



SAMMEN OM PATIENTEN

På Oslo Universitetssykehus' psykiatriske akutafdeling har psykologspecialist Asbjørn Kolseth og psykiater Ann Færden begge behandlingsansvar for patienterne. For det kræver både psykologisk og medicinsk specialister, men også en daglig flerfaglig sparring, at stille den rigtige diagnose og tilpasse behandlingen til patienter med komplicerede symptomer - patienter, der ofte er indlagt med tvang. *Magasinet P* var med psykologen og overlægen på arbejde på Norges største hospital en helt almindelig dag.

Af Henning Due, *journalist*
Foto af Martin Slottemo Lyngstad
/Paragon Features

- Hvad synes du, der skal ske med mig?

Den unge kvinde kigger på psykologspecialist Asbjørn Kolseth i et par sekunder og vender igen blikket ned på det lyserøde garnnøgle, to strikkepinde og sine hænder; der er i gang med at forvandle garnet til en firkant, der måske kunne ende som et tæppe eller et stykke tøj.

- Hvad er udsigten til at blive udskrevet?, spørger hun.

- Det er dit valg, men jeg synes, du skal blive her lidt endnu og se tiden lidt an, svarer han.

Klokken er lidt i 11 en torsdag formiddag i december på psykiatrisk akutafdeling på Ullevål Sykehus i Oslo, der er en del af Oslo universitetssykehus - Norges største og mest specialiserede hospital.

Vi sidder i et anonymt, hvidmalet lokale sammen med en sygeplejerskestuderende og den unge kvinde, som Asbjørn Kolseth, der udover at være psykologspecialist også er chefpsykolog, har behandlingsansvaret for.

I godt 20 år har psykiatere og psykologspecialister i Norge delt behandlingsansvaret for patienterne i psykiatrien - eller som feltet i dag hedder på norsk: det psykiske helsevern. Hvordan det foregår i hverdagen, er *Magasinet P* taget til Oslo for at opleve.

Samtalen med den strikkende, unge kvinde er den slags patientsamtaler, som hører til Asbjørn Kolseths daglige rutine her på afdelingen, hvor han i det kliniske arbejde bruger det meste af tiden på psykoseafsnittet.

Som psykologspecialist er det Asbjørn Kolseths ansvar, at afdelingens retningslinjer følges og at holde øje med og koordinere, at hans patienter får de undersøgelser, de har brug for og har krav på.

Det gælder alt fra en somatisk undersøgelse, som en læge har ansvaret for at foretage på den enkelte patient, til forældresamtaler eller kontakt med en patients socialkontor. Har patienten været behandlet med tvangsindgreb, er det også Asbjørn Kolseths opgave at sikre, at tvangen ophæves rettidigt.

- Det kan fx være afslutning af to ugers skærmning af patienten eller tre måneders tvangsmedicinering, som blev startet op, da patienten var i behandling på en polyklinik (ambulant behandling, *red.*), siger Asbjørn Kolseth, der har arbejdet

på afdelingen i 15 år og er specialiseret i traumebehandling.

Ligesom alle andre psykologspecialister i Norges psykiske helsevern er det op til Asbjørn Kolseth at beslutte, hvornår en patient skal behandles med tvang - enten ved indskrivning eller ved brug af fx skærming eller andre ikke-akutte tvangsindgreb.

Den eneste form for tvang, han ikke må beslutte som psykologspecialist, er tvangsmedicinering, som kun overlæger må beslutte.

Kontrol af tvang

Når patienter træder ind ad døren til den psykiatriske akutafdeling, er det efter henvisning fra en læge.

Først undersøges de i modtageenheden af en læge, og efter 24 timer vurderer en specialist - psykolog eller psykiater - så, om patienten skal indlægges på tvang, hvorefter patienten sendes videre til et af afdelingens afsnit.

Cirka halvdelen af de patienter, der henvises til akutafdelingen, sendes hjem eller videre i systemet efter det første døgn.

Dem, der indlægges, får en sengeplads på et af psykoseafsnittene eller på afsnittet for affektive lidelser.

En patient er typisk indlagt her på stedet mellem to og tre uger, men det sker, at indlæggelsen varer i flere måneder, fortæller Asbjørn Kolseth.

I de tilfælde, hvor en specialist beslutter at indlægge patienten med tvang, tages der efterfølgende stilling til eventuel tvangsbehandling med medicin.



En beslutning, der tages i samråd med en læge.

På Ullevål Sykehus' psykiatriske akutafdeling indlægges de fleste patienter mod deres vilje. Den dag, *Magasinet P* er på besøg, er en enkelt patient indlagt frivilligt, mens fem patienter er indlagt med tvang.

Asbjørn Kolseth (foto) har principielt ikke problemer med at bruge tvang på en patient, fortæller han, så længe han har vurderet, at der ikke er andre muligheder. Men der er situationer, hvor beslutningen om at bruge tvang tynger hans skuldre.

– Nogle patienter hader virkelig tvang, og der er det virkelig svært at beslutte at bruge den foranstaltning. I de situationer bliver jeg lagt for had af patienten. Den

slags patientmøder glæder jeg mig ikke til, siger han.

Omkring én ud af 10 patienter reagerer fysisk ved udsigten til at blive indlagt og behandlet med tvang, fortæller han. De kan finde på at spytte eller blive voldelige over for personalet.

Dagen forinden *Magasinet P's* besøg er Asbjørn Kolseth for første gang blevet strejft af en patient, der ikke ville indlægges, og hvor han har besluttet at indlægge patienten med tvang.

Senere i dag skal han derfor holde et møde med patienten og den såkaldte Kontrollkommissionen, der behandler klager om tvangsbehandling.

Når en patient indlægges mod sin vilje i psykisk helsevern, kan han eller hun bede om at få forelagt beslutningen for

kommissionen, der består af en læge, der ikke arbejder på sygehuset, en dommer, en pårørende repræsentant og en brugerrepræsentant.

Hvis specialistens beslutning om brug af tvang underkendes af kommissionen, skal patienten have tilbudt frivillig behandling eller at blive udskrevet fra tvangsbehandlingen.

I klagesager, der handler om tvangsmedicinering, er det dog ikke Kontrollkommissionen, men en såkaldt fylkeslege – en uafhængig læge – der behandler klagen.

Cirka én ud af fem gange, hvor Asbjørn Kolseth har besluttet at bruge tvang på en patient, er beslutningen blevet underkendt af Kontrollkommissionen, fortæller han.

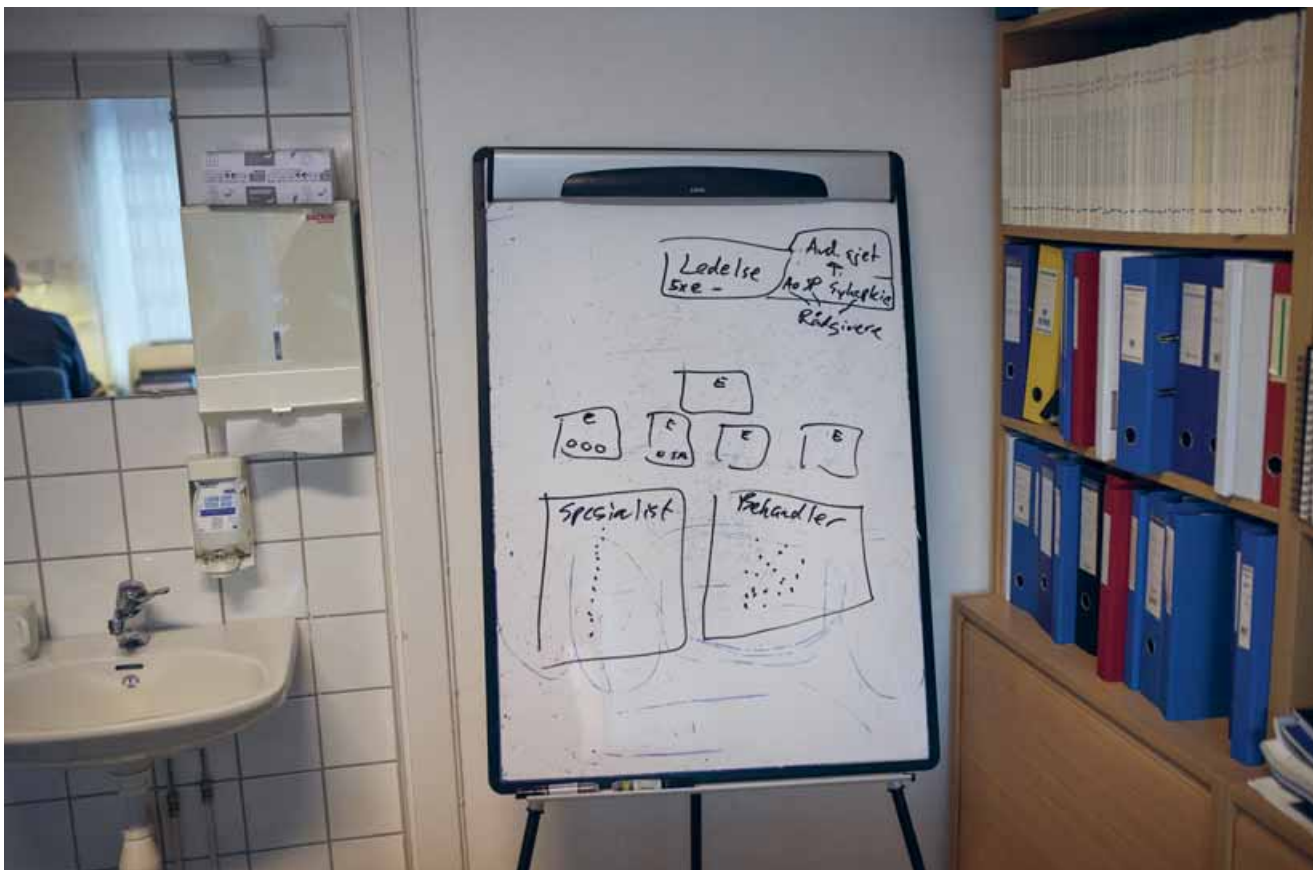
Fælles ansvar i det daglige

På psykoseafsnittets morgenmøde, der ledes af Asbjørn Kolseth og overlæge Ann Færden, diskuteres episoden med den voldelige patient, mens resten af nattens begivenheder og patienternes tilstand gennemgås.

– Han slog mig ikke, men han var tæt på, siger Asbjørn Kolseth til de andre fremmødte rundt om bordet, der, foruden overlægen, tæller sygeplejersker, sosionomer (socialarbejdere, *red.*), plejepersonale og ergoterapeuter.

– Det er svært at arbejde med frivilligt behandlingstilbud til en fyr, der nærmest truer med at dræbe os. Han har en bambusstang med spidse stykker træ på, siger en af kollegerne.

– Er den farlig? Han må ikke have noget, der udgør en sikkerhedsrisiko,



men det er jo lidt pinligt, hvis det bare er et lille stykke træ, siger Asbjørn Kolseth.

Kollegaen henter instrumentet, og Asbjørn Kolseth beslutter at konfiskere det.

- Da jeg sagde til ham, at han skulle undersøges af en læge, gik han fuldstændig i stå og stod bare og kiggede på mig. Han virker paranoid og har en misbrugs-historie. Jeg tror, det er begyndende skizofreni. Han svinger meget i humøret, siger han.

Ann Færden nikker og foreslår, at patienten tilbydes at starte op med medicinsk behandling.

- Jeg synes, vi skal ringe efter fylkeslegen og fortælle ham, hvad der kan ske. Han må jo ikke gå løs på dig, Asbjørn, siger hun og fortsætter:

- Spørgsmålet er, hvor længe vi skal vente med at gribe ind? Jeg synes, vi skal

give ham en chance til i morgen, og så vente og se, hvad fylkeslegen siger. Jeg synes, det er vigtigt, at vi står sammen og er helt sikre på, at vi er enige om at lægge ham i bælte.

- Ja, absolut. Det kan jo ende med bælte, siger Asbjørn Kolseth.

- Det siger jo også noget om hans dårlige funktionsniveau, at han ikke kan forstå, han ikke må have den der ting, der kan bruges til at skade andre med, siger han.

Inden mødet slutter, runder mødedeltagerne den sidste patient, som Asbjørn Kolseth også har ansvaret for.

- Står det ikke i epikrisen, at patienten får medicin. Zyprexa? Det skal jo stå der. Der skal altid være et somatisk notat, hvor medicinen fremgår. Laver du et notat på patienten?, siger Asbjørn

Kolseth til Hafsah Khan, der er læge under uddannelse.

Når man som udenforstående sidder og lytter med ved morgenmødet på akutafdelingen, er det svært at gennemskue, hvem der egentlig har ansvaret for patienterne på afsnittet.

Jeg spørger Asbjørn Kolseth og Ann Færden, og de svarer, at de som specialister har et fælles, dagligt ansvar for behandlingen.

Men det overordnede ansvar ligger et andet sted i organisationen, forklarer Asbjørn Kolseth, da vi vender tilbage til hans kontor.

På en hvid tavle tegner han sin egen og resten af ledelsens magt- og rollefordeling:

Som chefpsykolog arbejder han cirka 60 % som kliniker med patienter og 40 %

som chef for psykologerne med vejledning, ansættelse og oplæring.

Chefpsykolog-jobbet betyder også en plads i afdelingsledelsen sammen med afdelingsoverlægen, den ledende sygeplejerske, afdelingschefen og fire enhedsledere fra hver af de fire klinikker, der på afdeling for akuttipsykiatri alle er sygeplejersker.

I afdelingsledelsen fungerer Asbjørn Kolseth som rådgiver til afdelingschefen, mens han som psykologspecialist på psykoseafsnittet leder den daglige behandling sammen med overlægen.

Hvis der fx sker et selvmord på afsnittet, skal personalet finde ud af, hvor det gik galt, og hvis det viser sig, at

psykologspecialisten og overlægen har gjort deres arbejde ordentligt, vil ansvaret i sidste ende lande hos afdelingschefen.

At præge den faglige udvikling

Men med det daglige ansvar for patienternes behandling følger også mindre behagelige opgaver.

Ligesom det er tilfældet for store dele af psykiatrien i Danmark, kæmper Ullevål Sykehus psykiatriske akutafdeling også med overbelægning, og når der er fyldt op på afdelingen, er det specialisternes opgave på den enkelte enhed at beslutte, hvilke patienter der skal udskrives.

- Før psykologer fik delt behandlingsansvar med psykiatere, var det jo

altid overlægen, der var ansvarlig for, hvem der skulle udskrives. I dag er det i praksis psykologen og psykiateren, der taler sammen og finder ud af, hvem der skal udskrives. Det er ikke så let som fx i militæret, hvor én fagperson træffer beslutningerne, siger Asbjørn Kolseth.

Det flerfaglige behandlingsansvar i psykisk helsevern skal derfor ses i lyset af et politisk ønske om at fjerne monopolet fra lægerne og få flere fagperspektiver ind i beslutningerne om patienterne, forklarer han.

Flerfagligheden kommer også til udtryk andre steder i hverdagen.

På Ullevål Sykehus psykiatriske akutafdeling mødes en såkaldt specialistgruppe en gang om ugen og diskuterer lovgivning, besøg fra Helsedirektoratet, komplicerede patientsager og principielle problemstillinger.

Her har psykologerne også mulighed for at præge den faglige udvikling i psykisk helsevern, fortæller Asbjørn Kolseth.

- Fx ser vi, at nogle afdelinger typisk bruger beroligende medicin ved indskrivning af næsten alle patienter, men det gør vi ikke her på stedet. Vi foretrækker at observere patienten i et stykke tid, og den kultur skabes især i specialistgruppen, siger han.

Afdelingens arbejde med at bruge mindre tvang udspringer også af den type faglige diskussioner, fortæller Asbjørn Kolseth.

Han mener, det er "helt rigtigt" at kunne bruge tvang i psykisk helsevern, når det kræves, selvom det som udgangspunkt stred ham imod rent psykologfagligt.

- Jeg kommer fra en psykoterapeutisk tradition, og der er hele behandlingen baseret på et samarbejdsprojekt, hvor patientens autonomi og selvbestemmelse er både metoden og målet med behandlingen. Men jeg mener, der er en grund til, at vi har tvang i lovgivningen, for nogle gange har patienterne ikke indsigt i deres egen sygdom, og der har vi brug for, at samfundet tager et ansvar for at tage sig af patienten. Det har jeg det fint med, siger han.

Asbjørn Kolseth oplever, at det især hos yngre psykologspecialister kan være





svært at træffe beslutninger om tvang, og det er et af de tilbagevendende temaer, han som chefpsykolog taler løbende med dem om.

Han understreger samtidig, at målet også for disse patienter er selvbestemmelse.

– Mit mål er at arbejde så meget som muligt med selvbestemmelse og samarbejde inden for tvang, siger han.

På akutafdelingen er det ifølge Asbjørn Kolseth både lykkedes de ansatte at reducere antallet af indlæggelser med tvang og brugen af tvangsforanstaltninger.

Personalet har især haft held med at bruge mindre bæltefiksering end tidligere, fortæller han.

– Vi bruger andre metoder i dag. Vi har ikke længere bæltesenge, men vi har stadig bælterne. For et år siden ville patienten, der strejfede mig i går, være blevet lagt i bælte af plejepersonalet. Men

i stedet kom plejepersonalet og holdt patienten fast i to-tre minutter, mens jeg forsøgte at tale ham ned, og det lykkedes faktisk, siger Asbjørn Kolseth.

Den slags fastholdelse af patienten foregår sjældent i mere end 20 minutter og typisk i mellem to og 10 minutter.

– Derefter skal jeg eller personalet så vurdere, om patienten er faldet tilstrækkeligt til ro, eller om der skal bruges bælte, siger han.

Nogle skifter mening

Det er forskelligt fra patient til patient, om de er indstillede på, at der bruges tvang mod dem. Fx når de rammes af en akut psykose og ikke længere selv er bevidste om, hvad der er virkeligt, og hvad der ikke er.

Nogle gange skifter patienterne mening undervejs i et behandlingsforløb. I de tilfælde overlader de beslutningen

om, hvad der er bedst for dem, og hvad der skal ske med deres krop, sind og handlerum i en kortere eller længere periode, til en psykolog eller læge.

”Samtykkekompetent” kalder man det i Norge, at myndige patienter som udgangspunkt er i stand til at danne sig en mening om egen sundhed og behandling. Fx når man tidligere har været behandlet med tvang og godt ved, at man kan få det så dårligt, at man har brug for behandling, selvom man ikke ønsker det i situationen.

Kvinden, Asbjørn Kolseth er behandlingssansvarlig for, er sådan en patient.

Som hun sidder der i stolen og strikker, lytter og taler, får man indtrykket af et velfungerende menneske, der lige så godt kunne have haft en samtale hjemme i sofaen med en ven.

Da Asbjørn Kolseth spørger hende, hvordan det går, svarer hun:

– Det går godt. Men nætterne er svære.
– Ja, hvad er det for noget med de der nætter? Hvorfor bryder du dig ikke om at overnatte her? spørger Asbjørn Kolseth.
– Jeg ved det ikke helt, svarer hun.
– Og hvad med medicinen?
– Det har jeg svært ved at vurdere, siger hun.

– Er din appetit blevet større, efter du er begyndt med medicinen? Har du taget på?, spørger han.

– Ja, jeg kan godt spise en portion ekstra, selvom jeg ikke er sulten, siger hun.

– Ok. Det må vi hellere lige tale med en læge om, siger Asbjørn Kolseth og afslutter dagens samtale.

Da kvinden blev tvangsindlagt her på afdelingen nogle uger forinden, var det et helt andet menneske, han mødte.

– Hun var meget forvirret og talte om enhjørninger og Peter Pan, fortæller Asbjørn Kolseth.

Efterfølgende spurgte han kvinden, hvad hun oplevede, mens hun befandt sig i psykosen. Hun fortalte, at hun ikke registrerede, at der sad mennesker over for hende, og at hendes tanker fløj så

hurtigt gennem hovedet, at det føltes som om, hun sad på et tog, der buldrede derudad uden chauffør, mens hun bare måtte holde fast.

Da kvinden blev indlagt med tvang i akutafdelingens modtageenhed, vurderede lægen, at hun muligvis var blevet ramt af en betændelsestilstand eller lignende i hjernen.

Lægen besluttede derfor at foretage en tvungen spinalpunktion, lave scanninger af hendes hjerne og tage en blodprøve på hende. Men han fandt ingenting, og så kom Asbjørn Kolseth på banen.

Han talte med patientens mand, og da hjernesygdom var udelukket, var hans første hypotese, at kvinden var blevet ramt af en postpartum psykose – den mest alvorlige udgave af en fødselsdepression. Han drøftede derefter med lægen om at sætte kvinden i gang med antipsykotisk medicin.

– Jeg besluttede at skærme hende fra stimuli og bruge noget tid på at tale med hende, hjælpe hende med sin ængstelse og forvirring og få hende orienteret mod virkeligheden igen, siger han.

Stille og roligt fik kvinden det bedre, og Asbjørn Kolseth udskrev hende til en distriktspsykiatrisk afdeling efter to uger på akutafdelingen.

Men efter nogle få dage vendte kvindens psykotiske symptomer tilbage, og hun blev sendt tilbage til psykiatrisk akuttavdeling, hvor Asbjørn Kolseth vurderede, at hun havde bedst af at blive i en periode. Da han efterfølgende udskrev hende til en distriktspsykiatrisk afdeling, skete det samme igen.

– Hun viste sig at være meget sårbar over for stress efter fødselspsykosen, og på afsnittet holdt vi derfor et særskilt møde for at diskutere årsagerne til hendes tilbagefald og tilstand, siger han.

Hvad der udløste psykosen, kan han ikke sige noget definitivt om.

– Det er en blanding af psykologiske og biologiske årsager. ●

Redaktionen er bekendt med den kvindelige patients navn.

Læs også dobbeltinterviewet 'Vi har gode samtaler om patienterne, og især i de komplicerede sager er det givende' på s. 12.

FAKTA: PATIENTANSVAR I PSYKISK HELSEVERN

- I psykisk helsevern har uddannede specialister – enten psykiater eller psykologspecialist – det overordnede faglige ansvar for patienterne på det enkelte psykiatriske afsnit, herunder beslutninger om brug af tvang.
- Specialister vejleder de underordnede læger og psykologer.
- Når en psykolog er behandlingsansvarlig, vil en psykiater eller læge under uddannelse med specialisering i psykiatri også være tilknyttet patienten med ansvar for medicin og somatik.
- Den behandlingsansvarlige læge eller psykolog har et koordinerende ansvar for patienten og skal sikre, at alt fra fx familiesamtaler til psykometri, henvisninger og somatiske undersøgelser udføres.
- Ansvar for de enkelte flerfaglige opgaver ligger ikke hos den behandlingsansvarlige, men hos andre fagpersoner, og

opgaverne udføres uafhængigt af den behandlingsansvarlige. Fx skal der tages en blodprøve af alle patienter ved ankomst på en psykiatrisk akutafdeling, og disse rekvireres af en læge og udføres af en sygeplejerske.

- Den behandlingsansvarlige har desuden ansvar for at indsamle al information om patienten og indhente ny information, hvis der mangler noget.
- Når den behandlingsansvarlige ikke er en læge, skal patienten også have en læge tilknyttet, der agerer som almindelig læge for patienten – dvs. følger op på somatiske forhold, ser på blodprøver og fx undersøger patienten, hvis sygeplejersken vurderer, at patientens blodtryk er for højt eller for lavt.

Kilde: Chefspsykolog Asbjørn Kolseth