endring.

Ansvarer for rehabilitering ser ut til å være fragmentert, og noen pasienter risikerer å falle utenom tilbudene, fordi de ikke 'passer inn'. Dermed ser vi at det er vanskelig å opprettholde prinsippet både om kontinuitet og allsidighet i behandlingen.

### **8.2.6 Behandlingsmodeller og betydning for pasientflyt**

Den allmennpsykiatriske modellen ved Rogaland psykiatriske sjukehus er basert på kontinuitetsprinsippet. Et resultat er at postene har innlagte pasienter med ulike problemstillinger og sykdomsbilder og ulike behov for oppfølging. Det er ingen differensiering av pasienter, og personalet følger opp pasienten fra den akutte sykdomsfasen til pasienten utskrives.

Erfaringer både fra personalet og fra brukerne er at pasientene som opplever som sykest får mest hjelp. De mindre syke kan oppleve at ingen har tid til dem. Det hender at denne gruppen pasienter faktisk stiller spørsmål ved hvorfor de er innlagt, da de ikke opplever oppholdet i sengeposten som meningsfylt.

Postene tilbyr ulike miljøtiltak som sosial grupper, aktivitetsavdeling og kafébesøk. Det er en utfordring å få pasienten til å delta på disse tilbudene og det stilles ikke noe krav til pasienten om at delta.

Ved FiH finner vi derimot en sterkere differensiering av behandlingstilbudet gjennom akutteam, intermediær team og langtidsteam. Pasienter med de alvorligste psykiske lidelsene (schizofreni og alvorlige personlighetsforstyrrelser) hører til langtidsteamet, mens pasienter med plager som angst og depresjon, lettere personlighetsforstyrrelser eller mennesker i krise knyttes til intermedieerteamet. Dermed blir det mulig for personalet å differensiere det miljøterapeutiske behandlingstilbudet til pasientene. Ved intermedieærposten stilles det bl.a. krav til at pasienten deltar i samtalegruppetilbud i sengeposten, og det forventes at pasientene reiser hjem i helgen fordi posten da holder stengt. Dermed stilles det også krav til behandlerne og personalgruppen om å vurdere pasientens tilstand.

### **8.2.7 Informasjonsflyt mellom sykehusene, psykiatriske senter og 1. linjetjenesten**

Sektorinndelingen som er valgt sør i Rogaland og den allmennpsykiatriske modellen basert på kontinuitetsprinsippet, skal bidra til å sikre en kontinuitet i samarbeidet og samhandlingen mellom RPS, de psykiatriske sentrene og 1. linjetjenesten. Kommunikasjon mellom 1. og 2. linje er et viktig element i prinsippet om kontinuitet, men synes å være et svakt punkt i tiltakskjeden. Dette er en problemstilling beskrevet i St meld nr 25 (1996-1997) og som også problematiseres av Johansen (1997) i rapporten Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Lite forutsigbarhet og dårlig planlegging av utskrivelser av pasienter er forhold som påpekes både av ansatte i ulike deler av behandlingsskjeden, men også av brukerne. En av brukerne som ble intervjuet understreket nettopp betydningen av 'ildsjelene' i personalgruppen. Et forhold som også beskrives av Måseide (1985). Uten primærkontaktens engasjement og ansvarsfullhet ville oppfølgingen etter utskrivelsen fra sjukehuset vært en helt annet, sier en av brukerne vi intervjuet.

Ansatte ved RPS problematiserer også den uklare ansvarsfordelingen som finnes i behandlingsteamet. Mye av ansvaret for planleggingen av oppfølgingen pasienten faller på primærkontakten i sykehuset. Hvis primærkontakten ikke følger opp, går dette utover pasienten. Ansatte formidler også at det er behov for bedre samkjøring av innholdet i legens epikrise og miljørapporten som utformes av miljøpersonalet.

En konsekvens den manglende informasjonsflyten er at det er vanskelig å skape en felles forståelse mellom ansatte i ulike ledd av behandlingsskjeden omkring hva som kan forventes av tilbud ved en utskrivelse fra sykehus og hvordan dette skal være organisert. Utarbeidelse av skriftlige avtaler for inn- og utskrivning av pasienter er en tilnærming som har vist gode resultater når det gjelder det å styrke samarbeidet mellom 1 og 2 linjetjenesten (jf Gundersen m.fl., 2001).

Ved Sandviken sykehus har organiseringen av sengepostene ikke tatt utgangspunkt i en allmennpsykiatrisk modell. Her gir informantene i kommunen flere eksempler på mangelfull informasjon fra sjukehuset når det gjelder utskrivninger av pasienter.

En problemstilling når det gjelder oppfølging etter utskrivelse fra sykehus, er at pasientene kan takk nei til et rehabiliteringstilbud som kan være godt tilrettelagt. Det er opp til pasienten selv å ta imot tilbud om behandling og de valg pasienten tar må respekteres noe som faktisk kan være en utfordring for personalet å forholde seg til. Dette er en utfordring ved brukermedvirkning og bemyndigelse som også er beskrevet i Stang (1998). Der understrekes at fagutøveren må akseptere de beslutninger som brukeren tar om f.eks. ikke å ta imot hjelp, bistand eller den behandlingen som tilbys, selv om dette er beslutninger som er annerledes enn de fagutøveren selv ville ha tatt.

### **8.2.8 Mestring**

Pasienter med langvarige lidelser har behov for et velorganisert behandlingsnettverk, som kan ivareta dem i ulike faser av sykdommen. Slike pasienter kan i perioder ha behov for institusjonsinnleggelse, mens de i andre perioder kan klare seg i bofellesskap eller i egen leilighet med tilsyn. Dette krever en koordinering av behandlingstilbud og en god kommunikasjon mellom behandlingsnivåene.

Et hovedinntrykk er at det i kommunene er et tydelig fokus på mestring og ansvarliggjøring av brukerne av psykiatritjenesten. I den psykiatriske helsetjenesten i kommunene er man i stor grad opptatt av muligheter for rehabilitering, individuelle planer og brukermedvirkning. Kommunene satser også på etablering av psykiatriske team. Bofellesskap er etablert i noen kommuner/bydeler vi har besøkt. Den medisinske behandlingsmodellen er naturlig nok mindre rådende i kommunene mens den sosialpsykiatriske tenkningen har en sterkere forankring. Det er fokus på brukerens mestring av psykiske symptom og mestring av oppgaver i dagliglivet.

Det desentraliserte psykiske helsevernet er inspirert av en sosialpsykiatrisk forståelse hvor sammenhengen mellom den psykiske lidelsen og nettverkssammensetningen har sterk forankring (Johansen, 1997). Innen den sosialpsykiatriske modellen søkes brukerne ivaretatt ved å tilrettelegge et allsidig behandlingstilbud i kommunen. Måseide (1985) beskriver etablering av formelle og uformelle behandlingsnettverk rundt pasienten som viktige bidrag for at pasienten skal mestre symptomer og den psykiske lidelsen.

Kriseplaner er et brukt redskap og et viktig virkemiddel for å gjøre brukerne aktive i forhold til egne symptomer. Det er en avtale som utarbeides mellom brukeren og de ulike leddene i behandlingsskjeden. Den gir oversikt over planlagte tiltak som skal iverksettes raskt når brukeren opplever mer stress og en økning i psykiske symptomer. På den måten gis brukeren en mulighet for å kunne mestre de psykiske symptomene samt å ta ansvar for seg selv og sin sykdom. Hovedintensjonen er å prøve å unngå innleggelse i sjukehus. En slik organisering av tiltaksskjeden skaper forutsigbarhet for pasienten og personalet og er et viktig tiltak for å forebygge akutte sykdomsepisoder som kan kreve langvarige sykehusopphold (Kuehnel, Liebman, Storzback & Rose, 1990).

For kommunene synes utfordringen å være at det er krav og behov for en oppbygging av ulike tiltak og tilbud parallelt til brukerne, dvs. arbeid, fritid, bolig og noen som kommer hjem til brukeren. Personale står overfor flere og ofte krevende brukere, som det er vanskelig å koordinere et tilbud til. Dette kan være unge mennesker som ikke har jobb, ikke mestrer skole, bor hjemme og har dårlig økonomi. I denne gruppen er det etter personalets oppfatning positive forhold å bygge på som at brukerne ønsker et 'normalt' liv. Spesielt det å ha en jobb eller få gjøre noe annet meningsfylt har stor betydning. På den andre siden hender det at denne pasientgruppen ikke ønsker å benytte etablerte tilbud som dagsenter og at dagsformen avgjør om de klare å ta ansvar for en jobb.

### **8.3 Sammenligning RPS og FiH**

#### **Sammendrag og konklusjoner**

Bakgrunnen for denne undersøkelsen var forskjeller i kapasiteten ved akuttmottak av psykiatriske pasienter ved Rogaland psykiatriske sjukehus (RPS) og Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH). RPS hadde i en periode problemer med akuttmottak av pasienter mens FiH ikke rapporterte om tilsvarende problemer. Fylkesdirektør for helse- og sosiale tjenester i Rogaland fylkeskommune ønsket å få utredet årsaker til disse forskjellene.

Formålet med denne undersøkelsen er todelt, den skal gi en beskrivelse av tjenestetilbudene i tiltaksskjeden for personer med psykiske lidelser og gi en vurdering av forskjeller mellom tilbudene i Nord- og Sør-Rogaland.

Som grunnlag for denne utredningen har vi gjennomført intervjuer med ansatte i de to institusjonene, ansatte i psykiatriske sentra og kommuner som samarbeider med



sykehusene om pasienter. Intervjuene er gjennomført ved hjelp av intervjuguide. Tidligere innlagte pasienter i psykiatrien er også intervjuet. I tillegg er det tatt i bruk tilgjengelig statistikk fra Samdata psykiatri fra SINTEF og statistikk fra institusjonene.

Etter at undersøkelsen ble satt i gang har både RPS og FiH foretatt endringer i sin organisering av tjenestene. RPS har endret sin praksis for akutt mottak av pasienter som har løst noe av de tidligere problemene. FiH har på sin side foretatt en omorganisering av hele den psykiatriske avdelingen.

Undersøkelsen er bredt anlagt og bygger på personlige intervju med ansatte i utvalgte poster og avdelinger i psykiatriske institusjoner og i den psykiatriske helsetjenesten i kommuner og bydeler. Undersøkelsen har et retrospektivt design.

## **Resultater**

Akuttmottaket ved RPS fungerer i dag i stor grad tilfredsstillende. Forutsigbarheten for de allmennpsykiatriske sengepostene ved RPS, når det gjelder mottak av nye pasienter er blitt bedre. Etter endringer i akuttmottaket ved RPS er forskjellene mellom RPS og FiH blitt mindre. RPS etablerte i april 2001 et akuttmottak med en oppholdstid på 24 timer for pasientene. Pasienten møter her raskt en behandler som avgjør om vedkommende skal innlegges eller kan utskrives. Akuttposten fungerer som en ”buffer” for sengeposten ved å skape mer forutsigbarhet ved innleggelse av nye pasienter. Problemene ved selve akuttmottaket ved RPS er derved forbedret.

På grunn av sektoriseringen må de allmennpsykiatriske postene ved RPS ta imot pasienter fra sine dekningsområder, selv om det er fullt på postene fra før av. Det er gjort endringer i sektorinndelingen for å kunne justere belegget på postene og derved skape bedre tilpasning mellom etterspørsel og kapasitet ved postene. Intervju viser at RPS har fått god kontroll over selve mottaket av akuttpasienter, men de allmennpsykiatriske postene sliter fortsatt med overbelegg. Belegget i 2001 var på 115 prosent på postene, i 2002 ca 104 %.

Erfaringene fra postene viser at det er en risiko for at kvaliteten av oppholdet for pasienten kan bli redusert ved overbelegg. Tidspress på ansatte som følge av stadig overbelegg gir mindre tid til den enkelte pasient, og prioriteringer mellom oppgaver kan ha negative konsekvenser for enkelte pasienter. RPS har fortsatt utfordringer knyttet til pasientflyten. Dette gir seg ikke lenger utslag i mottaket av akuttpasienter, men oppstår når pasientene skal overføres til sektorpostene som fremdeles har overbelegg. Overbelegget kan bl.a. knyttes til begrensninger på muligheter til å skrive ut pasienter. Nytt lovverk har ført til strengere restriksjoner på hvilke pasienter som de psykiatriske sentrene kan ta inn, med tilsvarende begrensninger i forhold til hvem som kan skrives ut fra sykehuset.

Samhandling og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er til tider et av de svakere punkter i tiltakskjeden. Kvaliteten på samhandlingen mellom 2. og 1. linjetjenesten varierer mellom institusjonene og lokalmiljøet. God kvalitet på samhandlingen synes å være knyttet til gode relasjoner mellom ansatte i ulike deler av tiltakskjeden. Generelt ser det ut til å være behov for en mer systematisk kvalitetssikring av tjenester i overgangen mellom forvaltningsnivåene. Informasjonsflyten er til tider manglende og ufullstendig og medfører at viktig informasjon om brukeren ikke når

fram. Skal behandlingsnettverket rundt pasientene ha en fullgod funksjon, er det nødvendig med klare ansvarsforhold og retningslinjer for informasjonsflyten.

Forklaringen på forskjeller i pasientflyten mellom Nord- og Sør-fylket er sammensatt. Vi skal her peke på enkelte forhold som kan bidra til å forklare forskjellene.

- Størrelse: Forskjeller i praksis og drift som kan skyldes svært ulik størrelse på de to institusjonene samt forskjeller i befolkningstørrelse i dekningsområdene.
- Tallet på behandlingsplasser i sykehus og psykiatriske sentra.
- Personellfaktor.
- Sammensetning av pasienter, spesielt når det gjelder liggetider.
- Kontakt og samhandling mellom sykehus og eksterne parter som psykiatriske sentra og kommunehelsetjenesten.
- Organisering av poster.
- Tilbud i kommunehelsetjenesten.

Andelen tvangsinnleggelse kunne ha vært et aktuelt mål å sammenligne institusjonene på. Statistikk over dette er imidlertid ufullstendig for de to institusjonene RPS og FiH, i følge Samdata Psykiatri (SINTEF).

### **Størrelse**

RPS er en betydelig større institusjon enn FiH i antall sengeplasser og dekker en langt større region enn FiH. RPS hadde i 2000 180 døgnplasser mot 41 ved FiH, RPS er altså over fire ganger så stort som FiH. RPS betjener landets tredje største tettstedsregion etter Oslo og Bergen. I realiteten kan vi si at FiH er på størrelse med et distriktpsikiatrisk senter. RPS har et dekningsområde med en befolkning på drøyt 216 000 personer 18 år og eldre mot 66 000 personer i sektoren som dekkes av FiH.

Skalaforskjeller representerer utfordringer for RPS når det gjelder kommunikasjon, informasjonsflyt og koordinering av tjenester internt og eksternt. Data tyder på at man i FiH-systemet har vært flinke til å utnytte smådriftsfordeler knyttet til produksjon av tjenester og bruk av lokal kunnskap.

Våre funn må forståes på bakgrunn av denne type forskjeller i rammebetingelser.

### **Behandlingsplasser og personellfaktor**

Forhold som tallet på heldøgnplasser og personellfaktor<sup>9</sup> vil også ha betydning for forskjeller i kapasitetsutnyttelse i Nord- og Sør-fylket. Nord-fylket hadde i 1999 samlet sett et større antall heldøgnplasser per innbygger enn tilsvarende tall for Sør-fylket.

---

<sup>9</sup> Kilde: Definisjon på personellfaktor er sum årsverk til heldøgnbehandling multiplisert med 365/sum oppholdsdøgn i året. Samdata psykiatri. Sintef Unimed. 2000.

Den større kapasiteten i nord, spesielt når det gjelder plasser i psykiatriske sentra, bidrar til å lette presset på sykehusets kapasitetsutnyttelse.

FiH hadde i tillegg en høyere personellfaktor enn RPS samme år<sup>10</sup>. I beregningen av personellfaktoren er sikkerhetsposten ved RPS inkludert (Samdata psykiatri 2000). Dette er en sektorovergripende tjeneste med høy bemanning og FiH har altså ikke en tilsvarende post. Forskjell i personellfaktor mellom RPS og FiH for sammenlignbare poster er dermed reelt sett større enn det som går fram av statistikken. Personellfaktoren er avhengig av tallet på heldøgnsopphold og årsverk ved institusjonene og varierer derfor noe fra år til år. I 2000 hadde RPS en noe høyere personellfaktor enn FiH, men forskjellen var liten. I 2001 hadde FiH igjen høyest personellfaktor. Personellfaktoren er et ressursmål for institusjonene. Tallene for RPS og FiH viser at FiH over tid har hatt en viss fordel på dette punktet.

### **Pasientsammensetning**

Vi har ikke funnet systematiske forskjeller i pasientsammensetningen når det gjelder diagnoser, så langt vi har opplysninger. RPS har imidlertid en større andel pasienter med behov for langtidsopphold enn FiH. Statistikk over oppholdsdøgn viser at RPS har et høyere antall liggedøgn for uavsluttede døgnopphold. Gjennomsnittet for RPS er 203 liggedøgn mot 101 for FiH<sup>11</sup>. Dette skyldes i hovedsak at RPS har et fylkesdekkende ansvar for særlige vanskelige og farlige pasienter i sin sikkerhetspost. Forskjellen i gjennomsnitt mellom RPS og FiH skyldes i stor grad at RPS har et større antall pasienter med oppholdstid over ett år. Ved RPS utgjorde andelen med en oppholdstid **over 1 år** 17 prosent av alle uavsluttede opphold mens tilsvarende tall for FiH var tre prosent.

Sammenlignet med andre større psykiatriske sykehus er andelen langtidspasienter (pasienter med oppholdstid over 1 år) ikke spesielt stor ved RPS. Til sammenligning kan nevnes at Sandviken sykehus hadde en andel på 16 prosent i 1999, Regionsykehuset i Tromsø, psykiatrisk avdeling hadde en andel på 23 prosent, Sanderud sykehus 23 prosent og Blakstad sykehus 21 prosent.

Når det gjelder oppholdstider **under ett år** er forskjellene mellom institusjonene ikke store. Det er langtidspasientene som trekker gjennomsnittet kraftig opp på RPS. Sett på bakgrunn av de psykiatriske sykehusene sin rolle som spesialistinstitusjoner, gir institusjonen plass til pasienter som burde hatt plass på et lavere omsorgsnivå. Med en prosentvis større andel behandlingsplasser som blir opptatt av langtidspasienter på for høyt omsorgsnivå, vil noe av fleksibiliteten i utnytting av kapasiteten bli mer begrenset ved RPS sammenliknet med FiH.

---

<sup>10</sup> Personalfaktor for RPS var i 1999 2,2 mot 2,4 ved FiH. Til sammenlikning hadde Sandviken sykehus en faktor på 2,5. Kilde: Samdata psykiatri. Sintef Unimed. 2000.

<sup>11</sup> Kilde: Samdata Psykiatri. 2000. Tall for 1999. SINTEF Unimed.

Årsakene til situasjonen ved RPS kan skyldes mangel på adekvate tilbud på lavere omsorgsnivå i de aktuelle områdene, med den konsekvens at pasientene ikke skrives ut. Som vist er tallet på behandlingsplasser per 1000 innbyggere for alle institusjonstyper lavere i Sør- enn i Nord-fylket. Denne problemstillingen er imidlertid mest aktuell for Sør-fylket. I Nord-fylket er sirkulasjonen i tiltakskjeden mer effektiv, og det er ikke den samme tendens til langtidsopphold ved sentrene som i sør.

Også de psykiatriske sentrene har mange pasienter med svært lang liggetid ved institusjonen. Sentrene ønsker å satse sterkt på rehabilitering med sikte på at pasienten skal mestre livet utenfor institusjon, mens mye ressurser i realiteten går til pasienter som i stor grad burde hatt et kommunalt tilbud. Rehabiliteringsidealer blir vanskelig å følge opp, og dette går ut over de svakeste pasientene. En konsekvens er at langtidspasienter ikke får et tilbud som er tilpasset deres behov, verken i sykehus eller i psykiatriske sentre.

### **Samarbeidsrelasjoner**

Samarbeid mellom sykehus og psykiatrisk senter har betydning for pasientflyten. I Nord-fylket hadde man en lang tradisjon for et nært samarbeid mellom psykiatrisk avdeling (psykiatrisk blokk), de psykiatriske sentrene i regionen og 1. linjetjenesten. Vårt materiale tyder på at et tett samarbeid og nære relasjoner mellom ansatte i sykehus, ved sentrene og i kommunene har bidratt til en god utnyttelse av kapasiteten. Det tette samarbeidet mellom sykehuset og de psykiatriske sentrene om pasienter, framheves spesielt i Nord-fylket. Nord-fylket har her smådriftsfordeler i forhold til Sør-fylket. Selv om vi har framhevet disse kvalitetene ved samarbeidet mellom institusjoner i Nord-fylket, betyr ikke dette at det tilsvarende samarbeidet i Sør-fylket er dårlig.

Ved RPS framheves vektleggingen av kontinuitetsprinsippet som også gir grunnlag for gode samarbeidsrelasjoner mellom postene og eksterne samarbeidsparter som kommunehelsetjenesten og de psykiatriske sentrene. Andre opplysninger fra RPS viser at ansatte ved postene kan ha et nært samarbeide med eksterne parter gjennom møtevirksomhet med kommunen, kontakt med pårørende osv. Våre data viser likevel at ansatte i kommunehelsetjenesten i Sør-fylket oppfattet at ansatte ved RPS kunne ha for liten forståelse for kommunehelsetjenestens muligheter til å gi utskrevne pasienter et relevant tilbud. Sykehusets forventninger til kommunehelsetjenesten var ikke alltid i samsvar med det tjenestetilbudet kommunen kunne tilby. Bildet av RPS som et system uten helt god kontakt med omgivelsene er derfor ikke entydig. Også i Sør-fylket har man en stabil kjerne av ansatte, men igjen kan de mer oversiktlige forholdene i Nord-fylket bidra til en enklere beslutningsprosess knyttet til utskriving og overføring av pasienter.

FiH har etablert en praksis ved institusjonsopphold med vekt på å få pasienter til å klare seg i lokalsamfunnet, bl.a. med aktiv bruk av permisjoner for inneliggende pasienter. Tilsvarende praksis har man ved RPS. Her ligger derfor antakelig ikke noen avgjørende forskjell mellom RPS og FiH. Det ser ikke ut til å være betydelige forskjeller i ressursene i kommunehelsetjenesten mellom de to sektorene.

### **Sykehusstruktur**

RPS og FiH har i hele den aktuelle perioden praktisert ulik organisering av postene. RPS er organisert med allmennpsykiatriske poster med det formål å sikre kontinuitet i behandlingen, slik DPS-tenkningen nå legger til rette for også ellers i landet. En mulig utfordring ved allmennpsykiatriske poster kan være at pasienter i mange kategorier og faser av behandlingen er samlet på samme post. Alle postene har bl.a. akutt syke pasienter og skjermingsavsnitt. Tiden som brukes på krevende pasienter kan gå på bekostning av pasienter som opptrer mer rolig og som har andre behov for oppfølging, noe som er uttrykt i denne undersøkelsen. Andre undersøkelser har imidlertid vist at pasienter finner seg godt til rette på allmennpsykiatriske poster.

FiH har spesialiserte poster, men kontinuitet i behandlingen blir i praksis og ivarettatt her nettopp for forholdene er mer oversiktlige og kommunikasjon innad i sykehuset og eksternt blir enklere.

Bare en av postene ved FiH (langtidsposten) har hyppig kontakt med sentrene. Dette gjør kommunikasjon og oversikt enklere og legger forholdene tilrette for å sikre kontinuitet i behandlingen overfor pasientene. FiH kan dra fordel både av spesialiserte poster og kontinuitet i behandlingen.

### **Avslutning**

Psykiatireformen som har vært gjennomført de siste 20 årene har endret på noen fundamentale forhold ved de psykiatriske tjenestene. Mens pasienten tidligere ble værende i institusjon i årevis, er det nå en økt sirkulasjon av pasienter i behandlingsskjeden og flere pasienter får på den måten tilbud om spesialiserte tjenester. Store pasientgrupper har imidlertid fortsatt behov for organisert hjelp og omsorg. I stor grad må de psykiatriske sentrene gi slike tilbud og må derved overta noe av den funksjonen de gamle psykiatriske sykehusene hadde. Ideologien ved sentrene er å drive aktiv rehabilitering og gjøre pasientene i stand til å klare seg i lokalsamfunnet, men tilbudet for vernede boligtilbud er fremdeles for lavt i kommunene.

I Nord-fylket har man fått til en større pasientsirkulasjon enn i sør, med mindre andel langtidspasienter ved psykiatrisk avdeling, selv om det kommunale tilbudet ikke er vesentlig bedre i nord. De psykiatriske tjenestene i Nord-fylket har hatt en fordel av større sengekapasitet ved de psykiatriske sentrene samtidig som en stabil kjerne ansatte med god lokalkunnskap har bidratt til en effektiv utnyttning av lokale muligheter. I tillegg har personellfaktoren vært høyere ved FiH, dvs at det har vært flere ansatte målt i forhold til tallet på heldøgnsopphold. Dette kan ha bidratt til en bedre avvikling av behandlingsoppgaver.

### **Anbefalinger**

En utfordring for sykehusene ser ut til å være logistikk både internt i sykehuset og mellom sykehus og eksterne parter, særlig kommunehelsetjenesten. Dette gjelder antakelig i særlig grad den største institusjonen RPS.

Et forslag til kvalitetsutvikling vil derfor være å satse sterkere på systemer for kvalitetssikring både for oppgaver innad i postene og mellom postene og kommunen. I forhold til kommunen vil et forslag være å inngå avtaler knyttet til inn- og utskriving av pasienter (Gundersen m. fl. 2001).

Innad i postene vil det være aktuelt med systemer for kvalitetssikring av personalansvar for inneliggende pasienter, oppfølging av journaler og kvalitetskriterier for behandlingsopplegg for den enkelte pasient. Her kan en også tenke seg en bedre utnytting av individuelle planer.

Når det gjelder kapasitet i psykiatriske sentra, har det skjedd endringer siden 2001. Dispensasjon til å ta i mot pasienter på tvang er falt bort for sentra uten godkjenning som distriktpsikiatrisk senter. Dette vil begrense bruken av plasser i sentrene. I nord er det planlagt en reduksjon i tallet på plasser ved nedlegging av et senter.

Sentrene ser ut til å være et viktig ledd i tiltakskjeden som skaper fleksibilitet i plassutnyttelse mellom sykehus og senter. En god balanse mellom kapasitet i sykehus og senter bør derfor tilstrebes. RPS har en større andel tyngre pasienter, en styrking av sentrene vil derfor være av spesiell betydning her.

Sett på bakgrunn av RPS sitt sektorovergripende ansvar for sikkerhetspost, bør det vurderes å styrke personellfaktoren på RPS sett på bakgrunn av tall fra 1999<sup>12</sup> (Samdata Psykiatri). Personellfaktoren var det året lavere på RPS enn ved FiH og lavere enn landsgjennomsnittet for psykiatriske sykehus.

---

12 Fra 2000 oppgir ikke Samdata psykiatri personellfaktor fordelt på institusjon.

## 9 Referanser

Berg, M. Lillian (1986). *Psykiatriske pasienter i Rogaland – 3 år etter*. Rapport Rogalandforskning 7/86.

Cockerham, C. W. (1989). *Sociology of mental disorder*. Prentice Hall.

Dahle, Else, Å. (1989). *Psykiatri i lokalsamfunnet*. Rapport Rogalandforskning 186/89.

Foucault, M (1973) *Galskapens historie*. Gyldendal norsk Forlag. Oslo

Færden, A. (2001) Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 121; 3375-9.

Gallagher, B. J. (1987) *The sociology of mental illness*. Prentice-Hall.

Gundersen, M., Oppedal, S. & Lie, T. (2001) *Bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste? Evaluering av Samarbeidsprosjektet mellom Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune*. Rapport RF 2001/152

Hagen, Helge (red) (1999) *Psykiatritjenesten 1998 – på rett vei*. SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Hordaland fylkeskommune (1984) *Plan for vaksen-psykiatrien i Hordaland*. Særtrykk, sak 115/84.

Hordaland fylkeskommune (1988) *Sandviken sykehus. En beskrivelse av sykehusets situasjon og noen av dets problemer*. Ref. OER/bn/88

Johansen, K. (1997) *Samarbeid mellom andre og første linjetjenesten innen psykiatrien*. NIS – Norsk institutt for sykehusforskning. SINTEF Unimed

Johannessen, J. O. Og T. K. Larsen (2000) Tilbekefallsprosent som kvalitetsmål på psykiatrisk behandling. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 2000; 120:2144-7.

Leff, Julian (1992) Problems of transformation, i *The International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 38 No. 1 16-23.

Lea, Per Martin (1986) *Psykiatriske pasienter i Rogaland*. Rapport Rogalandforskning S 1/86.

Lie (1994) *Psykiatriske helsetjenester. Organisering, tilbud og behov*. RF-rapport 145/94.

Løchen, Y. (1970) *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kuehnel, Liebman, Storzbach & Rose (1990) *Resource book for psychiatric rehabilitation. Elements of Service for the Mentally ill*. Williams & Wilkins: Baltimore, Maryland, USA

- Panzetta, A. F. (1971) *Community Mental Health. Myth and Reality*. Lea & Febiger. Philadelphia.
- Musher, L. R. & L. Burti (1989) *Community Mental Health. Principles and Practice*. W. W. Norton & company. New York.
- Måseide, Per (1984) *Lokalsamfunnspsykiatri 1. Organisering av den psykiatriske helsetenesten*. Universitetsforlaget.
- Måseide, Per (1984) *Psykiatri og meistringssystem*. Universitetsforlaget.
- Måseide, Per (1984) *Organisering av det profesjonelle hjelpeapparatet*. Universitetsforlaget.
- Nesvåg, Sverre M. (1989) Rapport Rogalandforskning 185/89.
- Rogaland fylkeskommune (2001). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Rullering 2001. Stavanger.
- Skårderud, Finn (1984) *Farvel til institusjonene. Om reformbevegelsen demokratisk psykiatri og forsøkene på å skape en psykiatri uten det psykiatriske sykehuset*. Drammen: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Samdata (2001) *Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner*. SINTEF Unimed. Rapport 7/01.
- Stang, Ingunn (1998) *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St melding nr 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- St .prp. nr. 63 (1997-998) om Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2006).
- Sosial- og helsedepartementet (1999). Rundskriv I-4/99. *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak*. Øremerket tilskudd til kommunene 1999.
- Svenningsen, Bjørn A. (1989): *Undersøkelse av psykisk helsevern i Hordaland - 1988*. Delrapport 1. Fylkeshelsesjefen i Hordaland.
- Øgard, B. (1982): *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1979*. NIS-rapport 5/81.



## Vedlegg

Intervjuguide i prosjektet 'Behov og tilbud ved voksen psykiatriske institusjoner'.

Type avdeling:

Informant:

Rolle i behandlingen:

### 1. Organisering av behandlingen i avdelingen

Organiseringsmodell

- Bakgrunn for organisering av avdelingen
- Hva slags problemstillinger jobbes det med/behandlingstilbud
- 'Faller' noen igjennom

Behandlingsmodeller

- Hva er mål for pasientenes opphold?
- Hva slags tiltak er ledd i behandlingen?
- Bruk av pleieplaner
- Typer av terapi
- Pasientinvolvering i samtaler omkring egen behandling
- Samarbeid med pårørende
- Samarbeid med andre avdelinger

Tidsbruk med pasientene

- Hvordan 'ser' pasientenes dag ut?
- Behandlerkontakt

Liggetid i avdelingen

- Praksis knyttet til innleggelse og utskrivelse av pasienter
- Skrives pasientene ut for 'tidlig'
- Hvor lenge skal/bør pasientene være i avdelingen?
- Hva er 'riktig' omsorgsnivå?
- Hva skaper kapasitetsproblemer?

Dagpasienter

- Tilbud

Langvarige pasientopphold

- Type pasienter
- Omfang og varighet
- Årsaker

Omfang av reinnleggelser/ 'Svingdørsproblematikk'

Utfordringer knyttet til gjennomstrømning av pasienter

### 2. Sosiodemografiske faktorer

Antall behandlingsplasser i avdelingen og dekningsgradift.geografi

- Varierer dette mellom postene
- Hvor kommer pasientene fra (by eller distrikt)

Pasientsammensetning i avdelingen

- Alder
- Diagnoser
- Pasientkategorier

### **3. Poliklinikkens rolle i behandlingen**

- Involvering i og samarbeid med sengeposter
- Organisering av poliklinisk tilbudet
- Brukere/pasient kategorier

### **4. Bruk av psykiatriske senter/sykehjem**

- Hvem samarbeider avdelingen med?
- Organisering av samarbeid/rutiner
- Utnyttelse av kapasitet ved psykiatriske senter/sykehjem

### **5. Tilbud for personer med psykiske lidelser i kommunen**

- Samarbeid og kommunikasjon mellom 1 og 2 linje tjenesten
- Ulike tjenesteytere
- Botilbud
- Dagtilbud
- Primærlegenes rolle/involvering i behandlingen

### **6. Rehabilitering**

### **Intervjuguide brukerintervju**

**1) Kan du beskrive din nåværende situasjon?**

Hva slags plager har du?

Har du hatt plagene lenge?

Hva konsekvenser har plagene for deg?

**2) Kan du fortelle om dine tidligere erfaringer med innleggelse i institusjon?**

Hva type institusjon har du vært innlagt i?

Hva var årsakene til innleggelsen? Forløp

Antall innleggelser

Opplevelser i løpet av institusjonsopphold

Erfaringer knyttet til utskrivelse

**3) Hva slags hjelp mottar du i dag?**

Typer tjenester (psykiatrisk hjemmesykepleie, psykiatrisk team, dagsenter, poliklinikk, primærlege, støttekontakt mm)

**4) Opplever du at det tilbudet du får tilfredsstillere ditt behov for hjelp?**

Hvilke behov har du

Hva slags mål og ønsker har du for ditt eget funksjonsnivå?