



Ambulant akutteam i psykisk helsevern

DEBATT

STIG HESKESTAD

stig.heskestad@lyse.net

Stig Heskestad (f. 1950) er spesialist i psykiatri og var tidligere sjeflege ved Jæren DPS, der han nå tar timebaserte oppdrag. Han er nylig pensjonert.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ambulante akutteam kan senke terskelen for å oppsøke hjelp og forkorte responstiden innen psykisk helsevern. Her presenteres erfaringer fra Jæren DPS og noen forslag til grunnleggende krav til akutteam.

I Norge ble de første akutteamene i psykisk helsevern etablert rundt år 2000 etter inspirasjon fra de engelske «crisis resolution team». I 2012 var det etablert i alt 61 slike team. I Helsedirektoratets veileder er målsettingen med akutteam å redusere bruk av tvang, unngå unødvendige innleggelse og bidra til økt tilgjengelighet og brukermedvirkning (1). I veilederen oppfordres det til videre evaluering av akutteamenes virksomhet for å skaffe et mer solid kunnskapsgrunnlag til forbedring av driften. Her presenteres erfaringer etter ti års drift av ambulant akutteam ved Jæren distriktspsykiatriske senter (Jæren DPS).

En vesentlig faglig uenighet mellom akutteamene i vårt land er spørsmålet om man skal ta imot uselekterte, direkte henvendelser fra befolkningen. I en avstemning om dette spørsmålet i en ekspertgruppe delte gruppen seg på midten (2). Andre områder hvor det er betydelig sprik mellom akutteamene i Norge gjelder bruk av spesialistressurser (psykiater, psykolog) og åpningstider, noe som også berører spørsmålet om turnusarbeid.

Etablering og virksomhet

Ambulant akutteam ved Jæren DPS (ramme 1) ble etablert i 2007. Psykiaterens rolle er å bidra med kliniske vurderinger ved behov, ukentlig veiledning og godkjenning av alle epikriser. Teamet disponerer biler som benyttes til hjemmebesøk. To av teammedlemmene er «barneansvarlige», med vekt på barn som pårørende.

Ramme 1 Nøkkeldata for ambulant akutteam ved Jæren DPS

Befolkningsgrunnlag: Fire kommuner med til sammen 70 000 innbyggere
Stillinger: Ti stillinger for ansatte med treårig helsefaglig utdanning, psykiater i 25 % stilling
Åpningstider: Alle årets dager kl 7–21. Om natten besvares telefonen av nattsykepleier ved akuttavdeling

Informasjon om akutteamets direkte telefonnummer og åpningstider er samlet på visittkort som er spredt til helse- og sosialtjenesten. Telefonen besvares av en av teamets medlemmer, og det gjøres umiddelbart avtale om videre kontakt, vanligvis samme dag. Det er ønskelig å ha første møte med pasienten hjemme, men noen pasienter foretrekker at samtalen foregår i lokalene til akutteamet ved Jæren DPS.

Av henvendelsene til akutteamet kommer om lag 35 % fra pasienten selv og 25 % fra pasientens familie eller nettverk. 20 % av akutteamets pasienter rekrutteres fra senterets akuttavdeling. Dersom det er tvil om innleggelse er nødvendig, tas akutteamet med i innkomstsamtalen. I tillegg kan noen utskrivninger fremskyndes ved at akutteamet gir rask oppfølging. Telefoniske henvendelser fra fastleger og legevakt utgjør 8 % av teamets nye behandlingssekvenser.

Ved etableringen var det atskillig skepsis hos fastlegene på grunn av beskjedne spesialistressurs i teamet. Holdningen endret seg etter kort tids drift, og i en spørreundersøkelse vi gjennomførte ved det distriktskykiatriske senteret etter ti år, er det en samstemt tilfredshet med akutteamet hos fastlegene.

Årlig er det etablert gjennomsnittlig 340 nye behandlingssekvenser, som i gjennomsnitt består av fire konsultasjoner over seks uker. Om lag halvparten av konsultasjonene foregår hjemme hos pasienten, og det er hyppig telefonkontakt i tillegg til konsultasjonene.

Forebygges innleggelser?

Årlige rater for akuttinnleggelser ved Jæren DPS korrigert for befolkningstilvekst viser at det er tvilsomt om ambulante akutteam i vesentlig grad har forebyggt akuttinnleggelser. Flere forhold taler for at ambisjonene om akutteamenes portvaktfunksjon for akuttavdelingene bør nedtones. Det er ressurskrevende med hensyn på akutteamenes spesialistbemanning, og hjemmebehandling er heller ikke uten videre i tråd med pasienters og pårørendes ønsker. I tillegg kan det stilles spørsmål ved forsvarlighet og ansvarsforhold ved hjemmebehandling.

Vår erfaring er at fastleger og legevakt har et godt faglig skjønn og høy terskel for å henvise pasienter til innleggelse i psykiatrisk institusjon. Om lag halvparten av akuttinnleggelsene gjelder spørsmålet om selvmordsrisiko. Det er grunn til å senke forventningene om å bidra vesentlig til færre innleggelser generelt og til færre tvangsinnleggelser spesielt. Akutteamet disponerer ikke egne krisesenger, noe som ville binde personellressurser på bekostning av ambulante aktiviteter. Den tette relasjonen til akuttavdelingen gjør at akutteamet utad oppfattes som spesialisthelsetjenestens forlengede arm ut i samfunnet (ramme 2).

Ramme 2 Forslag til grunnleggende krav til ambulant akutteam

Faglig og administrativ forankring i et distriktskykiatrisk senter, lett tilgang på spesialistressurser og nær kontakt med lokal akuttavdeling

Uformell og direkte tilgang for kommunehelsetjenesten og publikum

Ett telefonnummer som besvares av helsepersonell med rask kontaktetablering

Vid åpningstid

Teammedlemmer med bred erfaring fra arbeid med psykisk helse, som kan gjøre selvmordsrisikovurderinger, gjenkjenne psykosesyntomer og forholde seg til et spekter av krisesituasjoner

Gode rutiner for journaldokumentasjon, epikriser godkjennes av spesialist

Involvere pasientens pårørende, barn og nettverk etter behov

God kunnskap om det kommunale helsestell og god relasjon bygd på gjensidig tillit

Den viktigste funksjonen for de ambulante akutteamene er å senke terskelen for å oppsøke hjelp og å forkorte responstiden ved et bredt spekter av psykiske kriser. Rask og uformell tilgang er høyt verdsatt og har bidratt vesentlig til å bedre psykiatriens omdømme. Dette stadfestes ved måling av behandlingsutfall og pasienttilfredshet i en fersk, landsomfattende studie (3). Holdningsendringen som skjedde hos fastlegene i vårt område, kan tolkes slik at betydningen av lett tilgang og hurtig hjelp trumfer behovet for spesialistkompetanse.

En vesentlig innvending vil være at akutteam som følger vår praksis, i for stor grad spiser seg inn på kommunehelsetjenestens område. Vår erfaring er at førstelinjetjenesten verdsetter akutteamet som en fleksibel og lett tilgjengelig samarbeidspartner.

Et åpent psykisk helsevern

Det psykiske helsevernet er helt fra asyltiden blitt oppfattet som et lukket system. Publikum og øvrige deler av helsetjenesten har helt til våre dager erfart at terskelen inn i psykiatrien er høy og ventetiden lang. Etablering av akutteam har vært en avgjørende vending mot et åpent og tilgjengelig psykisk helsevern.

LITTERATUR

1. Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre. IS-2156. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
 2. Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne Norge. Forslag oversendt Helsedirektoratet 1.3.2012. Lørenskog: Akuttnettverket, 2012. <https://www.napha.no/attachment.ap?id=622> (5.1.2018).
 3. Ruud T, Hasselberg N, Holgersen KH et al. 1000 pasienter og 25 akutteam. Hvem er de, hva ble gjort og hvordan gikk det? Lørenskog: Akershus universitetssykehus/Akuttnettverket, 2016. www.akuttnettverket.no/.../Utfall_av_behandling_ved_akutteam_Rapport_2016.pdf (5.1.2018).
-

Publisert: 5. februar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1068

Mottatt 7.12.2017, første revisjon innsendt 24.12.2017, godkjent 5.1.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. september 2023.