Våre funn: Behandlingen er ikke helhetlig



Ukom



SOMATISK HELSE HOS PASIENTER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE

Våre funn: Behandlingen er ikke helhetlig

Publisert 23. august 2023

ISBN 978-82-8465-033-3

Inger ble lagt inn på en akuttpost i psykisk helsevern fordi det ble forutsatt at hun var kjent der og at hun best kunne ivaretas i en slik avdeling. Spørsmålet er hvilke rammer avdelingen i psykisk helsevern hadde for følge opp Ingers somatiske lidelse, og hvilke muligheter avdelingen hadde for å få bistand fra somatiske avdelinger. De kommende avsnittene drøfter funn knyttet til disse forholdene.

Somatisk oppfølging i psykisk helsevern

I psykisk helsevern er det rutiner for kartlegging av somatisk helse, med måling av blodtrykk, puls, en kort somatisk undersøkelse og blodprøver. Ved behov for mer omfattende undersøkelser søkes bistand fra somatisk avdeling.

Avdelinger i psykisk helsevern har varierende tilgang på medikamenter, utstyr og kompetanse for somatisk undersøkelse, behandling og overvåking. Medikamenter for akutte situasjoner er gjerne tilgjengelig i eget akuttutstyr. Logistiske rammer kan også være utfordrende, for eksempel å ta blodprøver utover fast oppsatte tider som helg og ettermiddag. Bemanningen i psykisk helsevern er sammensatt primært for å ivareta psykisk helse. Det er derfor flere ansatte som ikke har somatisk behandling i sin kjernekompetanse. Ved enkelte avdelinger er det også høy andel personer uten helse- og sosialfaglig utdanning. Ulikheter i utstyr, undersøkelsesrom og kompetanse påvirker mulighetene for god observasjon og behandling av somatiske tilstander.

Selv om pasienten ikke mottar aktiv somatisk behandling, er det behov for kompetanse på somatisk observasjon i psykisk helsevern. Det er nødvendig for å oppdage forverring av somatisk tilstand, og for oppfølging av medikamentell behandling. I Ingers tilfelle handlet det om smertelindring.

I april 2020 lanserte Helsedirektoratet nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand (41). Rådene gjelder også for psykisk helsevern. I rapporten «Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost» anbefaler Ukom at de faglige nasjonale rådene blir implementert i døgnenheter i psykisk helsevern (42).

«Hun blir værende i psykiatrien selv når en har konstatert en akutt hjertelidelse. Vi har ikke mulighet til å behandle hjertetilstanden eller smertelindre på samme måte som i somatikken. Vi har ikke erfaring med dette når det gjelder hjertelidelser. Vi har heller ikke mulighet å overvåke. Vi vet det er høy risiko etter hjerteinfarkt.»

OVERLEGE

Hjerteobservasjon er en viktig del av oppfølgingen ved hjertesykdom. Dette inkluderer overvåking av hjerterytmen, blodtrykk og oksygenmetning. Denne overvåkningen gir helsepersonell verdifull informasjon om pasientens tilstand og hjelper dem med å sette inn nødvendige tiltak. Slik observasjon bidrar til å redusere dødeligheten etter hjerteinfarkt. Sengeposten der Inger var innlagt hadde ikke mulighet for slik kontinuerlig overvåking.

De siste timene fikk Inger igjen smerter. Avdelingen kunne ikke gi morfin intravenøst. Dette ville vært det beste i en slik situasjon. Ut fra tilgjengelig utstyr og medisiner fikk hun først tabletter. Senere fikk hun morfin fra akuttkoffert, som intramuskulær injeksjon. Det er beskrevet at hun hadde effekt av injeksjonen, men dette er ikke førstevalgsbehandling ved brystsmerter.

Ukom ser at mange avdelinger i psykisk helsevern ikke har rammer eller bemanning for å ivareta eller overvåke somatisk helse hos innlagte pasienter.

Geografisk og organisatorisk avstand

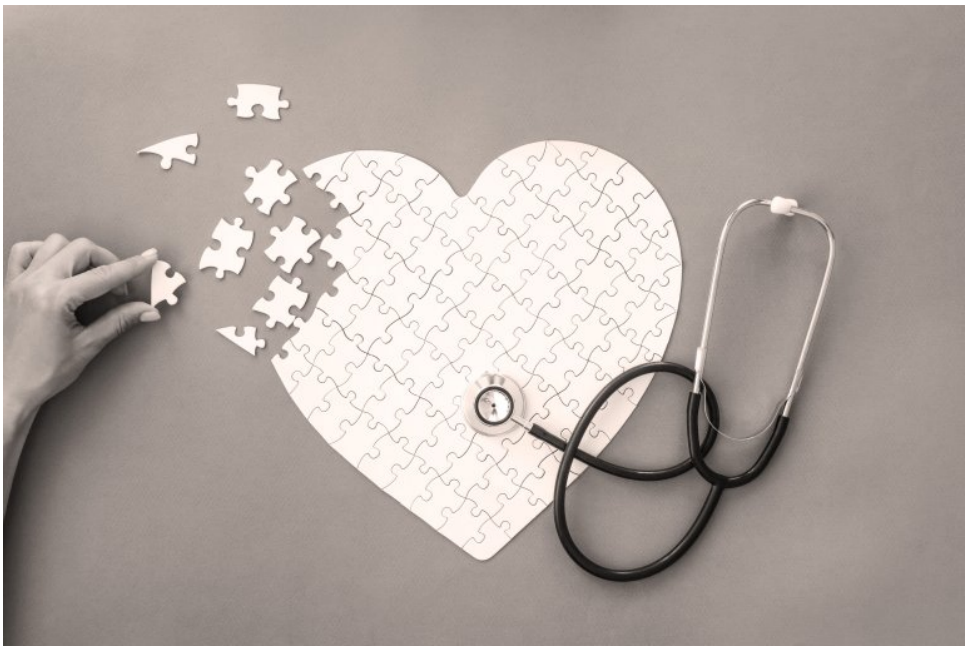
Ved behov for tilsyn vil avstanden mellom somatisk avdeling og psykisk helsevern få betydning. Hvor langt det er til somatisk avdeling påvirker terskelen for tilsyn og tiden det tar for å få hjelp. Noen sykehus har korte avstander eller felles akuttmottak, mens andre steder kreves ambulansetransport hvis pasienten skal flyttes mellom avdelinger.

Der Inger var innlagt ble det anslått at det tar ca. 15 minutter å overflytte en pasient ved akutte behov. Det er beskrevet at somatiske tilsyn ved avdelingen ble gjennomført ved å ta pasienten til somatisk avdeling. Ingen av informantene kunne gi eksempel på at leger fra somatiske avdelinger hadde kommet til sengepost i psykisk helsevern for å vurdere pasienter. Et argument for dette var at utstyr for undersøkelse ikke er tilgjengelig, og det derfor er mer praktisk å ta pasienten til somatisk avdeling.

Geografisk og organisatorisk avstand vil i tillegg føre til at pasienter i større grad drøftes per telefon, og ikke undersøkes fysisk av lege med relevant kompetanse. Med informasjon som kun er gjengitt muntlig, svekkes grunnlaget for å treffe gode beslutninger. Avstand kan også bidra til at ansvarsfølelsen for en pasient reduseres. Dette kan påvirke innholdet i behandlingen og hvilken pasient som blir prioritert. Samlokalisering gir ikke i seg selv bedre samhandling, men kan legge forholdene til rette for dette. Fungerende konsultasjon- og liaisontjenester mellom psykisk helse og somatikk kan kompensere for avstand.

Ukom har fått informasjon fra representanter ved to sykehus som delvis har samlokalisert psykisk helsevern og somatiske avdelinger. De forteller at det ikke bare er den geografiske plasseringen i seg selv som har betydning, men tettere samhandling som følge av redusert avstand. Nærhet kan gi tettere samarbeid og mer helhetlig ivaretagelse av pasienter. En sterkere oppfattelse av felles ansvar er viktig for en helhetlig tilnærming.

Ukom finner at geografisk og organisatorisk avstand vanskeliggjorde helhetlig ivaretakelse av Ingers psykiske og fysiske helse.



Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Kjennskap til ulikheter i rammebetingelser

Psykisk helsevern og somatiske avdelinger trenger god kjennskap til hverandres rammer for å ta gode beslutninger i pasientforløp.

Ingers historikk med psykisk sykdom ble avgjørende for hvor hun ble innlagt. De begrensede rammene for somatisk ivaretagelse i psykisk helsevern ble ikke vektlagt.

På somatiske avdelinger er det utfordrende å ivareta urolige pasienter og pasienter som ikke ønsker å være innlagt. Ut fra forutsetningene på den konkrete avdelingen må det vurderes om det er rammer for å ivareta pasienten. I motsatt fall må kompenserende tiltak settes inn. Det kan blant annet legges en felles plan for observasjon og tilsyn, kriterier for overføring, hvilke medisiner og utstyr som må være tilgjengelig og hvordan akutte situasjoner skal håndteres.

Ved avdelingen der Inger ble innlagt, er prosedyren at personell fra psykisk helsevern følger med til somatisk avdeling hvis pasienten er tvangsinnlagt. Ved frivillig innleggelse er det i utgangspunktet den somatiske avdelingen som må sørger for ekstra personell. I Ingers tilfelle ble det vurdert at vilkårene for tvunget psykisk helsevern ikke var oppfylt. Dette medførte at hun ved en eventuell overføring ikke nødvendigvis skulle følges av personell fra psykisk helsevern.

Flere forhold kan påvirke terskelen for å overføre pasienter mellom psykisk helsevern og somatisk avdeling, for eksempel rutiner for ansvar og bemanning. Ukom mener det er viktig at rutiner og administrative hensyn ikke går på bekostning av faglige vurderinger.

«Det som var meldt inn var brystsmerter, men det bakteppet at hun var en krevende psykotisk pasient som lett skjøv andre fra seg og var vanskelig å hjelpe farget valgene som ble tatt, ikke bare en gang, men gang på gang. Hvilke refleksjoner er det som gjør at man hele tiden landet på at det var best for henne å være i psykiatrien?»

OVERLEGE

God dialog mellom avdelinger er viktig i beslutningen om hvor pasienten skal legges inn, og om det er behov for overføring mellom avdelinger. Det fremgår i vår undersøkelse at noen beslutninger ble misforstått, og informasjon gikk tapt på veien. Sykehusets interne hendelsesanalyse påpeker at kommunikasjonen mellom psykisk helsevern og somatikk ble gjennomført mellom leger i spesialisering (LIS), og ikke mellom overleger. Analysen derfra konkluderer med at dette kan ha skapt utfordringer med å treffe riktige avgjørelser.

I Ingers tilfelle ble kriterier for eventuell overflytting til somatisk avdeling skissert av hjerteavdelingen. Da hun ble dårligere på tirsdag kveld var disse kriteriene egentlig innfridd. Dette fremstod imidlertid ikke klart for helsepersonellet nærmest Inger. Forklaringen på dette kan ligge i utydelige avtaler, svikt i informasjonsflyt og/eller manglende forutsetninger til å fange opp og forstå Ingers symptomer.

På noen sykehus er leger i spesialisering et bindeledd mellom psykisk helsevern og somatikk. Rotering mellom avdelinger på sykehus gir dem godt innblikk i rammebetingelsene på ulike avdelinger. Rotasjonen inkluderer kirurgisk og indremedisinsk praksis, men psykisk helsevern er ikke alltid inkludert. De som ikke har psykisk helse som del av praksis i sitt spesialiseringsløp, trenger heller ikke innfri læringsmålene knyttet til psykisk helse. Læringsmål knyttet til somatisk oversykelighet blant psykisk syke bortfaller dermed også.

Ukom mener at manglende forståelse av hverandres rammebetingelser mellom psykisk helsevern og somatiske avdelinger, øker faren for at pasienter blir liggende ved en avdeling som ikke kan ivareta deres behov og at kompenserende tiltak ikke iverksettes.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924