

Svake ledd i behandlingskjeden

Hvilke følger får det for kvaliteten av behandlingskjeden for pasienter med psykiske lidelser dersom tjenestene ved de distriktpspsykiatriske sentrene ikke er gode nok?

Bjærtne og medarbeidere publiserer i dette nummer av Tidsskriftet sin undersøkelse av fastlegenes tilfredshet med de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) (1). I et spørreskjema ble fastlegene bedt om å besvare spørsmål knyttet til kvaliteten av tjenestene derfra. Resultatene, som ble publisert på Tidsskriftets nettside 27.9. 2006, viser at på de fleste dimensjoner skårer fastlegene midt på treet i sin vurdering av sentrene (1). En slik tilbakemelding er mindre positiv enn andre landsomfattende brukerundersøkelser om andre deler av helse-tjenesten. Hva betyr dette funnet?

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet skal pasienter tilbys utredning og behandling organisert etter pasientens behov. Både innen somatisk og psykisk helse skal det være behandlingskjeder for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, planlagt innleggelse og for dem med kroniske tilstander (2). Slike kjeder innebærer også at samhandling, oppgave- og ansvarsfordeling i forhold til primærhelsetjenesten må avklares. I førstelinjetjenesten har fastlegen hovedansvar for diagnostikk og behandling. I en gjennomsnittlig fastlegepraksis vil det på et gitt tidspunkt være om lag 60 pasienter med alvorlig depresjon, 30 med generalisert angst, 30 med fobi og 12 med panikkangst, 6–7 med schizofreni og noen flere med manisk-depressiv lidelse (3). Fastlegen behandler om lag 90 % av pasientene med psykiske lidelser selv og henviser om lag 10 % videre til annenlinjetjenesten. Fastlegens rolle som koordinator og henviser, såkalt portner, er spesielt krevende i forhold til pasienter med en psykisk lidelse, ikke minst når tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester er dårlig (4, 5). Skal fastlegene lykkes i dette arbeidet, må et tverrfaglig samarbeid omkring den enkelte pasient være etablert og fungere godt, både i forhold til kommunale etater og spesialisthelsetjenesten.

Bjærtne og medarbeidere identifiserte fem dimensjoner som de ulike distriktpspsykiatriske sentrene skåret i forhold til: beman-

ning, epikriser, akutte situasjoner, veiledning og faglig kompetanse. Fastlegene var minst negative til den faglige kompetansen ved sentrene, mens veiledningen og bemaningssituasjonen ble vurdert som dårligst. Det var stor forskjell i gjennomsnittsskårer mellom sentrene på alle dimensjoner. Alle de fem dimensjonene er relevante for samhandlingen mellom fastlegene og de distriktpspsykiatriske sentrene.

Opptrappingsplanen legger stor vekt på opprettelsen av distriktpspsykiatriske sentre, men kanskje i mindre grad på rekruttering av relevant personell. Psykiatrisk annenlinjetjeneste har i mange år vært preget av en høy grad av tverrfaglighet, noe som innebærer at et større spekter av faggrupper deltar ved diagnostikk, behandling og pasientomsorg. Legeforeningen har etterlyst en større innsats i rekrutteringen av personale med diagnostisk kompetanse, dvs. psykiatere og kliniske psykologer (3). Sammensetning av bemanningen ved de distriktpspsykiatriske sentrene er avgjørende for tilgjengelighet til tjenestene og hvilke typer tjenester som tilbys. Har tjenesteyterne først og fremst kompetanse på å gi omsorg og sosial oppfølging, vil tilbudet bli preget av dette og i mindre grad tilfredsstillende fastlegenes – og pasientens – behov for medisinsk utredning og psykiatrisk behandling. Dersom pasienten henvises tilbake til fastlegen uten en diagnostisk vurdering og behandlingsplan, er dette i strid med pasientens rettigheter, og fastlegens rolle som pasientens medisinske koordinator og portner undergraves.

Til tross for at epikrisetid har vært en nasjonal kvalitetsindikator i lang tid, er det fortsatt mye som mangler på at 80 % av epikrisene kommer innen åtte dager, slik kvalitetsindikatoren er (1, 5). Uten tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand og medisinerer er det vanskelig for fastlegen å være koordinator og medisinsk ansvarlig for videre oppfølging. Annenlinjetjenesten har lovfestet plikt til å veilede førstelinjetjenesten både på generell basis og på individuelt nivå. Epikrisen er et svært viktig verktøy for veiledning på individuelt nivå og kan over tid også bli en viktig del av den generelle veiledningen.

Mange fastleger erkjenner at de trenger mer kompetanse om psykiske lidelser, men er skeptisk til om de kan få denne fra den psy-

kiatriske annenlinjetjenesten. Fastleger har i andre undersøkelser pekt på lege- og spesialistmangel, gjennomtrekk i personalet og annenlinjetjenestens tverrfaglighet som problematisk i forhold til hensiktsmessig veiledning (4). Når fastleger rapporterer om godt samarbeid med psykiatrisk annenlinjetjeneste, legger de ofte vekt på kjennskap til dem som jobber i spesialisthelsetjenesten, faste møter og lav terskel for kontakt ved behov (4). I den somatiske delen av helse-tjenesten har praksiskonsulentordningen vært et godt verktøy for samhandling. Kan det være aktuelt å innføre en tilsvarende ordning innen psykiatri? Det er nødvendig å starte en dialog for å oppnå en bedre samhandling til beste for pasienter med psykiske lidelser.

Marte Walstad

marthe.walstad@sentralstyret.legeforeningen.no
Ranheim legesenter
7056 Ranheim

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Bjærtne ØA, Oltedal S, Garatt A et al. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpspsykiatriske sentre. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2787–91.
2. St.prp. nr. 1 (2005–06). For budsjettåret 2006: 136.
3. Psykisk lidelser – faglighet og verdighet. Oslo: Den norske lægeforening, 2004.
4. Åndanes M, Bjørngaard JH. Fastlegen og det psykisk helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. Trondheim: SINTEF, 2006.
5. Åndanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. Trondheim: SINTEF, 2005.