

«Ambulant akutteam - Et sikkerhetsbelte for mennesker i psykisk krise?»

Monika Knudsen Gullslett, Bengt Karlsson, Ulla Forinder og Marit Borg

Monika Knudsen Gullslett, Stipendiat, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud (HiBu),

Bengt Karlsson, Professor, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud (HiBu),

Ulla Forinder, Docent, Nordiska Høgskolen for Folkehelsevitenskap,

Marit Borg, Professor, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud (HiBu).

Abstract

The objective of this study is to contribute with in-depth knowledge based on persons' subjective experiences within mental health crisis and support and help from a Crisis Resolution/Home Treatment (CR/HT) team. The study has a qualitative, exploratory design and qualitative interviews were conducted with seven persons. They have experiences with both inpatient treatment in hospitals and support from a CR/HT teams. The informants revealed a variety of experiences as service users in the different helping contexts. The experiences of the CR/HT team's accessibility, availability and flexibility, was highlighted as important. The Service users felt they were taken more seriously and met as a fellow human being in the home setting as opposed to hospital ward. The informants also emphasized how the CR/HT team helped them to feel more safe and secure. This study offers some in-depth insights of being on the receiving end of mental health services. It is important to include experience based user knowledge in the evidence base of practice development.

Key-word

Ambulant akutteam, mental helse, brukererfaring, tjenesteutvikling, Crisis resolutions/Home Treatment (CR/HT) teams; mental health Crisis; User experience; Service development.

Referee*

Innledning

Innføring av ambulante team har vært en del en utvikling fra sentrale til lokaltbaserte helsetjenester de senere år (Gråwe, Ruud, & Bjørngaard, 2005; B Karlsson, Borg, & Sjølie, 2011). De ulike modellene av ambulante team har oppgaver knyttet til krisehåndtering, psykososial rehabilitering, forebyggende arbeid eller som oppfølging etter behandling i eller utenfor institusjon (Burns et al., 2001). Denne artikkelen har fokus på brukererfaringer med ambulante akutteam (AAT), en poliklinisk tjeneste for voksne over 18 år. Ambulante

akutteam, gir tilbud om rask hjelp til håndtering av alvorlige psykiske kriser. Et av formålene er å forebygge innleggelse i sykehus ved støtte gjennom individuelle samtaler og familiesamtaler, praktisk hjelp, samt å samarbeide om hjemmebasert hjelp i den psykiske krisen (Hasselberg, 2012). Det er i dag etablert nærmere 60 AAT i Norge (B Karlsson et al., 2011). Det faglige innholdet i teamene er beskrevet i rapporten «Du er kommet til rett sted...-ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske senter» (Sosial og Helsedirektoratet, 2006:3). I rapporten vektlegges det at brukerens behov og preferanser skal være i fokus og at personer i psykisk krise gis mulighet til å få rask, tilgjengelig og helhetlig hjelp i trygge omgivelser. Det er også sentralt å styrke egenmestring hos den enkelte og samarbeide med det sosiale nettverk (Sosial og Helsedirektoratet, 2006:3). Nye anbefalinger for ambulante akutteam som ble videreutviklet og sendt helsedirektoratet for behandling i 2012 viderefører mye av innholdet i rapporten fra 2006 (Akuttnettverket, anbefalinger for AAT 2012). Utviklingen kan også ses i sammenheng med et av hovedmålene i dagens helse- og velferdspolitikken som handler om å utvikle tjenester som anerkjenner brukeres erfaringer, kunnskaper og preferanser. Målet er at helsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Helse og omsorgsdepartementet (HoD), 1996-97, 2011) (ibid.). Tjenestene skal være basert på den enkelte innbyggers behov, noe som også er i tråd med forskning innen psykisk helsefeltet (Agar-Jacomb & Read, 2009; Sjølie, Karlsson, & Kim, 2010). Å jobbe med hverdagsliv i praksis krever utvikling av tjenester som tar hensyn til den enkeltes helse og livssituasjon. Dette innebærer at personer som opplever psykisk krise skal møtes med respekt og anerkjennelse av egne erfaringer.

Utvikling av ambulante akutteam kan sees i lys av senere års forskning og praksisutvikling innen recovery (Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Tew et al., 2012). I recoveryforskning vektlegges personenes egne erfaringer med hvilke forhold som bidrar til bedring ved psykiske helseproblemer. Dette handler om forhold på personnivå så vel som sosiale forhold. I en artikkel om nordisk forskning beskrives de sentrale elementer innen recovery slik (sitert i (Bengt Karlsson & Borg, 2013):69)

«'Å komme seg' eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingsideologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere psykiske problemer på og ikke minst de sosiale konsekvenser av problemene. Dette arbeidet gjør den enkelte gjerne sammen med sitt sosiale nettverk, dvs fagpersoner, venner eller pårørende, som støtter på ulike vis. Recovery-prosesser kan føre til utvikling og bedring og en situasjon der personer fortsatt har behov for litt støtte. Gjennom recovery-prosesser kan personer også oppleve et liv uten «symptomer» eller behov for profesjonell innsats»

I recovery-orienterte tjenester legges vekt på gode levekår, støttende omgivelser, materielle og sosiale betingelser og individrettede behandling og støtte (Borg & Karlsson, 2011; Davidson et al., 2007; Gudde et al., 2013).

Dette er i tråd med veilederen for DPS (2006) og i føringer for ambulante akutteam, hvor det påpekes at, selv om det er gjort mye, gjenstår det fremdeles en stor jobb i å utvikle og tilpasse tjenester innen akutt psykisk helsevern og helsearbeid (Sosial og Helsedirektoratet, 2006:3). Spesielt viktig er behovet for recovery orienterte tjenester med bedre integrering av brukerperspektiv og større grad av tilgjengelige, tilpassede og koordinerte tilbud. Brukeres erfaringer og perspektiver på hva som er god hjelp ved psykisk krise er i liten grad utforsket. Hovedtrekkene i den begrensede forskningen om ambulante akutteam som foreligger viser at

brukere ofte er fornøyd med denne tjenesten. Det pekes spesielt på at AAT har høy grad av tilgjengelighet og fleksibilitet. De bidrar til kontinuitet i bedringsprosessen og sørger for at informasjon blir gitt til riktig sted til rett tid (Gudde et al., 2013; Johnson, 2007; Winness, Borg, & Kim, 2010). Målsettingen med denne artikkelen er å styrke kunnskapsgrunnlaget om brukeres erfaringer med tilbud fra ambulante akutteam med fokus på hva som enkeltpersoner erfarer som god og nyttig hjelp. Forskningsspørsmålet er, «hva opplever og beskriver personer i psykisk krise som virksom hjelp fra ambulante akutteam for «å komme seg» ved en psykisk krise?»

Metode

Studien som denne artikkelen er basert på er en delstudie i Forskningsprosjektet “Krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsearbeid”. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Buskerud, Sykehuset Buskerud, Vestre Viken HF, Mental Helse Buskerud og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Buskerud. Prosjektets varighet var fra 2007 til 2011 (Borg, Karlsson, & Kim, 2010). Hovedmål med prosjektet som helhet var å utvikle kunnskap om hvordan psykisk krise oppleves og beskrives, samt hvordan utvikle hjemmebehandling og akutteam (B Karlsson, Borg, & Kim, 2008). I den delen av studien som presenteres her er det tatt utgangspunkt i ett ambulante akutteam. Teamet hadde en åpningstid på hverdager fra kl 8.00-21.00 og i helgene fra klokken 10.00 til 16.00. Det var en tverrfaglig profil blant de ansatte, med en hovedvekt av sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid/psykiatri. Det var tilknyttet psykiater/psykolog i 20 % stilling.

Datainnsamling

Studiens design tar utgangspunkt i et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv. Den er eksplorativ, beskrivende og tolkende i den hensikt å undersøke hva som oppleves som god hjelp for å komme seg i en psykisk krise (Kalleberg & Holter, 1996; Kvale & Brinkmann, 2009a; Marshall & Rossman, 1995). Det er gjennomført kvalitative intervjuer med syv personer på to tidspunkt med cirka ett års mellomrom. Hvert intervju har vart i 60 - 90 minutter. Informantene valgte sted for hvor intervjuet skulle gjennomføres. To av intervjuene foregikk på egnet sted ved intervjuers arbeidssted og fem hjemme hos informantene. Presentasjon av funn i denne artikkelen er basert på det første intervjuet, da det her ble beskrevet de mest rikholdige erfaringer med hjelp og støtte fra det aktuelle ambulante akutteam. Det ble lagt vekt på å være så åpen og fri for forforståelse som mulig i møte med informantene. Hvert intervju begynte som en samtale og innledningsspørsmål var knyttet til hvordan den intervjuede så på og opplevde en psykisk krise. Samtalen ble åpnet med det første spørsmålet i intervjuguiden «Hva tenker du på når du hører ordet psykisk krise?». Ønsket var at informanten skulle snakke så fritt som mulig om opplevelser med psykiske kriser. Følgelig ble intervjuguiden med tema og spørsmål brukt som veileder kun i siste del av intervjuet. Informantene fortalte detaljert om erfaringer med hva de opplevde som god hjelp underveis i intervjuene. Seks av intervjuene er gjennomført av førsteforfatter alene. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert ordrett av førsteforfatter. En av informantene ble intervjuet av første og fjerdeforfatter av artikkelen. Informanten ønsket ikke at det skulle gjøres opptak. Det ble derfor gjort notater som ble skrevet ned i etterkant av intervjuet.

Utvalg

Studiens ambisjon er å fremskaffe forskningsbasert kunnskap om personer som har opplevd psykisk krise og deres opplevelser av hva som var god hjelp. Det ble valgt ut informanter basert på følgende inklusjonskriterier:

1. Personen har fått hjelp av det aktuelle ambulante akutteam minst to ganger
2. Personen skåret under 50 både på Global Assessment Symptom og Global Assessment Function scale (GAF S og F) ved inntak i teamet (Hall, 1995).
3. Personen har vært innlagt ved akuttpost/døgnet minimum seks måneder før forespørselstidspunktet for studien.

I tabell I er det gjengitt en oversikt over utvalgte sosio-demografiske variabler hos informantene per intervju 1.

	alder	Kjønn	Sivil status	Ansvar egne barn	utdanning	I jobb	Inntekt
1	50-60	Mann	Gift	Nei	VGS	Nei	Pensjon
2	40-50	Kvinne	Alene	Nei	Ungdomsskole	Nei	Pensjon
3	40-50	Kvinne	Alene	Nei	VGS	Nei	Pensjon
4	40-50	Kvinne	Alene	Ja	Høyere utd.	50 %	Lønn/pensjon
5	70-80	Kvinne	Alene	Nei	Høyere utd.	Nei	Pensjon
6	30-40	Kvinne	Alene	Ja	Høyere utd.	Nei	Pensjon
7	30-40	Kvinne	Samboer	Ja	Høyere utd.	Ja	Lønn

Tabell I: Sosio-demografisk informasjon om informanter i studien

Utvalget ble gjort fra 1. februar 2008 til 1. august 2009. Totalt 381 personer ble registrert som pasienter ved det aktuelle teamet. Første trinn var i utvalgsprosessen var å velge personer som hadde vært i kontakt med minst to ganger, men ikke de siste tre månedene på forespørselstidspunkt. Det var 161 personer som ble inkludert etter inklusjonskriteriene 1 og 2. 30 av disse kom inn under det tredje inklusjonskriteriet. Syv personer, en mann og seks kvinner, mellom 34 og 74 år valgte å delta i studien. Alle hadde opplevelser med langvarig og gjentakende psykiske lidelser og kriseopplevelser. Det var få som svarte på henvendelsen og ønsket å delta. På grunn av utvalgsprosedyrer og etiske hensyn har vi liten kunnskap om de som ikke svarte på forespørsel. Om flere hadde deltatt ville det kunne gitt andre svar enn det vi har fått i denne undersøkelsen. Et lite utvalg er karakteristisk ved kvalitative, fenomenologisk-hermeneutiske undersøkelser. Brukerperspektivene som presenteres i denne studien anses som en viktig byggestein i kunnskapsutvikling innen feltet.

Etiske refleksjoner

Studien er godkjent av Regional etisk komite for medisinsk faglig forskning (REK, s-07329a) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Overlegen ved det aktuelle Distriktpsikiatriske senteret var ansvarlig for rekruttering til studien. Det var kun overlegen som kjente personene sin identitet frem til de eventuelt bekreftet deltakelse i forskningen. Aktuelle informanter som ble forespurt fikk tilsendt et brev med informasjon om studien, samtykkeerklæring og frankert svarkonvolutt. Forespurte som ikke ønsket å delta behøvde ikke å svare. Informantene i studien har opplevd lange perioder med psykiske problemer og

kriser og ble ansett som en sårbar gruppe. Temaene som ble tatt opp i intervjuet ble vurdert til å kunne utløse reaksjoner på grunn av at de berørte vanskelig situasjoner knyttet til kriseopplevelser, egne handlinger og forhold til familie og nettverk. Dette ble tatt opp med hver enkelt i slutten av hvert intervju. Det ble gitt informasjon om at de kunne kontakte både ambulant akutteam og intervjuer i etterkant om det var behov. Alle ble spurt om de hadde noen fortrolige som de selv kunne kontakte om det var nødvendig. Intervjuer vurderte at hver informant ble ivaretatt på etisk forsvarlig måte i henhold til at alle ble informert om mulighet for å ta kontakt og få hjelp om det var nødvendig.

Navn på personer oppgitt i funn er fiktive. Anonymitet for hver enkelt informant er søkt ivaretatt slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne personer inkludert i studien.

Analyse

Analyseprosessen startet opp samtidig med datainnsamlingen under det første intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009b). Prosessen har vært preget av dynamisk og refleksiv intervjuing, transkribering, lesning og fortolkning av data. Analysen har vært inspirert av Kvaless beskrivelse av meningsanalyse (Ibid.). Etter transkribering ble alle intervjuer lest gjennom flere ganger og fortolket åpent i en kontinuerlig prosess. Dette for å danne seg et helhetsinntrykk av hvilken betydning hjelpen mottatt av ambulante akutteam har hatt å si for hver enkelt informant (Bricolage) (2009b). Videre er intervjuene lest med utgangspunkt i forskningsspørsmålet «hva opplever og beskriver personer i psykisk krise som virksom hjelp fra ambulant akutteam for «å komme seg» ved en psykisk krise?». Formålet var å finne ulike dimensjoner og nyanser i hva informantene fortalte om opplevelser med hjelp fra ambulante akutteam. Det ble søkt etter både felles og ulike opplevelser om det å få hjelp fra et ambulant akutteam. Informantenes beskrivelser og aktuelle utsagn som er fortolket til å høre sammen, er samlet i tema som utfra forskers analyse dekker det som er sagt. Forfatter fire har også deltatt i analyse av innholdet i funnene relatert til tema.

Det har vært viktig å skape forståelse av hva informantene beskriver som god hjelp. Dette er gjort gjennom gjentagende lesning og fortolkning av intervjuene underveis fra første møte til det presenteres skriftlig (en iterativ og abduktiv prosess). Relatert til målet med studien om å utvide dybdekunnskap fra og om mennesker som har opplevd psykiske kriser og deres liv, har informantene bidratt til dette. De syv informantenes erfaringer bidrar med innsikt som er viktig for videre utvikling av AAT. Når det gjelder etterprøvbarehet av hva som er beskrevet i intervjuene er validering av foreliggende datamateriale gjort ved at førsteforfatter har gjennomført og transkribert intervjuer og underveis dannet inntrykk av hva som er viktige tema for intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2009b). Det har vært viktig å ha en åpen refleksjon underveis i henhold til hvordan intervjuene er gjennomført, fortolket og gjengitt informasjon (Alvesson & Sköldberg, 2008; Repstad, 2007).

Funn

Hensikten med studien har vært å bidra med økt kunnskap om hva personer i psykisk krise opplever og beskriver som god hjelp fra ambulant akutteam for å komme seg gjennom en krise. For informantene i denne studien handler psykisk krise om å ikke klare selv de enkleste ting i hverdagen. Essensen ved å være i en psykisk krise er å miste mestringsevnen og å ha

behov for hjelp for å klare hverdagen igjen. Det å være i krise beskrives som at alt står på hodet. Det er kaos. Det er som å tråkke i en sort sørpe. Negative konsekvenser av å oppleve en psykisk krise er tap av nettverk, tap av håp om å få et bedre liv, mangel på å håndtere hverdagslige aktiviteter. Positive konsekvenser er at erfaringene den opplevde krisen innbringer gjør det mulig å gjenkjenne egne handlinger og situasjoner som igjen bidrar til iverksetting av hensiktsmessige løsninger når krisen nærmer seg igjen. Flere av informantene opplever at de har fått god hjelp fra ambulansetjenesten. Det er dette denne artikkelen handler om. Funnene blir presentert i følgende fem tema:

- Trygghet - AAT som et sikkerhetsbelte
- Å oppleve kontinuitet
- Å føle seg betydningsfull nok
- Å få hjelp til å gripe fatt i løsninger og
- Bidrag til et trygt hverdagsliv.

Trygghet - AAT som et sikkerhetsbelte

Temaet omhandler informantenes opplevelser av ambulansetjenesten sin fleksibilitet og tilgjengelighet som grunnlag for å skape trygghet. For flere var muligheten til å kontakte teamet avgjørende for å komme seg gjennom de verste periodene i krisen. Noen av informantene fortalte at teamet føltes tilgjengelig ved at det var mulig ringe dem. Når de ringte fikk de rask og hensiktsmessig hjelp fra fagpersoner. Philip sier at han har teamet i bakhodet og vet at om det tårner seg opp en fredagskveld så er de der:

... Det er et sikkerhetsbelte. For å kalle det sånn... det... jeg kan ikke bruke dem hver dag, og det har jeg ikke noe behov for heller, men hvis det skulle knipe at jeg liksom skjønner at nå, nå går det ad undas her så kan jeg ringe. (...) bare det at du har et telefonnummer så treffer du en så som vet hvem jeg er...

Emma har lignende erfaring med teamet:

... jeg bruker det ikke så ofte men, jeg føler meg i et sånt sikkerhetsnett (...) for de sier jo sånn at, de har jo sagt hele veien at hvis det er noe så er det bare å ringe.

Lisa opplevde trygghet og sikkerhet i hjelpen fra teamet gjennom at de kom hjem til henne. Viktig for henne var det at det var mulig å ta kontakt i helgene. Det var ofte da krisen kom og var tung å håndtere for henne. Sarah opplevde å få god hjelp ved at teamet tilpasset seg hennes behov. Hun kunne styre i den grad hun klarte når og hvordan de skulle være der. Dette skapte trygghet for henne:

Altså, de kunne jo ikke være der i fire timer, men altså, du følte likevel at de hadde tid. Og da var jeg såpass uvel at da hadde jeg ikke hatt ork til å ha de der i flere timer uansett. Og de var veldig fleksible i forhold til tidspunkt de kunne komme. "når passer det best at vi kommer, vil du at vi skal komme en gang til? du kan ringe oss hvis sånn og sånn".

Å oppleve kontinuitet

Flere av informantene fortalte at det var god hjelp i å møte og snakke med en og samme fagperson fra gang til gang. Når en i teamet var med på alle samtale, var det greit om en ny og ukjent var til stede i møtene. Det sentrale var at det var en som holdt tak og forstod situasjonen underveis. Dette førte til at de kunne snakke om ting som hadde blitt tatt opp ved tidligere møter, hva som hadde skjedd siden sist og hva som var viktig på det aktuelle tidspunkt. Nora fortalte at slike samtaler følte viktigere for henne enn alle medisinene som legene hadde gitt henne tidligere. Fagpersonen som var hjemme hos Nora møtte henne på en slik måte at hun kunne fortelle åpent om det hun hadde behov for å snakke om:

ja, det var ei, en ung sykepleier, men hun var veldig grei. men hun sa... de skulle være to (...)ja, de kom hit til meg tre – fire ganger disse her. Også gikk vi og snakket. Og hun fikk meg til å snakke. Ja og hun fikk meg til å snakke om alt.

For Cathrine var det god hjelp i at det var den samme personen som kom hjem til henne. Dette gav opplevelse av kontinuitet og forutsigbarhet i hverdagen. For henne handlet det mye om kjemi og at hun fikk god kontakt. Da kunne hun snakke om det som var vanskelig med fagpersonene når de møtte henne hjemme:

Jeg synes jo det var veldig ålreit da. det er helt sikkert kjempe personavhengig (ler litt) for jeg traff ei som jeg kommuniserte veldig bra med, eller de var jo av og til to og, men det var jo alltid hun ene som hadde mest med meg å gjøre da.

Sarah opplevde møtene med fagpersonene i teamet som gode. Hun erfarte teamet som godt organisert og at jobben de gjorde var gjennomtenkt. Om det kom en annen senere på kvelden eller dagen etter, merket hun at de hadde fått grundig rapport fra de som de som hadde vært der tidligere. De som kom senere kunne oppsummere med hvordan det hadde vært og sjekket med henne om de hadde oppfattet situasjonen riktig.

For Emma var det at den samme personen kom fra gang til gang til god hjelp:

Det har ikke vært nye mennesker som jeg måtte forholde meg til hver dag. Det har vært sånn at man har fått en kontakt, så kommer stort sett den. Eller så kommer de to stykker og så er det en av dem i hvert fall som kommer neste gang da. så det er, det er veldig verdifullt at det ikke er for mange og, for det er liksom sånn skal du fortelle alt en gang til så blir det veldig slitsomt (trykk på en gang til).

Å føle seg betydningsfull nok

Informantene opplevde som viktig at noen har tid til en og det å bli tatt på alvor hadde positiv innvirkning på det å håndtere krisesituasjonene. Det å føle seg betydningsfull og verdifull ved at fagpersoner kom hjem var en viktig opplevelse i det å komme seg gjennom krisen. Sarah forteller at fagpersonene i teamet var veldig rolige og behagelige. De tok seg tid til henne uansett hvilken tilstand hun var i:

De kom når de skulle komme, hvis de ble litt forsinket så ringte de og sa i fra. Så... jeg følte at jeg ble møtt med verdighet og respekt og at de tok det jeg hadde å si alvorlig. Selv om jeg stod på huet i sofaen så hørte de på meg.

Sarah sier at hun opplevde å være i veldig ubalanse. Det at teamet stod sammen med henne gjorde at hun følte at hun ble tatt på alvor og verdsatt som den hun var.

Emma opplevde at hjelpen fra ambulanseteam ga henne selvtillit. Hun fikk mye ros for at hun hadde ringt til dem når hun hadde det vanskelig. Hun opplevde at de la vekt på og snakket om de tingene hun var god på underveis i hele prosessen. Hun fortalte at bare det at de kom hjem til henne gjorde at hun følte seg mer verdifull:

(...) og det ambulante teamet, de bygde jo opp selvtilliten min rett og slett bare ved at de kom. At jeg var betydningsfull nok til at de kom dagen etter det for meg var liksom... det skulle ikke mere til for å få ballen til å begynne å gå, så lite tro på meg selv hadde jeg (...) ja, jeg følte at det.. det var greit, altså de gav meg en følelse av at det var greit at jeg sleit og at det var greit at jeg brukte deres tid.

Emma hadde tanker om at det sikkert var folk som var dårligere enn henne. Hun tenkte at hun kanskje ikke var dårlig nok til at de skulle bruke så mye tid på henne, og de kom likevel. Dette var betydningsfullt for henne.

Å få hjelp til å se problemer og løsninger

Flere av informantene beskrev hvordan de på ulike vis fikk hjelp til å finne løsninger. Spesielt om hvordan det var mulig å jobbe med og å komme seg gjennom krisen. Cathrine fortalte:

.. for det første så får du satt litt fokus på hva som egentlig er problemet og så kan man begynne å ... fokusere litt på løsninger. for akkurat det, det mister man evnen til sjøl når man har virkelig gått på en smell så ser du ikke alternativ til løsninger, for det er så fjernt borte at man når det ikke liksom... (...) hun som jeg hadde mest kontakt med greide å hjelpe meg til å gripe fatt i hva som var viktig og hva som var hovedproblemet.

Fagpersonene i teamet hjalp Cathrine til å systematisere hovedproblemene ved å skrive ting ned i en handlingsplan. På denne måten fikk hun oversikt over hva som var viktig å ta tak i og hvordan hun kunne komme seg videre. Emma fikk hjelp til å skrive ned hva hun måtte fokusere på og hvordan hun skulle klare seg gjennom dagen. Hun opplevde at hun ble forstått på en helt annen måte enn av andre hjelpere hun hadde møtt tidligere. Hun fikk følelsen av å bli sett som den hun var av fagpersonene i teamet. Dette ga henne mulighet til å finne nye løsninger og måter å mestre ting på:

... og de var flinke til og liksom å plukke opp det at jeg er mere billedlig, sånn at de da brukte fort bilder, så skjønte jeg hva de prata om da, sånn i forhold til at jeg liksom er en krukke som det er hull i og alt vannet renner ut og det blir ikke påfyll og sånne ting, da skjønner jeg hva de mener. om du bruker ord for å forklare at ja å bli drenert på en måte da, så er det ikke sikkert at jeg ser helt meg i orda da..

Hun hadde ikke tidligere opplevd at fagfolk klarte å forstå hennes måte å tenke på. Det at de forstod at hun ofte ser livet i tegneserier eller film, var til stor hjelp for henne når det gjaldt å løse krisen og komme seg videre.

Bidrag til et trygt hverdagsliv

Det å kunne være hjemme i den tyngste perioden i en psykisk krise ble beskrevet som nyttig for noen av informantene. Andre opplevde at det var godt å ha mulighet til komme bort og være innlagt ved sykehus i perioder. Dette var til dels avhengig av situasjonen hjemme. I det hjemmet Emma bodde i ved vårt møte, opplevde hun det som en styrke og trygghet at hun fikk hjelp der:

ja, det var hjemme hos meg da, bare hjemme hos meg. Og det var.. det var trygt for meg da. og.. jeg følte også at det liksom var på mine premisser da. at det på en måte at selv om jeg hadde bedt om hjelp så var jeg likevel litte granne herre over egen hjelp da.

Emma hadde gjennomgått samlivsbrudd og byttet bolig mellom de periodene hun fikk hjelp i en psykisk krise. Der hun bodde tidligere var det ikke passende med hjelp hjemme. Dette var knyttet til relasjoner med familiemedlemmer og hvordan situasjonen var i hjemmet:

Nei, fordi at hvor skulle jeg møte de hen da? jeg kunne jo ikke tatt dem hjem til mann og barn, det hadde jo ikke gått. så... jeg måtte nok legges inn, at det var.. det tror jeg var veldig nødvendig (...) ja, det hadde ikke gått første gang nei.. Hjemme var jo ikke noe trygt sted å være. Jeg følte meg aldri trygg hjemme. og... det var (litt tankefull) liksom alt var jo veldig pent og fint og ordentlig da, men det var jo ikke... det var jo ikke noe hjem.

For Sarah har det hatt betydning hvor og hvem hun bodde sammen med knyttet til hvor hun fikk hjelp:

... så jeg tenkte, nei vi må bare prøve, da hadde jeg samboeren min, og det var samboeren min holdt jeg på å si, som på en måte passet på meg litt da. Hadde det vært med eksen min, så hadde jeg nok valgt innleggelse. fordi at da var det ikke så veldig mye støtte og hjelp å få...

Med den nye samboeren var ambulans akutteam akkurat den tjenesten hun trengte i en periode hvor krisen var på det tyngste:

... ehh... (tenker litt) nei, jeg følte at de... lytta til det jeg sa, samtidig som de kunne være ehh bestemte.. det var.. det som også gjorde at det er bra er at de faktisk kommer hjem til deg. For sånn som jeg var da, da hadde jeg ikke hatt sjans til å dra noe sted.. ehh.. det hadde ikke vært mulig i det hele tatt. (...)

Cathrine beskrev at det var godt å få hjelp hjemme av ambulans akutteam når hun var i en psykisk krise. Hun kunne ikke tenke seg innleggelse ved sykehus. Den ene gangen hun var innlagt kjentes det helt feil for henne. Det var ikke det hun trengte. For henne er det å være lagt inn på psykiatrisk sykehus det samme som å ha gitt opp. Det å få hjelp hjemme gjorde at hun klarte å fungere bedre i hverdagen. Hun hadde fokus på de tingene hun trengte å få orden på. Hun var roligere, slappet mer av og opplevde å kunne være seg selv:

ja, det er jo klart jeg var jo opptatt av å se noenlunde ålreit ut, men du kunne fortsatt gå i joggebuxa og det var ikke noe krise. det... ja og så er du dårlig nok så er det et ork å dra ut også. og du slapp å komme til det punktet, da kunne du heller sitte og prate og så kunne en heller syke seg opp til å gjøre en eller annen ting etterpå da.

Cathrine tenkte at det ville vært positivt å ha kontakt med AAT i en noe lengre periode. En måned eller to ekstra med noe mindre hyppig kontakt hadde vært bra for å komme i en stabil livssituasjon. Philip fortalte at teamet hjalp han med daglige rutiner som å stå opp og å dusje. De ba han gjøre det før de kom. Han opplevde støtten til struktur og egenomsorg som positivt. I en periode hvor krisen var på det tyngste trengte han mer hjelp enn den oppfølgingen det var mulig å få hjemme.

.. det var ei stund de var hjemme hos meg hver dag, da begynte jeg å bli dårlig og da hadde kona ringt etter dem. Da sier de at nå bør vi egentlig ta deg inn på sykehuset synes vi, få lagt deg inn. Da hadde jeg nektet. Men så plutselig så.. så..skjedde det noe, ei natt jeg satt oppe og jeg fikk en åpenbaring eller jeg veit ikke hva det var, og da de kom da neste dag så sa jeg at det måtte ordne med en plass på sentralsykehuset.

Philip fortalte at teamet gjorde det de kunne for at han skal kunne være hjemme. Noen ganger ble krisen for tung og vanskelig til at det var mulig. Teamet fulgte da med inn til akuttmottak på sykehusets psykiatriske enhet. Innleggelsen skjedde raskt og på en god måte med minst mulig stress og vonde følelser. AAT bidro til en ryddig og verdig opplevelse ved å være tilstede og å gi støtte da han ble lagt inn på psykiatrisk avdeling.

Diskusjon

De nasjonale føringer for helse- og velferdspolitikken er tydelige i forhold til den enkelte innbyggers rett til å medvirke i sine utrednings- og behandlingstilbud. Videre understrekes som vi har sett både personorienterte tilbud med vekt på mestrings- og bedringsorientering og med et familie-, nettverks- og kontekstuellet fokus (Borg & Karlsson, 2011). Et forhold som sjelden løftes fram, er at når tjenester omorganiseres og rammebetingelser endres, må også innholdet i tjenestene og kunnskapsgrunnlag endres i tråd med de nye mål og intensjoner (Kolstad 2004, Borg 2007). Utøvelse av tjenester på nye og ulike steder som i hjemmet, medfører ikke nødvendigvis en bevissthet om at kunnskap og holdninger hos de ansatte og hvordan de behandler pasienter endres. Forskning om bedringsprosesser viser med all tydelighet at personer med egenerfaring fra psykisk uhelse, gir viktige bidrag for bedre forståelse av hva slike krevende livssituasjoner betyr for den enkeltes hverdag og hva profesjonelle tjenester kan bidra med (Davidson, Ridgway, Kidd, Topor, & Borg, 2008). Dette er kunnskap som må anerkjennes som verdifull og kunnskapsbasert og dermed bidra i praksisutviklingen. For en relativt nyetablert tjeneste som ambulante akutteam er, er det viktig å legge brukerkunnskap til grunn som en likeverdig del av evidensbasen. Dette er også i tråd med Verdens Helseorganisasjons vektlegging av helse som en ressurs i hverdagen og ikke et mål i seg selv ((WHO), 1986). Det å skape støttende miljøer, styrking av de ulike deler av lokalmiljøet og å bidra til anerkjennelse av enkeltindividers ressurser og kompetanse vil være viktige strategier for å hjelpe og støtte innbyggere i å håndtere sine psykiske kriser. Dette innebærer også en mer samfunnsorientert fagpersonrolle. Det å arbeide på den måten det ambulante akutteam i denne studien gjør, ser ut til å ta hensyn til reorientering og tilpasning av innhold i tjenesten, holdninger hos de ansatte og hvordan de møter pasienten i hjemmet. For å belyse hvordan teamet kan være til hjelp, er det i denne artikkelen presentert empiri fra intervju med syv personer som har opplevd en psykisk krise og mottatt hjelp fra et ambulante akutteam. Funnene viser at teamet bidro med viktig og virksom hjelp for flere av informantene. Ofte gav AAT den nødvendige hjelp og støtte når krisen toppet seg, eller hjelp for å unngå at den toppet seg. Informantene beskriver at teamet gjorde dette gjennom å være

tilgjengelige både på telefon og i møter. Teamets ansatte var fleksible med hensyn til når de kunne komme og hvor lenge de kunne være. De hjalp ofte med konkret problemløsning og tok personen på alvor med hva de hadde behov for av hjelp i krisen. En litteraturstudie om brukeres opplevelse av ambulante akutteam understøtter mange av de funnene som har kommet frem i denne studien (Winness et al., 2010).

Det å jobbe i ambulante akutteam kan gi de ansatte muligheten for å se individet som et subjekt i en helhet (Gullslett & Ekeland, 2012). Arbeidsformen som AAT har er i tråd med sentrale teorier om recovery og helsefremming. Et av kjernebegrepene innen recovery er «personen først». Alle mennesker må forstås som enkeltpersoner med ressurser, talent, drømmer, håp, styrker og svakheter (Borg, 2007; Deegan, 1997; Onken et al., 2007). Det å oppleve psykisk krise skal ikke medføre at personen reduseres eller identifiseres som en sykdom, diagnose eller et «tilfelle». De vil bli behandlet som spesielle og verdifulle mennesker som har like stor rett til å ha et godt liv som alle andre innbyggere (Ekeland, 2004). Informantene fremholder at de opplever å bli tatt på alvor og å bli lyttet til i samarbeidet med teamet. De beskriver en annen holdning hos fagpersonene som kommer hjem til dem enn det de hadde opplevd på institusjoner. I hjemmet kan fagpersonene ha fokus rettet mot personen, familien og de problemer som presenteres der og da og hvordan de sammen kan finne måter å håndtere en vanskelig situasjon på.

Flere av informantene opplever at det skaper kontinuitet og trygghet å være hjemme i krisen, og at det ville være vanskelig å dra andre steder. I hjemmet blir personene som er i krise et menneske i en privat, personlig og kjent kontekst, sammen med sin familie for de som har det. Fagpersoner som møter pasienten i hjemmet får et helt annet grunnlag for å forstå og kommunisere enn ved en sykehuspost. Rollene endres og dermed også innhold i hvordan møtet blir. Fagpersonen som gjest i andres hjem må ta andre hensyn og det er mulig å se personen og familien fra helt andre perspektiv når de er i sin private sfære enn når de er pasienter i en institusjon. Det blir mulig for «gjesten» å gripe tak i bøker, bilder, møbler eller andre ting som kan danne grunnlag for samtalen. Dette gir mulighet for å dempe hierarkiene som igjen gir mulighet for større likeverd og balanse i forholdet. Det å være tilstede ved å møte personen i krise i kjente omgivelser som representerer trygge rammer kan skape støttende miljø ((WHO), 1986). I et salutogent perspektiv kan dette bidra til å skape økt følelse av sammenheng for den enkelte (Antonovsky, 1996). I en psykisk krise er det spesielt viktig å skape sammenheng gjennom opplevelser av mening, begripelighet og håndterbarhet. Det at den samme personen kom hver gang, var med på å skape sammenheng for den enkelte. Det er videre viktig at tjenestene hjelper med fokus på hvilke faktorer (generelle motstandsressurser) som gir grunnlag for bedring, god helse og å komme videre ut av krisen (Antonovsky, 1996). Ved å øve på å håndtere det vonde i de kjente omgivelsene kan personen utvikle tillit til egne ferdigheter i en krisesituasjon. Å gi personen mulighet til å få økt kunnskap og innsikt i egen situasjon kan hjelpe til å gjøre krisen begripelig og håndterbar, og til å finne mening med det som skjer (Antonovsky, 1996).

Funnene som er presentert i artikkelen har med hensikt fokusert på positive sider med hjelp fra ambulante akutteam. Det er selvsagt ikke slik at det å få hjelp i hjemmet er ønskelig for alle som opplever en psykisk krise. Hva som er god hjelp avhenger ikke bare av selve kriseopplevelsen. Det henger også sammen med generelle ressurser, som tilgang på sosialt nettverk, livssituasjon i den aktuelle fasen, familiesituasjon og egen evne til å håndtere det vanskelige som oppstår. Noen ganger kan det være nødvendig med tettere oppfølging som det en innleggelse kan bidra med, enn det et ambulante akutteam kan gi. Det kan også være nødvendig å komme bort fra den situasjonen personen er i når hjemmet ikke er et trygt og

godt sted å være. I slike sammenhenger kan ambulante akutteam bidra med en god prosess ved innleggelse.

Konklusjon

Føringene for ambulante akutteam, tidligere forskning og funnene i denne studien viser at ambulante akutteam kan være en god måte å gi hjelp til personer som opplever psykisk krise. Mye av det som fremkommer i denne studien understøtter også nye anbefalinger for ambulante akutteam som ble videreutviklet og sendt helsedirektoratet for behandling i 2012. Det er derfor viktig at den nye veilederen for ambulante akutte tjenester tar hensyn til dette. Tjenestene på alle nivå bør iverksettes på en formålstjenlig og god måte for alle, og spesielt for de som skal motta tjenestene. Målsettingen om tilgjengelighet, samarbeid, fleksibilitet og kontinuitet viser seg å være viktig i ulike faser i krisen for at tjenesten skal være til virksom hjelp for personen og familien. For å realisere disse målene er det nødvendig at akutteamene har en autonom og fleksibel fagpersonrolle og at det er lav terskel for hjelp for personer som er i en psykisk krise. Videre er det viktig at teamenes kompetanse og praksiser anerkjennes av det øvrige hjelpeapparat og at de sammen kan fungere som en helhet. Dette for å skape mest mulig sammenheng og trygghet for den enkelte og familien, og for å unngå opplevelsen av å være kasterboller mellom ulike usammenhengende tjenestene.

Litteratur

- (WHO), W. H. O. (1986, 17.-21. November 1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Paper presented at the First International Conference on Health Promotion, Ottawa.
- Agar-Jacomb, K., & Read, J. (2009). Mental health crisis services: What do service users need when in crisis? *Journal of Mental Health, 18*(2), 99-110.
- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*(1), 11-18.
- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. (Ph.D.), University of Science and Technology, Trondheim.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 8*(4), 314-323.
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2010). Double helix of research and practice- Developing a practice model for crisis resolution and home treatment through participatory action research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 5*(1), 1-8.
- Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., & Wright, C. (2001). *Home treatment for mental health problems: a systematic review*: Core Research.
- Davidson, L., Ridgway, P., Kidd, S., Topor, A., & Borg, M. (2008). Using Qualitative Research To Inform Mental Health Policy. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(3).

- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk Jr, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23.
- Deegan, P. E. (1997). Recovery as a journey of the heart. In C. G. In L. Spanoil, & M. Koehler (Eds), (Ed.), *Psychological and social aspects of psychiatric disability* (pp. 74-83). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Ekeland, T. J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. *Arbeidsnotat* (Vol. nr 6). Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Gråwe, R., Ruud, T., & Bjørngaard, J. (2005). Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 23, 3265-3268.
- Gudde, C. B., Olsø, T. M., Antonsen, D. Ø., Rø, M., Eriksen, L., & Vatne, S. (2013). Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian journal of public health*, 41(2), 185-190.
- Gullslett, M., & Ekeland, T. J. (2012). "Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akutteam" *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1).
- Hall, R. C. (1995). Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275.
- Hasselberg, N. (2012). The crisis resolution team model in Norway: Implementation, outcome of crisis and admissions.
- Johnson, S. (2007). Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry*, 6(8), 339-342. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.05.011>
- Kalleberg, R., & Holter, H. (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforl.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B., Borg, M., & Kim, H. (2008). From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nursing Inquiry*, 15(3), 206-215.
- Karlsson, B., Borg, M., & Sjølie, H. (2011). Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre - en kartleggingsstudie. *Sykepleie Forskning*, 6(1), 62-68.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009a). *InterView: Introduktion til et håndværk. interwiev: Learning the craft of qualitative research interviewing*. København: Hans Reitzel.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009b). *Det kvalitative forskningsintervju. The qualitative research interview*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Marshall, C., & Rossman, G. (1995). *Designing Qualitative Research*. : Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Onken, S., Craig, C., Ridgway, P., Ralph, R., & Cook, J. (2007). An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A review of the litterature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 3(1), 9-22.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sjølie, H., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881-892. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x
- Sosial og Helsedirektoratet. (2006:3). "Du er kommet til rett sted..." *Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre* (Vol. Report IS-1358). Oslo: Sosial og Helsedirektoratet.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.

Winness, M., Borg, M., & Kim, H. (2010). Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams: a literature review. *J Mental Health, 19*(1), 75-87.