

Presset på psykiatriske akuttjenester stiger og økte ressurser er satt inn. Men bruker vi ressursene optimalt?

Hjelp ved psykososiale kriser

De fleste av oss gjennomgår kriser i livet knyttet til belastende hendelser, tap eller konflikter. Som oftest klarer vi å komme gjennom vanskene ved egne krefter og med støtte fra familie, venner eller kolleger. Men noen ganger kan dette bli utilstrekkelig, ikke minst når det har utviklet seg sterke psykiske symptomer, rusproblemer eller suicidalitet. Da trenger vi mer hjelp og det er viktig at hjelpen gis tidlig og er lett tilgjengelig og situasjonstilpasset.

Lavterskeltilbud som krisetelefoner, interaktive hjelperessurser på Internett og kommunale kriseteam har vokst frem i årenes løp, og mange får god hjelp til å komme seg gjennom en vanskelig situasjon ved å bruke slike tilbud. Primærhelsetjenesten med fastlege, psykiatriske sykepleiere og andre yter vesentlig bistand. Men når slike tjenester blir for spinkle i forhold til problemenes alvorlighetsgrad, står oftest spesialisthelsetjenesten igjen som det eneste realistiske alternativ.

Til tross for betydelig satsing på opptrapping av psykiske helse-tjenester i løpet av de senere år, opplever mange fortsatt mangel på et tilbud når de trenger det raskt. Presset på akuttjenestene i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten ser stadig ut til å øke, og ved akutthenvendelser er problemene gjerne alvorlige. Ved mer enn 50 % av alle akuttinnleggelser i psykiatriske avdelinger i Norge påvises det selvmordsfare, ifølge tall fra Sintef Helse (1). For mange er en slik innleggelse sannsynligvis livreddende, mens andre trolig ville vært bedre tjent med annen behandling dersom mer fleksible og differensierte helsetjenester hadde vært raskt tilgjengelige. Hvilken behandling og hjelp som skal gis, må naturligvis bygges på en grundig vurdering av behovet i dialog med pasient og pårørende, og en slik vurdering krever god faglig kompetanse og klinisk kyndighet.

Men i dag er for mye av akutttilbudene knyttet til tjenester som utføres ved sykehusavdelinger og fordrer innleggelse, mens mange brukere ville kunne nyttiggjøre seg mindre ressurskrevende og inn-gripende hjelpetilbud dersom de hadde fått raskere tilgang til dem. Det er mangel på spesialister i de distriktpsikiatriske sentrene. Pasientene får derfor dårligere polikliniske tilbud, og veiledningen inn mot førstelinjetjenesten blir mangelfull.

I dette nummer av Tidsskriftet rapporterer Eva Try og medarbeidere (2) om sine erfaringer fra det første driftsåret i den såkalte Livs-krisehjelpen, et nytt lavterskeltilbud ved Bergen legevakt for personer som har opplevd psykososiale kriser. Personer i alle aldersgrup-per fikk her et gratis tilbud om akutt krisehjelp og om nødvendig to-tre oppfølgingssamtaler. Ved behov for mer langvarig behandling bistår Livskrisehjelpen med å etablere kontakt med det øvrige hjelpe-apparatet. Rapporten sier ikke noe om hvilke resultater man har oppnådd med denne typen intervensjon. Men at det nye tilbudet allerede blir så hyppig brukt, kan tyde på at tjenesten oppfattes som relevant og nyttig.

Opplevelsen av å stå fast i problemer som stadig øker i omfang og alvorlighetsgrad uten utsikt til endring eller hjelp kan over tid øke risikoen for tap av mening og håp (3). Forebygging av selvmord og andre katastrofale utfall av psykososiale kriser krever derfor at hjelpen gis tidlig. Samtidig må hjelpen oppleves relevant og gis av kompetent personell. Det er ikke lett å tilfredsstille alle disse

kravene til enhver tid og i alle deler av landet. Det er en av de store utfordringene som gjenstår i utbyggingen av tjenestetilbudet til men-nesker med psykiske lidelser. Løsningen ligger ikke i en ytterligere nedbygging av akuttpsykiatriske sengeplasser. Vi bør snarere tenke nytt omkring hvordan vi skal utvikle ambulante akuttjenester. Lav-terskeltilbud som Livskrisehjelpen kan kanskje bidra til å avlaste en ellers hardt presset psykiatrisk akuttjeneste slik at brukere som behøver mer omfattende hjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan få lettere tilgang til det – uten å havne i en svingdørssituasjon.

Rekker av kortvarige kriseresponser uten annen oppfølging er dår-lig ressursutnyttelse, men det er mer alvorlig at en slik håndtering har alvorlige langsiktige virkninger for den enkelte pasient (4). Evnen til å stole på andre mennesker og nyttiggjøre seg behandling som baserer seg på en god terapeutisk relasjon, kan bli sterkt svek-ket. Dersom pasienter opplever at klinikerne bare responderer på deres budskap om økt behov for hjelp når de kommuniserer i form av krisesymptomer eller ved at temaet selvmord bringes på bane, havner både pasienter og behandlere etter hvert i et uføre.

Det er behov for å utvikle mer differensierte og ambulante akuttje-nester – tjenester som er raskt tilgjengelige ved kriser oppstått etter belastende livshendelser og kriser som er utløst av alvorlige psy-kiske problemer. Det skisserte lavterskeltilbudet er viktig – like viktig er det å utvikle annenlinjetjenesten slik at den kan bistå fast-legene i håndteringen av akutte kriser. En slik utvikling vil kreve økonomiske ressurser, men kanskje først og fremst nytenkning, fleksibilitet og samarbeid på tvers.

Lars Mehlum

lars.mehlum@medisin.uio.no

Lars Mehlum (f. 1956) er dr.med., professor ved Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo og leder for Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging.

Litteratur

1. Ruud T, Gråve RW, Hatling T. Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie. Oslo: SINTEF, 2006.
2. Try E, Morken T, Hunsbår S. Livskrisehjelpen ved en legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2056–9.
3. Mehlum L. Om motiver og intensjoner ved selvmordshandlinger. I: Herrestad H, Mehlum L, red. Uutholdelige liv. Om selvmord, eutanasi og behandling av døende. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005: 29–42.
4. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. Br J Psychiatry 2006; 188: 1–3.