

Psykisk helsevern: Faste møter mellom pasienter og leder gir bedre samspill

Hver uke har lederen og pasienter i en akuttseksjon ved Blakstad sykehus et felles møte. Her er det en åpen kultur med rom for kritikk og vanskelige tilbakemeldinger.

Turid Nordvik

Seksjonsleder

Akuttseksjon A, Avdeling Blakstad, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

Rolf Sundet

Professor emeritus

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Ledelse

Brukermedvirkning

Sykepleien 2022;110(88563):e-88563

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.88563

Hovedbudskap

I artikkelen beskriver vi erfaringer med et ukentlig møte for pasienter og lederen i en akuttseksjon ved Blakstad sykehus. I møtet kan pasientene gi konkrete tilbakemeldinger om seksjonens drift. Det er et hjelpemiddel for lederen til å sikre samarbeid og brukermedvirkning.

I en kunnskapsoppsummering som gjelder førstelinjeledere i sykehus (1), er det spesifisert at ledelse skal inneholde fire funksjoner: strategiske, administrative, faglige og mellommenneskelige (2).

Disse må ivaretas samtidig. I rundskriv nr. I-2/2013, Lederansvaret i sykehus, angis det at hovedoppgavene til et sykehus er «å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende» (3).

Vår forståelse av dette er at alle de fire ovennevnte lederfunksjonene skal sikre realisering og ivaretagelse av disse hovedoppgavene.

Utover 2000-tallet har vi sett et økende søkelys på og krav om brukermedvirkning for både pasienter og pårørende innenfor psykisk helsevern (4). Norsk faglitteratur understøtter og utdyper hva dette innebærer i praksis (5, 6).

Pasientdeltakelse er viktig

Tradisjonelt er møter i seksjoner som har pasientdeltakelse, en viktig del av behandlingen. Innenfor miljøterapi er for eksempel fellesmøtet et sted hvor pasienter kan øve seg på sosiale ferdigheter. Der kan de få respons på sine tanker og opplevelser som et ledd i behandlingsarbeidet.

Selv om lederen av seksjonen er med på slike møter, har vedkommende ofte en viss avstand til det direkte pasientarbeidet. Informasjon fra pasienter og pårørende til lederen skjer via seksjonens personell.

Det kan være de som jobber daglig sammen med pasienter i seksjonen, eller de som har spesielle oppgaver i sin posisjon, for eksempel en lege eller psykolog. Videre er det lederens rolle å gi råd og/eller instruksjoner om behandling samt sørge for rammebetingelser som muliggjør at disse kan realiseres.

Problemet er at informasjon som er gitt via andre, mangler de opplevelsesmessige og kroppslige signalene som alltid er en del av og medbestemmende for hvordan en kan forstå en samtale og den informasjonen som kommuniseres.

I tillegg er forholdet som etableres mellom brukere og personalet, en avgjørende faktor i alt behandlingsarbeid (7). Dette direkte forholdet gir mulighet til å erfare og forstå hvordan den andre har det, både for pasienten og personalet.

Førstelinjelederens pasientkontakt kan variere

Vi forstår begrepet førstelinjeleder som den lederen i sykehuset som er nærmest pasienten, og det denne møter i seksjonen. Samtidig mener vi at lederen kan få for lite pasientkontakt fordi personaloppgaver og administrative oppgaver blir prioritert.

Et resultat av dette er at både lederen og pasienten går glipp av viktig informasjon, forståelse og mulighet til å påvirke hva som er viktig både for pasienten, lederen, seksjonen og møtet mellom disse behovene.

I det følgende vil vi rapportere fra en praksis hvor seksjonslederen (her: førsteforfatteren) ønsker direkte kontakt med pasientgruppen i et ukentlig ledermøte der utvikling av samarbeid og brukermedvirkning kan sikres og styrkes.

«Erfaringene fra møtet viser at ledere bør involvere seg sterkere i direkte pasientkontakt.»

Erfaringene fra møtet viser at ledere bør involvere seg sterkere i direkte pasientkontakt. Vi mener at argumentasjonen styrker betydningen av brukermedvirkning og samarbeidet for pasientene som element i deres egen behandling.

Like viktig er det å sikre at lederens fire funksjoner fungerer. Forskjellen på dette møtet og andre møter hvor pasientene deltar, er at det her ikke handler om behandling.

Hensikten er å sikre kommunikasjon, informasjonsflyt mellom lederen og pasientgruppen og at pasientgruppen blir sikret brukermedvirkning gjennom muligheten til å påvirke seksjonens drift og faglige innhold. I det følgende vil vi dele erfaringer og refleksjoner knyttet til et slikt ledermøte i en akuttseksjon.

Bakgrunnen er erfaring med å avvikle et tidligere tilbud

Ideen med ledermøtet oppsto da førsteforfatteren (TN) arbeidet som seksjonsleder med ansvar for å avvikle Strandveien, et tilbud til langtidspasienter ved Blakstad sykehus. Det var avgjørende at pasientene var delaktige i arbeidet med å avvikle Strandveien som behandlingsseksjon ved sykehuset.

I ledermøtet inviterte seksjonslederen pasientene til å komme med innspill til avviklingen slik at den kunne skje på best mulig måte. Strandveien var et samarbeidsprosjekt mellom pasientenes hjemkommune og Vestre Viken HF.

Det betød blant annet at pasientene fikk informasjon som seksjonslederen ikke nødvendigvis mottok. På den måten ble ledermøtet et toveis informasjonsmøte. I etableringen av ledermøtet uttrykte pasientgruppen at de ønsket at en pårørende skulle delta, og valgte en representant som deltok på alle møtene.

Seksjonslederen erfarte at ledermøtet hadde stor betydning for henne i arbeidet med å avvikle Strandveien, samtidig som hun fikk rapporter om at pasientene også syntes det var viktig.

Etter at Strandveien ble avviklet, startet førsteforfatteren som seksjonsleder ved Akuttseksjon A, Blakstad sykehus. Erfaringene fra Strandveien og etableringen av ledermøtet som hjelpemiddel i avviklingsprosessen ga styrke til å etablere et ukentlig møte ved akuttseksjonen. I det følgende vil vi beskrive et utvalg av erfaringer fra ledermøtet ved Akuttseksjon A ved Blakstad sykehus.

Pasientene får mulighet til å påvirke situasjonen

En overordnet erfaring er at lederen mottar rapporter fra pasientene om økte muligheter for å delta i og påvirke det som gjelder deres situasjon både i og utenfor seksjonen. Et eksempel på slik deltakelse er at i en periode med mye uro i seksjonen ble pasientgruppen bedt om å vurdere hva som kunne bidra til å redusere uroen.

Svaret var klart: De måtte ha mer plass å bevege seg på og ikke være så tett på hverandre. Det resulterte i at lederen fikk omgjort et kontorområde til oppholds- og aktivitetsrom. Videre sa pasientene at de trengte aktiviteter.

Det første vi fikk tak i, var et brukt bordtennisbord, og deretter fikk vi hyller med bøker. Vi satte også inn et langbord som ga mulighet til å sette seg ned og snakke sammen, spille spill eller ha annet samvær.

Etter hvert fikk vi bevilget prosjektmidler til å kjøpe en stor smart-TV, som ga mulighet for å kjøpe inn og bruke digitale spill. I denne forbindelse hadde seksjonslederen en idé om at TV-en kunne brukes som et hjelpemiddel i undervisning for pasientgruppen.

Førsteforfatteren hadde ledererfaring fra andre seksjoner hvor flere pasienter hadde rapportert at slik undervisning var nyttig. Svaret fra gruppen i ledermøtet var at det var liten interesse for dette forslaget.

For seksjonslederen var dette svaret et eksempel på hva brukermidvirkning kan være, og hvordan et eget lederperspektiv ikke nødvendigvis sammenfaller med gruppens syn. Lederen valgte å innordne seg etter pasientgruppens mening. Det er en rett å kunne si: «Det er jeg ikke interessert i.» Gjennom slike erfaringer ble innholdet i brukermidvirkning tydeliggjort for lederen.

Partene kan sette ord på vanskelige følelser

Andre løsninger på aktivitetsbehovet var at Blakstad har et fritidssenter. Vi gjorde en avtale om at seksjonen fikk en egen dag hvor fritidssenteret stilte opp med aktiviteter. En av sakene som ikke har blitt løst, er et uteområde for pasienter på tvang, siden seksjonen ligger i andre etasje. Det er et gjentakende tema som vi diskuterer, men ikke har funnet en løsning på.

Når det oppstår uro og skremmende hendelser, kan enkeltpasienter føle seg utrygge og være redd for både personalet og andre medpasienter. Det kan det være vanskelig for mange å ta opp.

«Når det oppstår uro og skremmende hendelser, kan enkeltpasienter føle seg utrygge og være redd for både personalet og andre medpasienter.»

Det kan også være andre situasjoner som er ubehagelige, og som det er vanskelig å ta opp, for eksempel når TV-en eller musikkanlegget har for høy lyd, at en er vitne til at noen blir sinte og opprørte, eller at støyende personer oppleves som forstyrrende.

Det kan også være uforståelige handlinger eller hendelser knyttet både til medpasienter og personalet. Ledermøtet er et sted hvor partene kan sette ord på slike følelser.

Ett av to kan da skje. Det ene er at partene ordner opp der og da i møtet, for eksempel at den som har på høy musikk, blir gjort oppmerksom på at det kan være plagsomt for andre, og at denne personen da får mulighet til å uttrykke hvordan han eller hun ønsker tilbakemelding om dette.

Det andre handler om situasjoner som av forskjellige grunner ikke kan drøftes eller løses i øyeblikket, og hvor seksjonslederen blir den som overbringer dette til de rette personene. Det handler om bedre samarbeid, konfliktløsning og tydelig kommunikasjon, og det som sies i ledermøtet, vil starte en prosess som fortsetter i andre fora og situasjoner.

Samspillet har stor betydning i seksjonen

En viktig del av seksjonsmiljøet er den stemningen og atmosfæren som til enhver tid råder i seksjonen. Atmosfæren og stemningen påvirker samspillet mellom personene i seksjonen – og motsatt.

Samspill handler om det som skjer i personalgruppen, i pasientgruppen, mellom pasientene og personalet og mellom seksjonslederen og disse tre samspillsområdene. Seksjonslederen bruker ledermøtet til å drøfte hvordan man skal oppføre seg mot hverandre, og betydningen det har for stemningen og atmosfæren.

I en akuttseksjon er det slik at hele repertoaret av mulige stemninger og atmosfærer kan oppstå – fra det vanskelige, ubehagelige, truende og undertrykkende til gleden, inspirasjonen, velværet og samhørigheten.

Det vil derfor være avgjørende å snakke om hva en skal gjøre i slike situasjoner, samtidig som en er innforstått med at i en akuttseksjon hvor personer i kriser og vanskelige mentale tilstander kommer inn, vil det oppstå ubehag og vanskeligheter.

I ledermøtet er det ikke alltid god stemning

Akuttseksjonen skal romme og gi plass til både gode og vonde følelser og opplevelser. Det er fortvilelse, men også sinne og forbannelse over systemet, over å være tvangsinnlagt, overfor lederen, personalet og andre forhold i personens liv.

Det betyr at i selve ledermøtet er det ikke nødvendigvis alltid god stemning. Folk er sinte og oppgitte og må få gi uttrykk for det. En måte å forstå dette på er at atmosfære og stemning har utspring i følelsene som råder hos personene som er i seksjonen til enhver tid, det være seg pasienter, personale og lederen selv.

«Folk er sinte og oppgitte og må få gi uttrykk for det.»

Følelser kan smitte fra person til person, og alle de forskjellige følelsene danner den atmosfæren og stemningen som til enhver tid råder i seksjonen. Slik følelsesmessig smitte er ikke et uttrykk for patologi; snarere tvert imot er det uttrykk for at vi alle er vanlige mennesker.

Følelser kan forstås som kroppslige og mentale tilstander som peker på hva slags handlinger vi kan forvente av en person. Det triste ansiktet gir forventninger om at tårer kan komme og er på sin plass. Det sinte ansiktet viser at banneord kan forventes, noe som uttrykker hvordan personen har det. Det store smilet inviterer oss til et samspill hvor glede uttrykkes gjennom latter og humørfylte utsagn.

Utagerende atferd kan være skremmende

Det er viktig å forstå at negative følelser som sinne og oppgitthet kan slå ut i praksis og lett bli omtalt som utagering. En pasient kan la sitt sinne gå over i handling gjennom for eksempel høye rop, å kaste ting eller i verste fall å angripe andre fysisk. Dette er gjennomgående temaer som vi snakker om i ledermøtet.

Akkurat som følelser, atmosfære og stemning er noe som er under kontinuerlig forandring i en seksjon, kan det å snakke om det bidra til at atmosfæren endres, eller at en tåler mer av det ubehagelige som skjer.

Både å være innlagt og å arbeide i en akuttseksjon gjør at man potensielt kan bli utsatt for ubehag. Det kan være skremmende og vanskelig, og samtidig innebærer det at både pasienter og personale må beskyttes og gis bistand i vanskelige situasjoner.

Nesten alle er innlagt på tvang i seksjonen. Det er derfor et naturlig og nødvendig tema i ledermøtet hvordan det oppleves å være på tvang, og lederen og personalgruppen kan få hjelp og innspill til hvordan «riktig» og redusert tvang kan gjennomføres.

Det er et prosjekt som ser nærmere på og utvikler dette i akuttseksjonen. Ledermøtet er en arena for å ta opp hvor krenkende tvang kan være, men tvang kan også gi trygghet og beskyttelse for noen pasienter, avhengig av den mentale og sosiale krisen de er i.

Seksjonen etablerte primærkontakter

Seksjonen har hatt et prosjekt med å etablere og utvikle en primærkontaktfunksjon der hver pasient får en spesifikk person fra personalgruppen som sin primærkontakt. Ledermøtet har blitt en mulighet for å sjekke om den enkelte vet hvem som er sin primærkontakt.

Det har vært viktig fordi det er hurtige omskiftninger av pasientgruppen med mange korte innleggelseser. I en slik situasjon er det lett å miste oversikten for alle, både pasienter, personalet og lederen. I ledermøtet kan lederen kan få oversikt over mangler og bringe det videre til personalet.

Et annet område hvor dette også gjelder, er arbeidet med den overordnede behandlingsplanen for hver pasient. Hvis den enkelte ikke kjenner til en slik plan, må seksjonslederen overbringe dette til personalgruppen slik at behandlingsplanen kan etableres. Igjen blir ledermøtet en kommunikasjons- og tilbakemeldingsarena.

Samtidig er situasjonen i en akuttseksjon slik at det er pasienter som har mange innleggelseser, og disse og lederen kjenner hverandre gjennom en lang felles historie. Disse pasientene gir verdifull tilbakemelding til lederen ved å påpeke og vise endringer i seksjonen over tid, både gode og dårlige.

«I ledermøtet kan lederen kan få oversikt over mangler og bringe det videre til personalet.»

En viktig del av ethvert seksjonsmiljø er at personalgruppen får mulighet til å utvikle sine ferdigheter og kunnskaper. Seksjonen arrangerer fagdager, der forskjellige temaer drøftes. Seksjonslederen bruker ledermøtet til å informere om fagdagene.

Et eksempel er en fagdag om personlighetsforstyrrelser. Denne dagen førte til at pasientgruppen fikk informasjon om personlighetsforstyrrelser og mulighet til å diskutere hva det er. Pasienter som har fått en slik diagnose, fortalte om hvordan det oppleves, og hva det innebærer.

Pasientgruppen ser betydningen av at personalet får kontinuerlig faglig påfyll. Det gir sikkerhet for pasientene, men innebærer også at personalgruppen blir tatt vare på, noe pasientene understreker at er nødvendig for en god og trygg akuttseksjon.

Avslutning

Erfaringene er at ledermøtet er medvirkende i seksjonens utvikling og for å ivareta pasientenes rettigheter og muligheter i en akuttsituasjon. Det er også et sentralt hjelpemiddel for lederen og personalgruppen til å få tilbakemelding om hvordan stemningen og funksjonen i seksjonen er på ethvert tidspunkt, samt å kunne gi informasjon til pasienter om hva som skjer, og hvorfor.

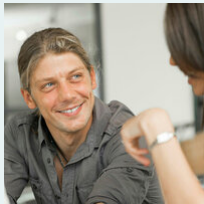
Samtidig er det et viktig spørsmål hvordan man kan unngå at ledermøtet bare blir et alibi for brukermedvirkning i navnet, men ikke i gagnet. Vi finner ikke noe standard svar på dette, men det er avgjørende at seksjonslederen og personalgruppen aldri tenker at alt er vel i seksjonen.

Det å ikke få tilbakemelding er det største problemet. Det er avgjørende å utvikle en seksjonskultur som tåler vanskelige tilbakemeldinger. Det må oppleves som læringsmuligheter og ikke negativ og destruktiv kritikk, selv om tonefall og valgte uttrykk ikke nødvendigvis er av det gode og positive slaget.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Førstelinjeledere i norske sykehus – en kunnskapsoppsummering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
2. Mintzberg H. Patterns in strategy formation. *International Studies of Management & Organization*. 1979;9(3):67–86. DOI: [10.1287/mnsc.24.9.934](https://doi.org/10.1287/mnsc.24.9.934)
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Lederansvar i sykehus. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

4. Helse-Norge. Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus? 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/> (nedlastet 23.08.2021).
5. Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A-G, Fjeldstad T. Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
6. Bøe TD, Thomassen A. Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
7. Norcross J, Wampold BE. A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. J Clin Psych. 2018;74:1889–1906. DOI: [10.1002/jclp.22678](https://doi.org/10.1002/jclp.22678)



LES OGSÅ

- Trusler og vold i akuttpsykiatrien kan forebygges

NYHETER

– De mest voldelige pasientene har hatt det svært vondt

FAGUTVIKLING

Psykiatri: Brukerstyrte innleggelses gir pasientene økt trygghet

Pasienter med emosjonelt ustabile trekk føler seg tryggere når de har muligheten til å få et par dagers frivillig opphold på et psykiatrisk akuttmottak.

Brakerstyrte innleggelseser

Akuttpsykiatri

Miljøterapi

Reduksjon av tvang

Emosjonell ustabilitet

På akuttpsykiatrisk mottakspost på Lovisenberg Diakonale Sykehus så vi over lengre tid et behov for å gi pasienter med emosjonelt ustabile trekk et nytt og bedre tilbud. Anbefalinger i de nasjonale retningslinjene er å unngå å legge denne pasientgruppen inn akutt. Det er enighet i fagmiljøet om at akutt innleggelse er lite hensiktsmessig, og at vi skal prioritere den langsiktige behandlingen (1). Imidlertid er realiteten at også disse pasientene får akutte kriser og behøver korte stabiliseringsopphold.

Vi ønsket å tilby disse pasientene avtaler om brukerstyrt seng (2). Tilbudet blir også kalt brukerstyrt innleggelse. Ordningen som vi startet i 2013, har i dag cirka 45 brukere. Vårt akuttmottak er så vidt oss bekjent, en av få akuttavdelinger som tilbyr brukerstyrte innleggelseser.

Akuttmottakets oppgaver

Psykiatrisk akuttmottak ved Klinikk for psykisk helsevern ved Lovisenberg Diakonale Sykehus er en lukket psykiatrisk sengepost med seks sengeplasser. Avdelingen tar imot pasienter fra bydelene Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo.

Avdelingen har mottaksfunksjon for alle pasientene som kommer til klinikken, og legger vekt på individuell tilnærming, utredning og diagnostikk. Behandlingen inneholder samtaler med lege, miljøterapeutiske tiltak, gruppebehandling og medisinerings.

Pasienter med kjent historikk ble prioritert

Pasientene fikk tidligere tilbud ut ifra symptombildet og ikke diagnosen. De med kjent historikk i forhold til intoksikasjoner, alvorlig selvskading, kronisk suicidalitet og/eller utageringsproblematikk ble prioritert. Erfaringen vår var at pasientene ofte uttrykte at de måtte ty til atferd med destruktivt innhold for at hjelpeapparatet skulle ta dem på alvor.

«De måtte ty til atferd med destruktivt innhold for at hjelpeapparatet skulle ta dem på alvor.»

Pasientens endrede atferd viste seg tydelig i forkant og i forbindelse med ankomst til avdelingen. I flere tilfeller utagerte pasientene både før og etter at de ankom avdelingen, og noen ganger var utageringen så alvorlig at det måtte brukes tvang for å roe ned situasjonen.

Vi hadde også et ønske om å endre praksisen for hvordan personer med emosjonelt ustabile trekk håndteres, og da særlig de pasientene som potensielt kan utgjøre en alvorlig fare for seg selv og andre. Overordnede føringer fra klinikkledelsen, om reduksjon av tvang, var også en pådriver for å endre praksis (3).

Slik fungerer brukerstyrt seng

Brugerstyrt seng er et tilbud pasientene gis etter en samlet vurdering. Pasienter med høyt symptomtrykk, i form av emosjonell ustabil karakter, med gjentatte reinnleggelser, kan være aktuelle for en avtale om brukerstyrt seng. Ved inngått avtale om brukerstyrt seng, tilbys pasienten to dagers innleggelse, med en karantenetid på fire uker. Ved behov, kan pasienten benytte seg av øyeblikkelig-hjelp-innleggelse i karantenetiden.

Pasientene melder selv ifra når de føler behov for en brukerstyrt innleggelse, og de regulerer innholdet i behandlingen selv. Pasientene er frivillig innlagt og kan komme og dra fra avdelingen når de måtte ønske det.

Tilbudet skal hindre destruktiv atferd

Hensikten med å gi tilbudet om brukerstyrt seng, er å hindre eskalering av selvdestruktiv atferd i ustabile perioder. Vi tenker at det skal være et tilbud for å kunne forebygge og stabilisere akutte kriser. Det kan gjøres ved å gi korte innleggelser på akuttavdelingen, for så å fortsette den langsiktige behandlingen av pasientene utenfor sykehuset.

De fleste pasientene har oppfølging fra poliklinikk, på distriktspsykiatriske sentre (DPS). Vi oppfordrer pasientene til å følge opp avtaler de har med DPS under en akuttinnleggelse.

Pasientene tar selv kontakt med avdelingen

Rammene for innleggelsen er at pasienten selv tar kontakt, og at de kommer til avdelingen på egen hånd. Det er på forhånd definert hvor lenge innleggelsen skal vare, ofte i to døgn. Under innleggelsen tar pasienten i stor grad regi selv.

Det er en lege som tar imot pasienten, men utover det er det sykepleietjenesten som tar ansvar for mye av behandlingen i samarbeid med pasienten. Innholdet i behandlingen har en miljøterapeutisk struktur, med vekt på kognitive atferdsteknikker.

«Både pasienten og avdelingen kan si opp avtalen om brukerstyrt innleggelse med umiddelbar virkning.»

Pasienten tar ansvar for å informere både privat og profesjonelt nettverk om innleggelsen. Det gjøres ingen større endringer i det eksisterende behandlingsopplegget, som for eksempel medisinerer.

Pasienten er frivillig innlagt, og regulerer selv utgang og aktiviteter utenfor sykehuset. Eksempler på aktiviteter er samtaler, at pasienten lager dagsplaner og at posten er en «trygg havn» i noen dager mens pasienten går på skole eller jobb. Både pasienten og avdelingen kan si opp avtalen om brukerstyrt innleggelse med umiddelbar virkning.

Hva er miljøterapi?

Miljøterapi kan defineres som en realitets- og aktivitetsbetont behandling som tar utgangspunkt i pasientens ressurser og ståsted, og samspillet mellom vedkommende og omgivelsene rundt i sin utøvede praksis (4).

Kilde: Napa.no Kognitiv miljøterapi. NAPHA – nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Personalet gjør pasientene trygge

Erfaringene baserer vi på informasjon fra personalet som har vært med fra starten av tilbudet om brukerstyrt seng, og tilbakemeldingene fra pasientene. Så langt er erfaringene ikke samlet på en systematisk måte.

PAM er en liten avdeling med seks plasser. Det er et oversiktlig miljø. Det er høy faglighet blant de ansatte, med få utskiftninger. Dette tilrettelegger for at det skapes gode og trygge relasjoner mellom pasienter og ansatte, til tross for korte innleggelse.

Pasientgruppen har ofte utfordringer og problemer med å skape tillit til andre. Dette har vi jobbet aktivt med over tid. Personalet er tydelig til stede for å skape trygghet, men gjør samtidig pasientene kontinuerlig ansvarlige i deres handlinger.

De får hjelp før symptomene blir for sterke

Pasientene har en «åpen dør» når det blir vanskelig. Personalet motiverer pasienten til å benytte seg av brukerstyrt seng før symptomene blir for sterke. Det har vist seg å være forebyggende mot selvskading og annen destruktiv atferd. Selvskadingen blant pasientene er betraktelig redusert.

«Selvskadingen blant pasientene er betraktelig redusert.»

De voldsomme innleggelsene som ofte startet med en utagering ved ankomst, og som kunne gjøre det nødvendig å bruke tvang, er nå ikke eksisterende.

Noen få pasienter trenger strammere rammer

PAM legger vekt på fleksibilitet, aksept og at det alltid er plass. Pasienter har kommet både ruset og med en selvdestruktiv atferd, og ikke evnet å holde seg innenfor rammene som en brukerstyrt avtale forutsetter. Det at vi da er en akuttpsykiatrisk avdeling gjør at symptomene likevel vanligvis kan håndteres av personalet.

Kun unntaksvis har symptom bildet eller den selvskadende atferden vært av en så alvorlig karakter, at innleggelsen er blitt gjort om til en ordinær innleggelse for å kunne legge til rette for strammere rammer rundt pasienten.

Pasientene blir tatt på alvor

Personalet på PAM er opptatt av pasientenes ressurser, istedenfor deres problemer. Vi opplever at pasientene i større grad oppsøker hjelp og benytter seg av tilbudet på en konstruktiv måte.

«Det gir en trygghet å vite at en kan oppsøke hjelp når en trenger det.»

Det er cirka 45 pasienter som har avtale om brukerstyrt seng. Vi har snakket med rundt 25 pasienter om deres erfaringer.

Pasientene sier at de opplever en større grad av kontroll og egen innflytelse i behandlingen. Flere pasienter forteller at de blir tatt mer på alvor nå enn før ordningen ble innført. Noen sier de slipper å rettferdiggjøre behovet for innleggelse ved for eksempel å ty til selvskading eller utagering. Det gir en trygghet å vite at en kan oppsøke hjelp når en trenger det.

Erfaringer fra andre sykehus

Flere andre institusjoner har også erfaringer med brukerstyrte senger. I NAPHA-rapporten fra 2014 (5) hevdes det at når brukerne selv styrer en eventuell innleggelse blir det lettere for dem å håndtere problemer i hverdagen. Det bedrer pasientenes tillit til hjelpeapparatet.

Brukerstyrte innleggelse tilbys ved mange av landets poliklinikker, som et ledd i å utvikle et hjelpetilbud som er mer tilpasset brukerens behov (5).

«Noen trengte å snakke med de ansatte, andre hadde behov for å hvile.»

Rapportene beskriver at en lav terskel for innleggelse oppleves som en sikkerhetsventil i vanskelige perioder i livet. Pasienter opplevde også at selve tilbudet under innleggelsen var annerledes ved brukerstyrte innleggelse (5). Hjelpen var mer fleksibel og tilpasset deres behov. Noen trengte å snakke med de ansatte, andre hadde behov for å hvile.

De satte pris på å bli vist tillit

Rapporten viser at når hjelpen var tilpasset deltakerens egen vurdering av situasjonen, opplevde de det som positivt (5). Å bli vist denne tilliten ble opplevd av pasientene som en anerkjennelse fra hjelpeapparatet, og det var en ny opplevelse og erfaring for dem. Flere av brukerne sier at de anstrengte seg for å leve opp til denne tilliten.

Det å skrive en kontrakt ved innleggelsene og å ta beslutninger på egne vegne var nye erfaringer for pasientene.

Brukermedvirkning er bra for helsen

I et pilotprosjekt om brukerstyrte innleggelse ved Akershus universitetssykehus fant Støvind og medarbeidere at tiltaket ga færre oppholdsdøgn og mer tilfredse pasienter i spesialisthelsetjenesten (6).

«Brukerstyrte innleggelse kan forebygge forverring av pasientens helse.»

Studien viste også at brukerstyrte innleggelse kan forebygge forverring av pasientens helse, fordi pasienten blir innlagt på et tidligere tidspunkt. Flere av pasientene uttrykte at et mer tilgjengelig tilbud var med på å trygge hverdagen og redusere symptomer. Ifølge Støvind og medarbeidere gir økt brukermedvirkning en positiv effekt på psykisk helse (6).

Færre pasienter opplever tvang ved Jæren DPS

Ved Jæren DPS har en også startet opp med brukerstyrte innleggelser (7). Der er to av de i alt elleve sengeplassene ved en rehabiliteringspost for pasienter med schizofreni gjort om til brukerstyrte innleggelser. Pasienten kan legge seg inn i opptil fem dager av gangen, med en karantenetid på fjorten dager.

I en undersøkelse ved Jæren DPS fant forskerne ut at det ble mindre tvangsbruk, pasientene opplevde større valgfrihet og de fikk en økt følelse av trygghet etter oppstarten av brukerstyrte innleggelser (7).

Pasientene kan bli nedprioritert

Vår erfaring er at både pasienter og personale er positive til ordningen, men det finnes også utfordringer. Avdelingens akutte mottaksfunksjon gjør hverdagen lite forutsigbar. Pasienter som er innlagt på brukerstyrte plasser, kan kanskje få en opplevelse av å bli nedprioritert når avdelingen er full eller når det er innlagt mange pasienter med høyt symptomtrykk.

Vi ser at det er behov for å individualisere det enkelte forløpet, både i forhold til behandlingsplan, innholdet i behandlingen og utnyttelse av tiden som er innvilget.

De fleste pasientene gir gode tilbakemeldinger

Vår erfaring er at pasientene stort sett gir gode tilbakemeldinger på ordningen med brukerstyrte innleggelser. Personalet fremhever at samhandlingen mellom pasienten og personalet har blitt bedre. I tillegg har brukerstyrte innleggelser en positiv effekt på det totale antallet liggedøgn.

«Ordningen reduserer bruken av tvang.»

Ordningen reduserer også bruken av tvang (3, 7). Følgelig blir det viktig å forsvare bruken av brukerstyrte innleggelser fremover.

Oppsummering og videre anbefalinger

Erfaringen med brukerstyrte innleggelser er udelt positive. Personalet ved PAM ønsker å utvide tilbudet, slik at flere pasienter kan benytte seg av brukerstyrt innleggelse. De siste årene har antall innleggelser i vår avdeling økt betraktelig. Det har skapt problemer med kapasiteten og som følge av det er liggetiden innskrenket fra fire døgn til to døgn.

Flere pasienter har gitt uttrykk for at muligheten til å legge seg inn, gir dem trygghet.

Pasienter som ikke har benyttet seg av tilbudet på lang tid, har på forespørsel ikke ønsket å avslutte avtalen, da denne gir dem økt trygghet. Pasientene forteller i hovedsak at innleggelsen blir benyttet til søvn, hvile og samtaler.

Det er viktig at nyansatte leger og sykepleiere får opplæring i hva brukerstyrt innleggelse er samt at miljøterapeutisk struktur og innhold får mer plass i behandlingen.

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiske helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokumenthso.pdf> (nedlastet 25.03.2020).
3. Jacob A, Veland M. Jobber for mindre tvang. Sykepleien. 2014;102(9):50–1.
4. Solbjør M, Kleiven HH. Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Trondheim: NAPHA; 2013. s. 5.
5. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Brukerstyrte innleggelser – et positivt og annerledes tilbud. Oslo: NAPHA; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.napha.no/brukerstyrte_innleggelser/ (nedlastet 25.03.2020).
6. Støvind H, Hanneborg EM, Ruud T. Bedre tid med brukerstyrte innleggelser. Sykepleien. 2012;100(14):62–4.
7. Psyknytt. Brukerstyrte plasser kan gi kortere liggetid og mindre tvang. Oslo: Psyknytt; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/brukerstyrte-plasser-kan-gi-kortere-liggetid-og-mindre-tvang> (nedlastet 25.03.2020).

DEBATT

– Noen hadde ansvaret
for å fotfølge meg døgnet
rundt mot min vilje

De låste meg inne og holdt meg fast med blikket. De gjorde jobben sin, og de mente godt, skriver Marit Daaland Lesjø.

Marit Daaland Lesjø

Pasienten kan ikke komme på noe som har gledet henne gjennom helgen, med unntak av at stolen hvor personalet observerer henne fra, er flyttet litt vekk fra døren.

Denne setningen fant jeg i journalen min. Den er fra da jeg var tvangsinnlagt med en alvorlig depressiv episode for seks år siden. Jeg synes den er fascinerende meningsmettet.

Det å være under kontinuerlige overvåkning (K.O. som det heter i journalnotatene) er en bisarr opplevelse. Noen hadde ansvaret for å fotfølge meg døgnet rundt mot min vilje. Jeg lå stort sett bare i sengen, så de sto neppe i fare for å bli andpustne. Men jeg ser for meg at det kan være utmattende på andre måter, for den emosjonelle kondisjonen, å sitte der i time etter time og se på en person som har gått i oppløsning.

For det er sånn depresjon er. Kropp og sjel mister kontakten med hverandre. Det som er deg, rives i biter, og du blir sittende alene i tomrommet mellom de ulike delene. En uendelig eksistensiell ensomhet. Følelsene dine, det som skal være kompasset i livet, er sporløst forsvunnet. Du tror du har mistet evnen til å få kontakt med andre mennesker, til å bli glad i noen, og dermed kan ingen være glad i deg heller.

Kroppen er bare et skall som burde få slippe å eksistere i denne uutholdelige limbotilværelsen. La meg få slippe, sa jeg. Nei, sa de. Og så låste de meg inne og holdt meg fast med blikket. De gjorde jobben sin, og de mente godt.

Stolen er flyttet litt vekk fra døren. En liten, hensynsfull bevegelse.

En grunnleggende konflikt i relasjoner mellom mennesker er balansegangen mellom nærhet og avstand. Vi trenger å knytte oss til hverandre, samtidig som at vi også må beskytte våre egne grenser. En trygg relasjon er i balanse, og hvis den bikker for mye den ene eller den andre veien, blir vi gjerne utrygge.

Personalet i stolen passet på meg, men balansen i relasjonen var rimelig skakk. Jeg var hjelpeløs, og det følte både trygt og truende på samme tid. De tok over ansvaret for livet mitt i en periode, og jeg slapp å bestemme selv om jeg skulle leve eller dø. På en måte var det en lettelse, på en annen var det uhyggelig klaustrofobisk. Det er vanskelig å få tillit til noen som tar fra deg makten med tvang.

Alle har sin egen intimsfære som ingen andre har adgang til uten å være spesielt invitert. Jeg hadde absolutt ikke invitert noen. Når man er på sitt jævligste og mest sårbare, er det mer naturlig å ville gå i skjul og gjemme seg, iallfall for meg. Som en dødssyk katt som legger seg under vedskjulet for å få dø i fred.

Det var ydmykende å bli sett på konstant, å ikke få dusje alene, å være tvunget til å vise all min kroppslige og sjelelige nakenhet i det avslørende og grelle institusjonslyset. De som observert meg, var ikke engang folk jeg kjente personlig. Jeg skammet meg over alt de kunne se, men også over at dette ikke var et ansvar de hadde bedt om. Omsorgen jeg fikk, var en del av en arbeidsinstruks, og det følte kjølig, klinisk og formelt.

Tvangsomsorg bryter med de uskrevne reglene for nærhet og avstand som vi vanligvis forholder oss til. Dette krever mye av den som har makten. Det at stolen ble flyttet, var et lite tegn på respekt for min autonomi, noe jeg satte pris på. Men jeg husker skikkelsen i stolen som ansiktsløs og autoritær, skummel, selv om jeg i ettertid skjønner at det var en person med sitt eget puslespill av holdninger, motiver, personlighetstrekk og erfaringer. Den gangen følte det som om de visste alt om meg og jeg ingenting om dem.

I starten av oppholdet brydde jeg meg ikke; jeg tror knapt jeg la merke til dem. Det at jeg begynte å kjenne på ubehaget i å bli observert hele tiden, var sånn sett et godt tegn. Fra å være et tomt skall som, ifølge journalen, «viser svært dårlig emosjonell kontakt og ofte stirrer rett ut i luften», begynte jeg å observere verden rundt meg igjen. Sengen med en sørgelig flat pute, små hull i strien på veggen, hvor noen kanskje hadde pirket og gravd med frustrerte og skamfulle fingre. Det halvmørke rommet, hvor den eneste kilden til lys var det som slapp inn gjennom døråpningen. Og der: en ukjent person.

Jeg var redd og trist, men det å se meg rundt og bli mistenksom overfor andres hensikter, viste i det minste en antydning til liv og egen vilje. Paradokset er at når man er frisk nok til å få tilbake retten til å trekke seg mer unna fysisk, øker behovet for emosjonell kontakt, og man er ekstremt var for avvisning.

Jeg gråter aldri når jeg er på mitt verste, men når jeg begynner å våkne, kommer tårene. Etter å ha mistet seg selv på den måten sitter man igjen med en enorm sorg og skam. Jeg lå i sengen og gråt, mens personen i stolen fortsatte å observere på avstand, men sa ingenting og kom ikke bort til meg. Jeg synes fremdeles det er snodig. Kanskje var det for å vise respekt for grensene mine, som det med å flytte stolen, men det følte ikke som omsorg. Jeg ble ikke møtt, men følte meg stirret på.

Å bli sett på uten å bli snakket til, i time etter time, kan føles som å være med i et surrealistisk teaterstykke. Uvirkelig og kunstig. Det følte ubehagelig nært samtidig som avstanden mellom oss ble tydeligere. Vi var ikke likemenn. Jeg var syk, hun var frisk. Det var som om tårene mine ikke var en rimelig reaksjon på omstendighetene, men bare et symptom på depresjonen. En feil.

Hvis mangelen på følelser i den dype depresjonen tolkes som avkopling fra verden, kan synlige uttrykk for sorg og frykt bunne i et ønske om å kople seg på igjen, men man er fremdeles usikker på om man er verdig til å bli medlem i det menneskelige fellesskapet. Terskelen for å kjenne på sviende avvisning er lav når man er så hudløs.

Jeg har et tosifret antall innleggelsler bak meg, noen på akutten og noen på DPS døgn. Mitt inntrykk er at akuttpsykiatrien preges av tanken om at man ikke skal «belønne» sterke følelsesutbrudd med oppmerksomhet, for da blir det bare verre. Jeg husker få tilfeller hvor personalet uoppfordret oppsøkte meg bare for å ta en prat. Kanskje handler dette om ressurser, men jeg tror også holdninger spiller en rolle. En frykt for å slukes av det skadeskutte beistet. Til dels kan jeg forstå det. Kaster man seg inn i en annens følelseskarusell, er det lett å bli fartsblind, og da kan man ikke hjelpe.

Jobben er å stå støtt når pasienten ikke kan, men det bør også være rom for bevegelse. Selv om relasjonen er kortvarig, kan det være et enormt viktig møte for en pasient som er helt på bunnen. Ja, man risikerer at det kan bli slitsomt og ubehagelig – men det er vanskelig å rense sår og plastre sammen hvis man ikke tåler å se blod.

Nær, men ikke for nær er et krevende dilemma for helsepersonell, kanskje spesielt i psykiatrien. Empati, som folk i helsevesenet ofte har en del av, er en styrke når man skal jobbe med mennesker, men også en svakhet. Å være medfølende samtidig som man har et klart skille mellom seg selv og pasienten, tærer sikkert på kreftene – men jeg tror det er essensielt for å gi god hjelp.

Jeg sier ikke at det er lett, men kanskje det blir enklere å være modig i vanskelige møter hvis man husker at det viktigste for pasienten er å bli tålt. Å vise at man tåler dem på sitt verste, er noe av det mest omsorgsfulle man kan gjøre. Det kan formidle håp om at det finnes en fremtid der ute i verden, i stedet for avvisning forkledd som hensynsfullhet.

Stolen ble flyttet litt vekk fra døren, og en dag var den tom. Til syvende og sist var de standhaftige blikkene som fulgte meg gjennom disse ukene, en bekreftelse på at jeg var verdt å redde. De passet på at kroppen var trygg frem til resten av meg kom tilbake.

Denne tomme stolen i døråpningen betydde at jeg var klar for å få tilbake friheten og ansvaret. Jeg pustet ut og strittet imot. Jeg er takknemlig for at de orket å se på meg. Uten dem kunne jeg selv ha blitt den tomme stolen rundt middagsbordet.