

Myndighetene ønsker å opprette ambulante akutteam ved alle landets distriktpsikiatriske sentre. Er dette riktig satsing?

Trenger vi mer akuttpsykiatri?

Det er lite empirisk kunnskap om virksomheten i norsk psykiatri. Dette gjelder også organiseringen av akuttpsykiatri. I dette nummer av Tidsskriftet publiserer Gråwe og medarbeidere ved SINTEF Helse en litteraturstudie om ambulante akutteam og andre alternative akutttilbud for psykiatriske pasienter (1). Forfatterne konkluderer med at det finnes begrenset kunnskap om hvordan slike team bør utformes og drives. De studier det refereres til, sammenlikner ikke alltid tradisjonell akuttinnleggelse med andre akutttilbud. De resultatmål som benyttes, er i stor grad av administrativ art (innleggelse eller ikke) og sier lite om hva som er best for pasientene.

Etter flere uheldige hendelser forårsaket av for tidlig utskrevne psykiatriske pasienter, ønsker myndighetene å opprette ambulante akutteam ved alle landets distriktpsikiatriske sentre. Det blir tatt for gitt at årsaken til disse hendelsene er å finne i akuttpsykiatrien. Det trenger ikke være tilfelle. En storstilt satsing på akutteam kan derfor skje på feil grunnlag og uten empirisk fundament (1). Spørsmålet som melder seg er derfor om akutteam er riktig satsing. Er det mer akuttpsykiatri vi trenger i norsk psykiatri eller hadde det vært bedre med andre typer tiltak?

Akuttpostene i sykehus tar imot pasienter som er vurdert til å trenge øyeblikkelig hjelp. Noen av disse behøver bare korttidsopphold på noen dager til krisen er over. Mange trenger imidlertid ressurskrevende behandlingsopplegg av lengre varighet. Det kan for eksempel dreie seg om depressive tilstander med risiko for selvmord og behov for tilsyn, eller mani med behov for skjerming og andre kontrolltiltak. Noen pasienter som egentlig ikke trenger å være på akuttpost, blir der i påvente av annen behandling, da det ikke er forsvarlig å skrive dem ut i mellomtiden. Noen akuttinnleggelser skyldes at pasienter som venter på annen behandling, mister tålmodigheten og kommer inn akutt.

Presset på akuttpostene er gjennomgående stort, noe som medfører hardhendte prioriteringer. Pasientene blir der som regel bare 1–2 uker. Innenfor slike tidsrom kan ikke alle oppgavene utføres på en forsvarlig måte når øyeblikkelig-hjelp-plikten gis forrang. Behandlingshensyn må vike dersom ikke pasientene overflyttes til annet tilbud. Det er et stort problem for akuttenhetene at det ofte ikke finnes et elektivt apparat med tilstrekkelig kapasitet å henvise videre til. Fra akuttpostens ståsted må det etableres et tilstrekkelig antall differensierte behandlingstilbud, og disse må være tilgjengelige, slik at behandlingskontinuitet sikres. Det første krever kanskje mer ressurser, det siste er like så mye en organisatorisk utfordring.

Flere akutttiltak, som ambulante akutteam, vil ikke løse dette underliggende problemet. Det blir bare mer isolert krisehåndtering uten ytterligere diagnostikk og behandling. Akutteam kan fristes til å ha som første målsetting å unngå innleggelser. Trykk fra helseforetaksledelsen kan bidra til dette. At innleggelse brukes som resultatmål i flere av de refererte studier i oversiktsartikkelen av Gråwe og medarbeidere (1), gjenspeiler noe av denne problemstillingen. Dessuten kan akutteam, sett fra spesialisthelsetjenestens ståsted, drive sløsing av ressurser ved at de overtar funksjoner som naturlig hører hjemme i en velfungerende primærhelsetjeneste.

Det er mulig akutteam vil kunne fungere der tilbudet for øvrig er godt utbygd, og der slike team finner sin plass i nært samarbeid

med – og ikke i konkurranse med – øvrige tilbud. Den videre utbygging av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i Norge må skjele til lokale forhold, blant annet etablerte ressurser og differensieringsgrad (2). Ifølge Sosial- og helsedirektoratets spørreundersøkelse varierer antall akutt plasser per befolkningsenhet med en faktor på fem mellom helseforetakene; mellom de regionale helseforetakene er faktoren to (3). Ved 30 % av helseforetakene utgjør akutt plasser over 40 % av sykehussengene. Bruken av tvangsmidler varierer også svært meget (4). Dette indikerer at akuttpostens rolle ved de ulike stedene varierer, og at den videre satsing må ta dette i betraktning. For å få økt oppmerksomhet omkring kvaliteten i tjenestetilbudet, burde myndighetene dessuten straks innføre tvangsmiddelbruk som kvalitetsindikator. Er det kulturforskjeller, ulik pasientsammensetning eller ressurser og organisering som forklarer forskjellene?

Ambulante team synes i utgangspunktet å være en god idé. Mange mennesker har en psykisk lidelse av en slik karakter at de må oppsøkes for å få optimal behandling. Kommer man dessuten tidlig til ved kriser, må det antas å være god forebygging. Men dette må følges opp av sikker diagnostikk og behandling og tilbud til blant annet familiene. Dette krever høy kompetanse, og teamene må spesialiseres til en viss grad, for eksempel som psykoseteam, bipolar team eller rehabiliteringsteam. Problemet ved mange distriktpsikiatriske sentre (DPS) er at de dekker et for lite opptaksområde og har for små fagmiljøer til at slik differensiering lar seg gjennomføre. DPS-modellen er egentlig best tilpasset tynt befolkede områder og er mindre egnet i større befolkningscentre, der man heller burde satse på psykiatriske klinikker eller lokalsykehus med bredere tjenestetilbud, inkludert akutt poster. Terskler mellom de ulike virksomhetene kan da lettere bygges ned.

SINTEF Helse har av Sosial- og helsedirektoratet blitt tildelt ansvaret for å bygge opp et nettverk for forskning og evaluering av akuttpsykiatriske tilbud. I løpet av 2005 og 2006 gjennomføres en multisenterstudie om akuttpsykiatri. I Nord-Norge gjennomføres også en studie som vil kaste lys over akuttpsykiatrisk virksomhet. Den nordnorske studien av førstegangsinnlagte pasienter i psykiatrisk sykehus (FINN-studien) (5). Forhåpentligvis vil vi om ikke altfor lenge kunne utforme de akuttpsykiatriske tjenestene på et noe sikrere grunnlag.

Terje Øiesvold
terje.oiesvold@nlsh.no

Terje Øiesvold (f. 1949) er spesialist i psykiatri og dr.med. Han arbeider som klinikkssjef ved Salten psykiatriske senter, Nordlandssykehuset i Bodø og som førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø.

Litteratur

1. Gråwe RW, Ruud T, Bjørngaard JH. Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3265–8.
2. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of hospital and community care. Br J Psychiatry 2004; 185: 283–90.
3. Sosial- og helsedirektoratet. Situasjonen i akuttjenesten i det psykiske helsevern for voksne. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
4. Pedersen PB, Hatling T, Bjørngaard JH. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003. Trondheim: SINTEF Helse 2004.
5. Øiesvold T, Nivison M, Sørgaard K. Psychiatric health services research: from process to outcome. A presentation of two planned projects in Northern Norway. Norsk Epidemiologi 2002; 12: 327–32.