
Psykiatri, habilitering og eldreomsorg – har vi noe å lære?

KOMMENTAR OG DEBATT

LARS LIEN

Sanderud sykehus
Postboks 68
2312 Ottestad



Polen er et av de tidligere østblokklandene med sterkest økonomisk vekst. Likevel er kontrastene store og avstanden mellom fattig og rik er økende. Kriminaliteten er et voksende problem, særlig i de store byene. Innspurten i presidentvalget falt sammen med vår delegasjons besøk, og en tidligere kommunist ble gjenvalgt for en ny periode. Hans viktigste mål er å få Polen inn i EU.

Store strukturendringer gjennomføres for tiden i polsk forvaltning. I slutten av 2000 ble 42 fylker slått sammen til 16 fylker med de 42 tidligere fylkene som et nytt fjerde forvaltningsnivå. Det er fortsatt uklart hva de forskjellige nivåene skal ha ansvar for. Også innenfor finansieringen av helsetjenester skjer det

store forandringer. Man går bort fra statlig og fylkeskommunal rammefinansiering av institusjoner til stykkpris og økt innslag av private aktører.

Vi var invitert av "fylkesordføreren" i Slupsk fylke som ligger i det nye Pomorsk fylke med Gdansk som fylkeshovedstad. Slupsk har samme antall innbyggere som Hedmark, ca. 180 000 mennesker. Det psykiatriske sykehuset vi besøkte var finansiert fra Pomorsk fylke, mens de psykiatriske sykehjemmene ble drevet av Slupsk "fylke". Alders- og sykehjemmene hadde selve byen/kommunen Slupsk med ca. 90 000 innbyggere ansvaret for.

I 1997 besøkte ti ledere fra helsevesenet i Slupsk fylke Hedmark med omvisninger på alders- og sykehjem i Kongsvinger kommune, på Myrvoldheimen psykiatriske senter og på Sanderud sykehus. Slupsk fylke inviterte til en gjenvissitt for ledere de traff i Hedmark og sørget for full kost og losji for sine gjester fra Norge. I løpet av en uke besøke vi åtte institusjoner. Inntrykkene våre tilsier at vi har mye å lære i Polen, spesielt i holdningen til pasientene.

Psykiatriske sykehjem



Nordmenn og polakker samlet utenfor terrassen på et av de psykiatriske sykehjemmene. Foto privat

Vi besøkte to psykiatriske sykehjem, ett for kvinner og ett for menn, med ca. 130 senger hver. De fleste pasientene hadde en psykisk utviklingshemning, men det var også mange pasienter med rene psykiatriske diagnoser, særlig

schizofreni. Om lag 25 % av de innlagte var demente, og over en tredel var pleietrengende. Det var ingen fordeling av pasientene etter diagnose, men delvis etter funksjon, slik at de mest selvhjulpne bodde sammen.

Det var tilsyn ved psykiater en gang i uken og somatisk tilsyn ved behov. Sykepleier ble også bare tilkalt ved spesielle behov. Den store gruppen personell bestod av pleiere supplert med pasienter som var friske nok til å ta del i stellet. Om nettene hadde tre pleiere ansvar for alle de 130 pasientene. På et av sykehjemmene var det fortsatt timannsstuer, men det var planer for ombygging. Selv om personalet strakk seg langt i bestrebelsene på å gjøre forholdene optimale for pasientene, også ved å arbeide utover vanlig arbeidstid, var de helt avhengig av at de "friske" pasientene deltok i omsorgen for de dårlige.

Arbeidsterapi var den viktigste basis for behandling. Det var store gårdsbruk ved sykehjemmene og mange av pasientene arbeidet der. Aktivitetstilbudet ellers var stort og variert med maling, keramikk, brodering og lesing av aviser og ukeblader. Bruk av musikk og teater som ledd i terapien var fremtredende. Vi fikk oppleve både dukketeater, pantomime og flotte sanginnslag under oppholdet.

Det ble lagt stor vekt på at pasientene skulle føle seg hjemme. Personalets omsorg for pasientene ble det lagt stor vekt på og mange av de ansatte tok pasienter med til sine private hjem. Alternativet for disse pasientene er gjerne et liv i dyp fattigdom og mulig tigging. Det å få et familiemedlem med psykisk utviklingshemning eller en psykiatrisk sykdom er skamfullt og forsøkes i stor grad å holdes skjult.

Ingen pasienter ble utskrevet fra de psykiatriske sykehjemmene. Gjennomsnittsalderen ved inntak var ca. 50 år. Alle innlagte kommer fra sine hjem. 2 – 3 % er innlagt etter tvangsvedtak, resten er innlagt frivillig, men har reelt sett ikke noe alternativ til å bli boende på sykehjemmet. Ved behov for bruk av tvang ble alltid psykiater tilkalt for å bestemme hvilke former for tvangsmidler det var aktuelt å benytte (mekaniske, medikamentelle, isolat).

Institusjonene ble finansiert i form av et kurdøgnsystem hvor staten betalte ca. 3 000 kroner per pasient per måned. Alle pasientene ble trukket 70 % av pensjonene, penger som staten brukte til finansiering av institusjonene. Vedlikehold og nybygging kunne foretas i den grad det var overskudd av driften. Lønn utgjorde 70 % av utgiftene og gjennomsnittslønnen for en pleier var ca. 2 000 kroner i måneden.

Alders- og sykehjem

Vi besøkte alle byens tre alders- og sykehjem hvor vi ble tatt imot av direktøren for hvert av hjemmene. Bygningene var gamle og nedslitte, men ble gradvis vedlikeholdt. Regjeringen har vedtatt visse minimumsstandarder for sykehjem, som antall bad og kvadratmeter per pasient. Et viktig krav som ble fulgt opp med jevnlig inspeksjoner var at maten som ble servert inneholdt nok kalorier og hadde en riktig ernæringsmessig sammensetning. Alle rom var utstyrt med TV og radio.

Inntaket til sykehjem ble foretatt av en sentral nemnd representert med politikere, byråkrater og leger. Kriteriene som ligger til grunn for inntaket kunne ingen av direktørene gjøre rede for, men hos ca. 50 % av de innlagte var det få medisinske grunner for innleggelse. Tilsynslegen ved sykehjemmene mente at i overkant av 10 % av pasientene var demente. Av pleietrengende pasienter fant vi kun en til to ved sykehjemmene som hovedsakelig disponerte tosengs- og tresengsrom.

Det var ingen inndeling av pasientene etter funksjonsnivå. Demente, friske og pasienter med medisinske tilstander gikk om hverandre. Bemanningen var lav med 30 – 40 årsverk for ca. 80 pasienter. De friske pasientene ble trukket aktivt inn som ressurspersoner i tiltak rundt dem som var dårligere. Det kunne dreie seg om alt fra å hjelpe medpasienter ved måltider som til å roe utaggerende og forvirrede demente pasienter. Ingen av sykehjemmene disponerte korttidsplasser, og de som ble innlagt var der for resten av livet.

Ingen av de pasientene vi møtte ville kvalifisere for faste plasser ved våre syke- og aldershjem, og de færreste ville få hjemmesykepleie. Pasientene virket veldig fornøyde og hadde stor frihet med hensyn til når de ønsket å dusje og hvor de ville innta måltidene. Alle hadde rikelig tilgang på psykiatrisk og somatisk tilsyn samt fysio- og aktivitetsterapi. Inntektene til sykehjemmet bestod av pasientenes pensjoner samt et lite tilskudd fra kommunen.

Psykiatriske sykehus

Store reformer har også veltet innover de psykiatriske sykehusene. Her har private selskaper drevet av tidligere statsansatte leger overtatt ledige lokaler ved somatiske og psykiatriske sykehus. Selskapene får en kurdøgnpris for pasientene uansett diagnose eller alvorlighetsgrad. Det sykehuset vi besøkte hadde 35 pasienter fordelt på tosengs-, firesengs- og sekssengsrom. Hele spekteret av psykiatriske lidelser ble behandlet.

Denne enheten med 35 senger dekket akuttfunksjonen for 150 000 mennesker. I løpet av et år har de ca. 600 innleggelser. Gjennomsnittlig liggetid var ca. tre uker. Legene gir pasientene tilbud om poliklinisk behandling hos den legen de ble behandlet av under innleggelsen. På en vanlig dag med poliklinikk behandler legene mellom 6 – 10 pasienter hver. På dag- og kveldstid er det to sykepleiere og en hjelpepleier ved avdelingen samt at lege er til stede hele døgnet.

Pasientene trenger ikke henvisning fra primærlege for å bli innlagt, men kan oppsøke sykehuset på eget initiativ. Det samme gjelder for pasienter med hud- og kjønns sykdommer og kreft. I løpet av fjoråret var det kun tre pasienter som hadde en rettslig tvangsinnleggelse. En slik kjennelse må foreligge før pasienten kommer til sykehuset. Om det er stor fare for andres eller pasientens liv kan kjennelsen skje på sykehuset slik vi kjenner det fra Norge.

Oppsummering

Til tross for 40 timers arbeidsuke for turnuspersonell og kun et kvarters spisepause lå sykmeldingsfrekvensen godt under 5 %. Selv om tekniske hjelpemidler i liten grad var tilgjengelige, var det få med ryggplager. Mye av årsaken til den lave sykmeldingsfrekvensen kan forklares med en arbeidsledighet på over 20 % og at sykepengene utgjorde 80 % av lønnen de første 30 dagene av sykmeldingsperioden. Arbeidsledigheten er stor blant sykepleiere og noe mindre for leger. Det ligger sannsynligvis et stort potensial i å rekruttere disse yrkesgruppene til Norge.

Direktørene for institusjonene vi besøkte leverte kraftige forsvar for å beholde de store institusjonene. Etter sitt besøk i Norge reagerte de på at vi hadde gitt pasientene god plass og fine hus, men også ensomhet. Personalets varme og omsorg for pasientene ble understreket flere ganger. Under sitt besøk i Norge kunne de misunne oss bygningene og alle de tekniske hjelpemidler, men de savnet varmen og gløden hos personalet. Dette var ikke bare fine ord, men også en gjennomgående holdning hos alt personale slik vi var i stand til å observere.

Det skjer store omveltninger i forvaltning og finansiering. Direktørene for institusjonene var bekymret for fremtiden og ønsket seg tilbake til tiden med trygge forutsigbare rammer. For legene som hadde satset på en privat karriere, var situasjonen lysere selv om de nå arbeidet mye mer enn i den tiden de var ansatt på vanlig regulativ lønn. Det vil bli spennende å følge utviklingen i Polen fremover med reformer som til forveksling likner dem vi arbeider med i vårt eget land.

Publisert: 10. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. desember 2025.