

Torleif Ruud, Bengt Karlsson, Trude Klevan, Nina Hasselberg

# Ambulante akutteam i psykisk helsevern: Praksis og erfaringer

Akershus universitetssykehus HF  
i samarbeid med  
Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
og Akuttnettverket  
2015

 Akershus  
universitetssykehus  
**akutt**nettverket.no



## Innhold

<b>1 Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Innledning</b> .....	<b>6</b>
2.1 Mål og bakgrunn for prosjektet.....	6
2.2 Hovedspørsmål for kartleggingen.....	6
2.3 Utforming med en kvantitativ og en kvalitativ undersøkelse .....	7
2.4 Datainnsamling og informanter.....	7
2.5 Bearbeiding, analyser og publisering .....	8
2.6 Oppsummering om gjennomføring av prosjektet .....	9
<b>3 Organisering og bemanning</b> .....	<b>10</b>
3.1 Organisering og samlokalisering med andre tjenester .....	10
3.2 Teamenes opptaksområder.....	10
3.3 Bemanning og teamsammensetning .....	10
3.4 Opplæring for ansatte i AAT .....	12
3.5 Funn fra den kvalitative studien.....	12
3.6 Oppsummering om organisering og bemanning .....	12
<b>4 Tilgjengelighet</b> .....	<b>13</b>
4.1 Brukergrupper som teamet gir tilbud til.....	13
4.2 Åpningstider .....	14
4.3 Funn om tilgjengelighet fra den kvalitative studien.....	15
4.4 Oppsummering om tilgjengelighet .....	18
<b>5 Behandling og oppfølging</b> .....	<b>20</b>
5.1 Intervensjoner eller tiltak som teamet gir.....	20
5.2 Tiltak for å forbedre utskrivninger eller forebygge kriser .....	21
5.3 Funn om behandling og oppfølging fra den kvalitative studien .....	21
5.4 Hva kjennetegner et godt akutteam?.....	24
5.5 Opplevd effekt og nytte av ambulante akutteam .....	26
5.4 Oppsummering om behandling og oppfølging .....	27
<b>6 Samarbeid med andre</b> .....	<b>29</b>
6.1 Samarbeid med akuttpsykiatriske døgnavdelinger.....	29
6.2 Kriseplasser eller krisesenger .....	30
6.3 Akutt dagavdeling .....	30
6.4 Samarbeid med kommunale helsetjenester .....	30
6.5 Funn om samarbeid fra den kvalitative studien.....	31
6.6 Oppsummering om samarbeid med andre tjenester .....	34
<b>7 Synspunkter på ønskelige forbedringer av akutteamenes tilbud</b> .....	<b>36</b>
7.1 Tiltak for å forbedre tjenestene .....	36
7.2 Beskrivelser fra kvalitativ studie om ønskelig fremtidig praksis.....	37
7.3 Oppsummering om ønskelig praksis og ønskelige forbedringer .....	47
7.4 Praksis sett i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger.....	48

## 1 Sammendrag

### Om prosjektet

Målet for prosjektet har vært å kartlegge praksis og erfaringer med ambulante akutteam (AAT) i psykisk helsevern for å bidra til å identifisere viktige elementer og muligheter til forbedringer.

Prosjektet består av en kvantitativ undersøkelse med et omfattende spørreskjema om teamets praksis og erfaringer som er besvart av teamlederne i alle landets 58 akutteam, og en kvalitativ undersøkelse med individuelle intervjuer med 14 brukere og 12 pårørende, og fokusgruppeintervjuer med 50 teamansatte og 44 ansatte i samarbeidende tjenester. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med The CORE Study i Storbritannia, og det norske prosjektet har oversatt og brukt spørreskjema og intervjuguider fra The CORE Study. Prosjektet er gjennomført av FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus på vegne av Akuttnettverket og i samarbeid med Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Datainnsamlingen er gjort i 2012-2013 og analyser og rapportskrivning i 2013-2015. Det vil også bli publisert vitenskapelige artikler fra prosjektet, inkludert som en del av et doktorgradsarbeid.

Undersøkelsen har en styrke ved at det var høy svarprosent fra teamledere, og at det var kvalitative intervjuer med fire informantgrupper og til sammen 120 personer. En svakhet ved undersøkelsen er at vi bare har teamledernes utsagn om hva teamene gjør, og ikke registreringer av hva som er gjort.

### Organisering og bemanning

Et hovedfunn fra både den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen er at det er stor variasjon i hvordan akutteamene er organisert. Dette gjelder hvordan de lokale helseforetakene har plassert teamet i sin organisasjon, teamsammensetning, åpningstider, målgruppe og tjenestetilbud. Det finnes altså ikke en entydig norsk modell for slike team eller for den rolle de er tildelt. Dette er i samsvar med den frihet helseforetakene har til å organisere akutttilbudet.

I følge oppgitte svar fra 54 akutteam dekker disse til sammen 332 kommuner/bydeler og en samlet befolkning på 4,4 millioner. Omtrent 90 % av befolkningen bor altså i områder der det er etablert akutteam innen psykisk helsevern for voksne.

Det var i alt totalt 615 personer ansatt i de ambulante akutteamene fordelt på 485 årsverk. Antall ansatte var i gjennomsnitt 11 personer og antall årsverk var i gjennomsnitt 9. Stor variasjon i sammensetning av teamene har betydning for hvilket tilbud som kan gis. Mange teamledere beskriver særlig mangel på psykiater/lege og psykologspesialist som faktorer som har stor betydning for praksis og hvilke oppgaver akutteamet kan ta på seg.

### Tilgjengelighet

Vel halvparten av akutteamene hadde åpningstid bare på dagtid på hverdager, mens litt under halvparten også var operative noen timer på kveldstid. Omtrent 20 team var operative noen timer på dag og eventuelt kveld i helger, og noen få team til var en del tilgjengelig på telefon i helger. Ingen akutteam var operative om natten. Men flere av teamene hadde avtaler med døgnavdelinger ved DPS eller sykehus om at pasienter kunne ringe dit ved behov for telefonkontakt om natta. Flere brukere beskriver at utvidet åpningstid og lett tilgjengelighet var et viktig moment for å skape trygghet i en psykisk krise. Nettopp kveld og natt og ikke minst helg og høytid ble beskrevet som vanskelige å komme igjennom når man er i psykisk krise.

Hovedhenvissende instans til akutteamene er fastleger. Halvparten av teamene tar i mot pasienter de kjenner uten å kreve henvisning, og en del tar også i mot pasienter de ikke kjenner uten å kreve henvisning. Ett av fire team hadde som målsetting å kunne rykke ut innen 4 timer etter at de mottok en henvendelse, og halvparten at de kunne rykke ut innen 24 timer. Brukerne som ble intervjuet hadde fått hjelp i løpet av 1-3 dager. Mange var fornøyde med å få hjelp så raskt som de gjorde.

Femten av teamene svarte at de skal kunne følge opp brukere minst en gang daglig. De fleste brukerne oppgir å ha møtt teamet en gang i uken, men noen hadde også hatt tettere kontakt i perioder. Mange opplevde at de selv fikk være med på å definere graden av oppfølging, og at det også var åpning for å kunne kontakte AAT mellom avtalene ved behov. Denne fleksibiliteten var for mange svært viktig for å skape nødvendig trygghet i krisen. Å kunne forholde seg til et begrenset antall personer i krisen, ble også oppgitt som viktig for mange. De fleste brukere hadde kortvarig kontakt, alt fra noen få dager til 1-2 måneder.

### **Behandling og oppfølging**

De fleste teamene oppgir at de har kontakt med mange eller alle brukere hjemme hos dem eller på annet sted, og ikke bare på teamets eget kontor. De oppgir at de også har kontakt med familie eller nettverk til mange av brukerne. Mange av brukerne sa at de kun hadde hatt samtaler i teamets lokaler. Hjemmebehandling hadde enten ikke vært nevnt som et mulig tilbud, eller brukeren hadde av ulike årsaker foretrukket å møtes hos akutteamet.

En del akutteam foreskriver medikamenter til mange brukere, men teamene går i liten grad inn og administrerer eller deler ut medikamenter. Den kvalitative studien viser også at akutteamene primært tilbyr hjelp i form av samtaler. Samtalene ble av brukere beskrevet som en hjelp til å sortere og fokusere på hva som var viktigst i situasjonen da var i. For mange brukere var det å få konkrete råd viktig. Teamansatte fremholder at det vanligste emnet i samtalene er relatert til et normaliseringsperspektiv. Teamene bidrar en del med å følge brukere til fastlegen eller hjelpe dem til å få hjelp eller rettigheter fra andre tjenester. Fastlegen gjør somatiske undersøkelser. Teamene bidrar i liten grad med praktisk hjelp som handling, matlaging eller rengjøring.

Teamansatte bekreftet fokusgruppene at hovedtilbudet er ulike former for samtaleterapi med vekt på individuelle samtaler og mindre vekt på samtaler med pårørende, familie eller samarbeidspartnere. Familien og nettverket ble i mange tilfeller ikke involvert i oppfølgingen fra akutteam. Årsaker til dette kunne være at bruker ikke ønsket det, eller at det ikke ble foreslått av teamet.

Teamene bruker i noen grad kriseplaner for brukere som har dette. De utarbeider i mindre grad selv kriseplaner eller forebyggende planer med brukerne.

For noen av brukerne representerte AAT en hjelp til å legges inn. Med unntak av en, så var disse innleggelsene ønsket og frivillige fra brukers side.

### **Samarbeid med andre**

Omtrent alle teamledere gir noe informasjon om det samarbeid teamet har med fastleger, legevakt og andre kommunale tjenester. Samarbeidet består både i kontakt og samarbeid om brukere, og mange steder også i form av regelmessige møter.

Det er bare noen få akutteam som i sin åpningstid ser ut til å ha en form for portvaktfunksjon for akuttavdelinger. Akutteamene i liten grad tildelt rolle, ressurser og myndighet i psykisk helsevern som portvakt for akuttpsykiatrisk døgnavdeling. Ut fra bemanning og åpningstider varierer det også i hvilken grad teamene ville kunne ta et slikt ansvar. Akutteamene har i liten grad samarbeid med akuttavdelinger om å bidra aktivt til tidlig utskrivning av pasienter ved at de følges intensivt opp av akutteamet.

Vel halvparten av akutteamene oppgir at det er krisesenger eller tilsvarende akutt døgntilbud utenfor sykehus i området. Teamene har i varierende grad styring og behandlingsansvar for disse krisesengene. Kommentarer om krisesengene tyder på at det er stor variasjon i hvordan de er bemannet, hvordan de faktisk brukes og hvilken rolle krisesengene har i det samlede akuttilbudet.

Mange brukere opplevde at det hadde vært lite samarbeid mellom akutteamet og andre tjenester.

### **Ønskelig praksis og ønskelige forbedringer**

Teamledere ble bedt om å oppgi hvilke tre tiltak de ville prioritere for forbedring av tilbudet fra akutteamet. De tiltakene som ble hyppigst nevnt, var utvidelse av teamet med psykiater og/eller psykolog eller mer av disse, utvidet åpningstid, og økt eller bedre samarbeid og samhandling med kommunale og andre tjenester. Tiltakene som fulgte etter dette, var bedre faglig kvalitet, flere årsverk i teamet, mer bruk av hjemmebehandling og reell portvaktfunksjon.

De fleste brukere og pårørende ønsket åpningstid 24/7. Mange brukere sa at nettopp kveld /natt og helger og høytider kan være vanskelige å komme igjennom når man er i en psykisk krise. Pårørende opplever ofte et stort problem når hjelpetilbud er stengt, og utvidet åpningstid kan gjøre det lettere for dem å delta i oppfølgingen med akutteamet. Teamansatte var delt i synet på behovet for utvidet åpningstid. Noen mente at det var ønskelig med 24/7, noen mente at det er tilstrekkelig med åpningstid på dag- og kveldstid alle dager i uken, og noen mente at det er tilstrekkelig med åpningstider på dagtid på hverdager.

Brukere og pårørende ønsker primært å kunne ta kontakt med AAT selv, uten henvisning fra fastlege eller andre. Særlig er mange brukere opptatt av muligheten til å selv kunne ta kontakt igjen med akutteamet etter avslutning uten å måtte gå via fastlege for å få ny henvisning. Teamansatte var delt i to i synet på om det skal være krav til henvisning eller ikke.

Noen mente at det er behov for en avklaring av mandat for akutteam. Hvilke målgrupper skal teamene primært ta i mot? Er det først og fremst personer med selvmordsfare eller alvorlig psykisk lidelser? Det er en grunnleggende enighet om at tilbudene fra AAT skal være basert på frivillighet.

Fleksibilitet på hvor, hvor ofte og når man skal møtes, fremheves av alle informantgrupper som viktig. Det er enighet om at brukers behov i stor grad bør være styrende. Noen brukere etterlyste tettere oppfølging fra akutteam, og at teamene var mer aktive med å tilby tettere oppfølging fordi man i en krise kan ha vansker med å be om noe for egen del. Det ble fremhevet som viktig at AAT var tydelige på at de var et kortidstilbud.

Teamansatte delte seg også i to når det gjaldt om akutteam skal ha portvaktfunksjon for akuttinnleggelse. De andre informantgruppene hadde ikke så mye synspunkter på dette.

Det store flertallet av brukere og pårørende gir uttrykk for at hovedinnholdet i hjelpen de fikk fra AAT, var samtaler med fokus på å gi perspektiver og å normalisere krisen. Dette samsvarer med teamenes klare oppfatning av at det sentrale tilbudet fra AAT bør være samtaler om psykisk krise med fokus på normalisering, ressurser og mestring. Mange brukere og pårørende ga uttrykk for at de var fornøyde med samtaletilbudet, men flere hadde også ønsket seg mer praktisk hjelp i krisen.

Samtlige brukere var opptatt av betydningen av så vel de ansattes holdninger, som evnen til å inngå i trygge, støttende relasjoner når man skal møte mennesker i en psykisk krise. Brukerne var opptatt av at de ansatte i AAT må ha den nødvendige personlige egnethet og god faglig kompetanse.

De fleste informanter både blant brukere, pårørende og samarbeidspartnere ønsker forbedringer når det gjelder overføring til andre tjenester og avslutning av oppfølging fra akutteamet. De etterlyste mer tydelighet og forutsigbarhet for hvordan og når akutteamet vil avslutte sin kontakt.

### **Akutteamenes praksis i forhold til helsedirektoratets anbefalinger**

Vi viser til oppsummering av dette i kapittel 7.4 til slutt i rapporten.

## 2 Innledning

### 2.1 Mål og bakgrunn for prosjektet

Målet for prosjektet har vært å kartlegge praksis og erfaringer med ambulante akutteam (AAT) i psykisk helsevern for å bidra til å identifisere viktige elementer og muligheter til forbedringer.

Bakgrunnen for prosjektet har vært behovet for mer systematisk kunnskap om hvordan ambulante akutteam i psykisk helsevern i Norge er organisert og arbeider, og om hvilke erfaringer brukere, pårørende, teammedlemmer og samarbeidspartnere har med de ambulante akutteamene.

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med The CORE Study i Storbritannia. Målet der var å utforme en mer spesifisert modell for ambulante akutteam (crisis resolution teams - CRTs), og å utvikle og prøve ut et måleverktøy med fidelity-kriterier (kriterier på troskap mot modellen) for denne CRT-modellen. For å få grunnlag for dette er det i Storbritannia gjennomført en omfattende gjennomgang av all internasjonal litteratur om CRTs, en stor spørreskjemaundersøkelse blant ledere av CRTs og en stor kvalitativ undersøkelse om erfaringene med CRTs blant brukere, pårørende, teamansatte og eksperter. Prosjektet ledes av professor Sonia Johnson ved University College London, og daglig leder er Brynmor Lloyd-Evans.

Når det gjelder litteraturgjennomgang om forskning på ambulante akutteam, vises det til omtalen av dette som Akuttnettverket har bidratt med ved kapittel 5 i Helsedirektoratets anbefalinger for ambulante akutteam (2014).

### Prosjektgruppe i Norge

Akuttnettverkets leder Torleif Ruud fikk ut fra tidligere samarbeid med professor Sonia avtale om samarbeid med deres CORE Study for å gjennomføre parallelle datainnsamlinger i Norge. FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus har gjennomført prosjektet i Norge på vegne av Akuttnettverket og i samarbeid med Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Prosjektleder er Torleif Ruud, avdelingsjef i FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus og professor ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri ved Universitetet i Oslo. Han har ledet den kvantitative delen av prosjektet i samarbeid med psykologspesialist Nina Hasselberg, som disputerte i juni 2013 på et doktorgradsarbeid om norske ambulante akutteam. Professor Bengt Karlsson ved Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold har ledet den kvalitative delen av prosjektet. Han har ledet flere undersøkelser om ambulante akutteam og veiledet doktorgradsstipendater innen dette. Trude Klevan har gjennomført de kvalitative intervjuene ut fra sin erfaring som medlem i et ambulante akutteam og sin erfaring fra kvalitative intervjuer i eget mastergradsarbeid.

### 2.2 Hovedspørsmål for kartleggingen

1. Hvordan beskriver lederne for ambulante akutteam i Norge teamenes status, praksis og utfordringer? Er det stor variasjon mellom akutteam, og i så fall innen hvilke aspekter?
2. Hvordan er beskrevet praksis i forhold til Akuttnettverkets forslag til Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne?
3. Hvordan er beskrevet praksis i forhold til tilsvarende beskrivelser fra crisis resolution and home treatment teams i Storbritannia?
4. Hvilke endringer i utforming og praksis ser teamlederne behov for? Hvordan samsvarer dette med de endringer i utforming og praksis som teamledere i Storbritannia ser?
5. Hvordan ser brukere, pårørende, teammedlemmer og eksperter på ambulante akutteam i Norge?
6. Hvilke endringer i utforming og praksis ser disse gruppene behov for? Hvordan samsvarer dette med de endringer i utforming og praksis som tilsvarende grupper i Storbritannia ser?

7. Hvordan bør ambulante akutteams utforming og praksis være ut fra en samlet vurdering basert på tidligere litteraturgjennomgang og synspunkter fra teamledere, brukere, pårørende, fagfolk og eksperter?

Denne rapporten belyser de fleste av spørsmålene ovenfor, men inneholder ikke sammenligning med data om akutteam i Storbritannia. Mer inngående analyser av både det kvantitative og kvalitative materialet vil bli gjort i vitenskapelige artikler. Det er også planlagt artikler der vi i samarbeid med The CORE Study sammenligner funn i Storbritannia og Norge.

### **2.3 Utforming med en kvantitativ og en kvalitativ undersøkelse**

Prosjektet består av en kvantitativ undersøkelse og en kvalitativ undersøkelse. Informantene i den kvantitative undersøkelsen er temaledere i AAT. I den kvalitative undersøkelsen er informantene brukere, pårørende, teammedlemmer og samarbeidspartnere. Det norske prosjektet har oversatt og brukt spørreskjema og intervjuguider fra The CORE Study.

For å kartlegge teamledernes beskrivelse av akutteamenes praksis og deres vurderinger av ønskelige endringer, ble det oversatt og brukt et omfattende spørreskjema med en kombinasjon av lukkede spørsmål med gitte svaralternativer og åpne spørsmål med plass til å skrive det en ville.

For de kvalitative intervjuene ble det også oversatt og brukt intervjuguider fra den engelske studien. Intervjuene er gjort som fokusgruppeintervjuer med teammedlemmer og samarbeidspartnere, og som individuelle intervjuer med brukere og pårørende med erfaringer fra ambulante akutteam.

Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK Sør-Øst, ref.nr. 2012/1458a), samt godkjent av de respektive personvernombudene i de ulike helseforetakene der deltakere i den kvalitative studien er rekruttert.

Undersøkelsen har en styrke ved at det var høy svarprosent fra teamledere, og at det var kvalitative intervjuer med fire informantgrupper og til sammen 120 personer. En svakhet ved undersøkelsen er at vi bare har teamledernes utsagn om hva teamene gjør, og ikke registreringer av hva som er gjort.

### **2.4 Datainnsamling og informanter**

#### **Den kvantitative undersøkelsen med hovedfokus på praksis**

Datainnsamlingen ved spørreskjema til teamledere i ambulante akutteam er gjennomført fra desember 2012 til september 2013 ved bruk av elektroniske spørreskjema og programvaren SnapSurvey ved hjelp fra enhet for forskningsstøtte ved Akershus universitetssykehus.

Ved kontakt med alle distriktpsykiatriske sentre (DPS) høsten 2012 fant vi 56 akutteam innen psykisk helsevern for voksne, og teamlederne for alle disse akutteamene fylte ut det omfattende spørreskjemaet. Svarprosenten er altså 100 %. I tillegg fikk vi utfylt spørreskjema fra to ambulante akutteam for ungdom. 52 av teamlederne har besvart ved å fylle ut det elektroniske spørreskjemaet, en har svart ved å fylle ut spørreskjemaet i tilsendt tekstfil, og fem har svart ved gjennomgang av spørreskjemaet i et telefonintervju.

#### **Den kvalitative undersøkelsen med hovedfokus på erfaringer**

De kvalitative intervjuene er utført vinteren/våren 2013 av prosjektmedarbeider Trude Klevan. Det ble gjort lydopptak og transkribering av alle intervjuene. Det er brukt en intervjuguide for brukere, en for pårørende og en felles for team og samarbeidspartnere. Det rettes flere spørsmål om innholdet i tilbudet og hjelpen til brukere og pårørende, mens spørsmål knyttet til organisering i større grad rettes til teammedlemmer og samarbeidspartnere. Studien hadde som målsetting å intervju henholdsvis 16 brukere og 16 pårørende, og 8 fokusgruppeintervjuer med teamansatte og 8 med samarbeidspartnere.

*Teamledere:* Materialet fra spørreskjema i ambulante akutteam er fra teamledere i de 58 ambulante akutteam som ble identifisert ved kontakt med alle DPS i landet i oktober/november 2012. To team er fra akutteam/enheter for ungdom. Svarprosenten er 100 % i forhold til de team vi kjenner til.

*Brukere:* Fjorten brukere av AAT ble intervjuet. De var jevnt fordelt på aldersgrupper, og det var seks kvinner og åtte menn. Alle var norske. Åtte hadde erfaring med innleggelse i psykisk helsevern i tillegg til erfaring med AAT. Elleve oppgir depresjon eller angst som psykiske problem, to posttraumatisk stressforstyrrelser og en bipolar lidelse. I tillegg oppgir åtte selvmordsproblematikk, to rusproblem og en utagering eller vold. Åtte hadde hatt kontakt med AAT en gang, fire hadde hatt kontakt to ganger, en hadde hatt kontakt fire ganger og en mange ganger. Åtte hadde avsluttet kontakten med AAT i løpet av de tre siste månedene, mens tre fortsatt hadde kontakt.

*Pårørende:* Tolv pårørende av personer som hadde hatt kontakt med AAT ble intervjuet. De var jevnt fordelt på aldersgrupper, og det var åtte kvinner og fire menn. Elleve var norske og en fra et annet land i Skandinavia. Ti hadde erfaring med at den de er pårørende til også har hatt innleggelse i psykisk helsevern. Sju var ektefelle eller samboer til den som hadde hatt kontakt med AAT, to var sønn eller datter, to var mor eller far, og en var venn. Av dem de var pårørende til, hadde seks depresjon eller angst, to bipolar lidelse, en psykose, en personlighetsforstyrrelse, en spiseforstyrrelse og selvskading, og en ukjent psykisk lidelse. I tillegg ble demens eller kognitiv svikt oppgitt for to og selvmordsproblematikk for en. For ni hadde den de var pårørende til hatt kontakt med AAT en gang, en hadde hatt kontakt to ganger, en hadde hatt kontakt fire ganger og en mange ganger. Ni hadde avsluttet kontakten med AAT i løpet av de tre siste månedene, mens tre fortsatt hadde kontakt.

*Teammedlemmer:* I alt 50 ansatte fra de åtte teamene deltok fordelt på åtte fokusgruppeintervjuer. Gjennomsnittlig størrelse på fokusgruppen var 6 personer, med variasjon fra tre til ni personer. Det var jevn aldersfordeling, og 36 kvinner og 14 menn. En hadde asiatisk bakgrunn, to var fra annet land i Skandinavia og resten var norske. Det var 26 sykepleiere, åtte med annen høgskoleutdanning (sosionom, barnevernspedagog, vernepleier), ti psykologer, tre leger og tre andre. De ansatte hadde gjennomsnittlig 16 års erfaring fra arbeid med psykiske lidelser, og derav gjennomsnittlig fem år i ambulante akutteam. Svært mange hadde en eller flere videreutdanninger, særlig innen psykisk helsearbeid og familierapi. Flere ansatte hadde også mastergrad innen sosial- og helsefag.

*Samarbeidspartnere:* I alt 44 fagpersoner fra samarbeidende tjenester deltok fordelt på åtte fokusgruppeintervjuer. Gjennomsnittlig størrelse på fokusgruppen var 6 personer, med variasjon fra to til sju personer. Det var jevn aldersfordeling, og 35 kvinner og ni menn. En hadde pakistansk bakgrunn, to var fra annet land i Skandinavia og resten var norske. Det var 22 sykepleiere, åtte med annen høgskoleutdanning (sosionom, barnevernspedagog, vernepleier), ni leger og fem andre. Informanter blant samarbeidspartnere ble rekruttert både blant førstelinjetjenesten og ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Hovedkriterier var at det skulle være fra tjenester som samarbeider med AAT og det ble tilstrebet å ha en bredde blant informantene. Fra førstelinjen deltok det blant annet informanter fra psykisk helsetjenestene i kommunen, legevakt, NAV, rusomsorgen og fastleger. Fra spesialisthelsetjenesten deltok det blant annet ansatte fra poliklinikk ved DPS, døgnenhet ved DPS, fra akuttpsykiatriske avdelinger og liasontjenester. Intervjuene ble avtalt på et tidspunkt der flest mulig hadde anledning til å delta. I utgangspunktet var det ønskelig å samle 6-8 deltagere. Det viste seg noe utfordrende å klare å samle så mange deltagere i en travel hverdag, og noen av gruppene ble dermed mindre enn planlagt.

## **2.5 Bearbeiding, analyser og publisering**

Bearbeiding og foreløpige analyser av kvantitative og kvalitative data fra spørreskjemaet til teamledere er gjort ved Torleif Ruud og Nina Hasselberg med statistikkprogrammet SPSS 20.

Bearbeiding og analyser av materialet fra de kvalitative intervjuene er gjort ved Trude Klevan og Bengt Karlsson. En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming er blitt brukt til å analysere dataene



(Malterud 2003; Kvale & Brinkmann 2009). Dataanalysen er gjort ved å identifisere nøkkelbegrep, mønstre og kategorier, og deretter gjøre disse til gjenstand for tolkning.

I den konkrete gjennomføringen av analysen av de kvalitative dataene er det gjort en tematisk innholdsanalyse i relasjon til to hovedtema i intervjuguidene, henholdsvis eksisterende erfaringer og praksis, og ønskelig fremtidig praksis. Et sentralt fokus i analysen har vært forholdet mellom å belyse erfaringer bredt, både gode og mindre gode, og hvordan disse spiller inn på synspunkter på hva som er ønskelig praksis. De to hovedtemaene er belyst gjennom følgende undertemaer: Organisering av AAT, innhold i tilbudet, karakteristika på godt AAT, effekter av AAT, samarbeid, relasjoner og holdninger, avslutning og overføring.

I denne rapporten er stoffet organisert i kapitler om organisering og bemanning, tilgjengelighet, behandling og oppfølging, samarbeid med andre, og arbeid med forbedring av tilbudet. I hvert kapittel presenteres først resultater fra spørreskjema til teamledere, og deretter resultater fra de kvalitative intervjuene med brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere.

Analysene for rapporten er i hovedsak gjennomført høsten 2013-2014 og fullført og ferdigskrevet i 2015. Mer omfattende analyser av en del tema vil bli publisert i vitenskapelige artikler i internasjonale og nasjonale tidsskrifter. Dette inkluderer et doktorgradsarbeid om resultatene fra den kvalitative undersøkelsen. Resultatene presenteres også på ulike konferanser og seminarer.

## **2.6 Oppsummering om gjennomføring av prosjektet**

Målet for prosjektet har vært å kartlegge praksis og erfaringer med ambulante akutteam (AAT) i psykisk helsevern for å bidra til å identifisere viktige elementer og muligheter til forbedringer.

Bakgrunnen for prosjektet har vært behovet for mer systematisk kunnskap om hvordan ambulante akutteam i psykisk helsevern i Norge er organisert og arbeider, og om hvilke erfaringer brukere, pårørende, teammedlemmer og samarbeidspartnere har med de ambulante akutteamene.

Prosjektet består av en kvantitativ undersøkelse og en kvalitativ undersøkelse. Informantene i den kvantitative undersøkelsen er temaledere i AAT. I den kvalitative undersøkelsen er informantene brukere, pårørende, teammedlemmer og samarbeidspartnere. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med The CORE Study i Storbritannia, og det norske prosjektet har oversatt og brukt spørreskjema og intervjuguider fra The CORE Study.

Datagrunnlaget er innsamlet fra 58 teamledere som har fylt ut et omfattende spørreskjema om akutteamets praksis og om hvordan akuttilbudet kan forbedres. Informasjon om erfaringer med akutteam er samlet inn fra åtte steder med akutteam fordelt med to steder i hver helseregion. I alt 14 brukere og 12 pårørende har fortalt om sine erfaringer i individuelle intervjuer, og 50 teamansatte og 44 ansatte i samarbeidende tjenester har deltatt i fokusgruppeintervjuer.

Undersøkelsen har en styrke ved at det var høy svarprosent fra teamledere, og at det var kvalitative intervjuer med fire informantgrupper og til sammen 120 personer. En svakhet ved undersøkelsen er at vi bare har teamledernes utsagn om hva teamene gjør, og ikke registreringer av hva som er gjort.

FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus har gjennomført prosjektet på vegne av Akuttnettverket og i samarbeid med Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Datainnsamlingen er gjort i 2012-2013, og analyser og skriving av rapporten er gjort i 2013-2015. Det vil også bli publisert vitenskapelige artikler fra prosjektet.

### 3 Organisering og bemanning

#### 3.1 Organisering og samlokalisering med andre tjenester

*Teamledere:* 35 av teamene (60 %) oppgir at de har en felles ledelse med andre team. Dette omtales av de fleste som nyttig. For de fleste er det slik at teamleder kun er leder for akutteamet, men de har en felles seksjonsleder/enhetsleder som er leder for en større del av et DPS, for eksempel for alle polikliniske enheter/team.

**Tabell 3.1 Samlokalisering med andre tjenester**

	Antall team
På samme sted som en døgnavdeling i DPS (distriktpsikiatrisk senter)	39
På samme sted som en sykehusavdeling i psykisk helsevern	7
På samme sted som en somatisk akuttavdeling/akuttmottak	6
På samme sted som en annen enhet i psykisk helsevern (derav 23 med DPS)	27

Den vanligste lokaliseringen av AAT i Norge er ved de distriktpsikiatriske sentrene. Dette er i samsvar med anbefalingene fra Helsedirektoratet (2006). Det er flere teamledere som har krysset av på flere svarkategorier. Forklaringen på dette er sannsynligvis at AAT ofte er samlokalisert med flere DPS avdelinger, som oftest både med døgnavdelinger og andre polikliniske team.

#### 3.2 Teamenes opptaksområder

I følge oppgitte svar fra 54 akutteam dekker disse til sammen 332 kommuner/bydeler og en samlet befolkning på 4,4 millioner (ca 90 %). Opptaksområdene har i gjennomsnitt 81 000 innbyggere fordelt på 6 kommuner/bydeler. Antall innbyggere i opptaksområdet varierer fra 11 500 til 460 000.

Antall døgnplasser i opptaksområdene varierer fra 2 til 97. Det knytter seg stor usikkerhet til antall akuttdøgnplasser, innleggelser og gjennomsnittlig oppholdslengde da de fleste teamlederne ikke har besvart disse spørsmålene. Vi kan derfor ikke rapportere resultater om dette.

#### 3.3 Bemanning og teamsammensetning

**Tabell 3.2 Bemanning og sammensetning av ambulante akutteam (samlet for 55 team)**

Faggruppe	Antall personer i alt	Antall årsverk i alt	Antall team med denne faggruppen
Spesialist i psykiatri	67	42	35
Lege i spesialisering (LIS)	36	37	8
Psykologspesialist	24	23	17
Psykolog i spesialisering	61	49	25
Psykiatrisk sykepleier	212	163	50
Psykisk helsearbeider med annen helse- eller sosialfaglig utdanning	63	40	22
Sykepleier	33	30	11
Sosionom	36	29	24

Pedagog	4	3	4
Fysioterapeut	1	1	1
Ergoterapeut	11	11	5
Administrativ stab	40	32	26
Personer med erfaringskompetanse	2	0	1
Andre	25	25	12
<b>Til sammen</b>	<b>615</b>	<b>485</b>	-

Som det fremgår av tabellen over var det totalt 615 personer ansatt i de ambulante akutteamene fordelt på 485 årsverk. Gjennomsnittlig antall ansatte var 11 personer og gjennomsnittlig antall årsverk var 9. Det er generelt høyest bemanning av sykepleiere. 53 av totalt 58 AAT har ansatt psykiatrisk sykepleier.

Hele 21 av teamene har ikke psykiater, 47 team har ikke lege i spesialistutdanning (LIS), 38 team har ikke psykologspesialist og 30 team har ikke annen psykolog. Det er omtrent like mange psykiatere/LIS som psykologer/psykologspesialister i AAT. Flere team har psykiatere og LIS leger som er med i en vaktordning uten at de er ansatt i det ambulante akutteamet. I ett team har de for eksempel ingen psykiater, LIS eller psykolog ansatt. De har psykiater, LIS og psykolog som har hjemmevakt i en delt turnus. I andre team bistår en psykiater ved poliklinikken AAT ved behov.

#### Arbeidsoppgaver eller ansvarsområder tildelt personer eller faggrupper

Når det gjelder arbeidsoppgaver eller ansvarsområder som bare er tildelt noen personer eller faggrupper, er det store variasjoner i svarene, og ingen bestemte mønstre peker seg ut. Det er få team som skriver at det bare er noen faggrupper som foretar vurderinger av selvmordsrisiko eller setter diagnoser. Noen teamledere skriver at enkelte oppgaver ligger til lederfunksjonen, som å utarbeide turnus og ha personalansvar.

**Tabell 3.3** Vurdert behov for bemanning utover nåværende bemanning

	Antall team
Nei, nåværende bemanning er adekvat	17
Ja, ønskelig, men ikke kritisk å få økt bemanningen	23
Ja, sterkt behov for økning av bemanningen	15
Ikke besvart	3

#### Prioriteringer ved eventuell økning i bemanning

Det hyppigste svaret fra teamlederne i AAT i forhold til hva de ville prioritert ved eventuell økt bemanning, var at de ville ansatt psykiater og/eller utvidet åpningstiden. Ønske om ansettelse av andre faggrupper som psykologspesialist, lege og psykolog i spesialisering, sosionom og sykepleier var også nevnt i svarene. Noen færre teamleder svarte at de ville øke ambuleringen, og enda færre nevnte at de ville prøve å få etablert portvaktfunksjon for akuttavdeling. En teamleder ønsket å prioritere å ansette en fagperson med kompetanse innen rusfeltet.

### 3.4 Opplæring for ansatte i AAT

Tabell 3.4 Opplæring for ansatte i ambulante akutteam

	Ja	Nei
Spesifikt opplæringsprogram for ansatte i AAT	16	42
Innebærer opplæringsprogrammet at nyansatte bruker tid i et annet team/tjeneste et annet sted	7	34
Har andre tjenester et opplæringsprogram der nyansatte bruker tid i teamet dere har	6	30

I alt 42 team (72 %) har ikke et spesifikt opplæringsprogram for ansatte. For de AAT som har et spesifikt opplæringsprogram, deltar ansatte gjennomsnittlig ca. 60 timer i opplæring, med variasjon fra 2 til 426 timer. Tallene kan tyde på at ansatte i AAT i liten grad benytter seg av muligheten til å utveksle ansatte mellom team

### 3.5 Funn fra den kvalitative studien

*Teamansatte:* Det er stor grad av variasjon og mangfold når det gjelder organisering av akutteam. Både organisering av og innhold i teamenes tjenestetilbud synes å være avhengig av geografiske og kontekstuelle forhold. Det er stor forskjell på organiseringen og arbeidet til et team i landlige omgivelser og et team i en by. Det samme gjelder også hvordan de lokale helseforetakene har plassert teamet i sin organisasjon, teamsammensetning, åpningstider, målgruppe og tjenestetilbud.

### 3.6 Oppsummering om organisering og bemanning

Et hovedfunn fra både den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen er at det er stor variasjon i hvordan akutteamene er organisert. Dette gjelder hvordan de lokale helseforetakene har plassert teamet i sin organisasjon, teamsammensetning, åpningstider, målgruppe og tjenestetilbud. Det finnes altså ikke en entydig norsk modell for slike team eller for den rolle de er tildelt. Dette er i samsvar med den frihet helseforetakene har til å organisere akuttilbudet (Helsedirektoratet 2014).

I følge oppgitte svar fra 54 akutteam dekker disse til sammen 332 kommuner/bydeler og en samlet befolkning på 4,4 millioner. Omtrent 90 % av befolkningen bor altså i områder der det er etablert akutteam innen psykisk helsevern for voksne. Men den store variasjonen mellom akutteam gjør at det faktiske tilbudet varierer mye. Opptaksområdene har i gjennomsnitt 81 000 innbyggere fordelt på 6 kommuner/bydeler.

Det var i alt totalt 615 personer ansatt i de ambulante akutteamene fordelt på 485 årsverk. Antall ansatte var i gjennomsnitt 11 personer og antall årsverk var i gjennomsnitt 9. Teamene varierer en god del i størrelse. Sykepleiere er den største faggruppa, og i alt 53 av de 58 AAT har psykiatrisk sykepleier. Hele 21 av de 58 teamene har ikke psykiater, 47 team har ikke lege i spesialistutdanning, 38 team har ikke psykologspesialist og 30 team har ikke annen psykolog. Den store variasjonen i sammensetning av teamene har betydning for hvilket tilbud som kan gis. Mange teamledere beskriver særlig mangel på psykiater/lege og psykologspesialist som faktorer som har stor betydning for praksis og hvilke oppgaver teamene kan ta på seg.

## 4 Tilgjengelighet

### 4.1 Brukergrupper som teamet gir tilbud til

#### Aldersgrupper

De aller fleste AAT har nedre aldersgrense på 18 år (N = 48). Ellers har et team 15 år, tre team 16 år og to team 17 år som nedre aldersgrense. De fleste teamlederne har ikke fylt ut noen øvre aldersgrense for inntak i AAT (N = 52). Dette betyr mest sannsynlig at de fleste AAT ikke har en øvre aldersgrense. Det er tre AAT som har oppgitt at de har 65 år som øvre aldersgrense. To av AAT som er med i dette materialet er ungdomsteam som har aldersgrense fra 12/13 år til 18 år.

**Tabell 4.1 Hvilke instanser teamene tar i mot henvisninger fra**

Mottar henvisninger fra (N=43)	Ikke aktuelt	Tar i mot henvisninger fra nevnte instans				
		Ikke nyttig	2	3	4	Veldig nyttig
Selvhenvisninger – fra klienter som tjenestene kjenner	17	1	4	11	6	17
Selvhenvisninger – fra klienter som tjenestene ikke kjenner	23	2	6	4	6	15
Fastleger	0	0	0	1	3	52
Andre i primærhelsetjenesten	3	0	1	4	11	37

Hovedhenvisende instans til AAT er fastleger. Det er ulik praksis når det gjelder om teamene tar i motbrukere/pasienter direkte uten henvisning fra fastlege eller andre tjenester. 26 av 43 team sier at de tar i mot pasienter de kjenner uten henvisning, og 20 av 43 team tar også i mot pasienter de ikke kjenner uten henvisning.

**Tabell 4.2 Diagnosegrupper**

	Ikke aktuelt	Delvis aktuelt	Veldig aktuelt
Personer med demens	26	28	2
Personer med lærevansker (psykisk utviklingshemning)	11	44	1
Personer med personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose	2	31	23

I alt 46 % av AAT oppgir at det ikke er aktuelt for dem å ta inn personer med demens, og 20 % oppgir at det ikke er aktuelt å ta inn personer med lærevansker eller psykisk utviklingshemning. De fleste AAT jobber med personer med personlighetsforstyrrelser (bare to team oppgir at det ikke er aktuelt å ta inn personer med personlighetsforstyrrelser).

I kommentarfeltet der teamlederne skal gjøre rede for synspunkter og erfaringer når det gjelder målgruppe, skriver mange teamledere at de tar i mot alle henvendelser til AAT innenfor aldersgruppen og åpningstiden der personen er i akutt psykisk krise og saken er innenfor psykisk helsevern (N = 28). I tillegg oppgir 9 teamledere at teamets målgruppe er personer som står i fare for å bli innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling med suicidalitets- eller psykoseproblematikk.

## Funn fra den kvalitative studien

*Brukere:* Blant brukerne var depresjon og angst den klart viktigste årsak til kontakt med teamet. De fleste av informantene oppga dette som årsak. Ingen oppga å ha en psykoselidelse. Vel halvparten oppga også at suicidalitetproblematikk, i tillegg til annen diagnose, var en vesentlig årsak til at de tok i kontakt med AAT. Videre oppga et flertall av informantene at de hadde tidligere erfaring med innleggelse i psykisk helsevern. En kan derfor tenke seg at flere av informantene i studien kunne ha blitt innlagt dersom de ikke hadde mottatt oppfølging fra AAT i den aktuelle krisen. Den oppgitte årsaken til kontakt, er definert av informantene selv. Hvorvidt den oppgitte diagnose / kontaktårsak stemmer overens med den diagnose som ble satt fra spesialisthelsetjenesten, vites ikke.

*Pårørende:* Pårørende i denne studien oppga et større spenn hva diagnoser som grunnlag for den aktuelle kontakten med AAT angår, enn brukerne. Det er også interessant å merke seg at kun en av de pårørende oppga suicidalitet som en viktig årsak til kontakt med AAT. Samtidig oppga hele De fleste av de pårørende at deres nærstående hadde vært innlagt før. En kan således anta at AAT treffer en gruppe som i mange tilfeller har blitt innlagt ved tidligere psykiske kriser. Denne studien har ikke tallfestet hvor mange som eventuelt ble innlagt ved hjelp av AAT i den aktuelle kontakten. I en del av intervjuene fremkom det imidlertid fra pårørende at bruker ble innlagt ved hjelp av AAT. Dette kan si noe om at AAT treffer en gruppe brukere som ofte blir innlagt i psykisk helsevern, men at kontakt med AAT ikke nødvendigvis fungerer som et alternativ til innleggelse.

## 4.2 Åpningstider

**Tabell 4.3 Åpningstider for de ambulante akutteamene (53 team)**

<b>Teamet er tilgjengelig på telefon</b>	<b>Hverdag</b>	<b>Lørdag</b>	<b>Søndag</b>
Bare dagtid (fram til og med kl.17)	26	8	8
Også kveldstid (noen timer etter kl.17)	23	17	15
<b>Teamet kan dra på hjemmebesøk</b>	<b>Hverdag</b>	<b>Lørdag</b>	<b>Søndag</b>
Bare dagtid (fram til og med kl.17)	28	8	8
Også kveldstid (noen timer etter kl.17)	25	13	12
<b>Teamet kan evaluere på kontor/akuttenhet</b>	<b>Hverdag</b>	<b>Lørdag</b>	<b>Søndag</b>
Bare dagtid (fram til og med kl.17)	18	3	3
Også kveldstid (noen timer etter kl.17)	16	9	8

Vel halvparten av AAT hadde åpningstid bare på dagtid på hverdager, mens litt under halvparten også var operative noen timer på kveldstid. Omtrent 20 team var operative noen timer på dag og eventuelt kveld i helger, og noen få team til var en del tilgjengelig på telefon i helger. Ingen akutteam var operative om natten. Men flere av teamene hadde avtaler med døgnavdelinger ved DPS eller sykehus om at pasienter kunne ringe dit ved behov for telefonkontakt om natta.

**Tabell 4.4 Hvor raskt teamet skal kunne rykke ut (52 team)**

	<b>Antall team</b>
Innen 1 time	2
Innen 2 timer for kjente pasienter	1
Innen 4 timer	8
Innen 24 timer (inkludert innenfor åpningstid samme dag)	25
Innen 48 timer (inkludert innefor samme dag eller dagen etter)	6
Innen en uke	1
Uspesifisert (raskest mulig)	9

Elleve av 52 akutteam hadde som målsetting å kunne rykke ut innen 4 timer etter at de mottok en henvendelse, og 25 team at de kunne rykke ut innen 24 timer. eller så raskt som mulig. Ni team svarte at de skulle rykke ut så snart som mulig, men det er uklart hva det betyr. Vi har ikke informasjon om i hvilken grad akutteamene lever opp til sine intensjoner om responstid.

**Tabell 4.5 Hvor intensivt teamet skal kunne følge opp (25 team)**

	Antall team
Flere samtaler per døgn	4
Daglig	11
Sjeldnere enn daglig	1
Etter behov	9

15 av teamene svarte at de skal kunne følge opp brukere minst en gang daglig. Vi vet ikke i hvilken grad dette faktisk gjøres. Halvparten av teamene har ikke svart på dette spørsmålet.

**Tabell 4.6 Antall uker teamet kan følge opp en bruker (26 team)**

	Antall team
Opptil 3 uker	4
Opptil 4 uker	9
Opptil 6 uker	8
Opptil 8 uker	4
Fleksibelt	1

### **4.3 Funn om tilgjengelighet fra den kvalitative studien**

*Brukere:* Variasjon i hvordan AAT i Norge er organisert, gjenspeiles i erfaringene til brukerne. De beskriver ulike praksiser på områder som åpningstid, henvisningsrutiner og intensitet på oppfølgingen. Noen har blitt fulgt opp av AAT som har hatt åpningstid på kveld og helg, mens andre har møtt AAT som kun har åpent på dagtid. Flere brukere beskriver at utvidet åpningstid og lett tilgjengelighet var et viktig moment for å skape trygghet i psykisk krise. Nettopp kveld og natt og ikke minst helg og høytid ble beskrevet som vanskelige å komme igjennom når man er i psykisk krise. Dette er tider der det finnes få andre tilgjengelige tilbud. Å vite at AAT var tilgjengelig ble av noen beskrevet som i seg selv å være nok. Vissheten om at teamet var der, gjorde at man kunne kjenne på en trygghet og dermed ikke trengte å ta kontakt.

Noen AAT har muligheten for selvhenvising, mens andre krever henvisning fra fastlege eller annet helsepersonell. Blant studiens informanter, er det både brukere som har tatt direkte kontakt med AAT selv, og brukere som har blitt henvist via fastlege eller andre. Brukere som har kunnet henvise seg selv direkte, gir uttrykk for at denne ordningen bidrar til følelse av trygghet. Muligheten for å henvise seg selv, oppleves å gjøre AAT mer tilgjengelig og kan bidra til å korte ned responstiden. Ikke minst synes mange brukere det er en stor trygghet å vite at de kan henvende seg direkte til AAT igjen dersom en ny krise skulle oppstå. For brukere som har en tett og god kontakt med sin fastlege, kan det imidlertid oppleves naturlig å ta kontakt med fastlege først, og at denne så kan henvise til AAT ved behov. En fordel som påpekes ved denne veien inn, er at fastlege da er i dialog med AAT fra starten av. Et problem som uttrykkes av noen brukere, er at fastleger og øvrig

hjelpeapparat ikke alltid kjenner til AAT og at veien inn dermed ble lang og kronglete. Jevnt over gir brukerne uttrykk for å være fornøyde med AAT sin responstid når de først kom i kontakt med teamet. De fleste har erfart å få hjelp i løpet av 1-3 dager. Noen også samme dag. En bruker ventet en uke, men opplevde ikke dette som problematisk. Noen kunne ha ønsket en kortere responstid, men de fleste brukerne gir uttrykk for at det å vite at de har fått en avtale med AAT gir trygghet, og gjør at man kan holde ut. Mange uttrykker også at de var fornøyde med å få hjelp så raskt som de gjorde. Dette er ikke noe de er vant med fra helsevesenet.

Det fremkommer stor grad av variasjon i hvor tett brukerne har blitt fulgt opp av AAT. De fleste brukerne oppgir å ha møtt AAT ca en gang i uken. Det er også brukere som i perioder har hatt tettere kontakt med AAT, opptil flere ganger i uken. Mange uttrykker en opplevelse av at de selv fikk være med på å definere graden av oppfølging, og at det også var åpning for å kunne kontakte AAT mellom avtalene ved behov. Denne fleksibiliteten var for mange svært viktig for å skape nødvendig trygghet i krisen. Å kunne forholde seg til et begrenset antall personer i krisen, ble også oppgitt som viktig for mange. Det at noen kjenner ens historie og kan se endringene fra den første kontakten og utover i den videre oppfølgingen, fremheves som positivt. Å skulle utlevere seg selv og sin historie til stadig nye personer, beskrives som en belastning. Mange brukere uttrykker imidlertid forståelse for at det nødvendigvis må bli noen bytter underveis, grunnet ansatte i AAT sin arbeidstid. Brukere som opplevde å forholde seg til flere ulike personer, beskriver jevnt over en opplevelse av at AAT var flinke til å videreformidle informasjon seg i mellom, og at de ansatte dermed stort sett var godt oppdaterte på brukeren og dennes situasjon. Flere hadde også erfaring med at AAT tilstrebet at det var minst en kjent person som møtte brukeren og at de forsøkte å begrense antall involverte.

Informantene hadde erfaring på at AAT stort sett var punktlig, og at de ga beskjed dersom de ble forsinket eller avtaler måtte flyttes på. Det fremkommer at brukere har forståelse for at en avtale av og til må endres. Samtidig kan dette bidra til stor grad av utrygghet. Det beskrives at avtalene med AAT bidrar til å skape en struktur og en trygghet i hverdagen, og hjelper brukere til å holde ut. Situasjonen er imidlertid skjør, og endring av en avtale kan føre til at noe av tryggheten rakner. Når det gjelder varighet av kontakt, fremkommer det store variasjoner. For de fleste brukere dreide det seg imidlertid om en kortvarig kontakt, som strakk seg over alt fra noen få dager til 1-2 måneders varighet. Et mindretall informanter hadde hatt kontakt med AAT over lang tid, et par personer hadde hatt kontakt mer eller mindre sammenhengende over flere år. Kontakten var da en del av brukerens faste behandlingstilbud, og ble verdsatt fordi AAT kjente hele historien og hadde stått sammen med vedkommende i diverse opp- og nedturer. Brukere som hadde mottatt et mer kortidspreget tilbud fra AAT, uttrykte imidlertid ikke et ønske om at kontakten hadde vært mer langvarig. Den tidsavgrensede kontakten var innenfor hva de forventet, da de opplevde AAT som et kortvarig krisetilbud med et "her og nå" fokus. Det som ble fremhevet som viktig, var at AAT var tydelige på at de var et kortidstilbud.

*Pårørende:* hadde ulike erfaringer med åpningstider i AAT. Noen hadde møtt et AAT som hadde åpent på kveld og helg, og syntes det var positivt at det fantes et annet tilbud enn legevakt som det gikk an å kontakte. Flere hadde opplevd det som positivt å få avtale med AAT på ettermiddag og kveld. Pårørende hadde da mulighet til å selv være på jobb, og også delta i samtalene med AAT. Flere pårørende, i likhet med mange brukere, ga uttrykk for et ønske om at AAT hadde hatt en mer utvidet åpningstid, og da helst 24 /7.

De pårørende hadde ulike erfaringer med hvordan komme i kontakt med AAT. I flere tilfeller var det den pårørende som hadde kontaktet fastlege eller legevakt, som så hadde henvist til AAT. Noen hadde også fått telefonnummer til AAT fra lege og kontaktet teamet selv. En pårørende hadde erfaring på at deres lokale AAT hadde endret praksis fra tidligere selvhenvvisning til krav om henvisning. Dette gjorde at det var litt mer komplisert å få koblet inn AAT, enn det hun hadde erfart tidligere.



De fleste pårørende opplevde at responstiden frem til første møte var kort, når de først kom frem til rett instans. Mange opplevde å få avtale med AAT samme dag. Den korte responstiden ble verdsatt høyt og representerte en trygghet for pårørende. Flere beskrev hvordan krisen hadde bygget seg opp i tiden før AAT ble kontaktet. Både pårørende og bruker hadde forsøkt å mestre krisen selv i tiden før AAT ble koblet inne. Når AAT først ble kontaktet, var det fordi situasjonen hadde forverret seg og pårørende kunne oppleve at de ikke hadde så mye mer å gå på. Noen pårørende opplevde at de måtte vente et par dager på å få avtale med AAT. Det ble beskrevet som lite heldig, da den pårørende opplevde situasjonen som akutt på tidspunktet AAT ble kontaktet.

Det fremkom stor grad av variasjon når det gjaldt hvor lenge det var kontakt med AAT. De fleste hadde hatt kortvarig kontakt, over noen få dager eller uker. Noen hadde hatt mer eller mindre sammenhengende kontakt over mange måneder, med varierende tidsintervaller. Det varierte hvor ofte AAT hadde hatt kontakt med bruker og hvor mye pårørende hadde vært involvert. Flere oppga at det i den mest akutte fasen hadde vært kontakt mellom AAT og bruker 2-3 ganger i uken. I ett tilfelle hadde AAT vært inne 1-2 ganger daglig. Andre hadde hatt kontakt ca en gang i uken. Pårørende hadde i mange tilfeller en opplevelse av at både bruker og de selv hadde fått være med å bestemme graden av oppfølging. Det varierte i hvor stor grad de pårørende hadde vært involvert i avtalene med AAT. Noen pårørende ga uttrykk for at tidspunkt for avtaler kunne ha noe å si for hvorvidt de deltok eller ikke. Dersom avtaler ble lagt til ettermiddag eller kveld, kunne det være lettere for pårørende å delta.

Pårørende hadde i hovedsak erfaring med at AAT tilstrebet å få til en viss kontinuitet, slik at det var et begrenset antall personer fra teamet involvert. Dette ble vurdert som positivt, ved at de ansatte kjente brukeren og dennes historie. Der hvor der var ukentlig kontakt var det stort sett den eller de samme personene som fulgte opp. Der hvor det hadde vært tettere kontakt, var det flere involverte. Pårørende utrykte forståelse for at det måtte bli slik. Det som ble vurdert som viktig da, var at de som kom var oppdatert på situasjonen.

*Teamansatte:* Ingen av teamene som deltok i studien har åpent 24 / 7. Noen av teamene hadde åpent på dag -og kveldstid samt en eller annen form for åpningstid i helger, mens andre hadde åpent kun på dagtid på hverdagene. Det sier seg selv at mangfoldet og variasjonene i organiseringen av AAT, gir variasjoner i hvordan tjenestetilbudet utformes konkret. Samtidig er det to interessante funn som informantene trekker frem uavhengig av den varierte organiseringen. Det er knyttet til erfaringene med å være fleksibel og tilgjengelig.

I relasjon til fleksibilitet fremholder de teamansatte at dette gjelder både hvem de tar i mot eller møter, hva som er deres psykiske vansker, hvor de skal møtes og på hvilke tidspunkter. Teamene kan både kreve henvisning og ikke. Blant informantene i denne studien praktiserer halvparten krav om henvisning fra fastlege eller annet helsepersonell forut for kontakt med bruker. Den andre halvparten også godtar at brukere og pårørende kan henvende seg direkte til teamet. Teamene som har krav om henvisning, godtar at den første henvendelsen skjer på telefon. Teamene forsøker å praktisere at de skal ta i mot alle henvendelser og avklare om det er en sak for akutteamet eller ikke. Som grunnlag for alle henvendelser gjelder frivillighetsprinsippet. Noen team har imidlertid også ansvar for å utføre tvungne legeundersøkelser i sitt distrikt, etter vedtak fattet av kommuneoverleger i opptaksområdet. Hvem som blir tatt i mot varierer blant informantene. Noen forsøker primært å ta i mot personer som erfarer akutte, alvorlige psykiske lidelser, andre møter også personer i livskrise og atter andre lar personens behov og ønsker om hjelp være styrende for samarbeidet. Det siste i betydningen av at samarbeidet er basert i hva brukeren trenger. Disse ulike praksisene avspeiler diskusjonen om hvem som skal være målgruppe for teamene og hvordan denne skal avgrenses. Diskusjoner om avklaringer av målgruppe er et også et funn i studien. Mange av informantene forteller at dette har vært og er mye diskutert både knyttet til hva som er akutt, skal det være en kjent psykisk lidelse og hva er en psykisk krise. Erfaringene viser at den største gruppen av brukere er personer som erfarer depresjon og suicidalitet.

Erfaringene og praksisene knyttet til tilgjengelighet trekkes frem når de teamansatte forteller om AAT som et lavterskeltilbud, åpningstider, portvaktfunksjon, arbeidstid og bemanning. De fleste av informantene opplever at de representerer et lavterskeltilbud. I den betydning at de er lett å komme i kontakt med og at det ikke går lang tid før det er mulig å møte brukeren. For å kunne være tilgjengelige stilles det krav til faglig og administrativ fleksibilitet. Dette henspiller igjen på åpningstider som er sentrale for når man kan treffe teamet enten på telefon eller ansikt til ansikt. De teamene som bare har åpent på dagtid opplever ikke dette som begrensende for sin tilgjengelighet i betydningen av at de raskt, f.eks. dagen etter, kan ta kontakt eller møte en ny bruker. Ingen av de intervjuete team praktiserer portvaktfunksjon. De aller fleste er et supplement til de akutte tjenestene ved det respektive DPSet og samarbeider med disse og med sengeavdelinger, både akuttposter og avlastningsposter. Når det gjelder ambulering og hjemmebehandling, varierer informantenes erfaringer. Noen forsøker primært og møtes utenfor sine kontorer og i hjemmet til brukere. Andre lar brukeren avgjøre hvor de skal møtes og atter andre lar brukeren komme til teamets kontorer. Teammedlemmenes arbeidstid er selvsagt knyttet til teamets åpningstider. Noen informanter synes det ikke spiller noen rolle at de arbeider både på dag- og kveldstid. Andre synes det er prisverdig at arbeidet skjer på dagtid. Informantene opplever det som viktig at teamene er tverrfaglig sammensatt og at teammedlemmene har bred erfaring fra ulike deler av psykisk helsevern. Uten unntak fremholder informantene betydningen av å kunne ha en lege eller psykiater på deltid i teamet, eller at teamet har tilgang til en slik fagperson. Det fremholdes også betydningen av spredning i alder, kjønn, erfaring, kompetanse og utdanning.

*Samarbeidspartnere:* fremholder at AAT fremstår med rask respons. De er lett tilgjengelige og de er fleksible i sin tilnærming til både brukere, pårørende og samarbeidspartnere. AAT erfares som lette å nå både på telefon og i direkte kontakt for både råd og vurderinger i konkrete saker. De representerer et lavterskeltilbud innen spesialisthelsetjenesten – både som tilbud fra teamet og fra andre deler av akutte psykisk helsetjenester. Noen av informantene har noen ganger kunnet oppleve det motsatte; at det er vanskelig å komme i kontakt med AAT og at døren for å kunne få hjelp har vært trang. Informantene fremholder at AAT fyller et hull i samarbeidet mellom ulike kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten bare ved at de er til. Organisatorisk opplever informantene at AAT er riktig og nødvendig plassert. Funnene viser at de fleste informantene kan henvise brukere til teamene uten å ha en formell henvisning og at samarbeidspartnerne ikke må gå gjennom andre tjenester for å få kontakt med AAT. Bruk av telefon fremheves som en av de viktigste måtene å både søke og få kontakt med teamene.

#### **4.4 Oppsummering om tilgjengelighet**

Vel halvparten av akutteamene hadde åpningstid bare på dagtid på hverdager, mens litt under halvparten også var operative noen timer på kveldstid. Omtrent 20 team var operative noen timer på dag og eventuelt kveld i helger, og noen få team til var en del tilgjengelig på telefon i helger. Ingen akutteam var operative om natten. Men flere av teamene hadde avtaler med døgnavdelinger ved DPS eller sykehus om at pasienter kunne ringe dit ved behov for telefonkontakt om natta.

Hovedhenvisende instans til akutteamene er fastleger. Det er ulik praksis når det gjelder om teamene tar i mot brukere/pasienter direkte uten henvisning fra fastlege eller andre tjenester. 26 av 43 team sier at de tar i mot pasienter de kjenner uten henvisning, og 20 av 43 team tar også i mot pasienter de ikke kjenner uten henvisning.

Elleve av 52 akutteam hadde som målsetting å kunne rykke ut innen 4 timer etter at de mottok en henvendelse, og 25 team at de kunne rykke ut innen 24 timer eller så raskt som mulig. Ni team svarte at de skulle rykke ut så snart som mulig, men det er uklart hva det betyr. Vi har ikke informasjon om i hvilken grad akutteamene lever opp til sine intensjoner om responstid. Tjueåtte av teamene sier at de tar i mot alle henvendelser til AAT der personen er i akutt psykisk krise og saken er innenfor psykisk helsevern, og ni at teamets målgruppe er personer som står i fare for å bli innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling med suicidalitets- eller psykoseproblematikk.

Flere brukere beskriver at utvidet åpningstid og lett tilgjengelighet var et viktig moment for å skape trygghet i psykisk krise. Nettopp kveld og natt og ikke minst helg og høytid ble beskrevet som vanskelige å komme igjennom når man er i psykisk krise.

De fleste har erfart å få hjelp i løpet av 1-3 dager. Noen også samme dag. En bruker ventet en uke, men opplevde ikke dette som problematisk. Noen kunne ha ønsket en kortere responstid, men de fleste brukerne gir uttrykk for at det å vite at de har fått en avtale med AAT gir trygghet, og gjør at man kan holde ut. Mange uttrykker også at de var fornøyde med å få hjelp så raskt som de gjorde.

Femten av teamene svarte at de skal kunne følge opp brukere minst en gang daglig. De fleste brukerne oppgir å ha møtt AAT omtrent en gang i uken, men noen har i perioder hatt tettere kontakt med opptil flere ganger i uken. Mange opplevde at de fikk være med på å definere graden av oppfølging og åpning for å kunne kontakte teamet ved behov. Denne fleksibiliteten var for mange svært viktig for å skape nødvendig trygghet i krisen. Å kunne forholde seg til et begrenset antall personer i krisen, ble også oppgitt som viktig for mange.

For de fleste brukere dreide det seg imidlertid om en kortvarig kontakt, som strakk seg over alt fra noen få dager til 1-2 måneders varighet.

## 5 Behandling og oppfølging

### 5.1 Intervensjoner eller tiltak som teamet gir

Tabell 5.1 Antall team som gir spesifikke intervensjoner i ulik grad i følge teamledere

Hvor stor andel brukere som mottar ulike intervensjoner	Ingen	En mindre del	Mange, men ikke alle	Alle
Foreskrive medikamenter	11	30	17	0
Administrere/dele ut medikamenter	35	20	1	0
Levere medikament til brukerens hjem og veilede dem i å ta medikamentene	37	18	1	0
Gå i butikker med brukeren	38	17	2	0
Lage mat eller tilberede et måltid med brukeren	41	16	0	0
Gjøre reint i huset med brukeren	51	6	0	0
Hjelpe brukeren med rettigheter og hjelp, eller problemer med disse	7	28	20	1
Hjelpe med andre økonomiske problemer eller å håndtere gjeld	22	25	10	0
Følge brukeren til retten eller politiet	29	25	1	1
Følge brukeren til fastlegen	19	20	15	1
Tilby fysisk helsesjekk, f eks gjøre en somatisk undersøkelse	28	21	8	0
Være hos brukeren i lengre tid for å sikre deres eller andres sikkerhet eller lette sosial isolasjon	27	22	6	1
Har kontakten med brukeren hjemme hos bruker eller på annet sted, ikke i teamets eget kontor	3	7	38	9
Har kontakten med brukerens familie og/eller venner	1	12	35	9

De fleste teamene oppgir at de har kontakt med mange eller alle brukere i deres hjem eller på annet sted utenfor teamets eget kontor. De oppgir også at de for mange eller alle brukere også har kontakt med noen i dennes familie eller nettverk. En del team foreskriver medikamenter til mange brukere. Teamene går i liten grad inn og administrerer eller deler ut medikamenter. Teamene bidrar en del med å følge brukere til fastlegen eller hjelpe dem til å få hjelp eller rettigheter fra andre tjenester. Fastlegen gjør somatiske undersøkelser. Teamene bidrar i liten grad med praktisk hjelp som handling, matlaging eller rengjøring.

## 5.2 Tiltak for å forbedre utskrivinger eller forebygge kriser

Tabell 5.2 Kriseplaner og andre tiltak som brukes i følge teamledere

Tiltak for å forbedre utskrivingsordninger	Aldri eller nesten aldri	Bare til en mindre del	Til de fleste	Til alle
Felles utskrivnings-møter med ACT/psykoseteam eller andre lokale team	37	14	5	0
Utarbeiding av skriftlig plan for forebygging av tilbakefall	19	25	8	3
Bruker kriseplan eller forhåndsavtaler (inkludert planer laget med brukeren ved andre tjenester)	8	30	16	2
Bruk av treningsopplegg for å lære å klare seg selv (f eks selvstendig liv, IMR, WRAP)	40	15	3	0
Oppfølgende avtaler eller telefonsamtaler etter utskrivning fra teamet	15	24	16	2
Intervensjon (f eks støttegruppe) for å bygge bro mellom AAT og andre tjenester	18	22	15	1
Initiativ for å forbedre utskrivningsprosess og planlegging av utskrivning (vennligst beskriv nedenfor)	12	23	16	2

Tabellen viser at teamene i noen grad bruker kriseplaner for brukere som har dette. De utarbeider i mindre grad selv kriseplaner eller forebyggende planer med brukerne. Bruk av ulike treningsopplegg for å lære mestring overlates til kommunale eller andre tjenester som har kontakt med brukerne over lengre tid. Teamene bidrar for mange brukere med å henvise til andre tjenester for videre oppfølging, og med å sikre overgangen til slik oppfølging. Dette gjøres i mer begrenset grad i form av felles samtaler med andre tjenester.

## 5.3 Funn om behandling og oppfølging fra den kvalitative studien

*Brukere:* Til tross for at betegnelsen AAT indikerer at hjelpen ambulerer ut til folk, var det mange av brukerne som kun hadde mottatt oppfølging fra AAT i teamets lokaler. Hjemmebehandling hadde enten ikke vært nevnt som et mulig tilbud, eller brukeren hadde av ulike årsaker foretrukket å møtes hos AAT. I de fleste tilfeller syntes brukerne det var greit å møtes hos AAT. Å dra ut av hjemmet for å komme seg til en avtale, kunne bidra til å gi struktur på hverdagen og en følelse av normalitet. Noen beskrev også at det var forbundet med skam å skulle motta hjelp hjemme. Samtidig ble det fra flere brukere påpekt som nyttig at AAT kom hjem, nettopp fordi dette kunne gi AAT en bredere forståelse av situasjonen.

Et tydelig funn i studien er at AAT primært tilbyr hjelp i form av samtaler. Mange brukere oppga at de satte stor pris på disse samtalene. Samtalene ble av flere brukere beskrevet som en hjelp til å sortere og prioritere i krisen. Gjennom samtaler med AAT fikk de hjelp til å nyansere og fokusere på hva som var det viktigste akkurat nå. For mange brukere var det å få konkrete råd om hvordan håndtere krisen viktig. En bruker beskrev hvordan han fikk i oppgave å hver kveld tenke gjennom hva han hadde fått til den dagen. Flere beskrev hvordan samtaler med AAT bidro til at de klarte "å stå i det". Samtaler med AAT ga opplevelse av støtte og ikke å være alene. En del hadde erfart at AAT brukte en form for reflekterende team i samtalene. Dette foregikk ved at teamet jobbet to og to. Den ene personen snakket med brukeren, og den andre hadde en lyttende rolle. Den andre

personen ble underveis i samtalen bedt om å dele sine refleksjoner rundt det den første personen og brukeren hadde snakket om. Brukere som hadde erfart denne samtaleformen, var i hovedsak positive. De følte seg sett, hørt og bekreftet, samtidig som refleksjonen ble beskrevet som en viktig hjelp til å sortere og oppsummere det samtalen hadde handlet om.

Vurdering og utskrivning av medisiner var et tilbud en del brukere mottok fra AAT. For noen var dette en viktig del av hjelpen, ikke minst gjaldt det å få medisiner for å få sove. Noen brukere erfarte at fastlegen ikke hadde tilstrekkelig kompetanse på medisiner av psykiske helseplager. Det gjorde dermed en forskjell for dem å få en vurdering fra en spesialist gjennom AAT. I flere tilfeller ble den videre medisinoppfølgingen gjort av fastlege.

Familien og nettverket ble i mange tilfeller ikke involvert i oppfølgingen fra AAT. Årsaker til dette kunne være at bruker ikke ønsket det, eller at det ikke ble foreslått av AAT. Noen brukere kunne være redde for å belaste pårørende ved å trekke dem inn. I de tilfeller der familien ble involvert, ble det i hovedsak vurdert som nyttig av brukerne. Dette kunne handle om at de pårørende fikk informasjon og at de dermed ble mindre engstelige. Pårørende kunne på denne måten også få en større forståelse for hva bruker slet med, og dermed være en bedre støtte. Noen brukere hadde erfart at AAT hadde hatt samtaler med barna deres. Dette ble vurdert som en viktig støtte for barna.

For noen av brukerne representerte AAT en hjelp til å legges inn. Med unntak av en, så var disse innleggelsene ønsket og frivillige fra brukers side. Brukerne fikk hjelp av AAT til å henvises for innleggelse på DPS. Innleggelse lokalt ble beskrevet som det klart foretrukne alternativet, fremfor innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling på sykehus. At AAT kunne bistå med å henvide for innleggelse på DPS og at de også kunne følge opp frem til det ble ledig plass, ga trygghet. En bruker ble i en akutt situasjon henvist av AAT til legevakt og ble av legevakten lagt inn med tvang på akuttavdeling. Denne brukeren hadde en negativ erfaring av dette, og etterlyste større grad av selvstendige vurderinger fra AAT sin side.

*Pårørende:* Flere pårørende beskrev at AAT hadde tilbudt hjemmebehandling. Erfaringene med dette var positive. Noen beskrev hvordan det at AAT kom hjem opplevdes som en viktig del av behandlingen, ved at deres nærstående fikk hjelp og motivasjon til å komme seg opp av sengen og i dusjen. For en del ble det sett som urealistisk at deres nærstående skulle ha klart å komme seg til en avtale på DPS, og hjemmebehandling ble sett som et verdifullt alternativ. For andres del var innholdet i hjemmebehandlingen mer at det fungerte som en trygg ramme rundt samtaler. En mor hadde erfart at AAT hadde møtt datteren hennes på steder som kafé eller i parken. Moren anså det at AAT fikk datteren ut av huset som et viktig ledd i tilfriskningen. Flere hadde ikke erfart at AAT kom hjem, og hadde møtt AAT på deres kontor. En kvinne beskrev hvordan hun ikke ville ha ønsket å få AAT hjem, dersom hun hadde fått tilbudet. For henne var det viktig at hjelpeapparatet og ektemannens behandling ikke fylte hjemmet og hverdagen der. En far hadde ikke fått tilbud om hjemmebesøk. Han hadde i den aktuelle situasjonen ikke savnet det fordi oppfølgingen fra AAT hadde dreid seg om jevnlig vurderinger av tilstanden til sønnen, frem til han fikk tilbud om innleggelse. Faren tenkte imidlertid i ettertid at det kunne ha gitt ham som pårørende en viktig avlastning, dersom AAT hadde hatt hyppige hjemmebesøk og kunne ha brukt tid sammen med sønnen. Hjemmebehandling ville da hatt et annet innhold og funksjon enn vurderingssamtalene som de fikk hos AAT.

I likhet med brukerne, beskrev de pårørende at tilbudet fra AAT primært dreide seg om samtaler. I en del tilfeller hadde de pårørende vært med i mange samtaler. I andre hadde de vært lite involvert. Flere pårørende beskrev at de opplevde at disse samtalene var viktige for deres nærstående og dem selv. De fikk anledning til å luften ut tanker og kunne også få råd om hvordan håndtere situasjonen. Noen beskrev at hovedfokuset i disse samtalene hadde vært å gjøre vurderinger av psykisk tilstand og avklare behov for videre tiltak. AAT kunne oppleves som en "sorteringspost". Det opplevdes at AAT i liten grad representerte et eget tilbud om behandling i krisen.

AAT iverksatte i en del tilfeller medisiner. Dette ble vurdert som en viktig del av hjelpen, sett fra de pårørendes ståsted. Noen problematiserte at AAT hadde mangelfull tilgang på lege og at dette

førte til at deres nærstående ikke ble vurdert av lege og at medisinerer ikke kom i gang. En pårørende tenkte at innleggelse kunne ha vært unngått dersom AAT hadde satt i gang medisinerer av hennes far, fremfor å legge det til fastlege som var på ferie. En annen fortalte om hvordan hennes ektefelle hadde blitt feilmedisinert gjennom en lege som hadde bakvakt for AAT og som ble konsultert av AAT på telefon. Legen hadde aldri truffet brukeren. Flere pårørende etterlyste bedre tilgang på psykiatere i AAT.

Noen pårørende etterlyste at AAT hadde vært tettere involvert og fulgt deres nærstående mer opp i dagliglivets gjøremål. De tenkte dette kunne ha gitt AAT verdifull informasjon, samtidig som det kunne ha avlastet pårørende. En pårørende beskrev hvordan AAT hadde hjulpet datteren hennes med å vaske leiligheten. Hun anså dette for å være noe av den viktigste hjelpen datteren fikk i krisen. Noen pårørende etterlyste at AAT kunne ha laget en plan for brukeren med konkrete, praktiske mål, og der hensikten var å bedre den daglige funksjonen.

Involvering av pårørende ble beskrevet som viktig. Flere pårørende uttalte at ved å bli involvert og få informasjon om hva som skjedde, så kunne de være en bedre støtte for den nærstående. I tillegg var det en trygghet for pårørende. De pårørende hadde ulike erfaringer med i hvilken grad de ble involvert. Noen var med i flere samtaler og opplevde at de ble spurt av AAT om sine synspunkter. Andre opplevde at de ble involvert i liten grad, eller sent i behandlingsløpet. De kunne i ettertid ønske at de hadde blitt trukket inn mer. Dette så de som viktig, både for å bli holdt orientert, og også for at de kunne ha delt sine erfaringer med AAT. Noen hadde erfart at AAT hadde hatt samtaler med barna. Dette ble verdsatt høyt. Pårørende opplevde at AAT ga barna saklig informasjon og normaliserte situasjonen.

Flere pårørende var opptatt av at innleggelse kan være god og nødvendig hjelp i kriser. De anså noen ganger innleggelse som det tryggeste tilbudet for sine nærstående. Noen hadde tanker om at personen ved en innleggelse ville få en mer grundig utredning og behandling enn hva man kunne få til hjemme. Flere pårørende pekte også på at det å ha en person i alvorlig psykisk krise hjemme, var en stor belastning for pårørende. De bekymret seg og opplevde vansker med å få sitt eget dagligliv til å fungere. Flere beskrev at de måtte gjøre tilpasninger i hverdagen. Dette kunne handle om å måtte ta seg fri fra jobb eller å passe på at barna ikke var alene med personen som var i krise. Noen beskrev stadige telefonoppringninger til alle tider av døgnet og at de brukte mye tid på bistå personen i krise med praktiske gjøremål. For noen innebar den økte belastningen at de også slet med egen helse. Pårørende som hadde erfaring med at AAT bistod med innleggelse, var fornøyd med hjelpen de fikk på dette området. I flere tilfeller hadde AAT fulgt brukeren til innleggelse, noe pårørende både fant trygt og avlastende. Det flere hadde ønsket annerledes, var at innleggelsen kunne ha skjedd tidligere. Samtidig var noen pårørende også opptatt av at det var viktig å prøve hjemmebehandling for å unngå innleggelse. Hjemmebehandlingen måtte da være ”trygg nok” for alle parter.

*Teamansatte:* Når det gjelder innholdet i tjenestetilbudet, kan det virke som om hovedtilbudet er ulike former for samtaleterapi med vekt på individuelle samtaler og mindre vekt på samtaler med pårørende, familie eller private og offentlige samarbeidspartnere. Teamansatte fremholder at det vanligste emnet i samtaler er relatert til et normaliseringsperspektiv. I sin forståelse av et normaliseringsperspektiv fremholder informantene at det innebærer å utvide perspektivene på den psykiske krisen personen opplever og å kunne bidra til at livet forsetter, med hjelp fra teamet. Dette kan bestå i å hjelpe folk med å stå i arbeid, unngå innleggelse og å arbeide hjemme hos brukerne. Flere av de teamansatte forteller at de også forsøker å involvere familie og pårørende der dette er mulig og ønskelig. For mange brukere som er i kontakt med psykisk helsevern gjennom et AAT for første gang, handler det om å avdramatisere møtet og opplevelsene med «Psykiatri». Flere informanter omtaler dette som at tilbudet fra teamet er humaniserende med vekt på å møte brukere med respekt, likeverd og åpenhet. Mange av informantene omtaler tilbudet fra AAT som et faglig alternativ gjennom at de kan gi rask respons, at de kan være fleksible i sin tilnærming og at de har en lav terskel for å møte folk.

Et sentralt funn er knyttet til spørsmålet om de teamansatte arbeider med utgangspunkt i spesielle kliniske metoder. Flere informanter utviser usikkerhet når dette spørsmålet blir stilt. De fleste informanter forteller at de ikke arbeider etter en eller flere spesielle kliniske metoder eller tilnærminger. Det som er det avgjørende er brukeren, og dennes opplevelse av sin krise i relasjon til personens livsbetingelser. Slik sett kan man si at informantene uttrykker at tilnærmingene eller metoden er avhengig av situasjon, relasjon, person og krisens innhold. Noen teamansatte uttrykker at de forsøker å finne ut av hva som kan være hjelpsom hjelp og ikke minst hva som kan oppleves som trygt for personen som opplever en psykisk krise. Kanskje en av de viktigste kliniske tilnærmingene er bruk av telefon med brukeren. Særlig den første telefonsamtalen fremholdes ofte som viktig for om og hvordan samarbeidet med brukeren skal utvikles. En annen tilnærming som synes å være felles for mange team, er det å arbeide sammen to og to i møter med brukere og pårørende. Noen team er også inspirert av og bruker ulike tilnærminger knyttet til reflekterende team, samtaler og prosesser.

*Samarbeidspartnere:* har erfart at ansatte i AAT innehar hovedsakelig god faglig kompetanse. De yter god service og de stimulerer til samarbeid og tverrfaglighet med andre tjenestetilbud. AAT oppleves som å gi trygghet til samarbeidspartnerne ved å at de har tilgang til AAT for hjelp og støtte i utfordrende saker, i tillegg til saker som er akutte. Informantene opplever at det gis gode muntlige evalueringer fra brukere og pårørende som har hatt kontakt med AAT. Samarbeidspartnerne fremholder at innholdet i tilbudet representerer en lav terskel for kontakt og at AAT kommer raskt til. De forhindrer lange behandlingsforløp og demper den akutte krisen ved at det også er mulig å ta kontakt på nytt. Dette gir trygghet både for brukere og samarbeidspartnere. Informantene kan også ta kontakt med teamene for få råd og kunne drøfte problemstillinger og saker. Det reises spørsmål ved om det er for mange «gjengangere» og kjente brukere av teamene og om det ville vært en fordel om AAT i større grad oppsøkte fastleger på deres kontorer. Informantene har erfart at tilbudene fra AAT fremstår som i høy grad brukerstyrt i den betydning at brukeren medvirker i det aktuelle tilbud som gis.

#### **5.4 Hva kjennetegner et godt akutteam?**

*Brukere:* som deltok i studien, var generelt lite opptatt av hvilken faglig bakgrunn de ansatte i AAT hadde. For noen var det imidlertid viktig å få treffe en lege for å få en vurdering av medisiner. Noen satt igjen med en opplevelse av at det å trekke inn en lege hadde tatt for lang tid. Utover et ønske om å bli vurdert av en lege, visste mange av informantene ikke hvilken bakgrunn de ansatte hadde, og hadde heller ikke sett det som viktig i krisen. Noen brukere ga uttrykk for at de hadde hatt spesielt god nytte av å snakke med ansatte med spesifikk kompetanse på ulike områder. Noen hadde for eksempel hatt god nytte av å snakke med sosionom om forhold knyttet til arbeidsliv. Andre igjen hadde opplevd det som nyttig å snakke med ansatte med barnefaglig kompetanse. En bruker hadde opplevd samtaler med psykiater som spesielt nyttig, fordi denne hadde en mer direkte måte å snakke på enn de andre i AAT. For en annen bruker igjen, ble samtaler med sykepleiere trukket frem som viktig fordi disse hadde en bred og åpen tilnærming. Denne brukeren fant samtaler med psykiater lite nyttig, fordi hun opplevde at det da kun ble fokusert på testing og medisiner. For noen av de mannlige brukerne, ble det å ha truffet en mannlig ansatt i AAT, fremhevet som positivt.

Betydningen av normalisering i psykisk krise var noe samtlige brukere var opptatt av. AAT ble beskrevet som en viktig bidragsyter både når det gjaldt å hjelpe brukeren med å se det normale i deres krisereaksjoner og til å sammen med brukeren finne måter å leve med krisen på i hverdagen. Å bli behandlet som en normal person hadde også stor betydning i prosessen med å få tilbake troen på seg selv og egen evne til å komme seg videre. Opprettholdelse av hverdagslivet, til tross for krisen, ble av flere beskrevet som viktig. Utføring av små, daglige aktiviteter kunne være en hjelp til "å stå i det". Ved å kunne være i eget hjem i krisen, hadde brukeren mulighet til å vaske opp, lage seg mat eller luften hunden. Disse små tingene kunne bidra til å gi et anstrøk av normalitet selv om tilværelsen kunne oppleves kaotisk. For noen brukere var det også viktig å kunne være mer eller mindre i jobb. Jobb kunne fungere som en pause fra krisen. Noen brukere opplevde imidlertid at det



å skulle opprettholde hverdagens fungering i krisen, var svært krevende. Det kostet så mye krefter at det kunne komme i veien for egen bedring.

Fleksibiliteten til AAT er noe som fremheves av brukerne. Samtlige informanter ga uttrykk for at AAT opplevdes fleksible og at de selv langt på vei kunne være med å bestemme behov for og formen på oppfølgingen. For mange brukere handlet denne fleksibiliteten om en opplevelse av å bli tatt på alvor og det bidro til å skape trygghet. Spesielt ble muligheten til å ta kontakt utenom avtaler fremhevet som viktig for mange. Trygghet er et av de begrep som trekkes mest frem av samtlige brukere. I en psykisk krise kan det virke som om det nettopp er tryggheten som forsvinner. Rask responstid kan ha mye å si for tryggheten. Flere brukere trekker også frem at muligheten til å kunne henvise seg selv til AAT ved nye kriser er trygghetsskapende.

*Pårørende:* trakk frem tilgjengelighet som et viktig trekk ved AAT. Dette handlet både om åpningstider og at det var enkelt å oppnå kontakt. Rask respons ble fremhevet som viktig, for mange handlet det om en opplevelse av å bli tatt på alvor. Pårørende ga uttrykk for at de opplevde de ansatte som kompetente. Hvilken faglig bakgrunn de ansatte hadde, ble i liten grad tematisert. Bredde i kompetanse ble imidlertid sett på som viktig. Kompetanse på det å snakke med barn ble trukket frem som en god hjelp for de det var aktuelt for. Betydning av tilgang på psykiater ble også fremhevet som en viktig del av tilbud fra AAT. En pårørende opplevde at AAT hadde god formell kompetanse, og mente man ideelt sett også hadde trengt noen med bruker- eller pårøndererfaring i AAT.

Pårørende ga uttrykk for et ønske om å bli involvert. Flere hadde opplevd at AAT var opptatt av å involvere dem, mens andre hadde etterspurt det selv. Samtidig som mange pårørende ønsket å ha et samarbeid med AAT rundt oppfølgingen av deres nærstående, var det også noen som uttrykte et behov for å avlastes. Flere pårørende ga uttrykk for at de satt med et stort ansvar og at det kunne være godt å få en pause i blant. Å lytte til pårørendes behov og erfaringer, ble sett på som viktig.

*Teamansatte:* pekte på det de erfarer som karakteristika på et godt AAT: en relativt avklart målgruppe med fokus på alvorlig, akutt psykisk lidelser og livskriser samt fokus på brukerens behov og ønsker – ”hva trenger du?”. Teamene skal være tilgjengelige, fleksible og med lav terskel for å kunne ta kontakt (både selvhenvielse og henvisninger fra andre i helsevesenet). Det er nyttig med tverrfaglighet samt å ha tilgang på en psykiater eller en lege. Tilbudet består i samtalerterapi med vekt på et normaliseringsperspektiv. Det skal kunne være stor grad av fleksibilitet i hvor og hvordan teamet møtes med brukere.

Andre forhold som teamansatte trekker frem når det gjelder egenskaper ved et godt AAT er knyttet til kulturen og samarbeidsklimaet i teamet. Dette bør være karakterisert av tillit og åpenhet mellom teammedlemmer og mellom teamet og samarbeidspartnere. Informantene fremholder betydningen av godt faglig lederskap og tilførsel av nødvendige administrative ressurser. Teammedlemmene bør få opplæring og kunne utvide sin kompetanse både når det gjelder verdier og holdninger i arbeidet og i utviklingen av kliniske tilnærminger. Det er stor grad av flat struktur i de teamene som informantene representerer. Det samme gjelder opplevelsen av faglig autonomi. Samtidig opplever flere av informantene at det faglige tilbudet i teamene i relasjon til veiledning, kurs og faglig utvikling er blitt gradvis redusert og minimalisert. Kravet til skriftlig dokumentasjon oppleves tidvis som krevende og forstyrrende for å kunne utøve et tilfredsstillende faglig arbeid.

*Samarbeidspartnere:* har erfart at et av de viktigste trekkene ved et AAT er at de kan bidra til å forhindre akuttinnleggelse og å gjøre eventuelle innleggelse på en bedre måte. I mange tilfeller finner teamene andre løsninger som kan bidra til at krisen dempes raskere. Et velfungerende team involverer pårørende, familie og andre samarbeidspartnere. Informantene erfarer at AAT reelt sett fungerer som et alternativ til tradisjonelle akuttpsykiatriske tilbud. Det er ulike erfaringer knyttet til spørsmålet om målgrupper for teamene. Akutte og alvorlige psykiske lidelser, alvorlige livskriser og selvmordsforsøk og tanker erfares som de viktigste brukergruppene. Samtidig har informantene opplevd at team kan ta imot alle former for henvendelser. Et godt team gir rask respons gjennom tilgjengelighet, fleksibilitet og ambulerende. På denne måten kan AAT fungere med kontinuitet i

behandlingsforløpet og som støttespillere for ulike samarbeidspartnere. Informantene har erfart ulike henvisningsrutiner. Både ved at brukerne og ulike samarbeidspartnere kan henvende seg direkte og at det i enkelte team er krav om henvisning ved henvendelse. Mange informanter har opplevd at det kan være svikt i rutiner knyttet til overføring fra AAT til andre tjenester og at epikrise ofte kan komme for sent.

### **5.5 Opplevd effekt og nytte av ambulante akutteam**

*Brukere:* beskrev ulike effekter av kontakten med AAT. For noen fungerte AAT som et alternativ til innleggelse. I noen tilfeller var det fastlege som kontaktet AAT, enten fordi det ikke var ledig plass på døgnavdeling eller fordi fastlege mente det kunne være verd å prøve et alternativ eller at bruker ikke ønsket innleggelse. Det å kunne være hjemme i en psykisk krise, blir av flere beskrevet som verdifullt. Dette handlet blant annet om å kunne opprettholde noe av hverdagen og at innleggelse kan oppleves stigmatiserende. En bruker beskrev at hun i utgangspunktet egentlig ønsket å bli innlagt. I ettertid var hun glad hun klarte seg hjemme med oppfølging fra AAT. For andre brukere, fungerte AAT som en støtte i etterkant av innleggelse. Det ble beskrevet at det å ha en avtale når man skrives ut, kan bidra til å gjøre en sårbar situasjon tryggere for både bruker og pårørende.

AAT fulgte i noen tilfeller opp i påvente av innleggelse. Det dreide seg da om frivillig innleggelse på krisepost på DPS, der bruker måtte vente noen dager på ledig plass. Ved at AAT kunne ha kontakt med bruker i denne perioden, ble det lettere for bruker å holde ut hjemme. En annen bruker hadde oppfølging fra AAT som et "ventetilbud" i påvente av å få time hos psykolog. Denne brukeren beskriver effekten av AAT som heller liten. Han ventet på og var motivert for en annen type tilbud enn det AAT kunne gi.

Generelle effekter av AAT som ble fremhevet av flere brukere, var at det først og fremst var en trygghet å ha AAT der. Det å ha avtaler å se frem til eller å vite at man kunne ringe ved behov, gjorde at det var lettere å holde ut i krisen. Kontakten med AAT bidro også til å lage en struktur på dagene og ukene. Den psykiske krisens innvirkning på selvbildet var noe mange snakket om. Flere brukere pekte på at AAT bidro med å styrke selvbildet, gjennom støttende samtaler med fokus på hva brukeren mestret.

*Pårørende:* Hvilken effekt kontakten med AAT hadde, varierte. For noen fungerte AAT som et alternativ til innleggelse. Ved å involvere AAT ble både pårørende og brukeren tryggere. De hadde noen å sortere tanker og reaksjoner med, og de kunne få informasjon og råd. Pårørende hadde noen å dele ansvaret med og det var betryggende at AAT var inne og vurderte situasjonen og behovet for hjelp. Noen opplevde at situasjonen bedret seg ved at deres nærstående fikk skrevet ut medisiner fra AAT. Det bidro til at det ble mulig å holde ut hjemme. Pårørende satte i disse tilfellene pris på kontakten med AAT og vurderte at det hadde gjort en klar forskjell. De fortalte at innleggelse ikke nødvendigvis hadde vært et aktuelt tema da AAT ble trukket inn. De var klare på situasjonen ikke kunne ha fortsatt slik den var uten hjelp.

For halvparten av de pårørende som deltok i studien, hadde kontakten med AAT endt med en innleggelse for deres nærstående. For noen var det snakk om en innleggelse på døgnavdeling ved det lokale DPS. AAT var da inne og fulgte opp frem til det ble ledig plass på DPS. I noen tilfeller var det AAT som henviste til innleggelse, i andre var det fastlege. Plan om innleggelse ble fattet tidlig i kontakten med AAT. Teamet fulgte deretter opp for å trygge situasjonen i ventetiden. I andre tilfeller ble det i løpet av kontakten med AAT innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling grunnet forverring. I to av tilfellene var det AAT som besørget innleggelse og transport til akuttavdeling. I ett tilfelle skjedde forverringen på natten og pårørende måtte kontakte legevakt for å få til en innleggelse.

For flere pårørende var det viktig å forsøke å unngå innleggelse på akuttavdeling. Noen hadde også opplevd at AAT frarådet det. Pårørende kunne gi uttrykk for at de i ettertid var fornøyde med at de hadde klart å unngå innleggelse på akuttavdeling. Det opplevdes som positivt å ha klart å stå i det hjemme, frem til DPS hadde ledig plass. Samtidig ble det beskrevet at omkostningene kunne være

høye og at pårørende kunne kjenne på et stort og overveldende ansvar. AAT ble av noen beskrevet som en viktig hjelp til å klare å stå i det frem til innleggelse. Dette handlet blant annet om at det var noen andre enn pårørende som kunne vurdere om det var trygt nok. En kvinne beskrev også hvordan det hadde stor betydning for henne at AAT bisto med å kjøre hennes samboer til avtaler med behandler på DPS. Dette gjorde at hun selv kunne gå på jobb. Flere pårørende opplevde at de måtte gjøre tilpasninger i sin hverdag for å ivareta sin nærstående i påvente av innleggelse. Selv om AAT var innom en time om dagen, var det mange timer i døgnet som de pårørende opplevde de måtte ta ansvar for. Det kunne være vanskelig for pårørende å stole på at det var trygt nok, selv om AAT hadde gjort sine vurderinger. Flere pårørende ønsket raskere og enklere tilgang på innleggelse. De etterlyste da primært lavterskel sengeposter lokalt.

For en mindre gruppe pårørende, hadde hverken innleggelse eller oppfølging fra AAT vært aktuelt. Deres erfaring var at AAT kun hadde foretatt vurderinger, og trukket seg ut etter kort tid uten videre tiltak. Pårørende var i disse tilfellene ikke enig i at AAT trakk seg ut. De hadde ønsket oppfølging av sine nærstående hjemme med fokus på å bedre fungering i det daglige. De uttrykte tanker om at AAT ville fått bedre innblikk i situasjonen, dersom de hadde fulgt opp brukeren hjemme. AAT kunne da ha brukt sin innsikt til å henvise videre til mer langvarig hjelp på rett nivå.

*Teamansatte:* er usikre på om det er mulig å peke på klare effekter av AAT. Dels fordi det ikke gjøres systematisk kunnskapsutvikling knyttet til dette, og dels fordi det er uklart hva som skal være den eksplisitte helsepolitiske målsettingen med AAT. Er det primært å unngå innleggelser i psykiatrisk akuttavdelinger, er det å være et lavterskeltilbud for alle former for psykiske kriser jvf. spørsmålet om portvaktfunksjon, eller er det primært å møte brukere på en mer human måte med vekt på et familie- og nettverksperspektiv? Eller er det alle tre? Basert i informantenes erfaringer fremholder de at AAT er god samfunnsøkonomi. De erfarer at de unngår innleggelser hos mange brukere, folk klarer å stå i jobb og i hovedsak opprettholde hverdagslivet. En annen viktig side ved AAT er at de avdramatiserer folks forestillinger om psykisk helsevern og det å oppleve en psykisk krise. Særlig gjelder det for personer som er brukere for første gang. Til sist erfarer informantene at teamet fremstår som humaniserende i den betydning at de viser respekt, likeverdighet og oppfører seg med vennlighet og høflighet.

*Samarbeidspartnere:* flest fremholder at en sentral effekt av AAT er at de bidrar til god samfunnsøkonomi ved å forhindre innleggelse. Brukerne kan få hjelp hjemme og på den måten kan stå i arbeid og ikke bli sykemeldt over lang tid. Dette har også gode effekter for andre familiemedlemmer, for de som har det. Samarbeidspartnere mener at AAT bidrar til å få ned antallet akuttinnleggelse ved at det går an å henvende seg i forkant uten henvisning og å kunne ta direkte kontakt med teamet. Flere team forsøker å få med pårørende og familien og de prøver å få samlet de som er viktigst for brukeren. Økt hjemmebehandling er et gode, gitt at brukeren selv ønsker det. Informantene har erfart at teamene gjennom evne til rask respons kan bidra både til å forebygge, redusere og forhindre selvmord.

#### **5.4 Oppsummering om behandling og oppfølging**

De fleste teamene oppgir at de har kontakt med mange eller alle brukere hjemme hos dem eller på annet sted, og ikke bare på teamets eget kontor. De oppgir at de for mange eller alle brukere også har kontakt med familie eller nettverk. Mange av brukerne sa at de kun hadde hatt samtaler i teamets lokaler. Hjemmebehandling hadde enten ikke vært nevnt som et mulig tilbud, eller brukeren hadde av ulike årsaker foretrukket å møtes hos akutteamet.

En del akutteam foreskriver medikamenter til mange brukere, men teamene går i liten grad inn og administrerer eller deler ut medikamenter. Den kvalitative studien viser også at akutteamene primært tilbyr hjelp i form av samtaler. Mange brukere oppga at de satte stor pris på disse samtalene. Samtalene ble av flere brukere beskrevet som en hjelp til å sortere og fokusere på hva som var viktigst i situasjonen da de var i. For mange brukere var det å få konkrete råd viktig. Teamansatte fremholder at det vanligste emnet i samtalene er relatert til et

normaliseringsperspektiv. Teamene bidrar en del med å følge brukere til fastlegen eller hjelpe dem til å få hjelp eller rettigheter fra andre tjenester. Fastlegen gjør somatiske undersøkelser. Teamene bidrar i liten grad med praktisk hjelp som handling, matlaging eller rengjøring.

Teamansatte bekreftet også i fokusgrupper at hovedtilbudet er ulike former for samtaleterapi med vekt på individuelle samtaler og mindre vekt på samtaler med pårørende, familie eller private og offentlige samarbeidspartnere. Familien og nettverket ble i mange tilfeller ikke involvert i oppfølgingen fra akutteam. Årsaker til dette kunne være at bruker ikke ønsket det, eller at det ikke ble foreslått av teamet.

Teamene bruker i noen grad kriseplaner for brukere som har dette. De utarbeider i mindre grad selv kriseplaner eller forebyggende planer med brukerne.

For noen av brukerne representerte AAT en hjelp til å legges inn. Med unntak av en, så var disse innleggelsene ønsket og frivillige fra brukers side.

## 6 Samarbeid med andre

### 6.1 Samarbeid med akuttpsykiatriske døgnavdelinger

Tabell 6.1 Antall team som samarbeider med akuttavdeling om tidlig utskrivning

Hvilke av følgende metoder bruker akutteamet til å identifisere pasienter ved døgnavdeling som er egnet for tidlig utskrivning ved hjelp av intensiv støtte fra akutteamet	Type døgnpost akutteamet har kontakt med ang utskrivninger	
	Mottakspost	Akutt-avdeling
Møter alle pasienter ved døgnposten for å vurdere egnethet for tidlig utskrivning	3	3
Møter utvalgte pasienter ved døgnposten for å vurdere egnethet for tidlig utskrivning	7	8
Deltar i alle postmøter for å identifisere pasienter som egner seg for tidlig utskrivning	4	2
Deltar i postmøter om utvalgte pasienter for å identifisere dem som egner seg for tidlig utskrivning	7	9
Har møter med personale i posten for å identifisere pasienter som kan være egnet	11	13

Akutteamene har i liten grad samarbeid med akuttavdelinger om å bidra aktivt til tidlig utskrivning av pasienter ved at de følges intensivt opp av akutteamet. Noen få team hadde regelmessig kontakt med døgnavdelinger om de hadde pasienter som kunne egne seg for tidlig utskrivning, men i hovedsak ser det ut til at overføringer til akutteam skjer mest ved henvendelser fra døgnavdelinger.

Tabell 6.2 Omfang av ulike former for portvaktfunksjon teamet har for døgnavdelinger

Ulike former for portvaktfunksjon som ambulante akutteam kan ha	Alltid	Vanligvis, ikke alltid	Noen ganger	Sjelden eller aldri
Gjør personlig vurdering av alle før innleggelse i sykehus	0	20	28	8
Gjør personlig vurdering av alle før innleggelse i sykehus i teamets åpningstid	7	22	21	5
I det minste en konsultasjon pr telefon før innleggelse i sykehus	7	15	21	12
Deltar i å gjøre spesialistvurderinger om tvangsinnleggelse	2	12	25	18

Sju team oppgir at de har portvaktfunksjon ved at de innen teamets åpningstid vurderer alle pasienter som henvises for innleggelse i psykisk helsevern, i det minste ved en konsultasjon pr telefon før innleggelse. En del team oppgir at de vanligvis, men ikke alltid, har en slik funksjon. Vel halvparten av teamene har en slik funksjon bare noen ganger eller sjelden eller aldri. Det er altså bare noen få akutteam som i sin åpningstid ser ut til å ha portvaktfunksjon for akuttavdelinger.

**Tabell 6.3 Antatt andel akuttinnleggelses som vurderes personlig av akutteamet (41 team)**

Prosentandel av pasienter som innlegges akutt (inkludert tvangsinnleggelses) som teamleder antar blir vurdert ansikt til ansikt av akutteamet	Antall team
Under 20 %	13
20-34 %	6
35-64 %	16
65-80 %	5
Over 80 %	1

Teamlederne oppgir en rekke grunner til at akutteamet ikke har eller ikke kan ivareta portvaktfunksjon for akuttavdeling. De hyppigste grunnene er at akutteamet ikke er tildelt den rollen i psykisk helsevern. Teamet har begrenset åpningstid, og teamet har ikke psykiater eller har en begrenset psykiaterressurs. For mange team oppgis det flere av de nevnte grunnene. En hovedgrunn kan derfor sies å være at selv om det mange steder er etablert et akutteam ved DPS, er det ikke gjort noen endring ved at teamet er tildelt rolle, ressurser og myndighet i psykisk helsevern som portvakt for akuttpsykiatrisk døgnavdeling.

Noen akutteam nevner at det er forslag eller planer om å gjøre noe med en eller flere av de hindringene som er for at akutteamet kan ha en portvaktfunksjon.

### **Skriftlig plan for integrerte akutte behandlingsforløp i området**

20 akutteam (35 %) oppgir at det finnes en skriftlig plan for integrerte akutte behandlingsløp i området. Vi har ikke mer detaljert informasjon om slike planer eller hvordan de fungerer.

### **6.2 Kriseplasser eller krisesenger**

Det er 32 teamledere (55 %) som oppgir at det er krisesenger eller tilsvarende akutt døgntilbud utenfor sykehus i området. Dette utgjør til sammen 175 krisesenger. 56 av disse sengene kan en bare få tilgang på gjennom akutteamet, og 46 av krisesengene er vanligvis i bruk av personer som akutteamet har behandlingsansvar for.

Kommentarer om krisesengene tyder på at det er stor variasjon i hvordan de er bemannet og hvordan de kan brukes og faktisk brukes. Det vil derfor trolig variere en del hvilken rolle krisesengene har i det samlede akutttilbudet. 24 av teamlederne mener at tilgang på krisesenger har hatt betydning for hvor effektivt akutteamet er.

### **6.3 Akutt dagavdeling**

Det er bare fem teamledere som oppgir at det finnes et akutt dagtilbud i området. Ut fra kommentarene ser det likevel ikke ut til at dette egentlig dreier seg om dagavdelinger som er definert som akutte plasser, men mer om noe akutt bruk av en dagavdeling i området. Noen steder er det også tanker om å eventuelt gjøre om en døgnpost til en dagavdeling.

### **6.4 Samarbeid med kommunale helsetjenester**

Omtrent alle teamledere gir noe informasjon om det samarbeid teamet har med fastleger, legevakt og andre kommunale tjenester. Samarbeidet består både i kontakt og samarbeid om brukere, og mange steder også i form av regelmessige møter.

## **6.5 Funn om samarbeid fra den kvalitative studien**

*Brukere:* Mange av brukerne i denne studien satt igjen med en opplevelse av at det hadde vært lite samarbeid mellom AAT og andre instanser. Tre av brukerne hadde hatt felles møte med AAT og fastlege. De øvrige hadde ikke deltatt i felles møter med AAT og andre innen hjelpeapparatet. Noen opplyste om at det hadde vært telefonkontakt mellom AAT og fastlege, behandler på DPS eller andre. Dette ble vurdert som nyttig. Flere av brukerne var usikre på om det hadde vært kontakt mellom AAT og fastlege. De regnet med at fastlege hadde blitt kontaktet. Et par av brukerne hadde dårlig eller ingen relasjon til fastlege og så liten hensikt i at vedkommende skulle ha blitt trukket inn. Det var ikke nødvendigvis slik at de som ikke hadde opplevd samarbeid mellom AAT og andre, savnet det og etterlyste det. De som hadde opplevd samarbeid, opplevde imidlertid dette som trygt ved at det bidro til at ”ting hang sammen”, og at de selv slapp å fortelle sin historie til alle involverte.

Mange brukere snakket om betydningen av at AAT tok seg god tid og at de fremsto som rolige. Flere pekte på hvor viktig det var for dem, at AAT ikke så på klokka. At AAT tok seg tid, ble beskrevet som et tegn på at de brydde seg og at brukeren der og da var det viktigste for dem. Betydningen av å oppleve omsorg i en psykisk krise, var mange opptatt av. De beskrev at de i krisen hadde kjent på ensomhetsfølelse og en opplevelse av å være til bry for andre. At AAT viste omsorg ble betraktet som en betydningsfull del av krisehjelpen og noe brukerne i ettertid trakk frem som viktig hjelp. Brukerne beskrev generelt en opplevelse av at de ansatte i AAT var høflige, vennlige og viste respekt. Mange poengterte at de oppførte seg som ”normale mennesker. På den måten fikk brukere til å slappe av og kjenne tillit. For mange ble de ansattes evner til å vise medmenneskelighet og respekt poengtert som viktigere for dem i krisen, enn hvilken profesjon de hadde. Det var få brukere som beskrev negative erfaringer med AAT på dette området. Noen få hadde en opplevelse av at AAT hadde tatt parti i familiekonflikter som brukeren sto i. En hadde også erfaring på at en ansatt trakk inn sine egne erfaringer som rettesnor for hva bruker burde gjøre.

Mange brukere var vel så opptatt av AAT sin evne til å lytte som til hvordan de snakket med folk. I krisen kunne det at noen hadde tid til deg og var villige til å lytte til din historie, representere et vendepunkt. Det at noen lyttet og var villige til å ta i mot det bruker hadde å fortelle, kunne være en hjelp til å selv godta at det var lov å ha det vanskelig. Informantene fremhevet at de følte seg inkludert og lyttet til i kontakten i AAT. Teamet var opptatt av å spørre bruker om hvordan denne ønsket det, både med hensyn til hvor man skulle møtes, hvor ofte, hvem som skulle delta, når og hva bruker ønsket av hjelp videre. Dette ble i hovedsak fremhevet som positivt. Flere trakk også frem at det å bli pålagt ansvaret for å si hva man trenger i en krise, kan være vanskelig og kan oppleves utrygt.

Noen brukere beskrev god dialog med teamet rundt tidspunkt for avslutning og at de selv fikk være med å bestemme når kontakten skulle avsluttes. Flere fremhevet betydningen av å ha muligheten til å selv kunne ta kontakt med teamet igjen etter avslutning ved en eventuell forverring. For flere av brukerne var imidlertid rammen rundt avslutning uklar. Flere beskrev hvordan avslutning kom brått på. Noen uttrykte at AAT kanskje hadde nevnt innledningsvis i kontakten hvor lenge de planla å følge opp. Brukeren hadde i så fall, der og da, vært så kaotisk at vedkommende ikke hadde fått det med seg. Flere av brukerne opplevde at det var begrenset kontakt mellom AAT og andre instanser. Noen hadde savnet et felles overføringsmøte mellom f.eks. AAT og ny behandler. Flere uttrykte et ønske om et oppsummerende møte med AAT, gjerne en tid etter avslutning.

*Pårørende:* Flere pårørende beskrev at det hadde vært kontakt mellom AAT og andre deler av hjelpeapparatet. I noen tilfeller hadde AAT hatt felles møter med skole eller fastlege. Som oftest dreide samarbeidet mellom AAT og andre seg om telefonkontakt. Her hadde AAT overbrakt informasjon. Noen hadde erfaring på at AAT hadde vært flinke til å gjøre avklaringer på telefon med fastlege. De beskrev det som en trygghet at fastlege visste hva som skjedde og at hjelpen dro i samme retning. Mange pårørende beskrev imidlertid at de opplevde å få en koordinatorrolle. En pårørende fortalte at det var hun som måtte kontakte fastlege og formidle de medisineringsendringer

AAT hadde gjort. Dette opplevde hun ugreit, og tenkte det egentlig var lege i AAT som burde ha snakket med fastlege. En annen opplevde at hun fikk ansvaret for å ringe fastlegen for å si at han kunne ringe AAT for å få informasjon.

Noen pårørende følte seg inkludert av AAT, og det ble betraktet som positivt. For pårørende var det viktig å høre hva som ble sagt og å bli involvert i plan rundt videre oppfølging. Noen beskrev det også som viktig for dem å kunne gi informasjon til AAT om sin opplevelse av situasjonen, da den noen ganger kunne være annerledes enn brukerens. Det varierte i hvilken grad pårørende opplevde å bli invitert inn i et samarbeid. Noen fikk tilbudet, men valgte å si nei. For dem var det viktig å få en pause. Noen opplevde at de ble trukket inn for lite og for sent i kontakten. Andre hadde opplevd AAT som lite tydelige på at pårørende hadde anledning til å være med i samtaler. De etterlyste at AAT i større grad kunne ha orientert om denne muligheten. Flere savnet også at deres erfaringer som pårørende hadde blitt etterspurt og lyttet til i større grad.

Samtlige pårørende beskrev AAT som vennlige og høflige. Mange brukte betegnelser som at de var helt ”normale mennesker”. Flere kom med eksempler på at de ansatte hadde snakket om ”vanlige ting” innledningsvis i kontakten. Små ting kunne ha stor betydning for å etablere tillit og kontakt. At de ansatte var rolige, tok seg tid og hadde godt humør ble også fremhevet av flere. Disse egenskapene ble beskrevet som viktige for å etablere tillit, både for pårørende og brukere. For mange pårørende ble det å bli tatt på alvor trukket frem som betydningsfullt. Dette kunne handle om at både de selv og deres nærstående fikk bekreftelse på at situasjonen var alvorlig og at AAT ville hjelpe dem. Mange pårørende kunne beskrive erfaringer på at de var vant til å måtte ”rope høyt” og banke på mange dører for å prøve å få tak i den hjelpen de mente deres nærstående var i behov av.

I de tilfeller der pårørende hadde mye kontakt med AAT, opplevde mange at AAT hadde fokus på å spørre både bruker og pårørende om hvordan de ønsket det. Dette kunne gjelde hvor ofte, når og hvor man skulle møtes. Denne lydhørheten for brukers og pårørendes behov, ble verdsatt. Samtidig var det også flere pårørende som etterlyste en større grad av tydelighet fra AAT. Mangel på tydelighet kunne gjøre det vanskelig for både bruker og pårørende å vite hva man hadde å forholde seg til.

Det fremkom at mange pårørende generelt hadde erfaringer på at avslutninger og overganger mellom hjelpetjenester ikke alltid fungerte sømfritt. De gode erfaringene knyttet til avslutning og overføring fra AAT, handlet gjerne om at det opplevdes som en felles beslutning, noe man var enige i at var trygt nok. Flere pårørende hadde til dels negative erfaringer rundt måten AAT avsluttet kontakten på og hvordan eventuelle overføringer til andre hjelpeinstanser foregikk. De opplevde at avslutning hadde kommet brått, og at de som pårørende ikke ble involvert. Mange savnet å bli orientert om at AAT planla å avslutte og om hvem som skulle ha det videre ansvar for oppfølging.

*Teamansatte:* i studien vektlegger samarbeidet med andre fagfolk innen helse- og velferdstjenestene både på kommunalt- og spesialistnivå. Det kan handle om NAV, fastleger, ulike deler av DPS, sykehusavdelinger, psykisk helsetjenestene i kommunene, andre tjenester på kommunalt nivå samt legevakt. I tillegg kommer samarbeid med brukere og pårørende. Informantene har erfart at samarbeidet internt i DPSet og med sykehusavdelinger er godt. Samarbeidet med fastleger varierer fra meget godt til vanskelig. Dette gjelder både i relasjonen til det direkte samarbeidet med og rundt bruker, og i relasjon til tillit til teamets kompetanse knyttet til psykisk helse. Informantene har erfart at samarbeidet med de kommunale psykiske helsetjenestene fremstår som kanskje de viktigste. Dette fordi disse tjenestene kjenner brukeren hvis denne er kjent, og uansett ny eller kjent bruker, er det disse tjenestene som skal videreføre samarbeidet med brukeren.

Funnene i studien kan tyde på at primære samarbeidspartnerne for informantene er brukeren og de andre faglige samarbeidspartnerne som nevnt over. Funnene kan tolkes dit hen at informantene i mindre grad inviterer med eller samarbeider med pårørende som ektefeller, samboere, kjærester, barn eller søsken. Informantene har erfart betydningen av å spre informasjon om AAT både i lokalsamfunnet, til aktuelle samarbeidspartnere og i media. Dette har skjedd i direkte møter,



informasjonsbrosjyrer i papir og på internett. En minst like viktig erfaring har vært spredning gjennom brukere som har hatt kontakt med AAT.

Teamansatte ulike erfaringer med hvor de skal være lokalisert; som en del av DPSet eller i egne lokaler uavhengig. Noen informanter peker på at en lokalisering i DPSet gjør at de lettere og raskere kan ta kontakt med nødvendige fagpersoner som kjenner brukeren. Det kan gjøre oppstart av og med samarbeidet lettere. Andre har erfart at det er godt å ha den fysiske avstanden til DPSet. Dette gjør det lettere å tenke at AAT både skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og velferdstjenestene. Samtidig har noen informanter opplevd at en fysisk plassering uavhengig av DPSet kan gi større grad av faglig frihet, autonomi og bevegelighet.

Alle teamansatte understreker betydningen av grunnleggende holdninger og verdier i møter med brukere av AAT. Som tidligere omtalt forstår informantene seg selv som en del av en humanistisk tilnærming med vekt på respekt, likeverdighet, integritet og samarbeid. Sentralt i dette står betoningen av brukerperspektivet med vektlegging på hva brukers behov og ønsker om hjelp er, og hva AAT har av muligheter og kompetanse i sine tjenestetilbud. Flere av informantene fremholder at denne tilnærmingen også forplikter innad i teamet i møter mellom kollegaer og i møter med eksterne og interne samarbeidspartnere. Samtidig fremholdes det at disse holdningene kan bli satt under press i alle former for møter og samarbeid, når krav om effektivitet, tidsbruk, dokumentasjon og pasientgjennomstrømming presser på.

De teamansatte beskriver at arbeidet med ulike relasjoner er svært betydningsfullt i deres arbeid. Det gjelder både relasjoner til brukere, til interne og eksterne samarbeidspartnere samt internt i teamene. Som tidligere omtalt er ulike former for samtaleterapi den sentrale terapeutiske tilnærmingen i det kliniske arbeidet. For å kunne inngå i og utvikle samtaleterapi er det avgjørende å kunne bygge en relasjon med bruker knyttet til tillit, åpenhet og kommunikasjon. De samme faktorene, om enn med andre uttrykk, er også viktig i samarbeidet med pårørende, interne samarbeidspartnere i DPSet og eksterne samarbeidspartnere. Flere av informantene forteller at for å utvikle relasjonene i teamet er det viktig med veiledning og andre former for faglig utvikling. Flere team, som er inspirert av reflekterende prosesser, forsøker også å benytte disse arbeidsformene i teamets interne samarbeid og kommunikasjon.

Noen arbeider i team som har en grense på fire uker i relasjon til hvor lenge de kan gi et tilbud til brukere. Andre har ikke dette og ser an hvilke behov brukerne har i kombinasjon med hva som er mulig knyttet til teamets totale arbeidsmengde. Dette kan være forløp som går utover fire uker. Atter andre har ingen grense og tenker at det å være et AAT innebærer å arbeide raskt med saker, avslutte og sørge for videre- og overføring til andre tjenester innen psykisk helsefeltet. De teamansatte fremholder at det å overføre til andre tjenester, både eksterne og interne når det er nødvendig, er en sentral praksis i deres arbeid. Alle har en målsetting om at saker som skal overføres ikke skal slippes før kontakt er etablert med en samarbeidende instans. Her er det vekslende erfaringer blant informantene i hvilken grad dette lykkes. Funnene viser at dette både avhenger av samarbeidsklimaet med andre samarbeidspartnere og trykket på nye saker som kommer inn i teamet. De fleste informantene forteller at de som oftest ikke avslutter en sak før de har etablert en ny kontakt med andre tjenester der det er nødvendig.

Alle teamansatte forteller at i deres praksiser med brukere er det sentralt å få til en god avslutning av samarbeidet. I de fleste tilfeller lykkes de med dette slik de erfarer det. En god avslutning rommer en avsluttende samtale om samarbeidsforholdet og hvordan dette har vært. Noen av informantene benytter seg av evalueringsskjemaer for dette formålet. De fleste snakker om det med brukeren i den siste samtalen. En god avslutning betyr også at videre- og overføring til andre tjenester er på plass og etablert, eller at det er avklart at brukeren ikke har behov for andre tjenestetilbud. En avslutning innebærer også en skriftliggjøring i dokumentasjonssystemer samt en epikrise som kan sendes henvisende instans i de tilfeller det er aktuelt.

*Samarbeidspartnere:* fremholder i relasjon til samarbeid at teamene har god og bred tverrfaglig kompetanse. De fleste team består av ansatte som videreutdanninger innen psykisk helsearbeid og

mange har ulike helse- og velferdsfaglige masterutdanninger. Flere team har psykologer og psykiater tilgjengelig. De fleste har i tillegg lang og ulike erfaringer fra arbeid i psykisk helsefeltet. Flere informanter har erfart at det er en god ide at de ansatte kommer to og to og trekker flere med inn i samarbeidet med og rundt brukere. Det gjelder både pårørende, familie og andre samarbeidspartnere. Det at flere team arbeider i et nettverksperspektiv gjør at de kan forsøke å samle flere og andre som kan bidra i arbeidet. Informantene opplever fra sitt perspektiv at AAT samarbeider godt med dem ved kontakt. Erfaringene er mindre gode når det gjelder samarbeid ved avslutning og overføring tilbake til deres tjenester. Det gjelder både konkret kontakt og oversendelser av skriftlig informasjon. Både kontakt og nødvendig informasjon er nødvendig for at samarbeidet skal fungere godt og at alle parter i samarbeidet skal kunne gi et best mulig tilbud til brukerne.

Samarbeidspartnerne har erfart at teamene er opptatt av relasjoner i sitt arbeid ved at de arbeider oftest to og to, de inviterer inn andre samarbeidspartnere der dette er mulig og er orientert mot brukerens behov og ønsker om hjelp. De ansatte oppleves i hovedsak som respektfulle og vennligsinnede både i sine holdninger og væremåter i relasjon til brukere og samarbeidspartnere. Informantene opplever tilbudet fra AAT som hovedsakelig som nyttig og hjelpsomt for brukerne. Samtidig ønsker samarbeidspartnerne flere undersøkelser knyttet til evalueringer som brukere og pårørende gjør i møter med teamene. Hva er det som er god og nyttig hjelp og hva er det ikke?

Samarbeidspartnerne har ulike og sammensatte erfaringer med teamenes avslutning og overføring tilbake til andre tjenester. Noen har erfart dette området som mangelfullt og med et klart forbedringspotensial. Samarbeidspartnerne erfarer bare i begrenset grad å bli trukket med og involvert i avslutning, overføring og tilbakeføring til de tjenestene de representerer. Både den muntlige og skriftlige informasjonsflyten er mangelfull for at tilbudet skal være mest mulig sammenhengende og slik kunne representerer kontinuitet for brukere og andre tjenester.

## **6.6 Oppsummering om samarbeid med andre tjenester**

Omtrent alle teamledere gir noe informasjon om det samarbeid teamet har med fastleger, legevakt og andre kommunale tjenester. Samarbeidet består både i kontakt og samarbeid om brukere, og mange steder også i form av regelmessige møter.

Sju team oppgir at de har portvaktfunksjon ved at de innen teamets åpningstid vurderer alle pasienter som henvises for innleggelse i psykisk helsevern, i det minste ved en konsultasjon pr telefon før innleggelse. Noen team oppgir at de vanligvis har en slik funksjon, og vel halvparten av teamene har sjelden eller aldri en slik funksjon. Det er altså bare noen få akutteam som i sin åpningstid ser ut til å ha portvaktfunksjon for akuttavdelinger. Akutteamene i liten grad tildelt rolle, ressurser og myndighet i psykisk helsevern som portvakt for akuttpsykiatrisk døgnavdeling. Ut fra bemanning og åpningstider varierer det også i hvilken grad teamene ville kunne ta et slikt ansvar.

Akutteamene har i liten grad samarbeid med akuttavdelinger om å bidra aktivt til tidlig utskrivning av pasienter ved at de følges intensivt opp av akutteamet. Noen få team hadde regelmessig kontakt med døgnavdelinger om de hadde pasienter som kunne egne seg for tidlig utskrivning, men i hovedsak ser det ut til at overføringer til akutteam skjer mest ved henvendelser fra døgnavdelinger.

Vel halvparten av akutteamene oppgir at det er krisesenger eller tilsvarende akutt døgntilbud utenfor sykehus i området. Teamene har i varierende grad styring og behandlingsansvar for disse for disse krisesengene. Kommentarer om krisesengene tyder på at det er stor variasjon i hvordan de er bemannet, hvordan de faktisk brukes og hvilken rolle krisesengene har i det samlede akuttilbudet.

Mange brukere opplevde at det hadde vært lite samarbeid mellom akutteamet og andre tjenester. Tre av brukerne hadde hatt felles møte med teamet og fastlege. De øvrige hadde ikke deltatt i felles møter med andre innen hjelpeapparatet. Noen opplyste om at det hadde vært telefonkontakt mellom akutteamet og fastlege, behandler på DPS eller andre. Dette ble vurdert som nyttig.

Flere pårørende beskrev at det hadde vært kontakt mellom akutteamet og andre deler av hjelpeapparatet. I noen tilfeller hadde teamet hatt felles møter med skole eller fastlege. Som oftest dreide samarbeidet mellom akutteamet og andre seg om telefonkontakt. Noen hadde erfaring på at akutteamet hadde vært flinke til å gjøre avklaringer på telefon med fastlege. De beskrev det som en trygghet at fastlege visste hva som skjedde og at hjelpen dro i samme retning. Mange pårørende beskrev imidlertid at de opplevde å få en koordinatørrolle.

Det varierte i hvilken grad pårørende opplevde å bli invitert inn i et samarbeid. Noen følte seg inkludert av akutteamet, og det ble betraktet som positivt. For dem var det viktig å høre hva som ble sagt og å bli involvert i plan rundt videre oppfølging. Noen beskrev det også som viktig for dem å kunne gi informasjon til AAT om sin opplevelse av situasjonen, da den noen ganger kunne være annerledes enn brukerens. Noen fikk tilbudet, men valgte å si nei. For dem var det viktig å få en pause. Noen opplevde at de ble trukket inn for lite og for sent i kontakten. Andre hadde opplevd teamet som lite tydelige på at pårørende hadde anledning til å være med i samtaler. De etterlyste at akutteamet i større grad kunne ha orientert om denne muligheten. Flere savnet også at deres erfaringer som pårørende hadde blitt etterspurt og lyttet til i større grad.

Mange pårørende hadde erfaringer på at avslutninger og overganger mellom hjelpetjenester ikke alltid fungerte sømfritt. Gode erfaringene knyttet til avslutning og overføring fra akutteam handlet gjerne om at det opplevdes som en felles beslutning, noe man var enige i at var trygt nok. Men flere pårørende hadde til dels negative erfaringer rundt måten teamet avsluttet kontakten på og hvordan eventuelle overføringer til andre hjelpeinstanser foregikk. De opplevde at avslutning hadde kommet brått, og at de som pårørende ikke ble involvert. Mange savnet å bli orientert om at akutteamet planla å avslutte og om hvem som skulle ha det videre ansvar for oppfølging.

Teamansatte vektlegger samarbeidet med andre fagfolk innen helse- og velferdstjenestene både på kommunalt- og spesialistnivå, og med brukere og pårørende. Informantene har erfart at samarbeidet internt i DPSet og med sykehusavdelinger er godt. Samarbeidet med fastleger varierer fra meget godt til vanskelig. Dette gjelder både i relasjonen til det direkte samarbeidet med og rundt bruker, og i relasjon til tillit til teamets kompetanse knyttet til psykisk helse. Informantene har erfart at samarbeidet med de kommunale psykiske helsetjenestene fremstår som kanskje de viktigste. Dette fordi disse tjenestene kjenner brukeren hvis denne er kjent, og uansett ny eller kjent bruker, er det disse tjenestene som skal videreføre samarbeidet med brukeren.

Funnene i studien kan tyde på at primære samarbeidspartnerne for informantene er brukeren og de andre faglige samarbeidspartnerne som nevnt over. Funnene kan tolkes dit hen at informantene i mindre grad inviterer med eller samarbeider med pårørende som ektefeller, samboere, kjærester, barn eller søsken. Informantene har erfart betydningen av å spre informasjon om akutteamet både i lokalsamfunnet, til aktuelle samarbeidspartnere og i media. Dette har skjedd i direkte møter, informasjonsbrosjyrer i papir og på internett, og gjennom brukere som har hatt kontakt med teamet.

## 7 Synspunkter på ønskelige forbedringer av akutteamenes tilbud

### 7.1 Tiltak for å forbedre tjenestene

Teamledere ble i et åpent tekstfelt i spørreskjemaet bedt om å oppgi hvilke tre tiltak de ville prioritere for forbedring av tilbudet fra akutteamet. De nevnte til sammen 101 punkter, altså i underkant av to fra hver. Disse formuleringene ble gjennomgått og kategorisert, og det ble så telt opp hvor mange det var som hadde nevnt samme behov (kategori), som vises i parentes nedenfor.

De tiltakene som ble hyppigst nevnt, var utvidelse av teamet med psykiater og/eller psykolog eller mer av disse (16), utvidet åpningstid (13), og økt eller bedre samarbeid og samhandling med kommunale og andre tjenester (17). Tiltakene som fulgte etter dette, var bedre faglig kvalitet (10), flere årsverk i teamet (9), mer bruk av hjemmebehandling (7) og reell portvaksfunksjon (6).

Andre forhold som ble nevnt, var lavere terskel for mottak, bedre lokaler, krisesenger, mer tilbakemelding, bevare trivsel og arbeidsmiljø, bedre behandlingsplaner og oppfølging, bedre utredning, mer fokus på familie og pårørende, mer fokus på kjerneoppgaver, mer fokus på ungdom, mer kompetanse i førstelinje, mindre krav om dokumentasjon, og at teamets tilbud var mer synlig og bedre kjent.

Teamlederne fikk også spørsmål om nytte av ulike tiltak, og svarene er vist i tabellen nedenfor.

**Tabell 7.1 Tiltak for å forbedre brukeres og pårørendes erfaringer og relasjoner til ansatte**

Tiltak	Ikke aktuelt	Tar i mot henvisninger fra nevnte instans				
		Ikke nyttig	2	3	4	Veldig nyttig
Et system der brukere får tildelt en spesifikk "navngitt" teammedlem	11	0	5	8	18	13
Initiativ for å begrense antall ulike teammedlemmer som en bruker møter i løpet av en periode med AAT	5	0	5	12	22	13
Minimum varighet av et besøk hos en bruker ved et teammedlem (hvis ja, vennligst skriv minimum varighet i feltet etter denne listen)	32	9	3	5	5	2
Minimum hyppighet av besøk hos en bruker ved teamet (hvis ja, vennligst skriv minimum hyppighet i feltet etter denne listen)	34	10	3	4	5	1
Undersøkelse av brukeres erfaringer ved spørreskjema eller fokusgrupper	35	0	3	6	4	9
Undersøkelse av pårørendes erfaringer ved spørreskjema eller fokusgrupper	40	1	3	5	2	6
Brukere involveres i ledelse av tjenestene eller rådgivende grupper	34	1	5	2	7	6
Pårørende involveres i ledelse av tjenestene eller rådgivende grupper	37	1	7	1	6	4

Ansettelse av brukere som medlemmer i teamet	48	3	2	2	1	0
Ansettelse av pårørende som medlemmer i teamet	49	2	3	2	1	0
Strategi for rekruttering av team-medlemmer søker å sikre gode erfaringer for brukere og pårørende	25	2	5	4	11	9
Initiativer i opplæring av team-medlemmer søker å forbedre brukeres og pårørendes erfaringer	21	1	4	9	10	11
Brukere oppbevarer plan for tjeneste de skal motta i eventuell krise	12	4	4	5	12	20
Andre initiativer utformet for å forbedre brukeres eller pårørendes erfaringer med teamet	31	3	3	5	5	6

Tabellen ovenfor viser at akutteamene legger vekt på kontinuitet både ved at de har en person i teamet som er deres hovedkontakt der, og ved at teamet søker å begrense hvor mange personer brukeren må forholde seg til i løpet av oppfølgingen. Teamene gjør i liten grad undersøkelser med spørreskjema til brukere eller pårørende om deres erfaringer med teamet, og få team involverer brukere eller pårørende i prosesser med utvikling av tilbudet.

## 7.2 Beskrivelser fra kvalitativ studie om ønskelig fremtidig praksis

Et av hovedpunktene i fokusgruppeintervjuene med brukere, pårørende, teammedlemmer og samarbeidspartnere var å be dem beskrive hva som er ønskelig fremtidige praksiser i akutteam. Nedenfor blir disse synspunktene presentert under temaene organisering og tilgjengelighet, innhold i tilbudet, karakteristika på et godt akutteam, effekter av behandling ved akutteam, samarbeid, relasjoner og holdninger, og avslutning og overføring av kontakt. Under hvert tema presenteres både hva de ulike informantgruppene mente, og for noen tema også likhet for forskjeller i synspunkter på tvers av informantgruppene.

### Organisering og tilgjengelighet

#### *Brukere*

Generelt var brukerne i denne studien opptatt av muligheten for rask og enkel tilgang til AAT når psykisk krise oppstår. Åpningstid er et punkt alle informantene har hatt synspunkter på og hvor de ønsker en endring. Ideelt sett hadde de fleste ønsket seg en åpningstid 24/7. Dette oppgis som et viktig moment for å skape trygghet. Mange gir uttrykk for at nettopp kveld /natt og ikke minst helger og høytider kan være vanskelige å komme igjennom når man er i en psykisk krise. Dette er tider der det finnes få tilgjengelige tilbud. Flere brukere gir uttrykk for at legevakten er et tilbud de helst ikke kontakter. Erfaringer med lange køer og til tider uerfarne leger som ikke har kjennskap til brukeren og som ofte er presset på tid, gjør at legevakten ikke er et tilbud som bidrar til å skape den nødvendige trygghet.

Å kunne ta kontakt med AAT selv, uten henvisning fra primærhelsetjenesten, beskrives av flere som ønskelig. Særlig er mange brukere opptatt av muligheten til å selv kunne ta kontakt igjen med AAT etter avslutning, uten å måtte gå via fastlege for å få ny henvisning. Noen brukere etterlyser også at AAT kunne hatt en liste over ”kjente brukere”, som kunne hatt muligheten til å ta direkte kontakt med teamet ved behov.

Mange brukere beskrev god dialog med AAT rundt hvor tett oppfølging de selv opplevde å være i behov av. Noen etterlyste imidlertid tettere oppfølging fra AAT. De hadde ønsket at AAT hadde vært mer frempå, fordi man i en krise kan bli selvutslettende og ha vansker med å be om noe for egen del. Det store flertallet av brukere hadde hatt kontakt med AAT i en kortvarig periode, selv om det også her fremkommer variasjoner. Det ble fremhevet som viktig at AAT var tydelige på at de var et kortidstilbud.

### *Pårørende*

Pårørende var opptatt av betydningen av en tilgjengelig og fleksibel praksis i AAT. Dersom AAT skal oppleves som en reell støtte for pårørende, fremkommer det at utvidet åpningstid, gjerne 24/7, er viktig. De timene på døgnet da andre hjelpetilbud er stengt beskrives som sårbare, og ansvaret som faller på de pårørende kan oppleves betydelig. Utvidet åpningstid kan også gjøre det lettere for pårørende å delta i oppfølgingen sammen med AAT. Mange pårørende beskrev at de hadde fravær fra jobb fordi krisen hadde vart over tid. Det kunne derfor oppleves vanskelig å skulle ta seg ytterligere fri.

At pårørende og bruker har mulighet til å ta direkte kontakt med AAT, beskrives av flere som en ønskelig praksis. Flere beskrev hvordan krisen hadde bygget seg opp i tiden før AAT ble kontaktet. Både pårørende og bruker hadde forsøkt å mestre krisen selv i tiden før AAT ble koblet inne. Når AAT først ble kontaktet, var det fordi situasjonen hadde forverret seg og pårørende kunne oppleve at de ikke hadde så mye mer å gå på. Noen pårørende opplevde at de måtte vente et par dager på å få avtale med AAT. Det ble beskrevet som lite heldig, da den pårørende opplevde situasjonen som akutt på tidspunktet AAT ble kontaktet. Kort responstid og lett tilgjengelighet fremheves som viktige momenter ved videre utvikling av tilbudet til AAT. Betydningen av at tilbudet gjøres bedre kjent i andre deler av helsevesenet, presiseres også av flere pårørende. De hadde erfart at tilbudet var lite kjent av fastlege og legevakt.

### *Teamansatte*

Teamansatte er delvis delt i sitt syn på teamenes åpningstider. Noen mener at det ideelt sett er en god og nyttig praksis og tenke denne som 24/7. Samtidig mener noen at praksis har vist at det er tilstrekkelig med åpningstider på dag- og kveldstid alle dager i uken. Andre igjen mener at det er tilstrekkelig med åpningstider fra 9-16 i ukedagene. Den samme erfaringen er knyttet til spørsmålet om portvaktfunksjon. Informantene deler seg i hovedsak i to. De som mener at det er en god ide å praktisere portvaktfunksjon og de som ikke mener det. Det er samstemmighet knyttet ut til å forsøke portvaktfunksjon i noen opptaksområder med forskning som kan dokumentere effekter av en slik praksis.

Alle teamansatte fremholder betydningen av at teamene har en lav terskel inn. Informantene deler seg grovt sett i to knyttet til om det skal være krav til henvisning eller ikke. Teamene bør være fleksible i sin tilnærming både organisatorisk og metodisk. Fleksibiliteten knyttes også til hvem som tas i mot, hvor og når det skjer og hvordan. Det er enighet om dette bør skje på brukerens premisser. Tilgjengelighet er sentralt. Det skal være lett å komme i kontakt med et team, særlig på telefon. Det siste ansees som å være et av de viktigste arbeidsredskapene for et AAT.

Teamansatte mener at AAT må ha faglig autonomi, flat struktur i kombinasjon med klart lederskap og en administrativ funksjon. Det er et klart ønske om tverrfaglig sammensetning av teammedlemmer og en lege/psykiater i teamet eller som er tilgjengelig for teamet. Flere ønsker med faglig utvikling både i form av veiledning og muligheter for kurs og etter- og videreutdanninger. Flere informanter ytrer ønsker om et bedre og mer utvidet samarbeid med pårørende og andre samarbeidspartnere særlig når det gjelder overganger og oppfølging av brukere. Det er en god ide at AAT er organisatorisk og fysisk plassert som en del av spesialisthelsetjenesten. Avslutningsvis er det viktig i utformingen og tilretteleggingen av teamene at det tas hensyn til geografiske og kontekstuelle forhold.

### *Samarbeidspartere*

Samarbeidspartnerne ønsker seg enda mer tilgjengelige AAT fordi dette gir ytterligere trygghet for alle som står rundt brukeren. Mange mener det bør være tilbud som er åpent 24/7, de skal kunne ambulere, ha lav terskel for de som henvender seg av brukere og andre, rask responstid og alle skal kunne henvende seg uten henvisning. Det er viktig med åpningstider på kveld, helger og høytider. Det øker sjansene for god praksis. Tilgjengelighet på telefon er viktig for å besvare henvendelser som kommer.

AAT bør være organisert under spesialisthelsetjenesten med tydelig og avklart målgruppe. Dette gjelder særlig i relasjon til endringer som skjer i forbindelse med Samhandlingsreformen og mange nye og ulike team som er blitt opprettet. Avklaring på hvem som skal gjøre hva er viktig for avklaring av hvordan man skal og bør samarbeide med kommunale tjenester. Inklusjons- og eksklusjonskriterier må utarbeides med tydelighet for teamene. Teamene bør være tverrfaglig sammensatt med bred kompetanse og erfaring og tilgang til psykiater. Det er usikkerhet knyttet til portvaktfunksjon og behovet for dette. Noen informanter er opptatt av fastlegenes autonomi. AAT kan være en omvei og det er sentralt for samarbeidspartnerne å ha et godt samarbeid med akuttpsykiatriske avdelinger. Samtidig er det positivt å kunne tilby innleggelse ved DPS via AAT.

### *Enighet og uenighet mellom informantgrupper om organisering og tilgjengelighet*

Mange brukere, pårørende og samarbeidspartnere gir uttrykk for å ha i hovedsak gode erfaringer med AAT, uavhengig av hvordan de respektive team organiserer sitt arbeide. Tilfredshet med tilbudet er gjerne knyttet til opplevelsen av å bli tatt på alvor og få hjelp raskt når man trenger det, samt å bli møtt med vennlighet, respekt og kompetanse. Brukere og pårørende gir uttrykk for å være fornøyde med at AAT gir rask respons og er et lett tilgjengelig tilbud. Den raske tilgangen på spesialisthelsetjenesten er også noe som samarbeidspartnere verdsetter. Ansatte i AAT gir uttrykk for at de ønsker å være et tilgjengelig og fleksibelt tilbud. Teamene har imidlertid ulik praksis på hvorvidt de krever henvisning eller ikke. Uavhengig av henvisningspraksis, kan det virke som om de ansatte i teamene opplever at AAT er et tilgjengelig og fleksibelt tilbud. De team som har krav om henvisning, gir i liten grad uttrykk for å oppleve at dette gjør tilbudet mindre tilgjengelig. De fleste brukere og pårørende gir imidlertid uttrykk for at de hadde ønsket en mulighet for å kunne ta direkte kontakt med AAT, uten å måtte gå via fastlege eller legevakt. Særlig gjelder det i tiden etter avsluttet kontakt med AAT, en periode som av mange beskrives som sårbar. Samarbeidspartnerne har erfaringer på at AAT representerer en god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten for dem, ved at de som ansatte i helse og velferdstjenester kan ta direkte kontakt med AAT.

Brukere, pårørende og samarbeidspartnere er samstemte i sitt ønske om utvidet åpningstid, ideelt sett hadde de fleste ønsket seg en åpningstid 24/7. Utvidet åpningstid sees som vesentlig for å bidra til å skape trygghet for de involverte parter ved psykiske kriser og for å kunne fungere som et reelt alternativ til innleggelse. Teamene fremstår delt på spørsmålet om åpningstid. Det er få som mener det er behov for åpningstid 24/7, men mange ser utvidet åpningstid som en viktig del av tilbudet. Noen ser imidlertid åpningstid på dagtid som tilstrekkelig og mest naturlig, fordi teamet i dette tidsrommet kan samarbeide med andre aktører. Det kan på dette området se ut til at de behov brukere, pårørende og samarbeidspartnere melder med tanke på utvidet åpningstid, i begrenset grad gjenspeiles i de erfaringer og praksiser teamene har.

Fleksibilitet på hvor, hvor ofte og når man skal møtes, fremheves av alle informantgrupper som viktig. Det er enighet om at brukers behov i stor grad bør være styrende. Det fremkommer imidlertid at det varierer i hvilken grad teamene ambulerer. Mange informanter opplevde at de selv fikk velge hvor de ønsket å treffes. Noen hadde ønsket hjemmebehandling, men fikk ikke tilbud om det. Studien viser også at pårørende kan ha andre behov enn bruker. I en situasjon der man forsøker å stabilisere en psykisk krise i hjemmet, opplever pårørende at de ofte må bære et betydelig ansvar, alle de timene i døgnet og uken der AAT ikke er tilstede. Ved hjemmebehandling som alternativ til innleggelse, peker studiens empiri på betydningen av at de involverte parter sammen er med på å definere behovet for hjelp og støtte, med tanke på hva som er ”trygt nok” og hva den enkelte

kjenner seg i stand til å ta ansvar for. Pårørende og samarbeidspartnere opplever det i denne sammenheng som en viktig støtte at AAT, som en del av spesialisthelsetjenesten, kommer inn med sin kompetanse og gjør faglige vurderinger. De ulike informantgruppene fremhever lett tilgjengelighet til AAT, også mellom oppsatte avtaler, som en viktig trygghetsfaktor.

## **Innhold i hjelpen**

### *Brukere*

Brukerne hadde ulike erfaringer med hvor hjelpen ble gitt. Hjemmebehandling ble verdsatt av mange, men de var også de som foretrakk å treffe teamet i deres lokaler. Noen brukere hadde ikke fått tilbud om hjemmebehandling. De hadde ønsket at det hadde vært en del av tilbudet. Hjemmebesøk ble da betraktet som en mulighet til å få bedre støtte i å mestre hverdagens utfordringer. Noen påpekte også at det å ha sluppet å bruke de begrensede krefter man rår over i en krise på å reise til AAT for en avtale, kunne ha bidratt til å gjøre tilbudet fra AAT bedre. Brukerne gav uttrykk for at de ønsket en fleksibel praksis, der de selv kunne være med å bestemme hvor det var hensiktsmessig å møtes.

Selv om mange ga uttrykk for tilfredshet over samtaletilbud fra AAT, var det også flere som hadde ønsket seg mer hjelp og støtte til å håndtere praktiske forhold i hverdagen. Dette kunne dreie seg om hjelp til handling, til å komme seg ut av huset eller til å rydde opp i økonomi. Hjelp til å håndtere små og store oppgaver i hverdagen ble av brukerne beskrevet som viktig for egen bedring. Flere etterspurte også at familie og nettverk i større grad hadde blitt involvert, både av hensyn til bruker og pårørende. Å kunne være hjemme i en krise, ble verdsatt av mange. Flere fremhevet imidlertid at innleggelse i en del tilfeller kan være et godt og riktig tilbud. Mange brukere ga uttrykk for et ønske om bedre tilgang på krisesenger på DPS nivå og var tydelige på at hjelp til innleggelse også kan være et viktig tilbud fra AAT.

### *Pårørende*

Mange pårørende hadde erfaring med at AAT kom på hjemmebesøk. Andre hadde møtt AAT på deres kontorer. Flexibilitet med hensyn til møtested ble beskrevet som viktig praksis. Noen pårørende var opptatt av at hvor man skal møtes, bør ha sammenheng med innholdet i den hjelpen som AAT skal gi. Dersom det primært er snakk om en vurderingssamtale, kan det oppleves hensiktsmessig at denne finner sted hos AAT. Skal AAT i større grad gå inn i hverdagslivets oppgaver og utfordringer sammen med bruker og pårørende, kan hyppige hjemmebesøk være naturlig. Noen pårørende var opptatt av at tett oppfølging fra AAT, ville kunne innebære en viktig avlastning for pårørende. Ved at oppfølgingen hadde vært tettere og fokusert mer på praktiske utfordringer i hverdagen, kunne den også ha vært et mer reelt alternativ til innleggelse. Noen hadde inntrykk av AAT i hovedsak fungerte som en vurderingsinstans. De etterlyste at AAT i større grad hadde fungert som et selvstendig behandlingstilbud, med rask tilgang på tiltak som krisesenger der det er behov for det. Mange pårørende var opptatt at de hadde ønsket bedre tilgang på psykiater. Rask og riktig medisinerings ble av flere pårørende vurdert som viktig krisehjelp.

Flere pårørende hadde et ønske om en mer familie- og nettverksorientert praksis fra AAT. Dette så de som viktig for å bli holdt orientert, og for at de kunne ha delt sine erfaringer med AAT. Mange pårørende uttrykte tanker om at de selv satt med en betydelig kompetanse på hva deres nærstående slet med og var i behov av. Denne kompetansen mente de AAT i større grad burde etterspørre og ta hensyn til. Flere pårørende hadde ønsket at AAT kunne tilbudt råd og veiledning. Dette gjaldt både på hva den aktuelle psykiske lidelsen til deres nærstående innebar, rollen som pårørende og på hvordan snakke med og ivareta felles barn i en krise. Mange etterlyste også egne samtaler for pårørende. Dette ble i liten grad tilbudt av AAT.

### *Teamansatte*

Teamansatte er enige om at den sentrale tilnærmingen i tjenestetilbudet fra AAT bør være samtaler om og i psykisk krise. Samtalene skal fokusere på normalisering, ressurser og mestring. Det er også



enighet om at familie- og nettverksperspektivet bør utvikles og at man i større grad evner å trekke sterkere med familie og nettverk i samarbeid rundt og med brukerne. Informantene er usikre på om teamene skal arbeide etter spesielle metoder. Det er enighet om at det er nyttig å møte brukere med to ansatte. Dette gir rom for å se flere muligheter i utviklingen av hjelpen og en kan benytte seg av reflekterende team og prosesser. Funnene viser at AAT skal representere et alternativ til innleggelse.

#### *Samarbeidspartere*

Samarbeidspartnerne ønsker seg team som er åpne 24/7, har rask respons og det skal være en telefon alle skal kunne ringe. Samtidig er det viktig at AAT trekker seg raskt ut for å ha kapasitet ved nye henvendelser. Under kontakten med bruker må de kunne følge opp, ambulere og invitere inn pårørende og samarbeidspartnere. Tilgjengeligheten for AAT bør også innbefatte muligheter for råd og veiledning. Slik sett skal det ikke være "siling" i henvendelser. Det er varierende synspunkter på teamets profil og målgrupper. Det er enighet om at AAT må bruke nettverk og knytte til seg samarbeidspartnere, samtidig som det er det ressurs spørsmål. Det bør avklares hva som skal være teamenes målgrupper knyttet til alvorlige psykiske lidelser, alvorlige kriser, mistanker om dette, livskriser og suicidalitet. Kan det være slik at brukerne selv skal avgjøre sine behov og ønsker for hjelp? Det er viktig at AAT kan brukes mye til å vurdere selvmordsfare hos brukere. Det gir stor grad av trygghet for samarbeidspartnerne å kunne drøfte og få bistand i vurderingene. Det bør vurderes om teamene skal arbeide i med medikamentell behandling. Dette bør i så fall skje i nært samarbeid med fastlege. Tilbudet må være frivillig. Det bør avklares hva som kan gjøres hvis brukeren ikke selv vil. Alle frivillige innleggelser bør gå gjennom AAT.

#### *Enighet og uenighet mellom informantgrupper om innholdet i tilbudet*

Det store flertallet av brukere og pårørende gir uttrykk for at hovedinnholdet i hjelpen de fikk fra AAT, var samtaler med fokus på å gi perspektiver og å normalisere krisen. Dette samsvarer med teamenes klare oppfatning av at det sentrale tilbudet fra AAT bør være samtaler om psykisk krise med fokus på normalisering, ressurser og mestring. Mange brukere og pårørende ga uttrykk for at de var fornøyde med samtaletilbudet, men flere hadde også ønsket seg mer praktisk hjelp i krisen. Ønsket om mer samarbeid med pårørende og andre samarbeidsinstanser ble også uttrykt av mange. Flere pårørende ga uttrykk for å ha følt seg lite inkludert i behandling og oppfølging av deres nærstående. Mange av de ansatte i teamene gir uttrykk for at de ser involvering av familie og nettverk som en viktig intervensjonsmetode i kriser, men i praksis kan dette være vanskelig å få til i en travel hverdag. Studiens funn viser imidlertid at å trekke inn privat og offentlig nettverk i mange tilfeller kan bidra til større grad av trygghet og forståelse for krisen for de involverte, og føre til at det kan bli lettere å "stå i det".

### **Karakteristika på et godt AAT**

#### *Brukere*

Betydningen av bredde i kompetanse, personlig egnethet, samt spredning i alder og kjønn blant ansatte i AAT, ble fremhevet av brukerne. Ulike personer og ulike sider av kriser, kan kreve ulik kompetanse fra de ansattes side. Generelt ga brukerne uttrykk for at de i hovedsak opplevde de ansatte i AAT som kompetente og tillitvekkende. Noen hadde imidlertid ønsket at AAT hadde hatt mer kompetanse på henholdsvis rus og traumer. Støtte til opprettholdelse av hverdagslivet ble fremhevet som en viktig oppgave for AAT. Samtidig ble det også av noen påpekt at det å skulle leve i en strevsom hverdag med oppgaver og forpliktelser når man selv er i krise, kan være såpass krevende at det kan oppleves å komme i veien for egen bedring. Betydningen av at AAT ser også denne dimensjonen ble påpekt. Det fremkommer at et viktig karakteristikum ved et godt AAT, er at det bidrar til å skape trygghet i situasjoner som ofte er preget av uforutsigbarhet og kaos. En praksis med rom for tilgjengelighet, fleksibilitet og dialog ble fremhevet som viktige for å etablere denne tryggheten.

### *Pårørende*

Betydningen av tilgjengelighet og rask respons, ble fremhevet. Flere pårørende uttrykte ønske om å kunne kontakte AAT direkte når psykisk krise oppsto. Å måtte gå via fastlege eller legevakt var noe flere opplevde som tungvint. Flere uttrykte også et ønske om at AAT hadde hatt bedre tilgang på sengeplasser på lokalt nivå. Bredde i faglig kompetanse og erfaring ble pekt på som viktige faktorer for å etablere den nødvendige trygghet og tillit mellom teamet, pårørende og brukere. God tilgang på psykiater ble ansett som en viktig del av den totale kompetansen. Det var et område der flere pårørende så et forbedringspotensiale hos AAT.

Med tanke på videre utvikling av praksis i AAT, fremhevet mange pårørende betydningen av å involvere familie og nettverk mer. Samtidig ble balansen mellom å involvere pårørende og anerkjenne at pårørende trenger støtte og avlastning for sin egen del, fremhevet som viktig for at et hjemmebasert tilbud skal fungere.

### *Teamansatte*

Når det gjelder karakteristika på hva som kan være et godt AAT vil det nødvendigvis bli en del gjentakelser av forhold som er nevnt over. Det løses ved at først nevnes stikkordsmessig de av funnene som er beskrevet grundigere tidligere: Åpningstider, Samarbeid med brukere, pårørende og nettverk, Tverrfaglighet, Lederskap, Rask respons, Lav terskel, Bruk av telefon, Tilgjengelighet, Fleksibilitet, Kontekstuell utvikling, Dokumentasjon, Faglig utvikling og veiledning og at Personen selv definerer sine behov og ønsker.

Ytterligere viser funnene at det er viktig med en mandatavklaring. Hvilke målgrupper skal teamene primært ta i mot? Er det først og fremst personer som erfarer suicidtanker, psykose, rus og er over 18 år. Det er en grunnleggende enighet om at tilbudene fra AAT skal være basert på frivillighet. Samtidig mener flere informanter at et viktig aspekt med teamene er knyttet til forebygging av psykisk uhelse. Sentralt er det at arbeidet internt i teamene er karakterisert av faglige drøftinger og refleksjoner i en kultur som preges av tillit og åpenhet. De ansattes kompetanse bør være knyttet til lang erfaring fra psykisk helsearbeid i kombinasjon med opplæring og utvikling av verdier. Teamene skal kunne ambulere og arbeidet som utføres skal systematiseres gjennom forskning og evaluering. Flere informanter fremholder at AAT kan være representanter for en litt annen kultur enn den som råder i psykisk helsefeltet.

### *Samarbeidspartere*

Samarbeidspartnerne fremholder at det er viktig at teamet er tverrfaglig sammensatt og at teammedlemmene er ulike og har ulike kompetanser. Det er nødvendig med videreutdanning og bredde i erfaringsbakgrunn slik at samarbeidspartnerne kan trekke inn teamet der hvor de har sin kompetanse. På denne bakgrunn kan de sammen kunne vurdere hvem som skal og kan gjøre hva. Informantene mener det bør utvikles spesifikke intervensjonsmetoder i en psykisk krise. Involvement av familie og nettverket trekkes frem. AAT bør ikke drive med langtidsterapi. Fokuset bør være på her og nå. Teamene bør ha god og omfattende kjennskap og oversikt over det øvrige hjelpeapparatet. Dette kan bidra til å gjøre gode vurderinger og tilby konkret hjelp både fra AAT og andre involverte.

AAT bør være et akuttilbud med avgrenset nedslagsfelt. Teamene bør ha spisskompetanse knyttet til deres arbeidsoppgaver og tjenestetilbud. Dette kan muliggjøre rask inntreden og ditto retreat. Sentralt er at AAT er et reelt alternativ i en psykisk krise til innleggelse i psykiatrisk sykehus. Samarbeid med andre tjenester er viktig for å kunne skape sammenheng og kontinuitet for brukere og samarbeidspartnere.

### **Effekter av et AAT**

#### *Brukere*

Brukerne beskrev ulike effekter av AAT. Effekten av AAT kunne dreie seg om at AAT kunne representere et alternativ til innleggelse eller at AAT kunne følge opp i påvente av en planlagt innleggelse. For noen gjorde tilbud om oppfølging fra AAT i etterkant av innleggelse, at det opplevdes tryggere å skrives ut. En viktig, generell effekt av AAT som ble beskrevet, er at kontakt med AAT bidrar til økt trygghet og til normalisering av krisen. Dette er forhold som brukerne beskriver som viktig for å stå i krisen og å klare å hente frem egne mestringsstrategier. Fleksibilitet med hensyn til hvilke saker AAT følger opp og hva som skal være hensikten, verdsettes av brukerne. Ut fra brukernes erfaringer kan det se ut til at nettopp det å være et tilgjengelig og fleksibelt tilbud som kan bidra til å trygge kriser på ulike måter, er viktig, også med tanke på utvikling av fremtidig praksis.

#### *Pårørende*

Pårørende hadde ulike erfaringer med hvilken effekt kontakten med AAT hadde hatt. Det kan se ut til at AAT kan gjøre en forskjell på ulike områder. For mange pårørende sin del, fremheves betydningen av et AAT som er tilgjengelige og som kan bidra til å skape trygghet i den aktuelle situasjonen. En viktig effekt er at pårørende ikke står alene med ansvaret. Dette gjelder uavhengig av om tilbudet er tenkt å være et alternativ til innleggelse, eller om AAT er inne og støtter i påvente av en planlagt innleggelse. Slik de pårørende i denne studien beskriver det, kan det se ut til at den viktigste effekten for dem ikke nødvendigvis er å forhindre en innleggelse. Viktigere er det at AAT tilstreber en praksis der man er lydhør for de pårørendes erfaringer og behov, og tilpasser tiltakene deretter.

#### *Teamansatte*

Teamansatte har behov for å vite hva som er de fremtidige effektene av AAT gjennom forskning og evaluering. Det er avgjørende å kunne få et videre forskningsbasert grunnlag for å kunne vurdere mulige effekter av teamenes organisering og tilbud. Informantene forestiller seg at mulige effekter av teamenes arbeid kan knyttes til at brukerne står i jobb ved at man kan unngå innleggelser. Samtidig kan AAT bidra til det unngås hasteinnleggelser og innleggelse på akuttavdeling. Totalt gir dette et bidrag til og er god samfunnsøkonomi, både på individ- og systemnivå. Tilbudet slik det er tenkt kan bidra til og styrke det humanistiske perspektivet i psykisk helsearbeid gjennom sin utvidede tilnærming og forståelse av psykisk krise. Det samme gjelder å kunne ivareta barne- og familieperspektivet. En viktig effekt vil være økt hjemmebehandling og generelt fokus på kontekstuelle forhold som er betydningsfulle i den psykiske krisen. Teamenes arbeid vil kunne bety økt ivaretagelse av fagpersoner og samarbeidspartnere gjennom økt samarbeid.

#### *Samarbeidspartere*

Samarbeidspartnere nevner at en av effektene av AAT er knyttet til god samfunnsøkonomi. Dette kan skje gjennom å forhindre innleggelse, gi hjemmebehandling og unngå langtidssykemelding. Flere samarbeidspartnere trekker frem at AAT kan tilby tidlig hjelp og forebygge utvikling av mer alvorlige psykiske lidelser. En annen sentral effekt kan være at teamenes evne til rask respons kan bidra både til å forebygge, redusere og forhindre selvmord. En siste mulig effekt av AAT er at de kan bidra til mer flyt, sammenheng og kontinuitet i tjenestetilbudene i psykisk helsetjenestene både innen lokale og spesialiserte tilbud.

### **Samarbeid**

#### *Brukere*

Mange brukere satt igjen med en opplevelse av at det hadde vært lite samarbeid mellom AAT og andre instanser. For en del var ikke samarbeid noe de hadde savnet eller ønsket. Noen brukere var imidlertid tydelige på at de hadde ønsket en praksis preget av mer samarbeid mellom AAT og andre. Samarbeid ble blant annet fremhevet som viktig for å skape en felles forståelse og retning på hjelpen. De som hadde opplevd samarbeid, opplevde dette som trygt ved at det bidro til at ”ting hang sammen”, og at de selv slapp å fortelle sin historie til alle involverte.

### *Pårørende*

Pårørende hadde ulike erfaringer på i hvilken grad AAT samarbeidet med andre instanser. Samarbeid ble i hovedsak beskrevet som positivt. Flere pårørende opplevde imidlertid at de selv fikk en "koordinatorrolle", der ansvar for å formidle informasjon mellom ulike instanser ble lagt på dem. De beskrev denne koordinatorfunksjonen som en belastende del av det å være pårørende. De savnet at AAT kunne tatt mer ansvar når det gjaldt å koordinere hjelpen.

Generelt ga de pårørende uttrykk for at de ønsker å stille opp og bli inkludert. De har også behov for at AAT kan ta over noe av ansvaret i perioder. Sann sett kan et godt samarbeide med AAT innebære at man sammen avklarer hva de pårørende skal gjøre og hva AAT skal gjøre.

### *Teamansatte*

Av det som har fremkommet i funnene over pekes det mot betydningen av å samarbeide med mange og forskjellige partnere: NAV, fastlege, pårørende, brukere, legevakt, DPS, kommunale tjenester og akuttavdeling. Informantene vektlegger særlig betydningen av å utvikle samarbeidet med fastlege, legevakt og kommunale psykisk helsetjenester i lys av Samhandlingsreformen.

### *Samarbeidspartere*

AAT bør kunne tilby profesjonell støtte for samarbeidspartnere. Det fremholdes betydningen av overganger, gjensidig kontakt, informasjon og møter. Informantene trekker frem ønsket om å kunne besøke hverandre og kunne omgås også faglig. Informantene vil gjerne bli trukket med i samtalene som samarbeidspartnere. Det er viktig med informasjon fra AAT fordi det kan oppstå usikkerhet og manglende oversikt over ulike team og hva disse skal betjene. For brukere, pårørende og alle andre, vil samarbeidet med AAT flyte lettere om alle vet hvor de skal henvende seg i krise. Det bør være en telefon og alle bør kunne ta kontakt ved behov.

De ansatte i AAT må ha lang erfaring med psykisk helsearbeid og være personlig egnet til arbeidet i AAT. Det er flott at de kan komme inn enda tidligere og arbeide med å involvere ytterligere nettverk på en åpen måte. Det er viktig å ha en bred klinisk og metodisk tilnærming i samarbeidet rundt brukeren. Betydningen av å trekke med fastlege så tidlig som mulig understrekes av flere informanter. Det samme gjelder teamets muligheter til å ambulere og å være oppsøkende i sitt samarbeid med andre.

## **Relasjoner og holdninger**

### *Brukere*

Samtlige brukere var opptatt av betydningen av så vel de ansattes holdninger, som evnen til å inngå i trygge, støttende relasjoner når man skal møte mennesker i en psykisk krise. Brukerne var opptatt av at de ansatte i AAT må ha den nødvendige personlige egnethet, i tillegg til god faglig kompetanse. Samtidig som mange fremhevet betydningen av at ansatte kunne vise genuin medmenneskelighet, ble det av flere også påpekt som viktig at de ansatte kunne utvise en profesjonell nøytralitet. En del brukere etterlyste en litt mer direkte stil fra AAT. De pekte på at AAT nesten kunne bli *for* vennlige og hensynsfulle og at budskapet kunne bli for godt pakket inn og fremstå som uklart for bruker og pårørende. Flere brukere etterlyste en praksis med tydeligere avklaringer rundt det å gi og ta ansvar. I krisen hadde mange ønsket at AAT i større grad kunne ha hjulpet dem med å ta ansvar og avgjørelser. I en krise er det ikke lett å ha overskudd til å vite hva man trenger. Det kan oppleves utrygt å skulle ta dette ansvaret og flere beskrev gode erfaringer med at AAT hadde gitt uttrykk for at "nå skal vi ta vare på deg", og at de var på tilbudssiden. For noen kunne det å selv få ansvaret for å si fra om hva de trengte være vanskelig, fordi de i utgangspunktet slet med en opplevelse av å være til bry. Noen beskrev også at de selv ikke kjenner til hvilke muligheter for hjelp som finnes. Det kunne da være godt at AAT foreslo ulike former for tiltak.

### *Pårørende*

Generelt ga pårørende uttrykk for å være svært fornøyde med hvordan ansatte i AAT fremsto holdningsmessig. Betydningen av at man i AAT kan ha en praksis som gir tid og rom for å skape tillit og trygge relasjoner, fremheves. Pårørende beskrev at det å ha tid til ”utenomstakk” om hverdagslige ting, kan være viktig for å skape en relasjon i krise. Det var også noen pårørende som så et behov for at AAT kunne vært mer tydelige og stilt noen krav til deres nærstående. Behovet for tydelighet kunne også dreie seg om overbringelse av konkret informasjon om AAT sitt tilbud. En pårørende opplevde at AAT ikke ga tydelig informasjon om at det ville bli sendt ut faktura med krav om betaling av egenandel. Hennes nærstående hadde i utgangspunktet ikke selv bedt om oppfølging fra AAT og alliansen var skjør. At hun mottok regning for noe hun ikke selv hadde bedt om, førte til at hun brøt all kontakt med AAT. Å gjøre avklaringer og sikre seg at informasjon har nådd mottaker, ble beskrevet som viktig praksis når man skal bistå mennesker i krise.

### *Teamansatte*

Teamansatte vektlegger betydningen av verdier og holdninger når man arbeider i et AAT. Dette er både noe man som fagperson bør vite om når man begynner og arbeide i et team og som må utvikles gjennom arbeidet. Det relasjonelle fokuset strekker seg både innover i samarbeidet med kollegaer og utover i møter med brukere, pårørende og andre samarbeidspartnere. Flere informanter trekker frem at teamenes tilnærming er basert i humanistiske verdier og holdninger hvor brukernes behov og opplevelser står i sentrum. Tilbudet som gis skal oppleves som hjelpsom hjelp. Det skal være trygt å møte de ansatte i teamet og de skal fremstå med høflighet, vennlighet og med respekt i møtet med brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Flere av informantene trekker frem at det bør gjennomføres systematiske bruker- og pårørendeundersøkelser og evalueringer med utgangspunkt i de overnevnte holdningene.

### *Samarbeidspartnere*

Samarbeidspartnere viser til at teammedlemmene er og bør være opptatt av relasjoner i sitt arbeid. Både internt i teamet, i møter med brukere og pårørende og med alle andre samarbeidspartnere. Det kan skje ved at mange AAT fortsetter med å arbeide to og to, de kan i større grad inviterer med samarbeidspartnere både i møter og samtaler, samt holde fast i orienteringen mot brukerens behov og ønsker om hjelp. Det er viktig med teammedlemmenes holdninger i betydningen av de bør vise respekt i møte med brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Dette gjelder også i møte med samarbeidspartnere som ikke befinner seg i spesialisthelsetjenesten. I samarbeid med andre gjelder også holdninger om vennlighet, vilje og evne til å høre på andre og ditto ønsker om å samarbeide. Et siste funn er knyttet til ulike profesjoners kunnskaper og holdninger. Også disse bør møtes med nysgjerrighet, åpenhet og undring i forsøkene på å utvikle en hjelp som kan være nyttig for brukerne. Informantene tenker at det bør utføres flere forskningsbaserte undersøkelser og evalueringer fra brukere og pårørende. De erfaringene de gjør seg i møtet med AAT og hva som har vært god og nyttig hjelp bør kunne være gjenstand for systematisk kunnskapsutvikling.

### *Enighet og uenighet mellom informantgrupper om relasjoner og holdninger*

Betydningen av at ansatte i AAT utviser holdninger som respekt og vennlighet overfor brukere, pårørende og samarbeidspartnere fremheves av informantene i alle de fire gruppene. Erfaringene brukere, pårørende og samarbeidspartnere har gjort i kontakt med AAT, peker på at AAT i stor grad møter omgivelsene med gode holdninger og at de evner å skape relasjoner preget av tillit. Møtet med brukeren oppleves langt på vei styrt av at brukeren selv får være med å definere sine behov – sentrert rundt ” hva trenger du”? Samtidig som denne åpenheten og brukersentreringen fra AAT sin side verdsettes av informantene, så har en del brukere og pårørende, erfaring på at AAT kan fremstå noe utydelige. De etterlyser tydeligere informasjon om ulike muligheter for hjelp i krisen, og avklaringer av ansvar. En for åpen tilnærming fra AAT, kan oppleves å plassere mye av ansvaret hos de pårørende, fordi brukeren i en krise kan ha vansker med å definere hva vedkommende selv trenger akkurat der og da. Studiens funn viser at hjemmebehandling innebærer noen utfordringer og

at det er et behov for dialog mellom involverte parter for å drøfte og avklare problemstillinger rundt å gi og ta ansvar.

## **Avslutning og overføring**

### *Brukere*

Avslutning og overføring til andre tjenestetilbud var områder der mange brukere hadde synspunkter. De etterlyste en endring i retning av mer tydelighet og forutsigbarhet. De etterlyste en praksis med klarere rammer for hvordan og når AAT skal trekke seg ut. Flere brukere peker på at det i en krise ikke alltid er så lett å få med seg beskjeder som blir gitt, særlig ikke når krisen er på topp slik den kan være når AAT kommer inn i bildet. Det uttrykkes et behov for at avklaringer gjøres underveis i kontakten, i dialog mellom bruker og AAT. De fleste brukerne var innforstått med at kontakten med AAT er relativt kortvarig, og at andre instanser har ansvar for den videre oppfølgingen der det er behov for det. Det mange hadde ønsket annerledes, var at AAT i større grad hadde samarbeidet med andre instanser og bidratt til å sikre at overganger hadde foregått på en trygg og smidig måte.

### *Pårørende*

Dette var den delen av tilbudet der flest pårørende uttrykte et behov for endret praksis. Noen pårørende hadde erfart at AAT trakk seg raskt ut etter en kortvarig vurdering, uten at de opplevde at noe annet var på plass. Pårørende ble ikke alltid orientert om dette og det kom overraskende på dem at kontakten var avsluttet. Pårørende beskrev en opplevelse av at de ble sittende igjen med alt ansvaret for sine nærstående, og at det egentlig ikke hadde kommet noe ut av kontakten med AAT. For andre igjen, hadde kontakten med AAT blitt avsluttet ved at deres nærstående hadde blitt innlagt. Pårørende savnet at AAT kunne holdt litt tak i situasjonen også etter innleggelsen. Situasjonen opplevdes ikke nødvendigvis så mye bedret etter en kortvarig innleggelse, men pårørende var da alene med ansvaret. En pårørende beskrev at hennes ektefelle ble innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling av AAT grunnet brå forverring. Hun opplevde da at alle planer for videre oppfølging AAT hadde lagt i løpet av kontakten forut for innleggelse, stoppet opp. Da hun kontaktet AAT, fikk hun beskjed om at bruker ikke lenger var deres ansvar. Pårørende etterspør bedre informasjon og mer samarbeid rundt avslutning og overganger. Ikke minst fremheves avklaring av videre ansvar som et viktig element i en god praksis.

### *Teamansatte*

Som tidligere vist er teamansatte opptatt av å gjennomføre gode avslutninger med brukere og tilsvarende videre- og overføringer til andre tjenester der dette er ønskelig. Flere peker på at det er utfordrende å vite når man skal vurdere utskrivelse fra teamet. De fleste fremholder at det må være brukerens behov som skal avgjøre når en skal avslutte. Det vil også være viktig å gjennomføre mer systematiske tilbakemeldinger til samarbeidspartnere.

### *Samarbeidspartere*

Samarbeidspartnerne ønsker bedre og raskere tilbakemelding fra AAT ved avslutning. Det bør være lett å utveksle direkte telefonnummer til hverandre. Dette er viktig for informasjonsflyten mellom ulike samarbeidspartnere og AAT. Det bør være kontakt, tilbakemeldinger og sluttrapporter ved alle overføringer til andre tjenester. Det bør kunne tenkes høyt med samarbeidspartnere ved overføringer og avslutninger. Overføringer av brukere er utfordrende knyttet til pasientinformasjon og sending av epikriser. Dette kan ofte gi uønskede problemer med oppfølging, arbeide og flyt av informasjon. Det bør kunne gjennomføres felles samarbeidstreffpunkter. AAT fyller et hull som er tomt eller som kreves å bli fylt ved at de øker koordinering av tjenestene - samtidig som mye gjenstår. AAT bør ha fokus på flyt mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene. Informantene er usikre på hvor lenge AAT skal eller bør være inne i samarbeidet med bruker. Før dette samarbeidet avsluttes er det viktig at tilbudet kan fortsette et annet sted. I overføringen og samarbeidet mellom ulike tjenester bør det også avgrenses hvem som skal gjøre hva. Det er

ønskelig at den tyngste kompetansen ikke brukes der hvor mindre kompetanse er tilstrekkelig. Informantene er usikre på når avslutning med AAT skal gjøres. Det kan være en ide med tidsbegrensing. Noen brukere har kontakt med AAT over lang tid, veldig lang tid og det kan binde opp teamets kapasitet til å håndtere akutte saker. Samtidig kan det også være viktig med tett oppfølging over tid.

#### *Enighet og uenighet mellom informantgrupper om avslutning av kontakt*

De områder der flest informanter både blant brukere, pårørende og samarbeidspartnere ønsker forbedringer, er når det gjelder overføring til andre tjenester og avslutning av oppfølging fra AAT. Dette til tross for at ansatte i AAT ga uttrykk for at de bestreber å få til gode overganger, der de har som målsetting at saker ikke skal slippes før kontakt er etablert med en ny instans. Slik flere brukere, pårørende og samarbeidspartnere opplevde det, fremsto imidlertid videre plan og ansvarsfordeling uklart ved avslutning. Avslutning kunne også komme brått og uforberedt for en del. Disse til dels negative erfaringer med avslutning og overføring, lot i begrenset grad til å handle om lengden på tilbudet til det aktuelle teamet. Der AAT ga tidsavgrenset tilbud, ga informantene stort sett uttrykk for at dette var som forventet, da de anså AAT som et akutttilbud. Det de kunne savne, var større grad av forutsigbarhet hva angikk videre plan og tidspunkt for avslutning. At ansatte i AAT formidlet en noe annen oppfatning enn de andre informantene på dette punktet, kan til dels skyldes et forhold som flere informanter peker på. De pekte på at det i en krise kan det være vanskelig å få med seg hva som blir sagt. Tydelighet fra AAT sin side blir dermed av stor betydning i alle faser av kontakten.

### **7.3 Oppsummering om ønskelig praksis og ønskelige forbedringer**

Teamledere ble bedt om å oppgi hvilke tre tiltak de ville prioritere for forbedring av tilbudet fra akutteamet. De tiltakene som ble hyppigst nevnt, var utvidelse av teamet med psykiater og/eller psykolog eller mer av disse, utvidet åpningstid, og økt eller bedre samarbeid og samhandling med kommunale og andre tjenester. Tiltakene som fulgte etter dette, var bedre faglig kvalitet, flere årsverk i teamet, mer bruk av hjemmebehandling og reell portvaksfunksjon.

Akutteamene legger vekt på kontinuitet ved at de har en person i teamet som er deres hovedkontakt der, og ved at teamet søker å begrense hvor mange personer brukeren må forholde seg til. Teamene gjør i liten grad undersøkelser med spørreskjema til brukere eller pårørende om deres erfaringer med teamet, og få team involverer brukere eller pårørende i prosesser med utvikling av tilbudet.

Brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere var enige i at det er viktig med god tilgjengelighet med rask og enkel tilgang til akutteam når en psykisk krise oppstår. Betydningen av at tilbudet gjøres bedre kjent i andre deler av helsevesenet, presiseres også av flere pårørende. De hadde erfart at tilbudet var lite kjent av fastlege og legevakt.

De fleste brukere og pårørende ønsket åpningstid 24/7. Mange brukere sa at nettopp kveld /natt og helger og høytider kan være vanskelige å komme igjennom når man er i en psykisk krise. Pårørende opplever ofte et stort problem når hjelpetilbud er stengt, og utvidet åpningstid kan gjøre det lettere for dem å delta i oppfølgingen med akutteamet. Teamansatte var delt i synet på behovet for utvidet åpningstid. Noen mente at det var ønskelig med 24/7, noen mente at det er tilstrekkelig med åpningstid på dag- og kveldstid alle dager i uken, og noen mente at det er tilstrekkelig med åpningstider på dagtid på hverdager.

Brukere og pårørende ønsker primært å kunne ta kontakt med AAT selv, uten henvisning fra fastlege eller andre. Særlig er mange brukere opptatt av muligheten til å selv kunne ta kontakt igjen med akutteamet etter avslutning uten å måtte gå via fastlege for å få ny henvisning. Teamansatte var delt i to i synet på om det skal være krav til henvisning eller ikke.

Noen mente at det er behov for en avklaring av mandat for akutteam. Hvilke målgrupper skal teamene primært ta i mot? Er det først og fremst personer med selvmordsfare eller alvorlig psykisk lidelser? Det er en grunnleggende enighet om at tilbudene fra AAT skal være basert på frivillighet.

Fleksibilitet på hvor, hvor ofte og når man skal møtes, fremheves av alle informantgrupper som viktig. Det er enighet om at brukers behov i stor grad bør være styrende. Noen brukere etterlyste tettere oppfølging fra akutteam, og at teamene var mer aktive med å tilby tettere oppfølging fordi man i en krise kan ha vansker med å be om noe for egen del. Det ble fremhevet som viktig at AAT var tydelige på at de var et kortidstilbud.

Teamansatte delte seg også i to når det gjaldt om akutteam skal ha portvaktfunksjon for akuttinnleggelse. De andre informantgruppene hadde ikke så mye synspunkter på dette.

Teamansatte mener at AAT må ha faglig autonomi, flat struktur i kombinasjon med klart lederskap og en administrativ funksjon. Det er et klart ønske om tverrfaglig sammensetning av teammedlemmer og en lege/psykiater i teamet eller som er tilgjengelig for teamet.

Det store flertallet av brukere og pårørende gir uttrykk for at hovedinnholdet i hjelpen de fikk fra AAT, var samtaler med fokus på å gi perspektiver og å normalisere krisen. Dette samsvarer med teamenes klare oppfatning av at det sentrale tilbudet fra AAT bør være samtaler om psykisk krise med fokus på normalisering, ressurser og mestring. Mange brukere og pårørende ga uttrykk for at de var fornøyde med samtaletilbudet, men flere hadde også ønsket seg mer praktisk hjelp i krisen.

Noen brukere opplevde at det hadde vært lite samarbeid mellom akutteamet og andre tjenester. Noen var imidlertid tydelige på at de hadde ønsket en praksis preget av mer samarbeid, mens andre ikke savnet eller ønsket at det var samarbeid med andre tjenester.

Samtlige brukere var opptatt av betydningen av så vel de ansattes holdninger, som evnen til å inngå i trygge, støttende relasjoner når man skal møte mennesker i en psykisk krise. Brukerne var opptatt av at de ansatte i AAT må ha den nødvendige personlige egnethet og god faglig kompetanse.

De fleste informanter både blant brukere, pårørende og samarbeidspartnere ønsker forbedringer når det gjelder overføring til andre tjenester og avslutning av oppfølging fra akutteamet. De etterlyste mer tydelighet og forutsigbarhet for hvordan og når akutteamet vil avslutte sin kontakt.

#### **7.4 Praksis sett i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger**

Helsedirektoratet (2014) gir i sin oppsummering tre anbefalinger til helseforetak om organisering av akuttjenester innen psykisk helsevern, og åtte anbefalinger for ambulante akutteam. Nedenfor gir vi noen kommentarer til hvordan vi ut fra vår undersøkelse oppfatter at akutteamene følger opp disse anbefalingene (nummerert 4-11 slik som i Helsedirektoratets rapport).

##### **(4) Behandlingen skal så langt det er mulig gis i henhold til pasientens og pårørendes ønsker og valg, jf. pasient-og brukerrettighetsloven § 3-1.**

Akutteamene gir tilbud til pasienter som ønsker det selv, og hovedinntrykket fra de kvalitative intervjuene tyder på at pasientene i stor grad er med på å bestemme sted og hyppighet for kontakt. En del utsagn kan tyde på at alternativer og valgmuligheter kan presenteres tydeligere.

##### **(5) Ambulante akutteam skal ha psykiater, psykolog, psykiatriske sykepleiere og rus-og sosialfaglig kompetanse.**

Akutteamene er tverrfaglige team. En god del av dem mangler psykiater og/eller psykologspesialist, og dette påpekes av mange teamledere som en kritisk faktor som bør tas opp der akutteamene ikke har slik spesialistkompetanse. Akutteamene synes å ha begrenset rusfaglig kompetanse.

##### **(6) Ambulant akutteam skal være operative kveld og helg, og sørge for samarbeid med andre om å dekke natt.**

Under halvparten av akutteamene var operative på kveldstid på hverdager eller på deltid i helger. En del akutteam har avtaler med andre tjenester om at pasienter kan ta kontakt om natta.



**(7) Ambulante akutteam tar i hovedsak imot henvisninger fra faglige instanser som fastlege, legevakt, kommunal helse-og omsorgstjeneste og enheter i spesialisthelse-tjenesten. Teamet kan også ta imot henvendelser fra pasient, pårørende, omsorgspersoner og eventuelle andre instanser.**

Alle akutteamene tar i mot henvisninger fra fastleger, og de fleste tar også i mot henvisninger også fra andre faglige instanser. Omtrent halvparten tar i mot henvendelser direkte fra pasienter.

**(8) Ambulante akutteam skal kunne handle raskt ved å møte pasienten snarest mulig og innen få timer.**

Bare ett av fem akutteam sier at de skal kunne rykke ut innen 4 timer, halvparten av teamene sier at de skal ta i mot nye innen 24 timer. Vi vet ikke hvor raskt de faktisk rykker ut eller tar i mot nye, men det ser ut til at det i begrenset grad skjer innen få timer.

**(9) Ambulante akutteam skal etter forsvarlig vurdering kunne tilby kortvarig tilpasset ambulant behandling ved alvorlig psykisk krise eller henvise til andre enheter i psykisk helsevern og TSB i spesialisthelsetjenesten eller til fastlege og kommunale tjenester der det er indisert.**

Vi har begrenset informasjon om i hvilken grad akutteamene gjennomfører en forsvarlig vurdering. Teamene gir i hovedsak kortvarig behandling og henviser en del pasienter til andre tjenester.

**(10) Det skal kartlegges om pasienten har barn, og disse skal ivaretas og få den hjelp og bistand de trenger, jf. helsepersonellovens § 10 a.**

Vi har ikke systematisk informasjon om dette i undersøkelsen, men flere pasienter nevnte i kvalitative intervjuer at akutteamet hadde spurt om situasjonen for pasientens barn.

**(11) Ambulante akutteam har ansvaret for å etablere nødvendig samhandling med pårørende, andre omsorgspersoner, fastlege, kommunale tjenester og øvrig spesialisthelsetjeneste for å ivareta pasientens helhetlige behandlingsbehov.**

Akutteamene samarbeider en del med pårørende og andre tjenester, men dette kunne trolig gjøres i større grad og på mer systematiske måter.

## Referanser

Helsedirektoratet (2014). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Report IS-2156. Helsedirektoratet, Oslo.

Kvale S & Brinkmann S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2014). Crisis resolution teams: how are they performing? *Mental Health Today*, 18-19.

[http://www.mentalhealthtoday.co.uk/crisis\\_resolution\\_teams\\_how\\_are\\_they\\_performing\\_25769813430.aspx](http://www.mentalhealthtoday.co.uk/crisis_resolution_teams_how_are_they_performing_25769813430.aspx)

Malterud K (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Universitetsforlaget, Oslo.

Sosial-og helsedirektoratet (2006). "Du er kommet til rett sted...Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre". Rapport IS-1358. Sosial-og helsedirektoratet, Oslo.

Det vises ellers til litteraturgjennomgang om forskning på ambulante akutteam i Helsedirektoratets rapport IS2156 (2014), som er første referanse ovenfor.

Referanse til denne rapporten:

Ruud T, Karlsson B, Klevan T, Hasselberg N: Ambulante akutteam i psykisk helsevern: Praksis og erfaringer. Akershus universitetssykehus, Lørenskog, 2015, i samarbeid med Høgskolen i Buskerud og Vestfold, og Akuttnettverket.
---