

Reformer i helsevesenet bør evalueres i form av store effektstudier. Dette må planlegges av helsemyndighetene i god tid før tiltakene iverksettes

## Flere og bedre evalueringer i helsetjenesten

Som ledd i opptrappingsplanen for psykiatri ble det bestemt at alle distriktspsykiatriske sentre (DPS) skulle etablere ambulante akutteam innen utgangen av 2008 (1). I den forbindelse ga Helsedirektoratet ut en rapport der man etter en litteraturgjennomgang av studier om alternative akutttilbud innen psykisk helsevern kunne slå fast at «det er begrenset vitenskapelig kunnskap om effekt av akutteam» (1, 2). Kunnskapen mangler til tross for at liknende modeller har vært i bruk helt siden 1950-årene (3). Et av de viktige uavklarte spørsmålene er om slike tjenestetilbud reduserer presset på akutttavdelingene ved sykehusene (1). I så måte er det oppløftende at Tidsskriftet i dette nummer publiserer to undersøkelser som belyser problemstillingen empirisk (4, 5).

I den ene studien forsøkte forskerne å måle effekten av å opprette en egen krisepost ved et distriktspsykiatrisk senter (4). Posten skulle ta imot personer i akutte livskriser og som hadde behov for mer enn bare poliklinisk oppfølging. Enkel logikk og sunn fornuft tilsier at dette burde føre til færre innleggelser i psykiatrisk akutttavdeling, men forskerne ville likevel undersøke om dette stemte i praksis. I den andre studien evaluerte man etableringen av et psykiatrisk akutteam og om det hadde nådd målet: «Hensikten med teamet var å redusere antall innleggelser ved akuttpsykiatrisk avdeling» (5). I begge tilfellene innhentet forskerne informasjon om pasienter som ble innlagt ved psykiatrisk avdeling før den nye ordningen ble innført, og gjorde ny datainnsamling etter at tiltaket var etablert. I tillegg samlet de inn data fra et tilsvarende geografisk område der de nye ordningene ikke ble innført.

Hva fant de? Svaret ligger dels i tallenes tale, dels i øynene som ser. Et av problemene med denne type kvasiekperimentelle studier er at de ofte er vanskelig å tolke. For det første vil det alltid kunne settes spørsmålsteget ved om gruppene/områdene som ble sammenliknet, er tilstrekkelig sammenliknbare. Var det flere viktige forskjeller mellom dem enn at bare det ene området fikk det nye tilbudet? Det er heller ingen etablert konsensus om hvordan data-materialet fra slike studier bør analyseres. I begge studiene har forfatterne utført statistisk signifikanstesting på endringene fra før til etter etableringen av det nye tilbudet, for hver av gruppene for seg. Dette er utbredt praksis ved denne type forskningsdesign. Men det vi egentlig lurer på, er om endringen i det ene området var (signifikant) forskjellig fra endringen i det andre. Uansett – hovedfunnet er klart: Ingen av studiene ga overbevisende dokumentasjon til støtte for troen på at krisepost eller akutteam i vesentlig grad innvirker på antall innleggelser til akuttpsykiatrisk avdeling. I Buskerud, der man hadde etablert en krisepost, økte antall innleggelser omtrent like mye som det gjorde i sammenlikningsområdet. I Telemark, der akutteam ble innført, gikk antall innleggelser ned med hele 25 %, men det viste seg at nedgangen var stor også i sammenlikningsområdet (15 %).

Det er viktig å understreke at selv om studiene ikke kunne vise at tiltakene virket, kan det godt hende de virker likevel. For det første er det alltid grunn til å være forsiktig med å trekke sikre konklusjoner basert på denne type studier, særlig på grunn av usikkerheten knyttet til om gruppene er sammenliknbare. For det andre er det her snakk om studier med relativt få pasienter, og dermed skal det store utslag til før eventuelle forskjeller blir statistisk signifikante. Så til tross for et godt stykke anvendt forskningsarbeid fra begge forsker-

gruppene er vi omtrent like langt som vi var i utgangspunktet: Vi vet ikke om det å opprette akutteam eller kriseposter innvirker på antall innleggelser i psykiatriske akutttavdelinger.

Hva kunne vært gjort annerledes for å øke sjansen for å få et noe klarere svar? Det er antakelig lite forskerne bak disse studiene kunne ha endret på. De har vært prisgitt omstendighetene og har måttet finne pragmatiske løsninger og inngå kompromisser for å kunne gjennomføre en anstendig effektevaluering. Spørsmålet bør heller stilles høyere opp i systemet: Når det innføres nye reformer, programmer eller tiltak på nasjonalt plan, bør det allerede i planleggingsfasen avgjøres hvordan en eventuell evaluering skal gjennomføres. For eksempel er det, som forfatterne av den ene studien skriver, vanskelig «å gjennomføre randomisering av akutte henvendelser» (5). Men det burde ikke vært så vanskelig å innføre akutteam ved halvparten av landets distriktspsykiatriske sentre først og så, hvis evalueringen var positiv, ved den andre halvparten et år eller to senere. Ved å trekke lodd om hvilke sentre som skulle sette i gang og hvilke som skulle vente, ville man på en noenlunde enkel måte ha gjennomført et randomisert, kontrollert eksperiment. En slik studie ville gitt oss et klarere svar på spørsmålet om virkningene av akutteam, både på antall sykehusinnleggelser og andre viktige problemstillinger. Når ordningen allerede er innført over det ganske land, er løpet kjørt. Da får vi ingen solid effektevaluering av akutteam i Norge.

En ny reform er på trappene – samhandlingsreformen (6). Her legges det opp til en rekke organisatoriske endringer. Det skal dessuten innføres nye finansieringsordninger for å få fart på samhandlingen i helsevesenet. Det er knyttet stor usikkerhet til virkningene av slike tiltak, og grundige, godt planlagte evalueringer er derfor påkrevd. En forutsetning er at helsemyndighetene er oppriktig interessert i å finne ut om tiltakene som de innfører har den tilskitede effekten. Det gjenstår å se.

### Atle Fretheim

atle.fretheim@kunnskapssenteret.no

Atle Fretheim (f. 1968) er forskningsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og førsteamanuensis ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- «Du er kommet til rett sted ...» Ambulante akutttjenester ved distriktspsykiatriske sentre. Rapport IS-1358. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
- Gråwe RW, Ruud T, Bjørngaard JH. Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3265–8.
- Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2006, nr. 4: CD001087.
- Bergerud T, Møller P, Larsen F et al. Krisepost ved distriktspsykiatrisk senter reduserer ikke akutttinnleggelser i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1973–6.
- Kolbjørnsrud O-B, Larsen F, Elbert G et al. Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akuttplasser ved sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1991–4.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.