

Det är hög tid att utveckla den psykiatriska heldygnsvården

LÄKARNA BEHÖVER INVOLVERAS MER I AVDELNINGARNAS VARDAG

Förändringen av psykiatrin under 70-, 80- och 90-talen syftade till att lägga ned mentalsjukhusen, inrätta psykiatriska kliniker på sjukhusen och bygga ut den öppna vården. Boende och sysselsättning skulle vara socialtjänstens ansvar. Den så kallade psykiatrireformen på 90-talet var egentligen sutfasen i en lång process [1].

Antalet vårdplatser inom psykiatrin i Sverige var som högst i slutet på 1960-talet, nästan 40 000, och har nu sjunkit till 4 200, bland de lägsta i västvärlden. Fokus låg på att utveckla alternativ till heldygnsvården, och många psykiatriska kliniker utvecklade mindre vårdenheter, behandlingshem/behandlingscentrum, lokaliserade i stora villor eller lägenheter utanför sjukhusen [2].

Psykiatriska kliniken i Umeå var ett exempel på detta. Carlo Perris och medarbetare byggde upp behandlingscentrum med KBT-inriktning för patienter som insjuknat i psykosjukdom, depression och borderlinetillstånd [3]. Även psykodynamiskt inriktade behandlingshem som deltog i det så kallade fallskärmsprojektet, lett av Johan Cullberg, etablerades [4]. Engagemanget i de traditionella vård-



Lars Jacobsson, professor emeritus,

överläkare, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; Umeå universitet

● lars.jacobsson@umu.se



Ann Larsson, avdelningsförestandare,

psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus



Jenny Molin, lektor, specialistsjukköterska, psykiatri, institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

avdelningarna var mindre. På något sätt togs de för givna som de var, och så har det nog fortsatt.

De alternativa vårdformer som utvecklades under 80-talet byggde på miljöterapeutiska principer. Det fanns många olika typer av terapeutiska samhällen, och i Sverige etablerades flera varianter under 80-talet, inte minst inom missbruksvården. Efter hand minskade dock intresset, och de flesta lades ned. De alternativa enheterna hade ett litet antal vårdplatser (6-8) med hemlik karaktär. Relationen mellan patienter och personal var grundläggande. Miljön skulle präglas av stabilitet, trygghet och acceptans. Nyckelord var »being with«, »standing by«, »doing with« [5].

Intresset för heldygnsvårdens innehåll och förutsättningar från politiskt/myndighetshåll har varit mycket begränsat sedan psykiatrireformens dagar. Fokus har framför allt varit att bygga ut den öppna vården men också att minska kostnaderna för vården mer generellt. Stängningar av vårdavdelningar har varit ett sätt att spara pengar. Få och alltför svaga röster har höjts för att försvara vårdavdelningarna och försöka utveckla arbetet inom heldygnsvården. Flera svenska studier beskriver vårdklimatet och vårdkvaliteten inom psykiatrisk heldygnsvård. Dessa talar entydigt om en fattig vårdmiljö, ett förvirrande vårdinnehåll, hög tilltro till medicinsk/farmakologisk behandling och obalans i maktförhållandet mellan personal och patienter [6-12].

Vårdavdelningarnas funktion

Psykiatriska vårdavdelningar har i dag en intensivvårdsfunktion och en asylfunktion. Asylfunktionen handlar om möjligheten för en lidande person att komma bort ifrån en destruktiv livsmiljö och få en chans att återhämta sig i en tillrättalagd miljö. Detta var den klassiska funktionen för mentalsjukhusen. Intensivvårdsfunk-

tionen handlar om att snabbt kunna hjälpa en sjuk person till ett stabilare mående. Patienter kan behöva skydd mot självskadande impulser eller stöd i att hantera starka känslor, social samvaro, meningsfulla aktiviteter, sömn, matvanor och annat som hör till en fungerande vardag.

En tredje funktion hos vårdavdelningarna, som nu blivit mindre viktig men som ändå förtjänar att diskuteras, är observations- och utredningsfunktionen. När patienten finns tillgänglig på vårdavdelningen är det också möjligt att på ett annat sätt än i öppenvården observera och också genomföra vissa typer av utredningar i diagnostiskt syfte.

Exempel på utvecklingsprojekt

Under 2000-talet har dock flera initiativ tagits för att förbättra heldygnsvården.

Ett nutida exempel på asylfunktionen är modellen för självvalda inläggningar (SI) som börjat tillämpas på många håll i

»... en fattig vårdmiljö, ett förvirrande vårdinnehåll, hög tilltro till medicinsk/farmakologisk behandling och obalans i maktförhållandet ...«

landet. Modellen utvecklades först i Holland och i Norge [13, 14]. SI har använts för patienter med olika sjukdomstillstånd. Det gemensamma har varit att de ofta haft flera och kortvariga inläggningar relaterade till instabil mående. Oftast har en eller två vårdplatser på en vårdavdelning vikts för dessa patienter, och antalet vårdtillfällen liksom antalet vård dagar per vårdtillfälle har begränsats. Erfarenheterna av SI beskrivs genomgående som goda: patienterna beskriver en ökad självkänsla och ett bättre socialt fungerande. Notabelt är att SI utnyttjas framför allt av kvinnliga patienter och att uppföljningstiderna är relativt korta, 6-12 månader [15-17].

HUVUDBUDSKAP

- Vårdavdelningen är oundgänglig i den psykiatriska vården genom sin intensivvårdsfunktion och asylfunktion, men har inte fått särskilt mycket uppmärksamhet genom åren.
- Vårdkvaliteten kan förbättras genom att samarbetet mellan personal och patienter stimuleras, men också genom ett mera aktivt vårdinnehåll. I artikeln presenteras några exempel på utvecklingsprojekt.
- Läkarna måste vara mer involverade i vårdavdelningarnas interna arbete och utveckling.



Foto: Anki Höglund/Mostphotos

Det är bekymmersamt att läkare beskriver att man distanserar sig från avdelningsarbetet och inte ser sig själv som en del i vardagslivet på avdelningen, enligt artikelförfattarna.

Under flera år har den fysiska miljön förändrats som en konsekvens av försämrade ekonomi och säkerhetsaspekter i vården. Generellt uttryckt har vårdmiljöer inom psykiatrisk vård blivit alltmer avskalade. Patienter i psykiatrisk vård har beskrivit att detta signalerar att de har ett mindre människovärde än patienter i annan vård [10]. Även personal i psykiatrisk vård har beskrivit att den torftiga miljön lett till att de behöver representera en vårdmiljö som de inte kan försvara [11].

På en vårdavdelning vid psykiatriska kliniken på Norrlands universitetssjukhus genomfördes för några år sedan en omfattande renovering av den fysiska vårdmiljön. Gemensamhetsytor öppnades, färgsättningen gjordes ljusare och belysningen på vårdavdelningen följer en dygnsrytm. Ett »lugnt rum« inrättades också på avdelningen. Detta kallades Ljus- och miljöprojektet och har följts upp med intervjuer och enkäter av såväl patienter som personal före och efter förändringen. Preliminära resultat tyder på att såväl patienter som personal känner sig tryggare i den nya miljön.

Samarbetsklimatet på avdelningen mellan personal och patient borde präglas av »icke-possessiv värme«, empati och äkthet, som Johan Cullberg och medförfattare skriver i den nyss utgivna boken »Att insjukna i psykos« [18]. En återkommande kritik mot heldygnsvården, såväl nationellt som internationellt, från både patienter och personal, har varit bristen på meningsfulla aktiviteter under vårdtiden.

Omvårdnadsinterventionen »Tid tillsammans« (TT) går ut på att patienter och personal, en timme varje vardag, umgås i

gemensamma aktiviteter som företrädesvis väljs av patienterna själva. Under denna timme har personalen inga andra arbetsuppgifter [19, 20].

»Ett samtal om dagen« är ytterligare en omvårdnadsintervention som utvecklats och etablerats i landet. Interventionen har formats utifrån patienters önskemål om dagliga samtal med omvårdnadspersonal. Oss veterligen finns i dagsläget inga vetenskapliga referenser för interventionen, men utvärderingar i Region Stockholm och Region Västerbotten visar att interventionen uppskattas av såväl patienter som personal.

En central del i vårdavdelningsfunktionen är den psykiatriska tvångsvården. Ca 20 procent av vården sker enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Under 2000-talet har det »Nationella tvångsvårdsprojektet« lett till att ett antal åtgärder har introducerats, vilket gjort att tvånget i vården minskat under senare år. En modell som prövats på olika ställen är att patienterna på avdelningarna får komma med förslag på förbättringar av miljön och vårdarbetet. Förslagen diskuteras sedan tillsammans med personal för att ge patienterna ett större inflytande över vården. Modellen har prövats i olika varianter och betecknas som »micro decision« eller »patientforum« [21]. Ett annat exempel är »delat beslutsfattande« [22]. I England har utvecklats ett par modeller med samma innebörd, »star wards« och »safe wards« [23, 24]. Där har man också introducerat husdjur på en del avdelningar. Volontärer och personer med egen erfarenhet som patient deltar också i vården där. Ett annat sätt att öka kontaktytorna mellan personal och patienter är att personal deltar vid måltider och fikaraster.

Diskussion

Centralt för dessa goda exempel på hur psykiatrisk heldygnsvård kan förbättras är bättre samarbete mellan patienter och

»Ytterst handlar det om att skapa genuina mellanmännsliga möten med patienterna.«

personal. Bättre samarbete bygger på att kommunikationen förbättras och att kvaliteten i interaktionerna mellan patienter och personal höjs. Ytterst handlar det om att skapa genuina mellanmännsliga möten med patienterna. Ett sådant program behöver inte nödvändigtvis öka arbetsbelastningen, men insatserna kräver plane-

ring, utbildningsinsatser och stöd i att utveckla de personliga samtalen.

Avdelningsarbetet måste vara ett gemensamt ansvar för såväl läkare som omvårdnadspersonal. Läkarna måste engagera sig mer i avdelningens vardag och inte bara komma in som »konsulter« för att diagnostisera och bedöma suicidrisk, behov av medicinska insatser och tvångsåtgärder. Det är bekymmersamt att läkare beskriver att man distanserar sig från avdelningsarbetet och inte ser sig själv som en del i vardagslivet på avdelningen [11]. Många, framför allt yngre läkare, upplever sig också tilldelade rollen just som konsulter av avdelningspersonal och inte som en av dem.

Det är hög tid att utveckla den psykiatriska heldygnsvården med samma engagemang som lagts ned på öppenvården. Erfarenheterna från de tidigare miljöterapeutiska projekten borde tillvaratas tillsammans med de interventioner som utvecklats under senare år och som egentligen bygger på samma grundläggande principer som dessa projekt. För att förändringsarbetet ska få en bestående effekt behöver läkarna vara betydligt mer involverade i avdelningarnas vardag, inte bara för att utgöra ett stöd för personalen utan också för egen professionell utveckling. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2021;118:20181

REFERENSER

1. SOU 1992:73. Valfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1992.
2. SOU 1991:47. På väg - exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda. Delbetänkande av Psykiatriutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1991.
3. Ferris C. Kognitiv psykoterapi vid schizofrena störningar. Stockholm: Pilgrim Press; 1988.
4. Cullberg J, Mattsson M, Levander S, et al. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow up of the Swedish »Parachute Project« and two comparison groups. *Acta Psych Scand*. 2006;114:271-81.
5. Mosher LR, Burti L. Community mental health. Principles and practice. New York: W W Norton & Company; 1989.
6. Gabriëlsson S, Looi GM, Zingmark K, et al. Knowledge of the patient as decision-making power: staff members' perceptions of interprofessional collaboration in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(4):784-92.
7. Graneheim UH, Slotte A, Säfsten HM, et al. Contradictions between ideals and reality: Swedish registered nurses' experiences of dialogues with inpatients in psychiatric care. *Issues Ment Health Nurs*. 2014;35(5):395-402.
8. Lilja L, Hellzén O. Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *Int J Ment Health Nurs*. 2008;17(4):279-86.
9. Lindgren BM, Aminoff C, Graneheim UH. Features of everyday life in psychiatric inpatient care for self-harming: an observational study of six women. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(2):82-8.
10. Molin J, Graneheim UH, Lindgren BM. Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care - patients' perspectives. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016;11(1):29897.
11. Molin J, Graneheim UH, Ringnér, et al. From ideals to resignation - interprofessional team perspectives on everyday life processes in psychiatric inpatient care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(9-10):595-604.
12. Tuveßson H, Wann-Hansson C, Eklund M. The ward atmosphere important for the psychosocial work environment of nursing staff in psychiatric in-patient care. *BMC Nurs*. 2011;10(1):12.
13. Helleman M, Goossens PJJ, Kaasenbrood AD, et al. Experiences of patients with borderline personality disorders with the brief admission intervention: a phenomenological study. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(5):442-5.
14. Heskestad S, Tytländs-vik M. Patient-guided crisis admissions for severe psychotic conditions. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008;128(1):32-5.
15. Moljord IEO, Lara-Cabrera ML, Salvesen O, et al. Twelve months effect of self-referral to inpatient treatment on patient activation, recovery, symptoms and functioning: a randomized controlled study. *Patient Educ Couns*. 2017;100(6):1144-52.
16. Westling S, Daukan-taité D, Liljedahl S, et al. Effect of brief admissions to hospital by self-referral for individuals who self-harm and are at risk or suicide. A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2019;2(6):1-14.
17. Eckerström J, Flyckt L, Carlborg A, et al. Brief admissions for patients with emotional instability and self-harm: a qualitative analysis of patients' experiences during crisis. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(5):962-71.
18. Cullberg J, Skott M, Strålin P. Att insjukna i psykos. Förlopp, behandling och återhämtning. Stockholm: Natur & Kultur; 2020.
19. Molin J, Lindgren BM, Graneheim UH, et al. Time Together: a nursing intervention in psychiatric inpatient care. Feasibility and effects. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(6):1698-708.
20. Molin J, Graneheim UH, Ringnér A, et al. Patients' experiences of taking part in Time Together - a nursing intervention in psychiatric inpatient care. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(2):551-9.
21. Edin Renberg F, Sandlund M. Microdecisions instead of coercion: patient participation and self-perceived discrimination in a psychiatric ward. *Nord J Psychiatry*. 2019;73(8):532-8.
22. Shared decision making - En introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Artikelnr 2012-6-52.
23. Janner M. From the inside out: Star Wards - lessons from within acute in-patient wards. *J Psychiatr Intens Care*. 2007;3(2):75-8.
24. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(6):499-508.

SUMMARY

Improve the quality of the inpatient psychiatric care

Psychiatric care has changed dramatically from inpatient to outpatient care in the last decades. While a lot of resources have been spent on developing outpatient care, less interest has been invested in inpatient care, which has repeatedly been criticized for being dominated by control, lack of collaboration between staff and patient and boredom. We suggest that there are three main functions of the psychiatric ward: the asylum function, the intensive care and the observational/diagnostic function. We also present some recent projects aimed at improving the quality of care and we argue for more involvement of the psychiatrists in the internal life and functioning of the psychiatric ward.