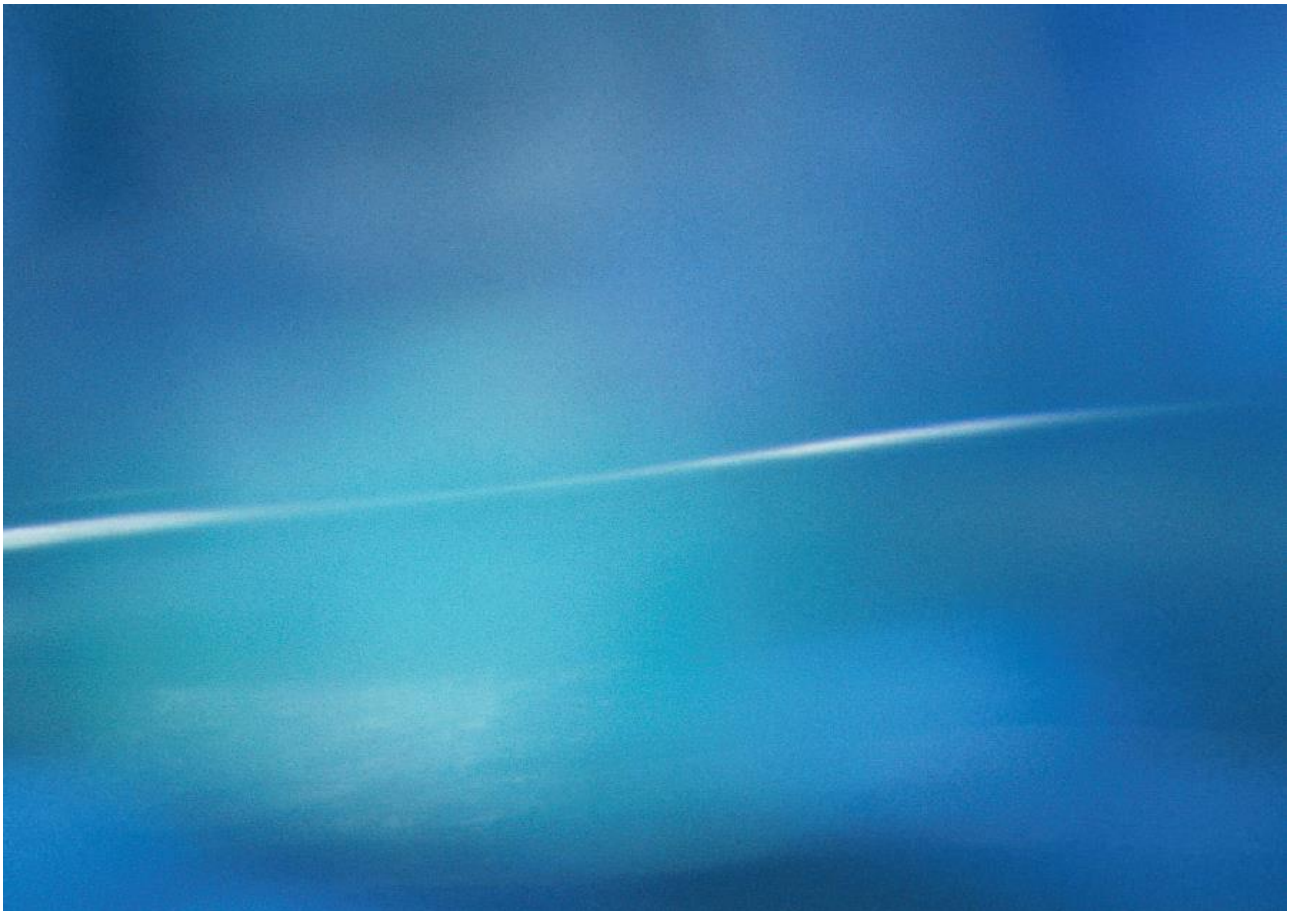


Akuttpsykiatri på hjemmebane – pasientens



Håndbok for ambulante akutteam

Liv Jerven

Forord

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

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

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

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

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

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

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

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

Innhold

FORORD	2
INNLEDNING.....	6
1. NASJONALE FØRINGER.....	8
2. FORSKJELLEN MELLOM AKUTT-INNLEGGELSE, AKUTT-TILBUD I POLIKLINIKK OG AMBULANT AKUTTARBEID	11
2.1 AKUTTINNLEGGELSE	11
2.2 AKUTT-TIMER I POLIKLINIKK.....	13
2.3 AMBULANT AKUTTARBEID	14
3. DEFINISJON AV MÅL/OPPGAVER	16
3.1 FORMÅLET.....	16
3.2 ØVRIGE OPPGAVER FOR AAT	17
3.3 AMBULANT AKUTT – HVA ER DET?	17
4. GRENSEOPPGANG TIL ACT/FACT	19
5. AAT - FAGLIG INNHOLD.....	21
6. MÅLGRUPPEN.....	23
7. HENVISNINGER – ELLER HENVENDELSER?	25
8. ULIKE PASIENTER – ULIKE TILNÆRMINGER?	27
9. DEN FØRSTE SAMTALEN	31
10. NØDVENDIG INFORMASJONSINNHEITING	34
10.1 MAL FOR INFORMASJONSINNHEITING	34
11. SAMTYKKEKOMPETANSE	40
12. SUICIDRISIKOVURDERING (SRV) - SIKKERHET FOR PASIENT OG PÅRØRENDE.....	43
12.1 BAKGRUNNSSTOFF, TALLMATERIALE OG RETNINGSLINJER	43
12. 2 KARTLEGGINGEN	46
12.3 VURDERINGEN	47
12.4 TILTAK SOM IGANGSETTES VED SITUASJONSBETINGET SUICIDALITET:	48
12.5 TILTAK SOM IGANGSETTES VED LANGVARIG/KRONISK SUICIDALITET	48
12.6 DOKUMENTASJON	50
12.7 ETTER SELVMORDET – NÅR DET SKJER.....	50
13. VOLD	55
14. BARNEPERSPEKTIVET.....	58
15. FØRERKORTVURDERINGER	60
16. VÅPEN	62
17. Å MØTE PASIENTEN DER DEN ER	64
18. PÅRØRENDE - RESSURS MED UTFORDRINGER OG RETTIGHETER	67

19. SKRIFTLIG INFORMASJON TIL PASIENTENE OG PÅRØRENDE	69
20. DOKUMENTASJON	72
21. SAMARBEID MED FØRSTELINJEN	74
21.2. SAMHANDLING MED NAV, PSYKISK HELSE, ROP-TEAM OG BARNEVERN	74
22. SAMHANDLING MED ØVRIG SPESIALISTHELSETJENESTE	77
21.1 FASTLEGENS ROLLE I KRISER.	78
22.1 OPPFØLGING ETTER VILLET EGENSKADE	80
22.2 OPPFØLGING ETTER ALVORLIGE SOMATISKE TRAUMER	81
23. REKRUTTERING OG KOMPETANSEKRAV	86
24. BRUKERTILSETTING/ERFARINGSKONSULENTER I AAT?	88
25. ORGANISERING OG LEDELSE I AAT – NOEN SÆRTREKK	90
25.1 PRAKTISK ORGANISERING	90
25.2 OVERLAPPING/RAPPORT	92
25.3 AKTIVITETSREGISTERING.....	94
25.4 SIKKERHET FOR DE ANSATTE OG KVALITET PÅ TILBUDET.....	94
25.5 LEDELSE	95
26. REFERANSER.....	99

Some people feel the rain.

Others just get wet.

Bob Dylan

Innledning

Etter å ha hatt tallrike gleder (og noen problemer) knyttet til oppstart av et AAT (Ambulant Akutteam) – og ledet det i nærmere 9 år, ser jeg tydelig hva jeg selv, og teamet mitt kunne hatt nytte av, særlig i oppstartsfasen, kunnskap som ikke var å finne i skriftlig form noe sted. I møte med andre ledere av AAT'er fra det ganske land, det være seg på samlinger gjennom Akuttnettverket eller andre steder, har jeg også fått bekreftet at mine erfaringer til forveksling ligner andres. Mange føler seg rådville – ikke minst fordi ambulant akuttpsykiatrisk arbeid krever en rask og god vurderings-, beslutnings- og gjennomføringskompetanse for å lykkes, men også fordi nasjonale anbefalinger og retningslinjer er av nokså generell karakter.

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

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

Ambulant akuttarbeid er en vesentlig og nødvendig del av den totale akuttkjeden, som strekker seg fra fastlege/legevakt/AMK til høyspesialiserte akuttavdelinger på sentralsykehus/regionsykehus. AAT gir et helt annet tilbud enn polikliniske akuttimer, innleggelse og/eller dagbehandling. Men for å kunne være den beste utgaven av seg selv, som et tilbud til pasienter i akutt psykiatrisk krise, må AAT inngå i en velfungerende kjede hvor det enkelte ledd har klart avgrensede oppgaver så vel som gode og velsmurte overganger – og samarbeidsrutiner. Disse må fungere opp mot alle deler av akuttkjeden, samt pasienter/pårørende og andre deler av hjelpeapparatet.

Hvis vi allikevel tenker oss AAT utviklet i henhold til intensjonene og de overordnede føringene i både DPS-veilederen¹, samhandlingsreformen², spesialisthelsetjeneste på brukerens arena³ og organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsykiatriske sentre (DPS)⁴ er det også mulig å tenke seg at AAT'enes arbeidsform og selvforståelse skal være gjenkjennbar over det ganske land.

¹ Larsen (2009)

² Helsedirektoratet (2019)

³ Wessel Andersson (2019)

⁴ Helsedirektoratet (2014)

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

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

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

1. Nasjonale føringer

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

I somatikken har oppbygging av akuttmottak, med grundigere vurdering for å gi riktig behandling på rett nivå til rett tid, herunder triage, utviklet seg gjennom årene. En triage («triage» er fra fransk og betyr sortering, i helsevesenet vanligvis prioritering) i somatikken, har klare kriterier knyttet til grad av helsesvikt, som objektivt grunnlag for vurdering av alvorlighet, prioritering - og dermed iverksetting av tiltak. Innen psykiatrien er «triage» - ikke på samme måte i vanlig bruk. Øyeblikkelig hjelp derimot er klart definert, slik også retten til elektiv hjelp er, gjennom psykisk helsevernloven⁵ og prioriteringsforskriften⁶.

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

Sentrale styringsdokumenter fra Helsedirektoratet pekte nettopp på dette - og la i DPS Veilederen⁷ en anvisning om at arbeidet med å etablere Ambulant Akuttbehandling nå også skulle prioriteres. Det skulle ikke lenger være slik at pasienter som henvendte seg til DPS, skulle bli avvist på grunn av uklart problemomfang og høy hastegrad. Tvert imot, de skulle bli tatt godt imot⁸, de skulle få den hjelpen de trengte, når de trengte den, og der den kunne være mest til nytte for pasienten. Hjelpen skulle medføre minst mulig inngripen i pasientens liv, og så langt mulig gis i henhold til pasientens og pårørendes ønsker og valg⁹. Samtidig kom det tydelige føringer knyttet til redusert bruk av tvang, og etterhvert pålegg om utprøving av medikamentfrie behandlingstilbud.

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

⁵ Helsedirektoratet (2017)

⁶ Helsedirektoratet (2015)

⁷ Helsedirektoratet (2006).

⁸ Helsedirektoratet (2014)

⁹ Helsedirektoratet (2017b)

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

Om effekten er den samme i Norge, er det ikke forsket mye på. Torleif Ruud har sett på en rekke team, ikke minst gjennom den såkalte «fidelity-undersøkelsen». Her ble både AAT'enes pasientgrupper, innhold i tiltakene og effekt beskrevet, men særlig ble teamenes troskap mot modellen målt¹⁰. Denne undersøkelsen bekrefter ulikheten mellom teamene, som tidligere beskrevet.

Mange som arbeidet innen psykisk helse så umiddelbart mulighetene som lå i å etablere team, som skulle arbeide hjemme hos pasienten og dennes pårørende i akutte situasjoner. En slik arbeidsform ville kunne bidra til at hjelp i liten grad inngrep unødig i pasientens liv, den måtte basere seg på frivillighet og arenaen for reell og realistisk brukermedvirkning ville naturlig ligge der. Det var allikevel ikke slik at det kjentes umiddelbart komfortabelt å etablere dette som fast arbeidsform. Særlig bekymringen for om det kunne etableres et sikkert nok tilbud for pasienten, ble liggende som en hindring det tok tid å forsere. Dette til tross for at svært mange hadde erfaring fra «hjemmebesøk», møter med pårørende hjemme med mer, men det å basere seg på at et helt behandlingsforløp hjemme hos pasienten, som et reelt alternativ til innleggelse, satt lenger inne. De første årene etter at både DPS-veileder og «Du har kommet til rett sted» var sendt ut, ble det ikke etablert mer enn noen få ambulante akutteam.

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

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

¹⁰ Loyd Evans & Fullerton

Nettopp dette at helsesvikten hos de fleste pasientene, har utviklet seg over tid, kan ha forledet helsepersonell til å tenke at det ikke haster med å gi hjelp, at situasjonen ikke er akutt. Men ofte er dette akuttpsykiatriens særpreg. En situasjon/et helseproblem oppstår sjelden over natten. Det utvikler seg, ofte med vage signaler, over tid. Og opplevelsen av at nå er den akutt, kan komme når pasienten ikke har sovet på flere netter, har sluttet å stelle seg, ikke spiser ordentlig, snur døgnet med mer. Og da - relativt akutt, er det «noen» som sier stopp. Her er det behov for hjelp - nå! Allikevel har det ikke vært tradisjon for å imøtekomme dette akutte hjelpebehovet umiddelbart, hvis ikke situasjonen har vært definert som øyeblikkelig hjelp, og da med behov for innleggelse.

Uansett hvor lang tid plager og belastninger har brukt på å «ende opp» som et alvorlig funksjonsfall, er det oftest slik at folk kommer til et punkt hvor de opplever (eller de pårørende opplever) at de trenger hjelp nå. Brukerinvolvering er å ta pasientens beskrivelse av egen situasjon, herunder hjelpebehov og hastegrad, på alvor. Og ikke minst, som hjelper, gi seg selv det positive handlingsrommet en får, nettopp ved å respondere umiddelbart.

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

Sentrale nasjonale styringsdokumenter:

- DPS-veilederen ¹¹
- Samhandlingsreformen ¹²
- Pårørende - en ressurs ¹³
- Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena ¹⁴
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ¹⁵
- Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) ¹⁶
- Pakkeforløp psykisk helse og rus ¹⁷

¹¹ Helsedirektoratet (2006)

¹² Helsedirektoratet (2018)

¹³ Helsedirektoratet (2019)

¹⁴ Rådet for psykisk helse (2008)

¹⁵ Helsedirektoratet (2008)

¹⁶ Helsedirektoratet (2014)

¹⁷ Helsedirektoratet (2019b)

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

Akuttmedisin, som tjeneste utenfor sykehus, defineres som kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning av akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, herunder akutte psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse (Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus¹⁸).

2.1 Akuttinnleggelse

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

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

Flere og flere pårørende hever nå sin stemme for å bli hørt akkurat på dette området. Parallelt med helseministerens tydelige beskjed om at tvang innen psykisk helsevern skal reduseres, opplever de pårørende en ny type tvang; tvangen til å ta seg av sine syke familiemedlemmer hjemme på grunn av mangel på det de opplever som adekvat behandling og omsorg av nettopp disse familiemedlemmene. Underoverskriften brukerinvolvering er også pårørendes stemme nødvendig å lytte til. Det er derfor helt vesentlig at akutt hjemmebehandling skjer i tett samarbeid med *begge* pasient og pårørende, slik at behandlingen ikke oppleves som nok en overprøving av de pårørendes ønsker og behov.

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

¹⁸ Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (2005)

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

All erfaring tilsier at vi ved en innleggelse, i for liten grad får kvalitetssikret relevansen av våre tiltak for pasientens framtidige helse - herunder hindre tilbakefall. At presset på akutt/sub-akuttplasser også er stort, kan føre til en for dårlig planlagt utskrivelse hvor planlagte tiltak av den grunn ikke kan bli iverksatt.

PasOpp undersøkelsene (2014¹⁹ og 2017²⁰) bekrefter også dette, samt at innleggelse svært ofte ikke oppleves som behandling med tanke på økt grad av mestring. Her er hovedfunn - mangler og svakheter - evaluert av pasienter i forbindelse med innleggelser:

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

Det betyr at det enda nøyere må vurderes om behovet for innleggelse utover det å trygge pasienten er tilstede, og om pasienten ved innleggelse vil få innfridd sine behov for hjelp og bistand, også utover det helt akutte.

I vårt team erfarer vi at langt de fleste henvendelser til oss ikke er begrunnet pasientens «psykiske lidelse» i seg selv men i at noe «rundt» pasienten har gått i stykker (samlivsbrudd, arbeidsløshet - andre tap). Tap, forandringer i livssituasjon, somatisk sykdom med mere, blir for noen til kriser, de ikke har verktøy til å løse på egen hånd. Dette kan ha sin årsak i individuell sårbarhet, manglende

¹⁹ Kjøllesdal & Iversen (2014)

²⁰ Kjøllesdal et al (2017)

støtte, tidligere erfaringer, og sammenfall av flere vansker samtidig med mer. Av dette bør det logisk følge:

- a) At selve vurderingen, når det er spørsmål om innleggelse, må ha som ambisjon å skille ut de pasientene som primært trenger innleggelse på grunn av sin psykiske sykdom - og de som trenger hjelp fordi «noe» i omgivelsene har krakelert, og ført til større eller mindre problemer for pasienten.
- b) At en tommelfingerregel er at pasienter bør få den bistand, omsorg, behandling og hjelp de trenger, i de omgivelsene og den kontekst problemene oppsto og bidro til pasientens funksjonsfall. Det vil selvsagt alltid finnes unntak, som fordrer annen tilnærming. Disse vil bli omtalt senere.

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

2.2 Akutt-timer i poliklinikk

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

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

Hvor stort omfang det er av «ikke-møtt-pasienter» til akutt-timer i poliklinikk, finnes det meg bekjent ikke nasjonale tall på. Men uteblivelsen er relativt stor. Det er derfor grunn til å undersøke nærmere om akutt-timer i poliklinikk er et adekvat behandlingstilbud til pasienter i akutt psykisk krise. At et akutt tilbud i poliklinikk bør være endel av akuttkjeden er klart, men kanskje det burde organiseres annerledes. Det at akutt-tilbudet ofte er for dårlig definert og har dårlige levevilkår i en

ordinær poliklinikk, blant annet på grunn av «produksjonskravene», forsterker legitimiteten til spørsmålet.

2.3 Ambulant Akuttarbeid

Ambulant akuttarbeid er i den heldige situasjon, at det i tre omganger (fra Helsedirektoratet) er beskrevet (sist i 2014²¹) hva det skal være, begrunnelsen for dette og hvordan det kan organiseres. Nå er det allikevel slik at teamene har utviklet seg ulikt, med ulik begrunnelse eller mangel på tydelig begrunnelse.

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

Ambulant akuttarbeid vil derfor i de neste kapitlene bli beskrevet med nasjonale styringsdokumenter som reisverk, men konkretisert på en måte, som kan gjøre det gjenkjennelig for pasienter og allikevel som en basis for mulig utvikling av lokaltilpasset variant for de ansatte.

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

Det er noen pasienter som vanligvis ikke egner seg for hjemmebehandling i en akutfase:

Pasienter som er sterkt ruset og/eller har ruset seg i svært lang tid. Dette er pasienter som ofte er svært reduserte rent somatisk og som vil ha behov for en grundig somatisk avklaring. Den somatiske avklaringen må vurdere abstinenser og behandle eventuelle somatiske plager, som vi erfaringsvis vet at pasienter med rusproblemer ofte neglisjerer.

Det er dessuten omtrent umulig å gjøre gode utredninger med tanke på sikkerhet for en pasient som er sterkt ruset. Pasienter med rusproblemer har rett til samme tjenestetilbud som andre pasienter, det står som en ufravikelig overskrift. Men tjenestetilbudet må alltid tilrettelegges slik at det gjør nytte for pasienten. Å late som om en samtale kan være samme reisverk i bedrings- og endringsarbeidet hos en aktiv rusmisbrukende pasient, som hos en som ikke er ruset, er å kaste blå i øynene både på den enkelte pasient og systemet som sådan. Ofte vil derfor løsningen her være

²¹ Helsedirektoratet (2014)

innleggelse som en start på behandlingen i en akutfase. At selve innleggelsen er problematisk både når det gjelder hvor pasienten skal innlegges, spørsmålet om frivillighet og samtykkekompetanse og dermed bruk av tvang er et tilleggsproblem som må løses i hvert enkelt tilfelle. Dette omtales nærmere i kapittel 11.

Pasienter i «blomstrende» psykose og/eller mani. Disse pasientene lar seg i liten grad regulere gjennom avtaler og innsikt alene. Ofte handler det om å lage en struktur, som er kombinert med riktig medikasjon. Også her vil spørsmålet om samtykkekompetanse være sentralt og må vurderes nøye, før aktuelle tiltak iverksettes.

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

3. Definisjon av mål/oppgaver

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

- Spesialisthelsetjenesteloven ²²
- Psykisk helsevernloven ²³
- Helsepersonelloven ²⁴
- Pasient- og brukerrettighetsloven ²⁵

3.1 Formålet

Formålet med ambulante akutteam²⁶ er å tilby pasientene en behandling med minst mulig inngripen i deres liv, som understøtter deres egne valg og egen mestring, og gjennomføres i samhandling med deres pårørende og øvrig nettverk

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

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

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

- Når pasientens evne til egenomsorg er sterkt redusert
- Når det hersker usikkerhet rundt sikkerheten for pasienten, særlig med tanke på suicidfare, men også annen fare.
- Når nettverket rundt er utslitt av langvarig oppfølging av kronisk syk pasient og ikke ønsker og/eller mestrer hjemmebehandling (jfr. pårørende som opplever en ny form for «tvang», den som omhandler å måtte ta seg av sine nærmeste, når de er alvorlig psykisk syke).
- Når det åpenbart er til skade for barn at en syk forelder behandles hjemme

²² <https://helsedirektoratet.no/lover/spesialisthelsetjenesteloven->

²³ <https://helsedirektoratet.no/lover/psykisk-helsevernloven>

²⁴ Helsepersonelloven (1999)

²⁵ <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven>

²⁶ Helsedirektoratet (2014)

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

Hvorfor er hjemmet en foretrukket behandlingsarena:

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

3.2 Øvrige oppgaver for AAT

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

Måten mål og metoder er formulert på i sentrale Veiledere og retningslinjer/anbefalinger, gir store muligheter for "lokalt basert systemtilpasning/organisering" – det vil si en etablering og utvikling av selve tilbudet Ambulant Akuttbehandling, som kan passe inn der man er, og som i varierende grad er «tro» mot det intensjonelle. Selve rapporten baserer seg både på anbefalinger og beskriver ulike alternativer, uten alltid å anbefale det ene fram for det andre.

3.3 Ambulant Akutt – hva er det?

Selv om selve ordet i seg selv skulle indikere en spesifikk forståelse, er ikke uvanlig med ulik praktisering og forståelse av hva som ligger i «ambulant» arbeid. Noen team fungerer mer som akutt-

poliklinikk, uten å reise hjem til pasienter, og hvor responstiden også er ulikt definert. Andre arbeider delvis ambulant og delvis stasjonært, mens andre igjen arbeider systematisk hjemme hos pasienten. Noen har lagt seg på en responstid på maks 4 timer, mens andre tenker at «noen dager» er en grei responstid. Bak denne ulike organiseringen og praksisen kan det ligge gode faglige og organisatoriske/økonomiske argumenter. Men å definere tilbudet som ambulant akutt, når det avviker så vidt mye fra retningslinjene synes ikke som en god ide. Det hadde kanskje vært ryddigere å navngi tilbudet på en slik måte at det beskriver det reelle innholdet? Denne problemstillingen har også Akuttnettverket vært opptatt av. En rekke team har deltatt i undersøkelsen, som nettopp hadde som mål å sjekke ut teamenes «Fidelity» (trokap mot modellen – Torleif Ruud)²⁷

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

²⁷ Ruud (2015)

4. Grenseoppgang til ACT/FACT

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

ACT/FACT²⁸ er et tilbud til pasienter med langvarige og alvorlige psykiske problemer, ofte kombinert med rusproblemer, som er i behov av samtidig hjelp fra spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste, over lengre tid. Tilbudet skal designes ut fra modell (ACT eller FACT) i et samarbeid mellom helsetjenestene og brukerorganisasjonene. Spesielt der FACT-modellen velges, er det en viss frihet til selv å definere (inkludere og ekskludere) pasienter. Men det er sentralt at både kommune og spesialisthelsetjeneste sammen er enige i inklusjonskriteriene. Det er tydelige retningslinjer hva gjelder bemanning, arbeidsform og innhold i behandlingstilbudet.

Selv om dette er et tilbud som virkelig har fått vind i seilene og ser ut til både å favne pasienter som ellers ville stått uten behandlingstilbud, er det ikke etablert ACT/FACT ved alle DPS/kommuner. Men der disse er, vil det være behov for gode samarbeidsrutiner. Pasientgruppen, som skal være disse spesialteamenes målgruppe, vil også ha behov for akutt hjelp i perioder. Det vil være pasienter som får suicidale planer, som har forsøkt selvmord og legges inn på somatisk sykehus, og det vil være pasienter som i større eller mindre grad «faller ut» av FACT, og må ivaretas og gis bistand fra blant annet andre deler av spesialisthelsetjenesten, uansett hvor velfungerende et ACT/FACT-team er.

Fordi FACT er i startgropa når det gjelder etablering, i «mitt» DPS, har jeg ikke konkrete erfaringer når det gjelder samarbeid og samhandling. Men jeg ser det som både unaturlig og uhensiktsmessig hvis det ikke etableres et tett samarbeide også med AAT. Å få til tett samarbeid, kun ut fra god vilje og gode intensjoner, har mange av oss erfart at lett «koker bort i kålen». Etablering av faste møtepunkter, hvor felles (eller muligens felles) pasienter står på dagsorden, vil kunne ivareta kvalitativt gode og helhetlige tilbud til pasienter som med jevne eller ujevne mellomrom er felles. Slike møteplasser vil også kunne bidra til kompetanseoverføring og nedbygging av formelle hindringer mellom de ulike tilbudene. ACT's/FACT's erfaringer med å arbeide sammen med annet forvaltningsorgan på en forpliktende måte, vil metodisk og praktisk være av læreverdi også for AAT.

²⁸ Ruud (2014)

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

John Coltrane

5. AAT - faglig innhold

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

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

Det er ikke en original innfallsvinkel å ta utgangspunkt i pasientens egen forståelse av sin situasjon. Men forbausende ofte forteller pasienter om å ha blitt møtt med en annen innfallsvinkel. Og det er ikke uvanlig at startsamtalet primært handler om innholdet/formuleringer i henvisningen. Eller pasienter blir møtt med spørsmål stilt ut fra skjemaer, eventuelt blir bedt om å fylle ut disse selv i timen. Ved å bruke «en annens språk» (fastlegens, henvisningens eller lignende) på pasientens problemer, har pasienten implisitt gitt fra seg deler av eierskapet til egne problemer. Pasienten får raskt en bekreftelse på at det språket, de ordene han/hun bruker om seg selv, ikke er «bra nok». Vi sier på en måte at problemene først får gyldighet når de oversettes til fagspråk eller behandlerens termer. Og som en naturlig følge av det, kan det lett komme inn en idé i pasientens hode om at hjelperen «vet best», noe som igjen kan føre til at pasienten går fra å være aktør i eget liv til å bli en passiv mottaker, uten tillit til egen mestringsevne og med begrenset (eller overdreven) tillit til hjelperen.

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

De pasienter som ikke klarer å formulere noen mål, vil også kunne få hjelp til å forstå hvorfor og etterhvert få hjelp til å kunne formulere mål som kan ha gyldighet innenfor en kort horisont. Videre har vi som hjelpere et ansvar for å kalibrere dette opp mot de muligheter som finnes og vil ofte på samme tid både utfordre retningslinjer og prosedyrer, samt sørge for at de samme retningslinjer og prosedyrer blir gangbare og nyttige, gjennom individuell tilpasning. Dette for at hver eneste pasient, skal oppleve større grad av mestring, autonomi og trivsel i sitt eget liv, når tiltakene fra AAT avsluttes.

Som tidligere beskrevet er pasienters egen evaluering, av mangler, etter innleggelser (PasOpp 2014 og 2017) oppsummert (hovedfunn) slik:

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

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

6. Målgruppen

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

I utgangspunktet er alle pasienter i opptaksområdet, over 18 år, som opplever seg i en akutt psykisk krise, i målgruppen. Nærmere beskrevet i Rapporten fra 2014²⁹ som: «... et tilbud om rask vurdering og korttidsbehandling for pasienter med psykisk lidelse, evt i kombinasjon med rusmiddelproblemer, som opplever akutt forverring eller akutte nye plager som ikke kan tas hånd om av kommunens helse - og omsorgstjeneste eller andre deler av spesialisthelsetjenesten.»

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

- a) Avklaring og forsøkt igangsatt behandling fra fastlege og/eller annen 1. linje tjeneste
- b) Henvisning fra fastlege (eller legevakt), som spesifiserer problemstilling og hva det bes om bistand til, formulert på en slik måte at henvisningen kan vurderes i hht psykisk helsevernloven og prioriterings-veilederen

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

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

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

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

²⁹ Helsedirektoratet (2014)

og eventuelt hvorfor, for så å sette pasienten og riktig hjelp i kontakt med hverandre på en betryggende måte.

Flere forutsetninger må være på plass for at denne arbeidsmåten skal lykkes - ikke minst at den som først snakker med pasienten (vanligvis over telefon) er god til å forstå, skaffe seg en oversikt og har god kjennskap til og kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Etter vår vurdering er det en forutsetning for alt godt arbeid i et akuttpsykiatrisk arbeid, og derfor viktig å framelske uansett.

Implisitt i denne måte å arbeide på ligger også at det er tatt stilling til at henvisning for å få hjelp ikke er nødvendig. Selv om det finnes gode motargumenter til en slik praksis, er min erfaring er at nettopp denne tilgjengeligheten, er et av flere suksesskriterier for vellykket ambulant akuttpsykiatri. Dette omtales nærmere i kapittel 7.

De som kontakter AAT, enten selv, via pårørende eller annen helsetjeneste er pasienter, enten med kjent helseproblematikk, eller med nyoppståtte problemer. Noen ganger kommer henvendelser fra pasienter som allerede mottar behandling i spesialisthelsetjenesten (ved Hamar DPS 2017 var denne andelen 16 %). Et tall som naturlig nok vil variere fra DPS til DPS, avhengig av lokale rutiner.

En akutt psykisk krise har noen kjennetegn - og pasienter har selv definert disse kjennetegnene slik: (jfr. Trude Kleivans doktorgradsarbeid fra 2016 – Betydningen av hjelpsom hjelp ved psykiske kriser): «*Krisen oppleves som en kollaps av både ytre rammer og indre selvopplevelse*»³⁰. Svært mange beskriver også en kortere (eller lengre) periode hvor de opplever kognitiv svikt, spesielt når det gjelder hukommelse, som ikke minst kommer tydelig til uttrykk i samtaler blant annet med hjelpeapparatet. Opplevelsen/beskrivelsen av krise synes å være ganske lik, uavhengig av diagnose, utløsende årsak mm. Min erfaring er at i en krise står det «terapeutiske vinduet» på vidt gap. Pasienten er svært tilgjengelig for hjelp, og desto raskere hjelpen er på plass, desto større tillit synes det som om pasienten får til både hjelperen og innholdet i hjelpen. Det er derfor viktig at denne åpningen brukes på aller beste måte med tanke på pasientens bedring og mestring. Det terapeutiske vinduet kan slå hardt og raskt igjen, hvis ikke vi som behandlere, fyller det med kompetanse, ivaretagelse og omsorg.

³⁰ Klevan (2017)

7. Henvisninger – eller henvendelser?

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

Når pasienter befinner seg i en akuttsituasjon, er det vanlig i Norge, at en kan ringe for å få hjelp, det være til Legevakt, ambulanse eller fastlege – og «henvise» seg selv. Psykisk helsevern har ikke på samme måte utviklet en førstelinjetjeneste, utover det som dekkes av det ovenfor nevnte. I byer og tettsteder uten psykiatrisk legevakt, vil Ambulante Akutteam ofte ha noe av den funksjonen, uten at den «på papiret» er definert på denne måten. Opplevelsen av å trenge kvalifisert hjelp nå, er antagelig ikke svakere enn innen somatikken. Og selv om leger på Legevakt ønsker å gjøre det aller beste, også for pasienter psykiske plager, viser mye erfaring at denne gruppen beskriver møter der som en avvising, eller at de blir raskt sendt videre til vakthavende lege/psykiatrisk sykehus. Det finnes vanligvis 2 alternativer: innleggelse eller hjemsendelse.

Min erfaring er at når pasienter får raskt hjelp, minsker behovet for omfattende hjelp. Det kan være pasienter som sitter med ferdigpakket bag, og tenker at innleggelse er det eneste som kan hjelpe, men som gjennom raskt å møte kvalifiserte hjelpere, ser at det finnes andre og bedre alternativer. Å skulle be alle pasienter om først å kontakte fastlege, vil bli en utsettelse med tanke på behovet for rask, tilpasset og adekvat hjelp. Å få hjelp direkte, når det oppleves som verst, og å vite at den finnes, vil kunne dempe behovet for omfattende hjelp, (les innleggelser), og dermed sikre at de få sengene som finnes, brukes riktig.

Det ble i Rapporten (2014)³¹ ikke konkludert entydig om det skulle være krav til henvisninger, eller ikke, men lagt opp til at hvert enkelt foretak skulle beslutte selv hvordan de ville anrette dette.

Motforestillinger knyttet til at pasienter kunne henvende seg selv: At det ville raskt kunne bli uoversiktlig, fastleger kunne bli «satt på sidelinjen» og i mindre grad følge opp disse pasientene, spesialisthelsetjenesten ville begynne å utføre «kommunale» oppgaver, herunder stort «sorteringsansvar» hos de enkelte AAT'er.

Fordeler knyttet til at pasienter kunne henvende seg selv: Rask og riktig hjelp for folk som er i krise, ubyråkratisk system, tilgjengelige tjenester og en pasientopplevelse som handler om å «ha kommet til rett sted».

³¹ Helsedirektoratet (2014)

En undersøkelse fra England³² dokumenterte at pasienter, som i mindre grad ber om hjelp via det tradisjonelle henvisningsforløpet, så som eldre og minoritetsgrupper, brukte hjelpeapparatet mer, når de ikke trengte henvisninger. Her siktes det til kunnskap vi har om at disse gruppene har større forekomst av plager, men bruker helsevesenet mindre. Når tilgangen blir enklere, vil også disse gruppene kunne få et bedre tilbud.

Hvis vi tar brukerinvolvering på alvor, var de via sine representanter i arbeidsgruppen når rapporten (2014) ble skrevet, helt entydige – de ønsket mulighet for direkte henvendelse, med andre ord – en så lav terskel som mulig, for å kunne få hjelp.

Min erfaring er at det er fullt ut mulig å ha «åpen» telefon, uten å overta oppgaver fra kommunene. Og uten å avvise pasienter som ringer, med setningen «... du har kommet feil, du må ringe ...». Det krever bare tett samarbeid med nettopp fastleger og kommunal psykisk helsetjeneste, NAV og andre aktører. Et samarbeid, som også er en forutsetning for godt ambulansetjenestearbeid i det store og hele, noe som omtales i kapittel 21.

Også Jæren AAT har gode erfaringer med å ta imot henvendelser gjennom å ha åpen telefon, og oppsummerer det samme som oss i Ambulant Akuttenhet Elverum-Hamar:

«Rask og uformell tilgang er høyt verdsatt og har bidratt vesentlig til å bedre psykiatriens om-dømme»³³

³² Olsen (2016)

³³ Heskestad (2018)

8. Ulike pasienter – ulike tilnærminger?

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

Spørsmålsstillingen i overskriften vil for mange synes helt overflødig, med bakgrunn i generell kunnskap om psykiske lidelser, det unike mennesket og den unike situasjon. Svaret er at selvsagt skal vi ha ulike tilnærminger. Men det ser ut som om det også er noen tydelige likheter mellom pasienter i akutt krise, uansett diagnose/problem. Vi i vårt AAT erfarer dette, slik jeg også hører at andre gjør. Og Trude Kleivan fant i sin avhandling, om «Betydningen av hjelpsom hjelp ved psykiske kriser»³⁴ at kriseopplevelsen var temmelig lik, uavhengig av utløsende årsak eller symptomatologi. Begreper og ord som ble brukt i intervjuene Kleivan gjorde var: Det føles som om alt revner/kollapser/faller sammen. Dette er begreper jeg kjenner igjen i mitt daglige arbeid, og som innledningsvis i kontakten med hver enkelt pasient, er med-styrende for hvordan jeg anretter kontakten.

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

Videre er det klokt, som endel av det å lage tydelige rammer, å presentere hvor lang tid vi har satt av. Å formulere denne rammen som en begrensning vil være det motsatte av å trygge, men å si at vi har god tid, vi har satt av en hel time, to hele timer og så videre, vil være en god og positiv vinkling på samarbeidet. Svært få pasienter har tidligere erfart behandling i eget hjem, og kan derfor føle seg utrygge med tanke på hva som forventes av dem. Når vi bruker litt tid på dette, gjennom spørsmål som åpner opp for å kunne tematisere nettopp det å ha gruet seg, utryggheten og hva vi som hjelpere forventer (som ikke er bevertning for eksempel) vil pasienten vanligvis mer og mer «eie» situasjonen, og gradvis oppleve den håndterbar, sammen med oss.

Når det akutte i krisen er over, når vi som hjelpere er blitt trygge medarbeidere for pasienten og første fase er over, da er det tid for å se nærmere på hva som gjør denne pasienten unik. Hva kan nettopp denne pasienten ha mest nytte av, relatert til problemer/symptomatologi utover det akutte – så som kjønn, etnisitet, kultur og alder med mer. Her vil vårt faglige ståsted og vår samlede kompetanse komme til sin rett. Desto fyldigere verktøykasse og desto mer fleksibel bruk av denne, desto større mulighet for godt resultat.

³⁴ Kleivan (2017)

Kunnskap om psykiske helseproblemer har hatt en tendens til å bli presentert uavhengig av variablene kjønn, etnisitet, kultur og alder. Å være oppmerksom på det, sørge for oppdatert kunnskap på disse områdene, komme seg ut av «synsing» og tro og basere tiltak på kunnskap er et krav som må gjelde i AAT, som innen resten av hjelpeapparatet. Ei heller her må det glemmes at den beste og mest oppdaterte kunnskap på individnivå får vi av pasienten selv. Vår generelle kunnskap, brukt for og sammen med den individuelle pasient, vil vanligvis være tilstrekkelig i en startfase.

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

- Det er eldre/gamle (oftest definert som mennesker over 65 år)
- Det er pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, herunder med manglende norskkunnskaper

Jeg vil ikke her ta mål av meg til å beskrive disse pasientgruppene særtrekk på en fullgod måte, kun peke på enkeltfaktorer som gjør at de bør møtes på en noe annen måte enn akutt-pasienter forøvrig.

Når det gjelder eldre pasienter er det noen områder som vi i større grad enn ellers må vie oppmerksomhet, fordi mange eldre kan ha flere sykdommer, og medisineres for disse. Polyfarmasi er derfor en problemstilling hos mange eldre pasienter og må vurderes nøye. Et tett og nært samarbeid med fastlege er nødvendig for å kunne sikre riktige og hensiktsmessige tiltak. Sjekking i kjernejournal kan også bidra til kvalitetssikring av tiltak, knyttet til medisinering, hvis ikke fastlege er tilgjengelig.

Begynnende demens av ulike varianter er også tilstander det er nødvendig å være spesielt oppmerksom på. Dels kan demens være en årsak til endret psykisk tilstand, og dels kan den være en vesentlig del av et samlet bilde. Gode utredninger er på sin plass her. Å ta redusert kognitiv funksjon kun til inntekt for en mulig depresjon, kan føre til at vi overser vesentlige deler av pasientens helseproblemer, og dermed ikke gir riktig behandling. Ved mulig demensutvikling vil vurdering av samtykkekompetanse også være viktig.

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

Også pasienter med minoritetsbakgrunn er det vesentlig å skaffe seg spesialkunnskap om, og bruke denne, slik at den er tilpasset pasient og situasjon. Når det mangler gode norskkunnskaper, er det ikke uvanlig at det også mangler kunnskap om norsk kultur, det norske samfunnet generelt og psykisk helsevern spesielt. Det har tatt mange år å bygge ned vesentlige deler av det skambelagte knyttet til psykiske lidelser i Norge. Å ha som utgangspunkt at psykiske problemer kan være mer skambelagt enn hos pasienter med norsk bakgrunn, vil være klokt. I det ligger det å forstå betydningen av for eksempel mangel på øyekontakt, manglende ord og språk som kan beskrive hvordan pasienten har det, herunder hva det ønskes hjelp til. Min erfaring er at opplevelsen av funksjonsfall er det som utløser behov for hjelp og i mindre grad indre smerte, selv om også denne kan bli til ord, tegninger eller andre uttrykk gjennom et behandlingsforløp.

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

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

Han er 91, verda ventar.

Frode Grytten

9. Den første samtalen

... ung mann, 18 år. Bor i kollektiv med andre på sin alder. Studerer. Hans atferd synes gradvis å endre seg, noe som kommer spesielt til uttrykk gjennom skolearbeidet. Tegn på bisarre tanker og fantasier synliggjøres i skriftlige arbeider, parallelt med tendens til tilbaketrekning. Liten kontakt med familie, og stadig mindre med venner. Synlig forfall av evne til egenomsorg, herunder personlig hygiene. Henvist fra studiestedet.

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

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

Det er derfor en hovedoppgave for oss som gjester og hjelpere, å ta ansvar for at samtalen blir god. Den begynner med presentasjonen - håndtrykket og blikkontakten. En tilstrekkelig avventende holdning, kombinert med forsiktig styring. Konkrete forslag/spørsmål knyttet til hvor vi skal være/sitte, bidrar til trygghet. Videre avklaring av hvem som skal være med i samtalen, og åpning for at de personer som pasienten ønsker at skal delta, er velkomne. Litt ufarlig «small-talk» innledningsvis myker også opp situasjonen. Det kan være alt fra at pasienten bor i et vakkert hus, vakkert område, til at det er flott og imponerende at pasienten tar imot hjelp så raskt. Det finnes selvsagt en rekke andre innledningssetninger som er gode å bruke, og felles for dem er at de bør være be-kreftende på en positiv måte. Å starte med at hit var det jammen vanskelig å finne fram, kan lett bli det motsatte. Å starte undersøkende, uten litt «oppvarming», kan sette pasienten i forlegenhet allerede før samtalen er i gang «på ordentlig». Og dermed understreke pasientens opplevelse av å være ikke-mestrende.

Hvis det er pasientens første møte med AAT, må vi på en god måte informere om hvem vi er, hvordan vi arbeider, om taushetsplikten, pasientens innsynsrett og klageadgang. Det blir ofte mye informasjon på en gang. Vi har valgt å skriftliggjøre denne informasjonen på et A5-kort, som vi legger igjen hos pasienten (se også kapittel 19). På kortet finnes også informasjon om våre åpningstider og telefonnummer vi treffes på.

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

Å høre godt nok etter til at en husker uten behov for å notere, er også tillitsskapende. Langt de fleste av oss har vært hos en lege, snakket om det som er problemet, og «oppdaget» at legen plutselig noterer når vi snakker om noe, som vi selv, som pasienter, mener er en bagatell eller uvesentlig tomprat. Det gjør de fleste av oss usikre, og kan føre til at vi blir utrygge på om vi kan forvente å få hjelp av denne personen. Om vi virkelig blir forstått.

Det er noen opplysninger det er nødvendig å huske helt eksakt, og de bør derfor skrives ned. Blant annet det som omhandler medisiner; effekt og bivirkninger, styrke og mengde, oppstart fra når og nylig seponerte medikamenter. Viktig da å informere pasienten om hva vi skriver og hvorfor. Slik får vi til et konstruktivt samarbeid, også med tanke på presisjonsnivå der det må være akkurat. I noen tilfeller er det også fint hvis pasienter leser gjennom det vi har skrevet, og på denne måten bidrar slik at det ikke er noen misforståelser. I en krise er det ikke uvanlig å ha en «midlertidig kognitiv svikt», det vil her si at mange pasienter ikke husker hvilke medisiner de har brukt, når de slutta med hva og så videre. Der AAT-medarbeidere har tilgang på kjernejournal, er det fornuftig å informere om dette, og sjekke at pasienten ikke har noe imot at vi ser i denne også. Videre er fastlegen en viktig samarbeidspartner også her.

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

Det å bidra til å skape forståelse i det, som for pasienten er uforståelig, vil også kunne ha stor betydning allerede i første samtale. Det kan bidra til framtidshåp og å kunne betrakte seg selv og sine problemer med mindre skam. Når noe er forståelig betyr det at også andre kan ha det slik. Jeg er ikke alene.

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

10. Nødvendig informasjonsinnhenting

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

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

Mange pasienter er spørrende til hvorfor de må gjenta informasjon så mange, mange ganger. Det er sjelden gode svar på det, særlig når det gjelder rent objektive fakta, som bolig, sivilstand med mer. Det gjelder derfor å lese seg opp i journal, der det er mulig. Samtalen kan da bidra til å bekrefte den informasjonen, slik at ikke pasienten opplever at vi ikke snakker med hverandre. Et informert helsepersonell oppleves som både interessert og trygghetsskapende.

Et minimum av informasjon må gjennom samtalen og/eller forutgående journallesing være på plass. Vårt AAT har laget en mal, for informasjonsinnhenting, som er foliert og brettet i A5-størrelse, men som vi alle kan utenat. Denne malen sikrer at vi har den informasjonen vi trenger, som det er lovpålagt at vi skal dokumentere og som er tilstrekkelig når pasienter overføres til pakkeforløp.

10.1 Mal for informasjonsinnhenting

Denne malen fungerer også som innholdsfortegnelse for journalføring/første møte.

Innledning:

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

Henvisning:

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

Samtalen:

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

Bakgrunnsopplysninger:

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

Aktuelt:

Her skal foranledningen til henvendelsen komme fram, utviklingen av plager over en tidsramme fra timer til maks uker, samt samtidig livskontekst, evnt. og referanse til tidligere episoder av lignende karakter. I denne delen skal hovedsakelig pasientens framstilling beskrives, men komparantopplysninger og sjekk mot journalopplysninger er ofte relevant.

Psykisk status presens (aktuelt og tre dager bakover):

Dette er behandlerens vurdering basert på en avveining mellom egen observasjon og pasientens svar. Innholdet skal «trekkes sammen» i journal, og ikke framstå som en punktliste, men allikevel være svært stikkordsmessig. Følgende bør vites på J/N-basis, for å dokumentere at vi har tatt stilling til det:

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

Medisiner:

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

Førerkort/førerkortvurdering:

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

Selvmondsrisikovurdering:

Status vedr. følgende risikofaktorer bør vites på J/N-basis, for å kunne dokumentere at vi har tatt stilling til det.

- *Dødsønske (veid opp mot evt. samtidig livsønske)*
- *Selvmondsplan (tid, sted, metode, forsett om gjennomføring)*
- *Selvmondstanker (inkl. ufrivillige streif – og tvangstanker og pga stemmer)*
- *Tidligere selvmordsforsøk (skill forsøk fra langtkomne planer)*
- *Alvorlige former for selvskading*
- *Psykisk lidelse (særlig komorbiditet, postschizofren depresjon, blandet depresjon-mani, depresjoner i tidlig behandlingsfase)*
- *Lav grad av håp*
- *Selv mord i familie eller nærmiljø*
- *Nylig tap (tap av selvaktelse, arbeid o.l.)*
- *Rus – og legemiddelmisbruk*
- *Manglende nettverk*
- *Brudd i nære relasjoner*
- *Overgang mellom behandlingsnivåer og/eller endring av medisiner*
- *Tilgang på våpen/midler til å ta sitt liv*
- *Imperative stemmer*
- *Alvorlig eller ny-diagnostisert somatisk lidelse*
- *Evt. andre ting som er unikt for den enkelte pasient og som kan utgjøre en risikofaktor*

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

Dokumenteres slik:

Følgende risikofaktorer for selvmord vurderes å være til stede:

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

I et avsluttende vurderingsavsnitt skal avveiningen mellom risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer kommenteres – f.eks. ulik vekt til ulike faktorer, samt innbyrdes forhold mellom faktorene, relatert til den unike pasient, i den unike situasjon. Evt. faktorer som svekker vurderingssikkerheten må

anføres (f.eks. mistanke om tildekkende svartstil, mangel på samsvar mellom ord og følellesuttrykk). Det må spesifikt kommenteres dersom pasienten har framvist mestrings-suicidalitet (som samsvarer med emosjonell ustabilitet), framfor en suicidalitet først og fremst begrunnet i ytre belastninger eller rent akuttpsykiatriske problemstillinger.

Voldsrisikovurdering:

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

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

Samlet vurdering:

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

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

Tiltak:

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

Ved videre henvisning/overføring: Beskrive forventet nytte av utredning/behandling, samt korrekt koding jfr. pakkeforløps-oppstart.

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

nyttige i sitt arbeid med pasientene. Spesialisthelsetjenesten gjør seg også godt synlig og tilgjengelig på denne måten - egenskaper vi innen psykisk helsevern har fått mye kritikk for ikke å ha gjort, gjennom årene (jfr. Fastlegers vurdering av DPS³⁵).

³⁵ Sjetne (2014)

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

Lars Saabye Christensen

11. Samtykkekompetanse

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

Den erfaring jeg bygger på er at forutsetningen for å få hjelp fra AAT, er at den er ønsket – altså frivillig. Men uansett om bistand fra spesialisthelsetjenesten er basert på frivillighet eller tvang, har vi et selvstendig ansvar for å vurdere samtykkekompetanse. Og samtykkekompetanse vil derfor være en nødvendig forutsetning for å kunne motta frivillig hjelp. Utgangspunktet er imidlertid krysstallklart: Helsehjelp kan bare gis med brukers samtykke³⁶.

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

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

«Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter»³⁷

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

³⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven §4-1

³⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3

Som det tydelig kommer fram, dette er et krevende område, når vi er i tvil. Vanligvis er vi heldigvis ikke i tvil når pasienten er samtykkekompetent. Men i noen tilfeller settes vi på prøve, og det vil da være lurt å ha gode rutiner for hvordan denne vurderingen skal gjøres. Helsedirektoratet anbefaler å bruke følgende vurderingsmomenter (**FARV**):

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

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

Forhold som kan påvirke samtykkekompetansen ved alvorlig psykisk lidelse:

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

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

Unntak fra ovenstående vurderinger er kriteriene knyttet til fare for eget liv eller andres liv eller helse³⁸. «Det er et vilkår at pasienter mangler samtykkekompetanse etter pasient – og brukerrettighetsloven § 4-3. Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse». Det er ikke faglig eller etisk forsvarlig, i henhold til noen retningslinjer, å respektere pasientens beslutning, når det er stor risiko for selvmord. Videre vil overprøving av pasientens egen beslutning være aktuelt når pasienten er til fare for andre. Her er både jus og etikk enige i at individets selvbestemmelsesrett står svakere, der denne retten tenkes brukt for å skade andre.

³⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2, 3-3 og § 4-4

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

Tas en beslutning om manglende samtykkekompetanse, vil det uten unntak, være klokt å drøfte denne i tverrfaglig team, et team de fleste AAT'er har god tilgang på i det daglige. Konklusjoner og begrunnelser for disse, må alltid, nøyaktig og med en gang, dokumenteres. Heri ligger både trygghet for pasient og behandler.

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

12. Suicidrisikovurdering (SRV) - sikkerhet for pasient og pårørende

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

Selv mord er den viktigste årsaken til plutselig død for unge menn i alderen 18-45 år. Både nasjonalt og internasjonalt gis denne problematikken stor oppmerksomhet med det som mål å redusere tallene. Også mens pasienter er innlagt i psykisk helsevern, skjer selvmord, «som ikke skulle skje». Vi står her overfor et problem vi så langt ikke har klart å finne de gode løsningene på. Kanskje de heller ikke finnes.

12.1 Bakgrunnsstoff, tallmateriale og retningslinjer

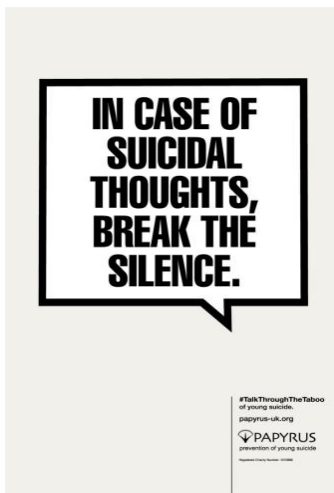
Fra 2008 har veilederen: Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern³⁹, vært styrende for utforming og praktisering av lokale prosedyrer over det ganske land. Selv om oppmerksomheten rundt dette er stor internt i psykisk helsevern og blir tatt på det største alvor, er selvmord som folkehelseproblem, ikke på samme måte «markedsført». Kunnskap om selvmord synes å vokse fram på steder hvor mer enn ett selvmord blant unge har forekommet innenfor en kort tidsperiode. Det er også laget en veileder for håndtering av problematikken på kommunenivå⁴⁰, men så langt synes det som om denne i svak/liten grad er implementert.

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



³⁹ Helsedirektoratet (2008)

⁴⁰ Helsedirektoratet (2017c)



Med andre ord, en helt annen åpenhet og «markedsføring» av sitt arbeid for å forebygge selvmord. Om denne kampanjen har bidratt positivt, er for meg usikkert. Men den bidrar tydelig til å knekke noen myter, som for eksempel at å snakke om selvmord, kan føre til selvmord. Det er det ikke noe belegg for.

De satsingene vi har hatt nasjonalt, har selvsagt hatt for øye å forebygge selvmord. Satsingen har i all vesentlighet rettet seg mot helsepersonell og økning av sikkerheten i institusjoner, gjennom tilrettelegging slik at innleggelse skal være trygt. Tallene ser allikevel ut til å holde seg noenlunde konstante - i alle fall hvis vi ser på de siste 20 årene. I 2016 tok 614 personer sitt liv, hvorav 418 menn og 196 kvinner⁴¹. De aller fleste som tar sitt liv, gjør det ved første forsøk, og de er fleste er ikke i kontakt med psykisk helsevern på det tidspunktet selvmordet skjer. Imidlertid har omlag 65 % vært i kontakt med fastlege siste måneder før selvmordet.

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

Hvilke faktorer som kan ha medvirket til at selvmord var mulig å gjennomføre/forsøke var⁴²:

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

⁴¹ NSSF (2017)

⁴² Helsedirektoratet (2017d)

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

Eller som det står i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern⁴³:
«Det er dessverre ikke mulig å forhindre alle selvmord og selvmordsforsøk. Målet må være å sikre forsvarlig helsehjelp, for å redusere omfanget i størst mulig grad».

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

Det finnes mye god og oppdatert litteratur om selvmord, og det er derfor ingen grunn til å gå denne i næringen. Men som innledning til en felles forståelse, med tanke på hvordan forholde seg på best og tryggest måte, vil jeg oppsummere følgende: Pasienters selvmordstanker kan deles opp i situasjonsbetinget suicidalitet og/eller langvarig suicidalitet, hvorav mestrings-suicidalitet hører hjemme.

Situasjonsbetinget suicidalitet kjennetegnes blant annet av:

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

Langvarig suicidalitet, herunder mestrings-suicidalitet, kjennetegnes slik:

- Opplevs som en indrestyrt, nærmest kronisk tanke og/eller plan om å ville ta sitt liv
- Sees særlig hos pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse
- Kjennetegnes av vansker med affektregulering og impuls kontroll, samt et betydelig varierende selvbilde, med påfølgende ustabilitet overfor andre mennesker

⁴³ Helsedirektoratet (2008)

- 10-15 ganger høyere selvmordsrisiko enn normalbefolkningen
- Ofte undervurderes selvmordsrisiko fordi pasientene har betydelig økt tendens til selvdestruktiv atferd, med liten suicidal intensjon, blant annet gjennom ulike former for selvskading
- Overgangen mellom suicidalt og ikke-suicidalt motiverte handlinger er flytende
- Har ikke den episodiske karakter som vi forbinder med akutt/situasjonsbetinget suicidalitet
- Den er ikke primært relatert til depresjonsperioder, men til personlighetsforstyrrelsen
- Den har et mønster av suicidalitet (tanker/planer/forsøk) som er kontinuerlig, repetitiv og fyller en mellommenneskelig funksjon
- Ikke på noen måte lett å predikere utfall med tanke på selvmord her heller, men rent statistisk kan det se ut som disse pasientene vanligvis ikke tar livet sitt på det tidspunkt som behandler er reddest for at det skal skje
- Flest trusler om og forsøk på selvmord i et tidlig behandlingsforløp, mens pasientene er i 20-årsalderen
- Flest selvmord mens pasientene er i 30-årene, men allikevel relativt få mens pasientene er i aktiv behandling.

12. 2 Kartleggingen

Denne må alltid gjøres i kontekst av:

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

Statistiske risikofaktorer for selvmord er:

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

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

Statistiske beskyttelsesfaktorer:

Det er vanlig å tenke at når en risikofaktor ikke er til stede, kan vi tenke oss at denne kan fungere som beskyttelse. Erfaring tilsier at det slett ikke er så enkelt. Ethvert område, som kan tenkes å være en beskyttelse i en pasients liv, må dels drøftes med pasient og pårørende for å utforske om det i denne situasjonen - her og nå - kan fungere som en beskyttelse, og i tilfelle hvor sterk grad av beskyttelse. Å få pasienten med på å gradere beskyttelsen, kan i noen sammenhenger bidra til at pasienten tar større ansvar for å leve, selv om det slett ikke alltid er tilfelle.

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

12.3 Vurderingen

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

Viktig å huske at vurdering av selvmordsfare er ferskvare.

- Ved *langvarig/kronisk suicidalitet* er det viktig ikke å gå lei av å vurdere, selv om det hersker stor grad av usikkerhet når det gjelder prediksjon av utfall. Fortløpende vurderinger, i en

samarbeidsatmosfære med pasienten er sentralt, også for at en kan fortsette behandlingsrelasjonen (som jo har endring av destruktiv atferd og bedre affektregulering som mål) som skal holde gjennom et behandlingsforløp

- Også ved *situasjonsbetinget suicidalitet* er det viktig å gjenta vurderingene ved møtepunktene, dette for å trygge pasient og deres pårørende/nettverk gjennom en tydeliggjøring av hvordan risikofaktorene (vanligvis) reduseres gjennom behandlingskontakt, og hvordan beskyttelsesfaktorene stadig får større og mer betydningsfull plass.

12.4 Tiltak som igangsettes ved situasjonsbetinget suicidalitet:

- Avlastende samtaler, med det for øye å bidra til å belyse andre innfallsvinkler enn pasientens, i den aktuelle situasjon og samtidig se hvor det kan finnes mening
- Gjøre avtaler, fra time til time, dag til dag og så videre
- Sikre pasienten sammen med pårørende, kommunalt hjelpeapparat, fastlege og andre
- Bygge nettverk («ælle har et syskenbånd på Gjøvik» - eller kanskje en tante på Stord)
- Redusere risikofaktorer - og bygge beskyttelse, sammen med pasient og pårørende
- Sørge for at tiltakene er logisk tilpasset risikonivå og bygger på faglig forsvarlighet og evidens

12.5 Tiltak som igangsettes ved langvarig/kronisk suicidalitet

Dette er tiltak som vanligvis er endel av et lengre behandlingsforløp. Grunnlaget for tiltakene er en best mulig forståelse for suicidalitetens funksjon, hos den unike pasienten og består av:

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



Hva med innleggelse som tiltak?

Når det gjelder pasienter med situasjonsbetinget suicidalitet, er det kun tilstrekkelig sikkerhet i den akutte fasen (eller mangel på det) som vil begrunne en innleggelse. Det syns ikke å være slik at en innleggelse teller negativt videre i behandling, når sikkerhet har vært et kriterium - og ikke minst, når den har vært frivillig, som ett tiltak basert på samarbeid/samvalg mellom pasient og behandler, med det for øye at livet er det som ønskes og nå velges.

Innleggelse for pasienter med langvarig/kronisk suicidalitet er et noe mer tveegget sverd. Det som imidlertid er sikkert, er at dette er pasienter som ofte er å se på legevakt og akuttmottak/somatisk sykehus, samt på medisinske avdelinger, herunder intensiv etter selvmordsforsøk. Det er for denne gruppen en stor utfordring å sikre krisehjelp uten å respondere på en skadelig måte. Til tross for at faglitteraturens nærmest gir entydige råd om ikke innleggelse, så er det jfr. Mehlum & Jensen⁴⁴ reell fare for suicid, hvis ikke pasienten beskyttes tilstrekkelig, som ved innleggelse i sykehus. Ikke sjelden sees symptomforverring etter noen dagers innleggelse, i form av psykosener dekompenisering eller gjennom involvering i negativt samspill mellom pasienter og personalet. Innleggelser kan også føre til økning av selvmordstrusler, selvskading eller selvmordsatferd, som igjen kan føre til forlenget innleggelse, eller i motsatt fall, føre til for tidlig utskrivelse eller andre negative reaksjoner fra personalet. Det er liten eller ingen evidens for at innleggelser faktisk forebygger selvmord i denne pasientgruppen jfr. Dawson & MacMillan⁴⁵. Tvert imot, innleggelser kan ifølge dem, føre til «malign regresjon», der pasienten øker sin selvskading, som respons på et behandlingsmiljø som øker omsorgen når selvskading øker.

Én pasient i denne gruppen, beskriver selv (etter et vellykket behandlingsforløp) at alle innleggelser over 48 timer ble opplevd som skadelige med tanke på langsiktig bedring. Det synes å være enighet om viktigheten av å legge til rette for et behandlingsmiljø preget av forutsigbarhet, lange linjer, struktur og beskyttelse, i større grad enn det ordinær poliklinisk behandling kan tilby. Mange DPS tar nå dette i større grad på alvor, og opprettelsen av DBT-team⁴⁶, nettopp med tanke på denne målgruppen, ser ut til å være én vei å gå. Forskning og erfaring tilsier at dette synes å gi gode behandlingsresultater, inklusiv en kraftig reduksjon av innleggelser.

AAT møter også noen pasienter som synes å være fast bestemte på at de vil ta sitt liv, uansett, men som «spiller» med, snakker oss etter munnen, later som de har kommet på andre tanker. Uttrykker ønske om å leve, lager planer for framtida. Uttrykker takknemlighet for at de får hjelp, men benytter «første og beste» anledning til å ta sitt liv. Kompetanse, omsorg og sikkerhet bygget rundt disse pasientene, har ikke ønsket effekt. Dette er et område vi alle trenger å lære mer om.

⁴⁴ Mehlum (2006)

⁴⁵ Paris (2004)

⁴⁶ DBT i Norge

12.6 Dokumentasjon

Dokumentasjonen er den synlige, etterprøvbare delen av all selvmordsrisikovurdering. Mange ansatte opplever dette som en slags eksamen, det er denne vi blir målt ut fra. Og det er på mange måter riktig og må derfor legges arbeid i. Opplæring, trening, arbeid sammen med en «kritisk venn», å synliggjøre dokumentasjonen for kolleger via projektor, er noe som kan bidra til at dette blir en naturlig del av arbeidet, hvor vår kompetanse, erfaring og vurderingsevne, relatert til hver og en av de unike pasientene vi er i kontakt med, kommer til uttrykk på en utvetydig måte. En dokumentasjon vi kan stå for i all slags vær og vind i ettertids, uansett hva som skjer med den aktuelle pasient.

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

Det er viktig at:

- Dokumentasjonen er nøyaktig og presis. Vi må dokumentere det vi har kartlagt og vurdert. Når vi ikke har fullstendig oversikt over alt vi burde ha kartlagt, for eksempel fordi situasjonen har vært svært uoversiktlig og kaotisk, på grunn av rus eller andre omstendigheter, er det like viktig å dokumentere det vi *ikke* har oversikt over, og begrunne det.
- Våre avveininger mellom risiko og behov for sikkerhet, både for pasient og pårørende (herunder barn) må komme fram, og de må følge logisk av kartleggingen. Konklusjonen/tiltakene vi bestemmer oss for skal være en naturlig følge av våre vurderinger og ikke komme som en overraskelse for noen. Begrunnelsen må derfor være tydelig. Hvis konklusjonen bygger på usikre faktorer, for eksempel at pasienten oppleves å ha en tildekkende svarstil, må også dette komme fram, som den usikkerhetsfaktoren den er.
- Når vi ikke velger innleggelse, men konkluderer med at fortsatt hjemmebehandling er tilstrekkelig trygt, må også dette begrunnes. Og det må tydeliggjøres hvordan denne løsningen er framkommet, som et samarbeid og samvalg mellom pasient, pårørende og oss (herunder spesialistinvolvering).
- Samtykkekompetanse og farekriterier må omtales og være vurdert, knyttet til fortsatt bruk av frivillighet i behandlingen
- Tiltak vi beslutter - samt dokumentasjon av denne, overfor pasienter med langvarig/kronisk suicidalitet, er det alltid klokt å drøfte med kolleger og i regelmessige møter med pasientens pårørende og/eller annet nettverk. Disse vurderingene kan også med fordel deles med fastlege fortløpende, enten via elektroniske notater eller over telefon.

12.7 Etter selvmordet – når det skjer

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

Etter slike hendelser står vi foran 3 viktige oppgaver:

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

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

Etter et selvmord sitter pårørende tilbake, i sorg og ofte med svært mange spørsmål. Noen av spørsmålene handler ofte om de selv kunne gjort noe for å forhindre selvmordet. På samme tid vil det også sitte igjen en behandler, også preget av tapet og med mange av de samme ubesvarte spørsmålene.

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

Jeg vil derfor i det nedenstående skissere en modell, inspirert av en god kollega fra London NHS (National Health Service), som så langt jeg er kjent med, ikke er hverken utprøvd eller implementert i Norge, men som vi i småskala har begynt å prøve ut i min enhet, og som min kollega i London har svært god erfaring med.

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

Arbeidet organiseres på følgende måte:

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

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

- 1. Kvalitetsmedarbeideren (senere forkortet KM) tar umiddelbart initiativ til en samtale med behandler for pasienten, som hadde tatt selvmord, først på jobb, siden med oppfølging hjemme hos denne. Hjemmebesøket inkluderer samtale med eventuell ektefelle og barn, hvis de er store nok. Taushetsplikten blir delvis opphevet, det vil si at det blir gitt åpning for, og anbefalt å snakke om hendelsen, i anonymisert utgave. KM bistår familien i flere omganger, med hjemmebesøk og samtaler, både med oppmerksomhet knyttet til det som har skjedd, hvordan det periodisk kan påvirke den aktuelle behandler og dermed implisitt resten av familien, og ikke minst med oppmerksomhet knyttet til framtidig yrkesutøvelse.*
- 2. Samme dag oppsøker KM pårørende til pasienten, etter først å ha gjort en avtale over telefon om dette, og sikret seg at hjemmebesøket er ønsket. (Hans erfaring var at det aldri var uønsket). Ved hjemmebesøket er KM godt forberedt gjennom å ha hatt samtale med aktuell behandler, samt lest seg opp i journal. Hjemmebesøkene blir gjentatt flere ganger - og KM sørger samtidig for at kontakt mellom pårørende og aktuell behandler blir etablert og gjennomført slik pårørende ønsker det. Den/de pårørende får den hjelp og støtte det er behov for, og over så lang periode som er nødvendig.*
- 3. Parallelt er det samtaler på enheten hvor pasienten har vært tilknyttet. Samtaler som både har som hensikt å bearbeide/kanskje forstå og ikke minst å lære. Viktig overskrift her er dessuten lederstøtte. KM deltar i samtalene, så lenge det blir ansett som nødvendig, nyttig og riktig.*

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

Erfaringer med denne modellen:

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

Behandler får støtte, hjelp og omsorg slik at hendelsen ikke setter seg fast eller blir til en taus mur i familien (jfr. Per Isdals arbeide om forebygging av kronisk emosjonell slitasje)⁴⁷. Avdelingen/enheten tar et felles ansvar for både læring og omsorg og blir forhåpentligvis, kollektivt klokere.

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

⁴⁷ Isdal (2018)

kjær. De ga uttrykk for at de hadde lært noe nytt om pasienten, om behandlingsapparatets dilemmaer og om seg selv.

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

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

Hvis du vil

Har du varme
nok?

Du har.

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

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

Rolf Jacobsen

13. Vold

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

En pasient som enten impulsivt eller planlagt, uttrykker sin misnøye og frustrasjon gjennom utagering og vold, er i stor grad til skade både for seg selv og andre. Oppmerksomheten vold vil bli gitt her, er ikke hvordan den kan behandles på en god måte, men hvordan sikre at også disse pasientene får den akutthjelp de har behov for. Det enkleste kan være ikke å forholde seg til disse pasientene, fordi de skaper utrygghet rundt seg, og det kan oppleves som ubehagelig å være gjest i deres hjem. Imidlertid er også dette hjelpetrengende pasienter, som kan ha en særdeles upraktisk måte å uttrykke sitt hjelpebehov på, noe som kan føre til at vi i større grad enn vanlig, må forsøke å forstå, «oversette» og forhandle, for å komme i posisjon. Dette samtidig som vår egen sikkerhet er prioritert nummer 1 og at utgangspunktet selvsagt er null-toleranse for trusler og vold.

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

Når det gjelder pasienter med kjent voldsproblematikk, er det nyttig og viktig å lese seg opp på forhånd, gjennom å sette seg inn i journal fra tidligere kontakter. Så vidt vi er informert om, finnes ingen nasjonale retningslinjer for markering av voldsrisiko i journal. I DIPS (vårt pasientadministrative system) finnes et felt som heter «kritisk informasjon», og i vårt AAT, har vi valgt å sette inn informasjon om alvorlig voldsrisiko der. Det vil finnes lignende felt i andre journalsystemer. Dette både fordi all hjelp bør være realistisk fundert for å ha noen nytte, og for at håndtering av sikkerheten for de ansatte skal være den beste. Imidlertid kan også fare for voldsutøvelse være knyttet til spesielle situasjoner, til rus med mer, så det er vesentlig at ikke «merkelappen» farlig, blir hengende fast på pasienten, hvis problematikken ikke lenger er aktuell, men at dette er tydelig dokumentert i journal under avsnittet Vold.

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

Risikofaktorer⁴⁸ for vold er:

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

Det er lett å tenke seg at vold alltid kommer som en følge av sinne/raseri knyttet til manglende impuls kontroll. Imidlertid er Per Isdal⁴⁹ tydelig på at så ikke er tilfelle, vold også kan springe ut av følgende:

- Vold som makt
- Vold som avmakt
- Oppdragervold
- Dårlig kvinnesyn
- Generell slemhet
- Nytelse (sadisme)

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

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

Men anbefalingen fra Isdal er at vi skal snakke om volden, som beskrevet innledningsvis, da det vil bidra til å koble inn de delene av hjernen som handler om kontroll, noe som er vesentlig for at pasienten skal få adekvat og realistisk hjelp, i den akutte situasjonen pasienten er i.

⁴⁸ NKVTS

⁴⁹ ATV

De ansatte:

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

Når det gjelder pasienter med kjent, alvorlig voldsproblematikk vil hjemmebesøk vanligvis ikke være aktuelt i første kontakt. Samtaler inne på institusjonen vil da være å foretrekke. Der det finnes andre medarbeidere/kolleger, og der det finnes alarm. Kunnskap om både pasients og behandleres plassering i rommet, løse gjenstander av en viss tyngde som ikke bør ligge framme med mer, bør være håndtert slik mal for TKH/Terapeutisk konflikthåndtering anbefaler⁵⁰.

Hvis/når vi velger hjemmebesøk er det lurt å tenke over hvordan bilen er plassert, med tanke på rask retrett hvis det behovet skulle oppstå. Videre om sko tas av, eventuelt bruke plastbeskyttere utenpå sko. De team som er oppkoblet til Nødnett har jo der også direkte tilgang til alarmknapp, som kan fungere som en sikkerhet.

Avtaler om alternativ atferd, for ikke å utagere i samtalen, kan også forsøkes avtalt i begynnelsen av samtalen. Det kan for eksempel handle om at pasienten kan be om en pause, gå ut en tur eller avslutte samtalen for denne gang, og eventuelt komme tilbake ved en senere anledning eller andre tiltak for at pasienten kan klare å opprettholde egenkontroll, som bør understøttes, forsterkes og heies på i en akutt situasjon.

Sikkerheten for pårørende må aldri undervurderes. Vi, som behandlere, har et eget ansvar for å vurdere den, lang ut over det pasienten og dennes pårørende gir uttrykk for. Pasienter med «pit-bull-sinne» kan være mulig å få med på avtaler om at det kan være best at kone/barn bor et annet sted noen dager, hvis det er slik at sinne er et av den akutte krisens mange ansikter og uttrykk.

Hjelp til sinnemestring vil vanligvis være en prioritert behandlingsoppgave, som bør igangsettes raskt etter den akutte situasjonen har roet seg. Å få koblet inn kommunale hjelpere, som ser familien over tid og kan gripe inn med sikkerhetstiltak, vil også være aktuelt i en del tilfeller. Barneperspektivet, herunder barns behov og rettigheter, er omtalt i eget kapittel (14).

⁵⁰ Nag (2018)

14. Barneperspektivet

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

Retningslinjene⁵¹ som ligger til grunn for hvordan barn som pårørende skal ivaretas, gjelder naturlig nok også for ambulant akuttbehandling. Det finnes skjemaer i journal som skal fylles ut, og anvisning om hvordan pårørende skal involveres, herunder barn.

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

Videre vil en slik samtale, også kunne gi åpning for en konstruktiv gjennomgang av aktuelle hjelpe tiltak. Ofte kan andre familiemedlemmer trå til i en periode, men finnes ikke disse innen rekkevidde, vil også naboer og venner kunne spille en vesentlig rolle. Det kan handle om hvor barnet befinner seg et par timer etter skoletid, det kan handle om samvær med andre voksne i aktivitet/støtte til aktivitet, leksehjelp og annet. Og det kan handle om at barnet en gang i uka, kan sette seg til et middagsbord, hos noen andre, med god samvittighet, et middagsbord som ikke er preget av en foreldres problemer. Nærstående til blant annet deprimerte pasienter, har det ofte slik at de ikke tillater seg selv å være glade⁵². Å ta vare på barns behov, handler nettopp om å bidra med å tilrettelegge deres liv, slik at de ikke lever i den deprimertes «vindskygge», men derimot har godt innhold og opplever gleder på egen hånd, uten å føle skyld. Det er også viktig at de gir seg selv lov til å dele sine gleder med foreldrene på en naturlig og ikke-sensurerende måte.

⁵¹ Pårørendesenteret

⁵² Lommelegen

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

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

I noen, ytterst sjeldne tilfeller, vil AAT ikke klare å komme i posisjon til å yte adekvat hjelp for familien, herunder barna. Vi har da et klart ansvar vis a vis barna. De må ikke bli stående igjen som tapere. Vi har da en meldeplikt⁵³, basert på klare kriterier. Denne meldeplikten bør vi iverksette slik at familien er informert om at vi gjør det, og hvorfor. Det finnes selvsagt en risiko for at familien ikke lenger vil ha kontakt med oss eller andre deler av hjelpeapparatet, når bekymringsmelding til barnevernet sendes, men min erfaring er den motsatte. Også her er det samtalen, som tydeliggjør vårt engasjement og ønske om å ville vel, som må være troverdig og genuint og som vil legitimere de beslutningene vi til syvende og sist tar.

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

⁵³ Helsedirektoratet (2019)

15. Førerkortvurderinger

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

Å kunne kjøre bil, er for langt de fleste, sett på som en «menneskerett». At denne retten ikke bare er knyttet til om en har førerkort, men også blir vurdert opp mot ulike helsekrav presisert i Førerkortveileder⁵⁴, spesifisert under «Helsekrav til Førerkort» oppleves av svært mange som urettferdig. Ingen synes å være uenig i forbudet mot å kjøre under alkoholpåvirkning, men mange er ikke klar over de ulike medisiners virkning, og som til forveksling kan ligne kjøring etter inntak av alkohol. Svært mange pasienter vi møter kan si at de «kjenner det på seg» når de ikke er form til å kjøre. Men denne magefølelsen er av liten realverdi, sammenlignet med mer objektiv kunnskap. Å snakke om dette krever altså presis kunnskap om forskriften og dens innhold, i tillegg til god pedagogisk kompetanse.

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

Imidlertid er også mange pasienter i en avgrenset akutt psykisk krise mindre i stand til å oppfatte raskt hva som skjer og ta raske og riktige beslutninger i et travelt trafikkbilde, noe som er nødvendig når en skal kjøre bil. Nedenfor er en kortfattet oppsummering fra Psykologtidsskriftet, som beskriver greit både midlertidig kjøreforbud og bruk av nødrett:

Dersom tilstanden antas å vare mindre enn seks måneder:

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

Gjennom en slik advarsel vil pasienten være juridisk forpliktet til ikke å kjøre. Ved tvil om etterlevelse kan det oppstå en nødrettssituasjon.

⁵⁴ Helsedirektoratet (2018b)

Nødrettssituasjoner:

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

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

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

Dette må journalføres. Skriftlig melding skal samtidig sendes Fylkesmannen, fortrinnsvis med kopi til politi»⁵⁵.

Kriteriene for ikke å kunne kjøre på sikt, behøver altså ikke å være tilstede. Men kjøring i akutfasen vil i mange tilfeller være uklokt, farlig og ulovlig. Min anbefaling er at dokumentasjon av illeggelse av midlertidig kjøreforbud både sendes til fastlege, skrives ut og gis til pasienten. Midlertidig kjøreforbud er allikevel avhengig av tillit mellom behandler/AAT og pasient. For langt de fleste vil en slik midlertidighet knyttet til fravær av lovlig kjøring, være mulig å forstå og akseptere. Selv om det skaper praktiske utfordringer, vil ofte disse være mulig å løse. Ved å legge midlertidig kjøreforbud, vil også AAT kunne både kartlegge de reelle praktiske utfordringene, samt bidra til å finne løsninger. Det kan være alt fra å motivere pasienten til å sitte på med naboen, til for eksempel å støtte pasienten med å ta kontakt med arbeidsgiver for å få åpning for at pasienten kan komme 15 min senere på jobb på grunn av bussavganger, som da kan passe. Hvis vi ikke bidrar til å finne praktiske løsninger når bilen må stå, er det større fare for at kjøreforbudet blir neglisjert, selv om det er ulovlig og med de konsekvenser det kan ha både for pasienten selv, og andre. Og som Førerkortveilederen er tydelig på, hvis ikke kjøreforbudet aksepteres og holdes, har behandler plikt til å melde fra til Fylkesmannen. Sett i det perspektiv, er det min erfaring at et midlertidig kjøreforbud er et godt virkemiddel når det gjelder trygghet for både pasient og det totale trafikkmiljø og et virkemiddel de fleste pasienter forholder seg lojalt til.

⁵⁵ Myklebust, Follesø & Strobel (2008)

16. Våpen

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

Norge ligger svært høyt på statistikken over tilgang på registrerte våpen. Det er lange jakt - og friluftstradisjoner dypt forankret i det norske folk, herunder tilgang på våpen og 1/1-2014 var det registrert 1 581 848 lovlige våpen. Denne store tilgangen til våpen er vanligvis uproblematisk, tvert imot den betyr noe positivt for mange med tanke på hobby, friluftsliv, samvær med andre med mer. Men denne tilgangen kan også bli svært problematisk hvis ønsket om å ta sitt eget liv, eller andres, blir en framtrødende tanke eller plan i pasientens liv. Å vurdere våpentilgang er derfor endel av den innledende informasjonsinnhenting, for så å vurdere om fortsatt å ha tilgang er trygt, på alle måter.

Våpenloven⁵⁶ § 31 og gir politiet adgang til å tilbakekalle våpentillatelse når innehaver ikke lenger oppfyller krav til vandel og edruskap og eller som av andre grunner er uskikket. Med uskikket menes helsemessige forhold, tilknytning til kriminelle miljø eller andre forhold som påvirker evnen til å bruke, eller tilliten til at vedkommende vil bruke gjenstanden i samsvar med vilkår eller forutsetninger for løyvet, er borte. Politiet er derfor en viktig samarbeidspartner, når det er behov for å sikre at pasienten ikke skal ha tilgang til våpen, hvis vi ikke finner gode løsninger på andre måter.

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

⁵⁶ Våpenloven (1961)

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

Miles Davis

17. Å møte pasienten der den er

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

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

En stor andel av alle henvendelser til Akuttpsykiatrien handler om at «noe» i pasientens omgivelser har gått i stykker og/eller påvirker pasienten på en slik måte at pasientens lidelsestrykk fører til at han/hun opplever seg sterkt hjelpetrengende - her og nå. Utgangspunktet for å hjelpe, vil alltid være, å forstå hvilken kontekst problemene har oppstått. Hvilke faktorer som er utløsende og hvilke som er vedlikeholdende knyttet til aktuell problemstilling vil være vesentlige både i et forståelsesperspektiv, men også når det gjelder å se hva som kan hjelpe, i alle fall på kort sikt, altså i den akutte fasen.

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

Når vi innledningsvis snakker med pasienten om det denne har henvendt seg for, kombinert med det vi ser, på en åpen, interessert, undersøkende og ikke-dømmende måte, gjør vi det noe enklere for pasienten å være aktivt med på denne samtalen. Pasienten vil føle seg sett, respektert og kan ha tillit til at vi vil han/henne vel, basert på en ærlig samhandling, mellom likeverdige parter.

Skam er, som kjent, ofte en overveldende følelse, som ofte opptrer parallelt med psykisk sykdom og/eller som en del av denne. Å slippe å «lage» historier for å kamuflere skammen, vil for mange pasienter være en lettelse, selv om det ikke er enkelt. For behandlere vil det også være ukomplisert å vise konkret omsorg for pasienten, der vi med egne øyne ser at det også er behov for praktisk

hjelp. For eksempel bare å gi pasienten et glass vann, kan tydeliggjøre vårt ståsted. Å oppleve konkret, praktisk omsorg i en periode av livet, hvor mye oppleves uoversiktlig og kaotisk, kjennes godt for de fleste. Det kan bidra til at pasient og pårørende tør å stole på hjelperen.

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

Eksempler på praktiske problemstillinger som vi ofte møter hjemme hos pasienter:

- Pasienten har ingen kontakt med sin fastlege, har ikke vært der på flere år
- Pasienten har uteblitt fra avtaler på NAV
- Pasienten har uteblitt fra arbeid, uten sykmelding
- Pasienten har ikke hentet forskrevne medisiner på apotek, og dermed unnlatt å ta dem slik det var avtalt
- Pasienten har ikke vært utenfor døren på dager eller uker
- Pasienten har ikke hentet posten sin på dagevis
- Pasienten har ikke handlet mat, hverken til seg selv eller dyr på lenge
- Pasienten har ikke dusjet/skiftet klær på lenge
- Pasienten har ikke lenger penger å leve for

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

Etter at den praktiske bistanden er på plass, må vi kartlegge av hva som står igjen av problemstillinger. Hos en overraskende stor andel av pasientene, er det i prinsipp lite eller ingenting. Vi har sammen med pasienten arbeidet med viktige utløsende og vedlikeholdende negative faktorer, som i en sårbar fase, slo pasienten helt ut. Ved å få styrke gjennom konkret og praktisk hjelp, ser vi ofte at pasienten finner ressurser i seg selv, til å håndtere konsekvenser av sin sårbarhet. Og når vi så sammen lager en plan, basert på felles erfaringer, kan dette bli til en kriseplan eller en avslutning av et kort behandlingsforløp, et forløp som hele tiden har hatt for øye å øke pasientens egenmestingskapasitet og å gjøre pasienten bevisst, stolt og fornøyd over denne kapasiteten, slik at læringsverdien kan bli generaliserbar.

Andre pasienter sitter naturlig nok igjen med symptomer og plager, det være seg panikkangst, depresjon av alvorlig karakter, selvmordstanker og fortsatte planer, pågående rusing, psykose/stemmehøring/alvorlig paranoia, mani og/eller annet. Plager og helsesvikt som på beste måte må behandles, enten samtidig som praktisk hjelp ivaretas eller etterpå, avhengig av lidelsestrykk og eventuell fare for manglende sikkerhet for pasient og/eller pårørende. Behandlingen av pasientens plager skiller seg ikke nevneverdig ut fra hvordan disse behandles, enten ved innleggelse eller i poliklinikk, bortsett fra det som har med selvmordsproblematikk å gjøre. Dette er behandlet særskilt i kapittel 12.

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

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

18. Pårørende - ressurs med utfordringer og rettigheter

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

Pårørendes rett til å både bli hørt og involvert er tydeligere beskrevet nå enn tidligere. Helsedirektoratet har laget en oversiktlig brosjyre om dette, riktignok ment som en veileder til helsepersonell, men som det kan være greit å formidle til både pasient og pårørende⁵⁷. Allikevel hører vi alt for ofte om pårørende som ikke opplever seg hverken hørt eller involvert. Når det gjelder akutthjemmebehandling er pårørende en uvurderlig ressurs, der hvor disse finnes.

Pårørende defineres som enten «nærmeste pårørende» eller «pårørende». Det er pasienten selv som definerer hvem som er den nærmeste pårørende, og det trenger ikke å være familie. Det kan også være greit å vite at den/de som pasienten definerer som sin(e) nærmeste pårørende, må være innforstått med det og akseptere det. Det er derfor viktig at AAT sikrer at det finnes riktig informasjon om pårørende og at det sammen med pasienten, legges opp til et samarbeid, som pasienten opplever er i dennes interesse, like mye som i de pårørendes.

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

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

⁵⁷ Helsedirektoratet

Pårørende kan også være venner, naboer, kolleger, hobbyvenner eller andre som er viktige for pasienten. Disse kan inneha ulike roller i en akutfase. Det som er vesentlig for at det skal fungere, er at forventninger er tydelig avklart, herunder hvilket tidsperspektiv de ser for seg. Det er lurt å gjøre helt konkrete avtaler, som også innebærer muligheten for å «si opp avtalen», hvis det viser seg å bli for vanskelig, eller at det skjer ting i den pårørendes liv som endrer forutsetningene for å kunne bistå. I en akutfase må AAT ta et hovedansvar for å lage gode arenaer for samtaler om pasientens situasjon, bistandsbehov og de pårørendes erfaringer. Slike arenaer kan anrettes som nettverksmøter⁵⁸, uten at det er noen forutsetning for å kunne gjennomføre de gode samtalene.

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

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

Der det er fare for overgrep, vold, sjikane eller andre usunne eller farlige reaksjoner på pårørende-involvering, skal vi selvsagt ikke involvere pårørende. Det er vårt ansvar som hjelpere å undersøke dette ordentlig, og på bakgrunn av det vi finner, lage gode og sikre løsninger

⁵⁸ Svendsen (2011)

19. Skriftlig informasjon til pasientene og pårørende

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

Mange pasienter som er i en krise, opplever kognitiv svikt over kortere eller noe lenger tid⁵⁹. I vårt team har vi valgt å la dette få en konsekvens for måten vi arbeider på, både for hvordan vi snakker med pasienter, hvor mange tema vi velger å bringe inn, hvordan vi skaper struktur og ikke minst hvordan vi informerer. Det finnes informasjonsbrosjyrer om blant annet ulike diagnoser som det kan være viktig å gjøre pasienten kjent med i løpet av et behandlingsforløp. Men innledningsvis er vår erfaring, at det viktigste er å sikre seg at pasienten er godt informert om hvem vi er i AAT, hvordan vi arbeider, sine egne rettigheter og ikke minst hvor de kan få tak i oss. Vår anbefaling er derfor at det utarbeides lokal, skriftlig informasjon, som sikrer nettopp dette.

Et eksempel på en slik informasjon kan være:

AMBULANT AKUTTEAM - HVEM VI ER OG HVORDAN VI ARBEIDER

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵⁹ Helsedirektoratet (2016)

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

Vi dekker kommunene

Er noe uklart - bare spør!

Du kan kontakte oss på telefon 00000000

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

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

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

Eksempler på dette er:

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

AAT/Elverum-Hamar har selv utviklet denne informasjonen.

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

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

Hans Børli

20. Dokumentasjon

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

Dokumentasjonsplikten er regulert bl.a. i helsepersonelloven⁶⁰, pasient og brukerrettighetsloven⁶¹ og i forskrift om pasientjournal⁶². Lovverk og forskrift forutsettes kjent og vil derfor ikke bli grundig gjennomgått her. Men noen punkter er viktig å huske.

Dokumentasjonsplikten er utformet på grunnlag av tre hensyn:

- Personvern
- Forsvarlighet
- Etterprøvbarehet

Pasientjournalen er først og fremst et arbeidsdokument for helsepersonell og skal bidra til forsvarlig behandling. Imidlertid eier også pasienten sin egen journal og har nå direkte innsyn i alt som skrives, når et dokument er godkjent. Det gir ikke minst noen språklige utfordringer. Det er vesentlig at journalen presist beskriver det som kan beskrives presist og at språket oppleves som gjenkjennbart for pasienten. Journalen må beskrive det intensjonelle, nemlig at pasienten er en likeverdig part og at behandlingstiltakene gjenspeiler at de er bygget på samarbeid, respekt og samvalg.

Alt helsepersonell er forpliktet til å føre journal. Det betyr i klartekst at alle som arbeider i AAT, har denne forpliktelsen. I døgnposter er det ofte et skille mellom høyskolegruppene og leger/psykologer knyttet til hvor i journal de dokumenterer. I vårt AAT har vi ikke dette skillet. Alle skriver i den såkalte lege- eller behandler-delen og har de tilganger og forpliktelser som følger av dette. Tilgang til somatisk journal kan også være sentralt i en akuttsituasjon. Det er slett ikke alltid pasienter tenker at det er av betydning å informere om somatiske plager. Både smerter og uavklarte, som avklarte somatiske lidelser, herunder medikasjon, både i bruk og nylig seponert, kan også i noen tilfelle bidra til å belyse en pasients aktuelle plager.

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

⁶⁰ Helsepersonelloven (1999)

⁶¹ Pasient og brukerrettighetsloven (2017)

⁶² Forskrift om pasientjournal (2000)

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

Malen som er presentert i kapittel 10, «Nødvendig informasjonsinnhenting», ivaretar de områder som må dekkes for at en journal skal være fullstendig i henhold til forskrift. Men det er ikke alltid vi av gode grunner, klarer å få med alt som er nødvendig i første samtale. Det vil da være langt bedre å skrive det vi har, samt tydeliggjøre at ytterligere informasjonsinnhenting snarlig vil finne sted og godkjenne dette, enn å la et dokument ligge som «kladd» inntil vi har innhentet mer utfyllende informasjon.

Å skrive godt er en treningssak. Derfor må det gis tid og rom for at denne treningen kan finne sted. Her er det mengdetrening, sammen med en kritisk venn (eller to) som er oppskriften. Å bruke projektor for framlegg av egne notater i et vennlig og støttende miljø, vil for mange kunne bidra til både gode dokumentasjonsvaner og trygghet i rollen som selvstendig behandler, en rolle de fleste høyskolegruppene ikke er vant til, dersom erfaringen er fra døgnavdeling.

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

Det finnes frister for utsending av epikrise etter endt behandling. I vårt team har vi valgt å lage egne frister, som gjenspeiler at vi arbeider akutt, og at vi ønsker at samarbeidspartnere også skal være raskt på banen. At vi kommuniserer raskt, er noe vi får svært positive tilbakemeldinger på. Våre frister er:

- Etter første avtale, uansett telefon, hjemmebesøk eller avslag: Samme dag – og alltid elektronisk dokument til fastlege
- Epikrise: Innen 3 dager

Det siste er det ikke alltid vi klarer, fordi epikriser krever medunderskrift av spesialist, men det er et mål som vi alle strekker oss mot. Dessuten sendes alltid elektroniske dokumenter underveis i kontakten med pasienten, ved endringer eller annet vi mener det er viktig at fastlege er orientert om.

21. Samarbeid med førstelinjen

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

21.2. Samhandling med NAV, psykisk helse, ROP-team og barnevern

En rekke pasienter er i en krise som er nært knyttet til blant annet psykososial usikkerhet, relatert til tap av arbeid, økonomi som har gått over styr, rusproblemer som har eskalert eller andre livskriselignende situasjoner. Som tidligere nevnt, vil praktisk hjelp oppleves som en reell avlastning og føre til at kriseopplevelsen avtar. Innledningsvis i kontakten med pasienten, må derfor totalsituasjonen utforskes og om mulig avhjelpes rent praktisk, hvis det er der det trykker mest på. For å kunne bidra nettopp med denne praktiske hjelpen, må ethvert AAT ha gode og nære venner på kommunalt nivå.

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

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

De faste møteplassene gjør oss godt kjent med hverandre. Vi vet at alle spiller med åpne kort og at vi har felles mål. I akutte situasjoner, når bistand fra NAV (eller andre kommunale instanser) er nødvendig samme dag, er denne måten å samarbeide på, som en grunnmur i pasientbehandlingen,

en helt nødvendig struktur for å kunne gi de rette pasientene, det rette tilbudet på det rette tidspunktet. Vi vet at vi er der for hverandre og for pasienter og pårørende, for sikring av pasienters behov, rettigheter og plikter.

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

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

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

Kontakten med barnevernet er mer sporadisk men minst like viktig å kjenne godt til og ha gode relasjoner til. Pasienter er ofte engstelige for kontakt med barnevernet. I forlengelsen av opplevelsen av å ikke være bra nok generelt (en vanlig nedvurdering pasienter i krise gjør av seg selv), ligger også vurderingen av ikke å være bra nok forelder. Vår oppgave blir å få pasienter til å akseptere at det er naturlig ikke å klare og ta godt nok vare på andre, i en situasjon hvor det er ytterst krevende

å ta vare på seg selv. Når vi snakker åpent om de plagene pasienten ber om hjelp til og hvilke konsekvenser disse har for pasientens funksjonsnivå, opplever vi oftest at pasientene ganske raskt ser at de heller ikke klarer å ivareta omsorgen for sine barn, slik de ønsker. Men at de også ønsker det beste for sine barn.

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

Oppsummert: Å få til godt samarbeid er å ville det. Sette av tid. Se på alle samarbeidspartnere som venner og forstå at også «de andre» vil det beste. Et tysk ordspråk sier at vitamin B - Bekanntschaft - er det viktigste i alle relasjoner. Vårt AAT sørger for å bli kjent med alle våre samarbeidspartnere og at disse er kjent med oss, slik at vi ser for oss ansiktet på den vi snakker med på telefon og kjenner oss sikre på å bli forstått. Da fungerer samhandlingen, og pasienten slipper å være koordinator på tvers av hjelpetiltak og forvaltningsgrenser. Noen vil mene at det tar alt for lang tid å gjøre seg kjent slik vi har gjort. Min erfaring er det motsatte. Når ansvaret og myndigheten fordeles, sparer vi tid i den enkelte pasientsak. Og vårt AAT har 9 kommuner, fordelt på et område som er mer enn 4 ganger så stort som Vestfold fylke, samt at vi har 139 fastleger å forholde oss til i et opptaksområde med 107.000 beboere over 18 år.

22. Samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste

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

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

I det ligger det mange muligheter og forpliktelser. Ikke minst hva gjelder oversikt over og tilgang til andre deler av spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern og somatikk (kommunalt nivå er omtalt i kapittel 21). Her som ellers, gjelder det å ha innarbeidet gode samarbeidsrutiner. Innenfor noen områder er dette relativt enkelt, mens det på andre områder kan være mer krevende. Imidlertid skylder vi pasienten å ta det ansvar det medfører å være dennes behandler og koordinator. Er det vanskelig for oss fagfolk å få til samordnede tiltak innen spesialisthelsetjenesten, kan vi bare gjette oss til hvor umulig det kan oppleves for pasienten å skulle koordinere dette selv, i en akutt fase, selv med bistand fra fastlege. Rett behandlings - og omsorgsnivå vil alltid være overordnet for hver enkelt pasient. Det betyr at «flyt» uten unødig opphold og hindringer mellom ulike enheter/avdelinger er av vital betydning i en akutt situasjon. Noe som igjen betyr at godt samarbeid må være innarbeidet som en forutsetning for at AAT skal kunne yte god bistand.

En del av pasientene som henvender seg til AAT, vil ha mer eller mindre kompliserte somatiske lidelser, slik at samhandling med spesialisthelsetjeneste innen somatikk er en forutsetning for behandlingen. Pasienter som er sterkt ruset, vil dessuten vanligvis trenge somatisk avklaring før videre behandling i psykisk helsevern. Det finnes også andre helsetilstander, hvor godt samarbeid på tvers av fag er nødvendig for god behandling. En vesentlig, og bedrøvelig kjensgjerning, er at pasienter med alvorlig psykisk lidelse har en gjennomsnittlig levealder som er mellom 10 og 30 år⁶³ kortere enn normalbefolkningen. Er det ruslidelse i tillegg, øker risikoen for enda tidligere død. Pasientene dør ikke tidligere først og fremst på grunn av selvmord men på grunn av somatiske lidelser, som dels er oversett og dels er underbehandlet. Dette er en realitet vi må ta på alvor.

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

⁶³ Kjensli (2008)

Liasonarbeid (her forstått som konsultasjonspsykiatri i somatiske sykehus)⁶⁴ organiseres svært forskjellig på de ulike sykehusene. Noen har egne team, noen bruker LIS'er i allmennpoliklinikkene, noen bruker AAT, og noen steder er det mer tilfeldig hvem som tar ansvaret. Skal dette legges til AAT, bør det utarbeides egne retningslinjer slik at det ikke sammenblandes med oppfølging etter villet egenskade eller oppfølging etter alvorlige somatiske traumer. AAT bør legge opp sine samarbeidsrutiner slik at de blir en del av et hele, når det gjelder samarbeid og utveksling av fag-tjenester på tvers av spesialiteter. Men uten at dette samarbeidet vies tid og omtanke og er ønsket fra begge parter, vil det ikke gi den synergi som er nødvendig, for at pasientene skal kunne få den beste behandling, uavhengig av hvor plagen hører hjemme.

21.1 Fastlegens rolle i kriser.

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

Først og fremst kommuniserer spesialisthelsetjenesten med fastleger via søknader/digitalt eller på papir, elektroniske tilbakemeldinger, epikriser og gjennom telefonsamtaler. Men vår erfaring er at når vi gjør oss tilgjengelige for felleskonsultasjoner på fastlegens kontor eller gjør vurderinger selv der fastlege og pasient befinner seg når legen opplever at pasienten er for dårlig til å bli sendt hjem, er dette til nytte for alle parter. Det er gjennom praktisk samarbeid tillit bygges. Tilgjengelighet er også her et nøkkelord. Mange DPS'er har ringetider for å få tak i en ansvarlig behandler som kan oppleves som svært små vinduer, fra en fastleges ståsted. På samme måte har også legekontorene sine «vollgraver» (kontormedarbeidere) som det kan være vanskelig å komme forbi. Når det haster, er slike hindringer u hensiktsmessige.

AAT har tilgjengelige behandlere på telefon, i hele sin åpningstid. Og AAT må på sin side ha anledning til å nå fastlege, mens man sitter med pasienten. Vårt AAT har direktenummer til alle fastlegene i vårt opptaksområde, en tilgang vi ikke misbraker men har stor nytte av i enkelte tilfeller. Det

⁶⁴ Diseth

kan være spørsmål om somatisk avklaring, behov for framstilling med tanke på tvangsundersøkelse og andre akutte saker som må finne sin løsning i samarbeid med fastlege, her og nå.

Å lage gode samarbeidsarenaer som ikke direkte er begrunnet i konkrete pasientsaker, er ikke like enkelt. Men det er viktig at vi sørger for å opprettholde fastlegenes kunnskap om oss, gjennom å sende ut årsmeldinger, sørge for at de har den før omtalte korte/skriftlige informasjonen (kapittel 19) og på annen måte forblir et reelt alternativ til innleggelse, også sett fra deres ståsted.

I 1 kommune (av 9) har vi (DPS) etablert en fast møtestruktur på fastlegekontorene, etter en type turnus, slik at vi har møter på kommunens legesentrene, med deltagelse fra kommunens psykiske helseteam og oss (AAT og allmennpoliklinikken). Her drøftes konkrete pasienter, det foregår en betydelig kompetanseoverføring begge veier og ikke minst blir vi godt kjent med hverandre, noe som fører til at samarbeid når noe oppleves som kritisk, flyter godt. Videre er vi opptatt av å bidra så langt det er ønsket på fellesmøter for allmennlegene og være lett tilgjengelig for legevakt(er), som også kan bemannes av leger som ikke tilhører regionen primært.

En erfaring vi har gjort oss, er at en del av pasientene enten ikke vet hvem som er deres fastlege, ikke har vært der på lenge (noen fordi de skylder penger/egenandel) eller har flyttet langt fra stedet hvor fastlege bor eller lignende. Det fører til at vi vil bruke tid på å re-etablere, eventuelt etablere en forbindelse til fastlege. Noen få ønsker ikke kontakt med fastlege men vil ha «direkte tilgang» til spesialisthelsetjenesten. Overfor disse få, får vi en pedagogisk utfordring om å forklare at de på den måten kan gå glipp av relevant helsehjelp siden veien til denne går via fastlege.

Som innledningsvis nevnt, er fastlegen selve navet i pasientens helsetjeneste. Det er derfor sentralt at denne rollen opprettholdes mens pasienten får bistand fra andre deler av helsevesenet, herunder AAT. Aktiv samtidskommunikasjon er én nøkkel for å sikre samarbeidet. Noen pasienter i krise kan ha en tendens til å ringe «alt og alle». For å sikre at hjelpen ikke blir et sammensurium av god vilje i alle retninger, fordi det er mange kokker involvert, er det viktig å kommunisere tett med pasientens andre hjelpere, herunder fastlegen. Det at pasienten vet at vi kommuniserer med dennes fastlege, bidrar ofte også til nettopp de tydelige rammene som er nødvendig for at opplevelsen av kaos skal avta.

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

Avslutningsvis er det sentralt at begge parter i dette samarbeidet, finner en kommunikasjonsform som er hensiktsmessig og til beggeg fornøydheth.

22.1 Oppfølging etter villet egenskade

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

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

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

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

I andre tilfeller vurderer AAT at det er sikkert nok at pasienten reiser hjem etter somatisk avklaring. Det kan i en vurderingssamtale med AAT komme fram et behov for videre oppfølging fra psykisk helsetjeneste i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Igangsetting av slike tiltak vil det være opp til fastlege å henvise til men med støtte i vår vurdering på somatisk sykehus. I noen tilfeller vil det være riktig at AAT tar over behandlingsansvaret for pasienten. Dette gjøres da selvsagt så ubyråkratisk som mulig, uten annet enn muntlige avtaler som dokumenteres.

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

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

22.2 Oppfølging etter alvorlige somatiske traumer

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

Noen få sykehus som er definert som traumesykehus, har et avtalt samarbeid mellom kirurgisk avdeling v/traumekoordinator og AAT for oppfølging av pasienter etter større ulykker og lignende. Dette gjelder når pasienten både er i behov av somatisk behandling og oppfølging over tid, samt psykologisk bistand relatert til psykologiske reaksjoner på traumet.

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

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

Informasjonens innhold:

Til deg som har vært utsatt for en alvorlig hendelse

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

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

Akutt reaksjon - uvirkelighet

I den første tiden etter hendelsen har mange en følelse av uvirkelighet. Man vet at hendelsen har skjedd, men den kjennes allikevel uforståelig. Mange beskriver en følelse av indre tomhet og følelsesmessig «nummenhet». Det kan i blant være vanskelig å huske deler av det som skjedde. Men ettersom tiden går blir hele hendelsesforløpet tydeligere, og da kommer også ofte de sterkeste følelsene.

Påtrengende minner/bilder

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

Indre uro og sårbarhet

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

Ulike kroppslige reaksjoner

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

Katastrofefølelse

For mange blir tryggheten i livet rasert når man en gang har vært utsatt for en alvorlig hendelse. En del opplever økt vaksomhet, skvetter ved den minste lyd. Engstelsen og uroen kan etterhvert

føre til redsel for på nytt å bli utsatt for noe katastrofalt eller ubehagelig eller at noen i ens familie skal bli syke eller dø. Hos barn merkes dette tydeligst ved at de blir mer «klengete» og har økt behov for nærhet.

Søvnproblemer og mareritt

Det kan være vanskelig å sovne – og like før innsovning kan de ubehagelige minnene dukke opp. Søvnene blir urolig, og det er ikke uvanlig å våkne ofte og tidlig. Hos noen gjentas hendelsen i form av mareritt, eller marerittene kan handle om andre truende situasjoner enn dem man selv har opplevd. Det er manges erfaring at man blir mindre plaget av mareritt hvis man benytter seg av å snakke med noen om det som har hendt. Søvnproblemene pleier også å avta når man får bedre grep om det man faktisk har vært utsatt for. Hvis søvnen forblir svært dårlig over lengre tid, kan man bli både sliten og lite i stand til å ivareta egne behov på en god måte. Det kan da være verdt å vurdere noe å sove på. Men det er viktig å utvise varsomhet når det gjelder bruk av sovemidler og/eller alkohol.

Overlevelsesangst og skyldfølelse

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

Forholdet til andre påvirkes

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

Spørsmål om meningen med livet

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

NOEN ENKLE RÅD

Snakk med andre

Snakk med dine nærmeste men gjerne også med andre. Det kan være folk som har vært utsatt for noe lignende. Selv om det er vanskelig å fortelle og at du synes at følelsene dine «rives» opp igjen, er det oftest et gode og i blant helt nødvendig for å komme seg gjennom opplevelsen på en bra måte. Gjennom gjentatte ganger å gå gjennom hendelsen i samtale med andre, får man bedre grep

om det som hendte og blir dermed også mindre plaget av mareritt og påtrengende minner. Noen har også stor nytte av å skrive ned sine minner og tanker rundt det som hendte.

Besøk stedet der det hendte

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

Tenk på barna

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

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

Det er bra med aktivitet og arbeid

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

Det er normalt å reagere

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

La andre få lese denne informasjonen

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

Søk hjelp i tide

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

Ambulant Akuttenhet DPS Elverum-Hamar

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

- Telefon: 99999999
- E-post:
- www.sykehuset-innlandet.no

Vennlig hilsen Ambulant Akuttenhet ved DPS Elverum-Hamar

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

23. Rekruttering og kompetansekrav

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

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

Det er også sentralt å se på alderssammensetning i teamet. En god fordeling er å foretrekke slik at de ansatte speiler befolkningen vi møter. Også kjønn, så godt det er mulig, bør være godt og likeverdig representert. Fordi vi også møter pasienter med ulik kulturell bakgrunn, er det klokt at dette også gjenspeiles blant de ansatte. Ikke fordi vi til enhver tid vil kunne møte pasienter med en fra samme kultur, men fordi vi ved å ha kulturelt mangfold i teamet opprettholder bevisstheten om nettopp kulturelle ulikheter og de konsekvenser og muligheter det kan ha i behandlingen. Det er en fordel å ha ansatte med flerspråklig kompetanse, da det kan spare oss for involvering av en tredje person/tolk.

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

Ved tilsetning er det slik at det er 3 områder som skal vektes, og som har lik verdi:

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

- Egnethet

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

Medarbeideren må:

- Være en snill person
- Ha gode samarbeidsevner og stor samarbeidslyst
- Like det uforutsette og samtidig klare å strukturere seg selv og andre i kaos
- Være både fleksibel og fantasifull
- Ha «akutt-temperament», med det menes å like kaos og kriser – og selv beholde roen
- Trives med temposkifte
- Være en god representant for psykisk helsevern utad og innad
- Ha humoristisk sans
- Like å heie på medarbeidere
- Ikke sette seg selv foran teamet, være en lagspiller
- Være ærlig med tanke på egne begrensinger
- Være absolutt å stole på – alltid
- Ha vilje og evne til å ta selvstendig ansvar
- Ha evne til å fatte beslutninger ut fra begrenset oversikt
- Forstå samfunnsoppdraget
- Må passe inn i gruppen

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

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

24. Brukertilsetting/erfaringskonsulenter i AAT?

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

I vårt AAT har vi forsøkt tilsetting av erfaringskonsulent i 15 måneder. Erfaringskonsulenten ble håndplukket, og han var svært engasjert både i arbeidet som erfaringskonsulent, ambulant akutt-psykiatri og utforming av rollen generelt. Teamet var også ivrige og hadde store forventninger. Forutsetningene skulle altså være de aller beste. For at pasientene skulle få tilgang til erfaringskonsulentens spesifikke kompetanse, valgte vi å la ham delta i teamets arbeidsoppgaver på lik linje med øvrige teammedarbeidere. Dette fordi AAT møter opp mot 100 % av pasientene hjemme og ikke på noe kontor eller på en sengepost og uten full deltagelse, ville det bli vanskelig for pasientene å møte erfaringskonsulenten.

Vår erfaring ble at selve måten AAT arbeider på, impliserer at brukerstemmen blir både hørt og førende for forståelsen av problematikk, samt planlegging og iverksetting av tiltak. Vi oppdaget sammen med pasienter og pårørende, at mangel på en tydelig brukerstemme ikke var noe problem hos oss. En erfaringskonsulent som ideelt sett skulle bidra med «summen av brukerstemmer» var det ikke noe behov for, slik vi erfarte det. Og det må vel være det som er det ideelle – at den individuelle bruker/pasients stemme har den legitimitet den trenger å ha, for at samarbeid og samvalg skal kunne være reelle størrelser. Vår erfaring er derfor at det kan tenkes at brukerstemmen blir for svak. Se grundig på egne rutiner og metoder. Bli gode til å la pasientene eie definisjonsretten i eget liv slik at andre ikke behøver å snakke på vegne av dem.

Min vurdering er at erfaringskonsulenter kan ha en rolle av betydning i sengeposter og på poliklinikker, selv om det ideelt sett, ikke skulle være nødvendig hvis vi som fagfolk forstår hvilken makt vi sitter på, og dermed hvilken avmakt våre pasienter kan oppleve når vi ikke lytter godt nok og sørger for at pasienter ikke opplever seg som likeverdige samtalepartnere.

Min erfaring er dessuten, at de fleste ansatte også veksler mellom flere roller. De har vært pasienter selv, de har pårørende som trenger mye bistand, og de kan arbeide som frivillige i ulike hjelpeorganisasjoner. Å dra veksler på den samlede erfaringen som ligger her vil være antagelig være en bedre måte å få tak i brukererfaringer på, bygget den forståelse at det alltid er den enkelte pasients stemme som har førsteretten til å bli hørt.

Dypt fall

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

Lars Saabye Christensen

25. Organisering og ledelse i AAT – noen særtrekk

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

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

- Hjemmebesøk i en akutfase/krise er både vanskelig og heller ikke ønskelig å begrense til 45 min
- Reisetid telles ikke som aktivitet
- Det er alltid to og to som reiser hjem, hvorav bare den ene gis aktivitet som er tellende

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

25.1 Praktisk organisering

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

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

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

Der registreres følgende:

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

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

Tavlen kan være manuell eller elektronisk. Det viktigste er at den gir god oversikt over pasientenes sentrale problemstillinger, hvilke avtaler som er gjort og når og hvem av de ansatte som har ansvar for oppfølging av dagens avtaler (føres inn under denne rubrikken). Videre markerer vi alltid under «aktuell problemstilling», med grønt, når pasienter har annen pågående kontakt med spesialisthelsetjenesten og når neste avtale der er.

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

Imidlertid er det bare de pasientene som får hjelp fra AAT som kommer på tavla. Nasjonale tall (jfr. Torleif Ruuds undersøkelse)⁶⁵ viser at mellom 30 og 60 % avvises. Det er helt sentralt at vi også enkelt kan holde oversikt over disse. Til det er god logging et godt hjelpemiddel, -et/eller flere ark for hver dag, slik at det er lett å finne tilbake.

⁶⁵ Ruud (2015)

Det er ulikt i AAT'er hvorvidt det er ansatt en egen kontormedarbeider som tar imot alle henvendelser. Min erfaring er at en god kontormedarbeider er av uvurderlig betydning. Denne tar imot, logger og har tilstrekkelig vurderingsevne til å sortere, slik at når det kommer inn henvendelser, som må håndteres umiddelbart, settes telefonen over til en behandler, hvorav alle alltid er å nå, via nødnett-radio hos oss og via mobiltelefonen hos andre.

		Dag/ dato		Antall le- dige senger			
Da- gen s	Navn og al- der	Henvist. fra:	Via fast- lege/lege- vakt/vh.lege	Problems- tilling	Kom- mune	Fast- lege	Til- tak

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

25.2 Overlapping/rapport

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

- Kl. 0730 – 0800: Gjennomgang av alle avtaler som skal gjennomføres før kl. 1200. Videre ta imot henvendelser som har kommet inn til døgnposten i løpet av natta (der vår telefon er satt over etter at vi har stengt), fra vakthavende sentralsykehus som også kan gjøre avtaler på vegne av oss, samt fra legevakt som også gjør avtaler på vegne av oss. Dette gir oss full oversikt over hvilke oppgaver vi er forventet å løse og mulighet for å prioritere relatert til alvorlighet og hastegrad, samt fordele folk med tanke på hvilken kompetanse som er best anvendt, hvor. I dette møtet er alltid spesialist til stede slik at pasienter, problemstillinger og tenkte tiltak kan forankres.
- Kl. 1200 – 1300: Fullstendig tavlegjennomgang, samt gjennomgang av alle henvendelser (også avviste) og videre prioritering av saker som ikke er fordelt/vurdert. Tid for mer grundig tverrfaglig drøfting av enkeltsaker og en gang i blant gjennomgang v/bruk av projektor av vurderinger som er gjort, og hvordan de er dokumentert. I denne gjennomgangen er alltid spesialist tilstede, slik at alle saker på denne måten blir forankret der. Denne gjennomgangen er selve fagnavet i driften. Tiden er «hellig», og bare unntaksvis er ikke alle tilsatte til stede. I vårt team er dette også tid for lunsj som vi på denne måten tar i felleskap. I tillegg til at denne timen er vår primære daglige faglige fordypning med tilstrekkelig tid til å gå grundig inn i aktuelle problemstillinger, er dette også tid for faglig gjensidig støtte, deling av

anekdoter og plass til både omsorg, feiringer, galgenhumor og annen aktivitet som understøtter samholdet i teamet.

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

Fra rapporten om organisering av ambulante akutteam⁶⁶ sies:

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

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

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

I dette ligger en forpliktelse vårt team tar på alvor, som handler om at alle henvendelser må vurderes fortløpende, for at pasienten skal kunne få adekvat hjelp snarest og innen få timer. Mer enn 95 % av henvendelsene blir avklart innen 4 timer i vårt team. Hvis ikke AAT kan yte den hjelpen som trengs, er det AAT's ansvar at hjelpen blir ytt, fra annet hold. Pasienten skal oppleve å ha kommet «på rett sted» og derfor ikke sendes videre med beskjed om å ringe ett eller annet nummer/sted. Å kunne ta dette ansvaret fullt ut, fordrer at jeg som leder har lagt opp til stor grad av «selvledelse» hos hver enkelt ansatt. Det må ikke være slik at de ansatte venter på leder/nestleder eller spesialist, før beslutning tas. Men det må være slik at beslutninger alltid forankres hos spesialist. Og kommer vi fram til at den første beslutningen vi tok, ikke var den klokeste, er det alltid mulig å gjøre om på denne. Hvis beslutningen har handlet om avvisning/avslutning av sak, hender det at vi ringer tilbake til pasienten, forteller at vi har drøftet saken i tverrfaglig team og blitt enige om at vi her avsluttet for raskt og derfor ønsker å gjøre en ny avtale. Vi har bare fått positive reaksjoner fra pasienter når dette har skjedd. De gir uttrykk for at de føler seg veldig godt ivaretatt og er enige i at et eller flere hjemmebesøk vil være bra. Handler beslutningen om å involvere seg i en sak som kanskje burde vært håndtert av andre, blir det kanskje et «unødvendig» hjemmebesøk. Verre enn det er det ikke. I begge tilfellene ligger det gode læringsmuligheter. Læringsmuligheter det er mulig å utforske i den «hellige» timen mellom klokken 1200 og 1300 og/eller i veiledning.

⁶⁶ Helsedirektoratet (2014)

25.3 Aktivitetsregistrering

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

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

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

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

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

25.4 Sikkerhet for de ansatte og kvalitet på tilbudet

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

situasjonen, skal også være noe enhver ansatt føler seg trygg på å gjøre. Vanligvis oppleves det bare positivt at pasienten og pårørende overhører slike samtaler. Det bidrar til at de føler trygghet og ivaretagelse, gjennom at vi viser at vi tar vårt arbeid på alvor.

Det finnes tilstrekkelig med erfaringer knyttet til AAT/CRT/HTT som har raknet, enten ved stor turnover, stort sykefravær eller endret forståelse av oppdraget (fra ambulant til stasjonært, eller fra akutt til nesten-akutt) blant annet fordi de ansatte har opplevd selve arbeidet som for belastende, på grunn av mangel på trygghet og støtte. Å ansette, utvikle og beholde gode medarbeidere gjør ikke seg selv. Det krever omtanke, tid, omsorg og lydhørhet. Og er et lederansvar det ikke skal være mulig å abdisere fra.

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

25.5 Ledelse

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

I dette ligger at AAT må klare å være en trygg og gode base for vekst og utvikling. Jordsmonnet må være rikt, gjødslingen god, og ingen må kaste skygger på kolleger. Som leder i AAT, har jeg lagt vekt på at medarbeiderne innehar en annen kompetanse enn meg selv, både faglig og personlig. Et godt drevet AAT må være sammensatt på en slik måte at arbeidsfellesskapet bidrar til at hver især blir den beste utgaven av seg selv. Ikke bare utvikler faget seg, men også våre egne erfaringer må gjøres mer og mer solide for hvert år, slik at vi sammen ser oss i stand til å møte «alt» på en sikker, trygg, kjærlighetsfull og kompetent måte. Å tenke seg at det er kun leder og spesialistene som skal være ledende når det gjelder utvikling av AAT, vil være å sløse med ressursene hos høyskolegruppene.

Min lederfilosofi har jeg tatt fra Nelson Mandela, som igjen sier han har lært fra gjeterne i området. Kort sagt, handler det om å gå bak flokken en er satt til å lede/gjete og være oppmerksom på de dyra som løper ut, beveger seg vekk fra de andre. Ofte er dette dyr som finner godt beite på nye steder, der andre ikke leter, og de vil ofte bringe noe nytt og friskt til gruppen. Og så må leder sørge for at flokken samles igjen.

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

Som en konsekvens av dette, er kompetansehierarkiet flatt i vårt team. Forskjellighet men likeverdighet, i kompetanse og tilnærming til problemer og tiltak, er en forutsetning for godt arbeid. Vissheten om dette må derfor være synlig i enhver faglig samtale men allikevel ikke underkjenne spesialistenes formelle ansvar.

Betydningen av personlig egnethet kombinert med tverrfaglighet i personalgruppen i AAT er nærmere omtalt i kapitlet om rekruttering (24).

Å etablere arenaer for reell avlastning og påfyll er primært en lederoppgave, men som etter min erfaring løses best, når det involverer alle ansatte. Per Isdal⁶⁷ snakker om «Leirbål», som et sted å være sammen, dele sine erfaringer og opplevelser, gode som mindre gode.

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

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

⁶⁷ Isdal (2017)

slike markeringer, i tillegg til at det også er leders ansvar og plikt å markere at hun ser sine medarbeidere på en tydelig og varm måte.

Faglig utvikling er heller ikke noe som kommer av seg selv, bortsett fra de erfaringer vi gjør gjennom det daglige arbeidet. Men for at erfaringer skal bli nettopp det, må de reflekteres over, settes ord på og deles med kolleger. Først da kan vi si med noenlunde sikkerhet, at dagliglivets oppgaveløsning og utfordringer blir til erfaringer. Og vi blir i stand til å skille gode erfaringer, som skal deles og videreføres, fra de dårlige som bør kvitteres ut.

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

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

Min ambisjon er at AAT skal være en arbeidsplass for folk i alle aldre og i alle livssituasjoner. Hver enkelt medarbeider må kunne møte pasienter og pårørende med livsmot for mer enn seg selv og kunne bære og fylle på håp for pasientene, der det er mangelvare. For at medarbeiderne skal kunne bidra med dette, må også arbeidsplassen være det stedet som gir påfyll. Der det også er naturlig å dele sorger, så vel som gleder, og hvor det kjennes godt å komme innom, også når en er syk. Å skape et slikt arbeidsmiljø er ikke en lederoppgave alene, men det er leders oppgave å tilrettelegge, inspirere og heie fram alle tiltak som bidrar til dette. Og det er et arbeid som må gjennomføres alt samvær i enheten, både i ord og gjerning.

Ett er nødvendig

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

Hans Børli

26. Referanser

Alternativ til vold (ATV): Hva er vold? <https://atv-stiftelsen.no/om-vold/hva-er-vold/>

Dialektisk atferdsterapi (DBT) i Norge. <http://dbt.no/om-dbt/>

Diseth Trond. Veileder i BUP. Del 3: Behandlingsmetoder og spesielle arbeidsområder / "Konsultasjon Liaison" - psykiatri; BUP i somatisk medisin. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-3-konsultasjon-liaison-psykiatri-bup-i-somatisk-medisin/>

Forskrift om pasientjournal (2000). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (2005). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-03-18-252>.

Helsedirektoratet (2006). "Distriktpsikiatriske sentre-med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388 Veileder." <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/281/Distriktpsikiatriske-sentre-IS-1388.pdf>

Helsedirektoratet (2008) Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>

Helsedirektoratet (2014). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre-dps>

Helsedirektoratet (2015). Psykisk helsevern for voksne. Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-voksne>

Helsedirektoratet (2016). Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/mestring-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>

Helsedirektoratet (2017). Psykisk helsevernloven. <https://helsedirektoratet.no/lover/psykisk-helsevernloven>

Helsedirektoratet (2017b). Pasient og Brukerrettighetsloven. <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven>

Helsedirektoratet (2017c) Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selv-mord-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-selv-mord>

Helsedirektoratet (2017d). Læringsnotat om selvmord i psykisk helsevern. <https://helsedirektoratet.no/nyheter/leringsnotat-om-selv-mord-i-psykisk-helsevern>

Helsedirektoratet (2018). «Samhandlingsreformen». <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helsedirektoratet (2018b). Førerkortveilederen. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen>

Helsedirektoratet (2019). Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/paerorendeveileder>

Helsedirektoratet (2019b) Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus? <https://helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

Helsedirektoratet (2019). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet (udatert). Pårørendes rettigheter. En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/249/Paerorendes-rettigheter-en-oversikt-for-helsepersonell-i-den-psykiske-helsetjenesten-og-rustiltak-IS-2146.pdf>

Heskestad, Stig (2018). Ambulant akutteam i psykisk helsevern Tidsskr Nor Legeforening,. doi: 10.4045/tidsskr.17.1068

Isdal, Per (2017). Smittet av vold. Fagbokforlaget

Isdal, Per (2018). Medfølelsens pris. Akademisk forlag

Kjensli, Bjørnar (2008). Psykisk syke er dobbelt utsatt. 25.03.19. <https://forskning.no/psykiske-lidelser/psykisk-syke-er-dobbelt-utsatt/960498>

Kjøllesdal JG, Iversen HH. Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Metode-rapport. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 8–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014. <https://www.fhi.no/publ/2014/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern.-metoderappor/>

Kjøllesdal JK, Iversen HH, Danielsen K, Haugum M, Holmboe O. «Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016». Rapport nr.2017: 317. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017. <https://www.fhi.no/publ/2017/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-2016/>

Klevan, Trude (2017). Betydningen av hjelpsom hjelp ved psykiske kriser. Erfaringer, historier og kontekster - en kvalitativ utforskning. PhD avhandling, Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN), Fakultet for helse og sosialvitenskap

Lloyd-Evans, Brynmor & Fullarton, Kate. Service improvement in Crisis Resolution Teams. A report from The CORE Study. 25.03.19. https://www.sussexpartnership.nhs.uk/sites/default/files/documents/ucl_study_team_service_improvement_in_crisis_resolution_teams_the_core_study_23.3.16.pdf

Lommelegen. Depresjon kan gjøre pårørende syke. 25.03.19. <https://www.lommelegen.no/annet/artikkel/depresjon-kan-gjore-parorende-syke/69003283>

Lov om skytevåpen og ammunisjon m.v. [våpenloven] (1961). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1961-06-09-1#KAPITTEL_1

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Mehlum, Lars & Jensen, Anne Irene (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskr Nor Legeforen*; 126: 2946-9.

Myklebust, Ingunn, Follesø, Knut & Strobel, Camilla (2008). ...førerkort og psykologens meldeplikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, (8), 1011-1013.

Nag, Thomas (2018). Ny norsk manual for forebygging og håndtering av aggresjon og vold i psykisk helsevern. Presentasjon Akuttpsykiatrikonferansen 2018. <http://www.akuttpsykiatri.no/wp-content/uploads/2018/03/Thomas-Nag-pdf.pdf>

NKVTS. Risikofaktorer for utøvelse av vold blant voksne. <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/inhold/risikofaktorer-og-tegn/risikofaktorer-voksne/>

NSSF (2017). Selvmord i Norge i 2016. 25.03.19. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/aktuelt/aktuelle-saker/2017/selvmord-i-norge-i-2016.html>

Olsen, Bjørnar (2016). La folk henvisse seg selv. Leder. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 2. september 2016. <https://psykologtidsskriftet.no/leder/2016/09/la-folk-henvisse-seg-selv-16>.

Paris, J. (2004). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder?. *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue), 240-247.

Pårørendesenteret. Rettigheter for barn og unge som er pårørende. 25.03.19. <http://www.paerendesenteret.no/tips-raad/barn-unge/rettigheter-for-barn-og-unge-som-er-paerrende>

Ruud, Torleif; Karlsson, Bengt; Klevan, Trude; Hasselberg, Nina (2015). Ambulante akutteam i psykisk helsevern: Praksis og erfaringer. SFPR rapport, 17. <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2436493>

Ruud, Torleif & Landheim, Anne (2014). Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? Rapport ROP. https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Sluttrapport%20evaluering%20ACT-Team_endelig.pdf

Rådet for psykisk helse (2008) Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena En utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse. https://www.nsf.no/Content/121374/Framtidas%20spesialisthelsetjeneste_R

Sjetne IS, Holmboe O. (2014). Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Resultater i 2014 og utvikling over tid. PasOpp-rapport Nr. 4–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/eldre-pasopp-rapporter/pasopp_rapporter/fastlegers-vurdering-av-distriktpsikiatriske-sentre_2014.pdf

Svendsen, Hanne (2011). Nettverksmøte som metode. <https://www.napha.no/content/14332/Nettverksmote-som-metode>

Wessel Andersson, Helle. «Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena?» 25.03.19
<https://www.napha.no/content/14357/Spesialisthelsetjeneste-pa-bruikerens-arena>

Liv Jerven

Liv Jerven er født i 1949. Hun er enhetsleder for ambulant akutt enhet, DPS Elverum-Hamar. Ambulant akutt enhet startet hun opp i 2010 sammen med 5 entusiastiske kolleger. Enheten er nå utvidet både med flere medarbeidere og større opptaksområde.

Liv Jerven har lang yrkeserfaring, både som kliniker og som leder innen barne- og ungdomspsykiatri, rusomsorg for voksne, kollektivbehandling for unge rusmisbrukere og voksenpsykiatri - både poliklinikk og døgnposter. Hun er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helse, pedagogikk, administrasjon og ledelse, samt godkjent klinisk veileder i sykepleie.