

akuttnettverket.no

Akuttpsykiatri på hjemmebane – pasientens



Håndbok for ambulante akutteam

Liv Jerven

2. utgave

Forord

Arbeid i Ambulant Akutteam/AAT krever særskilt kompetanse, en praktisk kompetanse det ikke er mulig å lære seg ved å lese en bok. Denne håndboken er ment som litt hjelp på veien til å tilrettelegge dette arbeidet best mulig.

Forøvrig gjelder samme regler her, som i alt annet arbeid: Ingen blir bedre av å «sitte på benken». Det gjelder å skaffe seg mengdetrening og reflektere over egen praksis sammen med kloke og vennlige kolleger, pasienter og pårørende, for dermed å sikre seg den erfaringen, som er nødvendig ute på banen for å bli gode AAT'ere.

Jeg vil benytte anledningen til å takke mine flotte, kompetente og entusiastiske kolleger i min enhet, som sammen med meg har bygget opp et velfungerende team, og dermed er årsaken til at jeg har hatt mot til å skrive denne boken.

Videre takk til pasienter og pårørende, som har vist teamet mitt tillit i sine mest krevende stunder av livet.

Takk til avdelingssjefene Elmer Sigmond og Marianne Gade, som har gitt meg tillit og frihet til å arbeide med etablering og utvikling av teamet, og ikke minst gitt meg mulighet til å hospitere i tilsvarende team i London.

Takk også til Akuttnettverket v/Johan Sigveland, Jorunn M. Rørvik og Aleksandra Eriksen Isham, som har sørget for frikjøp til skriving, og støttet meg, også språklig, slik at dette faktisk ble en bok.

En takk til Lars Saabye Christensen, Frode Grytten, Trond Åsmund Tendø Jacobsen og Beathe Børli Karterud for tillatelse til bruk av dikt.

Thanks a lot to Paddy Proctor/team manager in Crisis Resolution Team Chelsea & Kensington, London, to Lorette Mc Queen/team manager and to Rahul Bhattacharya/psychiatrist, both in Home Treatment Team Tower Hamlet, London, for letting me have full access to all their knowledge whenever needed and wanted.

INNHOLD:

INNLEDNING	1
1. NASJONALE FØRINGER	3
2. FORSKJELLEN MELLOM AKUTT-INNLEGGELSE, AKUTT-TILBUD I POLIKLINIKK OG AMBULANT AKUTTARBEID	7
2.1 AKUTTINNLEGGELSE	7
2.2 AKUTT-TIMER I POLIKLINIKK	10
2.3 AMBULANT AKUTTARBEID	11
3. DEFINISJON AV MÅL/OPPGAVER	14
3.1 FORMÅLET.....	14
3.2 ØVRIGE OPPGAVER FOR AAT	16
3.3 AMBULANT AKUTT – HVA ER DET?.....	17
4. GRENSEOPPGANG TIL ACT/FACT.....	19
5. AAT FAGLIG INNHOLD OG MÅLGRUPPE	22
5.1 FAGLIG INNHOLD	22
5.2 MÅLGRUPPEN	24
6. HENVISNINGER – ELLER HENVENDELSER?	27
7. ULIKE PASIENTER – ULIKE TILNÆRMINGER?	30
8. DEN FØRSTE SAMTALEN	36
9. NØDVENDIG INFORMASJONSINNHEITING	40
9.1 MAL FOR INFORMASJONSINNHEITING	40
10. SAMTYKKEKOMPETANSE	47
11. MØTE MED DEN SELVMORDSTRUDE PASIENT - SIKKERHET FOR PASIENT OG PÅRØRENDE	51
11.1 BAKGRUNNSSTOFF, TALLMATERIALE OG RETNINGSLINJER	51
11.2 KARTLEGGINGEN	56
11.3 VURDERINGEN OG TILTAK	58
11.4 DOKUMENTASJON	61
11.5 ETTER SELVMORDET – NÅR DET SKJER	62

12. VOLD	67
13. BARNEPERSPEKTIVET	71
14. JURIDISKE VURDERINGER	74
14.1 FØRERKORT	74
14.2 VÅPEN	76
15. Å MØTE PASIENTEN DER HEN ER	79
16. PÅRØRENDE - RESSURS MED UTFORDRINGER OG RETTIGHETER	84
16.1 SKRIFTLIG INFORMASJON TIL PASIENTENE OG PÅRØRENDE.....	88
17. DOKUMENTASJON	92
18. SAMARBEID MED FØRSTELINJEN	95
18.1 FASTLEGENS ROLLE I KRISER.....	95
18.2 SAMHANDLING MED NAV, PSYKISK HELSE, ROP-TEAM OG BARNEVERN.....	97
19. SAMHANDLING MED ØVRIG SPESIALISTHELSETJENESTE	102
19.1 OPPFØLGING ETTER VILLET EGENSKADE	103
19.2 OPPFØLGING ETTER ALVORLIGE SOMATISKE TRAUMER.....	105
20. REKRUTTERING OG KOMPETANSEKRAV	111
20.1 ANSETTELSE AV BRUKERE/ERFARINGSKONSULENTER I AAT?	113
21. ORGANISERING OG LEDELSE I AAT – NOEN SÆRTREKK	116
21.1 PRAKTISK ORGANISERING.....	117
21.2 OVERLAPPING/RAPPORT	119
21.3 AKTIVITETSREGISTERING.....	121
21.4 SIKKERHET FOR DE ANSATTE OG KVALITET PÅ TILBUDET.....	122
21.5 LEDELSE	123
REFERANSER	129

Some people feel the rain.
Others just get wet.

Bob Dylan

Innledning

Jeg har hatt tallrike gleder (og noen problemer) knyttet til oppstart av et Ambulant Akutteam (AAT) – og ledet det i nærmere 12 år, inntil jeg gikk av med pensjon. Jeg ser nå tydelig hva jeg selv, og teamet mitt kunne hatt god nytte av, særlig i oppstartsfasen. Det handler om kunnskap som ikke var å finne i skriftlig form noe sted. I møte med andre ledere av AAT'er fra det ganske land, det være seg på samlinger gjennom Akuttnettverket eller andre steder, har jeg også fått bekreftet at mine erfaringer til forveksling ligner andres. Mange føler seg rådville – ikke minst fordi ambulant akuttpsykiatrisk arbeid krever en rask og god vurderings-, beslutnings- og gjennomføringskompetanse for å lykkes, men også fordi nasjonale anbefalinger og retningslinjer er av nokså generell karakter.

Dette har gitt ulike konsekvenser, og blant annet ført til at Ambulant Akuttarbeid i Norge er mangslungent og i liten grad skodd over samme lest. Det kan absolutt være slik at det ikke er noe problem, ikke minst hvis det er en villet utvikling. Imidlertid kan det synes som om det ikke er slik, men som at arbeidet «bare er blitt sånn». Det kan handle om manglende oversikt og en opplevelse av at en rekke faktorer i dette arbeidet er ukontrollerbare og dermed umulige å planlegge for.

Teamene er etablert under ulike betingelser og har utviklet seg ulikt. Noen team fant raskt både form og innhold, mens andre har strevd mer, snublet, falt og reist seg igjen. Hvordan ulike team definerer akutt, hjemmebehandling, korte forløp, samhandling og brukermedvirkning m.m., synes å være ulikt, men igjen – kanskje det skal være slik.

Ambulant akuttarbeid er en vesentlig og nødvendig del av den totale akuttkjeden, som strekker seg fra fastlege/legevakt/AMK til høyspesialiserte akuttavdelinger på sentralsykehus/regionsykehus. AAT er et tilbud som skiller seg svært mye fra polikliniske akutttimer, innleggelse og/eller dagbehandling. Men for å kunne være den beste utgaven av seg selv, som et tilbud til pasienter i akutt psykiatrisk krise, må AAT inngå i en velfungerende kjede hvor det enkelte ledd har klart avgren-

sede oppgaver så vel som gode og velsmurte overganger – og samarbeidsrutiner. Disse må fungere opp mot alle deler av akuttkjeden, samt pasienter/pårørende og andre deler av hjelpeapparatet.

Hvis vi allikevel tenker oss AAT utviklet i henhold til intensjonene og de overordnede føringene i både DPS-veilederen(1), samhandlingsreformen(2), spesialisthelsetjeneste på brukerens arena(3) og organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)(4) er det mulig å tenke seg at AAT'enes arbeidsform og selvforståelse skal være gjenkjennbar over det ganske land.

Som hjelp til dette er denne håndboken laget. Dette er ikke en generell fagbok i akuttpsikiatri, selv om den berører fagets grunnforståelse. Andre fagbøker dekker det området. Den er derimot ment som et konkret og praktisk hjelpemiddel i det daglige, omskiftende, uforutsigbare, spennende, nyttige og givende arbeidet hjemme hos pasienter i akutt psykisk krise.

Håndboken er delt opp i selvstendige kapitler, som kan brukes hver for seg. Den bygger på erfaringer som teamet mitt og jeg har gjort og systematisert. Der jeg kommer med forslag til retningslinjer og/eller prosedyrer, er disse basert på nasjonale lover, retningslinjer, forskrifter, veiledere og føringer. Erfaringene vi i teamet mitt har gjort, vil også bli synliggjort gjennom anekdoter.

Mitt og Akuttnettverkets håp er at kolleger, pasienter og pårørende vil ha både rask og håndfast nytte av verktøykassen, og at den kan fungere i en dynamisk sammenheng i det enkelte AAT. Dermed kan den understøtte en utvikling av Ambulant Akuttpsikiatri, som et reelt alternativ til innleggelse for mennesker i en akutt psykisk krise.

Boka du nå holder i hendene er 2. utgave, hvor det er gjort noen redaksjonelle endringer og forhåpentligvis noen faglige forbedringer.

1. Nasjonale føringer

Både innen psykisk helsevern og somatisk helsetjeneste har behovet for behandling av øyeblikkelig hjelp vært forstått, og ivaretatt i henhold til gjeldende lovverk. Hvis kriteriene for øyeblikkelig hjelp har vært oppfylt, har relevant behandling umiddelbart blitt iverksatt, vanligvis ved innleggelse i sengepost.

I somatisk helsetjeneste har oppbygging av akuttmottak, med grundigere vurdering for å kunne gi riktig behandling på rett nivå til rett tid, herunder triage, utviklet seg gjennom årene. En triage («triage» er fransk og betyr sortering, i helsevesenet vanligvis prioritering) i somatisk helsetjeneste, har klare kriterier knyttet til grad av helsesvikt, som objektivt grunnlag for vurdering av alvorlighet, prioritering - og dermed iverksetting av tiltak. Innen psykiatrisk helsevern er «triage» - ikke på samme måte i vanlig bruk. Øyeblikkelig hjelp derimot er klart definert, slik også retten til elektiv hjelp er, gjennom psykisk helsevernloven(5) og prioriteringsforskriften(6).

Akutte tiltak er tiltak mellom øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling, og har på overordnet nivå, litt utydelige definisjoner. Spørsmål knyttet til pasientens sikkerhet, herunder selvmordsrisiko, vil ofte være styrende når det gjelder hastegrad og innhold når behandlingstiltak skal besluttes og iverksettes. Historisk sett handlet tiltakene om innleggelse eller ikke innleggelse. Etterhvert har tiltakene blitt mer og mer differensiert - fra lukkede mottaksavdelinger via åpne akutte og sub-akutte enheter - til time i poliklinikk. Noe «i mellom» fantes lenge ikke i strukturert form, men ble allikevel ofte iverksatt av kloke og fleksible ansatte.

Sentrale styringsdokumenter fra Helsedirektoratet pekte nettopp på dette - og la i DPS Veilederen(1) en anvisning om at arbeidet med å etablere Ambulant Akuttbehandling nå også skulle prioriteres. Det skulle ikke lenger være slik at pasienter som henvendte seg til DPS, skulle bli avvist på grunn av uklart problemomfang og høy hastegrad. Tvert imot, de skulle bli tatt godt imot(4), de skulle få den hjelpen de trengte, når de trengte den, og der den kunne være mest til nytte for pasienten. Hjelpen skulle medføre minst mulig inngripen i pasientens

liv, og så langt mulig gis i henhold til pasientens og pårørendes ønsker og valg(7). Samtidig kom det tydelige føringer knyttet til redusert bruk av tvang, og etterhvert pålegg om utprøving av medikamentfrie behandlingstilbud.

Selv om det ikke ble uttrykt eksplisitt, ble det oppfattet av en erfaren helsearbeider, at tomrommet etter distriktslegen/huslegen - og dennes måte å arbeide på, ikke var fylt. Det handlet om en lege som reiste hjem til familier for alle slags plager, både natt og dag, som kjente familien, og bidro med både behandling, omsorg og gode råd. Det var nå en gyllen anledning til å fylle dette tomrommet med mer spesifikk kompetanse, og utvikle seg slik også den øvrige del av det spesialiserte helsevesenet hadde gjort.

Hovedinspirasjonen til etablering av ambulante akutt-team kom fra Storbritannia. Her hadde dette tilbudet utviklet seg over år, og viste seg svært vellykket både for å redusere innleggelses og gi pasienter i krise et godt og raskt tilbud, der de på beste måte kunne nyttiggjøre seg det – i hjemmet. Teamene hadde navn som Crisis Resolution Team (CRT), Acute Home Treatment Team (AHHT), Home Treatment Team (HTT) og Home Treatment Rapid Response Team (HTRRT). Både sentrale helsepolitikere og en rekke fagfolk lot seg inspirere av disse erfaringene, en inspirasjon som ble utgangspunkt for flere av de tidligere nevnte styringsdokumentene.

Om effekten er den samme i Norge, er det ikke forsket mye på. Torleif Ruud og kolleger har sett på en rekke team, og benyttet Fidelity-skåringer til å måle i hvilken grad en behandlingsmodell gjennomføres i samsvar med modellen. Her ble både AAT'enes pasientgrupper, innhold i tiltakene og effekt (beskrevet, og teamenes troskap mot modellen målt(8-11). Disse undersøkelsene bekrefter som tidligere beskrevet bl.a. ulikheten mellom teamene, både mtp. pasientgrupper, responstid, lengde på behandlingstid, åpningstid gjennom døgnnet og krav/ikke krav til henvisning.

Mange som arbeidet innen psykisk helse så umiddelbart mulighetene som lå i å etablere team. Man så muligheter til å kunne arbeide hjemme hos pasienten og dennes pårørende i akutte situasjoner. En

slik arbeidsform ville kunne bidra til at hjelp i liten grad medførte unødige inngrep i pasientens liv. Arbeidsformen måtte basere seg på frivillighet og arenaen for reell og realistisk brukermedvirkning ville naturlig ligge der. Det var allikevel ikke slik at det kjentes umiddelbart komfortabelt å etablere dette som fast arbeidsform. Særlig bekymringen for om det kunne etableres et sikkert nok tilbud for pasienten, ble liggende som en hindring det tok tid å forsere. Dette til tross for at svært mange hadde erfaring fra «hjemmebesøk» og møter med pårørende hjemme osv. Det å basere seg på at et helt behandlingsforløp hjemme hos pasienten, som et reelt alternativ til innleggelse, satt lenger inne. De første årene etter at både DPS-veileder(1) og «Du er kommet til rett sted»(12) var sendt ut, ble det etablert kun noen få ambulante akutteam.

Selv hadde jeg behov for å hospitere i et engelsk team (CRT Chelsea & Kensington) i drøye 3 uker før jeg gjennom tilgang til andres erfaring, opplevde å ha fått tilstrekkelig mot og kunnskap til å kunne etablere teamet på Hamar i april 2010. Gjennom hospitering i England fikk jeg ubegrenset mulighet til å lytte, spørre, være med og å forsyne meg - av kunnskap, prosedyrer og de ansattes erfaringer. Det er blant annet denne kombinasjonen av erfaringer som ligger til grunn for håndboka, i tillegg til et langt yrkesliv innen psykisk helsevern - og rusomsorgens ulike områder.

Det å gi adekvat hjelp i en akuttpsykiatrisk situasjon, handler først og fremst om hvordan vi forstår det akutte. Handler det akutte om alvorlig/høy grad av selvmordsfare, eller handler det om funksjonsfall av mer generell og omfattende karakter, som (vanligvis over tid) har ført til at pasienten ikke er i stand til å ta vare på seg selv? Ofte viser det seg at det dreier seg om en kombinasjon av begge deler.

Nettopp dette at helsesvikten hos de fleste pasientene, har utviklet seg over tid, kan ha forledet helsepersonell til å tenke at det ikke haster med å gi hjelp, at situasjonen ikke er akutt. Men ofte er dette særpreget til akuttpsykiatri. En situasjon eller et helseproblem oppstår sjelden over natten. Det utvikler seg ofte over tid med vage signaler. Opplevelsen av at nå er den akutt, kan komme når pasienten ikke har sovet på flere netter, har sluttet å stelle seg, ikke spiser ordentlig, snur døgnnet osv. Og da - relativt akutt, er det «noen» som sier stopp. Her

er det behov for hjelp - nå! Allikevel har det ikke vært tradisjon for å imøtekomme dette akutte hjelpebehovet umiddelbart, hvis ikke situasjonen har vært definert som øyeblikkelig hjelp med behov for innleggelse.

Uansett hvor lang tid plager og belastninger har brukt på å «ende opp» som et alvorlig funksjonsfall, er det oftest slik at folk kommer til et punkt hvor de opplever (eller de pårørende opplever) at de trenger hjelp nå. Brukerinvolvering er å ta pasientens beskrivelse av egen situasjon, herunder hjelpebehov og hastegrad, på alvor. Og ikke minst, som hjelper, gi seg selv det positive handlingsrommet en får, nettopp ved å respondere umiddelbart. Min erfaring er at svært mange pasienter, pårørende og andre hjelpere blir svært overrasket over at det er mulig å få hjelp innen 4 timer. Det kan «smitte» over på den totale opplevelsen av å få hjelp. Er en positiv grunnstemning etablert, gir det gode muligheter for oss hjelpere når det gjelder videre tilrettelegging av bistand.

Når det gjelder reell brukermedvirkning er det helt sentralt at pasienten eier sine egne problemer og har den suverene definisjonsretten til disse. Det å opprettholde denne definisjonsretten er av vital betydning for opplevelse av likeverdighet, brukerinvolvering og samvalgskompetanse for å finne gode løsninger, på kort og lengre sikt. Dette vil bli ytterligere belyst senere i boka. Men det er etter min vurdering, et uomtvistelig premiss for å lykkes med akutt hjemmebehandling, som et reelt alternativ til innleggelse.

Sentrale nasjonale styringsdokumenter:

- DPS-veilederen(1)
- Samhandlingsreformen(2)
- Pårørendeveileder (13)
- Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena(3)
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern(14)
- Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktspsykiatriske sentre (DPS)(4)
- Pakkeforløp psykisk helse og rus(15)

2. Forskjellen mellom akutt-innleggelse, akutt-tilbud i poliklinikk og ambulant akuttarbeid

Akuttmedisin, som tjeneste utenfor sykehus, defineres som:

... kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning av akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, herunder akutte psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse (16, §3).

2.1 Akuttinnleggelse

De aller fleste innen psykisk helsevern - og forså vidt utenfor, vil ha en idé om hva det vil si å være innlagt på psykiatrisk akuttavdeling. Jeg vil derfor ikke ta mål av meg her til å beskrive dette utfyllende, men peke på noen områder som tydeliggjør forskjellen fra behandling i døgnpost sammenlignet med behandling i et AAT.

En akuttinnleggelse i sengepost innebærer muligheten for totalomsorg i en, for pasienten og dennes pårørende, uhyre vanskelig situasjon. Begrunnelsen for innleggelse kan være manglende trygghet for pasienten (oftest gjennom forhøyet selvmordsfare), stort tap av evne til egenomsorg og/eller at pårørende er totalt utslitte av å ta vare på pasienten. Når det er åpenbart til skade for barn at pasienten er hjemme, kan dette også være grunnlag for innleggelse.

Flere og flere pårørende hever nå sin stemme for å bli hørt akkurat på dette området. Parallelt med helsemyndighetenes tydelige beskjed om at tvang innen psykisk helsevern skal reduseres, opplever de pårørende en ny type tvang. Det handler om tvangen til å ta seg av sine syke familiemedlemmer hjemme på grunn av mangel på det de opplever som adekvat behandling og omsorg av nettopp disse familiemedlemmene. Under overskriften brukerinvolvering er også pårørendes stemme nødvendig å lytte til. Det er derfor helt vesentlig at akutt hjemmebehandling skjer i tett samarbeid med *både* pasient og pårørende, slik at behandlingen ikke oppleves som nok en overprøving av de pårørendes ønsker og behov. Å ta på alvor det som handler om involvering av pårørende, er etter min vurdering et område hvor akuttpsykiatrisk behandling fortsatt har behov for å kunne utvikle seg. Jeg har

også positiv forventning til at lovverket vedrørende bruk av tvang innen psykisk helsevern igjen revideres.

Innleggelse på «gode» døgnavdelinger, i et beskyttet og faglig kompetent miljø vil kunne gi pasienten det denne trenger på svært mange nivå. Pasienten kan, i rolige og trygge omgivelser, få individuelle samtaler med personell som har spesialkompetanse på pasientens aktuelle problemer (psykiater, psykolog, sosionom, miljøterapeut/sykepleier m.fl.). Pasienten tilbys vanligvis også miljøterapeutisk behandling, herunder hjelp til regulering av aktivitet og hvile, kosthold, øve på selvsrepresentasjon - og ikke minst oppmerksomhet knyttet til «hva etterpå», etter innleggelsen. Videre ligger muligheten godt til rette for oppstart av tilpasset medikasjon i trygge omgivelser. Imidlertid kan det som framstår som store muligheter, også bli begrensningene.

Et liv i en sengepost er ulikt et liv «ute i verden». Det betyr at pasienten har anledning til å framstå annerledes enn hjemme, på jobb eller skole. I en sengepost forholder behandlere seg primært til pasientens egen fortelling om dennes funksjonsnivå utenfor institusjonen og baserer hjelpetiltakene på dette. Pasientens egen fortelling er alltid av stor verdi, men måten den kommer til overflaten på, er avhengig av svært mange ting. Behandlerens evne til å lytte, komme med ikkedømmende oppklarende spørsmål, innhente komparentopplysninger, mulighet for å reise til pasientens hjem - sammen med pasienten - og pasientens evne og lyst til å ville dele en realistisk fortelling om sitt eget funksjonsnivå, sine ønsker og sine forhåpninger, er alle viktige faktorer.

All erfaring tilsier at vi ved en innleggelse, i for liten grad får kvalitets-sikret relevansen av våre tiltak for pasientens framtidige helse - herunder hindre tilbakefall. At presset på akutt- og subakuttplasser er stort, kan føre til en dårlig planlagt utskrivelse hvor planlagte tiltak ikke blir iverksatt.

PasOpp undersøkelsene (2014(17) og 2017(18)) bekrefter også dette, samt at innleggelse svært ofte ikke oppleves som behandling med tanke på økt grad av mestring. Her er hovedfunn - mangler og svakheter - evaluert av pasienter i forbindelse med innleggelser:

- Samarbeid med pårørende (2014)
- Forberedelser til hva etter avsluttet innleggelse (kan overføres til kontakt med andre deler av hjelpeapparatet) (2014 og 2017)
- Informasjon om psykiske plager/diagnosen (2014 og 2017)
- Informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes (2014 og 2017)
- Hjelp og behandling som gjør pasienten bedre i stand til å forstå og mestre sine plager (2014 og 2017)
- Hjelp og behandling som gir tro på et bedre liv etter utskriving (2014 og 2017)
- Tilfredsstillende hjelp fra kommunen (2014 og 2017)
- Samhandling mellom ulike helsetjenester (2014 og 2017)
- Så mange som 30 % av pasientene hadde opplevd å bli snakket nedlatende eller krenkende til (2017)

Det betyr at det enda nøyere må vurderes om behovet for innleggelse utover det å trygge pasienten er tilstede, og om pasienten ved innleggelse vil få innfridd sine behov for hjelp og bistand, også utover det helt akutte. I følge PasOpp 2020(19) ser det imidlertid ut til at det er en betydelig forbedring på flere parametere.

I vårt team har vi erfart at langt de fleste henvendelser til oss ikke er begrunnet med pasientens «psykiske lidelse» i seg selv men i at noe «rundt» pasienten har gått i stykker (samlivsbrudd/kjærlighetssorg, arbeidsløshet, økonomiske problemer og andre tap). Tap, forandringer i livssituasjon, somatisk sykdom m.m., blir for noen til kriser som de ikke har verktøy til å løse på egen hånd. Årsaken kan ligge i individuell sårbarhet, manglende støtte, tidligere erfaringer, og sammenfall av flere vansker samtidig m.m.

Av dette bør det logisk følge:

- a) At selve vurderingen, når det er spørsmål om innleggelse, må ha som ambisjon å skille ut de pasientene som primært trenger innleggelse på grunn av sin psykiske sykdom - og de som trenger hjelp fordi «noe» i omgivelsene har krakelert, og ført til større eller mindre problemer for pasienten.

- b) At en tommelfingerregel er at pasienter bør få den bistand, omsorg, behandling og hjelp de trenger, i de omgivelsene og den kontekst problemene oppsto og bidro til pasientens funksjonsfall. Det vil selvsagt alltid finnes unntak, som fordrer annen tilnærming. Disse vil bli omtalt senere.

Min erfaring er at det ikke synes å være noen forskjell knyttet til hvor raskt disse to gruppene opplever at de trenger bistand. Lidelsestrykket kan ikke måles utfra hva som er årsaken til pasientens problemer. Kort sagt, det er ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det, som er av betydning.

2.2 Akutt-timer i poliklinikk

Elektive poliklinikker tilbyr ofte akutt-timer, men dette tilbudet er ujevnt implementert i de ulike DPS' ene. Definisjonen på en akutt-time er også uklar, men der dette er i bruk får pasienter et tilbud raskere enn antatt tid på venteliste skulle tilsi. Noen DPS'er gir en akutt-time i løpet av en uke, andre raskere mens andre igjen bruker lenger tid på å kunne gi time. Noen har klare og faste retningslinjer, relatert til hvem og hvor raskt en akutt-time skal tilbys. Andre gir time basert på en vurdering i hvert enkelt tilfelle. Noen har faste medarbeidere som ivaretar dette tilbudet (LIS, spesialister, psykologer i utdanningsstilling osv.), mens andre lar oppgaven gå på omgang. Noen steder er det satt av tid som en del av «produksjonskravene» til dette arbeidet. Andre steder er det opp til den enkelte behandler som er tildelt oppgaven, å finne tid innenfor sin ukeplan.

Felles for tilbud om akutt -time synes å være at den vanligvis gis i poliklinikk, som regel har en varighet av «vanlig» lengde (45 min), i liten grad involverer pårørende og andre faglige instanser (men «sender» gjerne pasienten videre med henvisning og bestilling av andre tjenester fra annet forvaltningsnivå). Felles for de som yter akutthjelp på denne måten, er at de har erfart at mange pasienter ikke dukker opp til avtale. Min erfaring er at det oftest gis en time til, men dukker ikke pasienten opp til denne timen, avsluttes kontakten. Vanligvis sikres ikke annen oppfølging enn en elektronisk beskjed til fastlege (evt. en telefon) om en pasient, som opprinnelig ble beskrevet som å være i

krise. Med andre ord, et system som mangler rutiner knyttet til hvordan pasienten reelt sett har det, og hvordan pasienten blir fulgt opp.

Hvor stort omfang det er av «ikke-møtt-pasienter» til akutt-timer i poliklinikk, finnes det meg bekjent ikke nasjonale tall på. Men min erfaring er at uteblivelsen er relativt stor. Det er derfor grunn til å undersøke nærmere om akutt-timer i poliklinikk er et adekvat behandlingstilbud til pasienter i akutt psykisk krise. At et akutt tilbud i poliklinikk bør være en del av akuttkjeden mener jeg må være klart. Men kanskje det burde organiseres annerledes? Det at akutt-tilbudet ofte er for dårlig definert og har dårlige levevilkår i en ordinær poliklinikk, bl.a. på grunn av «produksjonskravene», forsterker legitimiteten til spørsmålet.

2.3 Ambulant Akuttarbeid

Ambulant akuttarbeid er i den heldige situasjon at Helsedirektoratet tre ganger har beskrevet hva det skal være, begrunnelsen for dette og hvordan det kan organiseres(4) (sist i 2014). Dessuten er organisering av teamene omtalt i Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025)(20) med forslag om samorganisering/lokalisering med Legevakt. Erfaringer med samlokalisering av somatiske og psykiatriske akutt-tjenester og hvordan dette rent praktisk får konsekvenser for pasientene og det akuttpsykiatriske tilbudet, blir det svært spennende å få samlet.

Nå er det allikevel slik at teamene har utviklet seg ulikt, med ulik begrunnelse eller mangel på tydelig begrunnelse.

Det er av stor betydning at det er god kunnskap om hva tjenestetilbudet er ment å dekke og på hvilken måte ettersom det er forventninger fra pasienter, pårørende og andre, samt forventninger om mulighet for brukerinvolvering. Dette bidrar til å skape forutsigbarhet og en reell mulighet for å ta informerte valg fra pasientens og pårørendes side.

Ambulant akuttarbeid vil derfor i de neste kapitlene bli beskrevet med nasjonale styringsdokumenter som reisverk, konkretisert på en måte, som kan gjøre det gjenkjennelig for pasienter. De ansatte vil også kunne se mulighetene for utvikling av lokaltilpassede varianter.

Min erfaring er at pasienter, uten reelt behov, og uten at det er nøye vurdert at innleggelse er det beste behandlingstilbudet, allikevel «risikerer» å bli innlagt. Og at pasienter med reelt innleggelsesbehov, kan gå «under radaren». Å sørge for gode vurderinger og ikke minst gode alternativer til innleggelse, ville kunne minske antallet i begge gruppene. Sentral føring er fortsatt: Behandling skal, så langt det er mulig, tilbys uten for stor inngripen i den enkelte pasients liv og i henhold til pasienters og pårørendes ønsker, så langt det er mulig (og forsvarlig).

Det er noen pasienter som vanligvis ikke egner seg for hjemmebehandling i en akutfase: *Pasienter som er sterkt ruset og/eller har ruset seg i svært lang tid.* Dette er pasienter som ofte somatisk er svært reduserte og som vil ha behov for en grundig somatisk avklaring. Den somatiske avklaringen må vurdere fare for plager med abstinenser og behandle eventuelle somatiske plager, som vi erfaringsvis vet at bl.a. pasienter med rusproblemer ofte neglisjerer.

Det er dessuten omtrent umulig å gjøre gode utredninger med tanke på sikkerhet for og sammen med en pasient som er sterkt ruset. Pasienter med rusproblemer har rett til samme tjenestetilbud som andre pasienter. Det er ufravikelig. Men tjenestetilbudet må alltid tilrettelegges slik at det er til nytte for pasienten. Å late som om en samtale kan være samme reisverk i bedrings- og endringsarbeidet hos en aktiv rusmisbrukende pasient, som hos en som ikke er ruset, er å kaste blå i øynene både på den enkelte pasient og systemet som sådan. Ofte vil derfor løsningen her være innleggelse som en start på behandling i en akutfase. At selve innleggelsen er problematisk både når det gjelder hvor pasienten skal innlegges, spørsmålet om frivillighet og samtykkekompetanse og dermed bruk av tvang er et tilleggsproblem som må løses i hvert enkelt tilfelle. Dette omtales nærmere i kap.10.

Pasienter i «blomstrende» psykose og/eller mani.

Disse pasientene har ofte i liten grad innsikt i egen situasjon og er vanskelig å gjøre avtaler med. Ofte handler det om å lage struktur kombinert med riktig medikasjon. Også her vil spørsmålet om samtykkekompetanse være sentralt og må vurderes nøye, før aktuelle tiltak iverksettes.

Pasienter som lever i voldelige relasjoner eller på annen måte motarbeides hjemme.

Her vil prioritet nummer 1 være sikkerhet for pasienten. Dette vil ikke kunne ivaretas ved hjemmebehandling. Det er derfor viktig, uansett problemstilling, å gi behandling i trygge omgivelser. Det kan i den akutte fasen være nødvendig å alliere seg med Krisesenteret. Eller det kan arbeides med midlertidig bosted hos familie eller venner i en kortere periode. Dette fordi akuttinnleggelse vanligvis ikke gis som kompensasjon for mangel på bolig.

3. Definisjon av mål/oppgaver

Ambulant akuttarbeids hovedmål: Rammer for tjenestetilbudet, er foruten beskrivelser i ulike veiledere og rapporter, et relativt finmasket lovverk.

- Spesialisthelsetjenesteloven(21)
- Psykisk helsevernloven(5)
- Helsepersonelloven(22)
- Pasient - og brukerrettighetsloven(7)

3.1 Formålet

Formålet med ambulante akutteam(4) er å tilby pasientene en behandling med minst mulig inngripen i deres liv. Behandlingen skal understøtte deres egne valg og egen mestring, og gjennomføres i samhandling med deres pårørende og øvrig nettverk

På bakgrunn av ovenstående kan følgende mål og oppgaver for Ambulante akutteam utledes:

- Ambulante akutteam skal gi alle pasienter i en akuttpsykiatrisk krise et individuelt tilpasset behandlingstilbud, ytt på beste effektive nivå, i aktiv samhandling med pasienten, pårørende, fastlege, psykisk helse i kommunen, NAV og andre.
- Tilbudet skal gis ambulant (vanligvis hjemme hos pasienten) og innen få timer, samt med den hyppighet tilstanden krever.
- Problemomfanget skal vurderes slik at også tilgjengelige ressurser skal kartlegges, for så å iverksette adekvate tiltak i samarbeid med pasient, pårørende, fastlege osv.
- Tiltakene skal primært være et alternativ til akuttinnleggelse.

Men det er også viktig å sørge for innleggelse der det er påkrevet:

- Når pasientens evne til egenomsorg er sterkt redusert og ikke med sikkerhet kan re-etableres i hjemmet
- Når det hersker usikkerhet rundt sikkerheten for pasienten, særlig med tanke på suicidfare, men også annen fare.

- Når nettverket rundt er utslitt av langvarig oppfølging av kronisk syk pasient og ikke ønsker og/eller mestrer hjemmebehandling (jfr. pårørende som opplever en ny form for «tvang», den som omhandler å måtte ta seg av sine nærmeste, når de er alvorlig psykisk syke).
- Når det åpenbart er til skade for barn at en syk forelder behandles hjemme

Videre kan AAT bidra i en akutt fase til pasienter, som står på venteliste for annen behandling. Teamet skal også gi råd, veiledning og støtte til samarbeidspartnere, slik at flest mulig pasienter kan behandles lokalt. AAT skal arbeide ambulant, med det menes hjemme hos pasienten så langt det er mulig og forsvarlig, eller på fastlegekontor, hos NAV, hos psykisk helsetjeneste i kommunen, på somatisk sykehus, evt. også på samtalerom ved DPS, der det vurderes som mest hensiktsmessig.

Hvorfor er hjemmet en foretrukket behandlingsarena:

- Hjemmet er for mange en tryggere arena enn et behandlerkontor eller innleggelse
- Pasienten kan enkelt opprettholde kontakten med familie, dyr, arbeid/skole
- Pasienten unngår tilleggsbelastningen ved døgnopphold
- Det er stort sett alltid lettere å få tak i komparentopplysninger, og å få en god oversikt over hele pasientens livssituasjon
- Det er enklere å samarbeide med pårørende og annet nettverk
- Det er enklere å ivareta barnas situasjon
- Det er enklere å samarbeide med kommunens helse - og omsorgstjenester
- Det er bedre muligheter for å iverksette og fortløpende evaluere tiltak og prioritere disse riktig
- Det er bedre muligheter for vedlikehold av ferdigheter i eget hjemmemiljø
- Det oppleves oftest som mindre stigmatiserende

3.2 Øvrige oppgaver for AAT

På de sykehus som ikke har egen psykiatrisk liaisontjeneste, som også følger opp pasienter som har blitt innlagt på en somatisk avdeling, etter villet egenskade, kan AAT bidra med vurdering av selvmord av innlagte pasienter, samt råd om videre tiltak. Dette vil bli nærmere omtalt senere. AAT kan også bidra til vurdering av selvmord av pasienter som går i behandling ved DPS, er hos fastlege eller hos andre hjelpere, gjennom å bidra i en felleskonsultasjon, eller alene, der det er mest hensiktsmessig. Dette kan være en god investering både hva gjelder samarbeid og kompetanseoverføring. AAT besitter både kompetanse og muligheter for å kunne iverksette realistiske, sikre og raske tiltak, der selvmordsrisiko vurderes som forhøyet.

I alle regioner er ett eller flere sykehus med somatiske avdelinger definert som traumesykehus. Det vil si at de tar imot pasienter som har vært utsatt for store somatiske traumer, ikke sjelden trafikkulykker. En rekke av disse pasientene får også psykiske reaksjoner som en følge av det de har vært utsatt for, og kan trenge oppfølging. Mens de ligger på sykehus vil dette i all hovedsak dreie seg om informasjon. Dette er informasjon som AAT har kompetanse i, og kan bidra til at blir gitt. Dessuten kan AAT sørge for kompetent og rask oppfølging etter sykehusinnleggelse, der det er nødvendig og nyttig.

Økt antall henvendelser til allmennpoliklinikker, kombinert med tydelige krav om kortere ventetid (jfr Pakkeforløpene)(15) har ført til et behov for raskere og mer presis avklaring av saker/søknader mtp. hvilke som bør tas inn til utredning/behandling. Dette har poliklinikker løst på ulike måter, men flere steder i landet har AAT'ene gått inn som «Avklaringsteam», enten som endel av AAT'ets daglige oppgaver eller som egne organiserte team. AAT Elverum-Hamar har hatt denne oppgaven side november 2021, og har således ikke i skrivende stund mye erfaring med dette.

Imidlertid kan et drøyt års arbeid som avklaringsteam for allmennpoliklinikkene oppsummeres slik:

1. Det er relativt mange saker som inntaksansvarlige i poliklinikk ønsker avklart grundigere før beslutning om videre tiltak tas

2. Sakene er omfattende og tidkrevende, men AAT sitter med både nødvendig kompetanse og nettverk for å kunne utføre dette arbeidet
3. 67% av alle avklaringsaker har *ikke* blitt saker for videre oppfølging i allmenn poliklinikk, men er overført til fastlege, kommunalt psykisk helsevern osv.
4. Ved tilførsel av økte ressurser til AAT, (evt. eget avklarings-team) ville langt flere saker kunne bli vurdert grundigere enn et inntaksteam har forutsetning for å gjøre gjennom vurdering av søknader. Det vil trolig kunne bidra til at poliklinikkene vil få en mindre arbeidsmengde. Kanskje vil de også kunne tilby terapiforløp av lengre varighet til enkelte pasienter?

En psykologspesialist fra AAT har hatt hovedansvaret for kontakten med Inntaksteamet/poliklinikk, mens selve avklaringsarbeidet har vært utført av rutinerede medarbeidere i AAT. Avklaringen gjøres iht. en begrenset utredning, som allikevel gir tilstrekkelig informasjon mtp. valg av videre tiltak og nivå.

Måten mål og metoder for arbeid i AAT er formulert på i sentrale veiledere og retningslinjer/anbefalinger, gir store muligheter for "lokalt basert systemtilpasning/organisering". Det innebærer at etablering og utvikling av selve tilbudet Ambulant Akuttbehandling kan tilpasses lokale forhold slik at det passer inn der man er, og hvor man i varierende grad er «tro» mot det intensjonelle. Selve rapporten baserer seg på anbefalinger og beskriver ulike alternativer, uten alltid å anbefale det ene fram for det andre.

3.3 Ambulant Akutt – hva er det?

Selv om selve ordet i seg selv skulle indikere en spesifikk forståelse, er det ikke uvanlig med ulik praktisering og forståelse av hva som ligger i «ambulant» arbeid. Noen team fungerer likende en akuttpoliklinikk. Man reiser da ikke hjem til pasienter. Responstiden er også ulikt definert. Andre arbeider delvis ambulant og delvis stasjonært, mens andre igjen arbeider systematisk hjemme hos pasienten. Noen har som mål at responstiden skal være maks 4 timer, mens andre tenker at «noen dager» er en grei responstid. At responstid når det gjelder «akutthjelp» ikke er tydelig definert, gjør at man lokalt i stor grad, kan

bestemme selv. Bak denne ulike organiseringen og praksisen kan det ligge gode faglige og organisatoriske og økonomiske argumenter. Når tilbudet avviker så vidt mye fra retningslinjene, bør det kanskje ikke defineres som et akutt-tilbud. Det hadde kanskje vært ryddigere å navngi tilbudet på en slik måte at det beskriver det reelle innholdet? Denne problemstillingen har også Akuttnettverket vært opptatt av. En rekke team har deltatt i undersøkelsen, som nettopp hadde som mål å sjekke ut teamenes troskap (fidelity) mot modellen(11).

Det er mange gode grunner til at Ambulant Akuttarbeid bør organiseres i henhold til intensjonene. Først og fremst fordi måten å arbeide på etterhvert er godt utprøvd og forsket noe på, også i Norge(8-10). Videre er det lurt fordi pasienter, pårørende og samarbeidspartnere vil kunne vite hva de kan forvente og kreve, uavhengig av hvor i landet de bor, når de får tilbud fra Ambulante Akutteam. Det vil også være mulig å forske videre og grundigere på, og sammenligne internt i Norge, hvis det er utformet og organisert noenlunde likt, og hjelpen som tilbys er i henhold til like kriterier og likt forståtte retningslinjer.

4. Grenseoppgang til ACT/FACT

... mann, 29 år, bipolar lidelse og rusmisbruk de siste 12 år. Bor i kommunal bolig, men har dårlig bo-evne, og står i fare for å bli kastet ut av leiligheten. Betydelig økning av rusmisbruk siste måned, tar ikke forordnede medisiner slik han bør, og har et sår på foten som ikke vil gro. Henvist av ROP-team.

ACT/FACT(23) er et tilbud til pasienter med langvarige og alvorlige psykiske problemer, ofte kombinert med rusproblemer, som over lengre tid er i behov av samtidig hjelp fra spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste. Tilbudet skal designes ut fra modell (ACT eller FACT) i et praktisk, økonomisk og faglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Arbeidsutprøving og erfaringskompetanse står sentralt og avspeiles i kompetanse blant ansatte i teamene. Spesielt der FACT-modellen velges, er det en viss frihet til selv å definere (inkludere og ekskludere) pasienter. Men det er sentralt at både kommune og spesialisthelsetjeneste sammen er enige i både inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Nasjonalt er det laget tydelige retningslinjer hva gjelder bemanning, arbeidsform og innhold i behandlingstilbudet(24).

Selv om dette er et tilbud som virkelig har fått vind i seilene, støttes økonomisk med statlige midler i prosjektperioden og ser ut til både å favne pasienter som ellers ville stått uten behandlingstilbud, er det ikke etablert ACT/FACT i alle kommuner. Men der disse finnes, vil det være behov for gode samhandlingsrutiner. Pasientgruppen, som er ACT/FACT's målgrupper, vil også ha behov for akutthjelp i perioder. Disse pasientene kan bli selvmordstruede, forsøke selvmord og måtte legges inn på somatisk sykehus. Uansett hvor velfungerende et ACT/FACT-team er, vil det være pasienter som i større eller mindre grad «faller ut» av FACT, må ivaretas og gis bistand fra andre deler av spesialisthelsetjenesten.

FACT Hedemarken er nå inne i sitt siste prosjektår, mens FACT Sør-Østerdal er inne i sitt 2. prosjektår. Etter en rekke startproblemer, ble det besluttet at FACT Hedemarken skulle samorganiseres med AAT. Det var flere begrunnelser for dette. Ikke minst var felles ambulant arbeidsform, utslagsgivende. At AAT Elverum-Hamar også hadde etab-

lert tette og forpliktende samarbeidsrutiner med de samme kommunene som FACT-teamene ble etablert sammen med, gjorde gevinsten med samorganisering større.

FACT som organisasjonsform representerer et veiskille når det gjelder samarbeid og samhandling. Å lage en modell som forplikter både kommune, NAV og spesialisthelsetjenesten bidrar til dette og blir i så måte logisk. På den måten sikrer man kunnskap om og samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivåene og kan yte helhetlig hjelp til pasienter med omfattende og kroniske problemer. Organisasjonsformen har også sine utfordringer. Dette vil imidlertid ikke bli gjenstand for nærmere utforskning eller forsøk på løsning her, da dette er et arbeid som er i kontinuerlig utvikling. Samorganiseringen med AAT gir også en rekke andre fordeler, ikke minst når det gjelder utveksling av kompetanse, samt kunne gi et sømløst tilbud til de dårligste pasientene når de er i kriser.

Rekruttering av spesialister er også på landsbasis en stor utfordring. Samorganisering kan åpne opp for et faglig felleskap for disse fagfolkene og for mer fleksibel bruk av denne «mangelvaren». Både AAT'er og FACT har vanligvis en forholdsvis liten andel spesialister, spesielt psykiatere, sett i forhold til antall ansatte totalt. Samorganisering kan derfor legge godt til rette for et større fagmiljø. Dette har jeg erfart at bidrar til økt trygghet for den enkelte spesialist, og dermed økt trivsel i arbeidsdagens faglige utfordringer.

Jeg ser ikke bort fra at denne måten å samordne tjenester på, vil kunne bli retningsgivende også for andre deler av psykisk helsevern. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025)(20) anbefaler at AAT samorganiseres med Legevakt. På den måten kan de inneha rollen som psykiatrisk legevakt på steder der denne ikke finnes.

Vi har sannsynligvis bare sett den spede begynnelsen på denne utviklingen.

Invest yourself in everything you do. There's fun in
being serious.

John Coltrane

5. AAT faglig innhold og målgruppe

5.1 Faglig innhold

... mann i 50-årene, driver eget firma. Har i hele sitt yrkesaktive liv arbeidet lange dager, helger og høytider. Har 4 ansatte, og mer enn nok å gjøre. Føler seg nå tiltagende sliten, har fått søvnproblemer og begynt å bruke alkohol for å få sove. Dette har igjen ført til ytterligere dårlig søvn og manglende overskudd på dagen. Strever med å holde orden både på oppdrag og økonomi, og har lyst til å gi opp alt. Ser ingen mening i noe lenger, og ønsker å «bli borte». Henvist fra fastlege.

Å tenke seg en statisk, standardisert prosedyre for hva som er den mest effektive behandling - for alle pasienter, er hverken realistisk eller ønsket. Å bli møtt, som det unike mennesket hver enkelt er, fordrer en ikke-skjematisk tilnærming men allikevel strukturert oppbygget behandlingsfilosofi, når en god relasjon skal etableres raskt. Imidlertid er det, som tidligere nevnt, en god start å komme på banen raskt. Å møte pasientens behov for hjelp, når pasienten selv mener den trengs, bidrar til at pasienten opplever å bli tatt på alvor.

Det er ikke en original innfallsvinkel å ta utgangspunkt i pasientens egen forståelse av sin situasjon. Forbausende ofte forteller pasienter allikevel at de er blitt møtt med en annen innfallsvinkel. Det er ikke uvanlig at pasienter forteller om en startsamtale som primært handler om innholdet/formuleringer i henvisningen. Pasienter kan også i en akutsituasjon bli møtt med spørsmål stilt ut fra skjemaer eller bli bedt om selv å fylle ut skjemaene i timen. Ved å bruke «en annens språk» (fastlegens, henvisningens e.l.) på pasientens problemer, har pasienten implisitt gitt fra seg deler av eierskapet til egne problemer. Pasienten får raskt en bekreftelse på at det språket, de ordene hen bruker om seg selv, ikke er «bra nok». Det kan oppfattes som vi sier at problemene først får gyldighet når de oversettes til fagspråk eller behandlerens termer. Som en naturlig følge av dette, kan det lett skapes en idé i pasientens hode om at hjelperen «vet best». Det kan igjen føre til at pasienten går fra å være aktør i eget liv til å bli en passiv mottaker, uten tillit til egen mestringsevne og med begrenset (eller overdreven) tillit til hjelperen.

Vårt mål må alltid være å styrke pasientens mestringsevne. At pasienten fortsetter å ha tillit til beskrivelsen av sin egen situasjon, er derfor helt sentralt når hjelpetiltak skal igangsettes. Dette handler om mot, om håp, om autonomi og om tillit til at egne forslag er verdifulle og nødvendige. Det kan bygges videre på tidligere mestringsstrategier med tanke på forståelse av hva som skal til for at bedring skal kunne skje. Dette til tross for at selv om pasientens egen løsning ikke alltid, i seg selv, førte til bedring. Pasientens egne tanker om hvilken hjelp som ønskes vil også alltid være helt nødvendig å få tak i, og pasientens mål i livet er overordnet når bistand skal gis.

Pasienter som ikke klarer å formulere konkrete mål, vil også kunne få hjelp til å forstå hvorfor det er behov for å sette mål og etter hvert hjelp til å formulere kortsiktige mål. Videre har vi som hjelpere et ansvar for å kalibrere dette opp mot de muligheter som finnes. Vi vil ofte på samme tid både utfordre retningslinjer og prosedyrer, samt sørge for at de samme retningslinjer og prosedyrer gjennom individuell tilpassing blir gangbare og nyttige. Dette for at hver enkelt pasient, skal oppleve større grad av mestring, autonomi og trivsel i sitt eget liv, når tiltakene fra AAT avsluttes.

Som tidligere beskrevet, er pasienters egen evaluering av mangler etter innleggelse (PasOpp 2014 og 2017)(17;18) oppsummert slik:

- Samarbeid med pårørende (2014)
- Forberedelser til utskrivelse (kan overføres til kontakt med andre deler av hjelpeapparatet) (2014 og 2017)
- Informasjon om psykiske plager/diagnosen (2014 og 2017)
- Informasjon om behandlingsmuligheter som finnes (2014 og 2017)
- Hjelp og behandling som gjør pasienten bedre i stand til å forstå og mestre egne plager (2014 og 2017)
- Hjelp og behandling som gir tro på et bedre liv etter utskrivning (2014 og 2017)
- Tilfredsstillende hjelp fra kommunen (2014 og 2017)
- Samhandling mellom ulike helsetjenester (2014 og 2017)
- Pasientens opplevelse av å bli snakket nedlatende eller krenkende til (2017)

Det er all grunn til å tro at disse elementene er av like stor betydning for pasienter som mottar ambulant akutthjelp, selv om de ikke er spurt i akkurat disse undersøkelsene. Vår måte å møte og hjelpe pasienter i akutt psykisk krise, må også gjenspeile denne kunnskapen og forståelsen. Måten vi møter pasienten på første gangen, er av avgjørende betydning for hvordan resten av kontakten vil utvikle seg. Det betyr at grunnleggende oppmerksomhet om og ivaretagelse av pasientens ønsker og behov, der pasienten er hovedpersonen, må gjennomsyre alt vårt arbeid med pasienter. Pasientens hjem som base og behandlingssted, hvor behandlere er dels gjester, dels likeverdige samarbeidspartnere og fagpersoner, kan gi en kraftfull synergieffekt, som gjør at ambulant akuttbehandling eller like gjerne akutt hjemmebehandling, til et annerledes tilbud enn andre tilbud innen akuttkjeden. At det også er en langt billigere løsning enn innleggelse, er også av betydning.

5.2 Målgruppen

... mann 38 år, samlivsbrudd etter utroskap. Bodde i eget hus, men nylig kastet ut og bor midlertidig hos en kamerat. Framstår som helt knust, full av anger og selvbepreidelser. Klarer ikke å arbeide, sove eller spise. Vandrer rundt, gråter og snakker om selvmord. Henvendelse fra kameraten.

I utgangspunktet er alle pasienter i opptaksområdet, over 18 år, som opplever seg i en akutt psykisk krise, i målgruppen. Nærmere beskrevet i Rapporten fra 2014 som:

... et tilbud om rask vurdering og korttidsbehandling for pasienter med psykisk lidelse, evt. i kombinasjon med rusmiddelproblemer, som opplever akutt forverring eller akutte nye plager som ikke kan tas hånd om av kommunens helse - og omsorgstjeneste eller andre deler av spesialisthelsetjenesten (4, s. 19).

At pasienter, som selv opplever seg i en akutt psykisk krise, eier definisjonsretten til sine problemer, og selv kan bestille behandling/tiltak, vil i utgangspunktet kollidere med flere prinsipper:

- Avklaring og forsøkt igangsatt behandling fra fastlege og/eller annen 1. linje tjeneste.
- Henvvisning fra fastlege (eller legevakt), som spesifiserer problemstilling og hva det bes om bistand til, formulert på en

slik måte at henvisningen kan vurderes iht. psykisk helsevernloven og prioriteringsveilederen.

Når en rekke ambulante akutteam, helt eller delvis, velger å fravike krav om henvisning har det flere årsaker:

- a) Rask og riktig hjelp er vesentlig mtp. utsikten til rask bedring, herunder evt. tilbakeføring til arbeid/skole.
- b) Eiendomsretten til egen definisjon av sine problemer er helt sentral for å redusere risikoen for å kjenne seg fremmedgjort, og mindre mestrende i eget liv.

Å ta imot alle henvendelser, vil kunne føre til at også henvendelser som kunne vært løst på 1. linjenivå, kommer til spesialisthelsetjenesten. AAT får derfor en flerdelt rolle her:

- Å være «det stedet» som bekrefter at «du har kommet til rett sted». Alle har kjent på følelsen av maktesløshet når man ringer til en offentlig eller privat etat/bedrift, og den man skal ha tak i enten er i møte eller borte resten av dagen. Eller man møtes av en telefonsvarer som ber oss trykke på ulike taster for ulike behov, og ventetiden oppleves som uendelig. Friske, glade overskuddsmennesker opplever ofte dette som en belastning. Det skulle derfor være unødvendig å tydeliggjøre hvor belastende det kan være for folk som er hjelpetrengende og i krise. Å være det stedet som sier «JA», «dette kan vi hjelpe deg med», «du er kommet på rett sted», er den første lille og viktige etappe i relasjonsbygging på en trygg hjelpevei.
- AAT må derfor, etter å ha fått oversikt over situasjonen, sørge for at rett hjelp blir gitt, fra rett nivå, person og profesjon. Det må være stedet som sørger for å ikke sende pasienten ut på en ringerunde. Å sørge for, handler om å lytte, for så å forklare hvor hjelpen best kan ytes fra og evt. hvorfor, for deretter å sette pasienten og riktig hjelp i kontakt med hverandre på en betryggende måte.

Flere forutsetninger må være på plass for at denne arbeidsmåten skal lykkes, ikke minst at den som først snakker med pasienten (vanligvis

over telefon) er god til å forstå, skaffe seg oversikt og har god kjennskap til og kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Etter vår vurdering er det en forutsetning for et godt akuttpsykiatrisk arbeid, og derfor viktig å framelske.

Implisitt i denne måten å arbeide på ligger også at det er tatt stilling til at det ikke nødvendig med henvisning for å få hjelp. Selv om det finnes gode motargumenter mot en slik praksis, er min erfaring at nettopp tilgjengeligheten, er et av flere suksesskriterier for vellykket ambulans akuttpsykiatri. Dette omtales nærmere i kap.6.

De som kontakter AAT, enten selv, via pårørende eller annen helse-tjeneste er pasienter, enten med kjent helseproblematikk, eller med nyoppståtte problemer. Noen ganger kommer henvendelser fra pasienter som allerede mottar behandling i spesialisthelsetjenesten (ved Elverum-Hamar DPS 2021 var denne andelen 28 %). Tallet vil naturlig nok variere fra DPS til DPS, avhengig av lokale rutiner, befolknings-sammensetning osv.

En akutt psykisk krise har noen kjennetegn. Pasienter har selv definert disse kjennetegnene slik: «*Krisen oppleves som en kollaps av både ytre rammer og indre selvopplevelse*»(25). Svært mange beskriver også en kortere (eller lengre) periode hvor de opplever kognitiv svikt, spesielt når det gjelder hukommelse, som kan komme tydelig til uttrykk i samtaler f.eks. med hjelpeapparatet. Opplevelsen/beskrivelsen av krise synes å være ganske lik, uavhengig av diagnose, utløsende årsak m.m. Min erfaring er at i en krise står det «terapeutiske vinduet» på vidt gap. Pasienten er svært tilgjengelig for hjelp. Desto raskere hjelpen er på plass, desto større tillit synes det som om pasienten får til både hjelperen og innholdet i hjelpen. Det er derfor viktig at denne åpningen brukes på aller beste måte med tanke på pasientens bedring og mestring. Det terapeutiske vinduet kan bli slått hardt og raskt igjen, hvis ikke vi som behandlere, fyller det med kompetanse, ivaretagelse og omsorg.

6. Henvisninger – eller henvendelser?

... ung kvinne, 19 år, innflytter til byen, student ved Høyskolen. Tidligere skoleflick, sosial, mange venner, aktiv i idrett. Nå tiltagende konsentrasjonsproblemer, opplever at hun for første gang i sitt liv ikke henger faglig med. Begynner å utebli fra undervisningen. Bor på hybel, spinkelt nettverk. Er økende fortvilet og har fått en opplevelse av å være fremmed for seg selv. Tanker om å ville avslutte livet. Henvendelse fra studenthelsetjenesten.

Når pasienter befinner seg i en somatisk akutsituasjon, er det vanlig i Norge, at man kan ringe for å få hjelp. Man kan kontakte legevakt, ambulanse eller fastlege – og «henvise» seg selv. Psykisk helsevern har ikke på samme måte utviklet en førstelinjetjeneste, utover det som dekkes av det ovenfor nevnte. I byer og tettsteder uten psykiatrisk legevakt, vil AAT ofte ha noe av denne funksjonen, uten at den «på papiret» er definert slik. I Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025)(20) er det som tidligere nevnt, foreslått at AAT skal sam- organiseres med legevakt. Et slikt forslag kan ha mange fordeler. Man kan merke seg at «kravet» til henvisning vil falle bort. Det vil være viktig å arbeide for at en slik samorganisering blir realisert. AAT vil på den måten bli et samhandlingstilbud mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, en organiseringsform jeg tidligere har argumentert for, relatert til etableringen av FACT. En slik plassering og organisering av AAT vil synliggjøre at pasienters, pårørendes og fastlegers behov for bedre tilgjengelige tjenester fra spesialisthelsetjenesten, blir tatt på alvor.

Opplevelsen av å ha behov for kvalifisert hjelp nå, er trolig like mye tilstede når det gjelder behov for somatisk helsehjelp. Men for å bli forstått mtp. hjelpebehovet, er mottakende lege helt avhengig av en beskrivelse av hvordan pasienten har det. Når det gjelder behov for psykisk helsehjelp vil dette være plager som i liten grad kan verifiseres ved hjelp av objektive data (blodprøver, bildediagnostikk m.m.). Selv om leger på legevakt har ønske om å gjøre det aller beste, også for pasienter med psykiske plager, viser erfaring at denne gruppen ofte opplever disse møter som en avvisning eller at de blir raskt sendt videre til vakthavende lege eller psykiatrisk sykehus. Det finnes vanligvis to alternativer: innleggelse eller hjemsendelse.

Min erfaring er at når pasienter får raskt hjelp, minsker behovet for mer omfattende hjelp. Det kan være pasienter som sitter med ferdigpakket bag og tenker at innleggelse er det eneste som kan hjelpe. Ved at de raskt møter kvalifiserte hjelpere, vil de ofte kunne se at det finnes andre og bedre alternativer som de ikke hadde tenkt på eller ikke visste fantes.

Å skulle be alle pasienter om først å kontakte fastlege, ville bli en utsettelse med tanke på behov for rask, tilpasset og adekvat hjelp. Å få hjelp direkte, når det oppleves som verst, og å vite at den finnes, vil kunne dempe behovet for omfattende hjelp, (les innleggelser) På den måten vil man kanskje kunne sikre at de få sengene som finnes, brukes riktig.

I sin rapport (2014)(4) konkluderte ikke Helsedirektoratet entydig med om det skulle være krav til henvisninger, eller ikke. Det ble lagt opp til at hvert enkelt foretak selv skulle beslutte hvordan de ville tilrettelegge for dette.

Motforestillinger knyttet til at pasienter kunne henvende seg selv:

- Det ville raskt kunne bli uoversiktlig,
- Fastleger kunne bli «satt på sidelinjen» og i mindre grad ville følge opp disse pasientene
- Spesialisthelsetjenesten ville begynne å utføre «kommunale» oppgaver, herunder stort «sorteringsansvar» hos det enkelte AAT.

Fordeler knyttet til at pasienter kunne henvende seg selv:

- Rask og riktig hjelp for folk som er i krise
- Ubyråkratisk system,
- Tilgjengelige tjenester
- En pasientopplevelse som handler om å «ha kommet til rett sted».

En undersøkelse fra England(26) dokumenterte at pasienter, som i mindre grad ber om hjelp via det tradisjonelle henvisningsforløpet,

f.eks. eldre og minoritetsgrupper, i større grad benyttet hjelpeapparatet, når det ikke var behov for henvisning. Erfaringer tilsier at disse gruppene har større forekomst av plager, men bruker helsevesenet mindre. Når tilgangen blir enklere, kan det se ut at også disse gruppene vil kunne få et bedre tilbud. Brukerrepresentantene som var med i arbeidsgruppen da Helsedirektoratets rapport (2014)(4) ble skrevet, var helt entydige på at de ønsket mulighet for direkte henvendelse. Det innebærer, sagt med andre ord, at de ønsket en så lav terskel som mulig, for å kunne få hjelp.

Min erfaring er at det er mulig å ha «åpen» telefon, uten å overta kommunens oppgaver og uten å avvise pasienter som ringer, med setningen «... du har kommet feil, du må ringe ...». Det krever tett samarbeid med fastleger og kommunal psykisk helsetjeneste, NAV og andre aktører. Dette samarbeidet er også en forutsetning for at godt ambulansetjenestearbeid skal kunne gjennomføres. Dette omtales i kap.18.

Også Jæren AAT har gode erfaringer med å ta imot henvendelser gjennom å ha åpen telefon, og oppsummerer det samme som oss i Ambulant Akuttenhet Elverum-Hamar: «Rask og uformell tilgang er høyt verdsatt og har bidratt vesentlig til å bedre psykiatriens om-dømme»(27, avsnitt 11).

7. Ulike pasienter – ulike tilnærminger?

... somalisk kvinne, midt i 40-årene, bodd i Norge i 7 år. Tiltagende deprimert, uten å uttrykke det. Snakker ikke norsk, men sønnene opplever stort funksjonsfall. De forteller at de må hjelpe henne å kle seg, følge henne på toalettet, og sørge for at hun spiser. Sønnene henvender seg til fastlegen, som igjen ringer AAT.

Spørsmålsstillingen i overskriften vil for mange synes helt overflødig. Svaret er at selvsagt skal vi ha ulike tilnærminger. Det enkelte menneske er unikt og hver enkelt situasjon det enkelte menneske befinner seg i er unik. Men det kan også se ut til at det også er noen tydelige likheter mellom pasienter i akutt krise, uansett diagnose/problem. Vi i vårt AAT erfarer dette, slik jeg også hører at andre gjør. Trude Klevan støtter også dette. I sin doktoravhandling(28) fant hun at kriseopplevelsen var ganske lik, uavhengig av utløsende årsak eller symptomatologi. Begreper og ord som ble brukt i intervjuene Klevan gjennomførte var: *Det føles som om alt «revner», «kollapser», «faller sammen»*. Dette er begreper jeg kjenner igjen i mitt daglige arbeid, og som innledningsvis i kontakten med hver enkelt pasient, er med-styrende for hvordan jeg tilrettelegger kontakten.

Når «alt» er i ferd med å «revne», «kollapse» eller «falle sammen», vil det for de aller fleste oppleves betryggende med tydelige rammer. I et hjemmebesøk kan dette bety å være tydelige på hvem vi er, og hvordan vi kan hjelpe. Hvis vi som hjelpere faller i «forkortelsesfella» (DPS/AAT/AMK) er ikke det nødvendigvis trygghetsskapende atferd. Vi må ikke ta for gitt at «alle» vet hva DPS er, ei heller AAT. Språket vårt er noe av det som vil kunne bidra til å skape den trygghet som er nødvendig, for å få etablert en god og konstruktiv behandlingsallianse.

Som del av det å lage tydelige rammer, er det klokt å være tydelig på hvor lang tid man har satt av. Å formulere denne rammen som en begrensning, at vi kun har denne tiden vil være det motsatte av å trygge. Å si at vi har god tid, vi har satt av en hel time, to hele timer osv., vil på den annen side bidra til en god og positiv vinkling på samarbeidet. Svært få pasienter har tidligere erfart behandling i eget hjem, og kan derfor føle seg utrygge med tanke på hva som forventes av dem. Når vi bruker litt tid på dette, bruker spørsmål som åpner opp for å kunne

tematisere nettopp det å ha gruet seg, utryggheten og hva vi som hjelpere forventer (som f.eks. ikke å få bevertning) vil pasienten vanligvis etter hvert oppleve å «eie» situasjonen. Gradvis vil hen sammen med oss, oppleve situasjonen som håndterbar.

Når det akutte i krisen er over, når vi som hjelpere er blitt trygge medarbeidere for pasienten og første fase er over, er det tid for å se nærmere på det unike ved denne pasienten. Hva kan nettopp denne pasienten ha mest nytte av? Utover det rent akutte, hva opplever vedkommende som problem? Hvilke symptomer har vedkommende? Hvordan påvirker kjønn, kultur, etnisitet, alder osv. hens situasjon? Her vil vårt faglige ståsted og vår samlede kompetanse være viktig. Desto fyldigere verktøykasse og desto mer fleksibel bruk av denne, desto større mulighet for godt resultat.

Kunnskap om psykiske helseproblemer blir ofte presentert uavhengig av variablene kjønn, etnisitet, kultur og alder. Å være oppmerksom på dette, sørge for oppdatert kunnskap på disse områdene, unngå «synsing» og basere tiltak på kunnskap, bør gjelde i AAT, som innen resten av hjelpeapparatet. Ei heller her må det glemmes at den beste og mest oppdaterte kunnskap på individnivå får vi av pasienten selv. Vår generelle kunnskap, brukt for og sammen med hver individuelle pasient, vil vanligvis være tilstrekkelig i en startfase.

Det er to grupper av pasienter som det er klokt å møte med spesiell oppmerksomhet:

- Det er eldre pasienter (oftest definert som personer over 65 år)
- Det er pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, herunder med manglende norsk kunnskaper og begrenset forståelse for norsk kultur

Jeg vil ikke her ta mål av meg til å beskrive disse pasientgruppene særtrekk på en fullgod måte, men kun peke på enkeltfaktorer som gjør at de bør møtes på en noe annen måte enn akutt pasienter forøvrig. Når det gjelder eldre pasienter (som heller ikke er en homogen gruppe) er det noen områder som vi i større grad enn ellers må vie

oppmerksomhet, fordi mange eldre kan ha flere (somatiske) sykdommer, og ta ulike medikamenter for disse. Polyfarmasi som innebærer anvendelse av mange legemidler samtidig, er derfor en problemstilling hos mange eldre pasienter. Legemidler kan ha uheldige bivirkninger. Det kan også være ugunstig samvirkning (interaksjoner) mellom de ulike medikamentene. I tillegg øker risikoen for manglende etterlevelse av behandlingsinstruksene. Dette må derfor følges opp nøye. Et tett og nært samarbeid med fastlege er nødvendig for å kunne sikre riktige og hensiktsmessige tiltak. Sjekking i kjernejournal kan også bidra til kvalitetssikring av tiltak, knyttet til medisiner, hvis ikke fastlege er tilgjengelig.

Begynnende demens av ulike typer er også tilstander det er nødvendig å være spesielt oppmerksom på. Dels kan demens være en årsak til endret psykisk tilstand, og dels kan den være en vesentlig del av et samlet bilde. Gode utredninger er viktig. Å ta redusert kognitiv funksjon kun til inntekt for f.eks. en mulig depresjon, kan føre til at vi overser vesentlige deler av pasientens helseproblemer, og dermed ikke gir riktig behandling. Ved mulig demensutvikling vil vurdering av samtykkekompetanse også være viktig. At forvirring også kan være en symptom ved akutte infeksjoner, gjør behovet for tett samarbeid mellom fastlege og AAT mtp. somatisk avklaring, ytterligere påkrevet for denne aldersgruppen.

Vurdering av selvmord av eldre pasienter, har også ofte en litt annen karakter. De impulsive forsøkene sees sjeldnere, men hyppigere er derimot de forsøkene, som er planlagt over lang tid og som følges av et sterkt dødsønske. Personlig glemmer jeg aldri et møte med en gammel, sterkt smertepåvirket dame, flyktning, uten gode norskkunnskaper og som var alene. Hun hadde en sønn som bodde utenfor Norge. Ellers hadde hun ingen pårørende, kun hjemmesykepleie, som bidro med medisiner hun trengte på grunn av flere alvorlige somatiske sykdommer. Etter et mislykket selvmordsforsøk, et intoks, var jeg tilkalt til medisinsk avdeling for å gjøre en vurdering og gi et råd. Pasientens eneste ønske var å få dø. Hun tok mine hender i sine, holdt dem hardt og tryglet om hjelp til nettopp å dø. Å forsøke å forklare at det ikke var mulig for meg, kjentes nærmest som et svik, når jeg heller ikke hadde virkemidler som kunne bidra til å gi henne et liv med mindre smerte og mer glede. Det jeg kunne tilby, var samvær og samtale der og da. I

det lå en liten mulighet til å kunne gi pasienten en opplevelse av å bli tatt på alvor, selv om det ikke var mulig å imøtekomme hennes ønske om hjelp til å dø.

Også pasienter med minoritetsbakgrunn er det vesentlig å skaffe seg spesialkunnskap om, og bruke denne, slik at den er tilpasset pasient og situasjon. Når det mangler gode norskkunnskaper, er det ikke uvanlig at det også mangler kunnskap om norsk kultur, det norske samfunnet generelt og psykisk helsevern spesielt. Pasienten har sin egen bakgrunn og forståelse av psykisk helsevern som hen tar med seg inn i møtet med norsk helsevesen og som bidrar til å farge forståelsen av det som blir formidlet. Det har tatt mange år å bygge ned vesentlige deler av det skambelagte knyttet til psykiske lidelser i Norge. Psykiske problemer oppleves også ofte skambelagt for pasienter med minoritetsbakgrunn. Dette er det viktig å ta hensyn til. Å ha som utgangspunkt at psykiske problemer *kan* være mer skambelagt enn hos pasienter med norsk bakgrunn, vil være klokt. Mangel på øyenkontakt, manglende ord og språk som kan beskrive hvordan pasienten har det, kan bidra til å gjøre det vanskelig å få tak i hva pasienten ønsker hjelp til. Min erfaring er at opplevelsen av funksjonsfall er det som utløser det opplevde behovet for hjelp og at det i mindre grad gjelder indre smerte. Den psykiske smerten kan imidlertid ofte bli uttrykt gjennom ord, tegnninger eller på andre i løpet av et behandlingsforløp.

Når pasienten ikke snakker norsk, er en god tolk vesentlig. Min erfaring er, at en rekke pasienter er mistenksomme overfor tolker som ikke tilhører familien. De kan si at de ikke stoler på at tolken overholder taushetsplikt og at tolken bl.a. ikke oversetter det som sies. I en akutfase og særlig ved første møte, synes jeg det er aller best med en tilstede-tolk og ikke tolking over telefon. Hvis pasienten har noen hos seg, som har bedt om hjelp på vegne av pasienten, og som det ser ut til at pasienten stoler på, vil jeg da velge å bruke denne. Det kan være en sønn/datter eller en annen slektning. Så selv om det ofte er anbefalt ikke å bruke familie som tolk, har jeg personlig mange gode erfaringer med dette. Også hvis pasienten blir innlagt, er gode familiemedlemmer, som også kan tolke, viktige bidragsytere til å skape trygghet og tillit til en innleggelse, og den hjelp det er mulig å få

der. Involvering av pårørende blir på denne måten ivaretatt. Forutsetningen er at de «brukes» på en respektfull måte, sett både fra pasientens og de pårørendes perspektiv.

Straks våren er her for fullt, skal han
rømme frå sjukeheimen. Han drømmer
om å sjå Jæren, Lofoten og Buenos Aires.
Han er 91, verda ventar.

Frode Grytten

8. Den første samtalen

... ung mann, 18 år. Bor i kollektiv med flere ungdommer på samme alder. Studerer. Gradvis endret atferd. Dette kommer spesielt til uttrykk gjennom skolearbeidet. Tegn på bisarre tanker og fantasier synliggjøres i skriftlige arbeider, parallelt med tendens til tilbaketrekning. Liten kontakt med familie, og stadig mindre kontakt med venner. Synlig forfall av evne til egenomsorg, herunder personlig hygiene. Henvist fra studiestedet.

Første gang pasienten snakker med AAT er ofte over telefon. Her gjøres avtaler om første hjemmebesøk (om ønskelig kan annet foretrukket sted avtales). Å snakke om det vanskeligste i livet, til en fremmed person, kan for mange pasienter være veldig krevende. Andre pasienter synes det er lettere å snakke med en fremmed enn med noen den kjenner godt. Uansett, måten vi da er på, hvordan vi ordlegger oss, presenterer oss og tydeliggjør vår interesse for pasienten er av stor betydning for videre samtaler og kontakt. Det er derfor behov for å trene på slike samtaler og vite at egen trygghet vil kunne smitte over på pasienten. Å ha nok tid, ha ro rundt seg, være tydelige på hvem vi i AAT er og på hva vårt oppdrag er, vil kunne virke tillitsskapende.

Det første hjemmebesøket er noen ganger også vanskelig. I AAT har vi erfaring med at å arbeide to og to, alltid er best. Det krever god rolleavklaring oss imellom, og avtale om hvem som hovedsakelig fører ordet. Denne rollefordelingen er det greit å klargjøre og begrunne for pasienten. Det gir trygghet og forutsigbarhet. Mange pasienter har isolert seg lenge, og er usikre på selve situasjonen, ikke minst på det å være vertskap. Når gjestene til alt overmål er fra psykisk helsevern, kan det bli det enda skumlere. Grunnlaget for den videre kontakten, tilliten til behandlingsapparatet og utsikten til å lykkes både med lindring, bedring, stabilisering og håp for framtida legges i det første hjemmebesøket.

En hovedoppgave for oss som gjester og hjelpere, er derfor å ta ansvar for at samtalen blir god. Den begynner med presentasjonen, med håndtrykket (eller annen respektfull måte å hilse på) og blikkontakten. En tilstrekkelig avventende holdning, kombinert med forsiktig styring. Konkrete forslag/spørsmål knyttet til hvor vi skal være/sitte, bidrar til trygghet. Videre avklaring av hvem som skal være med i samtalen, og

åpning for at de personer som pasienten ønsker at skal delta, er velkomne. Litt ufarlig «small-talk» innledningsvis myker også opp situasjonen. Det kan være alt fra at pasienten bor i et vakkert hus, vakkert område, til at det er flott og imponerende at pasienten tar imot hjelp så raskt. Det finnes selvsagt en rekke andre innledningssetninger som er gode å bruke, og felles for dem er at de bør være bekreftende på en positiv måte. Å starte med f.eks. å si: «hit var det jammen vanskelig å finne fram», kan lett bli det motsatte. Å starte undersøkende, uten litt «oppvarming», kan sette pasienten i forlegenhet allerede før samtalen er i gang «på ordentlig». Det kan understreke pasientens opplevelse av å være ikke-mestrende.

Hvis det er pasientens første møte med AAT, må vi informere om hvem vi er, hvordan vi arbeider, om taushetsplikten, pasientens innsynsrett og klageadgang. Det blir ofte mye informasjon på en gang. Vi har valgt å skriftliggjøre denne informasjonen på et A5-kort, som vi legger igjen hos pasienten (se også kap.16.1). På kortet finnes også informasjon om våre åpningstider og telefonnummer vi kan treffes på.

Det er her, som alltid, viktig å være våken, interessert og oppmerksom som lytter og samtalepartner og sørge for å spørre, når man ikke forstår. Mange pasienter unnskylder seg og sier at de er så dårlige til å uttrykke hvordan de har det. En kombinasjon av å anerkjenne forsøkene på å gjøre det, samt spørre om det er greit at vi sammen prøver å finne ord som dekker, kan være en god metode. Videre kan en god metode være overbevisende og tydelige på at vi har god tid og at dette skal vi finne ut av sammen, samt å normalisere - «veldig mange har det slik, særlig når de har det vanskelig».

Å høre godt nok etter til at en husker uten behov for å notere, er også tillitsskapende. Hvis vi har behov for å notere, er det viktig å snakke med pasienten om hva vi skriver ned. Mange av oss har kanskje vært hos en lege, snakket om hva som er problemet, og «oppdaget» at legen plutselig noterer når vi snakker om noe, som vi som pasienter, mener er en bagatell eller uvesentlig tomprat. Det gjør de fleste av oss

usikre, og kan føre til at vi blir utrygge på om vi kan forvente å få hjelp av denne personen og om vi virkelig blir forstått.

Det er imidlertid noen opplysninger det er nødvendig å huske helt eksakt, og de bør derfor skrives ned. Det er bl.a. det som omhandler medisiner; effekt og bivirkninger, styrke og mengde, oppstart fra når og nylig seponerte medikamenter. Det er da viktig å informere pasienten om hva vi skriver og hvorfor. På den måten får vi til et konstruktivt samarbeid, også med tanke på presisjonsnivå av informasjon om pasienten der det er behov for at denne er eksakt. I noen tilfeller er det også fint hvis pasienter leser gjennom det vi har skrevet. På denne måten bidrar det til at misforståelser unngås. I en krise er det ikke uvanlig å ha en «midlertidig kognitiv svikt», dvs. at mange pasienter ikke husker hvilke medisiner de har brukt, når de sluttet med hva osv. Vår oppgave blir å normalisere dette, forklare at glemsomhet er helt vanlig når en er i krise, og at hukommelsen vil komme tilbake. Har AAT-medarbeidere tilgang til kjernejournal, ville det være hensiktsmessig å informere om dette, og sjekke at pasienten ikke har noe imot at vi benytter oss av denne tilgangen. Det må også understrekes at fastlegen er en viktig samarbeidspartner, også her.

Å gi noe tilbake til pasienten i samtalen, som forsterker og forstørker det pasienten faktisk får til, vil bidra til å øke pasientens mestringsopplevelse. Det kan være alt fra å ha mot til å dele sine vansker med fremmede mennesker til å tørre å ha tillit til at hjelp finnes, til å sette ord på det pasienten åpenbart mestrer, slik det framkommer i samtalen. Målet må alltid være økt mestring. Det kan handle om å ha eller tåle plagene. Det kan også handle om hvordan bidra til å minimere plagene. Alt vi da gjør som bygger opp pasientens mestringsopplevelse, vil være av betydning. Men det er også viktig å balansere dette, slik at ikke bekreftelser blir gitt for det pasienten oppfatter som selvfølgeligheter, og dermed kan få motsatt effekt. Som et eksempel på dette kan jeg nevne det en ungdom, som hadde skulket skolen mange ganger, sa til meg: «Alle skryter så fælt av meg når jeg kommer på skolen. Det er innmari provoserende, for alle vet jo at det er skoleplikt i Norge».

Det å bidra til å skape forståelse i det, som for pasienten er uforståelig, vil være av stor betydning. Det vil kunne bidra til framtidshåp og til

at pasienten kanskje vil kunne betrakte seg selv og sine problemer med mindre skam. Når noe er forståelig betyr det at også andre kan ha det slik. Jeg er ikke alene.

Å ha et klart mål for hva vi ønsker å oppnå etter første avtale, kan være en god rettesnor for hvordan vi tilrettelegger samtalen. Mitt personlige mål for første samtale er, uten unntak, at pasienten skal kunne tenke: «Å så glad, lettet jeg er for at jeg tok kontakt»!

9. Nødvendig informasjonsinnhenting

... dame, 87 år. Enke i 4 år. Barn og barnebarn bor spredd i Europa. Har hjer-tesvikt og er sterkt bevegelseshemmet på grunn av smerter. Ingen venner hun har kontakt med. Eneste sosiale kontakt er hjemmesykepleien. Tatt overdose med smertestillende tabletter i suicidal hensikt. Funnet av hjemmesykepleien, nå innlagt i spesialisthelsetjenesten på somatisk intensiv avdeling. Henvist fra intensiv avdeling.

For å vurdere problemomfang og adekvate tiltak, er det viktig å innhente tilstrekkelig informasjon. Man må ikke innhente denne skjematisk, men enhver behandler må vite hva slags informasjon som er lovpålagt og nødvendig, slik at samtalen kan flyte fritt og utvungent, samtidig som nødvendig informasjon innhentes.

Mange pasienter er spørrende til hvorfor de må gjenta informasjon så mange ganger. Det er sjelden gode svar på det, særlig når det gjelder rent objektive fakta, som bolig, sivilstand m.m. Det kan derfor hvis mulig, være hensiktsmessig å lese seg opp i journal. På den måten vil det ikke være behov for at pasienten gjentar mer informasjon enn det som er nødvendig. Man vil da trolig sikre at det blir innhentet tilstrekkelig og korrekt informasjon. Samtalen vil da bidra til å bekrefte den informasjonen vi har, slik at pasienten opplever at vi har en dialog. Et informert helsepersonell oppleves som både interessert og trygghets-skapende.

Etter gjennomført samtale og/eller forutgående lesning av journal, bør et minimum av informasjon være innhentet. Vårt AAT har laget en mal, for informasjonsinnhenting, som er trykket opp, foliert og brettet i A5-størrelse, og som vi alle kan utenat. Denne malen sikrer at vi innhenter den informasjonen vi trenger, det som er lovpålagt å dokumentere og det som er tilstrekkelig til å registrere oppstart av pakkeforløp for pasienten.

9.1 Mal for informasjonsinnhenting

Denne malen fungerer også som innholdsfortegnelse for journalføring/første møte. Overskriftene ligger inne som fraser i journalmal, første samtale, og letter dermed dokumentasjonsarbeidet.

Innledning:

Behandler NN er koordinator, journal – informasjons og behandlingsansvarlig. Vi har informert om hvem vi er, hvordan vi arbeider, egenandel, taushetsplikt, innsynsrett, klageadgang og hvem vi samarbeider med.

Henvising:

Kort om hvem som har henvendt seg, når og hvorfor de henvender seg.

Samtalen:

Hvor den finner sted, hvem som er tilstede, både fra AAT's og pasientens side. Varighet av samtalen.

Bakgrunnsopplysninger:

- Bolig/nettverk (familie/venner) hjemmesituasjonen
- Ansvar for mindreårige barn og hvordan de eventuelt blir ivaretatt
- Pårørende og samtykke til kontakt med disse
- Inntektskilde - arbeid/skole
- Rus – og legemiddelmisbruk (inkl. anabole steroider) og tobakk
- Tidligere behandling og utredning innen psykisk helsevern
- Nåværende behandler (evt.) og neste planlagte kontakt
- Somatisk helse – spesielt med vekt på det som har betydning for psykisk helse
- Beskrive relevante sider ved livshistorien

Aktuelt:

Her skal foranledningen til henvendelsen komme fram, tidsramme for utvikling av plager dvs. fra timer til maks uker, samt samtidig livskontekst, evt. og referanse til tidligere episoder av lignende karakter. I denne delen skal hovedsakelig pasientens framstilling beskrives, men komparentopplysninger og sjekk mot journalopplysninger er ofte relevant.

Psykisk status presens (aktuelt og tre dager bakover):

Dette er behandlerens vurdering basert på en avveining mellom egen observasjon og pasientens svar. Innholdet skal «trekkes sammen» i journal, og ikke framstå som en punktliste, men allikevel være svært stikkordsmessig.

Følgende bør være krysset av for JA eller NEI slik at det blir dokumentert at vi har tatt stilling til dette:

- Formell og emosjonell kontaktevne i samtalen
- Egenomsorgsevne/funksjonsfall (kledd-stelt i samtalen)
- Er pasienten trøtt/våken i samtalen?
- Er pasienten orientert for tid, sted og situasjon, gitt våkenhet?
- Er konsentrasjon og hukommelse god nok for samtaleformål, gitt våkenhet? De tre siste dager?
- Er tankegangens «form» ordnet (eller er den f.eks. usammenhengende, grublende, med endret hastighet m.m.?)
- Angst (dersom ja, psykotisk betinget?)
- Flashbacks?
- Tvangstanker?
- Visuelle hallusinasjoner og stemmehøring (indikere latens-tid)
- Forstyrrelser av tankegangens «innhold» (f.eks. selvhenføring, paranoia, vrangforestillinger m.m.)
- Stemningsleie (senket, nøytralt, hevet)
- Følelse av fortvilelse/håpløshet
- Søvn og appetitt
- Energinivå

Medisiner:

Medisinliste, samt aktuell dosering og hvem som har forskrevet middelet. Nylig seponerte medisiner bør tas med. Effekt og evt. bivirkninger av medisiner. Husk også «naturmedisiner».

Førerkort/førerkortvurdering:

Her gjøres en vurdering av om det er forsvarlig at pasienten kjører bil, dersom vedkommende har førerkort. Se egne forskrifter.

Selvmondsvurdering:

Status vedr. følgende risikofaktorer bør være kartlagt og tatt stilling til og det bør være dokumentert ved at man har krysset av for JA eller NEI:

- Dødsønske (veid opp mot evt. samtidig livsønske)
- Selvmordsplan (tid, sted, metode, forsett om gjennomføring)
- Selvmordstanker (inkl. ufrivillige streif – og tvangstanker og pga. stemmer)

- Tidligere selvmordsforsøk (skill forsøk fra langtkommene planer)
- Alvorlige former for selvskading
- Psykisk lidelse (særlig komorbiditet, postschizofren depresjon, blandet depresjon-mani, depresjoner i tidlig behandlingsfase)
- Lav grad av håp
- Selvmord i familie eller nærmiljø
- Nylig tap (tap av selvaktelse, arbeid o.l.)
- Rus – og legemiddelmisbruk
- Manglende nettverk
- Brudd i nære relasjoner
- Overgang mellom behandlingsnivåer og/eller endring av medisiner
- Tilgang på våpen/midler til å ta sitt liv
- Imperative stemmer
- Alvorlig eller ny-diagnostisert somatisk lidelse
- Evt. andre ting som er unikt for den enkelte pasient og som kan utgjøre en risikofaktor

Hvis en eller flere risikofaktorer ikke er tilstede, føres dette opp som beskyttelsesfaktorer (disse kan med fordel framstå som punktliste).

Dokumenteres slik:

- Følgende risikofaktorer for selvmord vurderes å være til stede:
- Følgende beskyttelsesfaktorer for selvmord vurderes å være til stede:

I et avsluttende vurderingsavsnitt skal avveiningen mellom risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer kommenteres – f.eks. ulik vekt til ulike faktorer, samt innbyrdes forhold mellom faktorene, relatert til den unike pasient, i den unike situasjon. Evt. faktorer som svekker vurderingssikkerheten må anføres (f.eks. mistanke om tildekkende svarstil, mangel på samsvar mellom ord og følelsesuttrykk). Det må spesifikt kommenteres dersom pasienten har framvist mestrings-suicidalitet (som samsvarer med emosjonell ustabilitet), framfor en suicidalitet først og fremst begrunnet i ytre belastninger eller rent akuttpsykiatriske problemstillinger.

Voldsrisikovurdering:

AAT har ikke vurderingsgrunnlag relatert til noen standardisert voldsrisikovurdering. En orientering ut fra kjente risikofaktorer, tilgjengelig sykehistorikk og klinisk inntrykk i vurderingssamtale, synes forenlig med at voldsrisiko er lav eller forhøyet.

- Tidligere historie relatert til voldsbruk og/eller trusler
- Abstinens ved rusmiddelmissbruk
- Høy grad av følelsesaktivering ved paranoia
- Holdepunkter for dyssosialitet/manglende empati

Samlet vurdering:

Her kommer behandlers vurdering av det totale psykiske symptombildet, alvorlighetsgraden av dette, samt evt. en diskusjon av mulige differensialdiagnoser, der en ikke må glemme evt. innflytelse av framtrepende personlighetstrekk og utløsende situasjon. Ved alvorlig psykopatologi, må samtykkekompetanse vurderes generelt og temaspesifikt (i samråd med spesialist).

Pasientens ressurser, utrednings – og behandlingsbehov skal være siste ledd av vurderingen.

Tiltak:

- Vurderingen konkluderer med tiltak, tilpasset risikonivå:
 - Iverksatte tiltak
 - Planlagte tiltak
- Neste avtale (evt. avslutning)
- Vurderingen er drøftet med psykologspesialist/overlege NN.

Ved videre henvisning/overføring:

Beskrive forventet nytte av utredning/behandling, samt korrekt koding jfr. pakkeforløps-oppstart(29).

Alt vi her har innhentet av informasjon, må umiddelbart dokumenteres i journal og sendes elektronisk til fastlege. Særdeles viktig er tidsaspektet, da det i akutte situasjoner ganske ofte oppstår endringer/forverring, som kan føre til behov for korrigerende tiltak. Det er da helt nødvendig at også et annet behandlingsnivå, kjenner til det som nylig er vurdert og igangsatt. Det er altså ikke nok å skrive inn i journal, det må ferdigstilles/godkjennes og deles med relevant samarbeidspartner, vanligvis fastlege. Vår erfaring er at fastleger opplever de raske, elektroniske tilbakemeldingene fra oss, som svært nyttige i sitt arbeid med

pasientene. Spesialisthelsetjenesten gjør seg også godt synlig og tilgjengelig på denne måten - noe vi innen psykisk helsevern har fått mye kritikk for ikke å ha gjort, gjennom årene(30).

Jeg har lært meg å stole på bena mine. De pleier
som regel å føre meg dit jeg skal. Det gjelder bare
å la dem arbeide i fred.

Lars Saabye Christensen

10. Samtykkekompetanse

... kvinne 53 år. 2 voksne barn, hvorav en sønn bor i nærmiljøet og en datter bor utenlands. Skilt og liten kontakt med tidligere ektefelle. Tidligere diagnostisert med bipolar lidelse, følges opp av kommunalt psykisk helsevern, og sporadisk av psykiater ved lokalt DPS. Er nå økende aktiv og økende paranoid. Har begynt å vandre gatelangs om natten, tenker at hun har i oppdrag å passe på nærmiljøet, og spesielt barna der, slik at ingenting vondt skjer dem. Sterkt imot morens ønsker, tar sønn kontakt med fastlege. Fastlege henviser videre, primært for råd og veiledning.

Den erfaring jeg bygger på er at forutsetningen for å få hjelp fra AAT, er at den er ønsket av pasienten – altså frivillig. Men uansett om bistand fra spesialisthelsetjenesten er basert på frivillighet eller tvang, har vi et selvstendig ansvar for å vurdere samtykkekompetanse. Og samtykkekompetanse vil derfor være en nødvendig forutsetning for å kunne motta hjelp frivillig. Utgangspunktet er følgende: «Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lov hjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke»(7, § 4.1).

Å inneha samtykkekompetanse betyr videre at pasienten har innsikt i og er i stand til å vurdere konsekvensene av de valg denne tar. Det betyr at en pasient som har samtykkekompetanse kan nekte å ta imot behandling/tilbud fra psykisk helsevern. Dessuten kan en pasient som får tilbake samtykkekompetanse, etter en tids behandling under tvang, avslutte behandlingen. Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og helsepersonellet mener at pasienten trenger behandling. Pasienten har dessuten ikke bare rett til å avslutte behandlingen men kan også ha rett til å fortsette denne på frivillig grunnlag.

Loven(7) representerer den overordnede nasjonale føring, som handler om redusert bruk av tvang og gir pasienter lovforankret rett til økt selvbestemmelse. I dette ligger noen utfordringer for helsetjenesten knyttet til ansvaret om å tilby behandling og støtte, selv om pasienten ikke ønsker den behandlingen som er behandlers anbefaling. Helsetjenesten blir implisitt oppfordret til grundigere å kartlegge pasientens ønsker og behov og gi et sterkere insentiv til å nå fram med hjelpen på frivillig grunnlag. Her vil oppsøkende (ambulant akutt) hjelp ofte

være en god metode. Samtykkekompetanse skal vurderes konkret opp mot den helsehjelpen som skal gis.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (7, § 4.3).

Det er altså et krav at pasienten *åpenbart* ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Men viktig også at det er samme krav til personlige forutsetninger ved å samtykke til helsehjelp som ved å nekte. Det sentrale er hvorvidt pasienten klarer å ta en beslutning som ikke i for stor grad er påvirket av den psykiske lidelsen.

Når vi er i tvil, er dette et krevende område. Det kommer tydelig fram i teksten. Vanligvis er vi heldigvis ikke i tvil om pasienten er samtykkekompetent. Men i noen tilfeller settes vi på prøve. Det er da vesentlig å ha gode rutiner for hvordan denne vurderingen skal gjøres.

Helsedirektoratet anbefaler å bruke følgende vurderingsmomenter (**FARV**):

- Evnen til å **F**orstå informasjon som er relevant for beslutning om helsehjelpen
- Evnen til å **A**nerkjenne informasjonen om sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene
- Evnen til å **R**esonnere og **R**eflektere over gitt informasjon og en avveining av de ulike behandlingsoalternativene
- Evnen til å uttrykke et **V**alg

Uansett hvilken metode vi velger å bruke, vil kontakten i samtalen, tilliten, opplevelsen av ærlig engasjement, vennlighet og omsorg, være av vesentlig betydning for hva slags informasjon vi får fram som et grunnlag for vår beslutning.

Forhold som kan påvirke samtykkekompetansen ved alvorlig psykisk lidelse:

- Sykdomsfase
- Grad av lidelsestrykk
- Rusmiddelbruk
- Legemiddelbruk
- Komorbide tilstander
- Akutt stress – eller krisesituasjon
- Mangel på søvn
- Somatisk sykdom
- Smerter

Det er også viktig å være klar over at pasienter med en akutt rusutløst psykose, uten underliggende primærpsykose, ofte vil være kortvarig psykotiske, og dermed gjenvinne samtykkekompetanse raskt.

Unntak fra ovenstående vurderinger er kriteriene knyttet til fare for eget liv eller andres liv eller helse. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven er det et vilkår at pasienter mangler samtykkekompetanse etter pasient – og brukerrettighetsloven. Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse(7). Det vil ikke anses faglig eller etisk forsvarlig, og ikke være i henhold til gjeldende retningslinjer, å respektere pasientens beslutning, når det er stor risiko for selvmord. Videre vil overprøving av pasientens egen beslutning være aktuelt når pasienten er til fare for andre. Her er både jus og etikk enige i at individets selvbestemmelsesrett står svakere, der denne retten tenkes brukt for å skade andre.

Ved vurdering av samtykkekompetanse, skal de pårørende involveres. De har lovbestemt rett til å bli hørt og involvert, og uansett konklusjon vil de pårørende oppleve konsekvenser av beslutningen. De pårørende har imidlertid ikke rett til å bestemme inngripende behandlingstiltak for pasienten/på pasientens vegne. Det er behandler som tar beslutning knyttet til samtykkekompetanse og som er ansvarlig for å initiere og gjennomføre inngripende tiltak.

Tas en beslutning om manglende samtykkekompetanse, vil det uten unntak, være klokt å drøfte denne i tverrfaglig team, et team de fleste AAT'er har god tilgang på i det daglige. Konklusjoner og begrunnelser

om dette, må alltid dokumenteres, nøyaktig og med en gang. Det vil kunne bidra til trygghet for både pasient og behandler.

Videre oppfølging relatert til vurdering av manglende samtykkekompetanse, så som vedtak, protokollføring, kontrollkommisjon og klageadgang behandles ikke videre her. Det er prosedyrer på dette i alle institusjoner innen psykisk helsevern. Å gjøre gode vurderinger – og evne å dokumentere nettopp vurderingene, er et område som, slik jeg erfarer det, i stor grad kan forbedres. Det er derfor viet tid og omtanke her.

11. Møte med den selvmordstruede pasient - sikkerhet for pasient og pårørende

... ung gutt, usikker alder, fra Afghanistan. Bor på Asylmottak, virker ensom og redd. Har liten kontakt med andre beboere. Fått avslag på søknad om opphold, anke er levert. Svært usikkert når det kommer svar. Forsøkte å henge seg samme dag, men ble funnet av de ansatte. Henvist fra Asylmottaket.

Selv mord er den viktigste årsaken til plutselig død for unge menn i alderen 18-45 år. Både nasjonalt og internasjonalt gis denne problematikken stor oppmerksomhet med det som mål å redusere tallene.

Også mens pasienter er innlagt i psykisk helsevern, skjer selvmord, «som ikke skulle skje». Vi står her overfor et problem vi så langt ikke har klart å finne de gode løsningene på. Kanskje de heller ikke finnes.

11.1 Bakgrunnsstoff, tallmateriale og retningslinjer

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern(14), og Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord(31) har vært styrende for utforming og praktisering av lokale prosedyrer over det ganske land. Selv om oppmerksomheten rundt dette er stor internt i psykisk helsevern og blir tatt på det største alvor, er selvmord som folkehelseproblem, ikke på samme måte «markedsført». Kunnskap om selvmord synes å vokse fram på steder hvor mer enn ett selvmord blant unge har forekommet innenfor en kort tidsperiode.

Storbritannia hadde følgende kampanje i en rekke offentlige rom i 2016:



Storbritannia har sagt med andre ord, en annen åpenhet og «markedsføring» av sitt arbeid for å forebygge selvmord. Om denne kampanjen har bidratt positivt, er for meg usikkert. Men den bidrar trolig til å knekke noen myter, som f.eks. at å snakke om selvmord, kan føre til selvmord.

De satsingene vi har hatt nasjonalt, har selvsagt hatt for øye å forebygge selvmord. Satsingen har i all vesentlighet rettet seg mot helsepersonell og økning av sikkerheten i institusjoner, gjennom tilrettelegging slik at innleggelse skal være trygt. Tallene ser allikevel ut til å holde seg noenlunde konstante - i alle fall hvis vi ser på de siste 20 årene. I 2021 tok 658 personer sitt liv, hvorav 482 menn og 176 kvinner(32). De aller fleste som tar sitt liv, gjør det ved første forsøk, og de er fleste er ikke i kontakt med psykisk helsevern på det tidspunktet selvmordet skjer. Imidlertid har omlag 65 % vært i kontakt med fastlege siste måneder før selvmordet.

I løpet av årene 2015 og 2016 tok 58 pasienter sitt liv mens de var innlagt i døgninstitusjon innen psykisk helse(33). Tallet for alvorlige forsøk i samme periode var 310. Tallene for pasienter som var i behandling i poliklinikk var henholdsvis 115 og 151. Tallene som omhandler forsøk er antageligvis mye høyere, da det kun er alvorlige forsøk som blir rapportert inn.

Når det gjelder uønskede hendelser kan disse deles inn i to hovedområder og det er følgende forhold (34):

- Risikofaktorer - som fysiske rammer og tilgang på legemidler
- Selvmordsrisikovurderinger - som enten ikke var gjort, ikke dokumentert, eller oppfølging ikke beskrevet

Det er derfor viktig i møtet med selvmordstruede pasienter å kartlegge tegn og signaler knyttet til pasientens aktuelle atferd. Å lytte når pasienten gir uttrykk for manglende livshåp og selvforakt, observere og spørre hvordan hen har det er også viktig i denne situasjonen.

Som forøvrig når det gjelder ambulansetjeneste, er det vesentlig at pasienten kjenner seg som en likeverdig samtalepartner – og som sammen med behandler utforsker egne muligheter og valg. Sammen vil det være mulig å sette ord på ambivalensen, som nesten alltid er til stede hos pasienter som tenker å avslutte livet sitt. Denne ambivalensen vil ofte være av stor viktighet for å finne realistiske alternativer i livet, og vil ofte medføre at pasientens tanker og planer om selvmord, blir noe fjernere.

Statistiske risikofaktorer er fortsatt statistiske, men bør ikke danne grunnlaget for den viktigste delen av samtalen mellom behandler og pasient. Det er derimot samtalen om framtida – enten det er på kort eller lengre sikt.

Ser man dette i et retrospektivt perspektiv, vet man etterhvert mye om de som tar sitt liv. Det betyr at vi nå vet mye om risikofaktorer på gruppenivå, såkalte statistiske risikofaktorer, men det å overføre disse risikofaktorene til å bli gyldige på individnivå, det er en annen sak. Så langt finnes ingen forskning som understøtter dette og gjør det mulig å kunne predikere selvmord på individnivå.

Dette understøttes også i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern: «Det er dessverre ikke mulig å forhindre alle selvmord og selvmordsforsøk. Målet må være å sikre forsvarlig helsehjelp, for å redusere omfanget i størst mulig grad»(14, s. 15-16)

Som behandlere står vi derfor i spenn mellom formelle krav til hvordan vurdering av selvmord skal utføres og dokumenteres - og den faglige vurderingen når vi står ansikt til ansikt med enkeltindivider. Det vil derfor, også her, være den gode samtalen, bygget på en oppriktig interesse, som må ligge til grunn for enhver vurdering. Samtalen som omhandler autonomi, mestring og framtidshåp. Samtalen som synliggjør likeverdighet og gjennomsyres av en ikke-dømmende holdning, som har relasjonen som plattform og reisverk, og som viser en oppriktig interesse i pasientens smerte, så vel som velbefinnende. En samtale gjennomført av behandlere, som med hele seg forstår alvoret i det man holder på med, som ikke faller for «fristelsen» til å ta fra pasienten ansvaret for egne valg, men som evner å vise i praksis og samvær, at det er et kjærlighetsfag som forvaltes og gis innhold. Behandlere som har evnen til å formidle håp gjennom troverdig tilstedeværelse og som evner å formidle at vi holder i og tar ansvar for framtidshåpet, inntil pasienten har kraft til å holde i det selv.

Rent praktisk kan det finnes mange måter å samtale på. Noen snakker bedre hvis de gjør noe samtidig, f.eks. å gå tur. Da kan man slippe å ha blikkontakt. Menns samvær kan ofte handle om å være «skulder ved skulder», om å gjøre noe sammen f.eks. fiske/jakt/håndverk. Å være sammen på den måten kan føre til at samtalen om det aller

vanskeligste, ofte skambelagte, kan kjennes noe mindre ukomfortabelt. Det kan m.a.o. være å tilrettelegge for en situasjon, sammen med pasienten, og på den måten gi hen muligheten til å påvirke hvordan selve samtalen skal organiseres.

Det finnes mye god og oppdatert litteratur om selvmord, og det er derfor ingen grunn til å gå denne i næringen. Men som innledning til en felles forståelse, med tanke på hvordan forholde seg på best og tryggest måte, vil jeg oppsummere følgende: Risiko for selvmord kan deles i akutt suicidalitet og kronisk suicidalitet(14).

Akutt suicidalitet kjennetegnes bl.a. av:

- Suicidale tanker og suicidal atferd som primært kan begrunnes ut fra ytre belastninger, så som samlivsbrudd, tap av selvaktelse, herunder tap av arbeid, økonomi, status m. m.
- Andre ytre belastninger kan være knyttet til å bli avslørt, med påfølgende skam. Dette kan handle om underslag, overgrep, dokumentforfalskning for eksempel
- Forverring av psykisk lidelse og/eller rusmisbruk (sprekk)

Kronisk suicidalitet, kjennetegnes bl.a. av:

- Opplevs som en indrestyrt, nærmest kronisk tanke og/eller plan om å ville ta sitt liv
- Sees særlig hos pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse
- Kjennetegnes av vansker med affektregulering og impuls kontroll, samt et betydelig varierende selvbilde, med påfølgende ustabilitet overfor andre mennesker
- 10-15 ganger høyere selvmordsrisiko enn normalbefolkningen
- Ofte undervurderes selvmordsrisiko fordi pasientene har betydelig økt tendens til selvdestruktiv atferd, med liten suicidal intensjon, blant annet gjennom ulike former for selvskading
- Overgangen mellom suicidalt og ikke-suicidalt motiverte handlinger er flytende
- Har ikke den episodiske karakter som vi forbinder med akutt/situasjonsbetinget suicidalitet

- Den er ikke primært relatert til depresjonsperioder, men til personlighetsforstyrrelse
- Den har et mønster av suicidalitet (tanker/planer/forsøk) som er kontinuerlig, repetitiv og fyller en mellommenneskelig funksjon

11.2 Kartleggingen

Denne må alltid gjøres i kontekst av:

- Boligsituasjonen, pasientens nettverk, ansvar for mindreårige barn, inntektskilde, tidligere kontakt med psykisk helsevern (eller pågående kontakt), evt. tidligere selvmordsforsøk, fastlege og medikamenter (i bruk nå og nylig avsluttet)
- Pasientens fortelling (eller manglende sådan) om den aktuelle situasjon
- Pasientens psykiske status presens må beskrives, da relatert til tanker, følelser, atferd samt selvmordstanker og planer og til sist evt. psykotiske symptomer.

Risikofaktorer for selvmord kan være:

- Dødsønske
- Selvmordsplan
- Selvmordstanker
- Tidligere selvmordsforsøk
- Alvorlige former for selvskading
- Psykisk lidelse, spes. psykotisk depresjon
- Rus – og legemiddelmisbruk
- Komorbiditet - som kan gi grunnlag for en økning av den samlede symptombelastning
- Mangel på mening i eget liv
- Lav grad av håp
- Selvmord i familie eller vennekrets
- Nylig tap (også av dyr)
- Manglende nettverk/ensomhet
- Brudd i nære relasjoner
- Overgang mellom behandlingsnivåer

- Endring av medisiner
- Tilgang til midler for å ta sitt eget liv
- Imperative stemmer som beordrer selvmord, eller på annen måte intensivt devaluerer pasienten
- Alvorlig somatisk sykdom
- Høy alder med begynnende og/eller etablert/kronisk funksjonsfall

Beskyttelsesfaktorer:

Det er vanlig å tenke at når en risikofaktor ikke er til stede, kan denne fungere som beskyttelse. Erfaring tilsier at det ikke er så enkelt. Et hvert område, som kan tenkes å være en beskyttelse i en pasients liv, bør drøftes med pasient og pårørende for å utforske om det i her og nå situasjonen kan fungere som en beskyttelse. Man bør også utforske i hvor stor grad av dette beskytter eller om det er uten betydning for aktuell pasient. Å få pasienten med på å gradere evt. beskyttelse, kan i noen sammenhenger bidra til at pasienten tar større ansvar for å leve, selv om det ikke alltid er tilfelle. Imidlertid kan beskyttelsesfaktorer danne et grunnlag for samtalen som bygger på pasientens ambivalens – og tiltak som pasienten, sammen med behandler kjenner seg komfortabel med.

Mangel på mening blir av mange vurdert som den alvorligste risikofaktoren. Som en følge av dette, bør all samtale om livet, framfor døden, vies mye av oppmerksomheten til den unike pasients syn på mening. Å utforske pasientens mulige dødsønske må allikevel ikke utelates. Det vil også være sentralt å samarbeide med pasienten om å fjerne tenkte midler som kan brukes til å ta sitt liv med. Det kan være tau som er skaffet til anledningen, det kan være oppsparte medisiner, det kan være å gi pasienten midlertidig kjøreforbud og det kan være midlertidig oppbevaring av våpen andre steder enn hjemme (evt. overlate nøkkel til våpenskap til en i nettverket for en periode). Slike tiltak kan dels sees på som symbolhandlinger, men de er også høyst reelle og konkrete og har for mange pasienter betydning for ikke å begå selvmord.

11.3 Vurderingen og tiltak

- Totalbildet må vurderes. Vurderingen baseres på informasjon vi har hentet inn
- Det må foretas en avveining mellom risiko og hva som kan fungere som beskyttelse i den akutte fasen
- Det bør anføres en tentativ diagnose (er anbefalt, men vanskelig i den akutte/krisebetonte i situasjonen)
- Framtredende personlighetstrekk, må beskrives, samt eventuell utløsende situasjon, hvis denne er tydelig

Viktig å huske at vurdering av selvmordsfare er ferskvare.

- Ved kronisk suicidalitet er det viktig å foreta gjentakende vurderinger, selv om det hersker stor grad av usikkerhet når det gjelder prediksjon av utfall. Fortløpende vurderinger, i en samarbeidsatmosfære med pasienten er sentralt, også for at en kan fortsette behandlingsrelasjonen (som jo har endring av destruktiv atferd og bedre affektregulering som mål) som skal holde gjennom et behandlingsforløp.
- Også ved akutt suicidalitet er det viktig å gjenta vurderingene ved møtepunktene, dette for å trygge pasient og deres pårørende/nettverk gjennom en tydeliggjøring av hvordan risikofaktorene (vanligvis) reduseres gjennom behandlingskontakt, og hvordan beskyttelsesfaktorene stadig får større og mer betydningsfull plass.

Tiltak som kan igangsettes ved akutt suicidalitet kan være:

- Avlastende, skamreducerende samtaler, med det for øye å bidra til å belyse andre innfallsvinkler enn pasientens, i den aktuelle situasjon og samtidig se hvor det kan finnes mening
- Bekrefte at det er mulig å forstå tankene, men at det alltid vil finnes andre alternativer
- Gjøre avtaler, fra time til time, dag til dag osv.
- Sikre pasienten sammen med pårørende, kommunalt hjelpeapparat, fastlege og andre
- Bygge/re-etablere nettverk («ælle har et syskjebån på Gjøvik» - eller kanskje en tante på Stord)

- Redusere risikofaktorer - og bygge beskyttelse, sammen med pasient og pårørende
- Sørge for at tiltakene er logisk tilpasset risikonivå og bygger på faglig forsvarlighet og evidens

Ved kronisk suicidalitet iverksettes tiltak som vanligvis er endel av et lengre behandlingsforløp. Grunnlaget for iverksetting av tiltakene er å bidra til at pasienten får en best mulig forståelse for suicidalitetens funksjon.

Det kan være følgende:

- Hjelp til pasienten med å håndtere smertefulle følelser
- Hjelp til pasienten med å kommunisere sin fortvilelse på annen måte enn gjennom selvmordsatferd
- Hjelp til pasienten med å få kontroll i eget liv, på annen måte enn gjennom selvmordsatferd



Hva med innleggelse som tiltak?

Når det gjelder pasienter med situasjonsbetinget suicidalitet, er det kun behovet for tilstrekkelig sikkerhet i den akutte fasen (eller mangel på det) som vil kunne begrunne en innleggelse. Det syns ikke å være slik at en innleggelse teller negativt videre i behandling, når sikkerhet har vært et kriterium og frivillig basert på samarbeid/samvalg mellom

pasient og behandler, med det for øye at livet er det som ønskes og nå velges.

Innleggelse for pasienter med kronisk suicidalitet er et noe mer tveegget sverd. Dette er ofte pasienter som er å se på legevakt og somatiske akuttmottak, samt på medisinske avdelinger, herunder intensivavdelinger, etter selvmordsforsøk. For denne gruppen kan det være en utfordring å sikre krisehjelp uten å respondere på en skadelig måte. Til tross for at faglitteraturen kan se ut til å gi entydige råd om å unngå innleggelse, så er det reell fare for suicid, hvis ikke pasienten beskyttes tilstrekkelig, som ved innleggelse i sykehus(35). Ikke sjelden sees symptomforverring etter noen dagers innleggelse, i form av psykosener dekompenisering eller gjennom involvering i negativt samspill mellom pasienter og personalet. Innleggelser kan også føre til økning av selvmordstrusler, selvskading eller selvmordsatferd, som igjen kan føre til forlenget innleggelse, eller i motsatt fall, føre til for tidlig utskrivelse eller andre negative reaksjoner fra personalet. Det er liten eller ingen evidens for at innleggelser faktisk forebygger selvmord i denne pasientgruppen(36). Tvert imot, innleggelser kan ifølge Paris(36), føre til «malign regresjon», der pasienten øker sin selvskading, som respons på et behandlingsmiljø som øker omsorgen når selvskading øker. Med andre ord, her foreligger ikke entydige faglige råd, noe som gjør vurderingen av hva som er gode og relevante tiltak ekstra vanskelig.

Én pasient i denne gruppen, beskriver selv (etter et vellykket behandlingsforløp) at alle innleggelser over 48 timer ble opplevd som skadelige med tanke på langsiktig bedring. Det synes allikevel å være enighet om viktigheten av å legge til rette for et behandlingsmiljø preget av forutsigbarhet, lengre perspektiv, struktur og beskyttelse, i større grad enn det ordinær poliklinisk behandling kan tilby. Mange DPS ser nå ut å ta dette i større grad på alvor. Opprettelsen av DBT-team(37), nettopp med tanke på denne målgruppen, ser ut til å være én vei å gå. Forskning(38) og erfaring tilsier at dette synes å gi gode behandlingsresultater, inklusiv reduksjon av innleggelser.

AAT møter også noen pasienter som synes å være fast bestemte på at de vil ta sitt liv, uansett, men som «spiller» med, snakker oss etter munnen, later som de har kommet på andre tanker. De kan uttrykke

ønske om å leve, tilsynelatende lage planer for framtida, gi uttrykk for takknemlighet for at de får hjelp, men kan benytte «første og beste» anledning til å ta sitt liv. Kompetanse, omsorg og sikkerhet bygget rundt disse pasientene, ser ikke ut til å ha ønsket effekt. Dette er et område vi alle trenger å lære mer om.

11.4 Dokumentasjon

Dokumentasjonen er den synlige, etterprøvbare delen av all selvmordsrisikovurdering. Mange ansatte opplever dette som en slags eksamen. Det er dette vi i stor grad blir målt på og det må derfor legges arbeid i dette. Opplæring, trening, arbeid sammen med en «kritisk venn», å synliggjøre dokumentasjonen for kolleger via projektor, er noe som kan bidra til at dette blir en naturlig del av arbeidet. Dette kan medvirke til at vår kompetanse, erfaring og vurderingsevne, relatert til hver og en av de unike pasientene vi er i kontakt med, kan komme til uttrykk på en utvetydig måte. Da kan dette bli en dokumentasjon vi i ettertid kan stå for «i all slags vær», uansett hva som skjer med den aktuelle pasient.

For selv om vi har som mål å forhindre selvmord, og gjort alt i vår makt for å forhindre det, er det ikke alltid vi lykkes. Noen tar sitt liv. Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, i årene 2015 og 2016 tok 58 sitt liv mens de var innlagt(33).

Det er viktig at:

- Dokumentasjonen er nøyaktig og presis. Vi må dokumentere det vi har kartlagt og vurdert. Når vi ikke har fullstendig oversikt over alt vi burde ha kartlagt, f.eks. fordi situasjonen har vært svært uoversiktlig og kaotisk, pga. av rus eller andre omstendigheter, er det også viktig å dokumentere det vi ikke har oversikt over, og begrunne det.
- Våre avveininger mellom risiko og behov for sikkerhet, både for pasient og pårørende (herunder barn) må komme fram og følge logisk av kartleggingen. Konklusjonen/tiltakene vi bestemmer oss for skal være en naturlig følge av våre vurderinger og ikke komme som en overraskelse for noen. Begrunnelsen må derfor være tydelig. Hvis konklusjonen bygger på

usikre faktorer, f.eks. at pasienten oppleves å ha en tildekkende svarstil, må også denne usikkerhetsfaktoren komme fram.

- Når vi ikke velger innleggelse, men konkluderer med at fortsatt hjemmebehandling er tilstrekkelig trygt, må også dette begrunnes. Det må tydeliggjøres hvordan denne løsningen med samarbeid og samvalg mellom pasient, pårørende og oss (herunder spesialistinvolvering), er framkommet.
- Samtykkekompetanse og farekriterier må omtales og være vurdert, knyttet til vurdering av fortsatt bruk av frivillighet i behandlingen.
- Tiltak vi beslutter - samt dokumentasjon av denne, overfor pasienter med kronisk suicidalitet, er det alltid klokt å drøfte med kolleger og i møter med pasientens pårørende/nettverk. Disse vurderingene kan også med fordel deles med fastlege fortløpende, elektronisk eller over telefon.

11.5 Etter selvmordet – når det skjer

Oppsummert kan vi si, at det viktigste og kanskje vanskeligste vi gjør, er å sikre pasienter godt nok, slik at de ikke tar sitt eget liv mens de er i kontakt med oss. Men selv om vi, med den beste kompetanse og med det største alvor, arbeider for å forhindre dette, skjer det allikevel noen ganger.

Etter slike hendelser står vi foran 3 viktige oppgaver:

- Ivaretagelse av alle involverte
- Læring på systemnivå
- Personlig vekst og læring for de ansatte

Til tross for omfattende og planmessig innsats, vil vi ikke klare å forhindre selvmord hos alle pasienter vi kommer i kontakt med. Etter en slik alvorlig og trist hendelse, er det retningslinjer for melding i Kvalitetssystemet (kan ha ulike betegnelser i ulike foretak) som må følges opp. Dette vil ikke bli gjennomgått her, jfr. meldestruktur i eget foretak.

Etter et selvmord sitter pårørende tilbake, i sorg og ofte med svært mange spørsmål. Noen av spørsmålene handler ikke sjelden om de

selv kunne gjort noe for å forhindre selvmordet. På samme tid vil det også sitte igjen en behandler, også preget av tapet og med mange av de samme ubesvarte spørsmålene.

Min erfaring er at det er ulike rutiner for god oppfølging av alle impliserte parter. God vilje og gode intensjoner til tross, det blir noen ganger unødige vansker i kjølvannet av et selvmord. Pårørende vil kunne sitte igjen med ubesvarte spørsmål og en opplevelse av å «ha blitt glemt», noe som med ujevne mellomrom også kommer fram i mediene, via LPP, LEVE, Mental Helse og enkeltstående pårørende. At vi har mye å lære her, og at vi kan forbedre oss, vil jeg tro de fleste kan slutte seg til.

Jeg vil derfor i det nedenfor skissere en modell, etter inspirasjon fra London NHS (National Health Service). Modellen er så langt jeg er kjent med, hverken utprøvd eller implementert i Norge. Inspirert av gode erfaringer min kollega i London har gjort med modellen, har vi begynt å prøve den ut i småskala her i vår enhet.

Utgangspunktet for denne modellen, er en grunnleggende forståelse og erkjennelse av at enhver alvorlig hendelse alltid vil ha dyptgående konsekvenser for pasienten og dennes nærmeste, for behandleren, som hadde det faglig ansvaret, og for enheten/avdelingen, hvor hendelsen fant sted.

Arbeidet organiseres på følgende måte:

En kvalifisert og erfaren medarbeider har ansvar for oppfølging av alle alvorlige hendelser, avgrenset til mord og selvmord. Denne har selv utviklet sin måte å utføre arbeidet på, basert både på formelle krav til oppfølging, samt egne erfaringer knyttet til hvor manglene kan ligge. Den formelle, lov –, retningslinje – og prosedyrebestemte delen av arbeidet beskrives ikke her.

Arbeidet utover det formelle, etter et selvmord, legges opp slik:

1. Kvalitetsmedarbeideren (KM) tar umiddelbart initiativ til en samtale med behandler for pasienten, som hadde tatt selvmord, først på jobb, siden med oppfølging hjemme hos

denne. Hjemmebesøket inkluderer samtale med eventuell ektefelle og barn, hvis de er store nok. Taushetsplikten blir delvis opphevet, det vil si at det blir gitt åpning for, og anbefalt å snakke om hendelsen, i anonymisert utgave. KM bistår familien i flere omganger, med hjemmebesøk og samtaler, både med oppmerksomhet knyttet til det som har skjedd, hvordan det periodisk kan påvirke den aktuelle behandler og dermed implisitt resten av familien, og ikke minst framtidig yrkesutøvelse.

2. Samme dag oppsøker KM pårørende til pasienten, etter først å ha gjort en avtale over telefon om dette, og sikret seg at hjemmebesøket er ønsket. (Hens erfaring var at det aldri var uønsket). Ved hjemmebesøket er KM godt forberedt gjennom å ha hatt samtale med aktuell behandler, samt lest seg opp i journal. Hjemmebesøkene blir gjentatt flere ganger - og KM sørger samtidig for at kontakt mellom pårørende og aktuell behandler blir etablert og gjennomført slik pårørende ønsker det. Pårørende vil få den hjelp og støtte det er behov for, og over så lang periode som er nødvendig.
3. Parallelt er det samtaler på enheten hvor pasienten har vært tilknyttet. Samtaler som både har som hensikt å bearbeide/kanskje forstå og ikke minst å lære. Viktig overskrift her er dessuten lederstøtte. KM deltar i samtalene, så lenge det blir ansett som nødvendig, nyttig og riktig.

På bakgrunn av dette arbeidet, blir det utarbeidet ulike rapporter, blant annet en rapport til Kvalitetsutvalget - samt en oppsummerings- og læringsrapport til bruk på enhetsnivå.

Erfaringer med denne modellen:

Pasientens pårørende får omsorgsfull og kvalifisert hjelp til å bearbeide og kanskje forstå hendelsen. Det ligger ikke i dette begrepet «å forstå» at det presenteres en illusjon om at pårørende skal få svar på hvorfor pasienten tok sitt liv. Forståelse her handler mer om bl.a. innsyn og forståelse i hva pasienten slet med og hvordan det arbeides i et behandlingsforløp.

Behandler får støtte, hjelp og omsorg slik at hendelsen ikke setter seg fast eller blir til en taus mur i familien(39). Avdelingen/enheten tar et

felles ansvar for både læring og omsorg og blir forhåpentligvis, kollektivt klokere.

Behandlere som har blitt fulgt opp slik, uttrykte på svært mange vis, at dette hadde vært av avgjørende betydning for dem. Behandleres ektefeller og annen familie uttrykte det samme, og ga videre uttrykk for at de hadde fått en helt annen forståelse for ektefelles arbeid. Pårørende til pasient uttrykte på samme måte stor grad av ro og fornøydhet, til tross for at de hadde mistet en nær og kjær. De ga uttrykk for at de hadde lært noe nytt om pasienten, om behandlingsapparatets dilemmaer og om seg selv.

Denne modellen har jeg så vidt og forsiktig prøvd ut ved Ambulant Akuttenhet/DPS Elverum-Hamar og så langt med et svært godt resultat. Ikke minst ga pårørende uttrykk for en opplevelse av svært god, omsorgsfull og kjærlig oppfølging, og som en følge av dette, var overbevist om at deres pårørende, til tross for selvmordet, hadde fått den aller beste behandling.

I en liten organisasjon vil det ikke være naturlig å ha en egen øremerket person til dette arbeidet. Modellen må derfor tilpasses slik at den passer de forholdene vi arbeider under. Heldigvis er det svært sjelden å oppleve selvmord blant pasienter i ambulant akuttbehandling. Å få erfaring med en slik tilpasset modell, vil naturlig nok ta noe tid. Men det kjennes riktig å ha startet.

Hvis du vil

Har du varme
nok?

Du har.

Søvn, tankene
er gitt deg gratis.
Men varmen i deg
må du gi
og gi igjen.

Også du
kan si et ord om glede.
Du har en hånd,
varm,
hvis du vil.

Rolf Jacobsen

12. Vold

... ung jente, 19 år. Flyttet til byen for et halvt år siden, på grunn av en kjæreste som bor her. Hun har en langvarig historie med selvskading, spiseforstyrrelse og nå etterhvert rus dvs. både amfetamin, kokain og ulike b-preparater. Nylig vært gravid, men tok abort, noe kjæresten ikke støttet. Kjæresten reagerte med vold, da han fikk greie på aborten. Forholdet tok slutt, og pasienten ble bostedsløs. Bor i campinghytte som nødbolig, tiltagende rusmisbruk, og etterhvert stjeling i butikker, som har ført til at også politiet nå har henne i sitt søkelys. Henvendelse fra NAV.

En pasient som enten impulsivt eller planlagt, uttrykker sin misnøye og frustrasjon gjennom utagering og vold, er i stor grad til skade både for seg selv og andre. Oppmerksomheten vold vil bli gitt her, er ikke hvordan den kan behandles på en god måte, men hvordan sikre at også disse pasientene får den akutt hjelp de har behov for. Dette fordi behandling av voldsproblematikk er komplekst, krever egen opplæring og nærmest må sies å være en egen subspecialitet.

Det enkleste kan være ikke å forholde seg til disse pasientene, fordi de skaper utrygghet rundt seg, og det kan oppleves som ubehagelig og farlig å være gjest i deres hjem. Imidlertid er også dette hjelpe-trengende pasienter, som kan ha en særdeles upraktisk måte å uttrykke sitt hjelpebehov på, noe som kan føre til at vi i større grad enn vanlig, må forsøke å forstå, «oversette» og forhandle, for å komme i posisjon. Dette samtidig som vår egen sikkerhet er prioritet nummer 1 og at utgangspunktet selvsagt er null-toleranse for trusler og vold.

En fullstendig voldsrisikokartlegging er en svært omfattende prosess. Den vil kun unntaksvis være mulig å foreta i forbindelse med akutt psykiatrisk behandling. Det er derfor viktig å utforske voldsrisiko på en enklere måte, men som allikevel kan gi oss en viss oversikt. Ikke minst er det viktig å tematisere problemområdet, både sammen med pasient og behandlerne imellom.

Når det gjelder pasienter med kjent voldsproblematikk, er det nyttig og viktig å lese seg opp på forhånd, gjennom å sette seg inn i journal fra tidligere kontakter. Så vidt vi er informert om, finnes ingen nasjonale retningslinjer for markering av voldsrisiko i journal. I DIPS (vårt pasi-

entadministrative system) finnes et felt som heter «kritisk informasjon», og i vårt AAT, har vi valgt å sette inn informasjon om alvorlig voldsrisiko der. Det vil trolig finnes lignende felt i andre journalsystemer. Dette både fordi all hjelp bør være realistisk fundert for å ha noen nytte, og for at håndtering av sikkerheten for de ansatte skal være den beste. Imidlertid kan også fare for voldsutøvelse være knyttet til spesielle situasjoner, til rus m.m. Det er derfor vesentlig at ikke «merkelappen» *farlig*, blir hengende fast ved pasienten, hvis problematikken ikke lenger er aktuell, og at dette er tydelig dokumentert i journal under avsnittet *vold*.

Der vold har vært tema tidligere og er kjent, vil det være klokt å snakke med pasienten om dette, før avtale om samtale gjøres. Innholdet i denne samtalen vil sannsynligvis være medbestemmende med tanke på hvor vi skal møtes, og hvilken sikkerhet som må være på plass. Mange pasienter er relativt åpne når det gjelder å beskrive egne toleransegrenser og kan si at når det eller det skjer, så «klikker» de, eller de kan si at da bare går de eller noe annet som gir oss en pekepinn når det gjelder impuls kontroll.

Risikofaktorer(40):

- Tidligere historie med voldsbruk, trusler eller annen antisosial atferd og/eller planlegger/fantaserer om vold
- Tidligere historie med seksuell trakassering
- Rusproblemer
- Psykose/paranoia
- Manglende empati
- Tilgang til/eier av våpen
- Dårlig evne til å håndtere egne følelser, spesielt frustrasjoner
- Benektning eller minimalisering av tidligere voldsutøvelse

Det er lett å tenke seg at vold alltid kommer som en følge av sinne/rasert knyttet til manglende impuls kontroll. Imidlertid er Per Isdal(41) tydelig på at så ikke er tilfelle, vold også kan springe ut av følgende:

- Vold som makt
- Vold som avmakt

- Oppdragervold
- Dårlig kvinnesyn
- Generell slemhet
- Nyttelse (sadisme)

Voldsutøvere kan deles opp i 2 hovedgrupper - pitbull og kobra, hvorav pitbullen omhandler ca. 80 %, og kobraen ca. 20 % (42). Med pitbull menes de impulsive, som «klikker» i situasjoner de ikke mestrer eller kontrollerer. De uttrykker ofte anger og kan i blant si noe om hvilke situasjoner de tåler dårlig, uten å utagere. Kobraen derimot, planlegger volden, og det er ikke på samme måte mulig å gjøre avtaler om struktur som kan minske faren for vold, i en akutfase.

Selv om ikke AAT skal *behandle* pasienters voldsatferd spesifikt, må vi forholde til pasienter med denne problematikken, og det er derfor nyttig å forstå noe av dynamikken. Denne forståelsen kan hjelpe oss til å se hvilke tiltak som kan være nyttige overfor aktuell pasient, men om hva som er nødvendig for partner og eventuelle barn, når det gjelder helsebringende tiltak.

Gjennom erfaring og veiledning med psykologspesialist Per Isdal har jeg lært at vi skal snakke om volden og det er også beskrevet innledningsvis. Det vil kunne bidra til å koble inn de delene av hjernen som handler om kontroll, noe som er vesentlig for at pasienten skal få adekvat og realistisk hjelp, i den akutte situasjonen.

De ansatte:

Sikkerhet for de ansatte er helt sentralt. At pasienten også er informert om at vi tar sikkerheten på alvor, ved å snakke om volden og ta stilling til hvor samtalen tryggest kan gjennomføres, viser at vi tar alle pasientens problemer på alvor og at vi ønsker å hjelpe i omgivelser som er trygge for alle parter.

Når det gjelder pasienter med kjent, alvorlig voldsproblematikk vil hjemmebesøk vanligvis ikke være aktuelt i første kontakt. Samtaler inne på institusjonen vil da være å foretrekke. Der vil det finnes andre medarbeidere/kolleger, og alarm. Kunnskap om både pasients og behandleres plassering i rommet, løse gjenstander av en viss tyngde

som ikke bør ligge framme m.m, bør være håndtert slik mal for TKH/Terapeutisk konflikthåndtering anbefaler(43).

Hvis/når vi velger hjemmebesøk er det lurt å tenke over hvordan bilen er plassert. Det er med tanke på rask retrett hvis dette behovet skulle oppstå. Videre er kan det være nyttig å vurdere om sko tas av, evt. plastbeskyttere brukes utenpå sko. De team som er oppkoblet til Nøddnett har jo der også direkte tilgang til alarmknapp/politi, noe som fungerer som en sikkerhet.

Avtaler om alternativ atferd, for ikke å utagere i samtalen, kan man også forsøke å gjøre avtale om i begynnelsen av samtalen. Det kan f.eks. handle om at pasienten kan be om en pause, gå ut en tur eller avslutte samtalen for denne gang. Eventuelt kan pasienten komme tilbake ved en senere anledning eller andre tiltak kan iverksettes slik at pasienten kan klare å opprettholde egenkontroll. Dette bør understøttes, forsterkes og heies på i en akutt situasjon.

Sikkerheten for pårørende må aldri undervurderes. Vi, som behandlere, har et eget ansvar for å vurdere den. Dette ansvaret strekker seg ut over det pasienten og dennes pårørende gir uttrykk for. Pasienter med «pitbull-sinne» kan være mulig å få med på avtaler om at det kan være best at kone/barn bor et annet sted noen dager, hvis det er slik at sinne er knyttet til den akutte krisen.

Hjelp til sinnemestring vil vanligvis være en prioritert behandlingsoppgave, som bør igangsettes raskt etter den akutte situasjonen har roet seg. Å få koblet inn kommunale hjelpere, som ser familien over tid og kan gripe inn med sikkerhetstiltak, vil også være aktuelt i en del tilfeller. Barneperspektivet, herunder barns behov og rettigheter, er for øvrig omtalt i kap.13.

13. Barneperspektivet

... ung kvinne, 24 år. Bor med ny samboer og til sammen har de 5 barn, hvorav et felles, som er 7 mnd. gammel. De andre barna er henholdsvis 2, 4, 4 og 5 år gamle. Nyinnflyttet i byen, tynt nettverk fra før, har så langt ikke fått etablert noe på dette nye stedet. Barna er ikke i barnehage, den eldste skal begynne på skole i løpet av inneværende år. Samboer har arbeid, pasienten er hjemmearbeidende. Hun har «alltid» følt seg engstelig, nå har dette økt. Noe selvsikring, i perioder. Dette har tatt seg opp. Sover nesten ikke, spiser lite, orker ingen ting og sitter for det meste passiv i leiligheten, mens barna «klarar seg selv». Samboer hadde hørt om oss via kollega, og det var han som henvender seg.

Pårørendeveilederen(13) som har et eget kapittel om hvordan barn som pårørende skal ivaretas, gjelder naturlig nok også for ambulans akuttbehandling. Det finnes skjemaer i journal som skal fylles ut, og anvisning om hvordan pårørende skal involveres, herunder barn.

Imidlertid er det noen forhold som gjør at dette området må håndteres noe annerledes enn når en forelder er innlagt på døgnpost. Det å behandle pasienter hjemme, betyr også at pårørende, herunder barna, blir en del av behandlingen. Det er vel kjent gjennom både faglitteratur og praktisk erfaring, at en forelders atferd, når denne strever med psykiske problemer, kan oppfattes som svært uforståelig for barnet. Gjennom sin anstrengelse for å forstå og skape mening, er det ikke uvanlig at barnet tenker at de er skyld i den voksnes atferd og problemer. Det blir derfor av stor viktighet, at vi hjelper foreldrene med å snakke med barna. Slik kan det som skjer hjemme gis mening og avhjelpe at barnet tar på seg et ansvar de hverken har eller kan ta. Jeg vil understreke betydningen av at våre samtaler med barna, primært skal være en støtte for foreldrene, når de i for liten grad har klart å ivareta denne foreldreoppgaven. Barnet skal, sammen med foreldre og behandlere, kunne kjenne trygghet for at egne utsagn, undringer og spørsmål er velkomne og legitime. Dette er et arbeid som kan ta tid, men en tid det er vel verdt å bruke, og som kan forebygge framtidige stigma og misforståelser knyttet til foreldrenes psykiske problemer og helseproblemer hos barnet.

Videre vil en slik samtale, også kunne gi åpning for en konstruktiv gjennomgang av aktuelle hjelpetiltak. Ofte kan andre familiemedlemmer trå til i en periode. Finnes ikke disse innen rekkevidde, vil også naboer og venner kunne spille en vesentlig rolle. Det kan handle om hvor barnet kan være et par timer etter skoletid, om samvær med andre voksne i aktivitet eller støtte til aktivitet, leksehjelp o.a. Det kan handle om at barnet en gang i uka, med god samvittighet kan sette seg til et middagsbord hos noen andre, et middagsbord som ikke er preget av en foreldres problemer. Nærstående til f.eks. deprimerede pasienter, har det ofte slik at de ikke tillater seg selv å være glade(44). Å ta vare på barns behov, handler nettopp om å bidra med å tilrettelegge deres liv, slik at de ikke lever i den deprimeres «vindskygge», men derimot har godt innhold og opplever gleder på egen hånd, uten å føle skyld. Det er også viktig at de gir seg selv lov til å dele sine gleder med foreldrene på en naturlig og ikke-sensurerende måte.

Foreldre som strever med egne liv, har ofte skyldfølelse fordi de ikke klarer å følge opp egne barn, slik de kunne ønske seg. Samtidig er dette et skambelagt område for mange, og redselen for at barnevernet skal overta omsorgen kan sitte langt framme. Å kunne snakke om dette, og på en konkret måte bidra til å nyansere synet på offentlige hjelpeinstanser vil være viktig for mange. Et godt og åpent samarbeid med barnehage/skole/SFO/AKS, arrangører av fritidsaktiviteter e.l. vil også i perioder, hvor en forelder strever psykisk, være vesentlig. Det vil kunne ha betydning med tanke på forebygging av misforståelser og mulige konflikter, og det vil kunne bidra til at barnet opplever å ha flere trygge arenaer å kunne leve livet sitt på. Dette vil kunne stå i skarp kontrast til det vi ofte ser, - nemlig isolasjon, tilbaketrekning, skam og en hel familie, som lever «deprimert».

I noen tilfeller vil det være viktig og riktig å bringe inn assistanse fra barnevernet. Å gjøre dette i tett samarbeid med familien, er etter min vurdering en forutsetning for at denne hjelpen skal være vellykket og bidra til en families egenmestring. Det forutsetter igjen at AAT har tett og godt samarbeid med det lokale barnevern og dermed samhandler ut fra tillit.

I noen, ytterst sjeldne tilfeller, vil AAT ikke klare å komme i posisjon til å yte adekvat hjelp for familien, herunder barna. Vi har da et klart ansvar vis a vis barna. De må ikke bli stående igjen som tapere. Når vi har grunn til å tro at barn blir mishandlet hjemme eller opplever alvorlig omsorgssvikt, har vi en meldeplikt til barnevernet(13). Om vi skulle melde om omsorgssvikt er det viktig at familien blir informert om at vi gjør det, og hvorfor vi gjør det. Når bekymringsmelding til barnevernet sendes, finnes det selvsagt en risiko for at familien ikke lenger vil ha kontakt med oss eller andre deler av hjelpeapparatet. Min erfaring er det motsatte. Også her er det samtalen, som tydeliggjør vårt engasjement og ønske om å ville vel, som må være troverdig og genuin og som vil legitimere de beslutningene vi til syvende og sist tar.

Behovet for innleggelse av pasient, er vanligvis begrunnet i pasientens funksjonsfall, sikkerhet, lidelsestrykk og behov for behandling og omsorg 24/7. I noen tilfeller vil det allikevel ut fra de pårørendes behov, være riktig at pasienten legges inn. Det kan være ektefelle, foreldre og andre som er totalt utslitt av å «passe på» pasienten, eller det kan være barn, som uansett hjelpetiltak åpenbart lider ved å se sin forelder i en svært vanskelig situasjon. Familien trenger rett og slett å få en pust i bakken, støtte i egen situasjon som pårørende. Det vil være både uetisk og faglig uforsvarlig å behandle en pasient hjemme, under slike forutsetninger. For at innleggelse skal være vellykket når begrunnelsen er noe annet enn pasientens helse, er det min erfaring at det viktig å samarbeide med døgnposten, slik at kriterier for utskrivelse like mye handler om de pårørendes situasjon.

14. Juridiske vurderinger

14.1 Førerkort

... mann 52 år, lang og variert yrkeskarriere. Gift, 3 barn, bor i eget hus, økende problemer med økonomien, hovedsakelig begrunnet i stort alkoholforbruk. Militær bakgrunn, med flere utenlandsopphold bak seg, blant annet i Afghanistan. Er nå i fast stilling, fortsatt i Forsvaret, men ingen oppdrag i krigs-soner lenger. Har gjennom årene etablert et stort alkoholforbruk, som etter hvert har utviklet seg til misbruk. Føler seg stadig mer elendig, og ønsker ikke å leve på denne måten lenger. Selvmordstanker og vage planer. Fastlegen henviser.

Å kunne kjøre bil, blir for langt de fleste, sett på som en «menneskerett». At denne retten ikke bare er knyttet til om en har førerkort, men også blir vurdert opp mot ulike helsekrav(45) spesifisert i Førerkortveileder(46), oppleves av svært mange som urettferdig. Ingen synes å være uenig i forbudet mot å kjøre under alkoholpåvirkning, men mange er ikke klar over de ulike medisiners virkning som til forveksling kan ligne kjøring etter inntak av alkohol.

Førerkortforskriften(45) forutsettes kjent og vil derfor ikke bli referert her. Denne forskriften har en egen veileder(46), som på konkret vis tydeliggjør når retten til å kjøre bil frafaller. Det kan handle om både somatiske og psykiske lidelser, samt bruk/misbruk av både legale og illegale legemidler og rusmidler. Veilederen er tydelig på hvilke kriterier som skal ligge til grunn for å kunne kjøre bil, og hvilke sykdommer som ikke gir mulighet for å kunne kjøre bil.

Imidlertid er også mange pasienter som er i en avgrenset akutt psykisk krise, mindre i stand til å oppfatte raskt hva som skjer og ta raske og riktige beslutninger i et travelt trafikkbilde, noe som er nødvendig når en skal kjøre bil. Svært mange pasienter vi møter kan si at de «kjenner det på seg» når de ikke er form til å kjøre. Men denne mangel følelsen er av liten realverdi, sammenlignet med objektiv kunnskap. Å snakke om dette krever altså presis kunnskap om forskriften(45) og veilederen(46), og i tillegg god pedagogisk kompetanse.

Nedenfor er en kortfattet oppsummering fra Psykologtidsskriftet, som beskriver både midlertidig kjøreforbud og bruk av nødrett:

Dersom tilstanden antas å være mindre enn seks måneder:

Hovedregelen er da at det gis muntlig melding bare til pasienten, og at dette noteres i journal. I praksis anbefales det å gi en huskelapp til pasienten. Det bør dokumenteres i journal hvilke helsemessige forhold som gjør pasienten uskikket til å kjøre bil, og det er ønskelig at det angis hvilke endringer som er nødvendig for at det midlertidige kjøreforbudet kan oppheves, for eksempel stabilisering av manisk tilstand, karenstid eller ny nevropsykologisk førerkortvurdering.

Gjennom en slik advarsel vil pasienten være juridisk forpliktet til ikke å kjøre. Ved tvil om etterlevelse kan det oppstå en nødrettssituasjon (47, avsnitt 16;17).

Nødrettssituasjoner:

Psykologen har ansvar for å informere pasienten om plikten til å avstå fra å kjøre bil, og må også vurdere om pasienten er i stand til å oppfatte og etterleve advarselen, noe som kan være vanskelig for pasienter med manglende sykdomsinnsikt eller sviktende hukommelse.

Helsepersonell har på generelt grunnlag adgang til å melde fra til for eksempel politiet «når tungtveiende private eller offentlige hensyn gjør det rettmessig». Helsepersonell har dessuten plikt til om nødvendig å varsle politiet for å avverge alvorlig skade på person. Bestemmelsene retter seg i all hovedsak mot typiske nødssituasjoner, hvor tidsfaktoren er viktig.

I tilfeller hvor psykologen ikke tror pasienten vil følge anvisningen, må en vurdere å melde bekymring direkte til politiet. Dette kan gjelde pasienter med akutt psykose, tydelig ruspåvirkning eller ved uttrykk for umiddelbare og troverdige selvmordsplaner i trafikken. Meldingen bør gjøres telefonisk i tillegg til skriftlig. Psykologen bør informere pasienten om at politiet blir varslet hvis for eksempel pasienten setter seg bak rattet for å kjøre.

Dette må journalføres. Skriftlig melding skal samtidig sendes Fylkesmannen, fortrinnsvis med kopi til politi (47, avsnitt 22-25).

Kriteriene for ikke å kunne kjøre på sikt, behøver altså ikke å være tilstede. Men kjøring i akutfasen vil i mange tilfeller være uklokt, farlig og ulovlig. Min anbefaling er at dokumentasjon av illeggelse av midlertidig kjøreforbud både sendes til fastlege, skrives ut og gis til pasien-

ten. Midlertidig kjøreforbud er allikevel avhengig av tillit mellom behandler/AAT og pasient. For langt de fleste vil en slik midlertidighet knyttet til fravær av lovlig kjøring, være mulig å forstå og akseptere. Selv om det skaper praktiske utfordringer, vil ofte disse være mulig å løse. Ved å ilegge midlertidig kjøreforbud, vil også AAT kunne både kartlegge de reelle praktiske utfordringene, samt bidra til å finne løsninger. Det kan være alt fra å motivere pasienten til å sitte på med naboen, til f.eks. å støtte pasienten til å ta kontakt med arbeidsgiver for kunne gjøre avtale om å komme 15 min. senere på jobb for å passe dette inn med bussavganger. Hvis vi ikke bidrar til å finne praktiske løsninger når bilen må stå, er det større fare for at kjøreforbudet blir neglisjert, selv om det er ulovlig og kan få fatale konsekvenser både for pasienten selv, og andre. Og som Førerkortveilederen er tydelig på, hvis ikke kjøreforbudet aksepteres og holdes, har behandler plikt til å melde fra til Statsforvalteren(46). Sett i det perspektiv, er det min erfaring at et midlertidig kjøreforbud er et godt virkemiddel når det gjelder trygghet for både pasient og det totale trafikkmiljø og et virkemiddel de fleste pasienter forholder seg lojalt til.

14.2 Våpen

... mann 68 år, tidligere lærer i ungdomsskolen. Skilt, 2 barn og 4 barnebarn han har grei kontakt med. Pensjonist et drøyt år, etter det tiltagende tiltaksløse og etterhvert deprimert. Opplever å ikke ha noe innhold i livet sitt. Økende grad av glemsomhet, og blir hos fastlege sendt videre for vurdering om det er mulig demensutvikling. Dette tar pasienten svært tungt, og snakker da umiddelbart om at livet ikke lenger er verd å leve. Fastlegen henviser.

Norge ligger svært høyt på statistikken over tilgang på registrerte våpen. Det er lange jakt - og friluftstradisjoner dypt forankret i det norske folk, herunder tilgang på våpen I 2017 viste tall fra politiets våpenregister at det fantess 1,329 millioner private skytevåpen registrert på private våpenkort i Norge(48). Denne store tilgangen til våpen er vanligvis uproblematisk, tvert imot den betyr noe positivt for mange med tanke på hobby, friluftsliv, samvær med andre m.m. Men denne tilgangen kan også bli svært problematisk hvis ønsket om å ta sitt eget liv, eller andres, blir en framtrødende tanke eller plan i pasientens liv. Å vurdere våpentilgang er derfor endel av den innledende informasjonshenting, for så å vurdere om fortsatt å ha tilgang er trygt, på alle måter.

Våpenloven (49) gir politiet adgang til å tilbakekalle våpentillatelse når innehaver ikke lenger oppfyller krav til vandel eller som av andre grunner er uskikket. Med uskikket menes helsemessige forhold, tilknytning til kriminelle miljø eller andre forhold som påvirker evnen til å bruke, eller tilliten til at vedkommende vil bruke gjenstanden i samsvar med vilkår eller forutsetninger for løyvet, er borte. Politiet er derfor en viktig samarbeidspartner, når det er behov for å sikre at pasienten ikke skal ha tilgang til våpen, hvis vi ikke finner gode løsninger på andre måter.

Vanligvis vil ikke innehav av våpen utgjøre noen stor risiko for selvmord i en akutt psykisk krise. Men det må vurderes sammen med pasient og pårørende. Kravene til innlåsing av våpen i våpenskap gir muligheter for å lage hindringer i hjemmet ved at f.eks. en pårørende, en jaktkamerat eller andre oppbevarer nøkkelen til våpenskapet. Også her gjelder det å komme i en god dialog med pasienten, finne løsninger, som pasienten ikke opplever som umyndiggjøring eller overgrep, og som også pårørende og fagfolk opplever som sikre nok. Dialogen må allikevel synliggjøre framtidshåp, som kan inneholde deltakelse i årets/neste års jakt sesong. Min erfaring er at pasienter, som har tanker om selvmord og som har tilgang på våpen, på ingen måte setter seg imot god sikring av disse våpnene. Tvert imot, pasienter viser ofte takknemlighet, begrunnet i at de opplever seg tatt på alvor. Hvis vi er i tvil, vil mitt råd være å drøfte situasjonen med politiet, og selvsagt være åpen overfor pasient og pårørende, om at vi gjør nettopp det.

Sometimes you have to play a long time to play
like yourself

Miles Davis

15. Å møte pasienten der hen er

... kvinne, 33 år, fødte sitt første barn for 3 mnd. siden. Har siden følt seg sli-ten, tiltaksløs og svært engstelig. Særlig er engstelsen relatert til det å være mor. Opplever at alt hun gjør overfor babyen er for lite og for sent, og tenker at all barnegråt er bevis på at hun ikke strekker til. Engstelsen og tristheten har nå tatt helt overhånd, og hun er langt på vei utslitt av bekymring og mang-lende evne til å tillate seg hvile. Henvist fra helsestasjonen.

Å arbeide ambulant - hjemme hos pasienten og eller annet egnet sted, som primært ikke er på et behandlerkontor, gir muligheter, som ikke er tilstede i sengepost eller poliklinikk.

En stor andel av alle henvendelser til Akuttpsykiatrien handler om at «noe» i pasientens omgivelser har gått i stykker og/eller at pasientens lidelsestrykk fører til at hen her og nå opplever seg sterkt hjelpetreng-ende. Utgangspunktet for å hjelpe, vil alltid være, å forstå konteksten problemene har oppstått i. Hvilke faktorer som er utløsende og hvilke som er vedlikeholdende knyttet til aktuell problemstilling vil være ve-sentlige både i et forståelsesperspektiv, men også når det gjelder å se hva som kan hjelpe, i den akutte fasen.

I motsetning til den historien vi får kjennskap til, enten det er i senge-post eller på et kontor, vil pasientens fortelling være omgitt av dennes dagligliv. Vi vil raskt og ofte uten å spørre, kunne danne oss en be-gynnende oversikt over hva pasienten strever mest med. Vi kan f.eks. møte en delvis senge-/sofaligngende pasient, under et pledd, med kald kaffe i en kopp og et overfylt askebeger foran seg. At de daglige ruti-nene med tanke på personlig hygiene, inntak av mat, for ikke å si la-ging av mat, god balanse mellom aktivitet og hvile og kanskje noen tu-rer i frisk luft er satt på vent, blir tydelig. Det blir derfor, i en slik setting, helt naturlig å starte samtalen om nettopp dette. Vi vil både undersøke omfang og lengde når det gjelder manglende egenomsorg, bakgrunn for denne og konsekvenser, slik både pasienten og dennes pårørende opplever det. Og ikke minst bruke denne felleskunnskapen til planleg-ging av realistiske tiltak, basert på pasienten egne ønsker og mål. Også pårørendes behov er det mulig å inkludere på en god måte, når møtestedet er hjemmet. Brukerinvolvering og samvalg blir ikke i slike samtaler en konstruksjon, de er reelle, fra første minutt. Og at dette er

reelt, er en nødvendig forutsetning for at vi sammen skal få til noe som har verdi.

Når vi innledningsvis snakker med pasienten om det denne har henvendt seg for, er åpne, interesserte, undersøkende og ikke-dømmende måte, gjør vi det noe enklere for pasienten å være aktivt med på denne samtalen. Pasienten vil da føle seg sett, respektert og kan ha tillit til at vi vil hen vel og kontakten kan baseres på en ærlig samhandling, mellom likeverdige parter.

Skam er, som kjent, ofte en overveldende følelse, som ikke sjelden opptrer parallelt med psykisk sykdom eller som del av denne. Å slippe å «lage» historier for å kamuflere skammen, vil for mange pasienter være en lettelse, selv om det ikke er enkelt. For behandlere vil det også være ukomplisert å vise konkret omsorg for pasienten, der vi med egne øyne ser at det også er behov for praktisk hjelp. Å oppleve konkret, praktisk omsorg i en periode av livet, hvor mye oppleves uoversiktlig og kaotisk, kjennes godt for de fleste og kan bidra til å «ramme inn» samtalen og til at pasient og pårørende tør å stole på hjelperen.

En god start på en god behandlingsrelasjon kan nettopp være å bli enige om hvordan praktisk hjelp kan ordnes, herunder hvem som best kan bistå. AAT vil ofte, innledningsvis, få rollen som hjelp-koordinator. Det er en viktig rolle, når vi vet at pasientens miljø og omgivelser er av stor betydning for bedring i en akutt fase. Hjemmebehandling handler mye om at vi bidrar til at hjemmet blir en arena for vekst og mestring. Å starte praktisk vil være svært vanskelig uten et godt samarbeid med pasient og evt. pårørende. Gjennom denne innfallsvinkelen, blir også pasienten raskt kjent med andre deler av hjelpeapparatet, som kan være viktige hjelpere også etter at akutfasen er over.

Eksempler på praktiske problemstillinger vi ofte møter hjemme hos pasienter:

- Pasienten har ingen kontakt med sin fastlege, har ikke vært der på flere år
- Pasienten har uteblitt fra avtaler på NAV
- Pasienten har uteblitt fra arbeid, uten sykmelding

- Pasienten har ikke hentet forskrevne medisiner på apotek, og dermed unnlatt å ta dem slik det var avtalt
- Pasienten har ikke vært utenfor døren på dager eller uker
- Pasienten har ikke hentet post på flere dager, ei heller betalt regninger i nettbank
- Pasienten har ikke handlet mat på lenge, hverken til seg selv eller evt. dyr
- Pasienten har ikke dusjet eller skiftet klær på lenge
- Pasienten har ikke lenger penger å leve for

Alle disse problemstillingene krever, i tillegg til både personlig og faglig forståelse og aksept, en praktisk tilnærming, hvor det er naturlig å samarbeide som likeverdige parter. Å overse problemene, evt. overlate til pasienten å løse dem selv, i en akutt fase, for å «gå rett på de psykiske problemene» vil, etter min erfaring, bare bidra til at vi bygger hus på leirfotter. Det vil bli et behandlingsbyggverk som raser sammen, fordi det mangler fundament. AAT's oppgave blir derfor å bidra praktisk på de områder som er nødvendige, for at pasienten skal ha forutsetninger for å komme seg videre. Det kan være alt fra å gjenopprette kontakt med NAV/fastlege, avtale tid og kjøre pasienten til time, til å sørge for at pasienten får i seg mat og har mat i kjøleskapet. Videre kan det handle om å få kontakt med kommunal hjemmetjeneste for bistand til å få boligen «på beina» igjen. Å starte med en aktiv, praktisk tilnærming, ser ofte ut til også å «vekke» pasienten, slik at denne også ønsker å bidra så godt hen kan i å ta tilbake kontrollen i eget liv. Å «komme seg bak rattet» igjen og ta styringen i eget liv, med den hjelp som trengs, vel vitende om at den er basert på en ærlig, usminket og usensurert fortelling om eget liv, gir et godt og solid fundament for videre bedring og mestring.

Etter at den praktiske bistanden er på plass, må vi sammen kartlegge av hva som står igjen av problemstillinger. Hos en overraskende stor andel av pasientene, er det i prinsipp lite eller ingenting. Vi har sammen med pasienten arbeidet med viktige utløsende og vedlikeholdende negative faktorer, som i en sårbar fase, slo pasienten helt ut. Ved å få styrke gjennom konkret og praktisk hjelp, ser vi ofte at pasienten finner ressurser i seg selv, til å håndtere konsekvenser av sin sårbarhet. Når vi så sammen lager en plan, basert på felles erfaringer,

kan dette bli til en kriseplan eller en avslutning av et kort behandlingsforløp. Forløpet har hele tiden hatt for øye å øke pasientens egenmestringskapasitet og å gjøre pasienten bevisst, stolt og fornøyd over denne kapasiteten, slik at læringsverdien kan bli generaliserbar.

Andre pasienter sitter naturlig nok igjen med symptomer og plager, det være seg panikkangst, alvorlig depresjon, selvmordstanker og planer, pågående rusing, psykose/stemmehøring/alvorlig paranoia, mani o.a. Plager og helsesvikt som må behandles, enten samtidig med at praktisk hjelp ivaretas eller etterpå, avhengig av lidelsestrykk og eventuell fare for manglende sikkerhet for pasient og/eller pårørende. Behandling av pasientens plager skiller seg ikke nevneverdig ut fra hvordan disse behandles, enten ved innleggelse eller i poliklinikk, bortsett fra det som har med selvmordsproblematikk å gjøre. Dette er særskilt behandlet i kap.11.

Det som imidlertid skiller hjemmebehandling fra annen behandling er at de ulike problemene blir håndtert i den sammenheng disse plager pasienten (og dennes pårørende) mest. Det kan være hjemme, på butikken, på NAV-kontor eller andre steder. AAT har mange å spille på, noe som kan bidra til å gjøre behandlingen så effektiv som mulig. Det kan være pårørende, som gjennom å bli involvert, også vil kjenne seg tryggere i nettopp rollen som pårørende. De vil kunne få konkrete råd om hva som kan være klokt å gjøre, samt hvor det er mulig å få hjelp og støtte hvis de etter hvert ikke føler at de har kapasitet til å være de pårørende de ønsker være. Videre er kommunens helse- og omsorgstjenester nært geografisk og kanskje allerede involvert gjennom bistand til praktisk problemløsning. De vil dermed være enkle å få tak i som samhandlingspartnere, forutsatt at en god relasjon til disse er opprettet og vedlikeholdt i forkant. Både for den konkrete pasient og dennes pårørende er et slikt samarbeid av stor verdi, og kan avlaste familiemedlemmer, slik at de slipper å være pasientens koordinator for hjelpetiltak, f.eks. slippe å sitte og vente i telefonen i minutter og timer for å få tak i rett person, knyttet til «rett» problem. Gjennom samhandling på pasientens hjemmebane kan sømløse hjelpetiltak etableres. Det som «alle» ønsker seg, men som ikke riktig så mange har funnet oppskriften til hvordan de skal få på plass.

En utfordring ved poliklinisk behandling, er at en rekke pasienter ikke møter til avtalte timer. Uten at vi her skal gå inn på ulike grunner til at dette skjer, vil vi tro det er enighet om at det hverken er bra for pasienten, for relasjonen, for behandler eller for poliklinikken og dens begrensede ressurser totalt sett. Dette er en utfordring vi i svært liten grad møter når vi arbeider hjemme hos pasienten. Ifølge vår statistikk i AAT Elverum-Hamar, er pasienten der vi har avtalt i mer enn 98 av 100 tilfeller. Dette fører til forutsigbarhet for alle parter. Pasienten slipper å vurdere om han orker å bevege seg utendørs den dagen, og tiden de ansatte i AAT har til disposisjon gjennom en dag blir brukt slik det var planlagt og forutsatt.

16. Pårørende - ressurs med utfordringer og rettigheter

... ung mann, 27 år. Langvarig rusproblem, etterhvert også omfattende kriminell aktivitet. Delvis diagnostisert med ADHD som 11-åring, delvis fordi pasienten i liten grad samarbeidet. Ikke i arbeid, lever av sosial stønad, dels hos tilfeldige venner og dels hos mor, som nå er utslitt. Pasienten har hatt flere behandlingstilbud, både poliklinisk og i institusjon men avbryter disse etter relativt kort tid. Nå fortvilet, ønsker hjelp. Fastlege henviser.

Pårørendes rett til å både bli hørt og involvert er tydeligere beskrevet nå enn tidligere. Ikke minst har innføringen av pakkeforløp(50) bidratt til dette. Helsedirektoratet har laget en oversiktlig brosjyre om dette, riktignok ment som en veileder til helsepersonell, men som det kan være greit å formidle til både pasient og pårørende(51). Allikevel hører vi alt for ofte om pårørende som ikke opplever seg hverken hørt eller involvert. Når det gjelder akutthjemmebehandling oppleves pårørende som en uvurderlig ressurs, der hvor disse finnes.

Pårørende defineres som enten «nærmeste pårørende» eller «på- rørende». Det er pasienten selv som definerer hvem som er den nær- meste pårørende. Det trenger ikke å være familie. Den/de som pasi- enten definerer som sin(e) nærmeste pårørende, må være innforstått med det og akseptere det. Det er viktig at AAT sikrer at det finnes rik- tig informasjon om pårørende og at man sammen med pasienten, leg- ges opp til et samarbeid, som pasienten opplever er i dennes inter- esse, like mye som i de pårørendes.

For både pasient, pårørende og hjelpeapparatet vil det være vesentlig å ha god tilgang på komparentopplysninger, som deles i åpenhet og hvor det foreligger gjensidig tillit. De pårørende kan ha sett endringer over en tid, som pasienten i mindre grad enten er oppmerksom på el- ler ikke tillegger samme vekt. Videre vil også pårørende kunne bidra med sine vurderinger av hva som kan være realistiske og gjennomfør- bare tiltak i hjemmet. Pårørende må også selv gis åpning for og på ærlig vis, å gi uttrykk for hvor mye støtte de selv kan bidra med, men også hva de ikke orker eller klarer.

I kjølvannet av den overordnede målsetting om redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern, har det kommet opp en bekymring fra pårørende, relatert til at «tvangen» nå blir overført til dem, uten at de er blitt spurt. De opplever å få mer ansvar for sine nærmeste (pasienten), når denne strever som mest i livet sitt enn de som pårørende opplever å ha forutsetning for å kunne klare. Dette er stemmer det må lyttes til. Det er viktig at pårørende ikke oppfatter det som en tvangssituasjon når de bidrar i hjemmebehandling. Det vil kunne være ødeleggende på lengre sikt for forholdet mellom pasient og pårørende, og pasienten kan komme i en situasjon hvor hen er i «evig» takknemlighetsgjeld til sine nærmeste, en gjeld det blir umulig å nedbetale. Når og hvis pårørende skal være en aktiv del av hjemmebehandlingen i en akutfase, må vi som behandlere være sikre på at de ønsker og har krefter til det, samt sørge for at også de får den oppfølging og avlastning de trenger.

Pårørende kan også være venner, naboer, kolleger, hobbyvenner eller andre som er viktige for pasienten. Disse kan inneha ulike roller i en akutfase. Det som er vesentlig for at det skal fungere, er at forventninger er tydelig avklarte, herunder hvilket tidsperspektiv de ser for seg. Det er lurt å gjøre helt konkrete avtaler, som også innebærer muligheten for å «si opp avtalen», hvis det viser seg å bli for vanskelig, eller at det skjer ting i den pårørendes liv som endrer forutsetningene for å kunne bistå. I en akutfase må AAT ta et hovedansvar for å lage gode arenaer for samtaler om pasientens situasjon, bistandsbehov og de pårørendes erfaringer. Slike arenaer kan være nettverksmøter(52), uten at denne møteformen er en forutsetning for å kunne gjennomføre de gode samtalene.

Et vellykket arbeid med pårørende, vil kunne ha positiv effekt langt utover den akutte situasjonen. Det gis en åpning til å bry seg, være tydelig når det gjelder å tilby hjelp, ikke minst konkret hjelp - alt fra å lage en gryterett som kan varmes opp, til å ta med melk fra butikken, i faser hvor det ikke er like greit for pasienten å løse dette selv. Mange som står nær pasienter som strever ekstra, er redde for å nærme seg, redde for å si noe «galt». Gode samtaler kan roe dette ned, samtidig som det synliggjøres ulike måter å hjelpe på. Det igjen reduserer den lammende følelsen av hjelpeløshet, som pårørende kan oppleve. Im-

plisitt i denne arbeidsmåten følger en alminneliggjøring, både av psykiske problemer, hva som er bistand fra spesialisthelsetjenesten i en akutfase og hva et vanlig medmenneske kan bidra med.

Noen pasienter ønsker ikke å involvere pårørende. Det kan handle om skam, om redsel for å ikke beholde verdighet eller bekymring for å påføre unødig belastning på de en er glad i. Når pasienter vegrer seg for å involvere pårørende, må vi som hjelpere søke å balansere en aksept for dette standpunktet, samtidig som vi forsiktig undersøker begrunnelsen for dette. Hvis begrunnelsen er knyttet til et ønske om ikke å involvere pårørende i *alle* forhold pasienten strever med, er det vanligvis lurt å lage gode avtaler med pasienten, som er helt konkrete, og knyttet til hva som kan være tema i fellessamtaler, og hva som ikke skal være det. Også når pasienten ville hatt stor nytte av pårørendes involvering og hjelp, er pasientens integritet det viktigste. I fellessamtaler med pårørende er det også fornuftig å gjøre avtaler om hva pasienten selv har lyst til å snakke om, og hva hen opplever som enklere at behandler setter ord på. Min erfaring er at også der pasienten er skeptisk og redd for å bli sett ned på av sine nærmeste eller betraktet som «gal», vil samtaler som inkluderer pårørende kunne bli en styrke for både pasient og pårørende. Dette krever at samtalen gjennomføres på pasientens premisser. Å motivere pasienten til å være åpen overfor sine nærmeste, der dette ikke er til fare for noen, vil på sikt kunne bidra til en åpnere og bedre kommunikasjon i familien, også utover de situasjoner hvor pasienten måtte være hjelpetrengende. Der det er fare for overgrep, vold, sjikane eller andre usunne eller farlige reaksjoner knyttet til pårørendeinvolvering, skal de selvsagt ikke involveres. Det er vårt ansvar som hjelpere å undersøke dette, og på bakgrunn av det vi finner, lage gode og sikre løsninger.

Mange av de vi møter er svært ensomme og har vært det over tid. Det kan føre til at mange derfor skaffer seg et dyr, ikke sjelden en hund, et dyr som kan være med overalt, og ofte krever lite annet enn å være nær sin eier. Omsorgen for dyret overgår ikke sjelden omsorgen den enkelte har for seg selv, selv om mulighetene for å ivareta denne omsorgen i perioder kan være redusert. En hund eller et annet dyr kan for noen pasienter, være deres nærmeste «pårørende». Det må vi ta på alvor og ved behov for innleggelse er det viktig at vi også sørger for at dyret blir ivaretatt.

I forbindelse med nylig studietur i London, erfarte jeg at akkurat denne problemstillingen var kommet høyt på dagsorden. På samme sted som det var et suppekjøkken for hjemløse, var det etablert et hjelpesenter for hundene til hjemløse kalt «Vets on Wheels», som delte ut mat og bistod med undersøkelse/behandling foretatt av veterinær. Alt var gratis og basert på frivillighet og donasjoner. Det kan ofte være mye å lære av løsninger som finner sted utenfor det offentlige regi også! Her var det også ambulans behandling for dyr.



16.1 Skriftlig informasjon til pasientene og pårørende

... mann, 48 år. Gift, 3 barn. Arbeidet som økonomisjef i et større firma. Nylig avslørt i forbindelse med underslag, som angivelig har pågått over flere år og dreier seg om store beløp. Han har innrømmet underslaget. Pasienten er oppsagt på dagen og underslaget er politianmeldt. Hadde skrevet avskjedsbrev og planlagt selvmord gjennom å arrangere møteulykke med bil. Tilfeldighetene gjorde at ektefelle våknet tidlig på morgenen og fikk stoppet mannen fra å kjøre. Legevakt alarmert, som kontaktet AAT.

Mange pasienter som er i en krise, opplever kognitiv svikt over kortere eller noe lenger tid(53). I vårt team har vi valgt å la dette få konsekvenser for måten vi arbeider på, både for hvordan vi snakker med pasienter, hvor mange tema vi velger å bringe inn, hvordan vi skaper struktur og ikke minst hvordan vi informerer. Det finnes bl.a. informasjonsbrosjyrer om ulike diagnoser som det kan være viktig å gjøre pasienten kjent med i løpet av et behandlingsforløp. Men innledningsvis er vår erfaring, at det viktigste er å sikre seg at pasienten er godt informert om hvem vi er i AAT, hvordan vi arbeider, sine egne rettigheter og ikke minst hvor de kan få tak i oss. Vår anbefaling er derfor at det utarbeides lokal, skriftlig informasjon, som sikrer nettopp dette.

Et eksempel på en slik informasjon kan være følgende:

Ambulant akutteam – hvem vi er og hvordan vi arbeider:

Ambulant akutteam (AAT) er en del av spesialisthelsetjenestens akuttpsykiatriske tilbud. Hvis du er i en akutt psykisk krise, kan du henvende deg direkte til oss. Tilbudet baserer seg på frivillighet, du må ønske bistand fra oss for å få hjelp.

Vi er et alternativ til innleggelse i døgnpost, men når det virkelig er behov for innleggelse, sørger vi for at det skjer.

Først lytter vi til din beskrivelse av situasjonen, for så å avtale et hjemmebesøk. Det er slik vi arbeider. Vi kommer alltid to personer, det gjør kontakten med oss mindre sårbar hvis en av oss skulle bli syke. I tillegg forstår gjerne to personer mer enn en, så vi tror vi kan gi raskere hjelp på den måten.

Vår arbeidsmetode er samtalen, enten med deg alene, med deg og din familie, offentlige instanser, eller andre i ditt nettverk, som vi sammen med deg blir enige om.

Sammen med deg vil vi forsøke å få en rask oversikt over den aktuelle problemstillingen, hvilke ressurser du og ditt nettverk har, for så å komme fram til gode løsninger i fellesskap med deg.

Med din tillatelse samarbeider vi tett med pårørende, fastlege, NAV, kommunens psykiske helsetilbud og andre du tror det vil være nyttig å kontakte. Du kan reservere deg mot at vi informerer og samarbeider med andre.

Vi har taushetsplikt. Når vi samarbeider med andre, legger vi vekt på å ikke informere om annet enn det som er viktig for at du skal få den hjelpen du trenger og har rett på.

Du har rett til fullt innsyn i din journal, og du kan få kopi av alt vi skriver, hvis du ønsker det.

Hvis du fortsatt trenger hjelp etter den akutte situasjonen har roet seg, vil vi bistå med søknad/overføring til rett instans, oftest i tett samarbeid med din fastlege.

Vi dekker kommunene

.....

Er noe uklart - bare spør!

Du kan kontakte oss på telefon 00000000

Vår åpningstid er: Ringer du utenom denne tiden, er telefonen satt over til(54)

Ovenstående informasjon er trykket opp på et kort/A5 størrelse, med en illustrasjon og navn på teamet, samt telefonnummer på den ene siden, og hovedteksten på den andre. Dette kortet legger vi igjen hos pasienten etter første hjemmebesøk, slik at både pasient og pårørende kan «repetere» informasjonen vi ga, samt komme i kontakt med oss uten måtte lete etter telefonnummer. Dette kortet ligger også på de fleste fastlegekontor i opptaksområdet, på NAV-kontorer, hos psykisk helsetjeneste i kommunene og andre steder. Å spre kunnskap om oss, hvem vi er og hvordan vi arbeider, handler om å virkeliggjøre en av flere overordnede målsettinger om å være en godt tilgjengelig tjeneste.

Videre har vi et visittkort som også inneholder navn på teamet, åpningstid og telefonnummer, et kort det er lett å ha med seg, og dermed ha korrekt informasjon om oss for hånden. Det er også på andre områder at skriftlig informasjon, som et supplement til samtaler og behandling, vil kunne bidra til raskere bedring/ending og mestring.

Eksempler på dette er:

- Råd til pårørende og venner, når en av de nærmeste er deprimerte.
- Råd og veiledning til deg som har vært utsatt for en alvorlig hendelse (presentert i avsnitt om dette tema)
- Kortform av «5 råd» ved panikkanfall

AAT/Elverum-Hamar har selv utviklet denne informasjonen – men den er selvsagt også basert på andres erfaring og kompetanse.

Videre finnes god informasjonslitteratur fra bl.a. Rådet for Psykisk Helse som vi anbefaler å bruke. Dette materialet må aldri brukes i stedet for den gode samtalen, men som et tillegg, der det er ønsket, og vi ser det kan ha en funksjon. Det er flere grunner til både å lage god informasjon og ha oversikt over hva som finnes og er laget av seriøse aktører. Mange pasienter har innarbeidet uhensiktsmessige vaner knyttet til «googling» av alle typer plager og symptomer, og det er sjelden vi ser at noen føler seg bedre og tryggere av den grunn. Når vi kan henvise til alternative, kvalitetssikrede kilder, gjerne også nettbaserte, vil pasienter sikres god informasjon og forhåpentligvis bli mindre påvirket av useriøs «skrekkpropaganda». Det vil kunne ha betydning for opplevelse av mestring av sin egen vanskelige situasjon, samt være et bidrag til sunn skepsis hva gjelder nettbaserte «løsninger» på vanskelige livsproblemer.

Dette er det vanskeligste av alt: å være seg sjøl –
og synes at det duger.

Hans Børli

17. Dokumentasjon

... kvinne, 67 år, nylig mistet sønn i selvmord. Enke og ingen andre barn. Liten vennekreis, men er godt inkludert i frivillig arbeid. Har nå en alvorlig sorgreaksjon, ser ingen grunn til å leve og har økende grad av suicidale tanker og planer. Fastlege henviser.

Dokumentasjonsplikten er regulert bl.a. i Helsepersonelloven(22), pasient og brukerrettighetsloven(7) og i forskrift om pasientjournal(55). Lovverk og forskrift forutsettes kjent og vil derfor ikke bli grundig gjennomgått her. Men noen punkter er viktig å huske.

Dokumentasjonsplikten er utformet på grunnlag av tre hensyn:

- Personvern
- Forsvarlighet
- Etterprøvbarehet

Pasientjournalen er først og fremst et arbeidsdokument for helsepersonell og skal bidra til forsvarlig behandling. Imidlertid eier også pasienten sin egen journal og har direkte innsyn i alt som skrives, når et dokument er godkjent. Da ligger den klar for innsyn på helsenorge.no, noe pasienter bør gjøres oppmerksom på. Dette kan gi noen språklige utfordringer. Det er vesentlig at journalen presist beskriver det som kan beskrives presist og at språket oppleves som gjenkjennbart for pasienten. Journalen må beskrive det intensjonelle, nemlig at pasienten er en likeverdig part og at behandlingstiltakene gjenspeiler at de er bygget på samarbeid, respekt og samvalg.

Alt helsepersonell er forpliktet til å føre journal. Det betyr i klartekst at alle som arbeider i AAT, har denne forpliktelsen. I døgnposter er det ofte et skille mellom høyskolegruppene og leger/psykologer knyttet til hvor i journal/hvilken type dokumenter de har ansvar for og skrivetilgang til. I vårt AAT, som bruker DIPS, har vi ikke dette skillet. Alle skriver i den såkalte lege- eller behandler-delen og har de tilganger og forpliktelser som følger av dette. Tilgang til somatisk journal kan også være sentralt i en akuttituasjon. Det er ikke alltid pasienter tenker at det er av betydning å informere om somatiske plager. Både smerter, uavklarte og avklarte, somatiske lidelser, herunder medikasjon, både i

bruk og nylig seponert, kan også i noen tilfelle bidra til å belyse en pasients aktuelle plager.

Tilgang til kjernejournal vil også kunne bidra til utfyllende informasjon, særlig når pasienten selv synes å ha lite oversikt over egen helsetilstand, herunder tidligere og nåtidig medikasjon. Ikke minst er dette viktig utenom ordinær kontortid, når fastlege ikke er å få tak i. En ulempe her er at alle i et team ikke har denne tilgangen eller kan få den. Kliniske sosionomer har blant annet ikke en slik tilgang. Dette kan oftest kompenseres ved at andre i teamet har tilgangen og derfor kan bidra med vesentlig informasjon for å kunne skaffe seg så helhetlig oversikt som mulig. Full tilgang til sykehusjournal er derfor et viktig informasjonsgrunnlag i særlige situasjoner.

Imidlertid er det noen utfordringer knyttet til dokumentasjon i en travel hverdag. Det handler spesielt om tidsaspektet. Et viktig faktum er at det som ikke er dokumentert, anses som ikke gjort. Dokumenter i journal som ikke er godkjente og ferdigstilte, ansees som ikke skrevet. Det er derfor viktig å huske at det som dokumenteres skal være «nødvendig og relevant». I dette ligger at det kan være åpning for å godkjenne dokumenter som ikke er fullstendige. Det kan være tilfelle i situasjoner hvor pasienten i liten grad klarer å gi et tilstrekkelig og fullstendig bilde av nær fortid og samtid og hvor det haster å få dokumentert det mest nødvendige, som f.eks. ved innleggelse.

Malen som er presentert i kap.9, «Nødvendig informasjonsinnhenting», ivaretar de områder som må dekkes for at en journal skal være fullstendig i henhold til forskrift. Men det er ikke alltid vi klarer å få med alt som er nødvendig i første samtale. Det vil da være langt bedre å skrive det vi har, samt tydeliggjøre at ytterligere informasjonsinnhenting snarlig vil finne sted og godkjenne dette dokumentet, enn å la dokumentet ligge som «kladd» inntil vi har innhentet mer utfyllende informasjon.

Å skrive godt er en trenings sak. Derfor må det gis tid og rom for at denne treningen kan finne sted. Her kan mengdetrening, samt innspill fra en kritisk venn (eller to) være oppskriften. Å bruke projektor for framlegg av egne notater i et vennlig og støttende miljø, vil for mange kunne bidra til både gode dokumentasjonsvaner og trygghet i rollen

som selvstendig behandler. Ansatte med høyskoleutdanning med erfaring fra døgnavdeling er ofte ukjent med denne rollen.

Mange har også erfart at det ved tilsyn fra Fylkesmannen eller intern revisjon, ikke er det intensjonelle og/eller tenkte i behandlingen som vektlegges. Det er det som er dokumentert. Formelt sett har vi med andre ord ikke gjort noe hvis det ikke er dokumentert.

Det finnes frister for utsending av epikrise etter endt behandling. I Oppdragsdokumentet fra HSØ 2023(56) er kravet at 70% av alle epikriser skal være sendt innen 3 dager. I vårt team har vi valgt å lage egne noe strammere frister som gjenspeiler at vi arbeider akutt, og at vi ønsker at samarbeidspartnere også skal være raskt på banen. At vi kommuniserer raskt, er noe vi får svært positive tilbakemeldinger på.

Våre frister er:

- Etter første avtale, uansett telefon, hjemmebesøk eller avslag: Samme dag – og alltid elektronisk dokument til fastlege
- 50% av epikrisene sendes innen 1 dag
- Resten av epikrisene sendes innen 3 dager

Vi klarer ikke alltid dette, men 2021 ble 68% av alle epikriser sendt innen 1 døgn. 88% var sendt ut innen 3 døgn. Underveis i kontakten med pasienten sendes dessuten elektroniske meldinger til fastlegen om endringer eller annet vi mener det er viktig at denne er orientert om.

Sist, men ikke minst, er det viktig at pasienten er orientert om retten til å mene noe om hva som står i journalen. Hvis hen oppdager noe som er feil, settes det stor pris på at man blir orientert om dette, slik at dette kan rettes opp. Sletting av dokumenter i journal følger alltid prosedyre, og må følges, der det er oppstår behov for det.

Det kan også være greit å vite at nye versjoner av et notat, blir liggende «oppå» det gamle, slik at ved innsyn/kontroll, vil det alltid være mulig å hente fram det første/godkjente notatet. Det blir ikke «borte», selv om det ved første øyekast kan se slik ut.

18. Samarbeid med førstelinjen

..... mann 34 år, langvarige problemer med alkohol, depresjon. Pasienten har hatt diabetes 1 siden tenårene, og følgesykdommer, som en konsekvens av uregelmessig og dårlig ivaretagelse av egen helse. Har nå begynt å vise seg at pasienten har synsproblemer, han har sår på høyre stortå som ikke vil gro, og han føler seg ofte svært dårlig. Vært gift 2 ganger og har til sammen 4 barn fra disse ekteskapene, som han ikke har kontakt med. Begge foreldre døde, en søster som sporadisk tar kontakt. Pasienten bor svært dårlig, strømmen er nå skrudd av, og en kamerat er svært bekymret. Det er kameraten som henvender seg.

18.1 Fastlegens rolle i kriser.

Fastlegen er pasientens viktigste hjelper når det gjelder helsen, uansett problemstilling. Det er fastlegen som kan pasientens historie og møter hen uten «henvisning». Fastlegen tar imot pasientens fortelling og beskrivelse av hans problemer, uansett om de er av somatisk, psykisk og/eller av sosial karakter. Når fastlegen ber om bistand fra spesialisthelsetjenesten, vil det bli vurdert at pasienten trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten. I en akuttsak vil det bare unntaksvis finnes grunn til å overprøve fastlegens vurdering og ønske om bistand. Disse unntakene kan f.eks. dreie seg om at pasienten er mindre kjent for fastlegen enn for oss og at vi derfor vet hva slags hjelp som vil være mest riktig. For å kunne yte akutthjelp, er også AAT avhengig av at pasientens andre hjelpere kan være endel av en planlagt tiltakskjede. Her har fastlegen en helt sentral rolle. Å bygge opp et godt og tillitsfull gjensidig samarbeid, er en forutsetning for at korte, intensive intervensjoner skal ha ønsket effekt. Et slikt samarbeid kan være krevende å få til, ikke minst fordi et AAT ofte vil ha et opptaksområde som vil forholde seg til et stort antall fastleger, gjerne organisert i fagfellesskap i tillegg til fastleger på tvers av kommunegrenser. Men er først et slikt samarbeid etablert og på plass, er effekten stor.

Først og fremst kommuniserer spesialisthelsetjenesten med fastleger via søknader, digitalt eller på papir, via elektroniske tilbakemeldinger, epikriser og gjennom telefonsamtaler. Men vår erfaring er at når vi gjør oss tilgjengelige for felleskonsultasjoner på fastlegens kontor eller gjør vurderinger der fastlege og pasient befinner seg når legen opplever at pasienten er for dårlig til å bli sendt hjem, er dette til nytte for

alle parter. Det er gjennom praktisk samarbeid tillit bygges. Tilgjengelighet er også her et nøkkelord. Mange DPS'er har faste ringetider for å kunne få tak i en ansvarlig behandler, noe som for en fastlege kan oppleves som svært lite tilgjengelighet.

I vårt AAT har vi tilgjengelige behandlere på telefon, i hele sin åpningstid. AAT må på sin side ha anledning til å nå fastlege umiddelbart mens man sitter med pasienten. Vårt AAT har direktenummer til alle fastlegene i vårt opptaksområde, en tilgang vi ikke misbraker, men som vi har stor nytte av i enkelte tilfeller. Det kan være spørsmål om somatisk avklaring, behov for framstilling med tanke på tvangsunndersøkelse og andre akutte saker som må finne sin løsning i samarbeid med fastlege umiddelbart.

Å lage gode samarbeidsarenaer som ikke direkte er begrunnet i konkrete pasientsaker, er ikke like enkelt. Men det er viktig at vi sørger for å opprettholde fastlegenes kunnskap om oss, gjennom å sende ut årsmeldinger, sørge for at de har fått den tidligere omtalte korte, skriftlige informasjonen (jfr. kap.16) og sørge for at vi forblir et reelt alternativ til innleggelse, også sett fra deres ståsted.

I én kommune (av ni kommuner som vårt AAT har ansvar for) har DPS som vi er en del av, etablert en fast møtestruktur på fastlegekontorene. I denne kommunen er møtene etablert etter en type turnus, slik at vi har møter på kommunens legesentrene, med deltagelse fra kommunens psykiske helseteam og oss (AAT og allmennpoliklinikken). Her drøftes konkrete pasienter, det foregår en betydelig kompetanseoverføring begge veier og vi blir godt kjent med hverandre. Det fører til at samarbeidet flyter godt når noe oppleves som kritisk. Videre er vi opptatt av å bidra så langt ønskelig på fellesmøter for allmennlegene og være lett tilgjengelig for legevakt(er), som også kan bemannes av leger som ikke primært tilhører regionen.

En erfaring vi har gjort oss, er at en del av pasientene enten ikke vet hvem som er deres fastlege, ikke har vært der på lenge (noen fordi de skylder penger/egenandel) eller har flyttet langt fra stedet hvor fastlege bor eller lignende. Det fører til at vi vil bruke tid på å re-etablere, evt. etablere en forbindelse til fastlege. Noen få ønsker ikke kontakt med fastlege men vil ha «direkte tilgang» til spesialisthelsetjenesten.

Overfor disse få, får vi en pedagogisk utfordring med å forklare at de på den måten kan gå glipp av relevant helsehjelp siden veien til denne går via fastlege.

Som nevnt innledningsvis, er fastlegen selve navet i pasientens helse-tjeneste. Det er derfor sentralt at denne rollen opprettholdes mens pa-sienten får bistand fra andre deler av helsevesenet, herunder AAT. Aktiv samtidskommunikasjon er én nøkkel for å sikre samarbeidet. Noen pasienter i krise kan ha en tendens til å ringe «alt og alle». Det kan føre til mange ønsker å hjelpe, at mange «kokker» blir involvert og at hjelpen ikke blir samordnet. For å sikre en bedre samordning er det viktig å kommunisere tett med pasientens hjelpere, herunder fast-legen. Det at pasienten vet at vi kommuniserer med hens fastlege, bi-drar ofte også til opprettelse av tydelige rammer som er nødvendige for at opplevelsen av kaos skal kunne avta.

Når det er etablert gode og trygge samarbeidsrelasjoner, vil det også være enkelt for fastlege å ta kontakt for uforpliktende drøfting av pasi-ent/kasuistikker og for å få råd. Råd kan bidra til en enklere hverdag i en krevende fastleges hverdag og til mer målrettede tiltak overfor pa-sienter.

Avslutningsvis er det sentralt at begge parter i dette samarbeidet, fin-ner en kommunikasjonsform som er hensiktsmessig og tilfredsstil-lende for alle.

18.2 Samhandling med NAV, psykisk helse, ROP-team og bar-nevern

En rekke pasienter er i en krise som er nært knyttet til bl.a. psykosoa-sial usikkerhet, relatert til tap av arbeid, økonomi som har gått over styr, rusproblemer som har eskalert eller andre livskriselignende situa-sjoner. Som tidligere nevnt, vil praktisk hjelp oftest oppleves som en reell avlastning og føre til at kriseopplevelsen avtar. Innledningsvis i kontakten med pasienten, må derfor totalsituasjonen utforskes og eventuelt avhjelpest rent praktisk, hvis det er der det trykker mest på. For å kunne bidra nettopp med denne praktiske hjelpen, er det viktig for ethvert AAT å ha gode og nære «venner» på kommunalt nivå.

NAV er en av de gode «vennene». Mange pasienter har et ambivalent forhold til NAV. Dels kan de være avhengige av NAV og dels kan de være sinte fordi de opplever ikke å ha blitt forstått, har blitt stilt krav til som de opplever som urimelige eller de opplever at det er vanskelig å få kontakt. At vi i AAT har NAV som våre «venner», kan bidra til et noe mer nyansert syn på en hjelpeinstans pasienten ofte er helt avhengig av og som det er mulig å få mye hjelp fra, hvis det legges opp til forpliktende samhandling.

Felles faste møteplasser har vært vår oppskrift på suksess. En kommune bør være av en viss størrelse for at faste møter skal lønne seg tidsmessig. Men der den forutsetningen er tilstede, har vi erfaring med at det kun er fordeler å høste av et slikt samarbeid. Hvordan dette organiseres kan være forskjellig fra kommune til kommune. For å få det til, er det bra om AAT er fleksibel. Vårt AAT har sammen med kommunene, kommet fram til gode, praktisk gjennomførbare og noe ulike løsninger. I en kommune har vi alle møtene på NAV sammen med psykisk helse. I samarbeidet med to andre kommuner er vi vertskap, hvorav vi annenhver gang i den ene har møter med psykisk helse og NAV, mens vi den andre gangen også inkluderer TSB, psyko-sepoliklinikk, allmenopoliklinikk, BUP og Barnevern (et såkalt stormøte). I den kommunen (jfr. kommune tidligere omtalt) vi reiser rundt på Legekontorene, har vi også ansvar for veiledning av sykepleier i akutthjelpen/psykisk helse i kommunen. I to kommuner har vi møter hver 14. dag, mens i en tredje har vi møter hver mnd. Denne ulikheten i struktur gjenspeiler et visst kompromiss som innebærer at møteplassene eksisterer og benyttes, på en slik måte at pasienter og deres pårørende er sikret sømløs, kompetent og samordnet hjelp.

De faste møteplassene gjør oss godt kjent med hverandre. Vi vet at alle spiller med åpne kort og at vi har felles mål. I akutte situasjoner, når bistand fra NAV (eller andre kommunale instanser) er nødvendig samme dag, er denne måten å samarbeide på, en grunnmur i pasientbehandlingen og en nødvendig struktur for å kunne gi de rette pasientene det rette tilbudet på det rette tidspunktet. Vi vet at vi er der for hverandre og for pasienter og pårørende, for å sikre at pasienters behov, rettigheter og plikter ivaretas.

Å etablere et solid fundament for samarbeid, tar tid. Men det tar mer tid (og frustrasjon) ikke å ha dette fundamentet på plass. Det å vite hvem vi skal ringe til og ha direktenummeret til når ting haster, er av uvurderlig betydning. Det minimaliserer opplevelsen av «vi og dem», herunder konstruksjoner av «fiendebilder», som innehar elementer av nedvurdering og misnøye med «de andres» arbeidsinnsats og forståelsen av deres oppgaver. Pasientene er udelt tjent med at alle hjelpere snakker og tenker pent om hverandre. Det er et ansvar vi har, og jeg mener at det skal vi ta på alvor.

Psykisk helsetjeneste i kommunen er en annen av våre gode «venner». De er organisert svært ulikt i de ulike kommunene. Det kan være en utfordring for et AAT som må forholde seg til mange kommuner. Det går også an å velge å se på det som en bra ting og heller la det være til inspirasjon. Selv om det i en startfase kan være litt uoversiktlig, vil det være mulig å orientere seg, finne ut av det og benytte alle de mulighetene som finnes av hjelp i en kommune. For at ikke alle i teamet vårt skal måtte vite alt, har jeg valgt å ha definerte ansvarlige medarbeidere for hver kommune. Disse medarbeiderne har fullmakter til å ta beslutninger, der og da, i møtene. For hver kommune, er det en ringperm, (som låses inn), hvor alle medarbeidere legger inn aktuelle saker, som ønskes tatt opp i de faste møtene. Dette danner grunnlaget for drøfting av saker, som ikke er akutte. Den ansvarlige personen skal også sørge for å holde seg oppdatert med tanke på hvilke hjelpe tiltak som til enhver tid finnes og/eller er under utvikling i sin aktuelle kommune. Det kan være alt fra nytilsatte psykologer som har videreutdanning innen traumebehandling til utnyttelsesgrad av KAD-senger. Og nettopp fordi kommunene er ulike når det gjelder størrelse og kompetanse, er det viktig å være oppdatert. Mye god kommunal behandling gis ikke, til «de rette» pasientene, fordi den er for dårlig kjent.

For oppfølging av kommunal psykisk helse (herunder ROP-team) er det ulike rutiner som er etablert, også innen eget foretak. I DIPS bruker døgnpostene i vårt foretak, såkalte PLO-meldinger (elektroniske meldinger for bestilling av kommunale helsetjenester). Vi har valgt ikke å bruke disse men heller bruke det kontaktnettet som er etablert; telefonen når det haster, faste samarbeidsmøter når det haster mindre. Vi får da drøftet sakene på en god måte, herunder snakket om hva som kan bli vanskelig og sikret at vi er lette å få på banen

igjen hvis pasientens situasjon skulle forverres. I disse drøftingene ligger også muligheten for kompetanseoverføring – begge veier.

Kontakten med barnevernet er mer sporadisk men like viktig å kjenne til og ha gode relasjoner til. Pasienter er ofte engstelige for kontakt med barnevernet. I forlengelsen av opplevelsen av å ikke være bra nok generelt (en vanlig nedvurdering pasienter i krise gjør av seg selv), ligger også vurderingen av ikke å være bra nok forelder. Vår oppgave blir å få pasienter til å akseptere at det er naturlig ikke å klare og ta godt nok vare på andre, i en situasjon hvor det er ytterst krevende å ta vare på seg selv. Når vi snakker åpent om de plagene pasienten ber om hjelp til og hvilke konsekvenser disse har for pasientens funksjonsnivå, opplever vi oftest at pasientene ganske raskt ser at de heller ikke klarer å ivareta omsorgen for sine barn, slik de ønsker. Men de ønsker allikevel det beste for sine barn.

I en trygg relasjon, der pasienten kjenner seg godt i varetatt og opplever at vi som hjelpere bare vil dem vel, er det mulig å få til et godt samarbeid og et felles ønske om bistand fra barnevernet. At vi i AAT da også kjenner det lokale barnevernet, kan bidra til at møtene med dem blir gode og hjelpen tilbudd på en konstruktiv og omsorgsfull måte. Barnevernet vil i slike tilfeller kunne stole på vår vurdering av pasientens omsorgsevne, samt behov for hjelp og støtte og bygge på den. I motsatt fall (når vi ikke har hatt denne gode relasjonen), har vi erfart at barnevernet i sin iver og bekymring nærmest har hatt en for forståelse om alvorlig omsorgssvikt (selv om det ikke var meldt). Forholdet mellom foreldre og barnevernet har da skåret seg allerede i «startblokk». Dette er ingen tjent med. AAT kan med fordel tilby seg å delta i samtaler med barnevernet. Det sikrer en god og åpen kommunikasjon og muligheter for alle parter til å lære noe nytt.

Oppsummert: Å få til godt samarbeid er å ville det, sette av tid, se på alle samarbeidspartnere som «venner» og forstå at også «de andre» vil det beste. Et tysk ordspråk sier at vitamin B - Bekanntschaft - er det viktigste i alle relasjoner. Vårt AAT sørger for å bli kjent med alle våre samarbeidspartnere og at disse er kjent med oss, slik at vi ser for oss ansiktet på den vi snakker med på telefon og kjenner oss sikre på å bli forstått. Da fungerer samhandlingen, og pasienten og/eller pårø-

rende slipper å være koordinator på tvers av hjelpetiltak og forvaltningsnivåer. Noen vil mene at det tar alt for lang tid å gjøre seg kjent slik vi har gjort. Min erfaring er det motsatte. Når ansvaret og myndigheten fordeles, sparer vi tid i den enkelte pasientsak. Vårt AAT har ansvar for ni kommuner, fordelt på et område som er mer enn fire ganger så stort som Vestfold fylke, og vi må forholde oss til 139 fastleger i et opptaksområde med 107.000 beboere (over 18 år).

19. Samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste

... kvinne, 43 år. Nå i krise i forbindelse med skilsmisse. Kjent bipolar lidelse, samt hjertelidelse. Begge deler behandlet medikamentelt, av hver sine spesialister. Har ikke tatt medikamenter som forskrevet de siste ukene og føler seg generelt «dårlig». Henvist av fastlege.

AAT vil i de fleste tilfeller være psykisk helsevern/spesialistnivå sitt «ytterste» ledd, den delen av denne helsetjenesten som møter pasienten først, i akutte situasjoner. Derfor vil AAT i mange tilfeller være tjenestens ansikt utad, litt avhengig av hvor mange veier det er inn til spesialisthelsetjenesten.

I det ligger det mange muligheter og forpliktelser. Ikke minst hva gjelder oversikt over og tilgang til andre deler av spesialisthelsetjenesten som psykisk helsevern og somatikk (kommunalt nivå er omtalt i kap.18). Her som ellers, gjelder det å ha innarbeidet gode samarbeidsrutiner. Innenfor noen områder er dette relativt enkelt, mens det på andre områder kan være mer krevende. Imidlertid skylder vi pasienten å ta det ansvar det medfører å være dennes behandler og koordinator (koordinator er her brukt som en praktisk funksjon, ikke som formell funksjon slik det er beskrevet i retningslinjer for Pakkeforløp). Er det vanskelig for oss fagfolk å få til samordnede tiltak innen spesialisthelsetjenesten, er det forståelig at det kan oppleves vanskelig for pasienten å skulle koordinere dette selv i akutt fase, selv om hen får bistand fra fastlege. Rett behandlings- og omsorgsnivå vil alltid være overordnet for hver enkelt pasient. Det betyr at «flyt» uten unødig opphold og hindringer mellom ulike enheter og avdelinger er av vital betydning i en akutt situasjon. En forutsetning for at AAT skal kunne yte god bistand er at det er innarbeidet et godt samarbeid.

En del av pasientene som henvender seg til AAT, kan kompliserte somatiske lidelser, slik at samhandling med spesialisthelsetjeneste innen somatikk også er en forutsetning for å gi god behandling. Pasienter som er sterkt ruset, vil f.eks. vanligvis trenge somatisk avklaring før videre behandling i psykisk helsevern. Det finnes også andre helsetilstander, hvor godt samarbeid på tvers av fag er nødvendig for

god behandling. Det er en kjensgjerning at pasienter med alvorlig psykisk lidelse har en gjennomsnittlig levealder som er mellom 10 og 30 år(57) kortere enn normalbefolkningen. Er det ruslidelse i tillegg, øker risikoen for tidligere død. Pasientene dør ikke tidligere først og fremst på grunn av selvmord men på grunn av somatiske lidelser, som dels er oversett og dels er underbehandlet. Dette er en realitet vi må ta på alvor.

Det er flere spesialiteter innen somatikk det kan være viktig å ha kontakt med. Av de viktigste er indremedisin/hjerte-kar, nevrologi og rehabilitering. Dette fordi det er innenfor disse fagområdene de fleste pasientene har somatiske plager som bør følges opp og forstås bedre av oss innen akuttpsykiatrien. En god måte å bli kjent på og bli hverandres faglige «venner», er å utveksle tjenester. Dette vil bli nærmere beskrevet nedenfor.

Liaisonarbeid (her forstått som konsultasjonspsykiatri i somatiske sykehus)(58) organiseres svært forskjellig på de ulike sykehusene. Noen har egne team, noen bruker leger i utdanningsstillinger tilknyttet allmennpoliklinikkene, noen bruker AAT, og noen steder er det mer tilfeldig hvem som tar ansvaret. Skal dette legges til AAT, bør det utarbeides egne retningslinjer slik at det ikke sammenblandes med oppfølging etter villet egenskade eller oppfølging etter alvorlige somatiske traumer. AAT bør legge opp sine samarbeidsrutiner slik at de blir en del av et hele, når det gjelder samarbeid og utveksling av fagtenester på tvers av spesialiteter. Men uten at dette samarbeidet vies tid og omtanke og er ønsket fra begge parter, vil det ikke gi den synergi som er nødvendig, for at pasientene skal kunne få den beste behandling, uavhengig av hvor «i systemet» plagen hører hjemme.

19.1 Oppfølging etter villet egenskade

... kvinne, 32 år. Samboer, 4 felles barn, uføretrygdet på grunn av psykiske problemer. Lang historie med omfattende selvskading. Nå innlagt etter et tilsynelatende spontant, alvorlig selvmordsforsøk, etter inntak av større mengde Paracet. Innlagt intensiv. Sykehuset ber om en vurdering med tanke på hva videre.

Slik jeg ser det er og bør AAT være den enheten innen psykisk helsevern som er best kvalifisert når det gjelder vurdering av forhøyet fare

for selvmord utenfor døgnpost. Dette fordi AAT møter pasienter som er selvmordstruede flere ganger daglig og har som en hovedoppgave å vurdere om behandling utenfor døgnpost er sikkert nok. Det kan derfor være naturlig at AAT, som også er mobile i sin arbeidsform, er de somatiske avdelingers nærmeste samarbeidspartnere når det gjelder disse vurderingene. Etter selvmordsforsøk/villet egenskade er det medisinske avdelinger som oftest tar imot pasienter. Men også kirurgiske avdelinger tar imot pasienter etter selvmordsforsøk. Det kan være pasienter som har kjørt mot annen bil eller gjenstand, pasienter som har forsøkt å skyte seg e.l. På medisinske avdelinger ligger blant annet pasienter som har forsøkt selvmord ved hjelp av overdose av medikamenter, alkohol eller andre forgiftninger.

Det er to viktige forutsetninger for å kunne gjøre slike vurderinger. Det er at pasienten er våken og klar og avklart somatisk og at pasienten selv ønsker å snakke med oss. Selve vurderingen skiller seg ikke mye fra de vurderinger vi gjør ellers. Men det som er annerledes er at det foreligger et nylig og oftest alvorlig suicidforsøk. Det må derfor utforskes nøye hva som kan være den utløsende årsaken, for så å vurdere, sammen med pasienten om denne utløseren fortsatt er tilstede og om den fortsatt innehar samme kraft med tanke på ønsket om ikke å ville leve. Forøvrig gjelder det å se den enkelte pasient i den unike situasjon hen befinner seg i og vurdere om det foreligger risikofaktorer og gi råd videre basert på dette.

Når pasienter er innlagt somatisk sykehus, er det sykehuset og den aktuelle avdelingen eller enheten som er behandlingsansvarlig. Vår rolle som AAT, er å gi råd etter bestilling fra ansvarlig lege og etter ønske fra pasienten selv. Det er sentralt ikke å blande roller her. Selv om AAT gjør en faglig vurdering, på selvstendig grunnlag, tar vi ikke over behandlingsansvaret. Dette er somatisk avdelings ansvar så lenge pasienten er innskrevet. Hvis vårt råd er innleggelse i døgnpost innen psykisk helsevern, er det somatisk avdeling som overfører/legger inn pasienten. Imidlertid har ofte AAT en enklere og bedre opptråkket vei å benytte seg av ved innleggelser. Derfor vil det ikke være noe i veien for at AAT bistår med den praktiske gjennomføringen.

I andre tilfeller vurderer AAT at det er sikkert nok at pasienten reiser hjem etter somatisk avklaring. Det kan i en vurderingssamtale med

AAT komme fram et behov for videre oppfølging fra psykisk helsetjeneste i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. I så fall vil det være somatisk sykehuslege eller fastlege som henviser med støtte i den vurdering vi har gjort på somatisk sykehus. I noen tilfeller vil det være riktig at AAT tar over behandlingsansvaret for pasienten. Det vil være hensiktsmessig å gjøre dette så ubyråkratisk som mulig, uten annet enn at muntlige avtaler dokumenteres.

Dokumentasjonen etter tilsyn/vurderinger skiller seg ikke fra annen dokumentasjon, bortsett fra hvilken dokumenttype vi bruker. Det er vesentlig at somatikken har direkte innsyn i dokumentet og at de ulike journalsystemer har dokumenter som automatisk gir tilgang både for somatikk og psykisk helsevern. I vårt journalsystem (DIPS) er ikke dette elektroniske dokumenter, som enkelt kan sendes til fastlege, men det er viktig at fastlege også er oppdatert om disse vurderingene. Det er derfor god kommunikasjonsskikk å kopiere vurderingsnotatet inn i et elektronisk dokument som går direkte til fastlege, samme dag.

Før AAT forlater somatisk avdeling, må ansvarlig lege for pasienten kontaktes og vurdering muntlig overbringes til denne. Hvis det er snakk om at AAT bidrar praktisk i etterkant, må også oppgavefordeling tydeliggjøres, samt komme fram i den skriftlige dokumentasjonen. Dette for å sikre at det ikke foreligger noen misforståelser.

19.2 Oppfølging etter alvorlige somatiske traumer

... mann 78 år, vært innblandet i en større trafikkulykke. Flere brudd og indre skader. Langvarig sykehusopphold, flere kirurgiske inngrep, men har nå begynt å røre på seg utenfor sengen, og står foran overflytting for opptrening på sykehjem/rehabiliteringsavdeling. Godt nettverk, stor familie. Oppleves nå mer og mer trist. Snakker lite, spiser mindre enn tidligere, ønsker ikke besøk og sover dårlig. Innimellom også aggressiv. Henvendelse fra kirurgisk sengepost som ber om en vurdering.

Noen få sykehus, som er definert som traumesykehus, har et avtalt samarbeid mellom kirurgisk avdeling v/traumekoordinator og AAT for oppfølging av pasienter etter større ulykker o.l. Dette gjelder når pasienten både er i behov av somatisk behandling og oppfølging over tid,

samt psykologisk bistand relatert til psykologiske reaksjoner på traumatet.

Vårt AAT har laget en kortfattet informasjon om normale reaksjoner som personalet på de kirurgiske avdelingene både deler ut til pasienter og pårørende, samt selv bruker som underlag når de snakker med pasientene. Vanligvis vil personalet på kirurgisk avdeling eller rehabiliteringsavdeling ha tilstrekkelig kompetanse til selv å gjennomføre disse samtalene. Men en gang i blant kan det se ut som om reaksjonene «setter seg fast», og pasientene ser ut til å trenge noe mer oppfølging. Fra vårt AAT har vi valgt å gjøre denne veien enkel og åpen. En telefon fra personalet på kirurgisk avdeling er tilstrekkelig, og vi kommer hvis pasienten ønsker å snakke med oss.

Vår erfaring er at den skriftlige informasjonen (gjengitt i sin helhet nedenfor) oftest er tilstrekkelig som hjelp for pasienter og pårørende. Vissheten om at vi bare er en telefonsamtale unna, er både for de ansatte og pasienten selv, en trygghet. Det er derfor bare unntaksvis vi er konkret inne i direkte pasientoppfølging over noe tid. Men der vi har vært det, har vi erfart at dette er svært nyttig. Vi vet at flere andre «traumesykehus» ønsker å få på plass tilsvarende samarbeid med «sine» AAT, et samarbeid det ikke kan være tvil om at vil være til gjensidig glede og nytte.

Informasjonens innhold(54):

Til deg som har vært utsatt for en alvorlig hendelse

Mange vet lite om hva slags reaksjoner som er vanlige etter å ha vært utsatt for en alvorlig hendelse. Når en kjenner til hvilke reaksjoner som er normale og som kan forventes, blir det ofte lettere å akseptere både sine egne og sine næres reaksjoner. Da forstår man også at det er naturlig når en vet hvilke store påkjenninger den det gjelder har vært utsatt for. Av samme grunn kan det være lurt at din nærmeste familie, dine venner eller arbeidskamerater også vet noe om disse reaksjonene.

Selv om noen reagerer veldig kraftig, betyr ikke det at alle gjør det.

Akutt reaksjon - uvirkelighet

I den første tiden etter hendelsen har mange en følelse av uvirkelighet. Man vet at hendelsen har skjedd, men den kjennes allikevel

uforståelig. Mange beskriver en følelse av indre tomhet og følelsesmessig «nummenhet». Det kan i blant være vanskelig å huske deler av det som skjedde. Men ettersom tiden går, blir hele hendelsesforløpet tydeligere, og da kommer også ofte de sterkeste følelsene.

Påtrengende minner/bilder

Det er vanlig at man i tankene vender tilbake til det som hendte, uansett om man vil eller ikke. Minner i form av syner/bilder kan oppleves så virkelige at man får en følelse av å være tilbake i hendelsen igjen. Slike påtrengende minner kan komme tilbake i så vel våken som sovende tilstand og ikke sjelden akkurat i overgangen mellom søvn og våken tilstand.

Indre uro og sårbarhet

En sterk indre uro og følelse av sårbarhet er vanlig. Disse følelsene kan bli sterkere og mer plagsomme i en tid framover, parallelt med at man i hukommelsen gjenopplever det som hendte. Det kan ofte være vanskelig ikke å tenke på de ubehagelige opplevelsene man har hatt. Den indre uroen kan føre til at man blir rastløs, kan få problemer med å sitte stille og å konsentrere seg. Noen blir mer utålmodige og irritable enn de ellers pleier å være. Andre kan få problemer med i det hele tatt å gjøre noe som helst.

Ulike kroppslige reaksjoner

Det er også vanlig og naturlig med kroppslige reaksjoner som skjelvinger, svettetokter, hodepine, svimmelhet og følelse av å skulle besvime, apettitmangel, matthet eller spenninger/smerte i musklene, framfor alt i brystet, skuldrene og nakken.

Katastrofefølelse

For mange blir tryggheten i livet rasert når man en gang har vært utsatt for en alvorlig hendelse. En del opplever økt vaksomhet, skvetter ved den minste lyd. Engstelsen og uroen kan etterhvert føre til redsel for på nytt å bli utsatt for noe katastrofalt eller ubehagelig eller at noen i ens familie skal bli syke eller dø. Hos barn merkes dette tydeligst ved at de blir mer «klengete» og har økt behov for nærhet.

Søvnproblemer og mareritt

Det kan være vanskelig å sovne – og like før innsovning kan de ubehagelige minnene dukke opp. Søvnene blir urolig, og det er ikke uvanlig å våkne ofte og tidlig. Hos noen gjentas hendelsen i form av mareritt, eller marerittene kan handle om andre truende situasjoner enn dem man selv har opplevd. Det er manges erfaring at man blir

mindre plaget av mareritt hvis man benytter seg av å snakke med noen om det som har hendt. Søvnproblemene pleier også å avta når man får bedre grep om det man faktisk har vært utsatt for. Hvis søvnen forblir svært dårlig over lengre tid, kan man bli både sliten og lite i stand til å ivareta egne behov på en god måte. Det kan da være verdt å vurdere noe å sove på. Men det er viktig å utvise varsomhet når det gjelder bruk av sovemidler og/eller alkohol.

Overlevelsesangst og skyldfølelse

For noen kan det kjennes svært ubehagelig selv å ha overlevd og kanskje være uskadd, mens familiemedlemmer, venner eller kolleger har blitt skadet eller omkommet i hendelsen. Dette kan føre til skyldfølelse og at man ikke tillater seg å være glad og lettet over at en selv lever og evt. ikke er skadet. Følelsen av skyld kan også komme i sammenheng med at man har vært vitne til en alvorlig hendelse og etterpå begynner å gruble over om en kunne gjort noe for å forhindre hendelsen.

Forholdet til andre påvirkes

Sinne og irritasjon er vanlige reaksjoner. Sinnet kan rette seg mot nære og kjære uten at man mener det, noe som igjen forsterker en evt. skyldfølelse. Noen føler behov for å trekke seg unna og være alene, mens andre ikke klarer ensomheten fordi de da blir helt overlatt til sine egne tanker og følelser.

Spørsmål om meningen med livet

Når man har vært utsatt for en alvorlig og vanskelig hendelse er det svært vanlig at man begynner å fundere over livets mål og mening. Ofte gjør man nye vurderinger av det man tidligere oppfattet som selvsagt.

NOEN ENKLE RÅD

Snakk med andre

Snakk med dine nærmeste men gjerne også med andre. Det kan være folk som har vært utsatt for noe lignende. Selv om det er vanskelig å fortelle og at du synes at følelsene dine «rives» opp igjen, er det oftest et gode og i blant helt nødvendig for å komme seg gjennom opplevelsen på en bra måte. Gjennom gjentatte ganger å gå gjennom hendelsen i samtale med andre, får man bedre grep om det som hendte og blir dermed også mindre plaget av mareritt og påtrengende minner. Noen har også stor nytte av å skrive ned sine minner og tanker rundt det som hendte.

Besøk stedet der det hendte

Noen kan bli redde for å besøke plassen der den alvorlige hendelsen fant sted. Det er da ofte til hjelp, helst så raskt som mulig, og gjerne sammen med noen en kjenner og er trygg på, å vende tilbake til stedet som vekker uroen/redselen.

Tenk på barna

Barn og ungdom har ikke samme evne som voksne til å tolke eller forstå sine opplevelser i forbindelse med en alvorlig hendelse. En god hjelp for dem vil være at voksne:

- Er tilgjengelige for spørsmål og undringer
- Forteller om det som har hendt og hender videre
- Raskt går tilbake til hverdagens rutiner og normale aktiviteter
- Gjør morsomme saker sammen

Det er bra med aktivitet og arbeid

Fysisk aktivitet er en bra måte å håndtere indre stress på. For de aller fleste er det også en klar fordel å komme tilbake i arbeid så raskt som mulig. Det er ofte en god måte å vende tilbake til hverdagen på. *Still allikevel lavere krav til deg selv og din arbeidskapasitet den første tiden.*

Det er normalt å reagere

For den som har vært utsatt for en alvorlig hendelse er det normalt å reagere slik det er beskrevet her. Vanligvis avtar reaksjonene etter hvert, når man får tid til å tenke gjennom, forstå og bearbeide det man har vært utsatt for. Minnene vil komme sjeldnere og sjeldnere, og de vil bli mindre plagsomme.

La andre få lese denne informasjonen

Pårørende eller andre, som ikke selv var utsatt for hendelsen, kan i blant bli urolige på grunn av de sterke reaksjonene som kommer. Det kan derfor være til hjelp både for dem og for deg at også de leser denne informasjonen.

Søk hjelp i tide

Av ulike grunner kan reaksjonene bli så sterke, så plagsomme og så langvarige at man ikke kommer i gang med sitt normale liv igjen. Ta da kontakt for å få hjelp. Best er det hvis du henvender deg til fastlegen din. Denne vil bistå deg med tanke på/evt. behov for mer spesialisert hjelp.

Ambulant Akuttenhet DPS Elverum-Hamar

Vi kan være til hjelp i en akutt psykisk krise. Vi lytter til det du har å fortelle oss og kommer dit du er når du trenger oss. Du kan kontakte oss på alle hverdager mellom kl. 0000 og kl. 0000. Ringer du utenom denne tiden blir du satt rett over til Akutt Døgn DPS, som vil kunne bistå med råd over telefon.

Telefon: 99999999

E-post:

www.sykehuset-innlandet.no

Vennlig hilsen Ambulant Akuttenhet ved DPS Elverum-Hamar

Denne informasjonen er også til god nytte for pasienter også etter at den direkte kontakten med pasienter henvist fra somatisk sykehus er over. Svært mange av våre ordinære pasienter har vært utsatt for svært alvorlige hendelser, og er diagnostisert med PTSD. I denne boka har jeg ikke valgt å komme inn på behandlingen av pasienter med ulike plager men sett på hva som er nyttig i en akuttsituasjon, relatert til akuttambulansetilbud. Imidlertid er tilbudet fra AAT opp mot somatiske traume-enheter såpass lite satt i system, at det derfor er viet plass på denne måten.

20. Rekruttering og kompetansekrav

Å arbeide ambulant i en akuttpsykiatrisk fase er ukjent for mange fagfolk og skiller seg fra arbeid på akutte døgnposter og poliklinikker. Det er så langt ikke noe eksplisitt krav at hverken leger/psykiatere, psykologer/psykologspesialister, spesialsykepleiere, kliniske sosionomer eller andre yrkesgrupper skal ha lært seg noe spesifikt om hjemmebehandling i akutte psykiske kriser i utdanningen. Det betyr at de aller fleste som søker arbeid i AAT, mangler erfaring fra dette arbeidet og er «lærlinger» den første tiden. Den «første tiden» er erfaringsmessig alt fra 3 måneder til 1 år. Å internopplære egne ansatte er både tidkrevende og givende. Det er en investering i egne ansatte som er uvurderlig i byggingen av kvalitet, lojalitet, kompetanse og trivsel. Å beholde og videreutvikle både den enkeltes kvalifikasjoner og kompetanse så vel som teamets, vil derfor alltid være en prioritert oppgave. Gode medarbeidere, som får arbeid i AAT, vokser ikke på trær, og erfaringen de etterhvert vil inneha som rutinerne medarbeidere, er vanskelig å erstatte.

Et velfungerende team må ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne dekke hele «vifta» av problemstillinger, diagnostikk, relevante tiltak basert på evidens og oppdatert kunnskap om aktuelle samarbeidspartnere og deres tilbud. Å rekruttere de beste handler derfor primært om å sikre at den formelle kompetansen er på plass. Min erfaring er at det er viktig og nyttig med medarbeidere som har ulik teoretisk bakgrunn, hvorav psykiater(e) er helt sentralt. Det er dessuten viktig å ha psykologer/psykologspesialister med utdanning innen voksenpsykologi. Av høyskolegruppene er sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse og/eller rus viktige å ha med på laget, slik også kliniske sosionomer er. Høyskolegruppene har ikke sjelden flere videreutdanninger/spesialiseringer som med fordel kan vektlegges, når en gruppes totalkompetanse skal bygges og utvikles videre.

Det er også sentralt å se på alderssammensetning i teamet. En god fordeling er å foretrekke slik at de ansatte speiler befolkningen vi møter. Også kjønn, så godt det er mulig, bør være godt og likeverdig representert. Fordi vi også møter pasienter med ulik kulturell bakgrunn, er det klokt at dette også gjenspeiles blant de ansatte. Ikke

fordi vi til enhver tid vil kunne møte pasienter med en fra samme kultur, men fordi vi ved å ha kulturelt mangfold i teamet vil kunne opprettholde bevisstheten om kulturelle ulikheter og de konsekvenser og muligheter det kan ha i behandlingen. Det kan være en fordel å ha ansatte med flerspråklig kompetanse, da det kan spare oss for involvering av en tredje person/tolk.

Det er i selve utlysningsteksten vi har mulighet for å beskrive kravene til den medarbeideren vi ønsker. Det er ikke god tilsetningsskikk å komme etterpå med tilleggssønsker. Kravene må være tydelige for de som søker. Gjør vi dette arbeidet godt nok, vil det være enklere å få tak i de rette medarbeiderne.

Ved tilsetning er det 3 områder som skal vektas, og som har lik verdi:

- Formell kompetanse (dvs. utdanning)
- Realkompetanse (dvs. erfaring – stort og smått, som er relevant for utøvelse av stillingen det her dreier seg om)
- Egnethet

Egnethet er av stor betydning i et AAT. Å definere hva egnethet konkret betyr er en forutsetning. I vårt team er vi enige om noen stikkord som overskrift hva gjelder egnethet.

Medarbeideren må:

- Være en snill person
- Ha gode samarbeidsevner og stor samarbeidslust
- Like det uforutsette og samtidig klare å strukturere seg selv og andre i kaos
- Være både fleksibel og fantasifull
- Ha «akutt-temperament», med det menes å like kaos og kriser – og selv beholde roen
- Trives med temposkifte
- Være en god representant for psykisk helsevern utad og innad
- Ha humoristisk sans
- Like å heie på medarbeidere
- Ikke sette seg selv foran teamet, være en lagspiller

- Være ærlig med tanke på egne begrensinger
- Være absolutt å stole på – alltid
- Ha vilje og evne til å ta selvstendig ansvar
- Ha evne til å fatte beslutninger ut fra begrenset oversikt
- Forstå samfunnsoppdraget
- Må passe inn i gruppen

AAT arbeider vanligvis ut fra et stor-rom. Ingen har egne kontorer. Det betyr at livet i AAT leves tett med andre, med arbeid to og to men ikke faste par. Den personlige egnetheten er av vital betydning for at et team ikke skal gå i stykker. Det er viktig å være et solid faglig arbeidslag som forstår sitt samfunnsoppdrag, utvikler faget og metoden, gjør arbeidsplassen til et godt sted å være, og medarbeiderne til gode folk å møte for en pasient i akutt psykisk krise.

Å legge stor vekt på å rekruttere de riktige medarbeiderne, kan derfor ikke undervurderes. Det å rekruttere feil person, kan på kort tid ødelegge noe det vil ta år å bygge opp igjen. Det betaler seg å bruke tid, kontakte referanser, bruke resten av teamet rekrutteringsprosessen og gjennomføre grundige og gode intervjuer. Det er bedre å være en i manko, enn å ha en som ikke fungerer i teamet.

20.1 Ansettelse av brukere/erfaringskonsulenter i AAT?

Helsevesenets langvarige problemer med å lytte til pasientens stemme har på flere måter blitt forsøkt imøtekommet via retningslinjer, veiledere, overordnede føringer – og ved å tilsette brukere/erfaringskonsulenter. Sett fra mitt ståsted, er måten erfaringskonsulenten brukes på lite entydig, slik også erfaringer med å tilsette disse er. Det betyr at vi sitter med sprikende og lite sammenlignbare erfaringer, trolig også begrunnet i at personlig egnethet vil være av avgjørende betydning for hvordan nytteverdien av slike tilsetninger oppfattes.

Å være erfaringskonsulent innen psykisk helsevern er objektivt sett en krevende rolle å inneha. Både språket som helseprofesjonene vanligvis bruker for å beskrive sitt fag og metodevalg for behandling kan ofte være lite spesifikt. Å skulle manøvrere i et felt som omfatter

pasientens livsproblemer/utfordringer, ofte uten metodespesifikk veiledning, kan slik jeg ser det bidra til at rollen som erfaringskonsulent utformes svært ulikt, og dermed bidra til ulike forventinger fra både pasienter, pårørende og kolleger.

Jeg har også etter hvert erfart at erfaringskonsultenter ikke sjelden har en helse – eller sosialfaglig utdanning i tillegg til sin brukererfaring. Å ha en profesjonserfaring i tillegg til den unike erfaringen, kan trolig indikere at det kan være enklere å fylle denne rollen.

For å lykkes med erfaringskonsulent i AAT, vil jeg mene det er viktig på forhånd å ha en grundig og omforent prosess innad i teamet, med det for øye å bli enige om hva som ønskes. Deretter kan disse presenteres som tydelige forventninger overfor erfaringskonsulenten. Disse forventningene bør også tydeliggjøre noen rammer (som arbeidstid, møtedeltagelse, omfang av klinisk arbeid, dokumentasjon og faglig oppdatering). Det må også være tilstrekkelig rom for at erfaringskonsulenten med sine spesifikke erfaringer, skal kunne utforme rollen selv.

Forøvrig er det sentralt å huske at en tilsatt erfaringskonsulent ikke kan «snakke på vegne av» den enkelte, unike pasient. Vi må som behandlere sikre oss at pasientens egen stemme blir hørt og vektlagt i hvert enkelt møte mellom pasient og AAT.

Min erfaring er dessuten, at de fleste ansatte også veksler mellom flere roller. De har vært pasienter selv, de har pårørende som trenger mye bistand, og de kan arbeide som frivillige i ulike hjelpeorganisasjoner. Å dra veksler på den samlede brukererfaringen som ligger her, vil slik jeg ser det, være nyttig i møtet med hver enkelt pasient. Det vil være bygget på en forståelse at det alltid er den enkelte pasients stemme som har førsteretten til å bli hørt.

Dypt fall

når du skal falle, fall med omhu
ikke ta med de andre
vær diskret, fall i all høflighet
helst så elegant som mulig
(noen vil kanskje tro det er en annen dans)
fall ikke der det faller seg
i det store sluket
fall der du står
og for alle del: fall før du må be om
unnskyldning
og sist men ikke minst: fall
så dypt at du tror sålene på dine sko
er den riflete himmelen
du kneler under

Lars Saabye Christensen

21. Organisering og ledelse i AAT – noen særtrekk

Generelt sett mangler det ikke på litteratur som tar mål av seg til å mene noe om både hvordan ulike deler av helsetjenesten bør organiseres, og hva som er god ledelse. Jeg har ikke tenkt å gå noen i næringen når det gjelder dette. Men ettersom jeg har vært leder på ulike nivå, i ulike deler av helsevesenet, har jeg erfart at noen særtrekk ved AAT-arbeidet, også får konsekvenser for ledelse. Og uansett hvor flat struktur som tilstrebes, er det vanskelig (og heller ikke ønskelig) å komme unna leders ansvar for faglig innhold og kvaliteten på tilbudet så vel som daglig drift. Det gjelder ansvar for både rekruttering og ivaretagelse av medarbeidere, slik at teamet blir et solid, sammensveiset fag-lag som både forstår sitt samfunnsoppdrag og er aktive medspillere i videreutviklingen av dette.

AAT kan være organisert enten som egne enheter eller som team, da vanligvis underlagt poliklinikk eller døgn/akutt DPS. Retningslinjene som er knyttet til finansiering, passer ikke helt for ambulante tjenester, da det er vanligst å bruke aktivitets/produksjons – og inntektsparametre som i ordinær poliklinikk, dog med den forskjell at det er egen takst for ambulant behandling. Akkurat dette er en utfordring i seg selv, fordi det i prinsippet er umulig å oppnå opp til aktivitet på poliklinikk-nivå av følgende årsaker:

- Hjemmebesøk i en akutfase/krise er både vanskelig og heller ikke ønskelig å begrense til 45 min
- Reisetid telles ikke som aktivitet
- Vi er alltid to når vi drar på hjemmebesøk, hvorav bare den ene personen gis aktivitet som er tellende

Da ambulante tjenester er ønsket, også i større omfang enn det som gjøres i dag, må en forvente at finansieringsordningene etterhvert vil gjenspeile dette. Også pålegget om innkreving av egenandel, vil for en del pasienter bidra til at de heller ønsker innleggelse enn ambulant oppfølging, begrunnet i økonomi. En bedre finansieringsordning ville være å bruke døgnposter som modell og dermed finansiere AAT med en ramme, som ikke forutsetter inntjening, knyttet til antall konsultasjoner. Det ville gi den faglige og praktiske handlingsfriheten som AAT

trenger for å kunne gi det beste effektive tilbud, og det ville være mulig å sammenligne utgifter til ambulant behandling med innleggelse og ikke med polikliniske tiltak, slik det gjøres i dag. Inntil en mer relevant finansiering er på plass, er det sentralt å skape forståelse både hos ledelse og økonomer for de særegne rammebetingelsene AAT arbeider under. Dette for å slippe månedlige diskusjoner knyttet til for lav «produksjon».

21.1 Praktisk organisering

Mange team holder til i ett stor-rom som er base for all aktivitet. Min erfaring er at dette er en god måte å arbeide på. Det understreker teamets betydning og gir praktisk rom for fortløpende drøfting og fordeling av innkomne saker. I stor-rommet må det være skriveplasser til alle, og her skal all faglig (og annen) kommunikasjon foregå.

Ønsket om at alle pasienter skal møte spesialist i første samtale, vil for de aller fleste team være umulig å innfri. Dette vil i all hovedsak handle om antall spesialister og antall akutthenvendelser i løpet av en dag. Det er derfor viktig å organisere driften slik at spesialist raskt indikerte er involvert i alle saker.

Selve kommunikasjons – og kvalitetssikrings-navet i vårt AAT, er tavlemøtene. Alle pasienter vi gir tilbud, settes opp på en tavle, godt synlig for alle i teamet.

Det registreres følgende:

- Telefonnummer
- Dato/henvendelse
- Navn/f.nr
- Aktuell problemstilling
- Kommune
- Fastlege
- Hjemmeboende barn
- Drøftet med spesialist
- Dagens avtaler
- Framtidige avtaler

I de team som er oppkoblet til nødnett, vil det være naturlig også å ha en rubrikk som viser hvilke radioer som er ute med hvem.

Tavlen kan være manuell eller elektronisk. Det viktigste er at den gir god oversikt over pasientenes sentrale problemstillinger, hvilke avtaler som er gjort og når og hvem av de ansatte som har ansvar for oppfølging av dagens avtaler.

Denne tavla må være 100 % oppdatert. Den understreker dessuten det faktum at alle «eier» ansvaret for alle pasientene. Med det menes at det ikke skal være slik at når noen ringer utenfra og har spørsmål vedrørende en pasient, må vi si dessverre, vedkommende som kjenner pasienten er ute, syk, på møte e.l. Alle skal kunne svare på det mest åpenbare om alle pasienter. Til det er tavla (samt selvsagt journal) til god hjelp.

Imidlertid er det bare de pasientene som får hjelp fra AAT som kommer på tavla. Nasjonale tall (jfr. Torleif Ruuds undersøkelse)(11) viser at mellom 30 og 60 % avvises. Det er helt sentralt at vi også enkelt kan holde oversikt over disse. Det er derfor viktig å loggføre dette. Vi bruker gjerne ett eller flere ark per dag, slik at det er lett å finne tilbake.

En kontormedarbeider kan ta imot alle henvendelser. Noen AAT'er har en slik ansatt. Andre AAT'er har det ikke. Min erfaring er at en god kontormedarbeider er av uvurderlig betydning. Denne tar imot, logger og har tilstrekkelig vurderingsevne til å sortere, slik at når det kommer henvendelser, som må håndteres umiddelbart, vil telefonen settes over til en behandler. Alle behandlere er alltid mulig å nå, via nødnett-radio hos oss og via mobiltelefonen hos andre.

		Dato		Antall ledige senger			
NR	Navn og alder	Henvist fra	Via fastlege/legevakt/vh. lege	Problemstilling	Kommune	Fastlege	Tiltak

Vi har mellom 0 (sjeldnere enn 1g/året) og 29 henvendelser på en dag (større team har antagelig flere henvendelser) og opplever at loggen er til god hjelp og sikrer at ingen henvendelser glemmes eller overses. Hvordan vi dokumenterer i saker hvor vi gir et tilbud, er beskrevet tidligere. Min erfaring er at det også er viktig å dokumentere med begrunnelse i journal de sakene vi avviser og sørge for å sende dette som elektronisk dokument til fastlege. Pasienter som henvender seg til oss, vil erfaringsmessig også ofte henvende seg til andre hjelpere. Som støtte til fastlege, vil dokumentasjon av vår vurdering være av betydning.

21.2 Overlapping/rapport

Det kan være ulike måter å organisere overlappinger/tavlemøter på. I vårt team startet vi med én måte å gjøre dette på, forsøkte å forbedre denne men raskt viste det seg at ingen egentlig opplevde forbedring. Vi gikk derfor raskt tilbake til det opprinnelige:

- Kl. 0730 – 0800: Gjennomgang av alle avtaler som skal gjennomføres før kl. 1200. Videre ta imot henvendelser som har kommet inn til døgnposten i løpet av natta (der vår telefon er satt over etter at vi har stengt), fra vakthavende lege på sentralsykehus som også kan gjøre avtaler på vegne av oss, samt fra legevakt som også gjør avtaler på vegne av oss. Dette gir oss full oversikt over hvilke oppgaver vi er forventet å løse og mulighet for å prioritere relatert til alvorlighet og hastegrad, samt fordele folk med tanke på hvilken kompetanse som er best anvendt, hvor. I dette møtet er alltid spesialist til stede slik at pasienter, problemstillinger og tenkte tiltak kan forankres.
- Kl. 1200 – 1300: Fullstendig tavlegjennomgang, samt gjennomgang av alle henvendelser (også avviste) og videre prioritering av saker som ikke er fordelt/vurdert. Dessuten fordeles her avklaringssaker fra Inntaksteam/allmenn poliklinikker. Her er det tid for mer grundig tverrfaglig drøfting av enkeltsaker og en gang i blant gjennomgang v/bruk av projektor av vurderinger som er gjort, og hvordan de er dokumentert. I denne gjennomgangen er alltid spesialist tilstede, slik at alle saker på denne måten blir forankret der. Denne gjennomgangen er

selve fagnavet i driften. Tiden er «hellig», og bare unntaksvise er ikke alle ansatte til stede. I vårt team er dette også tid for lunsj (arbeidslunsj) som vi på denne måten tar i felleskap. I tillegg til at denne timen er vår primære daglige faglige fordypning med tilstrekkelig tid til å gå grundig inn i aktuelle problemstillinger, er dette også tid for faglig gjensidig støtte, deling av anekdoter og plass til både omsorg, feiring, galgenhumor og annen aktivitet som understøtter samholdet i teamet.

- Henvendelser som kommer inn etter klokken 1300, vil det også være nødvendig å få vurdert på faglig sikker måte. Da er det naturlig å bruke kolleger som er inne og skriver eller har andre oppgaver, eller evt. drøfte via nødnett/telefon. *Ingen* saker skal ligge til dagen etter uten å være vurdert, tiltak må besluttes og dokumenteres.

Fra rapporten om organisering av ambulante akutteam sies:

Ambulante akutteam skal være operative dag og kveld på hverdager, og mest mulig av dag og kveld i helger og helligdager. Avtaler om oppfølging skal gjøres gjennom hele døgnet, selv om tidspunktet for selve oppfølgingen kan være mer begrenset (ikke natt)(4, s. 22).

Hvor mange AAT i Norge som klarer å innfri dette «skal'et» er usikkert, men føringen er tydelig. Videre sier samme rapport at:

Akutteamet bør møte pasienten snarest mulig og innen få timer, fortrinnsvis hjemme eller annet sted der pasienten ønsker at en skal møtes. Dette kan for eksempel være hos en annen tjeneste som henviser pasienten til akutteamet(4, s. 24).

I dette ligger en forpliktelse vårt team tar på alvor, som handler om at alle henvendelser må vurderes fortløpende, for at pasienten skal kunne få adekvat hjelp snarest og innen få timer. I vårt team blir mer enn 95 % av henvendelsene blir avklart innen 4 timer. Hvis ikke AAT kan yte den hjelpen som trengs, er det AAT's ansvar at hjelpen blir ytt, fra annet hold. Pasienten skal oppleve å ha kommet «på rett sted» og derfor ikke sendes videre med beskjed om å ringe ett eller annet nummer/sted. Å kunne ta dette ansvaret fullt ut, fordrer at jeg som leder har lagt opp til stor grad av «selvledelse» hos hver enkelt ansatt. Det

må ikke være slik at de ansatte venter på leder/nestleder eller spesialist, før beslutning tas, men beslutninger må alltid forankres hos spesialist. Kommer vi fram til at den første beslutningen vi tok, ikke var den klokkeste, er det alltid mulig å gjøre om på denne. Hvis beslutningen har handlet om avvisning/avslutning av sak, hender det at vi ringer tilbake til pasienten, forteller at vi har drøftet saken i tverrfaglig team og blitt enige om at vi har avsluttet for raskt og derfor ønsker å gjøre en ny avtale. Vi har bare fått positive reaksjoner fra pasienter når dette har skjedd. De gir uttrykk for at de føler seg veldig godt ivaretatt og er enige i at et eller flere hjemmebesøk vil være bra. Handler beslutningen om å involvere seg i en sak som kanskje burde vært håndtert av andre, blir det kanskje et «unødvendig» hjemmebesøk. I begge tilfellene ligger det gode læringsmuligheter. Læringsmuligheter det er mulig å utforske i den «hellige» timen mellom klokken 1200 og 1300 og/eller i veiledning.

21.3 Aktivitetsregistrering

De fleste journalsystemer har mulighet for å trekke ut data, som kan være gode å ha som lederstøtte i ulike sammenhenger. Det kan være alt fra hvilke diagnoser vi oftest bruker til antall innleggelses per år. Imidlertid har jeg sett et behov for både ha oversikt over og kunne rapportere om egen drift på en presis måte. I vårt AAT registrerer vi derfor alle saker som får tilbud i et excel-ark, etterskuddsvis.

Data som registreres, i ulike rubrikker, er:

- Kjønn & alder
- Klokkeslett for henvendelse
- Ukedag for henvendelse
- Henvist fra
- Kommunetilhørighet
- Suicidalitet ved henvendelse
- Rus ved henvendelse
- Antall kontakter med AAT, fordelt på hjemmebesøk og telefoner
- Innleggelse – og hvor

Dette er dessuten rubrisert i en rekke underpunkter som gjør det lett å ta ut de data jeg/vi til enhver tid vil kunne trenge. I møte med en kommune kan jeg greit informere om at vi for eksempel har lagt inn x-antall menn, som er en %-andel av de samlede henvendelser fra menn i denne kommunen. Konkret kunnskap bidrar til målrettede samtaler, både når det gjelder mulig forebyggende tiltak, men også tanker om hva vi sammen kan gjøre på en bedre måte.

Dataene herfra ligger også til grunn for den turnusen vi har, og hvor mange som er på jobb til enhver tid, slik at det er godt samsvar mellom etterspørsel av våre tjenester og ansatte som kan ta imot dem og gjøre det som er nødvendig.

Videre brukes disse dataene som grunnlag for årsmelding, som alltid sendes ut til alle våre samarbeidspartnere. En slik årsmelding gir også hver og en av de ansatte i teamet et større eierforhold til hva vi faktisk får til sammen.

21.4 Sikkerhet for de ansatte og kvalitet på tilbudet

Å arbeide hjemme hos pasienter, som er i krise, kan for mange, som har erfaring fra døgnpost og/eller poliklinikk, oppleves som å arbeide uten sikkerhetsnett. Selv om vi arbeider to og to, er vi på fremmed grunn hjemme hos pasienten og må gjøre vanskelige vurderinger uten å ha noen ved siden av oss for ytterligere drøfting. Det er derfor et lederansvar å sørge for at det etableres et så godt sikkerhetsnett som mulig. Å være tilgjengelig som leder, for drøfting av situasjoner, er en måte å håndtere dette på. At kolleger alltid er et tastetrykk unna, via nødnett eller telefon er en annen svært viktig måte å sørge for dette. Videre sørger vi for at alle i teamet er opplært i og kan se det som naturlig å bruke reflekterende team som metode i samtaler med pasienter og pårørende, eller som like naturlig å kunne ta en telefon til kolleger «midt i en samtale». Det å kunne ta en «time-out» i en samtale for drøfting med andre relevante samarbeidspartnere for å sikre at behandlingen vi gir er så god som mulig og at hver enkelt ansatt skal føle seg komfortabel i situasjonen, skal også være noe enhver ansatt føler seg trygg på å kunne gjøre. Vanligvis oppleves det bare positivt at pasienten og pårørende overhører slike samtaler. Det bidrar til at

de føler trygghet og ivaretagelse, gjennom at vi viser at vi tar vårt arbeid på alvor.

Det finnes tilstrekkelig med erfaringer knyttet til AAT/CRT/HTT som har «raknet». Det kan handle om stor turn-over, stort sykefravær eller endret forståelse av oppdraget (fra ambulant til stasjonært, eller fra akutt til nesten-akutt) bl.a. fordi de ansatte har opplevd selve arbeidet som for belastende på grunn av mangel på trygghet og støtte. Å ansette, utvikle og beholde gode medarbeidere gjør seg ikke selv. Det krever omtanke, tid, omsorg og lydhørhet og er et lederansvar det ikke skal være mulig å komme unna.

Veiledning fra en utenforstående, kompetent fagperson er nødvendig for at de vanskelige situasjonene, knyttet til alle deler av arbeidsforholdet, skal kunne gjennomarbeides på trygg måte. Dette er timer som ikke leder bør delta i, selv om leder også arbeider klinisk. Uansett åpenhet og godt miljø på en arbeidsplass, er det viktig at de ansatte opplever å ha et «fristed» hvor de uansett kan ta opp saker, uten å vurdere om det passer seg. Det er leders ansvar å sørge for at veiledning finner sted, på samme måte som at personalmøter finner sted med en regularitet og forutsigbarhet. Det gjør at alle opplever seg reelt inkludert i både den daglige driften og utviklingen av teamet.

21.5 Ledelse

Uansett om AAT er organisert som selvstendig enhet eller som team underlagt annen enhet, er det sentralt at teamet har en dedikert leder. Det er ønskelig at en leder har kompetanse om selve arbeidets innhold, men som også mestrer balansegangen mellom administrering, støtte og synliggjøring av veivalg på en slik måte at det er attraktivt både å være i teamet over tid og å søke seg til.

I dette ligger at AAT må klare å være en trygg og gode base for vekst og utvikling. «Jordsmonnet må være rikt», «gjødslingen god», og ingen må «kaste skygger» på kolleger. Som leder i AAT, har jeg lagt vekt på at medarbeiderne innehar en annen kompetanse enn meg selv, både faglig og personlig. Et godt drevet AAT må være sammensatt på en slik måte at arbeidsfelleskapet bidrar til at hver især blir den beste utgaven av seg selv. Ikke bare utvikler faget seg, men også

vi som behandlere utvikler oss, sammen med og samtidig med fagets utvikling. Det gjør oss som både individer og team mer og mer solide og mer kompetente for hvert år som går, og bidrar til at vi samlet sett kan være i stand til å møte «alt og alle» på en trygg, kjærlighetsfull og kompetent måte. Å tenke seg at det er kun leder og spesialistene som skal være ledende når det gjelder utvikling av AAT, vil være å sløse med ressursene hos f.eks. «ikke-spesialistene»

Jeg har hørt en gang at Nelson Mandela har lært om ledelse fra gjeterne i området sitt. Som leder har jeg latt meg inspirere av dette. Kort sagt, handler det om å gå bak flokken en er satt til å lede/gjete og være oppmerksom på dyrene som løper ut, beveger seg vekk fra de andre. Ofte er dette dyr som finner godt beite på nye steder, der andre ikke leter, og de vil ofte bringe noe nytt og friskt til gruppen. Og så må leder sørge for at flokken samles igjen.

Oversatt til teamet handler dette om å legge til rette for at hver enkelt både får – og tar, – oppgaver de må strekke seg både faglig og personlig for å løse. At hver enkelt opplever frihet til å utforske ny kunnskap, som på den måten bidrar aktivt til en faglig utvikling, det ikke er tvil om at ønskes velkommen. Det handler om høylytte heiarop og feiringer, av både personlige og faglige seire men også om aktiviteter av mer sosial art som bringer og holder laget sammen. Ingen er større enn laget, hvis vi som AAT skal lykkes med våre ambisjoner om å være de beste.

Som en konsekvens av dette, er kompetansehierarkiet i liten grad tilstede i vårt team. Forskjellighet men likeverdighet i kompetanse og tilnærming til problemer og tiltak, er en forutsetning for godt arbeid. Vissheten om dette må derfor være synlig i enhver faglig samtale selv om man må være klar på at spesialistene har det formelle ansvaret og ikke underkjenne det.

Betydningen av personlig egnethet kombinert med tverrfaglighet i personalgruppen i AAT er nærmere omtalt i kapitlet om rekruttering (jfr. kap.20).

Å etablere arenaer for reell avlastning og påfyll er primært en lederoppgave, men som etter min erfaring løses best, når det involverer

alle ansatte. Per Isdal(39) snakker om «Leirbål», som et sted å være sammen, dele sine erfaringer og opplevelser, gode som mindre gode.

Det å arbeide så tett, som vi gjør i AAT, forutsetter også at vi klarer å la være å irritere oss over andres uvaner, men bestemmer oss for at vi skal trives med hverandre, fordi vi sammen er et arbeidsfellesskap, et lag, hvor ingen klarer seg uten de andre. Dette kan selvsagt holde hardt når det er stort press og mange vanskelige saker. God motgift mot irritasjon og lite konstruktivt samvær er å ha det moro sammen, feire seg selv og hverandre. Det er viktig å sørge for å lage ulike «leirbål», oaser av liv og aktiviteter som binder oss sammen og forsterker fellesskapsfølelsen.

I vårt team feirer vi alt som kan feires, og mere til. Det er alt fra feiring av alles fødselsdager, feiring av fredager, feiring av hver 100. henvendelse, teamets fødselsdag, jul, sommer, vår og vinter. De som blir spesialister feires selvsagt og får sin egen spesialisthatt. Det lages quiz'er, og vi har hatt Amazing Race Hamar med involvering av butikkstanden i byen, som uten å nøle stilte opp både med smaksprøver og annet. Vi har grillert på Mjøsisen, og vi deler kakerester etter private feiringer. Vi har en lukket gruppe på Facebook, hvor vi deler bilder fra dagligliv på jobb og festligheter i teamet, samt fagstoff. Vi har en vegg i stor-rommet med bilder av alle, både nåværende og tidligere ansatte, noe vi synes er en fin måte å hedre både gruppen og individet. Det er et utall av muligheter for aktiviteter, som styrker teamet og samholdet, og det trenger ikke å koste særlig mye. Men det betyr mye for at teamet skal kunne se på seg selv som en sterk, flott enhet, også når det opplever å bli strukket utover yte-evne. Ethvert velfungerende AAT vil ha medlemmer som virkelig nyter å bruke fantasien i slike markeringer. Det også er leders ansvar og plikt å virkelig se sine medarbeidere.

Faglig utvikling er ikke noe som kommer av seg selv. Vi kan gjøre oss erfaringer gjennom det daglige arbeidet. Men for at erfaringer skal føre til faglig utvikling, må de reflekteres over, settes ord på og deles med kolleger. Og vi blir i stand til å skille gode erfaringer, som skal deles og videreføres, fra de dårlige som bør kvitteres ut.

At teamet sammen beslutter hvilke fordypningsområder som skal prioriteres når det gjelder utviklingsarbeid det neste året, vil være en god måte å arbeide systematisk med stor grad av involvering. Hvilke områder teamet ser de kan for lite om, vil variere fra team til team. Vår erfaring er at utviklingsarbeidet blir mest vellykket når det dekker et område som har vist seg å være åpenbart mangelfullt. Like viktig som å bestemme seg for utviklingsområdene, er å følge dem opp, sikre at vi når de mål vi har satt og at vi jevnlig evaluerer. Min erfaring er at AAT får veldig mye positivt tilbake nettopp fordi vi er så raske til å gi hjelp. Både pasienter, pårørende og fastleger gir uttrykk for stor fornøydhet med tilbudet fra AAT, særlig begrunnet i kort responstid. Det gjør at AAT har et spesielt ansvar for selv å sørge for at vi faglig sett holder mål. Ros fra andre kan bli en hvilepute som kan føre til at vi stagnerer. Derfor er teamets indre «drive» med tanke på utvikling, helt sentralt å holde i live.

Trygghet og trivsel kan måles på mange vis. På samme måte som et individ kan bli preget av symptomer på utbrenthet eller likegyldighet, kan også en hel gruppe bli preget av dette. Ivaretagelse på gruppenivå er derfor like viktig som på individnivå. Ovenfor er ulike tiltak for motarbeiding av gruppe-slitethet beskrevet. Tiltakene vil også kunne være gode tiltak på individnivå. Hvis det i et team er mange sykmeldinger uten forståelig årsak, er dette et alvorlig varseltegn. Selv om de aller fleste enheter har årlige medarbeiderundersøkelser, er det ikke alltid at en begynnende misstemning fanges godt nok opp der. En god og åpen dialog i trygghet som finner sted tilstrekkelig ofte, som har spesiell oppmerksomhet på faglig og personlig utvikling, så vel som trivsel, samhold og arbeidsglede, er derfor helt nødvendig å få til. Klarer ikke en leder det, må hen be om hjelp. Sett fra mitt ståsted, er det ikke mulig å tenke seg en vellykket drift av et AAT uten at dette er til stede.

Min ambisjon er at AAT skal være en arbeidsplass for folk i alle aldre og i alle livssituasjoner. Hver enkelt medarbeider må kunne møte pasienter og pårørende med livsmot for mer enn seg selv og kunne bære og fylle på håp for pasientene, der det er mangelvare, noe det som oftest er. For at medarbeiderne skal kunne bidra med dette, må også arbeidsplassen være det stedet som gir påfyll. Det må være et sted der det er naturlig å dele sorger, så vel som gleder, og hvor det

kjennes godt å komme innom, også når en er syk. Å skape et slikt arbeidsmiljø er ikke en lederoppgave alene, men det er leders oppgave å tilrettelegge, inspirere og heie fram alle tiltak som bidrar til dette. Det er et arbeid som må gjennomsyre alt samvær i enheten, både i ord og gjerning. Når teamet lykkes med dette, først da er teamet den arbeidsplassen og det tiltaket som vil blomstre og utvikle seg og virkelig kunne gjøre en forskjell i både pasienters, pårørendes, samarbeidspartneres og de ansattes liv.

Ett er nødvendig

Ett er nødvendig – her
i denne vår vanskelige verden
av husville og heimløse:
Å ta bolig i seg selv
Gå inn i mørket
og pusse sotet av lampen.
Slik at mennesker på veiene
kan skimte lys
i dine bebodde øyne.

Hans Børli

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1388. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444716/Distriktpsikiatriske-sentre-IS-1388.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000ddpdfs.pdf>
3. Rådet for psykisk helse. Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena: En utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse. Oslo: Rådet for psykisk helse; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/121374/Framtidas%20spesialisthelsetjeneste_R
4. Helsedirektoratet. Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2156. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre-dps>
5. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) LOV-1999-07-02-62. Sist endret i: LOV-2022-12-20-115. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=Helse-%20og%20omsorgsdepartementet>
6. Helsedirektoratet. Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 12. oktober 2015; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveilede/psykisk-helsevern-for-voksne#referere>
7. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63. Sist endret i:

- LOV-2022-12-16-92. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
8. Hasselberg N, Holgersen KH, Uverud G-M, Siqveland J, Lloyd-Evans B, Johnson S, et al. Fidelity to an evidence-based model for crisis resolution teams: a cross-sectional multicentre study in Norway. BMC Psychiatry 2021;21(1):1-9. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03237-8>
 9. Hasselberg N, Klevan TG, Weimand B, Uverud G-M, Holgersen KH, Siqveland J, et al. Similarities and differences between service users' and carers' experiences of crisis resolution teams in Norway: a survey. BMC Psychiatry 2022;22(1):1-11. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03928-w>
 10. Odden S, Landheim A, Clausen H, Stuen HK, Heiervang KS, Ruud T. Model fidelity and team members' experiences of assertive community treatment in Norway: a sequential mixed-methods study. International Journal of Mental Health Systems 2019;13(1):1-12. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0321-8>
 11. Ruud T, Karlsson BE, Klevan TG, Hasselberg N. Ambulante akuttteam i psykisk helsevern: Praksis og erfaringer. Høgskolen i Buskerud og Vestfold; 2015. SFPR-forskningsrapport 2015:17. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/2436493>
 12. Sosial- og helsedirektoratet. "Du er kommet til rett sted...": Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2006. IS-1358. Tilgjengelig fra: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2011071408121
 13. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 28. januar 2019; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder#referere>
 14. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av->

- [selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsevern.no/forebygging/20av/20selvmord/20i/20psykisk/20helsevern/20%E2%80%93%20Nasjonal/20faglig/20retningslinje.pdf/_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)
15. HelseDirektoratet. Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne. 2018. [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet; [oppdatert 30. september 2022; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne#referere>
 16. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus FOR-2005-03-18-252. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-03-18-252>
 17. Kjøllesdal JG, Iversen HH. Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. PasOpp-rapport 2014:9. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/contentassets/64bfe803e9d84246b64acd60c53e401d/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern_2014
 18. Kjøllesdal JG, Iversen HH, Danielsen K, Haugum M, Holmboe O. Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016. Nasjonale resultater. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. PasOpp-rapport 2017:317. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-i-2016--nasjonale-resultater.pdf>
 19. Holmboe O, Sjetne IS. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2020. Nasjonale resultater. Oslo: Folkehelseinstituttet; Folkehelseinstituttet; 2021. PasOpp-rapport 2021:754. Tilgjengelig fra:

- <https://www.fhi.no/contentassets/be984ffcca374a0dbdf9104f66b1769f/nasjonale-resultater2.pdf>
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>
 21. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) LOV-1999-07-02-61. Sist endret i: LOV-2022-12-16-92. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
 22. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64. Sist endret i: LOV-2022-03-25-14 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
 23. Helsedirektoratet. ACT-, FACT- og FACT ung-team. 2015. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 27. januar 2022; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-ruarbeid/act-og-fact-team#referere>
 24. Nasjonal kompetansetjeneste ROP. FACT: Visjon, modell og organisering av FACT-modellen [brosjyre]. 2. utg.: Nasjonal kompetansetjeneste ROP; 2013. Tilgjengelig fra: <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>
 25. Klevan TG. Betydningen av hjelpsom hjelp ved psykiske kriser. Erfaringer, historier og kontekster - en kvalitativ utforskning. Muntlig fremlegg av doktorgradsarbeid 2016.
 26. Battacharys R. Muntlig foredrag; Tower Hamlets, London u.å.
 27. Heskestad S. Ambulant akutteam i psykisk helsevern. Tidsskrift for Den Norske Legeforening; 2018(3). Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1068>
 28. Klevan TG. The importance of helpful help in mental health crises : Experiences, stories, and contexts – A qualitative exploration [doktorgradsavhandling]. Kongsberg: Høgskolen i Sørøst-Norge; 2017. Tilgjengelig fra: <https://openarchive.usn.no/usn->

- [xmlui/bitstream/handle/11250/2436527/Klevan_avhandling.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.fhi.no/contentassets/80be4d11ad0649fe8d8e2048cd5c283d/fastlegers-vurdering-av-distriktspsykiatriske-sentre_2014.pdf)
29. AAT Elverum-Hamar. Mal for informasjonsinnhenting. u.å.
 30. Sjetne IS, Holmboe O. Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre. Resultater i 2014 og utvikling over tid. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten; 2014. PasOpp-rapport 2014:4. Tilgjengelig fra:
https://www.fhi.no/contentassets/80be4d11ad0649fe8d8e2048cd5c283d/fastlegers-vurdering-av-distriktspsykiatriske-sentre_2014.pdf
 31. Helsedirektoratet. Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging. 2017. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 27. april 2021; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvsmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>
 32. Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging. Selvmord i Norge i 2021. [nettdokument]. Oslo: Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging; [oppdatert 3. november 2022; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra:
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/statistikk-selvsmord/>
 33. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging. Selvmord i Norge i 2016. [nettdokument]. Oslo: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging; [oppdatert 2. mars 2020; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra:
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/aktuelt/aktuelle-saker/2017/selvsmord-i-norge-i-2016.html>
 34. Helsedirektoratet. Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2675. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvsmord-og-selvsmordsforsok-under-innleggelse/Selvsmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf?download=false>
 35. Mehlum L, Jensen AI. Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Tidsskrift for Den Norske

- Legeforening 2006;126(22):2946-9. Tilgjengelig fra:
<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2006--2946-9.pdf>
36. Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders* 2004;16(3):240-7. Tilgjengelig fra:
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.240.35443>
37. Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging. Om DBT. 2020. [nettdokument]. Oslo: Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging; [oppdatert 27. oktober 2020; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra:
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanningskurs-konferanser/utdanning/dbt/om-dbt/index.html>
38. HelseDirektoratet. Behandlingsmetoder for selvskading og selvmordsrisiko. Oslo: HelseDirektoratet; [oppdatert 11. juli 2017; lest 30. mars 2023]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helseDirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvsmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selvsmordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte/behandlingsmetoder-for-selvskading-og-selvsmordsrisiko>
39. Isdal P. Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.
40. Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress. Risikofaktorer for utøvelse av vold blant voksne. [nettdokument]. Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress; [oppdatert lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/personer-som-utover-vold/risikofaktorer-og-tegn/risikofaktorer-voksne/>
41. Isdal P. Muntlig foredrag u.å.
42. Isdal P. Vold, voldsutøvelse og vold i relasjoner. Muntlig foredrag; Elverum 15. april 2016.
43. Thomas Nag. Ny norsk manual for forebygging og håndtering av aggresjon og vold i psykisk helsevern. Akuttpsykiatrikonferansen 2018. Tilgjengelig fra:
<https://www.akuttpsykiatri.no/wp-content/uploads/2018/03/Thomas-Nag-pdf.pdf>

44. Bergersen IH, Gjølberg C. Depresjon kan gjøre pårørende syke. [nettdokument]. Lommelegen; [oppdatert 3.mai 2023; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.lommelegen.no/annet/artikkel/depresjon-kan-gjore-parorende-syke/69003283>
45. Forskrift om førerkort m.m. (førerkortforskriften). FOR-2004-01-19-298. Sist endret i: FOR-2023-02-20-233. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298>
46. Helsedirektoratet. Førerkort – veileder til helsekrav. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 21. juli 2022; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveileder>
47. Myklebust I, Føllesø K, Strobel C. ... førerkort og psykologens meldeplikt. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008;45(8):1011-3. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/kort-om/2008/08/forerkort-og-psykologens-meldeplikt>
48. NTB. Nå finnes det 1,3 millioner skytevåpen i norske hjem. [nettdokument]. Nettavisen; [oppdatert 8. februar 2017; lest 29. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nettavisen.no/nyheter/innenriks/na-finnes-det-1-3-millioner-skytevaepn-i-norske-hjem/s/12-95-3423311095>
49. Lov om skytevåpen og ammunisjon m.v. [våpenloven] LOV-1961-06-09-1. Sist endret i: LOV-2018-04-20-7 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1961-06-09-1>
50. Helsedirektoratet. Hva er nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus? [nettdokument]. Helsenorge; [oppdatert 4. mars 2023; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pasientforlop-for-psykisk-helse-og-rus#hvordan-bli-er-henvist-til-nasjonale-pasientforlop>
51. Helsedirektoratet. Pårørendes rettigheter: En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. IS-2146. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/parendes-rettigheter-en-oversikt-for-helsepersonell-i-den-psykiske-helsetjenesten-og-rustiltak/P%C3%A5r%C3%B8rendes%20rettigheter%20%E2%80%93%20En%20oversikt%20for%20helsepersonell%20i%20>

- [20den%20psykiske%20helsetjenesten%20og%20rustiltak.pdf /_attachment/inline/4bb0602e-7cd7-482d-a03b-4b4a5351d0a7:8774b2e575c8b205d89449117e9b1a9951109b90/P%C3%A5r%C3%B8rendes%20rettigheter%20%E2%80%93%20En%20oversikt%20for%20helsepersonell%20i%20den%20psykiske%20helsetjenesten%20og%20rustiltak.pdf](#)
52. Svendsen H. Nettverksmøte som metode. [nettdokument]. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; [oppdatert 12. desember 2011; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://napha.no/content/14332/nettverksmote-som-metode>
53. Helse direktoratet. Nasjonal veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. [nettdokument]. Oslo: Helse direktoratet; [oppdatert 17. mars 2016; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse direktoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer#referere>
54. AAT Hamars eget infomateriell 2016.
55. Forskrift om pasientjournal. FOR-2000-12-21-1385. Sist endret i: FOR-2021-10-08-2958 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/2000-12-21-1385>
56. Oppdragsdokument 2023: Helse Sør-Øst RHF. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; [lest 23. mars 2023] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2023-helse-sor-ost-rhf.pdf>
57. Kjensli B. Psykisk syke er dobbelt utsatt. [nettdokument]. Forskning.no; [oppdatert 10. september 2008; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/psykiske-lidelser/psykisk-syke-er-dobbelt-utsatt/960498>
58. Diseth T. "Konsultasjon Liaison" - psykiatri; BUP i somatisk medisin. [nettdokument]. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening; [oppdatert 28. mars 2019; lest 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle->

[arbeidsomrader/konsultasjon-liaison-psykiatri-bup-i-somatisk-medisin/](#)



Liv Jerven

Liv Jerven er født i 1949. Hun er tidligere enhetsleder (pensjonist fra 01.11.21) for ambulant akutenhet, DPS Elverum-Hamar som hun startet i 2010, sammen med 5 entusiastiske kolleger. Enheten er nå utvidet både med flere medarbeidere og større opptaksområde. Liv Jerven har lang yrkeserfaring, både som kliniker og leder innen barne- og ungdomspsykiatri, rusomsorg for voksne, kollektivbehandling for unge rusmisbrukere samt erfaring fra både poliklinikk og døgnposter innen voksenpsykiatri. Hun er utdannet psykiatrisk sykepleier, har videreutdanning i pedagogikk, administrasjon og ledelse og er dessuten godkjent som klinisk veileder i sykepleie.