

Heidenheim Sykehus

Kontekst

Heidenheim sykehus er det eneste offentlige sykehuset i Heidenheim-distriktet, et lite landdistrikt med en befolkning på 130 000 innbyggere i Baden Württemberg i det sydvestlige Tyskland. Sykehuset, som ble opprettet i 1994, har en avdeling for psykisk helse i tillegg til andre tjenester, som kirurgi, indremedisin, nevrologi, obstetrikk og gynekologi. Den psykiske helsetjenesten, offisielt kjent som avdelingen for psykiatri, psykoterapi og psykosomatisk medisin, betjener distriktets befolkning, men mottar også folk fra nabolagene.

Distriktets ressurser omfatter rådgivningstjenester for personer med alkohol- og stoffmisbruksproblemer, støttetjenester for hjemløse, støttede boligordninger for personer med psykososiale problemer, herunder botilbud i små gruppehjem for personer med mer komplekse behov, plassert i hele Heidenheim by og distrikt. Det er åtte botilbud, hvorav det ene har 16 plasser, et annet har 12 og seks har 4-8 plasser hver. Det er kontorbaserte psykoterapeuter, som tilbyr kognitiv adferdsterapi eller psykodynamisk psykoterapi, både for folk med offentlig og privat sykeforsikring.

Heidenheim Hospital er eiet av Heidenheim Distrikt med stor støtte fra distriktsrådet og befolkningen, selv i tider, hvor offentlig økonomi er under press (18).

Beskrivelse av tjenesten

Heidenheims sykehusbaserte psykiske helsetjenester har til formål å dekke behovene for psykiske helsetjenester i hele Heidenheim-distriktet. Det er tale om en 24-timers tjeneste, som fungerer dag og natt, 365 dager i året, den støtter mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser og utgjør en viktig del av de psykososiale tjenester, som tilbys i hele distriktet.

Sykehusets psykiske helsetjeneste tilbyr innleggelse, behandling ved dagavdeling, hjemmebehandling og støtte, samt ambulante tjenester. Det er mulighet for å bli innskrevet i tjenestene uten ventetid eller ventelister, og personer kan til enhver tid skifte fra døgnbehandling til hjemmebehandling eller til dagbehandling på sykehuset.

Tjenestebrukerens vilje og preferanser danner grunnlaget for slike endringer og drøftes mellom behandlingsteam, tjenestebrukerne, deres familier og støttenettverk. Da de forskjellige tjenester er tett forbundet - de drives av de samme team - følges en konsekvent behandlingsplan, selv om en person flytter mellom tjenestene. Der er ingen fast varighet for innleggelse, dagklinikk eller hjemmebehandling.

Tjenesten består av fire forskjellige team: tre team på døgnavdelingene og ett team på dagavdelingen. For å muliggjøre en myk overgang mellom behandlingsstedene forblir en person hos ett team i hele sin tid på Heidenheim. Tjenesten har ikke et separat hjemmebasert behandlingsteam, da alle fire team tilbyr sine egne hjemmebaserte behandlingsmuligheter, enten etter en døgnbehandling eller en dagavdelingsbehandling eller starter hjemmebehandling i lokalmiljøet med mulighet for å skifte til innleggelse eller dagavdelingsbehandling, hvis det skulle oppstå behov for det.

Døgnavdelinger

Der er tre døgnavdelinger for voksne. Det finnes ingen diagnostiske eksklusjonskriterier. Med 79 sengeplasser, er den gjennomsnittlige oppholdslengde 21 dager. Alle tre enheter er åpne avdelinger fra 08:00-20:00, men dørene er låst om natten. Mens 98 % av pasientene fritt kan forlate stedet, når de ønsker det, dag eller natt, så er det bevegelsesbegrensninger for 2 %, fordi de er blitt underlagt tvungen behandling av en distriktsdomstol i en viss periode, vanligvis 2-6 uker. Personer, som er fri til å gå er ofte bevilget ledsaget permisjon eller permisjon med visse begrensninger, f.eks. unngå å besøke hjemmet når det har funnet sted vold i hjemmet.

To av de tre avdelinger tilbyr innleggelse på sykehuset, dagbasert behandling på sykehuset og hjemmebehandling til 53 personer, herunder personer, som har fått diagnoser som depresjon, psykose og demens, personlighetsforstyrrelser og traumerelaterte lidelser. De terapeutiske tilbud omfatter gruppe- og individuell psykoterapi, sosial bistand, medisiner og ergoterapi, som består av kunst og håndverk, hjelp til dagliglivets gjøremål, kognitive treningsprogrammer, støtte til å skrive CV, søke om jobb eller utdanning og til at delta i en samtale med en arbeidsgiver. Musikk- og danseterapi, samtale med erfaringskonsulent og andre aktiviteter er også tilgjengelige. Personalet omfatter seks leger, 34 sykepleiere, to psykologer, to sosialrådgivere, to ergoterapeuter/kunstterapeuter, en musikk/danseterapeut og en erfaringskonsulent.

Den daglige rutinen består av terapeutiske aktiviteter, som avtales individuelt mellom tjenestebrukerne og deres terapeutiske team. Et typisk ukentlig program omfatter en individuell samtale, en eller to gruppesamtaler, to eller tre sesjoner ergoterapi og en eller to sesjoner i kunst- og/eller musikkterapi. Det tilbys samtale med erfaringskonsulent en gang i uken. Pasienter kan velge fritt mellom terapeutiske aktiviteter, som tilbys. Noen har en travel uke, mens andre foretrekker å ikke delta i terapeutiske aktiviteter, men deltar i gruppeaktiviteter som f.eks. matlaging eller gåturer.

Den tredje døgnavdelingen tilbyr støtte til 27 personer med misbruksproblemer og personlighetsforstyrrelser, angstlidelser, psykosomatiske lidelser og depresjon, ved hjelp av innleggelse og dagbehandling. De terapeutiske behandlinger omfatter gruppe- og individuell psykoterapi, kunstterapi, ergoterapi og danse- og bevegelsesterapi. Personalet består av tre leger og 13 sykepleiere, en psykolog, en sosialrådgiver, en ergoterapeut/kunstterapeut og en danse- og bevegelsesterapeut. Det er et strukturert program for innleggelse eller avvenning på dagavdelingen (for alkohol- og narkotikaavhengighet) herunder individuelle terapisamtaler og gruppeterapisamtaler, møter med selvhjelpsgrupper og ergoterapi. For personer på denne tredje avdelingen uten avhengighetsproblemer er det et særskilt program med individual- og gruppeterapi, kunstterapi, dans/bevegelsesterapi og ergoterapi. I motsetning til aktiviteter tilbudt ved de to andre enheter forventes det, at tjenestebrukerne her deltar i alle eller de fleste av de aktiviteter som tilbys. De kan også få adgang til erfaringskonsulentstøtte, som tilbys i de to andre avdelingene.

Når de enkelte personer er blitt innskrevet i døgntjenesten, kan de velge å bli på enheten om natten eller delta kun i løpet av dagen. De kan også velge kun å delta i en eller to terapeutiske aktiviteter og isteden få besøk av hjemmetjenesten på daglig basis. Mens noen personer vil dra til døgnavdelingen f. eks. tre dager i uken for at få en individuell

terapisamtale, en gruppeterapisamtale og en sesjon med kunstterapi, kan andre velge å komme 5-7 dager i uken.

Dagavdelingen

Det kan arrangeres dagbehandling og støtte i alle tre avdelinger, og folk kan fritt velge hvor mange dager i uken de vil delta. Programmet avtales mellom tjenestebrukeren og behandlingsteamet. Det kan være intensivt, med terapeutiske aktiviteter hver dag, eller med mellomrom. Ut over den daglige støtte, som tilbys av de tre døgnerheter, er det en separat dagavdeling, som ligger i en annen bygning på sykehusets område. Med 14 plasser er det et omfattende terapeutisk program fem dager i uken, som primært består av gruppesesjoner og individuell psykoterapi, men også med noen sosiale aktiviteter, matlaging, fritid og utflukter. Folk kan velge å delta i programmet hele dagen, fem dager i uken eller en del av det.

Innholdet i det individuelle behandlingsprogrammet, som foreslås, er basert på ønskene til den det gjelder sammen med behandlingsteamets kliniske ekspertise. Dette dagbehandlingsteamet (herunder to leger, en psykolog, to sykepleiere, en sosialrådgiver og to ergo- og kunstterapeuter) tilbyr også ambulant behandling og behandling i hjemmet. Den gjennomsnittlige varighet av deltagelsen i programmet er 28 dager.

Hjemmebehandling og støtte

Hvis en person foretrekker å bli behandlet i hjemmet fremfor å bli innlagt på en døgnavdeling, kan hjemmebehandling og støtte arrangeres med ett av de fire teamene. Hjemmebehandling kan starte på et hvilket som helst tidspunkt og innebærer daglige hjemmebesøk av en sykepleier og ukentlige hjemmebesøk av en lege. Sosialrådgivere, psykologer, ergo-, kunst- og musikkterapeuter og erfaringskonsulenter vil også utføre hjemmebesøk etter anmodning. Den gjennomsnittlige varighet av behandling og støtte i hjemmet er 28 dager. Hvis daglig eller ukentlig hjemmebehandling ikke lenger er indikert eller ønsket av en tjenestebruker, kan personen anmode om sporadiske hjemmebesøk av ett av teammedlemmene.

Ambulante tjenester

Disse kan arrangeres når som helst og uten ventetid, fordi de tilbys av alle fire team, som hurtig kan flytte ressurser fra innleggelse til hjemmebehandling eller ambulante tjenester. Personer, som får ambulante tjenester har planlagte avtaler med teamet, og behandlingen spenner fra mer akutt behandling med ett eller to møter i uken til mindre hyppige månedlige avtaler. Som ved innleggelse og ved dagavdelingen kan personer, som velger ambulant behandling, få adgang til hele spektret av terapi og støtte, i en gruppe eller individuelt. Ambulant behandling kan bestå av individuell psykoterapi, medisin håndtering, gruppeterapi (herunder kunst, musikk, dans og bevegelse) og støtte av erfaringskonsulent.

Erfaringskonsulenter

Det er i øyeblikket to erfaringskonsulenter på deltid og en frivillig, som arbeider sammen med sykehusets avdelinger, selv om de ikke er en del av et spesielt team. I motsetning til sykepleiere, leger og terapeuter er de ikke forpliktet til å dokumentere tiltak i tjenestebrukernes journal. De avholder ukentlige støttesamtaler på avdelingene med individuelle tjenestebrukere eller en liten gruppe av tjenestebrukere, familiemedlemmer og støttenettverk.

Terapihunder

Fire terapihunder anvendes av tjenesten sammen med deres eiere, som er ansatte (en lege, en sosialrådgiver, en ergoterapeut og en sykepleier), når de er på jobb. Da sykehuset normalt ikke tillater dyr, tilfører terapihundene en viss normalitet og er kontaktskapende; de hjelper med å bygge tillit og få folk til å føle seg vel i deres nye omgivelser. En terapihund følger med en sykepleier under hjemmebehandlingsbesøk. De personer, som bruker tjenesten, tilbringer ofte tid sammen med hunden eller går en tur med den.

Særlig relevant for personer, som har opplevd sykehusinnleggelse eller tvangsbehandling tidligere, er hjelp til å utarbeide forhåndserklæringer, fullmakter og avtale om felles kriseplaner med behandlingsteamet (19). Alle de endelige dokumenter oppbevares permanent på sykehuset; forhåndserklæringer oppbevares med tanke på fremtidige innleggelse og er lett tilgjengelige for sykehusets akuttmottak. Vanligvis vil en person først møte en erfaringskonsulent eller en annen medarbeider for å utarbeide kriseplanen. Når detaljene i planen er forhandlet med sykehuset og avtalt, underskrives den av personen selv, familiemedlem eller verge, en sykehuslege og en avdelingsleder og vedlegges den enkeltes journal.

Tjenesten mener ikke bare, at disse bestemmelser reduserer tilbakeholdelse og tvang, men også at det å ha disse diskusjoner med tjenestebrukerne har en styrkende effekt på den enkelte og på personalet. Begge føler seg bedre i stand til å mestre fremtidige kriser.

Sentrale prinsipper og verdier, som ligger til grunn for tjenesten

Respekt for rettslig handleevne

Heidenheim-tjenesten er forpliktet til å sørge for tvangsinnleggelse i henhold til lovgivningen om psykisk helse; i Tyskland tillater både vergemålslovgivningen og de regionale lover om psykisk helse innleggelse i et psykiatrisk sykehus. Tjenesten har imidlertid bygget opp et partnerskap med lokalsamfunnet, tjenestebrukerne og familiene for å unngå tvangsinnleggelse og tvangsbehandling så godt som mulig i praksis. Antallet av tvangsinnleggelse er derfor mye lavere i Heidenheim (1,7 % av alle innleggelse i 2019 sammenlignet med gjennomsnittet på 10,7 % i Tyskland) (20).

Beslutningsstøtte er ikke forankret i den tyske lovgivningen om psykisk helse. Men den tyske legeförening anbefaler det kraftig og spesielt innen psykisk helsetjenesten (21). I Heidenheim-tjenesten anvendes og tilskyndes det beslutningsstøtte basert på vilje og preferanser, herunder i situasjoner, hvor det har vært en historie med selvskading, selvmordsønsker eller vold mot andre (22-24).

En rekke forskjellige støttetilbud fra sosial til medisinsk omsorg presenteres for brukerne av tjenesten. Kommunale støttetilbud omfatter et valg mellom støtte fra likeperson og profesjonell støtte eller et valg mellom omsorgsbolig, en gruppebolig eller botilbud i privat omsorg for voksne. Tjenestebrukere kan velge mellom behandling uten medisiner, behandling med periodisk medisinering eller kontinuerlig langtidsbehandling. Fordelene og ulempene ved alle mulighetene undersøkes med opplysninger fra faglige organer og terapeutiske retningslinjer, men alltid i sammenheng med den enkeltes livssituasjon.

Medarbeiderne undersøker f.eks., hva som har fungert godt for personen i en lignende situasjon tidligere, og hva som ikke har virket. Hvis personen gjerne vil ha hjelp til å ta beslutninger, arbeider de ansatte sammen med dem for å identifisere en støtteperson, som de kan tenke seg å ha med. Tjenestens politikk er aktivt å oppmuntre og støtte de personer, som bruker tjenesten, især dem som tidligere har opplevd tilbakeholdelse og/eller tvang, til å formulere felles kriseplaner og forhåndserklæringer, som er forankret i tysk sivillovgivning (25). Noen personer foretrekker å lage en felles kriseplan med behandlingsteamet og andre en forhåndserklæring med bistand fra en erfaringskonsulent eller advokat (19, 26). Felles kriseplaner og forhåndserklæringer utgjør en del av personens sykehusjournal, så dokumentene er lett tilgjengelige for dem, som tar seg av personen i en akutt krisesituasjon. I Heidenheim-tjenesten vil forhåndserklæringer alltid bli fulgt så lenge det er lovlig og etisk mulig. Felles kriseplaner og forhåndserklæringer inneholder vanligvis opplysninger om behandling; f.eks. hvilken type medisin som skal tas, doseringen og hvordan den skal administreres. Alle, også sykehusinnlagte, har rett til å nekte medisiner, og tvungen medisinering på sykehuset i Heidenheim er sjelden og krever en særskilt søknad til retten og en uavhengig ekspertuttalelse. Aksept av medisinering er ikke en betingelse for å få hjemmebehandling. Tvert imot gir hjemmebehandling behandlingsteamet mulighet for å vinne personens tillit etter en periode på sykehuset, og potensielt å bli enige om en behandlingsplan, med eller uten medisinering. Noen personer kan velge ikke bare å nekte medisin, men å nekte alle ytelser. Behandlingsteamet vil da kommunisere til personen, at de alltid er der for å hjelpe, når som helst, på sykehuset eller i personens hjem. Det at folk kan velge hjemmebehandling fremfor innleggelse på hospitalet, har også bidratt vesentlig til de lave tvangstall. For mange tjenestebrukere og deres familier er hjemmebehandling langt mer akseptabelt enn sykehusbehandling. Det kan være behov for ukers eller endog måneders samarbeide med tjenestebrukerne for å komme til enighet eller endog uenighet om hvordan man skal karakterisere de problemer, som den enkelte og dennes familie står over for. For eksempel kan en person ønske å vende tilbake til det sted, hvor hen har vært voldelig over for familiemedlemmer. Familiemedlemmer kan fortolke volden som et symptom på en sykdom, som skal behandles medisinsk, mens personen selv kan se det som en måte å forsvare seg på eller kan benekte, at det har funnet sted i første omgang. Sosiale, psykologiske eller medisinske synspunkter kan være forskjellige, hvilket resulterer i motstridende synspunkter om den rette fremgangsmåte. Som følge av dette kan det ta lang tid å finne en løsning på behandlingsforløpet. Tjenestebrukere kan ta opp disse spørsmål på møter med erfaringskonsulenter, eller de kan bli tatt opp på møter i Åpen Dialog, basert på tilbudet, som er utviklet i Finland (for ytterligere opplysninger se «Psykisk Helse Krisetilbud: Utvikling av personsentrerte og rettighetsbaserte tilbud»). Behandlingsteamet kan også holde tilsynsmøter annenhver måned med erfarne teamledere for å reflektere over motstridende synspunkter, som alltid dokumenteres i journal. Alle tjenestebrukere har adgang til sin journal til enhver tid uten begrensninger (27).

Personer, som er tvangsinnlagte på grunn av en kjennelse fra en distriktsdomstol eller en vergemålsdomstol, får hjelp til å få juridisk støtte til å klage på frihetsberøvelsen og tilbys hjemmebasert behandling som et alternativ til innleggelse på sykehuset. Behandlingsteamet kan foreslå for retten, at personen blir løslatt fra innleggelse til hjemmebasert behandling på et strengt frivillig grunnlag.

Praksis uten tvang

Tjenesten er ikke fri for tvang, men antallet tvangsinngrep er lavt sammenlignet med de tilgjengelige data fra psykiatriske institusjoner i Baden-Württemberg, Tysklands tredje største delstat med en befolkning på 11 millioner (28). Da det ikke innsamles pålitelige data for hele Tyskland, vil tall fra Baden-Württemberg kun tjene som en antydning for situasjonen i hele landet. Av alle mennesker innlagt på psykiatriske sykehus i Baden-Württemberg opplevde 6,7 % tvangstiltak, mens de ble behandlet på sykehuset; 5,3 % opplevde mekanisk fastholdelse, 4,5 % isolering og 0,6 % tvangsmedisinering (27). I motsetning opplevde 2,1 % av personene i Heidenheim i 2019 tvangstiltak, og tvangsmedisinering var mindre end 0,1 % (29). Faktisk var det mellom 2011- 2016 ingen som ble tvunget til å ta medisin. Deretter opplevde én person i året tvangsmedisinering, hvilket bidro til de 0,1 %.

Hurtigvirkende beroligende midler anvendes aldri som reaksjon på en person i krise, medmindre personen uttrykkelig ber om det. Tjenesten isolerer ikke personer i det hele tatt. Om dagen er avdelingene åpne, men sengeposter er låst om natten for å oppfylle statens lovkrav om, at personer med tilbakeholdelsesordrer skal forbli på sykehuset. Hvis avdelingene skulle holdes åpne om natten, ville det kreve tre ekstra sykepleiere, hvilket er en utgift, som ikke på nåværende tidspunkt er dekket i personalbudsjettet. Tjenesten har til hensikt å utvide politikken med åpne dører til å være åpen døgnet rundt, og i stigende grad holder avdelingene nå åpent inntil kl. 22 eller 23 og åpner igjen tidligere om morgenen.

Følgende strategier er innført for å unngå tvangspraksis:

1:1-støtte til personer i akutt krise

Lovlig tilbakeholdte personer støttes intensivt, om nødvendig med 1:1-støtte for å engasjere dem i behandlingsprogrammet og forebygge skader (30). Et så høyt nivå av støtte krever en ansatt (en sykepleier, terapeut, lege eller sosialrådgiver) til å være hos personen nesten kontinuerlig, i flere timer, en natt eller til og med flere dager. 1:1-støtte er i bunn og grunn en tillitsskapende øvelse; der personen lærer å stole på, at behandlingsteamet ikke vil gjøre ham/henne noe vondt, og personale lærer å ha tillit til, at den det gjelder ikke vil skade seg selv eller andre. Selvskading eller forvirring er aldri en grunn til bruk av tvangstiltak, men vil bli håndtert med intensiv 1:1-støtte.

Felles kriseplaner for å forhindre tvang

For personer, som tidligere har opplevd akutte kriser med eller uten tvang, kan felles kriseplaner være avgjørende (19). Disse planer, som er basert på folks vilje og preferanser, angir særlige behov og gir anvisninger på, hvordan man skal reagere på krisetegn; f.eks. å ringe til en bestemt person; å få en bestemt medisin eller et bestemt rom eller å få være alene; å bruke sensoriske stimuli. De kan be om, at det ikke foretas noen fysisk undersøkelse, at visse aspekter av deres personlige historie ikke drøftes, om å motta visse besøkende eller anmode om, at visse besøkende ikke får adgang. De-escalering oppnås i overensstemmelse med PAIR-manualen (Prevention, Assessment, Intervention and Reflection) (19, 31, 32), en utdanningsressurs, som er utviklet av og for personale i akutt psykisk helsevern for at hjelpe dem med å engasjere seg på en ikke-voldelig måte i spente og stressende situasjoner.

Beredskapsteam

Ved særlig intense kriser er det et beredskapsteam til rådighet, dag og natt, det består av to ekstra sykepleiere og en lege. Beredskapsteamet stiller ekstra personale til rådighet for

behandlingsteamet, og gir råd om hvordan det skal reageres på situasjonen. Alle i beredskapsteamet er utdannet i de-eskalering i henhold til PAIR-manualen (32). Beredskapsteamet hjelper behandlingsteamet med 1:1 eller 2:1 støtte. De kan f.eks. gå en tur med personen, ledsage den enkelte for å hente ting i hjemmet eller besøke et kjæledyr på dyreinternatet. Beredskapsteamet vil også hjelpe behandlingsteamet med å avgjøre, om en situasjon er tilstrekkelig alvorlig til å kreve politiets inngripen for å forebygge eller reagere på vold.

De-eskalering og kommunikasjonsferdigheter

Nye medarbeidere utdannes i de-eskaleringsteknikker og forebygging av aggressive hendelser og tvangstiltak (31, 32) i løpet av en tre-dages workshop, som finner sted så snart som mulig etter at de begynner å arbeide på sykehuset. Deretter følger en gjenoppfriskningsutdannelse (to dages workshop) som avholdes hvert fjerde år.

Tvangsmidler

Mekanisk fastholdelse anvendes kun, når det er tale om en reell skade på innlagte eller personale, og når andre midler til de-eskalering har slått feil; slike de-eskaleringsmuligheter omfatter samtale, reagere på grunnleggende behov, gå en tur eller trekke sig frivillig tilbake til et trygt rom (tjenesten anvender ikke isolasjon), samtale med familiemedlemmer, fysisk trening, tilbringe tid sammen med en av terapeutene, eller en av hundene, eller 1:1-støtte. Når det er blitt anvendt et tvangstiltak, skal personen selv, personalet, familie og nettverk - hvis personen ønsker det - ha en debriefing-samtale. Målet med denne samtalen er å utforske og forstå ytterligere, hvorfor tvangstiltak ble iverksatt, og hvordan det kan unngås i fremtiden, f.eks. ved å utarbeide en felles kriseplan og/eller en forhåndserklæring.

Mottak av personer, som er bragt til sykehuset av politiet

I henhold til den statlige lovgivning om psykisk helse har det tyske politi rett til å bringe en person til et psykiatrisk sykehus hvis den det gjelder anses for at utgjøre en akutt fare for sitt eget eller andres liv og helse, og hvis politibetjentene som reagerer på situasjonen, mener, at personen befinner seg i en akutt psykisk krise. Personer som oftest innlegges på psykiatriske sykehus er beruset av alkohol- eller stoffmisbruk, opplever psykotiske symptomer eller en annen ekstrem tilstand (32, 33). I slike situasjoner skal den første inngripen være å forsikre personen om, at det ikke vil bli anvendt tvang, unntatt i selvforsvar, og oppfordre dem til at bli til neste dag for at få et mere klart bilde av situasjonen. Dette åpner opp for en forhandling om betingelsene for et kort opphold på sykehuset, hvor politiet er til stede hele tiden. Når det er oppnådd et positivt resultat av forhandlingen, slipper man håndjernene, politibetjentene trekker sig tilbake, og den det gjelder tilbys mat, drikke, mulighet for samtale, hvile eller ringe til noen. Kun hvis forhandlingene ikke gir noe resultat, og personen er aktivt voldelig overfor andre innlagte eller personale, vil mekanisk fastholdelse bli anvendt for å opprettholde sikkerheten.

Aksept og avvisning av medisin

Personer i døgntil behandling, dagavdeling og hjemmebehandling kan fritt avvise medisiner; dette påvirker ikke den behandling, de mottar fra sitt behandlingsteam. De kan fremdeles benytte hele utvalget av terapier, støtte og aktiviteter. Hvis leger eller familiemedlemmer mener, at medisiner ville være nyttig, men personen nekter, vil dette bli behandlet i Åpen Dialog møter, hvor målet ikke primært er å finne løsning på de forskjellige meningene, men

snarere å fremme gjensidig forståelse og å gi alle deltagere mulighet til å stille spørsmål til hverandre. For å starte medisinerer kreves et muntlig informert samtykke, som deretter registreres i saksdokumentene for fremtidig referanse. I akutte situasjoner er generell enighet om å prøve et beroligende middel, f.eks. lorazepam, tilstrekkelig for å gi en første dose. For antipsykotisk medisin er fullt og informert samtykke påkrevd, etter at det er opplyst om kort- og langtidsvirkninger. Dessuten skal medisinen startes med en lav dose for å vurdere toleransen, innen den justeres et par dager senere.

Reduksjonen av tvangsinngrep innen tjenesten har ikke ført til en økning i bruken av kjemiske beroligende midler, som ofte skjer i andre tjenester. Faktisk er ikke bruken av antipsykotisk medisin eller benzodiazepiner steget i forhold til 2009-nivået til tross for reduserte tall for fastholdelse ([Zinkler M], [Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH], upubliserte data, [2018]). Tjenesten har ikke anvendt elektrokonvulsiv behandling (ECT) siden 2010 og har offentlig argumentert i mot tvungen ECT i Tysklands viktigste psykiatriske tidsskrifter (34, 35).

Inkludering i samfunnet

Tjenesten har direkte forbindelser med religiøse samfunn, selvhjelpsgrupper, støtte til hjemløse, arbeidsløshetskontorer og veldelige organisasjoner, som støtter eldre, isolerte og rusmisbrukere. Tjenesten støtter direkte en veldelighetsorganisasjon, Schritt für Schritt, som tilrettelegger for fritidsaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser og psykososiale funksjonsnedsettelse. Tjenesten har også regelmessige møter med den lokale domstolen, politiet og det lokale helsevesen for å drøfte, hvordan man kan gjennomføre ikke-diskriminerende praksis og samarbeid.

Tjenesten har aktive forbindelser til lokalsamfunnet. Med opprettelsen av modellregioner i 2017 ble bestemmelsen om hjemmebehandling, som et alternativ til innleggelse på sykehus, tilgjengelig for hele Heidenheim-distriktet og ble omtalt i den lokale presse og i nasjonale publikasjoner (36, 37).

Tjenesten har utviklet forebyggingsprosjektet «Irre Gut» til alle gymnas i distriktet: klasser med elever i alderen 14-16 år kan bestille et lite team på tre personer bestående av en tjenestebroker, en person med egenerfaring som pårørende, og en person, som arbeider innen psykisk helsetjenesten, f.eks. en sykepleier eller en sosialarbeider. Teamet besøker skolene og snakker om stigmatisering, forebygging, selvhjelp og adgang til tjenester (38).

Deltagelse

Tjenesten beskjeftiger to deltidsansatte erfaringskonsulenter (39). Støtte fra erfaringskonsulenter finner sted som individuelle samtaler eller i grupper, som avholdes ukentlig på sykehusavdelingene. Nåværende og tidligere tjenestebrokere og familiemedlemmer oppfordres til å dele sine erfaringer med tjenesten, søke råd om emner som medisinerer og diagnoser, luften følelser om sykehusteamet og rapportere om forskjellsbehandling på sykehuset eller i samfunnet. Begge erfaringskonsulentene har tidligere vært tjenestebrokere og er nå en del av behandlingsteamet.

De tilbyr fortrolig rådgivning, sosial støtte, råd om, hvordan man får adgang til tjenester, hvordan man sender en klage og hvordan man forbereder seg til terapisesjoner. De har ekspertise og ferdigheter som f.eks. rytmisk massasje (40) og kan hjelpe pasienter, som ønsker å tilberede sin egen mat, mens de er innlagt på sykehuset.

En av erfaringskonsulentene og en representant for pasientenes familier deltar også i

ledelsesteam (fagdirektør, den sykepleiefaglige direktør, lederen for terapiene, overlegene og avdelingssjefene) for å gjennomgå og drøfte forbedringer av tjenesten. De ser på retningslinjer, resultatdata, klager og hjemmebehandlingstjenester for å forklare og gjennomføre forbedringer av tjenesten.

Tjenesten innsamler ikke systematisk feedback fra pasientene. Det er dog flere særskilte klageprosedyrer på plass, innen for sykehuset, det kommunale nettverk for psykisk helse (eller IBB), gjennom det offentlige forsikringssystem og det regionale medisinske forvaltningsorgan(41-44). Alle klager, som mottas av disse organer, blir sendt tilbake til ledelsen av tjenesten og besvart, noe som utgjør en konstant kilde til læring og forbedring for tjenesten.

Recovery-tilnærming

Hjemmebehandlingsteamene symboliserer et skritt vekk fra tradisjonelle sykehusopphold eller legebesøk og i retning av nettverksmøter i form av den finske Åpen Dialog-modellen i folks hjem. Modellen er systematisk blitt integrert i hjemmebehandlingstjenesten. Den er i øyeblikket også i ferd med å bli integrert i døgnbehandling.

På disse møtene setter tjenestebrukere og de pårørende agendaen, og sykehuspersonalet reagerer på de foreslåtte tema. Det avtales recovery-planer, som følger personens ønsker og preferanser. Personen bestemmer selv, hvem som skal delta i nettverksmøtene, og om de overhodet skal holdes. Sykehusets personale og familiemedlemmer støtter beslutningstakingen uten å komme med løsninger med hensyn til hvilken type av støtte som er nødvendig. Saksbehandleren utarbeider et resymé av nettverksmøtet, som blir en del av tjenestebrukerens journal.

Ut over disse møtene er det en gang i måneden et åpent recovery-møte, tilsvarende psykoseseminarer, utenfor sykehuset i et lokalt senter, hvor tjenestebrukere, familiemedlemmer og sykehuspersonalet møtes for å drøfte individuelle veier og hindringer for helbredelse (45). Disse møtene er åpne for offentligheten. På et mer uformelt plan møtes en gruppe av tjenestebrukere, familiemedlemmer og sykehuspersonale en gang i måneden på en pub i sentrum av byen for å drøfte alle spørsmål vedrørende psykisk helse og annet, mens det spises og drikkes.

Evaluering av tjenesten

Tjenesten har gradvis endret seg fra en tradisjonell sykehusavdeling for psykiatri til en kommunal psykisk helsetjeneste (46). Historisk sett var de 79 senger opptatt det meste av tiden, med innføringen av fleksibel behandling i hjemmet og på dagavdelingen er sengebelegget redusert fra 95 % i 2016 til 60 % i 2019 og 52 % i 2020 (47). Det er faktisk færre personer, som innlegges på døgnavdelingen, flere ses i dagavdelingen eller får støtte gjennom den oppsøkende hjemmetjenesten.

Tjenesten overvåker løpende bruken av tvang og ufrivillig behandling. Det er vel å merke, at når ufrivillig medisinerings på psykiatriske sykehus i Tyskland ble forbudt i en kort periode mellom 2011 og 2013, registrerte sykehustjenesten i Heidenheim ikke noen stigning i andre former for tvang eller en stigning i bruken av medisinerings generelt, mens andre tjenester fant det mer utfordrende å klare dette midlertidige forbudet (29, 48).

Tjenesten er underlagt inspeksjoner fra sosialministeriet i Baden-Württemberg, som overvåker overholdelsen av rettigheter for personer som er tilbakeholdt, i henhold til tysk lovgivning om psykisk helse.

Den siste rapport fra juli 2018 bemerker: "Hele teamet er engasjert i det felles mål om å etablere og opprettholde terapeutiske relasjoner, som bygger på tillit. Sammenfattende er kommisjonen av den oppfatning, at Heidenheimsykehusets avdeling for psykisk helse er et fyrtårnprosjekt i forhold til tvangstiltak i henhold til loven om psykisk helse."(49)

Det er 18 tyske modellregioner for integrert behandling. De ligger i forskjellige deler av Tyskland og gir et enormt potensial for overføring av kunnskap om finansiering, politikk, levering av tjenester og evaluering i retning av mainstream-tjenester. Selv om det ennå er uvisst, om evalueringresultatene vil påvirke fremtidig helsepolitikk, rapporterer alle modellregioner om lignende endringer i retning av mer fleksible, brukerorienterte og fellesskapsbaserte tjenester. Med avtalte årlige budsjetter beskytter den de offentlige og private forsikringsfond mot ukontrollerte stigninger i de finansielle omkostninger til psykisk helsehjelp (50). Det, som skiller Heidenheim-tjenesten fra de andre modellregioner, er en sterk vekt på forebygging av tvang og på å fremme en fleksibel behandling i overensstemmelse med tjenestebrukernes vilje og preferanser.

Omkostninger og omkostningssammenligninger

Som modellregion har tjenesten inngått en kontrakt med alle offentlige og private sykeforsikringselskaper, som har gjort den berettiget til et årlig budsjett basert på de tidligere utgifter til innleggelse, dagavdeling og ambulant behandling. Budsjettet stiger årlig i takt med lønnstigningen avtalt mellom fagforeninger og offentlige helsetilbud. Kontrakten er tidsbegrenset for årene 2017-2023 med mulighet for å forlenge med ytterligere åtte år. Den offentlige og private sykeforsikring dekker alle behandlingsmulighetene. Det er ingen ekstra omkostninger for brukerne av tjenestene (47).

Utfordringer og løsninger

Håndtering av de finansielle konsekvenser av overgangen til fellesskapsbaserte tjenester

Den første store utfordringen var sykehusledelsens bekymringer omkring de økonomiske konsekvenser av å legge om tjenesten til en fellesskapsbasert tjeneste. Flytting av behandlingen fra sykehuset til lokalsamfunnet ville normalt medføre lavere godtgjørelser fra forsikringselskapene (f.eks. pr. dag for ambulant behandling er ca. 100 EUR (121c USD), dagbehandling er 190 EUR (230 USD) og innlagt behandling 300 EUR (363 USD). Utgiftene til avlønning av personale ville dog forbli de samme.

Som en løsning har sykehuset forhandlet en kontrakt med forsikringselskapene med et avtalt årlig budsjett for døgnbehandling, ambulante tjenester og hjemmebehandlingstjenester. Dette budsjettet skapte motivasjon for å yte behandling og støtte i lokalsamfunnet frem for på sykehuset. Å invitere klinikere fra andre modellsteder for å presentere de økonomiske resultater fra de reformerte tjenestene bidro også til å informere tjenesten. Tjenesten gjentok et sentralt budskap til mange av interessentene om, at den ikke hadde bruk for mer penger, men bare frihet til å bruke ressursene mer effektivt. Støtte fra lokale og regionale myndigheters administrasjoner var helt klart viktig i denne prosessen.

Overvinnelse av personalets forbehold

En stor utfordring var, at mange medarbeidere ikke var motivert til å foreta hjemmebesøk. Mens noen leger og sykepleiere var ivrige etter å begi sig ut i lokalsamfunnet og derved

utvide sitt faglige perspektiv, foretrakk andre klart å fortsette med sine daglige rutiner i institusjonen. Bekymringer, som ble reist, omfattet personlig sikkerhet ved hjemmebesøk, smittsomme sykdommer, ansvarsspørsmål og bruken av firmabiler eller parkeringsbøter. For å overvinne denne hindringen gikk tjenesten foran med et godt eksempel. Den ga mulighet for, at medarbeidere kunne følge erfarne klinikere i forbindelse med hjemmebesøk. Det ble også presisert, at hjemmebesøk ikke bare er en "hyggelig ting å gjøre", når døgnbehandlingen er avsluttet, men en førsteprioritet i reformen av tjenesten. Tjenesten engasjerte og samarbeidet med tjenestebrukerne for å samskape en innledende plan sammen med klinikere og fikk deretter serviceledere og finansfolk med om bord.

Forbedring av rekrutteringen

Det var en utfordring å finne og rekruttere det rette personale. Mange jobbsøkende virket mer interessert i en konvensjonell jobb, som lignet den, de hadde møtt under sin utdanning eller på andre arbeidsplasser.

For å forbedre kvaliteten på de som søkte jobb, gjorde tjenesten det derfor klart, at den søkte den type personale (sykepleiere og leger), som ønsket å arbeide i en innovativ tjeneste. En annen måte å forbedre kvaliteten på de som ble ansatt, var å gi fremtidige psykisk helsepersonale muligheter for å lære og oppleve arbeide av denne art under utdanningen. Tjenesten organiserte praksisopphold for medisinstudenter, psykologer under utdanning, sykepleiere, sosialrådgivere og erfaringskonsulenter.

Endring av den dominerende oppfattelse av psykiatrisk behandling

En annen utfordring var å bevare tjenestens dynamikk i et miljø, hvor tradisjonelle servicetilbud var populære og ble betraktet som "normalt". Å hjelpe en person i lokalsamfunnet i stedet for på sykehuset ga derfor anledning til bekymring for den offentlige sikkerhet eller personens velferd.

Tjenesten overvant dette problemet ved å gi opplysninger om, hvordan endringen i driften ikke ville føre til en dårligere tjeneste. Den inviterte interessenter (politi, vergemålsdomstol og lokale embedsmenn) for å drøfte de problemer, som de hadde med den endrede tjenesten. Da diskusjonene ble sentrert rundt bekymringer for den offentlige sikkerhet og beskyttelse av helse og velvære for personer, som bruker tjenesten, kunne personalet forklare, hvordan bekymringer behandles på en mere fleksibel fellesskaps- og rettighetsorientert måte. Mange ble beroliget av dette budskapet.

Overvinnelse av frykt, som fører til tvang

Det har vært en stor utfordring å understøtte de personer, som bruker tjenesten, deres vilje og preferanser i et miljø, hvor tvang i psykiske helsetjenester betraktes som nødvendig og legitimt av mange ansatte og det brede psykisk helsefeltet.

For å løse dette problemet gikk tjenesten i gang med en kampanje til kapasitetsoppbygging og utdannet sitt personale om menneskerettigheter, CRPD og den seneste rettspraksis om tvang. Dessuten forsøkte den på løpende basis å gjennomgå kritisk resultatene for de tradisjonelle tjenestene. Da tjenesten begynte å endre seg, søkte den etter førstehåndserfaringer fra dem, som brukte tjenesten, før reformen begynte. Deres erfaringer med tjenesten var innsiktsfulle, når de ble delt på treningssesjoner med personalet.

Nøkkeloverveielser for ulike områder

Nøkkelspørsmål, som bør overveies i forbindelse med etablering eller utvidelse av denne tjeneste i andre sammenhenger, omfatter bl.a:

- definisjon og overvåkning av evalueringskriterier for tjenesten, som omfatter hyppigheten av tilbakeholdelser, bruken av tilbakeholdelse, bruk av fastholdelse og andre tvangstiltak;
 - referansemåling av tjenesteevalueringen i forhold til tradisjonelle tjenester;
 - offentliggjøring av resultatene i den lokale avisen og andre medier samt i vitenskapelige tidsskrifter;
 - aktivt å søke politisk støtte;
 - gå bort fra spesialisering (herunder spesialiserte avdelinger for psykose, depresjon og borderline personlighetsforstyrrelser) og omlegging til å gi langsiktig støtte basert på individuelt avtalte recoveryplaner;
 - opphør av praksis, som skiller akutt omsorg fra langtids rehabilitering og støtte;
 - å betrakte uenighet om diagnose og passende behandling som en mulighet for å gjennomføre en dialogisk tilnærming snarere enn som en begrunnelse for å anvende tvang på grunn av "manglende etterlevelse" og "manglende innsikt";
 - å prioritere hjemmebehandling fremfor innleggelse og individuelt avtalte recoveryplaner fremfor behandlingsplaner basert på diagnostiske kategoriseringer;
 - å sikre at støtten ikke er betinget av at man aksepterer en diagnose eller overholder medisinregimer;
 - å endre de finansieringsinsentiver, som typisk anvendes for mange store psykiatriske sykehus, hvis økonomi i høy grad avhenger av antall senger og av sentralisert institusjonell behandling (i forhold til fellesskapsbaserte tjenester);
- og
- vurdering av, hvilke av de oppgaver, som utføres av fagfolk, som kan overføres til lekfolk eller likepersoner.

Ytterligere opplysninger og ressurser:

Hjemmeside:

<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-undpsychosomatik/>

Videoer:

Mildere Mittel. En film om opplevelsene i Heidenheim, laget av et kollektiv av brukere fra Berlin

<https://vimeo.com/521292563>

Kontaktperson: Martin Zinkler, klinisk direktør, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim, Tyskland;

E-mail: Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de

Fra WHO – Verdens Helseorganisasjons veileder: «Sykehusbaserte psykiske helsetjenester: Utvikling av personsentrerte og rettighetsbaserte tilbud» (2021).

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025745>

Oversatt av WSO – We Shall Overcome