Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i *http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet*.
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.
Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Nevropsykologiske tester ved slag

I Tidsskriftet nr. 19/2009 bruker Jorunn Helbostad og medarbeidere en ny norsk studie til å belegge påstanden om at SINS (screeninginstrument for nevropsykologiske symptomer ved slag) egner seg godt til å fange opp vanlige kognitive svikttegn etter hjerneslag (1). I denne studien ble Sunnaas sykehus sin standard nevropsykologiske undersøkelse av slagrammede brukt som kontrast til tre lite omfattende og presumptivt tidsbesparende tester (ved siden av SINS dreide det seg om screeninginstrumentet Cognistat og «Klokketesten») (2). Selv om det ikke var tilsiktet, kan Helbostad og medarbeideres innlegg oppfattes som et argument mot å gjennomføre grundig nevropsykologisk undersøkelse av slagrammede generelt. Vi var medforfattere på denne studien, og ønsker å presisere at studien de viser til, konkluderte med at man bare med stor forsiktighet kunne trekke slutninger fra disse testene om hvilke kognitive områder som særlig var affisert (2).

I mange tilfeller er en enkel kognitiv screening med tester som SINS mest hensiktsmessig, og ytterligere testing er en unødig belastning for pasienten og lite formålstjenlig med tanke på ressursbruk. Ofte er det hensiktsmessig å starte med en enkel screening og så gå videre med mer sensitive metoder dersom det mistenkes svikt som screeningen ikke kan fange opp. Altfor mange må leve med usynlig kognitiv svikt, men har fått beskjed etter overfladisk testing om at det ikke er noen skade. Testing helbreder ikke kognitiv svikt, men kan gjøre det lettere for personen å tilpasse seg skaden og få forståelse fra andre. Verken å innføre raske skåringsverktøy som eneste alternativ eller å innføre omfattende nevropsykologiske metoder for alle, kan derfor anbefales. Fremdeles står dette fast: grundige utredninger må gjøres der det er indikasjon for det.

Anne-Kristine Schanke
Hilde Bergersen
Sunnaas sykehus

Litteratur

1. Helbostad JL, Saltvedt I, Strobel C et al. Skåringsverktøy i geriatri og rehabilitering. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2020.
2. Nøkleby K, Boland E, Bergersen H et al. Screening for cognitive deficits after stroke; a comparison of three screening tools. Clin Rehabil 2008; 12: 1095–104.

Akuttpsykiatri og legevakt

I Tidsskriftet nr. 19/2009 er det referert resultater fra to «kvasieksperimentelle» undersøkelser hvor hovedformålet i begge var å redusere antallet akuttinnleggelser i den lokale akuttpsykiatriske sykehusavdeling (1, 2). Virkemidlet var forskjellig.

I den ene undersøkelsen var det opprettet en krisepost på døgnenheten ved Drammen distriktspsykiatriske senter. I den andre fungerte et akutteam bemannet med lege og tre psykiatriske sykepleiere med basis i Notodden/Seljord DPS.

Forutsetningen i begge undersøkelser var at henvendelser skulle komme via primærlege de første fem ukedager innen kl 1530 og ikke etter kl 15 fredag. Det var også noe usikkerhet om primærlegene var godt nok orientert.

Som gammel legevaktlege vet jeg at «livskrisehendelser» og mer alvorlige psykiske lidelser har en tendens til å eksponere seg om kvelden/natten og i helgene, og de kommer ikke på bestilling. Enhver legevaktlege vet hvor tidkrevende akuttpsykiatrien er, særlig til disse tider, og gjerne til fortrengsel for andre somatiske akuttmedisinske oppgaver.

Derfor hilser vi velkommen heldøgnsbemannede akuttpsykiatriske kriseteam med basis i distriktspsykiatrisk senter med egen krisepost og kvalifisert døgnbemanning. Dette vil utvilsomt føre til mindre innleggelsespress på den lokale akuttpsykiatriske avdeling for «livskriselidelser». Den generelle legevaktlegen vil føle lettelse ved denne avlastningen og derved kunne gjøre en bedre jobb innen det akutte somatiske feltet.

Begge «kvasieksperimentelle» undersøkelser førte ikke til forventede resultater pga. de nevnte metodologiske svakheter. Det var imidlertid en tankevekkende begynnelse.

Per Steinar Steinsvoll
Sel

Litteratur

1. Bergerud T, Møller P, Larsen F. Krisepost ved distriktspsykiatrisk senter reduserer ikke akuttinnleggelser i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1973–6.
2. Kolbjørnsrud O-B, Larsen F, Elbert G. Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akuttplasser ved sykehus? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1991–4.

O.-B. Kolbjørnsrud svarer:

Per Steinar Steinsvoll påpeker at «livskrisehendelser» og mer alvorlige psykiske lidelser har en tendens til å eksponere seg utenom vanlig arbeidstid. Han hevder at dette vil kunne fortrenge andre somatiske akuttmedisinske oppgaver for legevaktlegen. Han mener derfor at man bør opprette heldøgnsbemannede akuttpsykiatriske kriseteam med basis i distriktspsykiatrisk senter (DPS) med egen krisepost og kvalifisert døgnbemanning.

Notodden/Seljord DPS har opptaksområde på 45 000 innbyggere. Det er godt utbygd og ivaretar de oppgavene som myndighetene forutsetter at et slikt senter skal ha. Vi har god legebemanning også på døgnenhetene. Senteret har akutt- og krisetjenester. Denne tjenesten er videreutviklet etter prosjektperioden i 2004. Vi er lett tilgjengelige for kommunehelsetjenesten på dagtid blant annet gjennom akutteam i Notodden og i Seljord. Etter ordinær arbeidstid er vakthavende psykiater ved senteret tilgjengelig for legevaktlegen på telefon. Vi bruker psykiatrisk akuttavdeling mindre enn resten av fylket.

Akutt- og krisetjenesten ved distriktspsykiatrisk senter skal ikke erstatte primærhelsetjenestens legevaktfunksjon for psykiatriske pasienter, men skal være lett tilgjengelig dersom primærlegen har behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Utfordringen vår er å bruke ressursene på en hensiktsmessig måte. Oppgavefordelingen mellom et slikt senter og sentraliserte sykehusenheter er klart definert i DPS-veilederen. Innsatsen bør innrettes slik at pasienter ikke legges inn på psykiatrisk akuttavdeling dersom de kan tas hånd om ved senteret. Døgnenheter med akuttsenger og kvalifisert personell skal være en del av distriktspsykiatrisk senter. I Telemark skal psykiatrisk akuttavdeling i Skien ivareta øyeblikkelig hjelp-funksjonen etter loven, og denne avdelingen har ressurser til å kunne ta imot pasienter til alle døgnets tider.

I løpet av de ti første månedene i 2009 var det 123 innleggelser ved psykiatrisk akuttavdeling fra vårt opptaksområde. 66 av innleggelsene skjedde på kveldstid, om natten og i helger. Akuttavdelingens