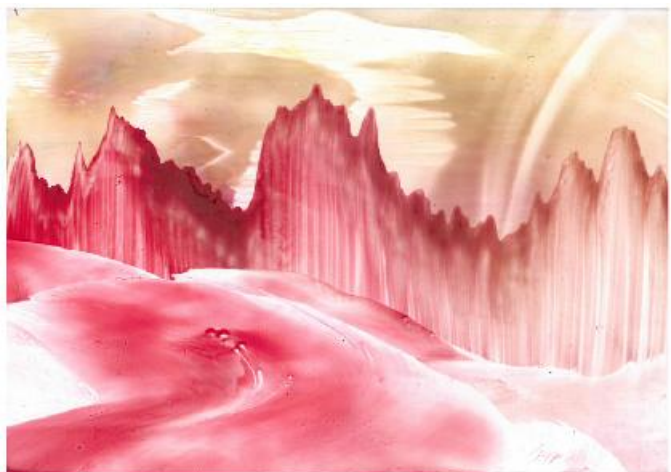


Prosjektrapport

Brukerstyrte innleggelser i DPS i Helse Nord



Kartlegging av brukerstyrte innleggelser
med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

Anne Sofie Bentzen

Forsideillustrasjon av Lillemi Øien. Det ensomme fjellet.

Tittel: Brukerstyrte innleggelser i DPS i Helse Nord

NST-rapport: 05-2015

Forfattere: Anne Sofie Bentzen

ISBN: 978-82-8242-052-5

Dato: 2015-09-08

Antall sider: 20

Emneord: brukerstyrt, psykisk helsevern, DPS

Oppsummering: Rapporten gir en oversikt over gjeldende praksis ved brukerstyrte innleggelser i elleve DPS i Helse Nord.

Utgiver: Nasjonalt Senter for Samhandling og Telemedisin
Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 35
9038 Tromsø
Telefon: 07766
E-post: info@telemed.no
Internett: www.telemed.no

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på www.telemed.no.

Forord

Denne rapporten gir en beskrivelse av gjeldende praksis for brukerstyrte innleggelser ved distriktpspsykiatriske sentra i Helse Nords område.

Rapporten er utviklet av Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (RKE) i Helse Nord.

Prosjektet er finansiert av RKE, og med egeninnsats fra prosjektdeltakere.

Tromsø, 08. september 2015.

Anne Sofie Bentzen, prosjektleder

Innhold

1.1	Innledning	9
1.2	Resultat.....	11
1.2.1	Fordeler ved brukerstyrte innleggelse	11
1.2.2	Målgruppe.....	11
1.2.3	Avtaleinngåelse, henvisningsrutiner	11
1.2.4	Åpningstider, Varighet innleggelse, karantenetid.	12
1.2.5	Mottak – suicidvurdering – medikamentpraksis	12
1.2.6	Somatisk undersøkelse	13
1.2.7	Behandlingsinnhold	13
1.2.8	Dokumentasjon.....	13
1.2.9	Samhandling.....	13
1.3	Diskusjon	13
1.3.1	Reel brukerstyring.....	13
1.3.2	Tilgjengelighet.....	14
1.3.3	Diagnose vs nytte/behov	15
1.3.4	Brukerstyrt som tiltak i IP	16
1.3.5	Spesialistvurdering	16
1.3.6	Vurderinger	17
1.3.7	Somatisk helse	18
1.3.8	Medisinadministrasjon	18
1.3.9	Dokumentasjon.....	19
1.3.10	Redusert bruk av tvang.....	19
1.4	Oppsummering	20

1.1 Innledning

Denne rapporten er en kartlegging av dagens status for brukerstyrte innleggelser i Helse Nord. Data er innhentet fra helsepersonell som arbeider i enhetene. Rapportens mål er å sette dagens praksis i sammenheng med de plikter og ansvar som påligger spesialisthelsetjenesten for pasienter i døgnbehandling. Rapporten omhandler i liten grad brukernes perspektiver i forbindelse med slike innleggelser.

I Helse Nords oppdragsdokument til helseforetakene i 2011 sto det:

”Etablere brukerstyrte plasser ved samtlige DPSer, etter modell fra Jæren DPS.”

Et pilotprosjekt i Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn¹ hadde da oppdraget kom allerede vært i drift over flere år. Brukerstyrte innleggelser i den form de ble utviklet i PSTO har hatt stor innflytelse på utviklingen av mange av de andre tilbudene i nord. Piloten hadde tydelig brukermedvirkning i utviklings og utprøvingsfasen, noe som gjør den spesielt viktig. Jæren DPS som ble fremhevet i oppdragsdokumentet, noe som gjenspeiles i flere av tilbudene, spesielt i Nordland.

Døgneheten på Jæren og PSTO har ulike rammer og ulike målgrupper. I region Nord har DPS kun åpne sengeposter, da lukkede avdelinger er sentralisert til sykehusene i Bodø og Tromsø. Sengepostene tar imot alle aktuelle pasienter fra sitt geografiske område og er ikke spesialisert eller begrenset til særskilte pasientgrupper. Den aktuelle sengeposten på Jæren er en lukket avdeling med spesielt fokus på psykoseproblematikk. Mye erfaring og kunnskap kan hentes fra Jæren, spesielt med tanke på brukerstyrte tilbud for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Pilotprosjektet ved PSTO har hatt stor verdi fordi det gav en ramme for brukerstyrte innleggelser for en pasientgruppe mer lik den som DPS i regionen har ansvaret for, noe som har vært viktig kunnskap å bygge på for tilbudene som har blitt utviklet de senere år. I Helse Nord finnes det tolv distriktpsikiatriske sentre med sengepost for voksne. Elleve av disse har prøvd ut brukerstyrte senger etter at dette kom i oppdragsdokumentet i 2011. Alle har lokale varianter av tilbudet tilpasset egne rammer og pasientpopulasjon.

Det finnes ingen entydig beskrivelse av hva brukerstyrte innleggelser skal være, eller hvilke rammer som skal gjelde. Begrepet brukes på mange ulike tilbud, med ulik grad av brukerstyring. Tidligere etablerte lavterskeltilbud har en del steder hatt en glidende overgang til brukerstyrte innleggelser, uten at det er gjort noen egentlig endring i tilbudets art. Det har i praksis vært opp til de ulike DPS å finne den modellen de ønsket å bruke. Dette har medført at vi nå har erfaringer fra ulike varianter av tilbudet. Ulikhetene skyldes til dels geografiske forhold og dels ulikheter i målgruppen. Det har vært en tydelig erfaringsutveksling fra DPS som var tidlig ute, noe som har gitt en klar forenkling i utvikling av rammer og betingelser for

¹ [”Brukerstyrte innleggelser - makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv?” Kvalitetsutviklingsprosjekt. Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. 2010.](#)

de som kom etter. Med unntak av PSTO har brukerne i liten grad deltatt i utviklingen av tilbudene lokalt, og ordningen administreres og evalueres i de fleste tilfellene av de ansatte i døgnerheten uten at brukerne er involvert på systemnivå.

I løpet av 2014 og 2015 er det gjort en kartlegging over erfaringene med disse tilbudene i de ulike sengepostene. Det har vært spesielt fokus på tilgjengelighet, målgrupper og samhandling. Pasientsikkerhet er også sterkt vektlagt, gjennom tilgang på lege/spesialist, dokumentasjon og vurderinger, medikamentrutiner og oppfølging av somatisk helse. I tillegg til de disse faktorene har det kommet frem mye informasjon om hvordan disse tilbudene påvirker ikke bare pasientenes behandlingsforløp, men også kontroll over eget liv og hverdag.

Enhetene som har deltatt i kartleggingen er:

SANKS, døgnerheten Lakselv

DPS Vest-Finnmark, post Jansnes

DPS Øst-Finnmark, døgnerheten Tana

SPH Nord-Troms, døgnerheten Storslett

SPH Sør-Troms, døgnerheten Harstad

SPH Midt-Troms, døgnerheten Silsand

PSTO Døgn 1 Tromsø og Døgn Storsteignes

Salten DPS, allmennpsykiatrisk enhet D

Vesterålen DPS, allmennpsykiatrisk enhet

Helgelandssykehuset avd. Mo i Rana, Døgnavdeling

Helgelandssykehuset avd. Mosjøen, Døgnavdeling

1.2 Resultat

Ved første kartlegging som ble gjennomført høsten 2013 svarte 11 DPS ja på spørsmål om hvorvidt de kunne tilby brukerstyrte innleggelser. Dette betyr at alle DPS, med unntak av Senter for psykisk helse Ofoten, har prøvd ut en ordning med brukerstyrte innleggelser i årene etter 2011.

1.2.1 *Fordeler ved brukerstyrte innleggelser*

Det rapporteres som stor tilfredshet med tilbudet blant brukerne. Økt grad av selvbestemmelse forandrer dynamikken mellom pasient og behandlingsapparat. Pasientene vurderer i større grad selv om de er i ferd med å få en forverring av sin tilstand. De oppsøker behandling tidligere, det blir brukt mindre tvang og det er mindre behov for å sende pasientene til akuttposter i Tromsø eller Bodø. Behandlingen foregår mer på brukerens premisser, noe som har effekt langt utover de rent praktiske forenklingene. Brukerne får beholde ansvar for eget liv og for egen lidelse. Dette ser ut til å ha klar effekt på opplevd livskvalitet og mestringsevne. Alle døgnerhetene har planer om å videreføre tilbud om brukerstyrte innleggelser.

1.2.2 *Målgruppe*

Jæren-modellen har stor vekt på pasienter med langvarig psykoseproblematikk. Denne prioriteringen gjenspeiles tydelig i enkelte av enhetene, hvor psykoselidelse er et viktig kriterium for å få tilbud. Tendensen i region Nord er at man i stadig større grad går bort fra diagnose som kriterium, og heller fokuserer på behov og evne til å nyttiggjøre seg tilbudet. ROP-pasienter inkluderes i ordningen i de tilfeller de antas å ha utbytte av det. Det rapporteres i liten grad om utfordringer som følge av rus under innleggelsene. Pasienter med som ruslidelse som hoveddiagnose inkluderes i liten grad.

1.2.3 *Avtaleinngåelse, henvisningsrutiner*

Det er valgt ulike metoder for innsøkning. De fleste av pasientene som får tilbud om avtale er pasienter som fra før er kjent i døgnerheten gjennom tidligere innleggelser. Tilbudene er i liten grad tilgjengelig for personer som ikke allerede har en slik nær tilknytning. Det er varierende hvorvidt psykiatritjeneste i kommunen, psykiatrisk poliklinikk og fastleger kan ta initiativ til at pasienten skal få et brukerstyrt tilbud. Det klart vanligste er at pasienter som har gjentatte eller langvarige innleggelser i døgnerheten får tilbud om å inngå avtale om brukerstyrt innleggelse, etter initiativ fra ansatte i døgnerheten.

Alle DPS har utviklet en skriftlig kontrakt som inngås mellom pasient og sengepost. Kontraktene er innholdsmessig ganske like. Behov for å ha en slik avtale vurderes på nytt av pasient og ansatte i samråd med seks måneder til to års mellomrom. Mange rapporterer om brukere som har gyldig kontrakt, men som sjelden eller aldri benytter seg av tilbudet. De fleste prioriterer å la brukere som har en slik kontrakt forlenge den, selv om de ikke benytter seg av døgnheten over en lengre periode. Pasientene opplever det som en trygghet å ha muligheten til å komme raskt inn til innleggelse, og dette antas å ha en forebyggende effekt.

1.2.4 Åpningstider, Varighet innleggelse, karantenetid.

Lokale forhold har stor innvirkning på tilgjengeligheten av tilbudene. Dette er knyttet til tilgang på lege på ettermiddag og kveldstid. Enheter som ikke har vakthavende lege hele døgnet, har i stor grad valgt å begrense brukerstyrte innleggelser til de tidspunkter hvor lege er tilgjengelig. Tre enheter har kun inntak på dagtid og ikke i helger. De andre har åpningstid hele døgnet, alle dager.

De fleste enhetene praktiserer inntil fem dagers innleggelse. En døgnhet har maksimalt tre døgn oppholdslengde. To enheter har mer enn fem døgn eller individuelt avtalt oppholdslengde.

Ved oppstart av tilbudene har det vært vanlig å ha tre ukers karantenetid mellom innleggelser. Tilbakemeldinger fra døgnhetene tyder på at denne begrensningen ikke er nødvendig. Noen har allerede fjernet bestemmelsen om karantenetid. Flere har sluttet å praktisere det, eller har planer om å endre sine avtaler på dette punktet.

1.2.5 Mottak – suicidvurdering – medikamentpraksis

I de fleste tilfeller tas pasienten imot av miljøpersonale som jobber fast i posten. Det er ikke uvanlig at pasienter i løpet av en fem døgn innleggelse ikke har samtale med lege eller psykolog. Ofte vurderes pasienten indirekte av spesialist i løpet av innleggelsen, gjennom rapporter og behandlingsmøter. I døgnheter hvor lege og spesialistdekningen er lav vil det skje at pasienter ikke vurderes av spesialist, direkte eller indirekte, under den aktuelle innleggelsen.

Det er ikke vanlig med systematisk vurdering av selvmordsrisiko ved brukerstyrte innleggelser.

Det er store ulikheter mellom døgnhetene i hvordan pasientens medisiner håndteres. Det vanligste er at dette ikke skiller seg fra ordinære innleggelser. Det finnes eksempler på at pasienter bruker medisiner hjemmefra under innleggelsen, men får den utdelt av sykepleier.

Ved en enhet bruker pasienten egne medisiner og oppbevarer medikamentene på pasientrommet.

1.2.6 Somatisk undersøkelse

Det er de fleste steder lite fokus på somatisk helse under brukerstyrte innleggelser. Det gjøres i mange tilfeller ingen undersøkelser, i noen tilfeller måles puls, blodtrykk og vekt. Enheter med god tilgang på lege skiller oftest ikke mellom brukerstyrte og ordinære innleggelser på dette punktet, og tilbyr somatisk undersøkelse og blodprøver ved innkost.

1.2.7 Behandlingsinnhold

Pasientene følger aktiviteten i posten etter eget ønske. Det er ingen eller begrenset tilgang på samtale med behandler under innleggelsen. Det gjøres oftest ikke medisinverdinger eller endringer.

1.2.8 Dokumentasjon

Det skrives innkostnotat av miljøpersonale. Pasienten blir spurt om det er noe nytt, utover dette brukes informasjon som allerede er kjent.

Behandlingsplan kopieres i stor grad fra forrige innleggelse.

Epikrise er formelt sett lik som ved ordinære innleggelser, men er mindre omfattende.

1.2.9 Samhandling

Det er store ulikheter mellom enhetene i grad av samarbeid med kommunale tjenester. Noen enheter har tett dialog med kommunehelsetjenesten omkring de fleste pasientene som har avtale. Andre enheter har i liten grad kontakt med kommunens tjenesteapparat.

1.3 Diskusjon

1.3.1 Reel brukerstyring

Brakerstyrte tilbud bygger på et annet utgangspunkt enn tradisjonelle innleggelser. Pasientens egen vurdering av behov overtar for helsepersonellens tradisjonelle rolle, og dette

forskyver maktbalansen. Prosjektet i PSTO satte ord på akkurat dette; makten skifter eier. Tilbudene er langt mer enn kun en forenklet innleggelsesprosedyre. Det er en grunnleggende endring i tenkemåte og en ny innfallsvinkel til en gammel problemstilling. Erfaringer viser at tilbudene endrer pasientforløpet. Mer makt til pasienten gir et annet forløp enn det tradisjonelle. Mekanismene er ikke de samme og krever et system som har kapasitet og vilje til å endre seg. Dette krever ydmykhet og åpenhet fra hjelperens side, samtidig som at brukeren får et mye større ansvar for sin egen bedringsprosess. Brukerstyrte innleggelser må være grunnleggende annerledes i sitt utgangspunkt for å fungere etter hensikt. Maktbalansen må forskyves slik at pasienten har reel makt til å ta avgjørelser angående egen behandling, herunder behov for innleggelse. Å legge en ordning med brukerstyrte innleggelser på toppen av det eksisterende systemet fungerer ikke på samme måte. Det er derfor viktig i arbeidet med disse ordningene at det brukerstyrte perspektivet må ligge til grunn for alle avgjørelser og alle endringer. Systemets tradisjonelle rammer og begrensninger må vike i de tilfeller de bryter med prinsippet om brukerstyring. Avtalen mellom pasient og døgnetenhet må spesifisere hvilke rettigheter og plikter som gjelder for begge parter, og brukergruppen bør ha mulighet til å påvirke ordningen på systemnivå. Dette kan skje gjennom at brukergruppen deltar i regelmessig evaluering av tilbudet.

1.3.2 Tilgjengelighet

For at en brukerstyrt seng skal ha den effekten som er tenkt må den stå tom så stor del av tiden at den er et reelt tilbud når en pasient henvender seg. Det er noe ulik benyttelsesgrad av sengene. Erfaringer tilsier at 10-15 pasienter med avtale pr. seng ofte er en god norm. En kan eventuelt sikte seg inn på det antallet som gir ca 30 % belegg. Det er viktig å ta med i beregningen at sengen har en minst like viktig funksjon når den ikke er i bruk². Den gir forutsigbarhet og trygghet. Det må gjøres lokale vurderinger omkring hvor mange som kan gis tilbud før ordningen blir overbelastet. Noen steder kan det synes som at antallet pasienter med avtale er høyere enn hva som er optimalt da pasientene ofte opplever at sengen er opptatt når de trenger den. Dette vil kunne påvirke effekten av tiltaket over tid.

Avtalene bør evalueres hvert år slik at en sikrer at tilbudet i mest mulig grad gis til de som har best utbytte av det. Mange steder er det en del av pasientgruppen som har avtale som aldri benytter seg av tilbudet. Det rapporteres at de på tross av manglende bruk opplever avtalen som en trygghet og at dette likevel forebygger akutte innleggelser. Erfaringene tilsier at det i slike situasjoner tas hensyn til pasientens opplevelse av tilbudet. Man kan da utvide gruppen med avtale slik at man får en aktiv brukergruppe på 10-15 pasienter pr. seng.

² ["Brukerstyrte innleggelser - makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv?" Kvalitetsprosjekt. Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. 2010.](#)

De fleste døgnenheter praktiserer ikke ventelister ved brukerstyrte innleggelser. Pasienten får tilbud eller avslag basert på kapasitet den aktuelle dagen. Behov for å ha venteliste på brukerstyrte innleggelser har vært nevnt ved flere anledninger. Venteliste på brukerstyrt innleggelse vil i praksis bli et parallelt system til ordinære innleggelser, og ordningens hensikt og funksjon vil da bli utvannet. Et tilbud om å stå i kø har ikke samme verdi som å kunne legge seg inn ved behov og gir makten over tilbudet tilbake til de ansatte. Det er viktig for tjenestens funksjon at den holder de lofte rammene og har en forutsigbar tilgjengelighet.

Avtaler om brukerstyrte innleggelser skal fremme autonomi. Pasienten ansvarliggjøres i forhold til egne behov og tar selv beslutning om behov for innleggelse. Det bør av hensyn til dette være slik at når pasienten melder sitt behov og det er ledig plass, skal sengeposten tilby innleggelse i hele avtaleperioden (i de fleste tilfeller fem døgn). Kapasitetsproblemer som oppstår etter at pasienten er tilbudt plass skal ikke være til hinder for at det brukerstyrte oppholdet kan fullføres slik pasienten velger. Om døgnavdelingen kan skrive ut pasienten av plasshensyn tar den tilbake makten over innleggelsesperioden. Dette bryter med prinsippet om brukerstyring og kan tenkes å påvirke effekten av tiltaket.

Erfaringer fra døgnenheter over hele landet viser at antall innleggelsesdøgn for pasientgruppen går ned når de får tilbud om brukerstyrte innleggelser. Tiltaket endrer innleggelsesmønsteret.³

1.3.3 *Diagnose vs nytte/behov*

Målgruppen for brukerstyrte innleggelser var i mange sengeposter begrenset ved oppstart. Ulike pasientgrupper har vært prioritert i de ulike enhetene, med et noe tyngre fokus på psykosepasienter med langvarig behandlingsbehov. Nesten alle har i løpet av perioden opplevd at begrensningene i liten grad er nødvendige og har utvidet inklusjonskriteriene. Vanlig praksis har de fleste steder utviklet seg til at det ikke legges føringer for hvilke diagnostiske grupper som skal få tilbud. I stedet for fokus på diagnose, oppleves det mer meningsfylt å fokusere på behov og nytte.

Noen steder har man laget begrensninger for pasienter med uttalt rusproblematikk. Dette begrunnes i at man ikke har bemanning til å håndtere abstinenser, og at pasienter med aktiv rusatferd har en negativ påvirkning på de andre innlagte pasientene. Praktiseringen av dette synes å være tilpasset de enkelte døgnenheterenes kapasitet. Pasientgruppen blir ikke systematisk utelatt fra tilbudet. Det fremkommer også at mange strekker seg langt for å imøtekomme pasientenes behov, også for de med uttalt rusproblematikk.

³ [S. Heskestad og M. Tytlandsvik "Brukerstyrte kriseinnleggelser" i Medisin og vitenskap, Tidsskrift Norske Legeforening nr. 1, 2008; 128](#)

1.3.4 Brukerstyrt som tiltak i IP

Brukerstyrte innleggelser er i liten grad integrert i ordningen med individuell plan. Dette skyldes trolig flere faktorer. Mange av de aktuelle pasientene ikke har krav på IP, mange ønsker ikke IP, og det er liten tradisjon for bruk av IP for pasientgruppen. Brukerstyrte innleggelser inngår for mange pasienter som en del av en kriseplan som de skal bruke ved forverring sin sykdom. En stor andel av pasientene har kun behandlingsrelasjon til spesialisthelsetjenesten, og tiltaket står som et av få aktuelle virkemidler ved forverring. Det kan tenkes at spesialisthelsetjenesten i en del tilfeller gjennom disse avtalene overtar ansvar og oppgaver som skulle vært plassert i kommunen. Det finnes mange gode eksempler på samarbeid mellom DPS, kommunale tjenester og pasienten selv, hvor brukerstyrt innleggelse er et av flere tiltak som pasienten rår over. En slik tilnærming ligger nærmere opp mot politiske styringssignaler for hvordan tjenestene til pasienter med psykisk lidelser er tenkt å fungere.

1.3.5 Spesialistvurdering

Helsedirektoratet uttalte i 2011:

”Dersom en pasient blir skadet og det enkelte helsepersonell ikke kan bebreides, for eksempel fordi de rutiner som er etablert er uforsvarlige, vil forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 anses overtrådt. Det ligger i forsvarlighetskravet at ledere må etablere systemer som i størst mulig grad sikrer at menneskelig svikt ikke skjer.(...) Etter direktoratets oppfatning er det viktig at det er etablert en vaktordning slik at ansvarshavende som tar imot pasienter med avtale om brukerstyrte innleggelser kan konsultere spesialist ved behov. Det må også forventes at pasienter som legges inn for behandling i spesialisthelsetjenesten vurderes av spesialist i løpet av oppholdet. Vi viser her til helsepersonelloven § 4 som sier at det er lege som skal ta medisinske beslutninger som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.⁴”

”Helsetilsynet har ved flere anledninger, både ved generelle tilsyn og i enkeltsaker, understreket at spesialist må være involvert i alle pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Dette kan skje på ulike måter, ved direkte pasientkontakt, ved drøfting og gjennomgang i staff/teammøter, ved gjennomgang av journal og dokumenter i saken m.m. Hvilken form spesialistinvolveringen skal ha i det enkelte tilfelle, vil til enhver tid være styrt

⁴ [Brev fra Helsedirektoratet til Akershus Universitetssykehus HF. Datert: 06.07.2011. Ordning med brukerstyrte innleggelser i spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern - forsvarlighetskrav](#)

av kravet vil faglig forsvarlighet, og vil bl.a. avhenge av hvor godt den aktuelle spesialisten eventuelt kjenner pasienten fra før. Ut fra en helhetsvurdering legger vi derfor til grunn at spesialistvurderingen ved brukerstyrte innleggelser ikke nødvendigvis må skje ved personlig foretatt undersøkelse, så lenge faglig forsvarlighetskravet er oppfylt, og spesialist på annen måte er involvert i vurderingen.”⁵

Spørsmålet om krav til spesialistvurdering og kontakt med lege har vært tatt opp fra flere hold, og dette er derfor den best belyste problemstillingen i denne ordningen. Flere av tilbudene om brukerstyrt innleggelse i region Nord sikrer ikke at pasienten vurderes av spesialist i løpet av innleggelsen. Dette skyldes blant annet kort innleggelsesperiode og at enheten ikke har spesialist tilgjengelig alle dager. Fordi det heller ikke gjøres spesifikke behandlingsintervensjoner under innleggelsen, vil pasienten i mange tilfeller kunne skrives ut igjen uten å ha hatt samtale med behandler.

Innleggelse vil ofte ha ønsket effekt i den formen den har, da pasientene i første rekke ønsker ro og trygge rammer. De får mulighet til å komme raskt inn når behovet melder seg, og unngår da i mange tilfeller en forverring av tilstanden. Det er likevel problematisk at en stadig voksende pasientgruppe som har tilbud i spesialisthelsetjenesten, i prinsippet kan gå uten kontakt eller vurdering av lege eller psykolog over lange tidsperioder. Det er ikke strukturer på plass som sikrer at forløpene fanger opp eventuell forverring eller utvikling av ny sykdom, både psykiatrisk og somatisk.

1.3.6 Vurderinger

Det er stor variasjon mellom sengepostene på hvilke vurderinger som gjøres ved start og avslutning av brukerstyrt innleggelse. Det er også varierende i hvilken grad det finnes skriftlige rutiner for dette. Det argumenteres med at vurdering av suicidfare gjøres ved inngåelse av kontrakt og at dette dekker hele avtaleperioden. Helsedirektoratet uttaler at:

”Foretaket må sikre at pasientene med avtale om brukerstyrt innleggelse som kommer til mottaket får et forsvarlig tilbud. Foretaket vurderer selv om det er forsvarlig at ansvarshavende ved mottaket er en sykepleier, vernepleier eller lege. Uansett bør det være en vaktordning slik at ansvarshavende kan konsultere spesialist ved behov og dermed rette seg etter sine faglige kvalifikasjoner.”⁶

Ut fra dette er ordninger hvor ansvarsvakt i sengeposten tar imot pasienten ved innleggelse innenfor de kravene som stilles. Det er da ansvarlig sykepleiers ansvar å kontakte

⁵ [Brev fra helsedirektoratet til Helse Sør-Øst RHF. Brukerstyrte innleggelser i spesialisthelsetjenesten og krav til faglig forsvarlighet. Datert 18.07.2011.](#)

⁶ [Brev fra helsedirektoratet til Jæren DPS. Datert 08.11.2011. Klargjøring ifm brukerstyrt innleggelse.](#)

vakthavende lege ved tvilsspørsmål rundt innleggelsen, spesielt ved vurdering av suicidalitet, psykose og rus. Flere enheter har tidsrom hvor de ikke har tilgang på lege. Noen har med bakgrunn i dette begrenset muligheten for brukerstyrte innleggelse til den tiden hvor lege er tilgjengelig.

Ved gjennomgang av praksis ved de ulike enhetene fremkommer det ingen entydig forståelse for hva som skal tilbys pasienter som kommer inn til en brukerstyrt innleggelse. Det er store variasjoner mellom enhetene på hva som vurderes som et forsvarlig tilbud. Lokale faktorer som lav legedekning, fravær av vaktordninger, lange avstander og ønske om best mulig tilgjengelighet av tilbudet bidrar til at en del av tilbudene er i grenseland i forhold til direktoratets krav. Ordningene baserer seg i stor grad på erfarent miljøpersonale. I praksis fungerer dette ofte godt.

1.3.7 Somatisk helse

Det er store ulikheter mellom de ulike enhetene når det kommer til fokus på somatisk helse. Flere av enheten har lav legedekning og har ikke mulighet til å tilby somatisk undersøkelse ved brukerstyrte innleggelse. I noen tilfeller vil pasienten ikke være i kontakt med lege under innleggelsen. Pasientgruppen har statistisk sett høyere forekomst av somatiske sykdom og vesentlig kortere levetid enn befolkningen forøvrig. Det bør tilstrebes at pasienter som får sin hoveddel av helsetjenester innenfor det psykiske helsevernet sikres jevnlig kontroll av fysisk helse.

1.3.8 Medisinadministrasjon

Det er varierende praksis rundt medisinutdeling. Noen steder bruker pasientene private medisiner under innleggelsen. Det finnes også eksempler på at pasienten administrerer disse selv når de er i sengeposten. I 2014 kom en klargjøring omkring denne problemstillingen fra Helsedirektoratet:

”Etter Helsedirektoratets vurdering må det psykiske helsevernet ta ansvar for legemiddelhåndtering ved døgninnleggelse, herunder ved brukerstyrte innleggelse.”⁷

Ut fra dette kan det ikke anbefales annen praksis for denne pasientgruppen enn for ordinært innlagte pasienter.

⁷ [Brev fra Helsedirektoratet til Bergfløtt behandlingssenter, datert 08.05.14. Vedrørende oppstart av brukerstyrte innleggelse og legemiddelhåndtering i døgninstitusjon i det psykiske helsevernet.](#)

1.3.9 Dokumentasjon

Selv om dokumentasjonskravene formelt sett er de samme ved brukerstyrte og ordinære innleggelses er de kvalitativt ulike. Dokumentene omtales som light-versjoner, en forenklet utgave av inntak og epikrise, som i større grad enn ellers forfattes av miljøpersonale. Dette kommer som en naturlig følge av det ikke gjøres utredningsarbeid eller større endringer i behandlingsplan under slike innleggelses, samt at de er av kortere varighet.

Ved døgnenheten PSTO Tromsø har det vært gjort forsøk på at pasientene selv skriver notater under innleggelsen, herunder også ved inntak og ved utskrivelse.⁸ Denne praksisen synes å styrke bevissthet både hos pasient og ansatte om hva som er pasientens behov og mål for oppholdet. Under innleggelses hvor det ellers skjer lite som dokumenteres, blir pasientens egne beskrivelser enda viktigere. Det er også meningsfylt i forhold til brukerstyringen at pasientens egne refleksjoner gjenspeiles tydelig i dokumentasjonen. Det bør vurderes om egendokumentasjonsprosjektet som pilotert hos PSTO kan implementeres hos alle enheter med brukerstyrte innleggelses.

1.3.10 Redusert bruk av tvang

Brukerstyrte innleggelses har vist seg å bidra til redusert tvangsbruk. Dette gjennom at lett tilgjengelige tjenester bidrar til at pasientene oppsøker hjelp på et tidligere stadium, og mange opplever at dette bidrar til en stabilisering av tilstanden. Muligheten til å bestemme behov for innleggelse selv gir økt kontroll og mulighet til å mestre egen situasjon på egne premisser. Mange enheter jobber konkret med å motivere pasienter til å bruke tilbudet tidlig i sykdomsfasen og gjennom dette unngå behov for innleggelses på tvang, noe som for mange ville innebære opphold på lukket avdeling langt hjemmefra. Ordningen fungerer svært godt for disse pasientene. Tilbudet gis også til pasienter som er på tvungen vern uten døgnopphold, og erfaringer viser at mange av disse pasientene benytter seg av tilbudet.

I Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern i Helse Nord.

Tiltaksplan 2012-2015, står det:

”Helse Nord RHF skal også sørge for at gode erfaringer fra brukerbaserte tiltak kommer til anvendelse ved alle DPS”

Brukerstyrte innleggelses er et viktig bidrag i denne sammenheng. Ordningen bidrar til at pasienter får behandling på lavest mulig tjenestenivå, med minst mulig tvungen inngripen.

⁸ [Pasientmedvirkning, samhandling og egendokumentasjon. Rapport fra egendokumentasjonsprosjektet ved Døgn1, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, Allmennpsykiatrisk klinikk, UNN. 2014](#)

Pasientene mister ikke kontakt med livet på utsiden og kan i større grad opprettholde sine relasjoner og aktiviteter på tross av helseutfordringer.

1.4 Oppsummering

Kartleggingen viser med stor tydelighet at brukerstyrte innleggelse er en ønsket utvikling i regionen, og at både helsepersonell og pasienter ser stor nytte av tilbudet. Samtidig medfører endring av henvisningsrutine og mindre kontakt med behandler under innleggelse at noen viktige behandlingsområder blir mer sårbare.

Tilbudene bør ha en minstandard som sikrer at pasientsikkerhet ivaretas. Dette er spesielt viktig når det gjelder vurdering og oppfølging av somatisk helse. Pasientgruppen har en forventet levetid som er 20 år kortere enn befolkningen før øvrig.⁹ Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver at DPS i fremtiden bør tilby brukerstyrte innleggelse og at tilbudet ved DPS også skal inkludere somatisk helse. Økt fokus på somatisk helse og implementering av dette i enhetens rutiner vil være nødvendig for å møte de utfordringer man har med oversykkelighet- og dødelighet i målgruppen.

Helsedirektoratet påpeker at spesialist må være involvert i alle pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som kommer inn til brukerstyrt innleggelse går ofte utenom de ordinære rutine som normalt sett ville sikret dette, noe som igjen vil kunne medføre risiko for at forverring av eksisterende tilstand eller nyoppståtte symptomer ikke oppdages eller behandles.

Målgruppen for brukerstyrte innleggelse er ulik mellom enhetene. En del av pasientene som har slik avtale i dag vil etter samhandlingsreformens intensjon falle inn under kommunehelsetjenestens ansvarsområde, men har sitt tilbud i DPS på bakgrunn av tidligere tilknytning eller manglende tilbud i kommunen. Samtidig viser erfaringer fra flere enheter at pasienter som tidligere har vært mye innlagt på akuttposter og under tvang kan ha stort utbytte av å inngå en slik avtale. Kanskje bør en vurdere en glidning av målgruppen hvor de med størst behandlingsbehov prioriteres til brukerstyrte innleggelse, og at økt samhandling og oppbygging av kommunale tjenester vil overta en del av de pasientene som nå er brukere av tilbudet.

⁹ Nasjonal helse- og sykehusplan. Oppdrag nr. 3. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) i fremtidens spesialisthelsetjeneste. 5.2 Basistilbud.

