



Færre innleggelseser krever tettere samarbeid

For å få antallet innleggelseser ned må fastlege, kommunal psykisk helsetjeneste og ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) samarbeide mye tettere enn i dag.

■ Av Cille Steinfeldt-Foss, jobber i det ambulante akutteamet ved Aust-Agder distriktpsikiatriske sentre.

Som enhetsleder for ett av landets 56 ambulante akutteam ser jeg noen ganger at de politiske føringene om samhandling og lokal hjelp der folk bor ikke stemmer med det som faktisk skjer.

Kjenner ikke hverandre

Ambulant akutteam bør ideelt sett være et forsterkende ledd som samhandler med kommunale psykisk helsetjenester og fastlege, for å sikre god hjelp der folk bor og unngå innleggelseser. Teamet vårt har 16 ansatte, med blant annet psykologspesialist, barnevernspedagog, sosionom, psykiatrisk sykepleier, lege og psykiater. Vi har ikke egne kontorer, og baserer oss på å møte pasientene i hjemmet.

Ofte erfarer vi som team at fastleger og kommu-

nal psykisk helsetjeneste verken kjenner hverandre eller har drøftet pasienten. På grunn av manglende samarbeid både internt i kommunene og mellom oss og dem, får vi henvisning om pasienten først når det er gått altfor langt. Pasientene har rukket å havne i en psykisk krise med selvmordstanker, symptomer på psykose, eller annet symptombilde som gir stor grad av funksjonshemming. Dermed blir innleggelse oftere løsningen enn det som er nødvendig.

Ett stort lag

Som ambulante akutteam mener jeg at vi bør jobbe forebyggende så langt vi kan. For eksempel kan vi være et midlertidig forsterkende ledd i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Vi bør etter min mening ikke bare være et mellomledd ved innleg-

gelse. Fastleger og kommunal psykisk helsetjeneste bør tilstrebe å samarbeide med hverandre. Ansvarsgruppe bør bli en standard samarbeidsform, til beste for pasientene og deres familier.

Konsekvenser av det manglende samarbeidet i kommunene blir ofte at vi må hjelpe pasienter med henvisninger til kommunal psykisk helsetjeneste, kontakt med NAV, fastlege, psykiatrisk poliklinikk og andre aktuelle instanser. De kommunale tjenestene med fastlegene må se på hverandre som ett team, som skal sikre pasienter god kontinuitet i behandlingen. Ambulante akutteam kan og skal være en midlertidig forsterkning i samarbeid med dem, ikke være nødt til å hjelpe pasientene med hvor i kommunene, NAV og/eller spesialisthelsetjenesten de skal henvende seg for å få hjelp.

Geografiske forskjeller

Tilgjengelighet, trygghet og forutsigbarhet bør være styrende prinsipper. Pasienter som har vært innlagt må informeres om ambulant akutteam ved utskrivelse, men primært må det være helsepersonell i kommunen som kontakter oss ved behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Min erfaring fra tidligere arbeid i Finnmark er at der det er geografiske forhold med lang vei til institusjon tvinges det frem et godt og tverrfaglig samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, som gjør at pasienter primært kan behandles hjemme. Det er altså mulig å få til. Det handler om vilje.

Feil retning

Foreløpig er det etablert 56 ambulante akutteam i Norge. Mye tyder på stor variasjon i hvordan de jobber, og det er foreløpig uklart hva ulikhetene betyr for brukere og pårørende. Ved Aust-Agder DPS har vårt team vært i drift siden 2006.

Det siste året har vi lagt om måten å drive på i en retning som jeg mener gjør oss mindre i stand til å bidra i den tidlige fasen av et sykdomsforløp.

Bedre før

Fra 2006 til 2013 var vakttelefonen vår tilnærmet åpen. Vi tok imot telefoniske henvisninger fra helsepersonell, og avviste verken pasienter eller pårørende som ringte om sine bekymringer. På denne måten kom vi tidligere til i et sykdomsforløp. Vi kunne oftest hjelpe pasienten med behandling, medisiner og annet uten at innleggelse ble nødvendig.

Fra februar 2013 fikk vi ansvar for vakttelefonen

Ambulante akutteam

- Etablert i nesten hele Norge for å hjelpe pasienter i psykisk krise uten å bruke akutte innleggelse. Foreløpig er det 56 akutt team i Norge.
- Teamet dekker 15 kommuner. De har ikke egne kontorer, og baserer seg på å møte pasientene i hjemmet deres eller annet sted etter ønske fra pasienten.
- Teamet består av 16 personer, deriblant psykologspesialist, barnevernspedagog, sosionom, psykiatrisk sykepleier, lege, sekretær, overlege og enhetsleder.

i Aust-Agder mellom klokka 8 og 22, og en responstid på fire timer (tiden det tar å kjøre fra Hovden til Arendal) for kontakt med pasienten. Det at vi har fått en portvaktfunksjon med hensyn til alle innleggelse i Aust-Agder gjør at pasienter og pårørende vi møter oftest er i en alvorlig psykisk krise. Vi har mistet noe av den muligheten vi tidligere hadde til å få hjulpet før symptomene blir for alvorlige.

Store konsekvenser

Alle våre pasienter får tilbud om hjemmebesøk samme dag vi får henvisning fra fastlege. Det gjør at vi får en unik mulighet til pårørendesamarbeid, men når situasjonen har blitt krisepreget er det vanskelig å motivere for alternativer til innleggelse.

Manglende samarbeid og feil organisering av deler av tjenestene går utover pasientene, når de får en forverring som ikke fanges opp tidlig nok. Ofte med store konsekvenser for parforhold, barn, arbeid og andre viktige livsområder.

«Tilgjengelighet, trygghet og forutsigbarhet bør være styrende prinsipper.»

For å forebygge behov for innleggelse og forverring av sykdom trenger pasienter og pårørende tilgang til lokal hjelp tidligere, gjerne i form av innsatsteam. Dette kan være psykoedukasjon, livsmestringskurs, KID-kurs, familierådgivingskontor, støtte fra NAV og boveiledertjeneste.

Dersom dette skal fungere må tjenestene samarbeide tettere og bedre enn i dag, og gjerne be om midlertidig forsterkning, veiledning og hjelp fra et tverrfaglig ambulant akutteam. ■

Denne artikkelen er skrevet i samarbeid med NAPHAS skrivekurs.