

Kunnskapsflom skaper hodepine

En god balanse mellom generelle og spesialiserte tjenester er helt nødvendig i klinisk virksomhet. Men vi mangler fortsatt kunnskap om hvordan få til en slik balanse, til beste for pasientene.

TEKST

Liv Kleve

PUBLISERT 12. april 2021

Kunnskapseksplosjonen det siste århundret har medført revolusjonerende utvikling av våre helsetjenester. Ett resultat er fremvekst av ulike områder for spesialisering. Samtidig er generalistens oppgave i økende grad preget av å sikre oversikt over tilbud og gi stadig flere henvisninger til spesialister.

Debatten om behov for økende spesialisering kan spores tilbake til 1945, i en artikkel med tittelen «Clinical specialism» (Rosen et al., 2013). Her antydes det at spesialisering nettopp utviklet seg som en naturlig konsekvens av kunnskapsutvikling og mestring av nye teknikker. Samtidig ble det i artikkelen gitt et varsko om faren ved å begrense samhandling på tvers av spesialiteter. En annen bekymring var en mulig fremvekst av ekspertisemiljøer som kunne bli mer opptatt av klinikerne enn pasientene. Nødvendigheten av god balanse mellom generelle og spesialiserte tjenester og en kultur som understøttet kollegiale og samarbeidende relasjoner mellom alle, ble vektlagt.

76 år senere er spørsmålet: Er gode løsninger på utfordringene utarbeidet, eller har nye og flere dilemmaer vokst frem?

Ny kunnskap, nye dilemmaer?

Ny kunnskap anses oftest som kilde til ny forståelse og utvikling. Å følge med på kunnskapsutviklingen kan imidlertid være krevende. Men en større utfordring er at kunnskapen skal implementeres før den til syvende og sist kan komme pasientene til gode. Å være best i klassen på forskning er faktisk ingen garanti for gode pasienttilbud, hovedsakelig fordi vi mangler kunnskap om implementering (Bero et al., 1998; Flottorp & Aakhus, 2013; Forsner et al., 2010). Innføring av ny metodikk i klinikk tar i gjennomsnitt hele 17 år (Baker et al., 2010). For lavprevalente lidelser (rundt 1 % av befolkningen) er det særs utfordrende å opparbeide og vedlikeholde «den rette» kompetansen (Baker et al., 2010). Når en tjeneste til tross for utfordringer klarer å innføre aktuell kompetanse hos enkelte behandlere, tilsier vanlig turnover at det tar få år å miste denne. En utfordring blir derfor hvordan vi kan organisere tjenester på en optimal måte.

Det var blant annet ut fra erkjennelsen av at travle klinikere trenger hjelp til oversikter og systematisering av kunnskap at britene i 1999 først opprettet National Institute for Health and Care Excellence (NICE) og utviklet nasjonale faglige retningslinjer. Pakkeforløpene i psykisk helsevern skulle i tillegg sikre oversikt og kontinuitet i behandlingsforløp samt kunnskapsbasert behandling.

Men både i faglige retningslinjer og i pakkeforløp er det lite fokus på implementering og organisering av tjenester. Dagens pakkeforløp for spiseforstyrrelser og psykoselidelser (begge lavprevalente lidelser) illustrerer dette: Pakkeforløpene tydeliggjør pasienters rett til informasjon og valg mellom ulike behandlingsmetoder, til oversikt og kontinuitet. Behandlere blir pålagt å registrere aktiviteter som skal sikre måloppnåelse. Det er imidlertid uklart om det antas at ansatte allerede har tilgang til anbefalte metoder, hvordan metodene skal implementeres, og ikke minst hvordan tjenester for lavprevalente pasientgrupper bør sikres. Disse oppgavene overlates til landets mange klinikker og enda flere ledere.

Enda et dypdykk i litteraturen presenterer oss for følgende valgets kvaler: Studier viser at spesialiserte team har en positiv effekt på ansattes trivsel og turnover, og at pasienter har bedre utbytte av behandling målt blant annet i antall innleggelses og livskvalitet (Craig et al., 2004; Garety et al., 2006). Samtidig er pasientens reise gjennom et uoversiktlig og oppstykket helsevesen et av problemområdene som den nye sykehusplanen løfter frem (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019). Kritiske røster påpeker at spesialisering ofte fører til flere behandlerbytter, og at det svekker kontinuiteten i terapeutiske relasjoner, noe som er en anerkjent mekanisme for endring. Videre påpekes det at kontinuitet er foretrukket av både pasienter og behandlere (Burns, 2010; Lodge, 2012; Schmidt-Kraepelin et al., 2009). Stadig flere rapporter viser også til ansvarsfraskrivelse ved uavklarte tilstandsbilder der tjenester verken sikrer hjelp eller følger opp anbefalinger gitt fra spesialister. Ukom etterlyser blant annet plikten til samhandling som et «must» for at pasienters rettigheter skal sikres (Ungdom med uavklart tilstand, 2020).

Kunnskapsflommen påvirker altså forventninger fra både styresmakter og pasienter. Kunnskapen skal forvaltes av tjenester og travle klinikere som må forholde seg til at definisjonen av «faglig forsvarlighet» er i stadig utvikling. Det vises til bedre pasientutbytte av nye og spesifikke metoder, men kunnskap om implementering er som sagt fremdeles mangelvare. Vi har dessuten informasjon som påpeker at kontinuitet kan være vel så viktig som en spesialisert tilnærming. Informasjonen kan således virke motstridende, og vi mangler fremdeles solid kunnskap som kan veilede oss i hvordan vi kan organisere tjenester til det beste for pasientene. Utfordringene er: Hvordan sikre implementering av ny kunnskap, hvordan organisere tilbudet til lavprevalente grupper, og hvordan utvikle pasienttilbud som integrerer spesialisering med kontinuitet?

Utvikling av tilbud i Helse Bergen

Utfordringene som er beskrevet over, grep vi etter beste evne fatt i etter en ekstern evaluering av Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen (PBU HB) i 2012

(Holst, 2012). Klinikken hadde den gang syv allmenne poliklinikker (BUP-er), en poliklinisk spesialpoliklinikk (nevro og autisme), ambulante tjenester, en konsultasjonstjeneste og tre sengeposter. Under følger en beskrivelse av våre løsninger, en evaluering av tiltakene, og i tillegg en sakte åpenbaring av nye problemstillinger.

Evalueringen av klinikken pekte på betydelige variasjoner i pasienttilbudet mellom BUP-ene. Både behandlere, ledere og brukergrupper kommuniserte behov for større likeverdighet i tjenester samt bedre samhandling mellom seksjonene. Tilbudet til pasienter med mer sjeldne og alvorlige lidelser ble ansett som særlig mangelfullt. I løpet av noen år foregikk det en utviklingsprosess som blant annet resulterte i etablering av flere spesialteam for lavprevalente pasientgrupper, kalt «tyngdepunkt», for henholdsvis OCD, psykose, spedbarn og småbarn, alvorlig selvskadning og spiseforstyrrelser. Felles for tyngdepunktene var:

- Antall behandlere i hvert tyngdepunkt skulle være minimum tre.
- Ansatte skulle ha tilhørighet i faste tyngdepunkt rettet mot spesifikke pasientgrupper. Men for å sikre god samhandling og dialog mellom seksjoner ble tyngdepunktene organisert som team med delte stillinger mellom allmenne poliklinikker (BUP-er) og tyngdepunktene.
- Innhold og metodikk var definert med utgangspunkt i nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer.

Utarbeidelse av pasientforløp med tydelig oppgavedeling skulle sikre sømløse overganger og kontinuitet:

- Henvisning til alle tyngdepunktene skulle skje ved sekundærhenvisning fra BUP.
- Behandler i BUP hadde rollen som koordinator.
- Forventning om regelmessig kommunikasjon mellom koordinator i BUP og behandler i tyngdepunkt ble tydelig beskrevet.

Etter noen års drift av tyngdepunktene ble det foretatt en elektronisk spørreundersøkelse av ansattes opplevelser av utviklingsprosessen og de nye pasienttilbudene (Sunde & Skarstein, 2017). Et stort flertall av respondentene mente at organisering og utvikling av tyngdepunktene hadde bidratt til å tydeliggjøre klinikkens faglige retning, og at pasienter og pårørende hadde fått et bedre tilbud. Respondentene opplevde også at medarbeiderne hadde vært involvert på en god måte i utviklingen av tyngdepunktene.

Spesialisten og generalisten

Underveis og i etterkant av utviklingsprosessen har det imidlertid kommet frem flere perspektiver som gir grunn til ettertanke:

Å få mulighet til spesialisering ser ut til å virke motiverende for behandlere, noe som blant annet gjenspeiles i lav turnover og stort engasjement for videre utvikling av tyngdepunktene. Erfaringene er i tråd med forskning referert innledningsvis. Etter

hvert har det imidlertid fremkommet ønsker om ytterligere spesialisering. Ved etablering av tyngdepunktene ble det lagt til rette for delte stillinger mellom generell poliklinikk og tyngdepunkt. Tanken med generalistperspektivet i bunn var å finne en optimal løsning som sikret integrasjon og kontinuitet mellom spesialiserte enheter og allmenne poliklinikker / BUP-ene, og ikke minst hindre fremvekst av elfenbenstårn med egne kulturer. Men etter få år ønsket flere medarbeidere i tyngdepunktene å endre sine delstillinger til 100 %-stillinger. Argumentasjonen var at det ble for krevende med delte stillinger og et ønske om mer tid til en spesifikk pasientgruppe.

Klinikkledelsen har etterkommet slike ønsker, hovedsakelig ut fra en filosofi om å involvere ansatte i avgjørelser og for å beholde kompetanse. I ettertid er det etablert enda flere spesialtilbud, og ytterligere spesialisering er fortsatt ønsket av ansatte. En utfordring blir imidlertid hvordan flere spesialtilbud på lengre sikt vil påvirke generalist-tilbudet representert av BUP-ene, samt kontinuiteten i behandlingstilbudet.

«Generalistens rolle og vilkår er vår tids nye, store utfordring i psykisk helsevern»

Kritiske røster har med jevne mellomrom latt seg høre nettopp fra BUP-ene, blant annet med frustrasjoner over mulighet for tyngdepunktene til å avvise pasienter som ikke anses som motiverte eller å «passe inn» i de spesifikke tilbudene. En kjent problematikk er jo at selv med den beste metoden vil det angivelig være rundt 30-40 % av pasientene som ikke responderer (Bjåstad et al., 2020; Reynolds et al., 2012). Selv om tyngdepunktene i dag bidrar med viktig spesialkompetanse for pasientgrupper som tidligere ikke mottok god nok hjelp, opplever BUP-ene at de i tillegg til å skulle håndtere et voksende antall nye oppgaver pålagt av styresmakter, kan bli sittende med de mest komplekse og utfordrende sakene: pasienter som enten mangler motivasjon til å delta i et program, eller som har altfor sammensatt problematikk til at tyngdepunktene av kapasitetsmessige årsaker kan håndtere oppdragene. Kompleks og uavklart problematikk vokser således frem som et nytt område det etterlyses «spesialiserte tjenester» for.

Så her står vi. Vi har lyktes i oppgaven med implementering av en rekke nye metoder og med organisering av spesialiserte tilbud. Samtidig utfordres vi av stadig flere ønsker om spesialisering, kombinert med et økende antall nye oppgaver som først og fremst tilfaller våre allmenne poliklinikker, det vil si behandlere i BUP-ene.

Kunnskapseksplosjonen tvinger altså frem behov for spesialisering. Men mens behandlere i spesialiserte enheter får vie storparten av tiden til avgrensede og ønskete kliniske oppgaver, favner generalistene fremdeles flere store pasientgrupper og til dels uavklarte og komplekse tilstandsbilder. I tillegg utfordres generalisten av et økende antall nye oppgaver: Tidsfrister, koordinering av pasientforløp og samhandling med en rekke andre etater.

Troen på at spesialisering av helsetilbud er den saliggjørende løsningen på dagens utfordringer, synes nå å komme fra alle kanter og foreslås til og med for de store diagnosegruppene som angst og ADHD. Hvordan ivareta generalistens rolle fremover? Løser vi det med ytterligere klinisk sub-spesialisering, eller er tiden inne for å sikre dem tilstrekkelig hjelp til «ikke-kliniske oppgaver», med flere ansatte og spesialister innenfor områdene systemforståelse, forløpskoordinering og samhandling? Generalistens rolle og vilkår er vår tids nye, store utfordring i psykisk helsevern.

TEKST

Liv Kleve, Klinikkdirektør, Psykologspesialist, Ph.D.

+ Vis referanser

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E.J., Cheater, F., Flottorp, S., & Robertson, N. (17. mars 2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *BMJ*, *341*, e3323. doi:10.1136/bmj.e3323 (3), Cd005470. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub2>

Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D., & Thomson, M.A. (15. aug. 1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group*. *BMJ*, *317*, 465-468. doi:10.1136/bmj.317.7156.465 (7156), 465-468. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7156.465>

Bjåstad, J.F., Haugland, S.B., & Kornør, H. (2020). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). *Psykisk helsevern*, *29*, 1-10. doi:10.1111/psk.12400 (2).

Burns, T. (2010). The dog that failed to bark. *BMJ*, *341*, e3323. doi:10.1136/bmj.e3323 (3), 361-363.

Craig, T.K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., & Dunn, G. (6. nov. 2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, *329*, 1067-1071. doi:10.1136/bmj.329.7474.1067 (7474), 1067. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7474.1067>

Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blasè, K.A., Friedman, R.M., Wallace, F., Burns, B., Carter, W., Paulson, R., Schoenwald, S., Barwick, M., Chambers, D., Petril, J., Rivard, J., & Shern, D. (2005). *Implementation Research: A Handbook of Strategies for Making Programs and Services Work*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. doi:10.4133/9780761913443 (USF University of South Florida).

Flottorp, S., & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *BMJ*, *347*, f1111. doi:10.1136/bmj.f1111 (f1111), f1111. <https://doi.org/https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>

Forsner, T., Hansson, J., Brommels, M., Wistedt, A.A., & Forsell, Y. (20. jan. 2010). Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMJ*, *340*, b762. doi:10.1136/bmj.b762 (b762), b762. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-8>, 8.

Garety, P.A., Craig, T.K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., Read, J., & Power, P. (jan. 2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *BMJ*, *332*, 37-45. doi:10.1136/bmj.332.7657.37 (7657), 37-45. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007286>

Giacco, D., Bird, V.J., McCrone, P., Lorant, V., Nicaise, P., Pfennig, A., Bauer, M., Ruggeri, M., Lasalvia, A., Moskalewicz, J., Welbel, M., & Priebe, S. (25. nov. 2015). Specialised teams or personal continuity across inpatient and outpatient mental healthcare? Study protocol for a natural experiment. *BMJ Open*, *5*, e008996. doi:10.1136/bmjopen-2015-008996 (11), e008996. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008996>

Holst, G. (2012).

, (2020).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-astilling-nou-2020-1/id2697868/>

Killaspy, H. (2012). Importance of specialisation in psychiatric services. Commentary on ...
How did we let it come to this? , 364-365.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.039537>

Lodge, G. (2012). How did we let it come to this? A plea for the principle of continuity of care.
, 361-363.

(2019). (Meld. St. 7 (2019-2020), Issue.

Parker, G., Corden, A., & Heaton, J. (2010).

<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Continuity.pdf>

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012, Jun). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. (4), 251-262.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005>

Rosen, A., Killaspy, H., & Harvey, C. (2013). Specialisation and marginalisation: how the assertive community treatment debate affects individuals with complex mental health needs.
(11), 345-348. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.044537>

Schmidt-Kraepelin, C., Janssen, B., & Gaebel, W. (nov. 2009). Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany.
, S205-212. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0056-7>

Sunde, I., & Skarstein, L.S. (2017).

(2020). (Ukom - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten, Issue.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/3dc0bdf82b9347638123938b89ebd911/rapport-3-2020-ungdom-med-uavklart-tilstand.pdf>