

# **Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne i Norge**

**Forslag oversendt Helsedirektoratet 01.03.12**

**Akuttnettverket**

Avdeling for forskning og utvikling

Divisjon psykisk helsevern

Akershus universitetssykehus

## Innhold

Sammendrag av anbefalingene .....	3
1 Oppdraget om utarbeiding av anbefalinger .....	4
1.1 Oppdraget.....	4
1.2 Presiseringer fra Helsedirektoratet juni 2011.....	4
1.3 Presiseringer fra Helsedirektoratet januar 2012 .....	5
2 Utarbeiding av utkastet.....	5
2.1 Arbeidsgruppe .....	5
2.2 Arbeidet med forslaget.....	6
2.3 Behov for egne anbefalinger for akutteam for barn og unge .....	7
3 Offentlige dokumenter med føringer for akutteam.....	7
4 Kunnskapsstatus fra forskning og erfaringer .....	10
4.1 Oversikt over kunnskapsgrunnlaget .....	10
4.2 Utbredelse og implementering av ambulante akutteam .....	11
4.3 Organisering og arbeidsmåte i ambulante akutteam .....	13
4.4 Brukeres og pårørendes erfaringer med akutteam.....	13
4.5 Innvirkning på innleggelser og bruk av tvang .....	14
4.7 Kunnskapsstatus om akutte lavterskeltilbud.....	16
4.8 Oppsummering om kunnskapsstatus .....	17
5 Anbefalinger om organisering og arbeidsmåte.....	17
5.1 Definisjon av ambulant akutteam.....	18
5.2 Akutteamets rolle innen helsetjenestene .....	18
5.3 Målgruppe og prioritering .....	20
5.4 God bemanning og høy kompetanse.....	21
5.5 Åpningstid 24/7, eventuelt i samarbeid med andre.....	22
5.6 Portvakt for innleggelser i akuttavdeling .....	23
5.7 Rask responstid .....	23
5.8 Utredning og behandling hjemme.....	24
5.9 Brukermedvirkning på individnivå .....	25
6 Implementering og evaluering .....	25
6.1 Nasjonal plan for implementering .....	26
6.2 Lokal implementering av ny praksis.....	26
6.3 Forskningsbasert evaluering.....	27
6.4 Forslag om samarbeid med engelsk prosjekt .....	28
Referanser.....	29

## Sammendrag av anbefalingene

### Definisjon av ambulant akutteam

Ambulant akutteam er et spesialisert tverrfaglig team som har som oppgave å

- vurdere alle pasienter som i teamets åpningstid henvises til psykisk helsevern for akuttinnleggelse, og eventuelt for akutt hjelp uten behov for innleggelse
- gi korttids intensiv hjemmebehandling som alternativ til innleggelse og i samarbeid med andre helsetjenester, pasient og pårørende
- muliggjøre tidlig utskrivning fra psykiatrisk akuttavdeling ved å tilby intensiv hjemmebehandling som alternativ til fortsatt døgnopphold

### Oppsummering av anbefalinger om akutteamenes organisering og praksis

1. Ambulant akutteam organiseres som en del av DPS og i samråd med kommunale tjenester, akuttavdeling, andre enheter i psykisk helsevern og brukerorganisasjoner. Arbeidsdeling og samhandling må være spesifisert og praktiseres av alle berørte parter.
2. **Alternativ A:** Ta imot henvisninger pr telefon fra faglige instanser som fastlege, legevakt, kommunal psykisk helsetjeneste, politi, AMK og andre enheter i spesialisthelsetjenesten. **Alternativ B:** Ta imot henvisninger pr telefon fra faglige instanser som fastlege, legevakt, kommunal psykisk helsetjeneste, politi, AMK og andre enheter i spesialisthelsetjenesten. Teamet kan også ta imot henvendelser fra pasienter, pårørende og omsorgspersoner. (6 medlemmer i arbeidsgruppa får inn for alternativ A og 6 går inn for alternativ B.)
3. Teamet må ha psykiater, psykolog, psykiatriske sykepleiere og annen tverrfaglig kompetanse. I tillegg til generell kompetanse i utredning og behandling må teamet ha kompetanse i kriseintervensjon, akuttbehandling, hjemmebehandling og arbeid med familie og nettverk.
4. Ha så langt det er mulig åpningstid 24/7, døgnet rundt, året rundt. Teamet bør være operativt på kveld og i helger, men kan samarbeide med andre om å dekke natt.
5. Ha portvaktfunksjon i teamets åpningstid ved at alle henvendelser om innleggelse i akuttavdeling blir vurdert av teamet, også tvangsinnleggelse der det er praktisk mulig.
6. Handle raskt ved å møte pasienten umiddelbart og seinest innen få timer.
7. Ambulante akutteam skal tilby kortvarig intensiv ambulant behandling ved alvorlig psykisk krise der pasienten ellers vil trenge akutt innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling.
8. Akutteamet kan også tillegges å gi tilbud om øyeblikkelig hjelp ved alvorlig psykisk krise der det ikke er noen umiddelbart behov for akutt innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling.
9. Samhandle med kommunale tjenester, pårørende, andre omsorgspersoner og øvrige spesialisthelsetjeneste, og forsterke disse med nødvendig ekstrakompetanse.
10. Behandlingen skal så langt det er mulig gis i henhold til pasientens ønsker og valg. Pårørende og særlig barn og ungdom bør også få den hjelp og bistand de trenger.

### Implementering og evaluering

- Det utarbeides en nasjonal plan for implementering av akutteam og et program for opplæring og veiledning av team. En gruppe lærere/veiledere utdannes.
- Det gjennomføres en forskningsbasert evaluering av ambulante akutteam i 2012-2015, med bruk av felles måleverktøy og systematisk tilbakemelding til teamene.

# 1 Oppdraget om utarbeiding av anbefalinger

I 2006 ble det utarbeidet en rapport: "Du er kommet til rett sted" om ambulante akuttjenester ved distriktpspsykiatriske senter. Det er etter det etablert mer enn 50 ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne i Norge. Foreløpige evalueringer av eksisterende akutteam viser stor variasjon i størrelse, organisasjon og arbeidsmåte. Helsedirektoratet har derfor høsten 2010 gitt Akuttnettverket i oppdrag å utarbeide et forslag til nye nasjonale anbefalinger for ambulante akutteam. Oppdraget er beskrevet i følgende utdrag fra avtalen:

## 1.1 Oppdraget

*Forskning, erfaringskonferanser og annen tilgjengelig kunnskap viser at det er store variasjoner når det gjelder praksis i de akutteamene som til nå er etablert i Norge, og teamene er tildels usikre på hvordan de bør arbeide. Ambulante akutteam er et relativt nytt tilbud i Norge, og vi har foreløpig ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag for å utarbeide ordinære faglige retningslinjer på dette området. Det er derfor behov for anbefalinger som også kan evalueres for derigjennom å bedre kunnskapsgrunnlaget.*

*Anbefalingene må legge helsepolitisk føringer til grunn, jfr. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015), anbefalinger gitt i veileder for distriktpspsykiatriske sentre IS-1388, samt anbefalinger vedrørende akuttjenestene som er utarbeidet i Nasjonal strategigruppe for psykisk helsevern og rus og som samtlige RHF har sluttet seg til.*

### **Innhold i anbefalingene**

*Dokumentet bør inneholde følgende tema:*

- *Status for kunnskapsgrunnlaget, nasjonalt og internasjonalt.*
- *Verdigrunnlag og helsepolitiske føringer*
- *Hensikt med ambulante akutteam - hva en ønsker å oppnå*
- *Brukerperspektivet og samhandling med nettverk/pårørende*
- *Anbefalinger om funksjonsfordeling og samhandling i akuttkjeden*
- *Prinsipper for organisering av ambulante akutteam/akuttilbud ved DPS*
- *Samarbeid med andre deler av psykisk helsevern og andre helsetjenester*
- *Anbefalte rammer, åpningstid, bemanning og lignende*
- *Målgruppe – beskrivelse av kriser*
- *Ambulant praksis og intervensjon – hva gjør vi*
- *Kompetanse og metodeutvikling*
- *Implementering og evaluering*
- *Forslag til styrings/ kvalitetsindikatorer for oppfølging*

## 1.2 Presiseringer fra Helsedirektoratet juni 2011

### **Myndighetenes føringer og forventninger**

*Samhandlingsreformen legger klare føringer for utvikling av tjenestene fremover. Gjennom reformen forventes at kommunene skal videreutvikle sine tjenester og ivareta flere oppgaver enn i dag, også når det gjelder akuttiltak. Dette er videre utdypet i ny Helse og omsorgsplan. Det skal etableres tjenester som skal ivareta brukere før, etter og istedenfor behandling i spesialisthelsetjenesten. Og spesialisthelsetjenesten må bli mer "spesialisthelsetjenesteneste". Det betyr at den tilgjengeligheten som enkelte AAT team ivaretar i dag er det forventet at kommunene skal ivareta fremover. Spesialisthelsetjenesten derimot, må bestrebe seg på å bistå kommunene, for eksempel med vurderinger, og understøtte dem i deres arbeide. Denne måten å samhandle på er oppfattet å gi pasientene den beste hjelpen. En nasjonal veileder for AAT, må forholde seg til dette.*

### **Hvordan tydeliggjøre mål og føringer i veilederen**

*Veilederen bør skissere en hensiktsmessig oppgavefordeling, både i forhold til kommunene og i forhold til akuttavdelingene. En konstruktiv måte å gjøre dette på er å tydeligere beskrive målgruppe, dvs hvilke målgrupper skal AAT ivareta, og hvilke funksjon skal teamene ivareta. Dette synes å være et sentralt punkt dersom de ambulante akutteamene skal kunne ha ønsket effekt, der det er et mål å kunne behandle flere akuttpasienter i hjemmet, at kun de pasientene som er vurdert av teamet å trenge det, innlegges i akuttavdeling. Om praktisk mulig bør fagpersoner fra teamet møte pasienten for å kunne gjøre en selvstendig vurdering av pasienten og hennes situasjon. Dette er også viktig med tanke på å redusere bruk av tvang. For å oppnå nødvendige endringer i praksis synes innarbeiding av fidelity regler og kontrollskjema å være sentralt i veilederen.*

### **1.3 Presiseringer fra Helsedirektoratet januar 2012**

Victor Grønstad og Torleif Ruud hadde møte med Helsedirektoratet 03.01.12 om nesten ferdig utkast oversendt 02.01.12 etter at det tidlig i desember var avtalt forlenget frist for oversending av forslag til anbefalinger for ambulante akutteam. I referat fra møtet er det fra Helsedirektoratet gitt følgende kommentarer til utkastet og presiseringer av oppdraget:

*I oppdraget fra direktoratet er det forutsatt at helsepolitiske føringer skal legges til grunn for anbefalingene, inkludert gitt ansvarsdeling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.*

*I prosessen har det imidlertid vært ulike holdninger til teamenes rolle og til krav om henvisning fra kommunehelsetjenesten. Noen ønsker at teamene først og fremst skal være et lavterskeltilbud for kommunene, andre at det skal være lavterskel for befolkningen. Mange akutteam har utviklet en praksis der de mottar henvendelser direkte fra publikum, og har gode erfaringer med det selv om det fører til at målgruppen endres. I utkastet slik det nå foreligger, har en forsøkt å integrere mulighetene for "selv-henvisning". Anbefalingene blir på den måten noe utydelige på dette punktet. Dersom Helsedirektoratet skal utgi nye anbefalinger må de være helt entydige og i tråd med gjeldende helsepolitikk.*

#### **Konklusjon fra møtet:**

*Utgivelse av nye anbefalinger fra Helsedirektoratet for ambulante akutteam ved DPS, vil avhenge av om det er grunnlag for gi klare og entydige anbefalinger som omfatter organisering og arbeidsmåter for teamene, inkludert målgruppe, for hvem og hvorfor.*

*Tilbudet bør settes inn i en klar sammenheng med de øvrige tjenestene og være i tråd med vedtatt helsepolitikk. Hensikten må være å gi et bedre tjenestetilbud til de som har størst hjelpebehov, dvs innebære et alternativ til innleggelse i sykehus, og gi økt mulighet for frivillig behandling.*

*Rådene til direktoratet fra fagmiljøet må være kunnskapsbaserte.*

*Akuttnettverket oppfordres til å gå en runde til i arbeidsgruppen for å komme fram til entydige og kunnskapsbaserte råd om anbefalinger, der tjenestetilbudet også sees i relasjon til de kommunale tjenestene.*

*Frist for slik tilbakemelding er gitt til 1.mars 2012.*

## **2 Utarbeiding av utkastet**

### **2.1 Arbeidsgruppe**

Arbeidet med anbefalingene startet i desember 2010 og dokumentet skal leveres innen 15.12.2011. På grunn av ferieavviklinger i slutfasen ble innsendingsdato endret til 31.12.11.

Victor Grønstad ble engasjert som leder for arbeidsgruppa ut fra arbeid med samme tema i arbeidsgruppe 2 for Nasjonal strategigruppe II, erfaringer fra akutt hjemmebehandlingsteam i

Ålesund, kjennskap til akutteam i England og engasjement i Akuttnettverket vedrørende ambulante akutteam.

Leder av Akuttnettverket Torleif Ruud, prosjektleder i Akuttnettverket Trine Bjørnstad og Victor Grønstad oppnevnte følgende bredt sammensatte arbeidsgruppe:

Navn	Arbeidssted / organisasjon
Ballo, Olav Gunnar	Fastlege, Alta
Bjørnstad, Trine	Prosjektleder i Akuttnettverket, med til og med mai
Bugge, Petter	Overlege, Nordfjord psykiatrisenter
Emaus, Heidi Susann	Ambulant akutteam, Tromsø
Grønstad, Victor (leder)	Overlege, Akutt hjemmebehandlingsteam, Ålesund
Hagen, Inger E.	Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP), startfase
Hansen, Heidi	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Hasselberg, Nina	Jessheim DPS, leder av psykoseteam
Hilstad, Torunn	Fastlege, Trondheim
Horten, Sissel	Bjørgvin DPS fra september
Jerven, Liv	Ambulant akutteam, Hamar
Kristiansen, Gunn Helen	Mental Helse, fra oktober
Langholm, Kari	Leder for akutteneheten, Søndre Oslo DPS
Lunder, Hans Christian	Leder for ambulant akutteam, BUP Arendal
Pedersen, Trygve Gjæver	Mental Helse, fram til august
Ruud, Torleif	Leder for Akuttnettverket, med i arbeidsgruppa fra juni
Stangeland, Tormod	Mobilt behandlingsteam for ungdom, Ahus
Steen, Ole	Assisterende avdelingsoverlege, akuttavdeling OUS
Steenfeldt-Foss, Cille	Leder for ambulant akutteam, Arendal
Strand, Gaute	NAPHA
Utkilen, Atle	Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP), slutfase

## 2.2 Arbeidet med forslaget

Arbeidsgruppa har hatt 6 møter der utkast til anbefalinger har blitt drøftet. Medlemmene har gitt innspill ut fra sin kompetanse, og relevante forhold har blitt tatt inn i anbefalingene.

Victor Grønstad har som leder av arbeidsgruppa vært frikjøpt en dag i uka til arbeidet. Han har skrevet utkastet og revidert det forløpende ut fra litteraturgjennomgang og diskusjoner. Torleif Ruud har deltatt i arbeidsgruppa høsten 2011 og hatt hovedansvaret for skrivingen i slutfasen av arbeidet. Victor Grønstad har hatt hovedansvaret for skriving av kapittel 3, og Torleif Ruud har hatt hovedansvaret for skriving av kapitlene 4 og 6.

Det er gjort litteratursøk i PubMed, Google Scholar og BibSys. Søkord har vært crisis resolution team, home treatment team, acute team, emergency team, ambulant akutteam og ulike kombinasjoner av disse og ordene psychiatric/psykiatrisk eller mental/psykisk. Det var crisis resolution team som gav overveldende flest treff internasjonalt. Det var generelt svært få treff i alle søkekilder på norske søkeord. Relevante artikler og dokumenter er innhentet. Omtale av litteratur er gitt i begynnelsen av kapittel 4 om kunnskapsstatus.

I juni innkalte Helsedirektoratet til et oppfølgingsmøte i forhold til arbeidet med anbefalingene, her ble mandatet presisert, særlig med tanke på tema som hadde gått igjen i de tre arbeidsgruppemøtene fram til da om hvem som skal kunne kontakte akutteamet.

Utkast til anbefalinger har vært lagt fram for representanter for ambulante akutteam på Akuttnettverkets samlinger i mai og oktober 2011 for drøfting. I den siste nettverkssamlingen var 40 ambulante akutteam representert. Diskusjonene der har bidratt med synspunkter og erfaringer som arbeidsgruppen har tatt med i sitt arbeid.

Gunn Helen Kristiansen kom inn som ny representant for Mental helse i sluttfasen etter at representanten hadde måtte trekke seg på grunn av sykdom. Atle Utkilen kom inn som ny representant for LPP i sluttfasen etter at Inger E Hagen valgte å trekke seg fordi brukere og pårørende ikke skulle kunne kontakte de ambulante akutteam direkte.

Victor Grønstad og Torleif Ruud hadde møte med Helsedirektoratet 03.01.12 om nesten ferdig utkast oversendt 02.01.12 etter at det tidlig i desember var avtalt forlenget frist for oversending av forslaget. I referat fra møtet har Helsedirektoratet gitt kommentarer og presiseringer som er sitert i kapittel 1.3 ovenfor, og tidsrom for arbeidet ble forlenget med to måneder med levering 01.03.12.

### **2.3 Behov for egne anbefalinger for akutteam for barn og unge**

Ambulante akutteam er en integrert del også av psykisk helsevern for barn og unge. Men arbeidsgruppa mener at anbefalingene i dette dokumentet ikke skal gjelde disse. Det bør utvikles egne anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for barn og unge. Begrunnelsen for dette er blant annet følgende:

- Utviklingen med å etablere egne ambulante akutteam er ikke kommet like langt i psykisk helsevern for barn og unge. Ambulante akuttjenester for barn og unge er organisert på ulike måter, og de er i varierende grad integrert med døgnavdelinger. Det er derfor behov for avklaringer om organisering og modeller for akuttjenester for barn og unge.
- De unge henvises ofte av voksne, uten at de selv er motivert for å ta imot hjelp. Ambulant miljøterapi må særlig ha fokus på trygging og relasjonsbygging over tid.
- De ambulante arbeidsoppgavene overfor barn og unge har delvis en annen karakter fordi mindreårige har en omsorgsbase. Mye av arbeidet vil bygge på å styrke denne og være tilgjengelige for å veilede omsorgsgivere i hvordan de selv kan håndtere krisen.
- Det foreligger ingen etablert modell som det er nærliggende å tilpasse i Norge.

Blant akuttenehetene for barn og unge som deltar i Akuttnettverket, er det startet en prosess der en drøfter hva som bør være innholdet i anbefalinger for akuttjenestene i psykisk helsevern for barn og unge. I et slikt arbeid vil en delvis kunne bygge på anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne.

Det er behov for å avklare hvordan et slikt arbeid bør legges opp, hvordan det bør forankres i akuttenehetene for barn og unge, hvilke ressurser som er nødvendige for utarbeiding av slike anbefalinger, og om helsemyndighetene vil legge til rette for og støtte et slikt arbeid.

## **3 Offentlige dokumenter med føringer for akutteam**

”Du er kommet til rett sted”, (2006), som er en rapport fra Helsedirektoratet om Ambulante akuttjenester ved DPS, refereres det til at i St. prop. no 1 (2004-2005) forventes det etablert ambulant akutttilbud på samtlige DPS innen utgangen av 2008.

Målsettinger er økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten, redusert press på sykehusnivået, mindre krenkende innleggelse i akuttavdeling og redusert bruk av tvang. Akutteam må ha nødvendig kompetanse på spesialistnivå og bør vurdere pasientene før eventuell innleggelse i akuttavdeling. Det er viktig å se akutteam og akuttavdeling i

sammenheng. Akutteam bidrar til bedre kvalitet i akuttjenesten, færre innleggelser og øket brukertilfredshet. Akutteamet skal gi tilbud på pasientens og pårørendes premisser, fortrinnsvis i pasientens hjem.

**I DPS-veilederen (2006)**, "Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen", fremkommer det bl. a. forventning om tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling av disse, at man skal bygge opp under pasientens opplevelse av mestring og fokus på egne ressurser, LEON-prinsippet, frivillighet, kvalitet i tjenestene, samhandling, kontinuitet og brukermedvirkning. DPS skal være hovedveien inn i spesialisthelsetjenesten. Akutt og krisetjenester hører til kjerneoppgavene i DPS. Behandling av psykiske lidelser bør i størst mulig grad tilbys poliklinisk, ambulant og som dagtilbud. Akutt- og krisetjenester er et supplerende tilbud til akuttavdelinger som er pålagt øyeblikkelig hjelp plikt. Ambulante akuttjenester bør organiseres i egne team tilgjengelige også på kveld og i helger. Disse skal gjøre akuttpsykiatriske vurderinger, inneha real- og formalkompetanse, og skal være tverrfaglig sammensatt. Det står videre at akutteam bør vurdere pasienter som evt. skal innlegges, at de må være mobile, fleksible og tilgjengelige og at de også skal behandle pasienten. Teamet bør disponere krisesenger i DPS. DPS bør også etablere felles inntaksmøte for vurdering av elektive søknader, "en dør inn".

**"Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang", (2006)**. Her står det at for å skape gode tjenester til mennesker med psykiske lidelser, må det etableres en helhetlig behandlingkjede. Tilbakemeldinger fra brukere, politi og fra tjenesten selv tyder på at DPS-ene per i dag ikke har kommet langt nok i å fylle sin tiltenkte rolle innenfor det psykiske helsevernet, heller ikke når det gjelder akutt- og krisetjenester. Tilgjengeligheten er ikke god nok, særlig på kveld og natt og i helger finnes det de fleste steder derfor ikke alternativer til akuttavdelingene ved sykehusene. Mangelen på tilgjengelighet viser seg også ved at det psykiske helsevernet ofte ikke har organisert sine tjenester på en måte som reelt sett gjør det mulig å oppfylle lovens krav om at frivillighet skal ha vært forsøkt før tvungent psykisk helsevern etableres.

**Nasjonal Strategigruppe II (2010a)** gir følgende klare føringer som også departementet og RHF-ene har sluttet seg til:

- Brukermedvirkning er en forutsetning og et bærende prinsipp i utviklingen av tjenestene. Et viktig mål i en helhetlig behandling, er at brukernes og pårørendes erfaringskunnskap er likeverdig med den helsefaglige kunnskapen.
- DPS skal ha hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne, og veien inn og ut av psykisk helsevern skal gå via DPS.
- Alle pasienthenvisninger om ø-hjelp bør gå til DPS innen utgangen av 2013.
- Alle DPS skal ha akutt- og krisetjenester. Fra 2013 bør disse tjenestene ha utvidet åpningstid til 24/7, hele døgnet, hele året.
- DPS bør etablere egne ambulante akutteam eller samarbeide med andre DPS eller sykehus der lokale tilpasninger tilsier dette.
- De ambulante akutteamene skal tillegges en viktigere rolle enn i dag, i tråd med tilsvarende tilbud bl.a. i England med (gate keeper rolle).
- Det er en forutsetning at teamene bemannes med tilstrekkelig kompetanse/ spesialistkompetanse til å ivareta en slik funksjon.

Nasjonal Strategigruppe II sier at å gi akutt- og krisetilbud er en kjerneoppgave ved DPS, med vurdering i pasientens hjem, eventuelt annet oppholdssted (legevakt, fengsel m.m.) og behandling på spesialistnivå tilsvarende tilbud i akuttavdeling.

**I "Samhandlingsreformen" (2008-2009)** går det fram at det blir en plikt for kommuner og sykehus å samarbeide. Pasienter og brukere skal få et tilbud som henger bedre sammen og som det skal være lettere å forholde seg til. Tjenestene forventes å være sømløse, skal se hele den akuttmedisinske kjede i sammenheng til det beste for pasienten, og utnytte



ressursene på en best mulig måte. Spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert og bistå kommunehelsetjenesten slik at denne kan utføre flere oppgaver.

**I Statsbudsjettet 2011** forventes at DPS skal være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten, noe som bl.a. betyr at nødvendige akuttfunksjoner må være etablert. Siktemålet skal være å få behandlet pasientene på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og normalt liv, så langt mulig på kommune eller DPS nivå. WHO la i 2008 fram en rapport som viser at Norge har et tungt innslag av sengeplasser sammenliknet med resten av Europa. Sverige, Danmark, Finland og England har grovt regnet halvparten så mange døgnplasser som Norge. Helse- og omsorgsdepartementet anser følgende for å være de største utfordringene i årene som kommer:

- Kvalitet i tjenesten med vekt på bruker- og pårørendeperspektivet, trygghet for brukerne, tilgjengelighet og kompetanseheving.
- Fullføre omstillingen av psykisk helsevern med styrking av og overføring av allmennfunksjoner til DPS, spissing av sykehusfunksjoner, redusert bruk av tvang og økt vekt på utadrettet arbeid, samarbeid og støtte til kommunale tjenester.

Det er et mål at DPS skal utvikles til å ha nødvendige akuttfunksjoner slik at alle henvendelser kan rettes dit uavhengig av tid på døgnet.

**I Statsbudsjettet 2012** foreslås å opprette eget tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til oppbygging av et øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunal regi. Videre beskrives en plikt for kommunene til å etablere et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

**”Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011”** vektlegger følgende mål:

Trygghet, kompetanse, responstid, samarbeid utenfor sykehus, samarbeid mellom nødetatene og likeverdig tilgang til tjenestene. Pasienten skal kunne få god behandling i sitt eget hjem. En god desentralisert spesialisthelsetjeneste skal også støtte opp under kommunens muligheter til å tilby gode lokale helsetilbud. For pasienten er det ikke viktig om det er kommunen eller sykehuset som tilbyr behandlingen, det viktigste er trygghet for at man får rett helsehjelp på rett sted til rett tid.

**NOU 3, 2010 ”Drap i Norge i perioden 2004 – 2009”** støtter satsing på aktivt oppsøkende team innen psykisk helsevern. Ambulant virksomhet regnes som spesielt egnet ved tidlig intervensjon og for å fange opp dem som i kortere eller lengre perioder faller utenfor de ordinære polikliniske og døgnbaserte tilbudene. Utvalget anbefaler tiltak for å sikre tidlig oppdagelse og behandling av psykoser. Dette vil både kunne være kostnadseffektivt for samfunnet, gi personene et bedre liv, og kanskje medvirke til færre voldshandlinger i fremtiden for denne pasientgruppen. Utvalget anbefaler at det innskjerpes at helsepersonell har hovedansvaret for å ivareta og vurdere psykisk ustabile personer, eventuelt også for å hente dem. Ambulante akutteam, eventuelt psykiatrisk ambulansetjenester, vil være spesielt egnede aktører her. Politiet skal ikke brukes som ren transporttjeneste, men bør kunne bistå hvis situasjonen tilsier det, for eksempel ved fare for voldsutøvelse.

#### **Oppdragsdokument 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet**

Det vektlegges behovet for at pasienter, brukere og pårørende har innflytelse over utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetens tjenestetilbud.

Spesifikt under psykisk helsevern står det videre at omstillingen innen psykisk helsevern videreføres, slik at DPS blir prioritert og satt i stand til å ivareta allmennpsykiatriske funksjoner, herunder akuttfunksjoner gjennom døgnet. Videre at pasienter og brukere får et helhetlig tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv, dvs at tilbudet som hovedregel skal gis på kommune- og DPS-nivå. Sykehusene skal utføre

oppgaver som bare kan ivaretas på sykehusnivå, dvs sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner. Psykisk helsevern skal i størst mulig grad baseres på frivillighet. Kompetansen i ambulansetjenesten dekker både psykiske og somatiske lidelser.

**Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011** beskriver kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp.

## 4 Kunnskapsstatus fra forskning og erfaringer

### 4.1 Oversikt over kunnskapsgrunnlaget

Helsedirektoratet har i sitt oppdrag antatt at kunnskapsgrunnlaget om ambulante akutteam foreløpig er for lite til å utarbeide nasjonale retningslinjer, og har derfor bedt om at det i denne omgang utarbeides anbefalinger for ambulante akutteam.

I dette kapitlet går vi gjennom hovedtema i forskning om ambulante akutteam internasjonalt og i Norge siden år 2000. Vi omtaler noe fra offentlige dokumenter England, undersøkelser om utbredelse og implementering, og hva som er dokumentert om aktuelle forhold i studier og forskningsoppsummeringer. Vi bruker betegnelsen ambulante akutteam også om team i andre land, selv om engelskspråklige faglitteraturen bruker ulike begrep.

Ut fra det som hittil er gjort av forskning vet vi en del om utbredelse og implementering av ambulante akutteam i England og Norge. Men vi har mer begrenset empirisk kunnskap om resultater og konsekvenser av ulike valg når det gjelder praksis. Uansett hvilke valg som tas når det gjelder anbefalinger og praksis i Norge, vil det derfor vært viktig å få mest mulig pålitelig kunnskap fra forskningsbasert evaluering av ambulante akutteam de neste årene.

#### Oversikt over litteraturen som gjennomgås i dette kapitlet

Den britiske modellen for ambulante akutteam som delvis har inspirert etablering av ambulante akutteam i Norge, er beskrevet i et helsepolitisk dokument fra Department of Health (2001). Planen for etablering av ambulante akutteam over hele England ble lagt fram i 1999 i National Service Framework for Mental Health (Department of Health 1999).

Internasjonalt er det bare gjort en randomisert kontrollert studie om ambulante akutteam. Det er gjort en del studier der en har sammenlignet akutttilbudet eller situasjonen før og etter etablering av ambulante akutteam, eller i to ulike geografiske områder henholdsvis med og uten ambulante akutteam. Det er også gjort analyser av nasjonale registerdata for å se om etablering av akutteam er assosiert med en reduksjon i antall innleggelses i psykiatriske akuttavdelinger. Det er også gjort noen kartlegginger av utbredelse og implementering av ambulante akutteam. Men sammenlignet med forskning på f.eks. ACT-team, er internasjonal forskning på ambulante akutteam liten i omfang.

Her i landet har en forskergruppe ved Høgskolen i Buskerud publisert noen kvantitative oversikter og kvalitative studier om ambulante akutteam. Tre artikler fra Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) har gitt kunnskap om 8 av de 9 første akutteamene i Norge, og det er publisert en artikkel om etableringen av et akutteam i Notodden.

Det finnes noen oppsummeringer av forskningen om ambulante akutteam. En Cochrane-rapport (Joy 2006) gir lite konklusjoner fordi få eller ingen studier oppfyller de krav til forskningsmetoder som stilles der. En norsk artikkel om kunnskapsstatus om akutteam ble publisert i 2005 (Gråwe) og en annen oversikt i 2011 (Sjøløe). En oversikt over brukernes erfaringer med akutteam er publisert i 2010 (Winnes).

Den mest oppdaterte og kanskje beste oversikten over studier om ambulante akutteam 2000-2010 er forhåndspublisert online nå i februar (Hubbeling 2012). Den oppsummerer forskningen om ambulante akutteam fører til reduksjon i innleggelses og bruk av døgnplasser, om de er kostnadseffektive, om pasientene er fornøyd med dem, om det er en

økning i alvorlige og uønskede hendelser etter etablering av ambulante akutteam, og om det er en økning i tvangsinnleggelse etter etablering av ambulante akutteam.

Den mest omfattende omtalen av ambulante akutteam er en bok som er skrevet av ledende britiske forskere og klinikere innen feltet (Johnson 2008). Den oppsummerer både utvikling av modellen, og tidligere og nyere forskning. Den har også mange klinisk relevante kapitler om hvordan akutteam bør arbeide.

Psykisk krise er et kompleks begrep og har vært definert på ulike måter (Johnson 2008). Det er den enkelte helsearbeiders forståelse av krisen som har betydning for de vurderinger vedkommende gjør i sitt møte med pasienten. En artikkel som drøfter innholdet i begrepet krise, viser at teammedlemmer i ambulante akutteam i stor grad hadde en felles forståelse av psykisk krise, og at psykiske kriser oftest var kjennetegnet av funksjonssvikt, fare for skade, og behov for ekstra støtte (Tobitt 2010). En undersøkelse av pasienters og pårørendes opplevelse av psykisk kriser og den hjelp de da ønsker, viser at et sentralt element i krise er å oppleve at en mister oversikt og kontroll, og derfor trenger hjelp og støtte fra andre til å gjenvinne mestring (Lyons 2009). Killaspy (2008) refererer en operasjonell definisjon av krise som er brukt i noen studier i England. I dette forslaget har vi valgt å ikke gjennomføre en omfattende drøfting av begrepet krise, men heller lagt fokus på en praktisk rette definisjon av ambulante akutteam (kapittel 5.1) på lignende måte som Johnson (2008).

## **4.2 Utbredelse og implementering av ambulante akutteam**

### **Utvikling av modellen for ambulante akutteam**

Ambulante akutteam ble utviklet i Madison, Wisconsin, på 1970-tallet og har fått innflytelse på utvikling av psykiatriske akutteam i flere land. Utviklingen av modellen for ambulante akutteam kom som et ledd i nedbyggingen av psykiatriske sykehus, og vekt på desentralisert psykiatri og økende differensiering av spesialisthelsetjenester for psykiske lidelser. Som et ledd i samme differensiering ble det utviklet andre typer ambulante team, og etter hvert også etablert akuttavdelinger. Her i Norge gikk etableringen av akuttavdelinger relativt raskt som en del av utviklingen i de etablerte døgninstitusjonene. Det har tatt lenger tid å komme i gang med oppsøkende ambulante team enn med poliklinikker og akuttavdelinger.

Akuttavdelinger er blitt akseptert som en nødvendighet for å ta hånd om en del pasienter som er i en alvorlig akutt psykisk krise. Samtidig har også mange andre med behov for rask hjelp blitt innlagt i akuttavdelinger, siden dette har vært den eneste delen av helsetjenestene med øyeblikkelig hjelp plikt døgnet rundt og kompetanse og bemanning til å ta hånd om personer med alvorlige psykiske kriser. Mange som er blitt innlagt i akuttavdeling burde hatt et annet tilbud (Hagen 2004, Gjelstad 2003). Hovedbegrunnelsen for å opprette ambulante akutteam har vært å etablere et akuttilbud uten innleggelse for flest mulig pasienter.

Modellen for ambulante akutteam er blitt mest spesifisert og har fått størst utbredelse i England. I løpet av de første årene etter helseplanen i 1999 ble det spesifisert en nasjonal modell for ambulante akutteam med åpningstid 24/7, raskt responstid, intensiv hjemmebehandling, og portvaktfunksjon for akuttinnleggelse som de viktigste kriterier (Department of Health 2001). Målgruppen var pasienter som ellers ville ha blitt innlagt i akuttavdeling. Teamene skulle gjennomføre intensiv akutt behandling hjemme for pasienter som ønsket det. Det ble forventet at dette ville føre til 30% reduksjon i akuttinnleggelse. Killaspy og medarbeidere drøfter den videre utvikling av psykisk helsevern ut fra forskningen om ACT-team, community mental health teams og ambulante akutteam (Killaspy 2008). De konkluderer at forskningen om ambulante akutteam viser lovende resultater, selv om britiske myndigheter tok beslutning om ambulante akutteam på et tynt empirisk grunnlag.

De første ambulante akutteam i Norge ble etablert i 1999/2000, omtrent da den engelske modellen ble definert og flere år før veilederen for ambulante akutteam i Norge ble utgitt. En del ambulante akutteam i Norge har hentet inspirasjon og veiledning fra England, men det er også andre modeller og arbeidsmåter som akutteam i Norge har vært opptatt av.

### **Utbredelse og implementering av ambulante akutteam i England**

Det har vært utprøving av modeller for ambulante akutteam og hjemmebehandling i England i mer enn 20 år. Men deres helseplan (National Service Framework for Mental Health) i 1999 inneholdt en konkret plan om etablering av 335 ambulante akutteam og spesifikke antall ACT-team og tidlig intervensjonsteam for psykososer over hele landet (Department of Health 1999). Antall ambulante akutteam ble i løpet av få år trappet opp etter planen. Den nye regjeringen i Storbritannia har nå gått bort fra denne spesifikke planen om utformingen av psykisk helsevern. Kombinert med en kraftig reduksjon av økonomiske rammer bidrar dette til å redusere antall oppsøkende team en del. Men fortsatt er det trolig ambulante akutteam over det meste av England.

Selv om modellen for ambulante akutteam ble spesifisert i England, er den ikke gjennomført systematisk overalt. Den største kunnskapskilden om implementering av ambulante akutteam i England er en stor nasjonal undersøkelse som ble gjennomført av National Audit Office i 2005/2006. Teamledere for ambulante akutteam ble spurt om teamets organisering og praksis (Onyett 2007, 2008), og brukere og pårørende ble spurt om hvordan de opplevde ambulante akutteam (Clark 2009). Det ble også innhentet informasjon fra leger som henviste pasienter til akutteamene (National Audit Office 2007a). Hovedfunnene fra den store kartleggingen er oppsummert i en rapport (National Audit Office 2007b). Det ble identifisert 243 akutteam, og en fikk svar fra 73% av teamlederne. Av de som svarte, oppgav 53% at de hadde åpningstid 24/7 og 68% at de hadde portvaktfunksjon for akuttplasser. Bare halvparten av de 500 akuttinnleggelsene som ble gjennomgått som ledd i undersøkelsen, hadde vært vurdert av ambulante akutteam. To forhold som betydde mye for i hvilken grad teamene hadde portvaktfunksjon, var hvor lenge teamet hadde vært etablert og tilgangen på psykiater (Middleton 2008). Hovedbildet fra kartleggingen var at det var stor variasjon i hvilken grad de ulike elementene i modellen var implementert. Det er også blitt gjennomført kartlegginger av implementering i Wales (Jones 2010) med lignende resultater.

Generelt finner en at flertallet av teamene ikke har gjennomført modellen fullt ut, og det er stor variasjon i hvordan teamene er organisert og arbeider. Flere akutteam i Norge har hatt kontakt med nøkkelpersoner i områder i England der en i stor grad har gjennomført oppbygning av ambulante team og nedbygging av døgnplasser. Erfaringene i slike områder er at det tar mange år å utvikle tjenester med stor vekt på ambulante team.

### **Utbredelse og implementering av ambulante akutteam i Norge**

Ved oppstart av Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) i 2005 var det 9 ambulante akutteam i Norge (Hasselberg 2011a). Ved en kartlegging i januar 2010 ble det identifisert ambulante akutteam ved 51 av 79 DPS i Norge (Karlsson 2011a). Det har trolig blitt noen flere team de to siste årene, så det skal nå finnes ambulante akutteam i det meste av Norge. De regionale helseforetakene har satt som mål at det skal være ambulante akutteam eller akuttjenester ved alle DPS i løpet av 2013, mens det opprinnelige nasjonale helsepolitiske målet var å ha dette ved alle DPS i løpet av 2008. Etter at den nye regjeringen i Storbritannia gikk bort fra planen om utbredelse og antall av bestemte typer team, er det nå bare Norge som har et nasjonalt helsepolitisk vedtak om ambulante akutteam over hele landet.

Den systematiske kunnskap vi har om implementering av ambulante akutteam i Norge, er i hovedsak fra de undersøkelsene som er gjort ved Høgskolen i Buskerud (Karlsson 2011a, 2011b) og ved Multisenterstudie av akuttpsykiatri (Hasselberg 2011a, 2011b). Ved erfaringskonferanser arrangert av Høgskolen i Buskerud i 2008 og 2009 kom det fram at det var usikkerhet i akutteamene om hva som var god praksis (Karlsson 2011a), og dette har også vært et tema i Akuttnettverkets samlinger fra og med 2009.

Ved undersøkelsen i 2010 (Karlsson 2011a) var det bare ett akutteam som hadde åpningstid døgnet rundt hele uka. 17 team var operative på dag og kveld både på hverdag og i helg, og noen få hadde åpent på kveld enten på hverdag eller i helg. 34 team tok i mot henvendelser direkte fra pasienter og pårørende, mens 17 team krevde henvisning fra andre tjenester. 33

team oppgav at de disponerte en eller flere krisesenger. Hasselberg (2011a) fant at gjennomsnittelig ventetid for pasienter ved 8 akutteam i Norge var et og et halvt døgn, og at 40% hadde ventet mer enn 24 timer. Omtrent 25% av pasientene ved norske akutteam hadde tatt direkte kontakt med teamet. En undersøkelse der en gjennom 18 måneder fikk regelmessig rapportering av aggregerte opplysninger på teamnivå fra 5 akutteam (Karlsson 2011b), bekreftet at det er stor variasjon mellom akutteam i organisering og arbeidsmåter.

Det er stor variasjon i hvordan akutteam i Norge er organisert og arbeider. Ut fra de sammenlignbare data som hittil finnes, ser det ut som ambulante akutteam i Norge i mindre grad har implementert den engelske modellen enn teamene i England, og at variasjonen mellom team trolig er like stor eller større i Norge. De norske akutteamene har vært opptatt av å tilpasse sitt arbeid til lokale forhold, og har i mindre grad vært opptatt av å gjennomføre den engelske modellen som i hovedsak er utviklet i større byer og tett befolkede områder.

### **4.3 Organisering og arbeidsmåte i ambulante akutteam**

Det er stor variasjon i sammensetningen av ambulante akutteam både i England og Norge. Sykepleiere er den største faggruppen, og det varierer en god del hvor mye teamene har tilgang på psykiater og psykolog. Det er stor grad av tverrfaglighet, men med stor variasjon i mønsteret for dette (Hasselberg 2011a, Karlsson 2011a). Bidrag i ambulante akutteam fra ulike faglige perspektiver er drøftet i en bok om ambulante akutteam (Johnson 2008). En artikkel drøfter psykiaterens rolle i teamet og den betydning den har blant annet for portvaktfunksjonen (Middleton 2008). Den britiske psykologforeningen har gjort en utredning av de ulike roller psykologer ofte har i ambulante akutteam (Hurcom 2008).

Det er trolig også stor variasjon i hvilke pasientgrupper akutteamene faktisk arbeider med. Akutteamene i Norge behandler ikke bare de som er i fare for å bli akuttinnlagt. Hasselberg (2011a) fant at bare 14% av akutteamenes pasientene hadde psykotiske symptomer. En annen norsk undersøkelse viste at et akutteam ved et godt bemannet distriktpsikiatrisk senter i hovedsak behandlet pasienter med moderat alvorlige lidelser, mens pasientene med de alvorligste lidelsene fortsatt blir innlagt i akuttavdelingen (Kolbjørnsrud 2009).

Både i kartlegginger i England og Norge oppgir mange akutteam at de har portvaktfunksjon for døgnplasser i en akuttavdeling. Men det er stor variasjon og delvis manglende kunnskap om hvor stor andel av akuttinnleggelsene som faktisk har vært vurdert av akutteamene, og for de fleste team er portvaktfunksjonen også begrenset ut fra akutteamets åpningstid. Det er trolig også store variasjoner i hvor intensivt akutteamene følger opp de pasientene de har i behandling, noe som også påvirker i hvilken grad portvaktfunksjonen implementeres.

Forskningen om ambulante akutteam har i liten grad vært rettet mot hvilke intervensjoner teamene faktisk bruker og hvordan disse gjennomføres (Hubbling 2012). En modell for krisebehandling som det vises til, er den som er beskrevet av Roberts (2005). Det er behov for å få mer kunnskap om hvordan ulike intervensjoner og arbeidsmåter virker inn på pasientforløp (Johnson 2008, Bridgett 2003, Sjølie 2011, Hasselberg 2011b).

### **4.4 Brukeres og pårørendes erfaringer med akutteam**

#### **Hjelp med psykisk krise**

De studiene som har sammenlignet behandlingseffekt ved ambulante akutteam og ved psykisk helsevern uten ambulante akutteam har i hovedsak funnet at det ikke er noen sikker forskjell når det gjelder psykisk helse, fungering og livskvalitet (Joy 2006, Johnson 2008, Hubbling 2012). Dette betyr at ambulante akutteam ser ut til å ha like gode resultater av behandlingen som f eks akuttavdelinger. Men forståelsen av dette er også avhengig av om disse to typene akuttjenester behandler de samme pasientgrupper, noe som trolig primært er tilfelle ved randomisering av pasienter.

Pasienter behandlet av norske akutteam har en liten til moderat bedring i psykisk helse (Hasselberg 2011b). Pasienter med depresjon hadde lengst behandlingstid og viste mest bedring. Pasienter med psykotiske symptomer eller rusproblemer hadde kortest behandlingstid, viste minst bedring og ble oftere henvist til andre deler av psykisk helsevern.

### **Erfaringer med ambulante akutteam**

I internasjonale undersøkelser der brukes og pårørendes erfaringer med ambulante akutteam er sammenlignet med deres erfaringer med de ordinære helsetjenestene uten slike team, er de oftest mer fornøyd med ambulante akutteam. Ved en gjennomgang av studier om brukeres erfaringer med ambulante akutteam fant en 13 artikler med kvalitative eller kvantitative metoder, to rapporter, samt Cochrane-oppsummeringen (Winness 2010). I denne gjennomgangen identifiserte en tre tema som brukere særlig var opptatt av: Rask tilgang på hjemmebasert akutttilbud, å bli møtt og forstått som et normalt menneske, og hjelp til å takle krisen med minst mulig innvirning på dagliglivet. Kvalitative studier i Norge tyder også på at pasienter og pårørende ofte vil foretrekke hjemmebehandling framfor innleggelse i døgnavdeling (Hultberg 2007, Winness 2010).

### **Pårørendes erfaringer**

I noen av de samme studiene er det også gjort undersøkelser av de pårørendes erfaringer med ambulante akutteam, og disse viser at pårørende også har positive erfaringer. I en australsk undersøkelse ble pårørende med erfaring med både ambulante akutteam og sykehusbehandling spurt om sine erfaringer (Fullford 2001). Bare halvparten av de pårørende ville foretrekke ambulante behandling ved eventuelt tilbakefall, som var lavere enn antatt. Forfatterne mener at funnet henger sammen med kort behandlingstid i akutteam, hvor alvorlige tilbakefall kan være og hvor langvarig pasientens psykiske problemer er.

### **Teammedlemmers erfaringer fra arbeid i ambulante akutteam**

Teammedlemmenes opplevelse av arbeidet er en viktig faktor for å få stabil bemanning og videreføring av ambulante akutteam over tid. Det er gjort lite forskning på dette. I en studie i England sammenlignet en personalets opplevelse i henholdsvis ambulante akutteam, ACT-team og community mental health teams (Nelson 2009). Personalet i ambulante akutteam var da moderat til godt tilfreds med sin arbeidssituasjon, opplevde at de fikk utrettet mye og skåret fra middels til lavt på utbrenthet. Forfatterne konkluderer med at en kan opprettholde motivasjon blant dem som arbeider i ambulante akutteam, men at en trenger mer kunnskap om hvordan dette vil være over lang tid.

## **4.5 Innvirkning på innleggelser og bruk av tvang**

### **Innvirkning på akuttinnleggelser og døgnplasser**

Siden en hovedhensikt med ambulante akutteam er å være et alternativ til innleggelse, er reduksjon av akuttinnleggelser det resultatmålet som har vært hyppigst brukt i undersøkelser om effekten ambulante akutteam. Det er bare gjort en randomisert kontrollert studie av ambulante akutteam. Den viste at 36% (49 av 135) av pasientene randomisert til akutteamet ble innlagt innen 8 uker, mens 69% (86 av 125) av pasientene i ordinære tilbud ble innlagt. Det ordinære tilbudet inkluderte poliklinikk, community mental health team og kriseplasser (Johnson 2005b, Johnson 2008, Killaspy 2008).

Ved de fleste andre undersøkelser har en ved sammenlignet akuttinnleggelser og eventuelt bruk av døgnplasser før og etter etablering av akutteam i et område, og/eller sammenlignet et område med akutteam med et område uten akutteam. De fleste av disse undersøkelsene er gjort i Storbritannia (Ford 2001, Johnson 2005a, Jethwa 2007, Uddin 2007, Keown 2007, Forbes 2010, Tyrer 2010, Barker 2010). Men det er også noen undersøkelser fra USA (Scott 2000, Guo 2001), Australia (Adesanya 2005), Frankrike (Robin 2008) og Luxembourg (Damsa 2005). De fleste av disse kvasiekperimentelle eller naturalistiske studiene viser en reduksjon av antallet akuttinnleggelser på 10-20% i området med ambulante akutteam

sammenliknet med områder uten akutteam eller tidsrommet før etablering av akutteamet. Men noen få av undersøkelsene viser ingen sikker reduksjon. En del av undersøkelsene har også analysert endringer i bruk av døgnplasser (oppholdsdøgn), og en har da enten funnet en mindre reduksjon eller ingen reduksjon i bruk av døgnplasser. Det vil være for omfattende å gå gjennom alle disse studiene her, og det henvises til selve studiene og til oversikter, ikke minst den siste og mest oppdaterte oversikten ved Hubbling (2012).

Et problem med tolkningen av noen av undersøkelsene, er at det ikke har vært uvanlig å redusere antallet tilgjengelige akuttplasser samtidig med at en oppretter ambulante akutteam. Det kan derfor for noen studier være vanskelig å vite hvor mye av eventuell redusert bruk av innleggelse eller døgnplasser som kan tilskrives akutteamet, og hvor mye som kan tilskrives andre samtidige tiltak og faktorer (Tyrer 2010, Hubbling 2012).

En analyse av registerdata i England (1998-2003) viste at antall innleggelse gikk ned med gjennomsnittlig 10% de to neste år etter etablering av akutteam sammenliknet med de siste to årene før etablering av akutteam (Glover 2006). For akutteam med åpningstid 24/7 og høy grad av implementering av modellen var reduksjonen i antallet innleggelse 23%. Jacobs (2011) har seinere gjort en ny analyse av de samme data, men med mer omfattende metodikk og inklusjon av data om flere andre faktorer som kan virke inn på antallet innleggelse. De konkluderte at det ikke med sikkerhet kan dokumenteres at etablering av akutteam fører til reduksjon av innleggelse eller redusert bruk av døgnplasser. Som en av flere mulige forklaringer på dette, nevner de at de ambulante akutteamene i begrenset grad dekker portvaktfunksjonen, ut fra at bare omtrent halvparten av akuttinnleggelse ble vurdert av ambulante akutteam og at bare 68% av teamene hevder de er portvakt for akuttinnleggelse (National Audit Office 2007a). Hubbling (2012) mener imidlertid at noe av forklaringen på Jacobs negative funn kan skyldes begrensninger for statistiske analyser ut fra størrelsen på materialet.

En fransk undersøkelse har registrert innleggelse i 5 år etter første gangs henvisning til innleggelse i psykiatrisk avdeling, der halvparten av de henviste pasientene hadde valgt hjemmebehandling ved akutteamet i stedet for innleggelse (Robin 2007). Pasientene som ble behandlet av akutteamet hadde både færre innleggelse og lavere bruk av døgnplasser det første året etter henvisningen. Med de neste fire årene var det økende antall innleggelse for begge grupper og uten noen signifikant forskjell, mens pasientene som ble behandlet av akutteamet også i disse årene hadde kortere døgnopphold enn de andre.

I en mindre undersøkelse der et ambulante akutteam ble utvidet til å gi tilbud også til pasienter over 65 år, ble det en reduksjon i innleggelse, men ingen sikker endring i bruk av døgnplasser eller i hvor fornøyd pasienter og pårørende var (Dibben 2008). Det er usikkert hvor mye and reduksjonen som kan tilskrives akutteamet, siden en døgnpost og et dagtilbud ble nedlagt samtidig med etablering av akutteamet.

Både Johnson (2008) og Hubbling (2012) konkluderer i sine sammenfatninger at en viss reduksjon av akuttinnleggelse og delvis av døgnplasser er de mest robuste funnet fra forskningen på ambulante akutteam, siden dette er funnet i mange studier og ved bruk av ulike forskningsdesign. Noen studier tyder på at grad av reduksjon av akuttinnleggelse er avhengig av i hvilken grad akutteamet fyller rollen med åpningstid 24/7, portvaktfunksjon og intensiv oppfølging. Effektive ambulante akutteam kan både bidra til lengre døgnopphold ved at det bare er de aller mest syke som legges inn, og til kortere døgnopphold ved å gi intensiv oppfølging som muliggjør tidligere utskrivning.

Det er ikke dokumentert at ambulante akutteam reduserer antall tvangsinnleggelse. I noen tilfeller har en sett en økning i antall tvangsinnleggelse, men det er ikke påvist noen sikker sammenheng mellom dette og etablering av ambulante akutteam (Furminger 2009, Forbes 2010, Hubbling 2012). Den reduksjon i tilgjengelige døgnplasser som har skjedd i mange land de seinere år, medvirker trolig til økt andel tvangsinnleggelse fordi de som legges inn i gjennomsnitt er sykere enn før og i større grad er pasienter der tvangsinnleggelse brukes.

I Norge er det ikke dokumentert at noe ambulante akutteam har redusert antall innleggelser i akuttavdeling. Det var en tendens til innvirkning på akuttinnleggelser ved akutteamet på Notodden sammenlignet med et område uten akutteam, men forskjellen var ikke signifikant (Kolbjørnsrud 2010). Akutt hjemmebehandlingsteam i Ålesund har etablert portvaktfunksjon for akuttinnleggelser fra sitt opptaksområde på dag og kveld hverdag og helg. Av 310 henvendelser om akuttinnleggelser i løpet av 6 måneder ble 43% innlagt akuttavdeling, 25% henvist andre etter en vurderingssamtale og 32% fikk hjemmebehandling. Men det foreligger ikke dokumentasjon på at dette har redusert antallet akuttinnleggelser.

Ved en samlet analyse av materialet fra tre engelske studier har en sett på hvilke faktorer som er relatert til innleggelse i døgnavdeling selv om det er akutteam i området (Cotton 2007). De viktigste pasientfaktorene var mangel på evne eller villighet til å samarbeide ved første vurdering, risiko for å ikke kunne ivareta seg selv, tidligere tvangsinnleggelser, vurdering utenfor vanlig arbeidstid, og vurderinger som skjer i legevakt eller akuttmottak. Brooker (2005) fant ved en undersøkelse av vurderinger ved ett ambulante akutteam at 13% av pasientene ble innlagt. Artikkelen gir detaljert informasjon om disse vurderingene med blant annet bruk av HoNOS, og den kan være til nytte ved utforming av slike utrednings- og vurderingsrutiner for bruk i ambulante akutteam.

I Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) i Norge 2005/2006 fant en at omtrent en av fem av akutteamenes pasienter ble innlagt i døgnavdeling fra akutteamet (Ruud 2006), og en artikkel som er under publisering fra MAP viser hva som kjennetegner pasienter som ble innlagt fra norske ambulante akutteam (Hasselberg 2012).

#### **4.6 Helseøkonomiske vurderinger**

Ved den eneste randomiserte kontrollerte studien av ambulante akutteam i England fant en at kostnadene for helsetjenester er mindre for pasientene ved ambulante akutteam. Selve tilbudet ved akutteamet var dyrere, men reduksjon i kostnader til døgnopphold gjorde at det samlede bruk av helsetjenester ble mindre for akutteamets pasienter enn for de andre (McCrone 2009). Det nevnes også at reell reduksjon i kostnader som effekt av akutteam forutsetter at antallet døgnplasser da faktisk reduseres slik at personalkostnader går ned.

I en annen undersøkelse sammenlignet de helsetjenestebruk av 58 matchede par pasienter fra et område med ambulante akutteam og samtidig reduksjon i døgnplasser og et annet område uten slikt team og uten samtidig reduksjon i døgnplasser. Totalkostnadene for akutt tilbud var det samme i begge områdene, men i området med akutteam behandlet en flere pasienter slik at kostnadene per pasient gikk ned (Ford 2001). Siden en døgnavdeling ble stengt samtidig som en opprettet et ambulante akutteam, er det imidlertid vanskelig å vite hvor mye henholdsvis opprettelse av akutteam og stenging av døgnavdeling betydde.

Det er i England utarbeidet en modell for økonomisk evaluering av ambulante akutteam (McCrone 2007). Denne kan eventuelt være til nytte om en ved en forskningsbasert evaluering av ambulante akutteam i Norge også skal trekke inn vurdering av kostnader.

#### **4.7 Kunnskapsstatus om akutte lavterskeltilbud**

Litteratursøk om temaet har vært gjort på norsk og engelsk. Norske forskere som har arbeidet med forskning på legevakt og psykisk helse har vært konsultert, og vi har lett etter slik dokumentasjon i prosjekter på NAPHAs hjemmesider.

Vi har ikke funnet noen forskning om effekt av lavterskel akutteam i spesialisthelsetjenesten ved psykiske kriser, verken i Norge eller internasjonalt. Det finnes en del litteratur om lavterskeltilbud innen mer langsiktige oppgaver innen psykisk helse og innen rusbehandling, men vi har altså ikke funnet noe når det gjelder tilbud ved akutte kriser.

Det finnes en del forskning i Norge på omfang av behandling av psykiske lidelser og problemer innen allmennpraksis, men lite på omfang og effekt av hva fastlege eller legevakt gjør av arbeid med akutte psykiske kriser. Ett doktorgradsarbeid viser at andel pasienter med



psykiske problem er lavere ved henvendelse til legevakt (2,2%) enn på fastlegekontorene (8,9%), men at andelen i begge situasjoner er større på kveldstid enn på dagtid (Johansen 2009, 2010). Arbeidet bygger på koder for konsultasjoner, og det foreligger ikke informasjon om resultatet av henvendelsene. Ved psykiatrisk akuttinnleggelse var det relativt lite forskjell mellom pasienter innlagt av legevakt, fastleger og psykisk helsevern (Johansen 2011). Men tvangsinnleggelse fra legevakt ble i noe større grad enn fra de andre ble gjort om til frivillig innleggelse ved spesialistvedtakene i sykehuset.

Foreløpig oppsummering om akutt lavterskeltilbud ved psykisk krise er at det foreligger lite systematisk dokumentasjon, og at vi derfor ikke hvilken virkning de har.

#### **4.8 Oppsummering om kunnskapsstatus**

En samlet vurdering av internasjonal forskning tyder på at ambulante akutteam med reell portvaktfunksjon for akuttavdelinger, åpningstid 24/7 og adekvat bemanning kan gi hjemmebehandling til mange pasienter som ellers ville ha blitt innlagt i akuttavdeling, og dermed også kan bidra til å redusere innleggelse på akuttavdelinger.

De fleste studier viser ingen sikker forskjell mellom behandling ved ambulante akutteam og ved innleggelse når det gjelder psykisk helsetilstand, evne til å fungere eller livskvalitet.

Forskningen gir også støtte for at de fleste pasienter foretrekker behandling hjemme framfor innleggelse i akuttavdeling. Det er ikke holdepunkter for at hjemmebehandling øker risiko for vold eller selvmord for de pasienter der det er mulig å gjennomføre hjemmebehandling.

England har etablert ambulante akutteam i hele landet, men flertallet av teamene har ikke implementert modellen fullt ut. Det er en del kunnskap om hvordan denne variasjonen er, men mindre om hvilke konsekvenser ulike grader eller former av implementering har. Dette er bakgrunnen for at det i 2011 er startet et stort femårig prosjekt i England for å spesifisere modellen mer, utvikle fidelity-kriterier for en mer spesifisert modell, utvikle opplæring og "verktøykasse" for akutteamene, og teste hvordan innføring av fidelity-kriterier og verktøykasse virker inn på implementering, praksis og effekt.

Forskning i Norge viser at ambulante akutteam er etablert eller under etablering i de fleste DPS-områder, men at modellen fra England med portvaktfunksjon og 24/7 i liten grad er implementert. Det er en relativt stor variasjon i hvordan de ambulante teamene arbeider, og liten kunnskap om deres effekt for pasienter og helsetjenestebruk.

Mange team ønsker også å være et lavterskeltilbud som mottar henvendelser direkte fra pasienter og pårørende, men det mangler kunnskap om hvordan virkningene av dette er. Det er ingen systematisk kunnskap om hvordan ambulante akutteam eventuelt klarer å ivareta både portvaktfunksjon og samtidig være et lavterskeltilbud.

### **5 Anbefalinger om organisering og arbeidsmåte**

Anbefalingene nedenfor bygger på oppdraget fra Helsedirektoratet (kapittel 1), føringer i offentlige dokumenter (kapittel 3), kunnskapsstatus fra forskning og erfaringer (kapittel 4) og de erfaringer og synspunkter som den bredt sammensatte arbeidsgruppa har. Arbeidsgruppa har vektlagt både internasjonal forskning og de erfaringer som vel femti ambulante akutteam i Norge har gjort med utforming av ambulante akutteam i by og land under norske forhold.

Trass i mange erfaringer er det begrenset forskningsbasert kunnskap om effekten av både den engelske modellen som har inspirert Norge, og av den varierende praksis i Norge. Disse anbefalingene må derfor ses på som foreløpige og basert på arbeidsgruppas samlede vurdering ut fra det grunnlaget som er nevnt i avsnittet ovenfor. For å få mer systematisk kunnskap og bedre grunnlag for videre spesifisering av anbefalinger, bør det gjennomføres en forskningsbasert evaluering av norske ambulante akutteam slik det er foreslått i kapittel 6.

Det er to spørsmål som har vært mest diskutert i både arbeidsgruppa og på samlingene i Akuttnettverket. Det er spørsmålet om målgruppe for ambulante akutteam og spørsmålet om pasienter og pårørende skal kunne henvende seg direkte til ambulante akutteam uten henvisning fra andre tjenester. Arbeidsgruppas forslag om disse spørsmål er omtalt i kapitlene 5.2 og 5.3 nedenfor, men har også betydning for definisjonen i kapittel 5.1.

## **5.1 Definisjon av ambulant akutteam**

Veilederen for ambulante akutteam (Sosial- og helsedirektoratet 2006) har ingen presis definisjon av ambulant akutteam. Arbeidsgruppa oppfatter at oppdraget med å foreslå anbefalinger også innebærer å gi en mer spesifisert definisjon av hva et ambulant akutteam skal være. Definisjonen nedenfor bygger delvis på en definisjon i den boka om ambulante akutteam som er skrevet av ledende forskere og klinikere i England (Johnson 2008).

### **Hensikten med ambulante akutteam**

Hensikten med ambulante akutteam er først og fremst å tilby pasientene en behandling med minst mulig inngrep i deres liv, med støtte av egne valg og egen mestring, og i samhandling med deres pårørende og øvrige nettverk.

I tillegg er det ønskelig at ambulante akutteam bidrar til effektiv bruk av helsetjenestenes ressurser ved å medvirke til å unngå unødvendige innleggelse, og derved bidra til redusert og riktig bruk av døgnplasser.

### **Definisjon av ambulant akutteam**

Ambulant akutteam er et spesialisert tverrfaglig team som har som oppgave å

- vurdere alle pasienter som i teamets åpningstid henvises til psykisk helsevern for akuttinnleggelse, og eventuelt for akutt hjelp uten behov for innleggelse
- gi korttids intensiv hjemmebehandling som alternativ til innleggelse og i samarbeid med andre helsetjenester, pasient og pårørende
- muliggjøre tidlig utskrivning fra psykiatrisk akuttavdeling ved å tilby intensiv hjemmebehandling som alternativ til fortsatt døgnopphold

## **5.2 Akutteamets rolle innen helsetjenestene**

### **Rask tilgang på ambulant akutteam**

Arbeidsgruppa har drøftet to alternativer når det gjelder hvordan rask tilgang skal kunne skje.

#### **Alternativ A**

Det må være like god tilgang for pasienter med alvorlig psykisk som fysisk sykdom. Fastlege, legevakt og andre tjenester må på en enkel og rask måte kunne kontakte ambulant akutteam for rådføring og eventuelt henvisning. Akutteamet kan også involveres når andre instanser ikke har nok ressurser til å håndtere en alvorlig krise, og kan da forsterke et tilbud fra andre uten å overta all kontakt.

Arbeidsgruppa oppfatter at henvisning betyr at den tjenesten som kontakter teamet har gjort en faglig vurdering av pasientens behov. Henvisningen til ambulant akutteam vil vanligvis være pr telefon. Skriftlig tilleggsinformasjon kan ved behov ettersendes. Teamet må ha ett telefonnummer som er kjent for alle tjenester som kan henvise til teamet.

De tjenestene som brukere og pårørende kan kontakte direkte ved en krise, må kunne ta kontakt med akutteamet umiddelbart, slik at akutteamet kan gi hjelp uten unødig opphold.

Vurdering av om det er behov for akutt tilbud fra psykisk helsevern gjøres av de tjenestene som henviser til akutteamet. Men akutteamet må også ved mottak av henvisninger vurdere om dette er en pasient som er i akutteamets målgruppe.

For pasienter som er i et behandlingsopplegg i psykisk helsevern og har en alvorlig psykisk lidelse der det kan oppstå alvorlige psykiske kriser, kan det eventuelt inngås en avtale med ambulant akutteam om at pasient eller pårørende kan ta direkte kontakt med akutteamet i en alvorlig psykisk krise. En slik avtale skal dokumenteres i pasientens kriseplan og journal.

### **Alternativ B**

De samme fire avsnittene ovenfor, og i tillegg følgende avsnitt: Pasienter, pårørende eller andre omsorgspersoner kan også henvende seg direkte til ambulant akutteam for hjelp.

### **Avstemning om alternativ A og B**

Ved avslutning av arbeidet går 6 medlemmer av arbeidsgruppa inn for alternativ A og 6 medlemmer går inn for alternativ B (29.02: Mangler stemme fra 4)

### **Rask etablering av kontakt**

Akutteamet må umiddelbart og innen få timer møte pasienten, fortrinnsvis hjemme eller annet sted der pasienten oppholder seg eller ønsker at en skal møtes. Dette kan f.eks. være hos den tjenesten som henviser pasienten til akutteamet. Under denne første samtalen avklares det om videre behandling og oppfølging skjer ved akutteamet, døgnavdeling, andre i psykisk helsevern eller i kommunen. Om pasienten har behandlingskontakt med andre helsetjenester, bør kontakt og samarbeid med disse etableres umiddelbart eller så raskt det er mulig. Etter første møte gis det i samråd med pasienten en skriftlig orientering til fastlege og eventuelle andre tjenester om møtet, vurderingen og avtaler som er gjort.

Ved mange psykiske kriser er det ikke behov for akutt innleggelse, men å komme raskt i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette kan da skje på psykiatrisk poliklinikk som bør organisere seg slik at pasienter med behov for det kan få time samme dag eller neste dag. Akutteamet bør ha avtaler med poliklinikker om henvisningsrett til slik rask oppfølging. Se også omtale av dette i andre og tredje avsnitt i kapittel 5.3.

### **Samarbeid med andre tjenester**

Akutteamet bør være en del av DPS og ha samarbeid med poliklinikker, psykoseteam, døgnavdelinger og andre enheter der. Mange pasienter som akutteamet kommer i kontakt med, har behandlingskontakt ved andre enheter ved DPS. Det er da viktig å samarbeide tett om hvor mye og hvor lenge akutteamet skal gå inn med oppfølging før pasienten går tilbake til det pågående behandlingsopplegget. Representant fra akutteamet bør være med på felles inntaksmøte i DPS der søknader til innleggelse blir vurdert.

Teamet bør også ha tett og godt samarbeid med akuttavdelingen. Dette sikrer gode og myke overganger ved innleggelse og utskrivning. Akutteamet kan bidra til tidlig utskrivning ved å gi intensiv oppfølging den første tiden. Dette gjøres i samarbeid med de tjenester som skal følge opp videre, enten det er kommunale tjenester eller psykisk helsevern.

Akutteamets kontakt og samarbeid med fastleger, legevakt, andre deler av de kommunale tjenestene, pårørende og andre omsorgspersoner er like viktig som kontakten innen psykisk helsevern. Teamet må samhandle med disse for å kunne støtte eller forsterke dem og bidra til en koordinert og effektive behandling.

De samlede helsetjenestene må ha felles forståelse og praksis når det gjelder arbeidsdeling og samhandling om akuttjenestene i henhold til de beslutninger helseforetaket i samråd med kommunene har tatt om organisering av akuttjenestene. Dette må gjelde målgrupper, arbeidsdeling, samarbeidsmåter, konkrete prosedyrer og myndighet.

Akutteamets pasienter vil ofte ha behov for tjenester fra ulike sektorer og forvaltningsnivåer samtidig. Det må legges til rette for en slik samtidighet og ses som en oppgave å bidra aktivt til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrensene og forvaltningsnivåer.

Alle pasienter som trenger videre behandling eller oppfølging, skal komme i gang med dette før akutteamet avslutter kontakten. Ofte er det aktuelt å planlegge dette alt ved første besøk eller tidlig i kontaktperioden. Overganger bør sikres og skje så sømløst som mulig for å sikre at pasienten ikke mister kontakten med tjenestene eller faller ut av behandlingstilbudet.

### **Spesialisert team eller team med flere funksjoner**

Spesialiserte team gjør trolig en bedre jobb innen sitt funksjonsområde enn et team som skal dekke mange funksjoner. I områder med en stor befolkning vil det kunne være grunnlag for flere team som dekker hver sine funksjoner, selv om det da er en utfordring å samarbeide tett for å unngå at fragmentering svekker kvaliteten på tilbudet til pasientene.

I områder med en spredt befolkning vil det ikke være grunnlag for å opprette flere spesialiserte team for ulike funksjoner eller pasientgrupper. Der kan det være nødvendig at et ambulanseteam dekker flere funksjoner som akutt hjemmebehandling, tidlig intervensjon ved psykoser og lengre tids rehabilitering. Utfordringene vil være store for slike team da medlemmene må inneha tilstrekkelig kompetanse på mange felt, samtidig som de må være svært fleksible og tilpasningsdyktige når de skifter mellom de ulike funksjonene.

Ambulant akutteam organiseres som en del av DPS og i samråd med kommunale tjenester, akuttavdeling, andre enheter i psykisk helsevern og brukerorganisasjoner. Arbeidsdeling og samhandling må være spesifisert og praktiseres av alle berørte parter.

Akutteamet må samhandle med kommunale tjenester, pårørende, andre omsorgspersoner, og øvrige spesialisthelsetjeneste, og forsterke med nødvendig ekstrakompetanse.

Alternativ A: Ta imot henvisninger pr telefon fra faglige instanser som fastlege, legevakt, kommunal psykisk helsetjeneste, politi, AMK og andre enheter i spesialisthelsetjenesten.

Alternativ B: Ta imot henvisninger pr telefon fra faglige instanser som fastlege, legevakt, kommunal psykisk helsetjeneste, politi, AMK og andre enheter i spesialisthelsetjenesten. Teamet kan også ta imot henvendelser fra pasienter, pårørende og omsorgspersoner.

## **5.3 Målgruppe og prioritering**

Ambulante akutteam ble opprettet primært for å gi et alternativt tilbud til pasienter i alvorlig psykisk krise og som ellers vil bli innlagt for øyeblikkelig hjelp i akuttavdeling, i tråd med den internasjonale modellen som var tatt i bruk i England. Dette er den sentrale målgruppa ut fra oppdraget fra Helsedirektoratet og førende offentlige dokumenter. Målgruppa er ikke definert ut fra diagnose. Men det dreier seg ofte om pasienter med psykose, alvorlige depresjoner, alvorlige bipolare lidelser, eller fare for selvmord.

Men det er også en annen gruppe med alvorlig psykisk krise som har behov for akutt hjelp fra psykisk helsevern som spesialisthelsetjeneste, selv om de ikke er i ferd med å bli innlagt. Mange akutteam gir tilbud også til denne målgruppa, og har erfaring med at disse også har behov for og nytte av en akutt spesialisthelsetjeneste. Tidlig intervensjon i en akutt fase kan trolig også forebygge seinere innleggelse og bruk av døgnplasser. Disse pasientene har vært avhengig å få øyeblikkelig hjelp ved psykiatriske poliklinikker som satte av tid til slik beredskap. De fleste kommer til samtaler og er ikke avhengig av et ambulanseteam.

Ut fra nasjonale føringer er helseforetakene pålagt å etablere ambulante akuttjenester for å gi et alternativt tilbud ved alvorlig psykisk krise og som ellers vil medføre akuttinnleggelser. Men helseforetak kan også gi akutteamene ansvar for å gi tilbud til den andre målgruppa som er omtalt ovenfor, i stedet for at dette tilbudet skal gis ved psykiatriske poliklinikker. Dette forutsetter at ambulante akutteam bemannes godt nok til å både arbeide ambulant med de som trenger det for å unngå innleggelse, og gi tilbud om tidligere intervensjon til pasienter som kan klare seg med mindre intensiv oppfølging. Om bemanningen ikke er høy nok for dette, må teamet prioritere de med mest alvorlig psykisk krise som kan klare å behandles hjemme. En forskningsbasert evaluering av ambulante akutteam bør også undersøke hvordan akutteamene prioriterer og dekker ulike oppgaver, og hvilken innvirkning dette får for pasienter og tjenester (kapittel 6).

Noen pasienter eller pårørende ønsker ikke hjemmebehandling, eller situasjonen kan være slik at hjemmebehandling ikke er mulig. Noen ganger er hjemmebehandling ikke tilrådelig ut fra høy selvmordsfare eller voldsrisiko. Det kan også være andre forhold ved pasientens tilstand eller hjemmesituasjon som gjør hjemmebehandling vanskelig, uhensiktsmessig eller der det er andre deler av psykisk helsevern som er nærmere til å gi et tilbud.

Ambulante akutteam skal som andre enheter i DPS ikke ha noen øvre aldersgrense. Eldre med alvorlig psykisk krise er derfor også i målgruppa. Det er en utfordring å sikre gode akuttjenester for dem som er i overgang fra ungdom til voksen alder, og som derfor lett kan falle mellom ulike deler av psykisk helsevern. Akutteamet bør kunne gjøre vurderinger av pasienter med rus som tilleggsproblem i en alvorlig psykisk krise, men vil trolig i hovedsak måtte henvise pasienter med alvorlige rusproblemer videre til enheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Ambulante akutteam skal tilby kortvarig intensiv ambulant behandling ved alvorlig psykisk krise der pasienten ellers vil trenge akutt innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling.

Akutteamet kan også tillegges å gi tilbud om øyeblikkelig hjelp ved alvorlig psykisk krise der det ikke er noen umiddelbart behov for akutt innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling.

## **5.4 God bemanning og høy kompetanse**

### **Nødvendig kompetanse**

Teamet må ha spesialistkompetanse ved psykiater og psykologspesialist, helst i hel stilling. Psykiater i bakvakt på DPS eller sykehus kan bistå teamet utenom vanlig arbeidstid og kan rykke ut dersom det er mulig, og ellers være rådgiver med overlegeansvar.

Det er ønskelig med bred samlet kompetanse og erfaring, og at det er en kjerne av erfarne medarbeidere som kan være modeller og veiledere for andre i teamet. I tillegg til psykiater, psykolog og psykiatrisk sykepleiefaglig kompetanse er det ønskelig med sosialfaglig kompetanse, familierapeutisk kompetanse, kompetanse i ergoterapi, rusfaglig kompetanse, kompetanse i behandling av barn og ungdom, og erfaringskompetanse.

Erfaring fra både spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester er ønskelig. Teamet jobber først og fremst i pasientens hjem og i samarbeid med de kommunale tjenester som fastlege, psykisk helseteam, rusteam, NAV, politi og andre. I tillegg samarbeider teamet med andre deler av psykisk helsevern. Det er derfor en fordel at flest mulig har erfaring fra kommunale tjenester og akuttpsykiatri. Ved mangel på erfaring kan hospitering bidra til kjennskap til andre tjenester. Det er ønskelig med opplærings- og rekrutteringsstillinger for faggrupper som er vanskelige å rekruttere til ambulante akutteam, f.eks. lege og psykolog.

I tillegg til generell kompetanse i utredning og behandling må teamet ha kompetanse i kriseintervensjon, akuttbehandling, hjemmebehandling, og arbeid med familie og nettverk.

Boka om ambulante akutteam (Johnson 2008) gir en god innføring i de områdene som er relevante for klinisk praksis i ambulante akutteam. Den anbefales derfor som lærebok for ambulante akutteam, og som en hjelp til å definere den kompetanse som skal bygges opp gjennom opplæring. Den viser også til utdypende litteratur om de ulike tema.

### **Størrelse på teamet**

Teamet må være stort nok til å dekke de oppgavene det skal ha, og til at teamet er robust nok i forhold til fravær. Ved beregning av nødvendig størrelse på teamet må en ta hensyn til hvilke oppgaver teamet skal dekke, befolkning i opptaksområdet, avstander innen området, hva slags turnus som skal dekkes, og åpningstid på hverdager og i helger. Det vil mange steder være nødvendig med 8-12 stillinger om teamet skal være operativt også på kvelder og i helger. Dersom teamet også skal være operativt om natta, trengs det flere stillinger ekstra for å dekke dette. I tynt befolkede områder kan større avstander gjøre at det går mer tid til reising, og at bemanningen beregnes deretter. Men selv om ett besøk skulle ta en hel dag, vil det kunne være viktig for pasienten og kostnadseffektivt i forhold til en innleggelse.

Teamet må ha egne lokaler som sin base å operere ut fra. Det må være tilstrekkelig med arbeidsplasser for de som er på vakt samtidig, inklusive overlapping. Teamet skal først og fremst jobbe ambulant, men bør ha tilgang på samtalerom for de situasjonene der pasienten ønsker å komme til teamet.

Teamet må ha psykiater, psykolog, psykiatriske sykepleiere og annen tverrfaglig kompetanse. I tillegg til generell kompetanse i utredning og behandling må teamet ha kompetanse i kriseintervensjon, akuttbehandling, hjemmebehandling og arbeid med familie og nettverk.

## **5.5 Åpningstid 24/7, eventuelt i samarbeid med andre**

### **Åpningstid bør inkludere kveld og helg**

Alle ambulante akutteam bør være operative dag og kveld på hverdager, og mest mulig av dag og kveld i helger og helligdager.

### **Beredskap om natta**

Strategigruppe II forventer at akutteam har åpningstid døgnet rundt, året rundt. Åpningstid 24/7 sikrer en god portvaktfunksjon og at pasienter kan få støtte også om natta. Fordelen med døgnåpent vil være at pasienter som alt har kontakt med teamet, har den trygghet at de kan få hjelp om nødvendig også på natta. Teamet kan derfor ta på seg å hjemmebehandle dårligere pasienter enn det ellers ville ha vært mulig.

Det vil i hovedsak være større akutteam som kan ha åpningstid 24/7 med personell som kan dra på hjemmebesøk om natta. Aktuelle alternativer kan være at akuttavdelingen tar i mot alle henvendelser om natta, og at det er en felles vakttelefon for akutteamet på dag og kveld og for akuttavdelingen på natta. Andre alternativ kan være samarbeid mellom flere akutteam eller DPS på natt, eventuelt også delvis på kveld og i helg. Et alternativ kan også være at akutteamets pasienter kan ringe en telefon som settes over til akutteammedlem med hjemmenvakt, eller at telefonen settes over til personale på DPS der pasienten eventuelt kan komme til samtale eller opphold utenom teamets åpningstid. Det viktigste er at pasientene har en trygghet for at de kan få kontakt og nødvendig hjelp også om natta.

Ha så langt det er mulig åpningstid 24/7, døgnet rundt, året rundt. Teamet bør være operativt på kveld og i helger, men kan samarbeide med andre om å dekke natt.

## 5.6 Portvakt for innleggelser i akuttavdeling

Akutteamet skal i teamets åpningstid ta imot og vurdere alle henvendelser om innleggelse i psykiatrisk akuttavdeling. Teamet skal så langt som mulig møte disse pasientene som er på vei til å bli innlagt, også så langt som mulig også de som er i ferd med å bli tvangsinnlagt. I teamets åpningstid skal det ikke være mulig å legge inn pasienter i akuttavdelingen uten at akutteamet har vurdert pasienten eller i hvert fall vurdert henvendelsen. En måte å sikre dette på, er at det ambulante akutteamet i sin åpningstid har akuttavdelingens vakttelefon.

Akutteamet må ha innleggelsesmyndighet på akuttavdelingen, og det bør også kunne legge inn pasienter på døgnavdeling i DPS uten unødige opphold. Ved store avstander kan en ha møte eller samtale som videokonferanse eller telefonmøte. Hvis pasienten alt er sendt til akuttavdelingen, kan akutteamet delta i mottakssamtalen ved akuttavdelingen og gi tilbud om hjemmebehandling som alternativ til innleggelse.

Portvaktfunksjonen er svært arbeidskrevende og det er nødvendig at akutteamet både har den nødvendige kompetanse og størrelse til å kunne ta ansvar for denne funksjonen.

Ved innleggelser kan akutteam med sin kompetanse på akutte situasjoner bidra til at innleggelsen blir mindre stigmatiserende og mindre traumatiserende. Eksempler på dette kan være at fastlegen ber teamet om assistanse i forbindelse med en tvangsinnleggelse. Det er likevel ikke forventet at akutteamet skal fungere som transporttjeneste.

Ha portvaktfunksjon i teamets åpningstid ved at alle henvendelser om innleggelse i akuttavdeling blir vurdert av teamet, også tvangsinnleggelser der det er praktisk mulig.

## 5.7 Rask responstid

### Første kontakt med henviser

I første kontakt med henviser, som regel på telefon, innhentes nødvendige opplysninger om blant annet personalia, henvisende instans, aktuell problemstilling, suicidalitet, voldsatferd før og nå, rus, psykose og annet som er relevant for situasjonen. Det er viktig å spørre henviser og pasient om hva som er hensikten med henvisningen.

Det er viktig å sjekke om pasienten allerede har behandlingskontakt i psykisk helsevern, og i så fall også informere annen behandlerkontakt. Dersom henviser ikke kjenner det ambulante akutteamet, er det nyttig å gi kortfattet og relevant informasjon om teamet og dets tilbud.

Alle medlemmer i teamet bør ha kompetanse til å ta imot og håndtere den første samtalen og delegert myndighet til å foreta nødvendige beslutninger om oppfølgingen, også til å vurdere at innleggelse er eneste alternativet og formidle dette til avdelingen som tar imot pasienten. Det vil vanligvis være naturlig og nyttig at en henvisning drøftes med en annen i teamet.

### Rask responstid

Den første samtalen gjennomføres så snart som mulig og innen få timer fra varsling av en alvorlig psykisk krise.

Samtalen foregår fortrinnsvis i hjemmet eller annet sted der pasienten oppholder seg eller ønsker at en skal møtes, og helst sammen med noen fra kommunehelsetjenesten og/eller den som henviser pasienten. Teamet må ha lav terskel for å reise ut og gjøre vurderinger, også om det er lang reisetid. En del pasienter trenger bare den første samtalen og ingen videre kontakt og behandling. Alle besøk bør av faglige og sikkerhetsmessige grunner utføres av to personer, der den ene som nevnt gjerne kan være fra annen tjeneste.

Handle raskt ved å møte pasienten umiddelbart og seinest innen få timer.

## 5.8 Utredning og behandling hjemme

### Utredning i hjemmet

Ved en vurdering i hjemmet vil mye informasjon være lettere tilgjengelig ut fra observasjoner av hjemmemiljø og interaksjon med nære pårørende. Pasienten er i større grad med i avgjørelsen om behandlingen. En ser også bedre hva som vil være viktig for døgnoppholdet om pasienten må legges inn, og hvordan en tidlig utskrivning eventuelt kan tilrettelegges.

Individuelle forhold ved den aktuelle krisen kartlegges for å finne ut hvilken psykiatrisk akutsituasjon foreligger. Det gjøres en tverrfaglig vurdering som munner ut i en prioritering og en foreløpig behandlingsplan. Andre teammedlemmer må ha tilgang til psykiater og/eller psykologspesialist for drøfting dersom ingen av disse er med i møtet med pasienten. Behov for avklaring av somatisk helse må gjøres snarest mulig av fastlegen.

Som portvakt for innleggelse må en vurdere generelle og individuelle beskyttelses- og risikofaktorer, inkludert eventuelle belastende forhold i hjemmet. Det er nødvendig å vurdere hvilken grad av fare det er for at pasienten kan komme til å skade seg selv eller ta sitt eget liv. Mange føler seg tryggere hjemme enn på sykehus og vektlegger frihet og autonomi.

Utredning og vurdering avsluttes med avtale om ett av følgende tiltak:

- Avtale om hjemmebehandling ved ambulant akutteam
- Henvvisning til videre oppfølging ved fastlege og/eller andre i kommunen
- Innleggelse i akuttavdeling eller henvvisning til annen enhet i spesialisthelsetjenesten

### Behandling hjemme

Behandling hjemme er for mange et godt alternativ til behandling i døgnavdeling, og den kan være av like god eller bedre kvalitet. I pasientens hjem ligger det til rette for å ivareta dagliglivets aktiviteter og muligheter for videreføring av nære relasjoner. Pasienten vil bedre kunne beholde kontroll og autonomi, og tydeligere vise hva han/hun sliter med og hvilke utfordringer som finnes. Det vil også være klarere hvilke ressurser pasienten har, og hvilke tiltak som er nødvendig for å støtte pasientens egen mestring. Andre forhold som taler for hjemmebehandling er:

- hjemmet kan være en trygg ramme for mange pasienter
- opprettholde kontakten med familie, bolig, dyr, arbeid eller utdanning
- unngå tilleggsbelastning ved institusjonsopphold
- kan lettere få løpende komparentopplysninger
- tett samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre omkring pasienten
- pasienten har omsorg for barn eller andre som trenger å bli sett, hørt og informert
- øving og utprøving på annen arena enn i institusjonen
- mindre stigmatiserende

Akutteamet bør kunne besøke pasienten flere ganger daglig dersom det er behov for det. Dette kan med fordel skje i samarbeid med kommunale tjenester. God intern rapportering er avgjørende for at teamet skal kunne ivareta god og intensiv oppfølging av samme pasient ved flere teammedlemmer og på tvers av skift.

Ambulant behandling lykkes fordi en klarer å skape et samarbeid bygd på relasjon og tillit. Men akutteamets korte behandlingstid er et dilemma og innebærer ofte et relasjonsbrudd like etter at den verste krisen er over. Det er derfor viktig at teamet best mulig bidrar til etableringen av relasjoner til den som skal følge opp pasienten videre (Stangeland 2009).

Hjemmebehandling medfører at maktbalansen mellom behandler og pasient er mindre skjev enn på institusjon, og at noe av denne skjevheten kan motvirkes. Pasienten beholder lettere verdighet og mestring. Han/hun må hele tiden ta ansvar for eget liv og handlinger, og blir ikke i samme grad umyndiggjort som ved en innleggelse. Pasienten blir den viktigste deltakeren i sin egen prosess, noe som også blir synlig for pasienten selv, pårørende og helsetjenestene.



## 5.9 Brukermedvirkning på individnivå

### Vekt på pasientens perspektiv

Akutteamets møte med pasient og pårørende må være preget av respekt og forståelse av at pasientens egen opplevelse av situasjonen er utgangspunktet, og av at pasientens egen tro på mulighet for bedring er helt sentral. Fagpersonens forståelse av situasjonen må tilpasses pasienten for å få et felles grunnlag for mulige løsninger. Brukerperspektivet handler blant annet om god informasjon, medvirkning i behandlingen, stabile relasjoner og egen evaluering av behandlingstilbudet. Helse Sør-Øst har utarbeidet "13 prinsipper for brukermedvirkning" som kan være nyttige også for akutteam.

### Vekt på pårørendes perspektiv

Pårørende er ofte en viktig ressurs i behandlingen og en sentral kunnskapskilde. De kjenner pasienten fra før sykdom eller psykisk krise oppstod, og de kjenner til tidligere behandling. Det er nødvendig å vurdere hvilke belastninger pårørende opplever og ha realistiske forventninger til hva de kan bidra med. For pasienten er det viktig at pårørende fungerer best mulig. Pårørende bør få nødvendig veiledning og støtte til å fylle den rollen de har. Det er også viktig å vurdere pårørendes egne behov og bidra til at de får den støtte de trenger for sin egen del.

Det kan være ulike måter å samarbeide med pårørende på, og i noen tilfeller vil det være nødvendig at teamet har løpende kontakt med disse for å følge en pasients utvikling tett. Organisasjoner for brukere og pårørende kan også være en lokal ressurs.

### Se barnas og foreldrenes situasjon og behov

Ved hjemmebehandling er muligheten for å trekke inn barnas situasjon bedre enn ved sykehusbehandling. Det er også større sjanse til å oppdage om barna ikke har det bra nok. Videre blir det blir enklere å problematisere mors/fars sykdom og innvirkningen på barna. Det gir muligheter for å snakke med barna om situasjonen, og gi dem bedre muligheter for å kunne forstå og takle situasjonen de er oppe i og bidra til å ta fra dem skyldfølelse. Det er viktig å vite at barn ofte forstår mer enn det som er synlig og at de tar ansvar som ofte ikke er deres å ta. Mindreårige barn av foresatte med psykiske lidelser bør tas særlig hensyn til. Mange barn og ungdom tar på seg omsorgsoppgaver for syke foreldre, og det er viktig å oppdage dette og bidra til at de kommunale tjenestene tar ansvar for å gi den hjelpen familien trenger, slik at ikke barn og ungdom i familien må ta dette ansvaret.

Det er også tydeligere om barnevernet bør involveres. Barnevernet er i en del situasjoner en viktig aktør og samarbeidspartner. Slikt samarbeid er lovfestet der meldeplikten utløses.

Behandlingen skal så langt det er mulig gis i henhold til pasientens ønsker og valg. Pårørende og særlig barn og ungdom bør også få den hjelp og bistand de trenger.

## 6 Implementering og evaluering

Utover den engelske boka om ambulante akutteam (Johnson 2008) foreligger det lite litteratur spesifikt om implementering av ambulante akutteam. Bokas siste kapitler omtaler planlegging og implementering av lokale team (kap. 24), rekruttering og opplæring (kap. 25) og operativ ledelse av ambulante akutteam (kap. 26). De fleste andre kapitlene i boka omtaler arbeidsmåter i akutteam og kan brukes i opplæring av fagpersoner. Alle ledere av ambulante akutteam bør lese denne boka, og boka bør være tilgjengelig i alle akutteam.

I tillegg til boka som er nevnt ovenfor, bygger omtalen av implementering delvis på resultater og tilrådinger basert på annen forskning på implementering (Grol 2005, Fixsen 2005), på

forslag fra Nasjonal Strategigruppe II om implementering som har fått oppslutning fra regionale helseforetak og helsemyndigheter (Nasjonal Strategigruppe II, 2010b), på råd fra England, og på utvekslinger av foreløpige erfaringer som akutteam i Norge har gjort.

### **6.1 Nasjonal plan for implementering**

Det er besluttet av nasjonale helsemyndigheter og de regionale helseforetakene at ambulante akuttjenester skal opprettes ved alle DPS innen 2013, fortrinnsvis som akutteam. Men det foreligger ikke noen konkret nasjonal plan for hvordan dette skal gjennomføres, og det er ikke etablert noen støttefunksjoner nasjonalt eller regionalt for implementeringen.

Kevin Heffernan, som i mange år har arbeidet med implementering av ambulante akutteam i en region i England og gitt veiledning i Norge, har gitt råd om hvordan en kan gjennomføre en nasjonal og regional implementering. En nasjonal kompetansseenhet bør utvikle en opplæringspakke for teamene. Pakken kan bestå av fellesopplæring for det enkelte team av en ukes varighet, og der lederne av undervisningen er ansatt og opplært for å utføre denne oppgaven nasjonalt eller regionalt. Høgskolen i Buskerud har utviklet et utdanningsopplegg for arbeid i ambulante akutteam, og det kan være nyttig å integrere elementer fra dette.

De som skal undervise, bør rekrutteres fra team som alt fungerer etter intensjonene i anbefalingene. De vil ha som hovedoppgave å reise til både etablerte og nye akutteam for å gi opplæring. Disse lærerne kan få opplæring av nøkkelpersoner med erfaring fra arbeid med anbefalingene som skal implementeres. Slik opplæring kan tilpasses det enkelte teamet ut fra hvor de er i sin utvikling. I tillegg kan det organiseres hospitering hos ambulante akutteam som arbeider etter anbefalingene. Opplæring bør følges opp med regelmessig veiledning.

### **6.2 Lokal implementering av ny praksis**

Implementering innebærer aktiviteter på flere nivå og i flere faser. De som skal implementere en modell må forstå selve modellen og begrunnelsen for den, de må få opplæring som inkluderer praktiske erfaring under veiledning og med tilbakemelding, og de må gjennomføre monitorering av arbeidet ved systematisk registrering og tilbakemelding for å se om de faktisk gjennomfører modellen over tid.

#### **Beslutning og oppfølging ved ledere**

Implementering krever at lokale ledere aktivt følger opp de beslutningene som tas. Dette gjelder både sikring av hvordan akutteamene arbeider og av samspillet mellom akutteamet og de andre enhetene som deltar i de samlede akuttjenestene. Akuttavdelinger må godta at ambulante akutteam har myndighet til å bestemme hvilke pasienter som kommer til akuttavdelingen. Akutteamene må være i stand til og forpliktet til å ta sitt ansvar for portvaktfunksjonen. Ledere og klinikere i de ulike enhetene må gjennomføre den arbeidsdelingen og arbeidsmåten som er besluttet, og ledere på overordnet nivå må ta ansvar for at enhetene samhandler slik de skal.

Gjennomføring av anbefalingene kan også innebære organisatoriske endringer som endring av arbeidsdeling, flytting av fagpersoner og omfordeling av ressurser.

#### **Etablere akutteam eller endre praksis for etablerte akutteam**

De fleste DPS i Norge har alt etablert ambulante akutteam, men de fleste av disse arbeider trolig bare delvis i samsvar med de anbefalinger som nå gis. Det er en utfordring for disse teamene å legge om sin praksis slik at den blir i tråd med anbefalingene.

For nyetablerte team blir utfordringene å rekruttere de rette fagpersonene, samkjøre teamet, og bygge opp nødvendig kompetanse. Det kan være en utfordring å få rekruttert psykiatere og psykologspesialister. Det er viktig å tilby disse konkurransedyktige arbeidsvilkår og oppgaver. Det er også viktig å knytte teamene opp mot nettverk og kolleger i andre team.

Både for nye og etablerte team er en utfordring å markedsføre tilbudet slik at alle aktuelle tjenester bruker teamet etter intensjonene. Primærhelsetjenesten bør trekkes med i diskusjoner rundt etablering og videre utvikling av ambulante akutteam. De bør høres, for de vet hva de ønsker av kontakt og tilgjengelighet for å kunne bruke akutteamet.

### **Opplæring og veiledning**

Alle medarbeidere bør i utgangspunktet ha et minimum av opplæring og erfaring. Ideelt sett bør opplæring gjøres før teamene blir operative. Men det er viktig at man følger opp med opplæring også etter oppstart for å sikre god kvalitet i tjenesten.

Veiledning i å arbeide i samsvar med anbefalingene kan gis av personer som selv har erfaring med å arbeide etter dem, og ved hospitering i akutteam som arbeider i samsvar med anbefalingene. Utveksling av erfaringer med andre akutteam innen Akuttnettverket og andre steder er også viktig.

### **Systematisk registrering for tilbakemelding på egen virksomhet**

Det er også viktig med systematisk registrering av vurderinger, gjennomført behandling og resultater for å kunne få tilbakemelding fra dette og lære av resultatene av arbeidet. Dett gjelder både pasientenes bedring, pasienters og pårørendes erfaringer med teamet, antall innleggelses og på hvordan innleggelsene skjer.

For å kunne sammenligne på tvers av team om en når samme målgruppe og får de samme resultater, må teamene å bruke samme pasientregistreringsskjema og samme måleverktøy for type og alvorlighetsgrad av psykiske problemer, som f eks HoNOS.

## **6.3 Forskningsbasert evaluering**

Implementering av ambulante akutteam i psykisk helsevern i Norge er en stor forandring som berører mange pasienter som er i alvorlig psykisk krise. Den kan også ha konsekvenser for kommunale helsetjenester og for akuttavdelinger og andre deler av psykisk helsevern. Det er derfor viktig at en om 3-4 år vet mye om i hvilken grad anbefalingene er implementert, hvilke virkninger det har hatt for pasienter og helsetjenester, og hvilke faktorer som har hatt betydning for utviklingen.

Muligheten til å få svar på disse spørsmålene vil være betydelig større om det gjennomføres en systematisk forskningsbasert evaluering av implementeringen. En evaluering som måler og gir tilbakemelding om implementeringen underveis, vil dessuten kunne bidra til at en vet bedre om en er på rett kurs og til å gjøre nødvendige justeringer.

En forskningsbasert evaluering bør inneholde følgende komponenter:

- Registrering av team som opprettes, sammensetning, åpningstider, portvaktfunksjon.
- Analyse av pasientmaterialet innsamlet av teamene i deres praksis ut fra bruk av felles registreringsskjema. Dette bør dekke både innholdet i behandlingen, og status og resultater for pasientene ved inntak og utskrivning. Det bør utformes slik at teamene kan bruke det som verktøy i sitt kliniske arbeid.
- Undersøkelse de erfaringer pasienter, pårørende og andre tjenester får med ambulante akutteam.
- Evaluering av teamenes praksis i forhold til anbefalingene, ved bruk av fidelity-mål som utvikles her i landet, eller helst i samarbeid med prosjektet som er startet opp i England.

Akuttnettverket kan eventuelt bidra i gjennomføringen av en slik prosess, siden nettverket samler de ambulante akutteamene i nettverkssamlinger to ganger i året. Akuttnettverket har også et sekretariat og en hjemmeside med funksjoner som kan understøtte prosessen.

## **6.4 Forslag om samarbeid med engelsk prosjekt**

Det er i 2011 startet opp et stort prosjekt i England for utforming av en mer spesifisert modell for ambulante akutteam og utvikling og utprøving av fidelity-kriterier (kriterier på troskap mot modellen) for disse. Prosjektet ledes av professor Sonia Johnson ved University College London, som er internasjonalt ledende forsker på ambulante akutteam og er hovedforfatter for boka om ambulante akutteam (Johnson 2008). Flere ledende forskningsmiljø innen psykiatrisk helsetjenesteforskning i England er med på prosjektet.

Gjennom kontakt med professor Sonia Johnsen har vi i Norge fått tilbud om et samarbeid med deres prosjekt i 2012-2014. Dette forutsetter at vi gjennomfører følgende:

- Spørreskjema eller intervju med alle teamledere i ambulante akutteam
- Kvalitativ undersøkelse av brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter
- Delta i diskusjon om en mer spesifisert modell for ambulante akutteam
- Delta i utvikling av fidelity-kriterier og en "verktøykasse" for teamene
- Prøve ut hvordan fidelity-kriterier og verktøykassa virker i Norge

Arbeidsgruppa anbefaler at helsemyndighetene i Norge sikrer et samarbeid med det engelske prosjektet ved gjennomføring av et parallelt prosjekt i Norge. Samarbeid med prosjektet i England vil kunne være nyttig på følgende måter:

- Vi får gjennomført en systematisk evaluering av ambulante akutteam i Norge.
- Vi får sammenlignet akutteamene i Norge med team i England ved samme måleverktøy.
- Vi får delta i utvikling av fidelity-kriterier for ambulante akutteam.

Et parallelt prosjekt i Norge må komme i gang vinteren 2012 for å kunne være med på de aktuelle prosessene i England.

### **Implementering og evaluering**

- Det utarbeides en nasjonal plan for implementering av akutteam og et program for opplæring og veiledning av team. En gruppe lærere/veiledere utdannes.
- Det gjennomføres en forskningsbasert evaluering av ambulante akutteam i 2012-2015, med bruk av felles måleverktøy og systematisk tilbakemelding til teamene.

## Referanser

- Adesanya A (2005). Impact of a crisis assessment and treatment service on admissions into an acute psychiatric unit. *Australian Psychiatry*, 13(2), 135–140.
- Barker V, Taylor M, Kader I, Stewart K, Le Fevre P: Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist* 2011, 35:106-110.
- Bridgett C, Polak P (2003). Social systems intervention and crisis resolution. Part 2: Intervention. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 432–438.
- Brooker C, Ricketts T, Bennett S, Lemme F. Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service. *J Clin Nurs* 2007 Jul;16(7):1313-22.
- Clark F, Khattak S, Nahal J, Linde K (2009). Crisis Resolution and Home Treatment: The Service User and Carer Experience. National Audit Office, London.  
[http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping\\_people\\_through\\_mental.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping_people_through_mental.aspx)
- Cotton MA, Johnson S, Bindman J, Sandor A, White IR, Thornicroft G, et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry* 2007, 7:52.
- Damsa C, Hummel C, Sar V, Di Clemente T, Maris S, Lazignac C et al (2005). Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: A naturalistic study. *European Psychiatry*, 20, 562–566.
- Department of Health (1999). A National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models. Stationary Office, London.
- Department of Health (2001): Crisis Resolution/Home Treatment Teams. The Mental Health Policy Implementation Guide. London: National Institute for Mental Health in England.
- Dibben C, Saeed H, Stagias K, Khandaker GM, Rubinsztein JS (2008). Crisis resolution and home treatment teams for older people with mental illness, *Psychiatric Bulletin* 2008 32:268-270. <http://pb.rcpsych.org/content/32/7/268.full.pdf>
- Helsedirektoratet (2006). Veileder. Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder IS-1388, Helsedirektoratet.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, (FMHI Publication #231) The National Implementation Research Network.
- Forbes NF, Cash HT, Lawrie SM (2010). Intensive home treatment, admission rates and use of mental health legislation. *The Psychiatrist*, 34, 522–524.
- Ford R, Minghella E, Chalmers C, Hault J, Raftery J, Muijen M (2001). Cost consequences of homebased and in-patient-based acute psychiatric treatment: Results of an implementation study. *Journal of Mental Health*, 10(4), 467–476.
- Fullford M, Farhall J (2001). Hospital versus home care for the acutely mentally ill? Preferences of caregivers who have experiences both forms of service. *Aust N Z Psychiatry* 35(6):619-625.
- Furminger E, Webber M (2009). The effect of crisis resolution and home treatment on assessments under the 1983 Mental Health Act: An increased workload for approved social workers? *British Journal of Social Work*, 39, 901–917.

- Gjeldstad K, Løvdahl H, Ruud T, Friis S. (2003) Tvangsinnleggelser til psykiatrisk observasjon - blir de opphevet dagen etter? Tidsskr. Den norske lægefor. 123 (7): 917 -20.
- Glover G, Arts G, Babu KS (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. Br J Psychiatry 2006, 189:441–445.
- Grol R, Wensing M, Eccles M (Eds.) (2005). Improving patient care. The implementation of change in general practice. London: Elsevier.
- Gråwe R, Ruud T, Bjørngaard JH (2005). Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. Tidsskrift for den norske legeforening 125 (23): 3265-8.
- Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H (2001). Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. Psychiatric Services, 52(2), 3–8.
- Hagen H, Ruud T (2004). Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003. Rapport STF78 A045026. SINTEF Helse, Trondheim.  
<http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/A045026.pdf>
- Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T (2011a). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are crisis resolution teams fulfilling their role? BMC Health Service Research 11:96
- Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S, Ruud T (2011b). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. BMC Psychiatry 11:183
- Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway (Submitted 2012).
- Helsedirektoratet (2006). Veileder. Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder IS-1388, Helsedirektoratet.
- Helse Sør-Øst. 13 prinsipper for brukermedvirkning.<http://www.helse-sorost.no/pasient/brukermedvirkning/Sider/13-prinsipper-for-brukermedvirkning.aspx>
- Hubbelling D, Bertram R (2012). Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. Journal of Mental Health, prepublished online. DOI: 10.3109/09638237.2011.637999
- Hultberg KB, Karlsson B (2007). Brukererfaring med kriseintervensjon i eget hjem. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 44(7):900-905.  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=28232&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=28232&a=2)
- Hurcom C, Parnham L, Horler M, Horn N, Davis F (2008). Briefing Paper: The role of psychologists working in Crisis Resolution Home Treatment (CRHT) Teams. British Psychological Society. <http://www.its-services.org.uk/silo/files/briefing-paper--the-role-of-psychiatrists-working-in-crisis-resolution-.pdf>
- Irving CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001087.pub3/pdf/standard>
- Jacobs R, Barrenho E (2011). Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. Br J Psychiatry 199:71-6.
- Jethwa K, Galappathie N, Hewson P (2007): Effects of a crisis resolution and home treatment team on in-patient admissions. Psychiatr Bull 31:170–172.
- Johansen IH, Morken T, Hunnskaar S (2009). Contacts related to psychiatry and substance abuse in Norwegian casualty clinics. A cross-sectional study. Scand J Prim Healthcare 27:180 – 5.

- Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. Contacts related to mental illness and substance abuse in primary healthcare. A cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scand J Prim Healthcare* 2010; 28:160 – 5.
- Johansen IH, Mellesdal L, Jørgensen HA, Hunskaar S (2011). Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward: patient characteristics and referring agents. A prospective study. *Nord J Psychiatry* 66:40-48.
- Johnson S, Nolan F, Hoult J, White IR, Bebbington P, Sandor A, McKenzie N, Patel SN, Pilling S (2005a). Outcomes of crisis before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry* 187:68–75.
- Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, White IR, Thompson M, Bebbington P (2005b). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team – the north Islington crisis study. *Br Med J* 2005b, 331:586–587.
- Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thronicroft G. *Crisis Resolution and Home Treatment In Mental Health*. Cambridge University Press, Cambridge, 2008.
- Jones R, Jordan S (2010). The implementation of crisis resolution home treatment teams in Wales: results of the national survey 2007-2008. *The Open Nursing Journal* 4:9-19.  
<http://benthamsience.com/open/tonursj/articles/V004/9TONURSJ.pdf>
- Karlsson B, Borg M, Sjølie H (2011a) Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre – en kartleggingsstudie. *Sykepleie Forskning*. 6(1):62-68.
- Karlsson B, Borg M, Eklund M, Kim HS (2011b). Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study. *Int J Ment Health Syst* 2011;5(1):19.
- Keown P, Tacchi MJ, Niemiec S, Hughes J (2007). Changes to mental healthcare for working age adults: impact of a crisis team and an assertive outreach team. *Psychiatr Bull* 31:288–292.
- Killaspy H, Johnson S, King M, Bebbington P (2008). Developing mental health services in response to research evidence. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2008 17(1):47-56.
- Kolbjørnsrud OB, Larsen F, Elbert G, Ruud T: Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akuttplasser ved sykehus? *Tidsskr nor lægeforening* 2009, 129:1991–1994.
- Lyons C, Hopley P, Burton CR, Horrocks J (2009). Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16(5):424-33.
- McCrone P, Knapp M, Hudson J (2007). Model to assess the Economic Impact of integrating CRHT and Inpatient Services. Centre for the Economics of Mental Health, Health Service and Population Research Department, King's College, London. Report.  
[http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping\\_people\\_through\\_mental.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping_people_through_mental.aspx)
- McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, Thompson M, Bebbington P (2009). Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 18(1):54-58.
- Middleton H, Glover G, Onyett S, Linde K (2008). Crisis resolution/home treatment teams, gate-keeping and the role of the consultant psychiatrist. *Psychiatric Bulletin* 32:378-378.  
<http://pb.rcpsych.org/content/32/10/378.full.pdf>
- Morgan S (2007). Are crisis resolution & home treatment services seeing the patients they are supposed to see? - A report of interviews with CRHT and ward managers across 25 sites in England regarding 500 referrals to CRHT teams and 500 admissions to inpatient wards during January-April 2007. National Audit Office, London.  
[http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping\\_people\\_through\\_mental.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping_people_through_mental.aspx)

Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB (2010a). Arbeidsgruppe 2. Utvikling og oppgradering av Distriktpsikiatriske sentre - Arbeids- og ressursfordeling mellom DPS og sykehus.

Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB (2010b). Arbeidsgruppe 3. Implementering av nasjonale og internasjonale retningslinjer/veiledere, og dokumenterte kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder kan raskt bli implementert og fulgt både i klinikk, universiteter og høyskoler

National Audit Office (2007). Helping people through mental health crisis: The role of Crisis Resolution and Home Treatment services. National Audit Office, London.

[http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping\\_people\\_through\\_mental.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping_people_through_mental.aspx)

National Audit Office (2007). Crisis Resolution Home Treatment Services Survey of referring clinicians. National Audit Office, London.

[http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping\\_people\\_through\\_mental.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping_people_through_mental.aspx)

Nelson T, Johnson S, Bebbington P (2009). Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44(7):541-9.

Onyett S, Linde K, Glover G, Floyd S, Bradley S, Middleton H (2007). A national survey of crisis resolution teams in England. London: Care Services Improvement Partnership, Department of Health and University of the West of England.

Onyett S, Linde K, Glover G, Floyd S, Bradley S, Middleton H (2008). Implementation of crisis resolution/home treatment teams in England: national survey 2005–2006, *Psychiatric Bulletin* (2008). 32:374-377. <http://pb.rcpsych.org/content/32/10/374.full.pdf>

Roberts AR, Ottens AJ (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 5 (4):329-339.

<http://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?url=http%3A%2F%2Fbtci.stanford.clockss.org%2Fcgi%2Freprint%2F5%2F4%2F329>

Robin M, Bronchard M, Kannas S (2008). Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 498–506.

Ruud T, Gråwe RW, Hatling T (2006). Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie. SINTEF-rapport A310. SINTEF Helse, Trondheim.

Scott RL (2000). Evaluation of a mobile crisis program: Effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatric Services*, 51(9), 3–6.

Sjolie H, Karlsson B, Kim HS: Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review. *J of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010, 17:881-892.

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

Stangeland T (2009). Relasjonelle dilemmaer i akutt ambulant arbeid, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 46(10):965-969.

[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=93330&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=93330&a=2)

Tyrer P, Gordon F, Nourmand S, Lawrence M, Curran C, Southgate D (2010). Controlled comparison of two crisis resolution and home treatment teams. *The Psychiatrist* 34(2):50–54

Uddin MS, Byrt R (2007). Resolving crisis within the community. *Journal of Community Nursing*, 5, 4–12.

Winness MG, Borg M, Kim HS: Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health* 2010, 19:75–87.