

**akuttnettverket.no**

# **Ambulante akutteam 2012/2013**

## **Praksis og erfaringer**

**Foreløpige resultater**

**Nettverkssamling 30.04.13**

**Torleif Ruud**

Avdelingssjef, FOU-avdeling psykisk helsevern, Ahus  
Professor II, Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, UiO

**Bengt Karlsson**

Professor i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Buskerud

**Trude Klevan**

Prosjektmedarbeider / teammedlem i Follo akutteam

**Nina Hasselberg**

Psykologspesialist, doktorgradskandidat

## **Ambulante akutteam 2012: Praksis og erfaringer**

- Samarbeid med stort prosjekt i England om modell for ambulante akutteam.
- Samarbeid mellom Akuttnettverket, Ahus og Høgskolen i Buskerud
- Prosjektleder Torleif Ruud. Delprosjekt 2 ledes av Bengt Karlsson

### **1.Kvantitativt delprosjekt**

- Spørreskjema til teamledere i alle ambulante akutteam.
- Bygger på spørreskjema fra stort prosjekt i England.
- Gjennomføres i november-mars.
- Data innsamling og bearbeiding ved Torleif Ruud og Nina Hasselberg (Ahus)

### **2.Kvalitativt delprosjekt**

- Kvalitative undersøkelser med 8 team by/land i fire helseregioner
- Kvalitative intervjuer med 16 brukere og 16 pårørende
- Fokusgruppeintervjuer med team og samarbeidspartnere.
- Intervjuer oktober-mars.
- Datainnsamling og bearbeiding ved Bengt Karlsson (HiBu) og Trude Klevan (Ahus)

## Samarbeid med engelsk prosjekt

- Stort prosjekt i England i 2011 for utforming av en mer spesifisert modell for ambulante akutteam (crisis resolution teams) og utvikling og utprøving av fidelity-kriterier (kriterier på troskap mot modellen) for disse.
- Leder: Prof. Sonia Johnson, University College London. Flere ledende forskningsmiljø i England er med
- Det er avklart mulighet for å inngå en avtale om samarbeid mellom prosjektet i England og et parallelt prosjekt i Norge

## Hva som gjøres i England – og i Norge

1. Oppsummering av forskningslitteratur om viktige faktorer i ambulante akutteam (crisis resolution teams)
2. Spørreskjema eller intervju med alle teamledere i ambulante akutteam (192 av 218)
3. Kvalitativ undersøkelse av brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter, samt teammedlemmer og eksperter
4. Utforme mer spesifisert modell for ambulante akutteam på basis av all denne informasjon
5. Utvikle fidelity-kriterier for modellen, og en opplæring og "verktøykasse" for teamene
6. Prøve ut hvordan fidelity-kriterier og verktøykasse disse virker

**Norge: Parallelt del 2 og 3, samt 5. Delta i England i del 4 og 5.**

## Hva som er gjort/gjøres vonter/vår 2013

- Spørreskjema (eventuelt supplert med telefonintervju) med teamledere i ambulante akutteam (nærmere 60?)
- Kvalitativ undersøkelse av erfaringer og synspunkter
  - Brukere
  - Pårørende
  - Teammedlemmer
  - Samarbeidspartnere
- Delta i prosess med å definere fidelity-kriterier for AAT
  - Liste over forslag til fidelity-kriterier
  - Concept-mapping: gruppering av kriterier (UK og Norge)
  - Konsultasjon fra UK med Gary Bond i USA

## Plan for videre arbeid i 2013

- Fullføre datainnsamlingen (mai).
- Bearbeiding og analyser (mai-august)
- Utarbeid rapport om hovedfunn (august-september)
- Diskusjon av resultatene på Akuttnettverkets samling 21-22 okt.
  
- Pilottesting av fidelity-kriterier (juni) (UK og Norge)
- Psykometrisk testing av fidelity-kriterier (høsten)

## Forslag om evaluering av akutteam i Norge 2014-2015

- Invitere akutteam i Norge til å delta i undersøkelse som inkluderer metodene som brukes i UK, samt eventuelt noe i tillegg (fra MAP).
- Registrere teamsammensetning, åpningstider, portvaktfunksjon.
- Kort verktøy for registrering av pasienter i en periode ("mini-MAP")
  - status ved inntak og utskrivning
  - innholdet i behandlingen
  - utformes slik at teamene kan bruke det som verktøy i sitt arbeid
- Mål på samspill med andre tjenester (kommunale, DPS, akuttavd.)?
- Undersøkelsen vil kunne besvare en del av det vi ikke vet.
- Utfordring: Finansiering av en slik undersøkelse?

## Noen foreløpige resultater fra spørreskjema til teamledere

## Status for datainnsamling fra teamledere

- Har hatt 61 team på e-postliste (derav 2 i BUP)
- Tre steder har svart at de ikke har ambulans akutteam
- Har fått utfyllt fra 40 pr 19 april, 39 er hittil med i databasen
  
- Uavklart for 18 team
  - Noen kan ha fylt ut etter 19 april (siste uthenting fra databasen)
  - Noen har ikke hatt tid ennå til å fylle ut
  - Noen få har vi ikke har fått snakket med ennå
  
- Vi håper å få fra alle eller nesten alle teamlederne
- Fullfører datainnsamlingen og kvalitetssikring av den i mai
- Spørreskjemaet kan også fylles ut som Word-fil eller pr telefon

## Bemanning (må kvalitetssikres mer)

- 6,6 årsverk i gjennomsnitt (ut fra 26 team)
- Antall team som har oppgitt at de har følgende (heltid/deltid):
  - Psykiater 24, andre leger 6
  - Psykologspesialist 13, annen psykolog 16
  - Psykiatrisk sykepleiere: alle team
  - Psykisk helsearbeider 16
  - Sykepleier 12
  - Sosionom 19
  - Pedagog 3, fysioterapeut 1, ergoterapeut 3
  - Stab 17, andre 6

## Åpningstid i ambulante akutteam (% av team)

	Norge			UK
	Kveld	Natt	Helg	24 / 7
Telefonkontakt	43 %	? %	43 %	72 %
Vurdering i akutenhet	21 %	? %	14 %	75 %
Hjemmebesøk	44 %	? %	37 %	34 %

Norge: 39 av 61 team (pr 19 april). UK: 192 av 218 team.

## Responstid: Antall team med retningslinjer for dette:

Hvor raskt teamet skal kunne rykke ut	87 %
Hvor hyppig teamet skal kunne følge opp en pasient den første uka	39 %
Maksimal antall uker teamet skal følge opp en pasient	39 %

Responstid (intensjon, litt varierende grad av forpliktelse):

10 team innen 24 timer, 17 innen 24 timer, 5 mer åpent

Hyppighet: Mye formuleringer om å tilpasse behov, men mest vanlig med intensjon om å kunne følge opp daglig om behov.

Varighet av oppfølging: Mest vanlig med ramme på 4-6 uker, men noen angir også ramme litt under eller litt over dette.

## Hvem teamet tar i mot henvisninger fra (% av team)

	Norge		UK	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Pasienter som er kjent fra før	72 %	28 %	55 %	45 %
Pasienter som ikke er kjent fra før	64 %	36 %	21 %	79 %
Fastleger	100 %	0 %	77 %	23 %
Andre deler av førstelinjetjenesten	97 %	3 %		

Norge: 39 av 61 team (pr april) UK: 192 av 218 team

## Om henvisning mottas for disse pasientgruppene

	Ikke aktuelt	Delvis aktuelt	Veldig aktuelt
Demens	49 %	43 %	3 %
Lærevansker (PUH)	21 %	74 %	0 %
Personlighetsforstyrrelser	5 %	51 %	39 %

## Portvaktfunksjon

- Ingen hadde konkrete registreringer eller målinger av omfang av portvaktfunksjon for akuttpsykiatriske døgnplasser.
- Teamlederne anslo at teamet hadde portvaktfunksjon for 1-90 % av akuttinnleggelsene, med jevn spredning over hele spekteret, og noen få som anslo 50 %.
- Teamene deltok i liten grad i akuttavdelinger for å identifisere pasienter de kunne gi et alternativt tilbud til eller tilby tidligere utskrivning ved tett oppfølging.
- Men noen team hadde møter med personale fra døgnavdelinger om pasienter som kunne være aktuelle å følge opp.

## Behandling/hjelp som gis

	Ingen	En mindre del	Mange	Alle
Foreskrive medikamenter	9	17	13	0
Administrere/dele ut medikamenter	24	13	1	0
Levere medikament til brukerens hjem og veilede dem i å ta medikamentene	28	9	1	0
Gå i butikker med brukeren	26	12	1	0
Lage mat eller tilberede et måltid med brukeren	29	10	0	0
Gjøre reint i huset med brukeren	35	4	0	0
Hjelpe brukeren med rettigheter og hjelp, eller problemer med disse	4	20	15	0
Hjelpe med andre økonomiske problemer eller å håndtere gjeld	12	20	7	0
Følge brukeren til retten eller politiet	20	17	1	0
Følge brukeren til fastlegen	13	12	13	0
Tilby fysisk helsesjekk, f eks gjøre en somatisk undersøkelse	21	13	5	0
Være hos brukeren i lengre tid for å sikre deres eller andres sikkerhet eller lette sosial isolasjon	17	16	5	1
Har kontakten med brukeren hjemme hos bruker eller på annet sted, ikke i teamets eget kontor	2	3	32	2
Har kontakten med brukerens familie og/eller venner	1	11	25	2



	Ikke aktuelt	Ikke nyttig	Delvis nyttig	Veldig nyttig
Et system der brukere får tildelt en spesifikk "navngitt" teammedlem	6	0	21	9
Initiativ for å begrense antall ulike teammedlemmer som en bruker møter i løpet av en periode med AAT	3	0	27	8
Minimum varighet av et besøk hos en bruker ved et teammedlem (hvis ja, vennligst skriv minimum varighet i feltet etter denne listen)	20	7	9	1
Minimum hyppighet av besøk hos en bruker ved teamet (hvis ja, vennligst skriv minimum hyppighet i feltet etter denne listen)	20	9	8	1
Undersøkelse av brukeres erfaringer ved spørreskjema eller fokusgrupper	23	0	7	8
Undersøkelse av pårørendes erfaringer ved spørreskjema eller fokusgrupper	25	1	7	5

	Ikke aktuelt	Ikke nyttig	Delvis nyttig	Veldig nyttig
Brukere involveres i ledelse av tjenestene eller rådgivende grupper	22	0	11	4
Pårørende involveres i ledelse av tjenestene eller rådgivende grupper	23	1	11	3
Ansettelse av brukere som medlemmer i teamet	31	2	4	0
Ansettelse av pårørende som medlemmer i teamet	31	2	5	0
Strategi for rekruttering av team-medlemmer søker å sikre gode erfaringer for brukere og pårørende	13	1	16	7
Initiativer i opplæring av team-medlemmer søker å forbedre brukeres og pårørendes erfaringer	12	1	16	8
Brukere oppbevarer plan for tjeneste de skal motta i eventuell krise	8	3	16	11
Andre initiativer utformet for å forbedre brukeres eller pårørendes erfaringer med teamet	21	2	10	3

# Noen foreløpige resultater fra kvalitative intervjuer

## Forskningsspørsmål

1. Hvordan ser brukere, pårørende, fagfolk og eksperter på ambulante akutteam i Norge?
2. Hvilke endringer i utforming og praksis ser disse gruppene behov for? Hvordan samsvarer dette med de endringer i utforming og praksis som tilsvarende grupper i Storbritannia ser?
3. Hvordan bør ambulante akutteams utforming og praksis være ut fra en samlet vurdering basert på tidligere litteraturgjennomgang og synspunkter fra teamledere, brukere, pårørende, fagfolk og eksperter?

## Rekruttering og utvalg

- 61 ambulante akutteam (AAT) i Norge (september 2012)
- Strategisk utvalg der 8 team ble plukket ut (geografi, spredning i RHF-tilknytning, by/land, "nye" / "gamle" team)
- 2 team fra hvert RHF
- Hvert av de 8 teamene ble bedt om å rekruttere:
  - 1) 2 brukere (totalt 16 brukere)
  - 2) 2 pårørende (totalt 16 pårørende)
  - 3) Deltagere til 2 ulike fokusgruppeintervjuer:
    - a) AAT ansatte som jobber klinisk
    - b) Samarbeidspartnere fra andre deler av spesialist- og kommunehelsetjenesten

I alt 48 kvalitative intervjuer

## Status april 2013

- 37 intervjuer er gjennomført
- 11 brukere, 12 pårørende, 7 fokusgrupper med AAT ansatte , 7 fokusgrupper med samarbeidspartnere fra spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Datainnsamling avsluttes i mai 2013
- En preliminær analyse har blitt utført av intervjuene etter hvert som de har blitt ferdig transkribert

## Bakgrunnsinformasjon – foreløpig

### oppsummering:

- Flertall av kvinner blant ansatte i AAT og samarbeidspartnere (ca 3:1 og 4:1 )
- Svært liten variasjon i etnisk bakgrunn blant alle fire grupper informanter (nesten 100% hvite, etniske nordmenn)
- Ansatte i AAT er velutdannet og har lang erfaring (minimum bachelor m/ videreutdanning, snitt på 11,5 års erfaring innen psykisk helsevern)
- Hovedårsak til kontakt med AAT: Depresjon og suicidalitet

## Intervjuene viser så langt først og fremst...

### Stor grad av variasjon!

- Åpningstider
- Bemanning (sammensetning, tilgang på lege / psykiater)
- Grad av ambulering
- Hvem jobber teamet med? (definisjon av målgruppe / "mandat")
- Henvisningsrutiner
- Grad av nettverksjobbing, både privat og offentlig

## Erfaringer med nåværende praksis

### Brukere:

- Rask respons
- Primært tilbud om samtaler – hjelp til å sortere og nyansere
- Lite fokus på hjelp til å løse praktiske og sosiale problemer
- Ansatte i AAT viser respekt, omsorg og likeverd - ”normaliseringsperspektiv”
- Ble sett og hørt, tatt på alvor
- Å skulle ta ansvar selv (“hva trenger du?”) er både-og i krise
- Varierende fokus på hjemmebehandling
- Hyppighet - de fleste brukere hadde ca ukentlig kontakt med AAT
- Varierende erfaringer med avslutning og overføringer fra AAT

### Pårørende:

- Rask respons
- Ansatte i AAT fremsto respektfulle og kompetente
- Pårørende involvert i begrenset grad
- Varierende fokus på familiearbeid og barnas situasjon
- Pårørende kjenner på et stort ansvar i kriser - ”uten pårørende er det ingen der”
- Ansvar overlatt til pårørende utenom AAT sine åpningstider og etter at kontakten ble avsluttet

## Erfaringer med nåværende praksis

### Ansatte i AAT:

- Fleksibilitet (hvem, hva, hvor, når)
- Målgruppe – alvorlig, akutt psykisk lidelse og livskriser
- Fokus på brukerens behov og ønsker – ”hva trenger du?”
- Tilgjengelighet - ”lav terskel” for å kunne ta kontakt (både selvhenvvisning og henvisninger fra andre i helsevesenet)
- Nyttig med tverrfaglighet , med tilgang på psykiater
- Tilbyr i hovedsak samtaleterapi
- Fokus på samarbeide med privat og offentlig nettverk

### Samarbeidspartnere:

- Rask respons
- Hovedsakelig god kompetanse og god service blant ansatte i AAT
- Trygghet å ha tilgang til AAT for hjelp og støtte i utfordrende saker

## Elementer i videre utvikling av "best practice"

### Brukere

- 24/7 åpningstid
- Økt grad av samarbeide med familie og nettverk
- Mer hjelp med praktiske og sosiale vansker
- Ønsker også mulighet for innleggelse – lavterskel senger

### Pårørende

- 24/7
- Bedre overføringer mellom AAT og andre deler av systemet
- Mer "makt og myndighet" hos AAT
- Rask tilgang på lavterskel-senger
- Involvere pårørende mer
- Pårørende ønsker også støtte for sin egen del

## Elementer i videre utvikling av "best practice"

### Ansatte i AAT

- Tilgjengelige og med utvidede åpningstider (men ikke nødvendigvis 24 / 7)
- Fleksibilitet ( hvem, hvor, når, hvordan ) på brukerens premisser
- Fokus på normalisering, ressurser og mestring
- Representere et alternativ til innleggelse, men varierende tanker rundt gatekeeping

### Samarbeidspartnere

- 24/ 7
- Rask respons, men viktig at AAT trekker seg raskt ut for å ha kapasitet ved nye henvendelser
- Samarbeide og flyt av informasjon
- Tilgjengelige for råd og veiledning, ingen "siling"
- Varierende tanker rundt gatekeeping