

## **Ambulant akutteam som alternativ til innleggelse for ungdom henvist for suicidalitet**

Jan Trygve Wergeland og Rolf W. Gråwe

### **Ambulant akutteam som alternativ til innleggelse for ungdom henvist for suicidalitet**

Det er forsket lite på nytten av ambulant akuttbehandling i psykisk helsevern for barn og unge. Denne studien undersøker sammenhengen mellom etableringen av et ambulant akutteam og bruken av døgnbehandling for ungdom i Kristiansand.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2004) anbefaler utbygging av ambulante tiltak som alternativ til døgnbehandling, faglig begrunnet med at barn og ungdom så langt mulig bør gis tiltak og behandling i sitt nærmiljø uten institusjonsinnleggelse. En utfordring knyttet til denne anbefalingen er at det finnes lite forskningsbasert kunnskap om målgruppene nås, og hvilke konsekvenser dette har for bruken av de eksisterende og tradisjonelle døgnbehandlingstilbudene (Hviding, 2006; Joy, Adams & Rice, 2004). I en oversiktsstudie konkluderer Lamb (2009) med at det er lite forskning av god kvalitet på effekten av alternativer til døgnbehandling for unge mennesker med psykiske problemer. Noen studier støtter bruk av alternativ til døgnbehandling for spesifikke grupper av unge mennesker og at det er behov for en kombinasjon av komplementære modeller i spesialisthelsetjenesten. Men det er manglende kunnskap om hvilke modeller som er best for ulike subgrupper, og det er behov for mer forskning om det terapeutiske innholdet i disse (Lamb, 2009).

*Takk til ledelsen ved ABUP/SSHF, kolleger i ambulant akutteam og Bent Storå for godt faglig samarbeid.*

Norske studier viser at selvmordsrisiko er en viktig henvisningsgrunn i det akutte psykiske helsevern for både voksne (Mellesdal, Mehlum, Wentzel-Larsen, Kroken & Jørgensen, 2010) og ungdom (Ruud, Gråwe & Hatling, 2006). En kanadisk randomisert studie som sammenlignet effekten av et ambulant poliklinisk akutttilbud til ungdom med suicidrisiko med tradisjonell behandling basert på 1?2 ukers ventetid før vanlig døgntilbud i sykehus, viste at pasienter som mottok det ambulante akutttilbudet, hadde signifikant færre sykehusinnleggelser og mindre suicidalitet (Greenfield, Larson, Hechtman, Rousseau & Platt, 2002).

*Etableringen av et ambulant akutteam for ungdom med psykiske vansker var forbundet med en reduksjon i antallet døgnbehandlede pasienter med suicidfare*

For å undersøke om etableringen av et ambulant akutteam for ungdom i Kristiansand hadde betydning for bruken av det tradisjonelle døgntilbudet, ble det gjennomført en parallell evaluering av begge tilbudene. Konkret ønsket vi å undersøke om det nye behandlingstilbudet kunne fungere som alternativ til innleggelse for deler av målgruppen, spesielt for ungdom henvist for suicidrisiko.

## Metode

*Prosedyre og utvalg.* I 2005 ble det etablert et tverrfaglig ambulant akutteam for barn og unge ved Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF) i Kristiansand. Akutteamet var tilknyttet døgnpost for ungdom og var bemannet med 6 stillinger, inklusive 2 psykologspesialister. Teamet tilbød øyeblikkelig hjelp og hadde ansvar for akutte innleggelses i kontortiden fra mandag til fredag. Henviste ungdommer mellom 12 og 18 år fra Vest-Agder fylke (170 000 innbyggere fra 15 kommuner) skulle få utredning og hjelp innen 24 timer etter henvisning. For å undersøke om etableringen av det ambulante akutteamet kunne fungere som alternativ til innleggelses for grupper av pasienter, ble det gjennomført en parallell evaluering av alle innleggelses ved sykehusets døgnpost for ungdom. Døgnposten hadde samme opptaksområde som akutteamet og tilbød akutte, korttids og unntaksvis langvarige døgnbehandlinger. Øyeblikkelig hjelp og innleggelses utenfor kontortid samt i helgene ble primært ordnet via legevakt med oppfølging fra bakvakt i psykisk helsevern for voksne. Vi ønsket å beskrive pasientgruppen som ble behandlet av det ambulante akutteamet, samt om det fant sted endringer i henvisningsgrunn til døgnavdelingen. Til førstnevnte ble det brukt prospektive data av alle pasienter fra en SINTEF-undersøkelse (Ruud, Gråwe & Hatling, 2006) gjennomført i perioden 01.09.05 til 01.09.06 (N = 36 behandlingsepisoder), og til sistnevnte benyttet vi data fra det ordinære pasientadministrative systemet (BUP-data). Endringer i henvisningsgrunner til døgnbehandling i de to årene etter etableringen av akutteamet ble sammenlignet med de to årene før denne etableringen (teamet etablert i løpet av 2005).

*Målinger.* Deskriptive data vedrørende henvisningsgrunn ved døgnpost og akutteam ble hentet fra inkomstjournal i ordinært pasientadministrativt system (BUP-data). Henvisningsgrunner ble kategorisert i følgende kategorier: suicidalitet (selvmordstanker og/eller -planer), rus/ atferdsproblemer, alvorlig psykisk lidelse (faktisk eller tentativ diagnose), spiseforstyrrelse, affektive lidelser, selvskading (uten uttalt suicidalitet), planlagte kortvarige «time-out»-innleggelses og planlagt utredning. En rekke kliniske variabler ble i en periode prospektivt skåret av ansvarlig behandler (hele behandlingsperioden) for alle mottatte pasienter i akutteamet (Ruud, Gråwe & Hatling, 2006). Fordi hovedfokus her er på henvisningsgrunner til døgninnleggelse, rapporteres kun kjønn, alder og vurderinger av suicidalitet i undersøkelsen.

*Etikk.* Bruken av sykehusdata var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, og studien utført av SINTEF var godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk.

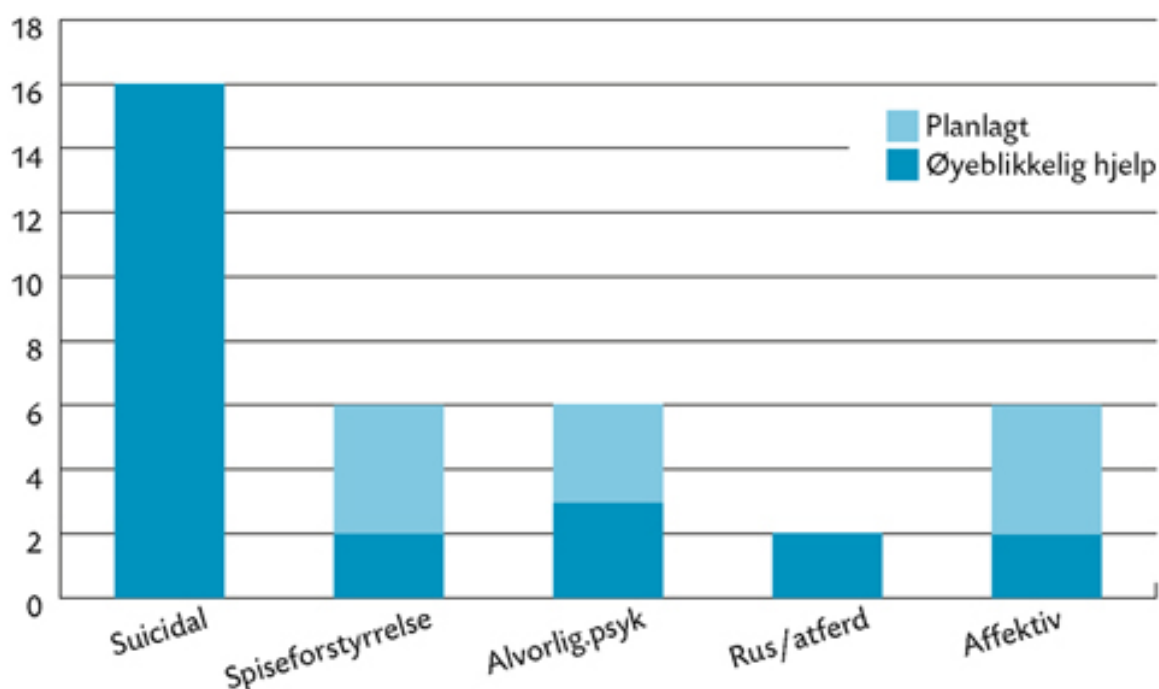
Helsedirektoratet godkjente også sistnevnte med fritak for taushetsplikten. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra omsorgspersoner til pasienter under 16 år. Representanter for brukerorganisasjonene Mental helse og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri deltok i referansegruppe og seminarer i tilknytning til planlegging og forberedelser av studien.

## Resultater

Undersøkelsen av de første pasientene i akutteamet (fra september 2005 til september 2006) inkluderte 36 behandlingsepisoder fordelt på 35 pasienter. Av disse var 36 % gutter, og gjennomsnittlig alder var 16,5 år. 64 % av behandlingsepisodene var vurdert som øyeblikkelig hjelp henvisninger, og 45 % var henvist på grunn av suicidfare. Resten var omtrent likt fordelt på øvrige henvisningskategorier (figur 1). Av de 16 episodene henvist for suicidfare ble 8 vurdert å ha reelle selvmordtanker og 4 å ha konkrete selvmordsplaner. I løpet av evalueringsperioden ble seks (17 %) av akutteampatientene innlagt på døgnet, og ingen var begrunnet med suicidfare.

BUP-data fra døgneten fra 2003 til 2007 inkluderte 344 behandlingsepisoder (tabell 1).

**Figur 1.** Antall planlagte henvisninger og Øyeblikkelig hjelp-henvisninger (ØH) fordelt på kliniske henvisningsgrunner til akutteam i perioden 01.09.05–01.09.06, (N = 36).



For å undersøke om det var endringer i innleggelser, gjeninnleggelser eller ulike kliniske innleggelsesgrunner, sammenlignet vi data fra de to årene før og etter innføringen av akutteamet (2005 var et implementeringsår). I khikvadrattester ble antallet med og uten oppgitt innleggelsesgrunn sammenlignet (f.eks. antall innlagt med og uten spiseforstyrrelser). Det var en meget stor reduksjon i antall innleggelser med suicidrisiko fra de to årene før innføring av akutteamet til de to årene etterpå ( $X^2(1) = 61,40$ ,  $p < 0,001$ ). Mens drøyt halvparten av de innlagte pasientene hadde suicidrisiko før akutteamet (55 %), hadde bare 1/5 dette etter innføring av akutteamet (20 %). Av de 36 første behandlingsepisodene som ble mottatt av akutteamet i løpet av de første 12 månedene etter oppstart i 2005, ble det registrert 16 episoder (45 %) henvist for suicidrisiko. Ingen av disse ble innlagt på sykehuset, og ingen tok sitt liv i behandlingsperioden.

En slik endring i andelen med suicidrisiko forventes å ha dreiningseffekter på andre innleggelsesgrunner. Parallelt med dette ble det i de to årene etter etableringen av akutteamet målt en signifikant økning i antallet gjeninnleggelser ( $X^2(1) = 18,18$ ,  $p < 0,05$ ), antallet med alvorlige psykiske lidelser ( $X^2(1) = 12,93$ ,  $p < 0,05$ ), antallet med spiseforstyrrelser ( $X^2(1) = 12,05$ ,  $p < 0,05$ ) og affektive lidelser ( $X^2(1) = 6,09$ ,  $p < 0,05$ ).

## Diskusjon

Den prospektive undersøkelsen viste at majoriteten av øyeblikkelig hjelp-henvisningene som ble mottatt av ambulant akutteam i perioden, var knyttet til suicidfare, og at ingen av de 45 % av pasientene med suicidfare som ble mottatt de første 12 månedene, ble overført til døgnbehandling. Dette gjenspeiles også i statistikken over innleggelsesgrunner i døgnavdelingen i perioden 2003? 2007: Her ble antallet døgninnleggelser knyttet til suicidfare mer enn halvert i løpet av de to årene etter opprettelsen av ambulant akutteam. Det betyr at akutteamet i stor grad mestret å behandle suicidalproblematikk hos ungdom poliklinisk og ambulant uten å benytte døgnbehandling. Dette funnet kan henge sammen med flere faktorer. Et tverrfaglig akutteam med kompetanse og erfaring knyttet til suicidalvurderinger vil raskt kunne vurdere suicidfare og iverksette viktige tiltak. Erfaringsmessig vil en betydelig andel av de som henvises for suicidalfare, ikke vurderes å ha stor suicidfare av erfarent helsepersonell. En intensiv og ambulant oppfølging kan raskt ha en klinisk stabiliserende effekt etter akuttmottaket. Videre vil akutteamets samarbeid med nettverket rundt pasienten bidra til øket mestring og egeninvolvering. Dette er velkjente prinsipper for behandling av

ungdom med suicidfare (Stangeland, 2012). Et behandlingstilbud fra et ambulant akutteam vil også være en støtte og trygghet for annet helsepersonell som henviser ungdom med suicidfare.

Akutteamet i Kristiansand ble opprettet med hovedfunksjon knyttet til behandling av akutte tilstander og øyeblikkelig hjelp-henvisninger med en hovedmålsetting om å redusere døgninnleggelser for enkelte pasientgrupper. Studien viser at det fant sted en sterk reduksjon av antallet døgninnlagte med suicidfare og en parallell økning i antall gjeninnleggelser og andelen med andre psykiske innleggelsesgrunner. Reduksjonen i antallet innlagte med suicidfare som henvisningsgrunn indikerer at akutteamet bidro til å redusere antallet døgninnleggelser for pasientgruppen, og at teamet i disse tilfellene har fungert som et alternativ til innleggelse.

**Tabell 1. ANtall gjeninnleggelser og innleggelsesgrunner på døgnavdeling i perioden 2004 til 2007 (prosent i parentes).**

|                                    | Før akutteam (n = 123) |             |               | Etter akutteam (153) |             |   |
|------------------------------------|------------------------|-------------|---------------|----------------------|-------------|---|
|                                    | 2003 (n=71)            | 2004 (n=52) | 2005 (n = 68) | 2006 (n=63)          | 2007 (n=90) |   |
| Gjeninnleggelser                   | 29 (41)                | 18 (35)     | 23 (34)       | 31 (49)              | 38 (42)     | * |
| Suicidrisiko                       | 41 (58)                | 27 (52)     | 23 (34)       | 12 (19)              | 19 (21)     | * |
| Rus/<br>atferdsvansker             | 7 (10)                 | 6 (12)      | 16 (24)       | 10 (16)              | 8 (9)       |   |
| Alvorlig<br>psykisk<br>lidelser    | 6 (8)                  | 11 (21)     | 13 (19)       | 21 (33)              | 9 (10)      | * |
| Spiseforstyrrelser                 | 1 (1)                  | 2 (4)       | 6 (9)         | 12 (19)              | 10 (11)     | * |
| Affektive<br>forstyrrelser         | 16 (23)                | 4 (8)       | 9 (13)        | 6 (10)               | 18 (20)     | * |
| Selvskading                        | 0                      | 2           | 1             | 1                    | 2           | ? |
| 'time-out' fra<br>hjemmesituasjone |                        | 1           | 0             | 0                    | 21 (23)     | ? |
| Utredning                          | 0                      | 0           | 0             | 2                    | 1           | ? |

En viktig metodisk svakhet med studien er at det er et lite utvalg i SINTEF-undersøkelsen, og at man ikke kjenner til hvor mange som ville blitt døgnbehandlet dersom teamet ikke hadde eksistert. Da det ikke er benyttet en randomisert metode, kan man ikke konkludere med at det var akutteamet alene som forårsaket nedgangen i innleggelser med suicidproblematikk. Det er derimot rimelig å anta at denne endringen hang sammen med etableringen av akutteamet, da det i perioden ikke fant sted

andre større organisatoriske endringer i det akutte tjenestetilbudet til målgruppen i opptaksområdet. Det er heller ikke rimelig å vente at dette skyldes endring i sykkelighet i befolkningen.

Samtidig er det klart at et ambulant akutteam ikke kan være en erstatning for et tradisjonelt psykiatrisk døgntilbud. Denne typen ambulant akuttbehandling for ungdom må derfor betraktes som et viktig supplement til tradisjonell døgnbehandling (Lamb, 2009). Det er mange ulike grunner til at ungdom legges inn ved døgnpost, og det er derfor viktig med et differensiert tilbud i det akutte psykiske helsevernet for barn og unge, og at man bør ha alternativer til tradisjonell døgnbehandling for denne gruppen. Det er derimot viktig med mer forskningsbasert kunnskap om dette for å styre helsepolitiske og helseøkonomiske valg.

### Konklusjon

Etableringen av et ambulant akutteam for ungdom med psykiske vansker var assosiert med en reduksjon i antallet døgnbehandlede pasienter med suicidfare. I tillegg til at pasienter med suicidfare var en stor gruppe pasienter ved akutteamet, ble ingen av disse døgninnlagt av akutteamet.

### Referanser

- Greenfield, B., Larson, C., Hechtman, L., Rousseau, C. & Platt, R. (2002). A rapid-response outpatient model for reducing hospitalization rates among suicidal adolescents. *Psychiatric Services*, 53(12), 1574–1579.
- Hviding, K. (2006). *Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 22–2006.
- Joy, C. B., Adams, C. E. & Rice, K. (2004). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, 4. Art. No.: CD001087.pub2. DOI: 10.1002/14651858.
- Lamb, C. E. (2009). Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Current Opinions in Psychiatry*, 22, 345–350.
- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R. & Jørgensen, H. A. (2010). Suicide risk and acute psychiatric re-admissions: a prospective cohort study. *Psychiatric Services*, 61(1), 25–31.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2004). Nedlastet juni 2005 fra <http://odin.dep.no/filarkiv/187063/S.pdf>.

Ruud, T., Gråwe, R.W., & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie. SINTEF-rapport A310.*

Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(2), 138–144.