

Forskningsbasert kunnskapsstatus om ambulante team

Torleif Ruud, Professor
Akershus universitetssykehus / Universitetet i Oslo
torleif.ruud@medisin.uio.no

Årarsseminaret 2008

Innhold i foredraget

- Generelt om ambulante team
- Utviklingshistorie for ambulante team
- Assertive Community Treatment (ACT)
- Crisis Resolution Teams (CRT)
- Tidlig intervensjonsteam
- Utvikling av ambulante team i Norge
- Status i Norge og veien videre?

Hva er ambulante tjenester?

- Tjenester/tilbud is utenfor døgnavdelinger, altså der pasienten bor eller oppholder seg.
- Behandlerne kommer til pasienten i stedet for at pasient kommer til behandleren.
- Uttrykket "ambulant" brukes lite i internasjonal litteratur. Det finnes ikke forskning på "ambulante team", men på ulike typer.

3

Vanlige typer ambulante team

- Psykoseteam, rehabiliteringsteam
- Akutt/kriseteam
- Tidlig intervensjonsteam
- Rusteam
- Habiliteringsteam
- Mange begreper er i bruk, og mange varianter av team. Fokuserer på de viktigste.

4

Begrunnelser for ambulante team

- Spare pasienten for belastende, stigmatiserende og kronifiserende innleggelse/opphold i døgnavdelinger.
- Støtte opp under takling av kriser der pasienten skal leve sitt liv
- Redusere kostnader for psykiatriske helsetjenester.
- Eventuell mer effektive behandling.

5

Dimensjoner ved ambulante team

- Ofte spesifikke målgrupper
 - Pasienter med schizofreni eller andre psykoser
 - Rusmiddelmisbrukere, "dobbeltdiagnosepasienter"
 - Eldre med psykiatriske lidelser
- Tidsdimensjon
 - Behandling av kriser og akutte tilstander
 - Intervensjon tidlig i utviklingen av en lidelse
 - Langvarig rehabilitering ved kroniske lidelser

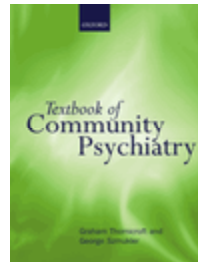
6

Utviklingen i noen andre land

- Flere land har valgt å legge en modell med ambulante team som en vesentlig del av psykisk helsevern for voksne.
- Noen land har utviklet modeller for hvordan disse delene av spesialisthelsetjenestene skal arbeide, basert på hva som er dokumentert som effektivt, og gjort dette tilgjengelig på internett:
 - Storbritannia (Health Services Framework)
 - Canada (Best Practice)

7

Bra bok om desentralisert psykiatri



- Graham Thornicroft & George Schukler: Textbook of Community Psychiatry. Oxford University Press. 2001

8

Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care

- Gjennomgang av forskningsbasert kunnskap om ulike former for psykisk helsevern.
- Ikke dokumentert at en klarer seg bare med sykehus eller bare med polikliniske tjenester.
- Finnes ikke noe enkelt fasitsvar for ønskelig balanse mellom ulike former for tilbud.
- Foreslår en trinnvis modell avhengig av ressurser (land med lav/middels/høy inntekt) med økende grad av differensiering av tilbud.

(Thornicroft & Tansella, Br J Psychiatry (2004) 185: 283-290)

Hovedtrekk i den trinnvise modellen

- Trinn A: Primærhelsetjeneste støttet av spesialister
- Trinn B: A + hovedformer for psykisk helsevern: Poliklinikker, ambulante team, akuttavdelinger, langtidsavdelinger, arbeidsrelatert tilbud
- Trinn C: A+B+spesialiserte/differensierte tilbud for undergrupper av pasienter som alternative eller spesielt tilpassede tilbud med spisskompetanse.
- Best dokumentasjon av spesialiserte tilbud.

Planene for ambulante team i UK

- Mål satt i de nasjonale helseplanene i Storbritannia:
 - 220 ACT team
 - 335 CRT team (krise-løsning) (262 team pr jan 2006)
 - 50 tjenester med tidlig intervensjon

National Services Framework for Mental Health (1999)
National Health Service Plan (2001)

Akershus Universitetssykehus



Assertive community treatment ACT

ACT: Assertive Community Treatment

- Utviklet i Madison, Wisconsin, ca. 1970
- Har hatt stor innflytelse i hele verden
- Effekt ble dokumentert ved forskning
- Seinere gjentatt dokumentert effekt ved mange undersøkelser i ulike land
- Evidens-basert behandling ved schizofreni i følge Cochrane-databasen

13

Mål for ACT

- Holde pasienten i kontakt med tjenestene.
- Redusere tid i sykehus/institusjoner.
- Redusere symptomer og plager.
- Forebygge tilbakefall/akutte episoder.
- Bedre funksjonsnivå arbeid/sosialt og livskvalitet.
- Redusere belastningen for pårørende.
- Redusere kostnader for tjenestene.

14

Prinsipper i ACT

- Teamet er de som primært yter tjenester, og har et fast ansvar for dette
- Tjenestene ytes utenfor egne kontorer
- Tjenestene er individuelt tilpasset
- Dekker behov og støtter egen utvikling
- Gir kontinuerlig langvarig tilbud

15

Prinsipper i ACT-modellen (Dartmouth ACT Scale – DACTS)

- Maksimum 10-12 pasienter pr teammedlem.
- Utvidet åpningstid.
- Kontakt utenfor kontorer ("in vivo").
- Oppsøkende og aktiv behandling.
- Lar ikke pasientene droppe ut.
- Arbeider som team.
- Regelmessige/hyppige teammøter, dagsplaner.
- Teamet gjør jobben mer enn andre tjenester.
- Støtte og samarbeid med familie/pårørende.
- Har egne senger og ansvar for innleggelse/utskrivning.

Gjennomføring av ACT

- Krever ikke bare ideologi
- Krever nødvendige ressurser (fagfolk)
- Må lære seg modellen skikkelig
- Må følge modellen i praksis ("treatment fidelity")

17

Effekt av ACT (Cochrane review 1998)

- Oppsummerte undersøkelser der ACT ble sammenlignet med standard community care, tradisjonell rehabilitering med base i sykehus, og case management.
- ACT hadde følgende dokumenterte effekter:
 - Pasientene holdt mer kontakt med tjenestene
 - Reduksjon av innleggelse og opphold
 - Bedring av tilstand og funksjonsnivå på en del variabler
 - Reduserte kostnader til døgnopphold, men ikke nødvendigvis reduserte total kostnader når alt tas i betraktning

18

Oppsummering i Cochrane

- "ACT er en klinisk effektiv metode for å behandle personer med alvorlig sinnslidelse i samfunnet. Med riktig målretting mot dem som har høyt forbruk av døgntilbud, kan ACT redusere kostnader til sykehusbehandling og forbedre resultater og pasienttilfredshet. Helsemyndigheter bør støtte opprettelse av ACT-team."

Troskap mot modellen er viktig

- En av hovedkonklusjonene fra forskningen er at resultatene blir bedre når teamet praktiserer ACT-modellen på alle punkt.
- I videre forskning er det viktig å finne ut mer om hvilken betydning de ulike elementene har, og hva som skal legges til av elementer ved behandling av bestemte pasientgrupper.

Rosen A, Mueser KT, Teesson M (2007). Assertive Community Treatment – Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. J of Rehabilitation Research & Development, 44 (6):

PRiSM undersøkelsen i London

- Mest ambisiøse europeiske undersøkelse om effekt av desentralisert psykiatriske tjenester (1990-tallet).
- Sammenlignet intensive oppsøkende team i en bydel med mer moderat tilbud med team i en annen bydel.
- Fant små forskjeller, og delvis positive for den mindre intensive modellen.
- Hovedartiklene ble publisert i British Journal of Psychiatry i november 1998 (nesten alle artiklene i det nummeret).

21

Prinsipper for psykoseteam (Drake)

- Integrere ulike behandlingskomponenter på det individuelle nivå i kontakten med den enkelte pasient.
- Intervensjoner og tilbud tilpasses fase:
 - Etablere kontakt og et tillitsfullt forhold
 - Hjelp pasienten til å bli motivert for å arbeide for endring
 - Hjelp pasienten til å tilegne seg nye ferdigheter og støtte
 - Hjelp pasienten til strategier for å unngå tilbakefall
- Drive oppsøkende arbeid og møte pasienten hjemme.
- Psykologisk behandling, samtaler, rådgivning.
- Sosial støtte og utvikle sosialt nettverk.
- Langtidsperspektiv og bredde i tilbudet.

22

Crisis Resolution Teams (CRT)

Utvikling av modellen for CRT

- Første CRT i Madison på 1970-tallet, parallelt med ACT team som også ble utviklet der.
- Seinere replisert og utviklet, særlig i Australia og Storbritannia.
- Innført i Norge ut fra de positive erfaringene i deler av Storbritannia.
- Få RCT-studier på CRT sammenligner med ACT.
- Her i Norge også stor interesse for Seikkulas arbeidsmåte.

24

Studier gjort om akutteam

- 6 randomiserte og 4 kvasiexperimentelle studier gjort av akutteam.
- Akutteam godt alternativ til akuttinnleggelse for en stor gruppe pasienter.
- Sammenlignbar effekt med akuttavdelinger.
- Færre gjeninnleggelser og tilbakefall.

Gråwe RW, Ruud T, Bjørngaard JH (2005). Alternative akuttilbud i psykisk helsevern for voksne. Tidsskrift Nor Legeforen nr.23, 125:3265-58

En del fra en bok som snart utgis:

- Sonia Johnson, Justin Needle, Jonathan Bindman, Graham Thornicroft (red.): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008.

Crisis resolution teams (CRT)

- Vurderer alle pasienter som henvises for innleggelse i akuttavdeling.
- Gir behandling hjemme hos pasienter med hyppige besøk (daglig/oftere) som alternativ.
- Fortsetter til krisen er løst, og overfører så pasienten til videre oppfølging av andre.
- Bidrar til tidlig utskrivning fra akuttavdelinger ved å gi intensiv behandling i hjemmet.

Kriterier på CRT i kartlegging i UK

- Tverrfaglige team.
- Åpningstid 24 timer i døgnet 7 dager i uka.
- Kunne tre til innen en time om nødvendig.
- Kontakt med pas. minst en gang pr vakt.
- Intensiv kontakt over kort tid, men bare til den akutte krisen er løst. Overfører så videre.
- Teamet arbeider bare med dette.

Kjerneaktiviteter i CRT

- Omfattende og bred utredning
- Engasjement for å opprette samarbeid m/pas
- Behandling av symptomer
- Medikamentell behandling med tett oppfølging
- Praktisk hjelp (økonomi, bolig, barn, annet)
- Samtaler om aktuelle problemer
- Undervisning av pasienten og pårørende
- Identifisere og diskutere utløsende faktorer
- Forebygge tilbakefall, lage kriseplan
- Starte planlegging av overføring til andre tidlig

Bemanning i CRT i UK

- 4 860 fordelt på 262 team i januar 2006.
- 90% av team hadde 10 eller flere medlemmer.
- Fordeling på faggrupper av de 4 860
 - sykepleiere 59%
 - sosialarbeidere 9%
 - leger 6%
 - psykologer 1%
 - ergoterapeuter 3%
 - andre faggrupper 13%
 - ledelse/administrasjon 10%

Gir RCT reduksjon av innleggelser?

- En nasjonal undersøkelse av innleggelse og opphold i psykiatriske sykehusavdelinger før og etter etablering av RCT tyder på
 - Ca 20% reduksjon av innleggelse i akuttavdelinger
 - Ca 10% reduksjon i oppholdsdøgn

Team for tidlig intervensjon

Etablering av team for tidlig intervensjon (ved psykoser)

- Utviklet i Australia på 1990-tallet (McGorry).
- Startet opp i mange land, som ledd i forskning om tidlig intervensjon og førstegangs psykoser.
- I Norge særlig kjent fra TIPS-prosjektet.
- Nå i økende grad også etabler som faste team (ikke bare som en del av et prosjekt).
- Forskning på tidlig intervensjon mer enn team.
- Nå også for andre typer lidelser (McGorry).

Ambulante team i psykisk helsevern for voksne i Norge

Ambulante team ved DPS-er 2003

- I kartlegging for Sosial- og helsedirektoratet.
- 41 ambulante team fordelt på 34 av de 71 DPS-ene som var etablert i 2003.
- Fordeling:
 - akutt/kriseteam 9
 - tidlig intervensjonsteam 4
 - psykoseteam/rehabiliteringsteam 21
 - rusteam 4 (2 PUT og 2 for voksne)
 - habiliteringsteam 1, andre 2

Ruud T, Lidal E, Røhme K, Sitter M, Hagen H (2004).
Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003. SINTEF Helse.

35

Bemanning av ambulante team 2003

	I alt	Gj.snitt pr team
Leger	20	0,7
Psykologer	42	1,5
Sykepleiere	80	2,2
Sosionomer	42	1,5
Hjelpepleiere	8	0,6
Andre terapeuter	12	0,8
Andre	3	0,4
Administrasjon	17	0,8
Til sammen	223	5,7

Balansen mellom DPS og sykehus i Norge

Beslektet spørsmål som i de seinere år.

Status ved "Gjennomgang av akuttfunksjonene" våren 2005 viste at helseforetakenes budsjetter hadde i snitt 40% til DPS og 60% til sykehus. Variasjon DPS/sykehus fra 28/72 til 60/40.

Myndighetene har gitt føringer på 50/50-fordeling for å få økt vekt på DPS.

Dette viser ikke fordelingen mellom polikliniske tilbud og døgntilbud, siden DPS har begge.

Døgn/poliklinikk: "80/20-fordelingen"

I mange sammenhenger har det vært vist en tilnærmet 80/20-fordeling:

- 20 % av pasientene bruker 80 % av ressursene
- 80 % av ressursene til døgntilbud
- 20 % av ressursene til polikliniske tilbud

Her i Norge har vi bygd ut polikliniske tjenester mye i løpet av Opptappingsplanen. Ny status?

Fordeling av årsverk i psykiisk helsevern for voksne i 2005

	Årsverk	Prosent	
Sykehusavdelinger	8803	54 %	82 %
Døgn/dagavdelinger DPS	4290	26 %	
Psykiatriske sykehjem	358	2 %	18 %
Ambulante team	138	1 %	
Poliklinikker	2318	14 %	
Privatpraksis	431	3 %	
16338	100 %		

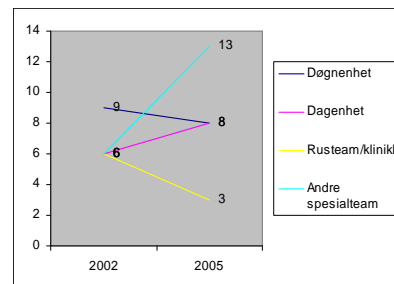
(Kilde: Samdata psykiisk helsevern for 2005)

Fordeling av antall pasienter i kontakt med åtte DPS i løpet av 4 uker i 2005

	Antall	Prosent	
Poliklinikk	1764	64 %	82 %
Dagavdeling	141	5 %	
Psykoseteam	143	5 %	18 %
Rusteam	222	8 %	
Døgnavdeling	219	8 %	
Sykehus	268	10 %	
2757	100 %		

Fordeling av psykiisk helsevern for voksne ved bruk av metode for vekting av bruk

	Antall	Vekt	"Poeng"	Prosent
Konsultasjoner	867 390	1	867 390	15 %
Dager	143 888	2	287 776	5 %
Døgn	1 572 488	3	4 717 464	80 %

Antall pasienter pr 10 000 innb utenom poliklinikker som har ulike tilbud ved 8 DPS

(Kilde: Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsikiatriske sentre fra 2002 til 2005. Rapport, SINTEF Helse, 2006.)

Hva har skjedd etter 2005?

- En tydelig økning i spesialiserte ambulante team og antall pasienter som får tilbud fra slike team
 - Psykoseteam/rehabiliteringsteam
 - Team for tidlig intervensjon ved psykose
 - Akutteam (pålagt ved alle DPS innen 2009)
- Ny nasjonal kartlegging gjennomføres vinteren 2008 ved Sosial- og helsedirektoratet + konsulentfirma.

Multisenterstudie av akuttpsykiatri

MAP



Ca 4900 pasienter

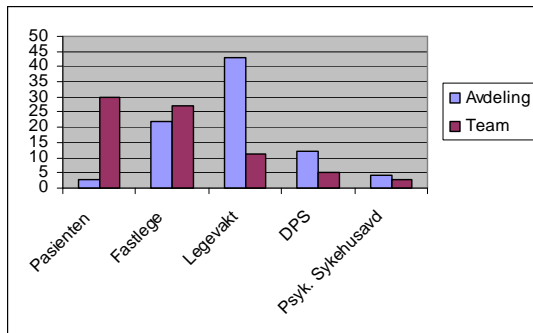
9 av 9 akutteam for voksne (960)

5 av 10 akuttenheter for ungdom (440)

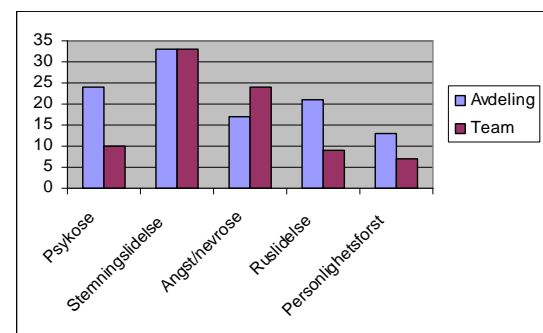
19 av 23 akutttavdelinger for voksne (3500)

Materialet gir et representativt bilde av den akuttpsykiatriske behandlingen i Norge. Vi kan derfor generalisere ut fra det.

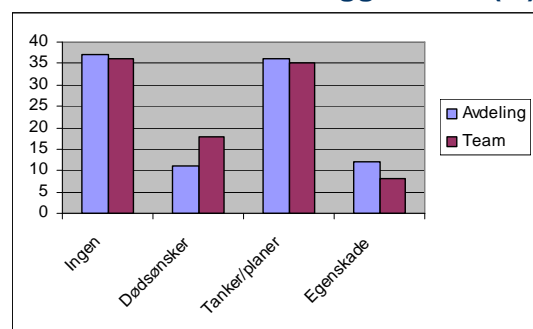
Hvem som henviste (%) til avd./team



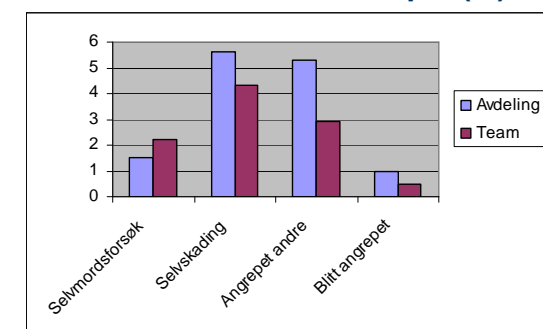
Diagnoser (%) i avdelinger og team

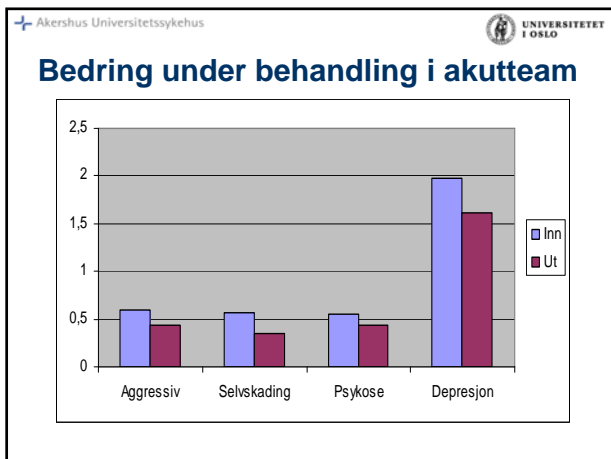
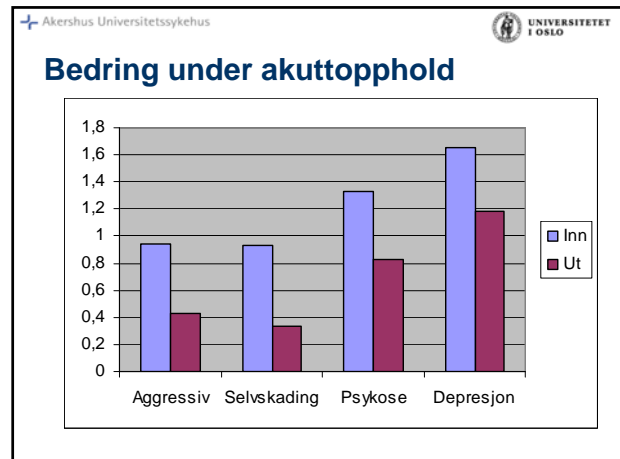
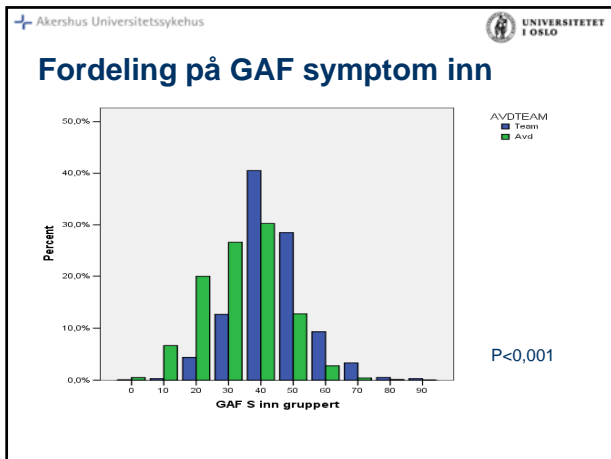


Selvmoedsfare før innlegg./inntak (%)



Ulike hendelser under forløpet (%)





Behandlingstid og utfall

- Gj.snitt oppholdstid i akuttavd var 9.5 døgn (utenom inntaksavdelinger), med variasjon fra 5 til 17 døgn.
Gj.snittlig behandlingstid i akutteam var 17 dager, med variasjon fra 7 til 24 dager.
- Signifikant bedring i psykisk helsetilstand både i akuttavd og akutteam på nesten alle mål som ble brukt på alvorlighetsgrad av sykdom.

Akutteam i forhold til akuttavdelinger

- Pasientene har gjennomsnittlig ikke så alvorlige psykiske lidelser som pasienter i akuttavdelinger.
- Likevel en stor overlapping av pasienter som kunne ha vært behandlet under begge forhold.
- Behandler mange pasienter i krise, en gruppe som særlig har ført til økning av innleggelser.
- 20% av akutteamenes pasienter blir innlagt akuttavdeling av teamet.

Rapporten om MAP- Multisenterstudie av akuttpsykiatri

- Torleif Ruud, Rolf W. Gråwe, Trond Hatling (2006): Akuttpsykiatrisk behandling i Norge. SINTEF-rapport A310. SINTEF Helse
- Den kan lastes ned fra: www.sintef.no/psykiskhelse

Noe pågående forskning i Norge

- Analyse av data om akutteam fra MAP.
- Prosjekt Høgskolen i Buskerud om akutteam.
- Evaluering av ACT i Moss med omegn.
- Integriert behandling for rus og psykiatri i distriktpsykiatriske sentre, SINTEF Helse.

Status i Norge og veien videre?

Har vi rett perspektiv på situasjonen?



Behov for å se helsetjenestene for personer med psykiske lidelser samlet, der hver del fyller sin funksjon og gjør det på en best mulig måte.

Status for ambulante team i Norge

- Sterk økning i etablering av ambulante team.
- Inspirert fra andre land, med følger ofte modellen bare delvis ang ressurser og praksis, men fare for mangel på forventet effekt?
- Delvis uklarhet om målgrupper og arbeidsform, kan gi stor variasjon i praksis fra team til team.
- Helheten på tvers av tilbud ikke gjennomtenkt?
- Fare for fragmentering og redusert kontinuitet?

Betydning av befolkningstetthet

- Med stort befolkningsgrunnlag vil sykehus og DPS være så store at differensiering av behandling i stor grad kan skje ved poster og team med ulike funksjoner.
- Med lite befolkningsgrunnlag kan en ikke dele opp i så mange enheter, og differensiering av behandling må i større grad skje ved individuelle opplegg.
- Det finnes ingen forskningsbasert kunnskap om noen av modellene ovenfor er bedre enn den andre.
- Forskning har for det meste vært gjort i større byer, og det er behov for forskning om tilbud utenfor store byer.

Hvordan drive og følge utviklingen?

- Utvikle felles plan for forståelse på tvers av avdelinger og tjenestenivåer om hvilke ulike tjenester en skal ha, deres forhold til hverandre, og hvordan helheten skal være.
- Valgte modeller gjennomføres fullt ut med vekt på kvalitet og på å måle prosess og resultater.
- Følge utvikling og planlagte endringer med systematisk evaluering av relevante forhold.
- Utvikle mer kunnskap om kvalitet og effekt av ulike modeller ved forskning og evaluering.