

Brukererfaringer med kriseintervensjon i eget hjem



Kirsti Baird Hultberg

Bengt Karlsson

Over hele landet etableres det nå ambulante akutteam i psykisk helsevern. Akuttinnleggelse kan forebygges gjennom kriseintervensjon i personens eget hjem.

Innledning

Denne artikkelen er basert på intervjuer med syv personer – fem kvinner og to menn. Hensikten er å beskrive hvordan disse personene har opplevd tilbudet fra Follo ambulante akutteam (FAT). Hvordan har de erfart møtet med teamet? Er disse erfaringene forskjellige fra deres erfaringer fra annen krisehjelp gitt av det psykiske helsevernet? Det er av helsepolitisk interesse å utvikle alternative modeller for akutt og ambulant kriseintervensjon i psykisk helsevern for voksne (Beck, Croudance, Singh & Harrison, 1997; Burns, Raferty, Beadsmoore, McGuigans & Dickson, 1993; Fournier & Gagnon, 1993). Etableringen av distriktpsykiatriske sentre (DPS) i Norge har bidratt til en slik utvikling. Alle landets DPS-er skal ha etablert ambulante akutteam innen utgangen av 2008 (St.prp. nr.1, 2004–2005). Historien inter-nasjonalt er relativt kort når det gjelder utviklingen av slike team. De beskrives første gang i USA på slutten av 1970-tallet. Det skjer en videreutvikling i Australia rundt 1985 (Crisholm & Ford, 2004). Ti år senere dukker modellen opp i England og omtales som Crisis Resolution Team (CRT). Teamene blir en del av en nasjonal helseplan med målsetting om 335 team innen utgangen av 2004 (NIHM, 2003).

Det er viktig å systematisk utprøve, beskrive og evaluere slike alternative modeller (Joy, Adams & Rice, 2003; Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano, Creed, Sledge & Kluiter, 2001). Studier viser at alternative modeller til sykehusinnleggelse er meget kostnadseffektive, og de gir samtidig brukeren en bedre opplevelse av det akutte tjenestetilbudet (Beck et al., 1997; Burns, Beadsmoore, Bhat, Oliver & Mathers, 1993). Opptrappingsplanen for psykisk helse stimulerer til en økning av lokale tilbud og en desentralisering av spesialisthelsetjenesten (St.prp. nr. 63, 1997–98). Engelske studier viser at behandling hjemme er et trygt, effektivt og fullgodt tilbud for opp mot 80 prosent av pasienter som ellers ville bli lagt inn i sykehus (Bristol Mind, 2004; Crisholm & Ford, 2004). Hjemmebasert behandling reduserer sykehusinnleggelsene med gjennomsnittlig 66 prosent, og kan redusere lengden på sykehusopphold med opptil 80 prosent. Flertallet av brukerne sier også at de foretrekker å få hjelp hjemme. Samtidig understrekes det at mange brukere fortsatt ønsker å kunne benytte seg av innleggelse i akuttavdeling. Studiene viser til at brukere ønsker at begge tilbud blir opprettholdt, og nettopp et utvidet samarbeid mellom hjemmebehandling og institusjonsbehandling (Bristol Mind, 2004; Crisholm & Ford, 2004; NIHM, 2003).

En modell for kriseintervensjon i Follo

Follo akutteam (FAT) er en del av Follo DPS og ble opprettet våren 2002 (Hultberg & Haugen, 2004). Teamet dekker seks kommuner i Folloregionen med et befolkningsgrunnlag tilsvarende 107 500. Teamet tilbyr vurdering og øyeblikkelig hjelp til personer i psykisk krise. Målet er å forebygge akuttinnleggelser gjennom å tilrettelegge alternative og bredt sammensatte lokale kriseløsninger. Eventuell innleggelse søkes gjort mest mulig skånsom. Teamets målgruppe er personer som opplever

fare for suicid og psykose, er storbrukere av tjenestetilbud, og/eller er enslige forsørgere med små barn. Teamet tilstreber et bredt samarbeid både med andre avdelinger ved Follo DPS og kommunehelsetjenesten, sosialetat, legevakt, politi, arbeids- og trygdekontor, arbeidsplasser, familie, naboer og venner. Et mål i teamets arbeid er ikke å ta over saker, men bidra til samarbeid med relevante instanser. Teamet er tverrfaglig, og begge kjønn er representert (Karlsson, Haugen & Baird Hultberg, 2005).



Teamets arbeidsformer

Teamet representerer et lavterskeltilbud ved at alle kan henvende seg: personen selv, familie, pårørende, venner, fastlege, kommunehelsetjenesten, legevakten, arbeidsgiver eller skoler. Teamet tilbyr kontakt innen 24 timer etter henvendelsen, og kan opprettholde et tilbud i inntil fire uker. Sentralt er et systemisk perspektiv med vektlegging av kontekst. Det innebærer at teamet vektlegger å være mobile og kunne dra ut i de respektive lokalmiljøene. En vil helst møte de involverte partene et sted hvor personen selv ønsker, vanligvis i hjemmet. Teamet anser at det å være fysisk og sosialt til stede i personens hjem er avgjørende for hvordan arbeidet med krisen utvikler seg. Vi tilbyr støtte gjennom telefonsamtaler, hjemmebesøk, timeavtaler og deltakelse i samarbeidsmøter. I tillegg er det tilgjengelig fem sengeplasser ved behov for å være i skjermede omgivelser, og en krisetelefon er bemannet mellom 23 og 07 hver dag. Krisesengene kan benyttes hele døgnet og er stengt annenhver helg. Teamet er ellers bemannet mellom 08 og 22 mandag til fredag og 10–15 i helge- og helligdager.

Henvendelsen er basert på at en person eller dennes omgivelser opplever en krise. Teamet forsøker å bruke krisens potensialer for å se nye og andre muligheter for hjelp og løsninger. En tenker seg at kriser kan forebygges og bety læring og utvikling for den enkelte og for nettverket. Et annet mål er å forhindre unødvendig innleggelse i sykehus, og særlig bruk av tvang. Innleggelse i sykehus reserveres for de mest alvorlige situasjoner, og fokus er da å legge forholdene best mulig til rette for innleggelser. Teamet (FAT) bidrar med å sikre tilgjengelighet og tilpasset krisehjelp som en integrert del av spesialisthelsetjenesten gjennom å styrke lokalmiljøets kompetanse. Sentralt i arbeidet er å styrke familien og det private og profesjonelle nettverkets muligheter og ressurser til på egen hånd å forebygge og mestre krisen (Baird Hultberg & Haugen, 2004; Seikkula, 2000).

En viktig arbeidsmåte er teamets bruk av refleksjon og åpne samtaler (Andersen, 1991; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2000). Det innebærer at det alltid er to teammedlemmer i samtalen. Den ene intervjuer og leder, og den andre brukes som reflektør. Reflektøren inviteres inn i samtalen gjennom å dele sine tanker og opplevelser om det det snakkes om. Alle deltakerne inviteres til å si noe om situasjonen hvis de ønsker det. Et mål i dette arbeidet er å unngå for raske løsninger eller konklusjoner og å kunne tåle usikkerhet. Hvert møte avsluttes med å avklare om, hvordan og når man skal møtes neste gang.

De fleste studier av akutte ambulante team er primært knyttet til administrativ nytte og økonomisk effektivitet, og i liten grad til teamenes arbeidsmetoder og intervensjoner (Beck et al., 1997; Ferris, Shulman & Williams, 2001; Guo, Biegel, Johnsen & Dyches, 2001). Noen studier gir eksempler på hvordan klinikere kan beskrive og evaluere sine egne metoder og intervensjoner (NIMH, 2003; Tacchi et al., 2003). I Norge driver mange ambulante akutteam forskning under multisenterstudien «Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri – MAP» (Ruud, Gråwe & Hatling, 2006). Målet er å beskrive og evaluere teamenes virksomhet og arbeidsmetoder. FAT deltar i multisenterstudien, og evaluerte teamets arbeid både kvantitativt og kvalitativt i 2005 (Karlsson, 2006; Karlsson et al., 2005). FAT ønsker i tillegg å beskrive og evaluere systematisk hvordan personer i krise, pårørende og andre samarbeidspartnere erfarer samarbeidet med teamet.

Metode



Studien representerer en kvalitativ evaluering av teamets arbeid, og har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Kvale, 1997). Det innebærer et mål om å beskrive grunnleggende kvaliteter ved personers opplevelser, og å fortolke mening og forståelse gjennom personenes utsagn og handlinger. I denne studien er det kvalitative forskningsintervjuet benyttet (Kvale, 1997). I intervjuet fokuseres det på personens subjektive opplevelser og erfaringer med teamet og deres arbeidsmåter (Malterud, 1996). Det er tre sentrale områder av erfaring som tematiseres: den intervjuedes spontane og ureflekterte erfaringer, selvforståelse og oppfatninger (Bengtsson, 1999).

Utvalg og gjennomføring

Det ble gjort et strategisk utvalg (Knizek, 1998) blant personer som hadde vært i kontakt med teamet, på følgende kriterier:

- 1 Hatt en eller flere kontakter med FAT innenfor det siste året (2004–2005).
- 2 Hatt en eller flere innleggelser i akutt psykisk helsevern de siste fem årene.
- 3 Avsluttet kontakt med FAT for minst seks måneder siden.
- 4 Vurdert faglig av avdelingsledelse som mulig og forsvarlig å forespørre om intervju.

Fem kvinner og to menn ble rekruttert gjennom skriftlig informert samtykke. Yngste deltaker var 37 år og eldste 51 år – gjennomsnittsalder 43,8 år. Alle personene hadde en eller flere innleggelser før de kom i kontakt med FAT. Innleggelsene har både vært frivillige og under tvang. Studien ble vurdert av Regional etisk komité som en del av kvalitetssikring av eksisterende behandlingstilbud, og ble meldt til Datatilsynet.

De kvalitative forskningsintervjuene ble gjennomført høsten 2005. Grunnlaget for intervjuet var en semistrukturert intervjuguide med følgende hovedtemaer:

- Var det noen forskjell mellom å bli møtt av FAT og andre tilbud du har vært i kontakt med tidligere?
- Hva opplevde du som det viktigste for deg i kontakten med FAT?

Analyse

Intervjuene ble dokumentert gjennom lydbåndopptak. Disse ble ordrett transkribert av forskerne umiddelbart etter intervjuene. Det ble gjort en hermeneutisk innholdsanalyse i fire trinn (Barbosa da Silva, 1996). Først dannet forskeren seg et helhetsinntrykk av intervjuene, deretter ble meningsdannende enheter i teksten identifisert, siden ble innholdet i de enkelte meningsdannende enheter abstrahert, for til slutt å sammenfatte det helhetlige meningsinnholdet i form av temaområder. Den følgende presentasjonen av funn er basert på denne innholdsanalysen, og uttrykker slik sentrale aspekter ved intervjupersonenes opplevelser i møtet med teamet og dets arbeidsmåter.

Intervjuene ble gjennomført av to FoU-medarbeidere i FAT. Det å forske på egen praksis kan være problematisk ved at forskerne kjente intervjupersoner og var delaktige i de temaene som ble undersøkt. I en slik form involvering kan det kan være vanskelig å oppnå den «ikke-viten» som analytisk distanse forutsetter. På den annen side kan det argumenteres for at det er umulig å forstå noe forutsetningsløst «utenfra». Forskeren må innta et utenfra-perspektiv når vedkommende er en innenfra-person (Kvale, 1997). Både Malterud (1996) og Kvale (1997) fremholder at en solid

dokumentasjon av dataskaping samt en tekstmessig fremstilling som er forankret i det empiriske materialet, bidrar til en styrket validitet av en studies resultater. Dette er forsøkt gjort i fremstillingen av studiens funn.



Funn

Resultatpresentasjonen gjøres i fem overordnede temaområder som fremkom etter innholdsanalysen: egenkontroll, å bli sett og hørt, ansvarliggjøring, flere stemmer og trygghet. I den følgende fremstillingen gjøres det en veksling mellom sitater fra intervjupersonene og forskernes tolkninger av funnene. Siteringen gjøres for å gyldiggjøre at tolkningen er basert på hva personene har sagt.

Egenkontroll

En kvinne forteller fra sitt første møte med teamet: «Jeg opplevde at jeg fikk ideer og så muligheter. Det nytter ikke å komme med råd til et menneske i krise.» En annen kvinne uttrykker seg slik: «Jeg sa det var greit å bli kjørt ned til stasjonen slik at jeg kunne ta toget hjem. Det føltes veldig godt i stedet for å bli kjørt i en drosje. Fordi da mestra du det i en vanlig situasjon. Ta toget og komme hjem som en vanlig person.» En tredje kvinne sier: «Dere kom med tips og mer råd. Jeg følte meg ganske hjelpesløs. Dere kom med masse, og jeg avslo jo mye. Det beste hadde vært om det ikke ble sagt så mange ting om hva jeg burde gjøre, fordi da føler jeg meg i veien og til bry. Jeg følte meg veldig i veien uansett.» En fjerde kvinne sier: «Forskjellen er jo at jeg sjøl er i forkant av å utvikle en psykose.» En mann forteller: «Nå vet jeg at det går an å ringe direkte til dere istedenfor å gå via legen.»

Utsagnene viser, på ulike måter, i hvilken grad personene har opplevd å ha styring over sitt eget liv i møtet med teamet. Personenes erfaringer spenner fra å kunne se nye ideer og muligheter til å oppleve teamets refleksjoner som forstyrrende i forhold til egen kontroll og styring. Opplevelsen av egen kontroll og styring gir også rom for videre utvikling og vekst. En kvinne forteller: «Jeg har fått muligheten til å utvikle meg, til å samle meg og at tingene blir satt på plass.» En annen kvinne sier det slik: «Dere tør å trigge meg mer for at jeg skal kunne reflektere og komme videre.» En kvinne beskriver: «Jeg følte at dette var samtale på likt nivå. Jeg var syk, men jeg følte det ikke sånn ovenfra og ned.» En annen forteller: «Jeg kan bestemme mer selv. Jeg har vært tvangsinnlagt to ganger uten informasjon. Nå vet jeg hva som forgår og hvor jeg er i det hele.» En mann uttrykker seg slik: «Jeg var overrasket over hvor dyktige de var til å snakke med meg, og hvor smertefritt det gikk. Jeg innbilte meg at det var ingen som kunne hjelpe meg. Jeg trodde ikke de var noe for meg, men det var akkurat det de var. Jeg knakk nesten sammen når jeg fikk sitte her i sofaen og prate.» Slik kan opplevelsene av egenkontroll aktualisere opplevelser av verdighet og integritet i møtet med teamet.

En tredje kvinne sier: «Jeg har vært redd for å ta imot hjelp. Redd for at hjelpen kunne ta fra meg barnet. Etter hvert ble jeg fortrolig. De lovet meg at de ikke skulle melde meg til barnevernet. Det ble lettere, men det var forferdelig tøft. De måtte sikkert si det to–tre ganger.» Utsagnet berører forholdet mellom team-ets ansvar for, og ønske om, god omsorg for kvinnens barn. Dette kan stå i motsetning til kvinnens ønske om egenkontroll og innflytelse. Teamet må både tydeliggjøre sin kontrollfunksjon og samtidig møte kvinnen i en forhandling om hvordan denne kontrollfunksjonen kan praktiseres.

Teamets bruk av åpen samtale kan invitere til refleksjon over egen selvforståelse og tenkning – et mulig bidrag til endring: «Det er ingen som kan fortelle meg hvordan man skal tenke, men det er gode spørsmål som får meg til å reflektere – så kan det hende at jeg endrer tankemønsteret mitt.» En annen kvinne viser til samtalens betydning: «Det er mye mildere, mer frivillig og mer kommunikasjon med dere. Du er med og vet hva som skal skje.» En mann sier: «Når jeg nå blir dårlig, så snakker vi

sammen. Da lærer jeg, og det blir litt mindre voldsomt. Jeg har utviklet meg selv i forhold til det med familien og det å være åpen.»



Å se og bli hørt

Sentralt i alt behandlingssamarbeid er personers opplevelser av å bli anerkjent i relasjonen til den som skal hjelpe. Beskrivelser av gode møter med hjelpere peker systematisk mot personers opplevelser av å bli sett, hørt og tatt på alvor. Slik opplever personen seg respektert. Dette er også et sentralt funn i denne studien. En kvinne forteller om sitt møte med teamet: «Jeg følte meg jo behandla med respekt. Det betyr ikke at jeg ikke har blitt behandla med respekt før. Men det var på en annen måte.» En annen kvinne sier: «Jeg følte meg absolutt respektert. De møtte meg på hvordan jeg er her og nå – ikke på noen alvorlige greier, bare på hvordan hele stemningen var.» Opplevelsen av å bli samtalt *med* er sentral: «Det var mye mer opp til meg. Dere møtte meg og snakka med meg mer. Dere hørte hva jeg hadde å si. Det var ikke sånn at du er sånn og sånn, at du må gjøre det og det. Dere prata med meg.» En mann har opplevd det slik: «Jeg ble varmt og godt mottatt. Følte meg lettet, kan du si. De viste forståelse og et friere opplegg. Det var ikke noe tvang – det var ikke så voldsomt. Jeg følte at de møtte behovet mitt og synspunktene mine.» En annen mann sier: «Jeg ble veldig respektert og hørt. Ble absolutt tatt alvorlig. Jeg fikk inntrykk av at dere gjorde deres ytterste for å hjelpe meg. De gav alt de hadde for å hjelpe meg.»

Å bli tatt på alvor kan uttrykke den konkrete opplevelsen av respekt. En kvinne sier: «Terskelen for å få hjelp er blitt mye lavere. Du må ikke være kjempesyk. Du må ikke være kjempedårlig for å få hjelp – i hvert fall var det sånn før om åra – at du måtte være veldig dårlig eller true med en alvorlig egenskade før du ble tatt på alvor og kom deg til en akuttavdeling.» En tredje kvinne uttrykker seg slik: «Det overrasket meg at de stilte så mannsterke. Jeg opplevde at jeg ble tatt veldig på alvor.» En mann forteller: «Her var det to (FAT) som virkelig tok et initiativ og satt og hørte på meg. Jeg følte at jeg ble hørt. Og virkelig – jeg følte at jeg ble tatt på alvor. Det var en helt annen kontrast i forhold til det jeg hadde opplevd før.» En kvinne vektlegger den roen som var i situasjonen: «Det var lettere å prate med dem enn andre steder jeg har vært. De var rolige – de hevet ikke stemmen.» En annen kvinne fremholder også roen: «Hvis jeg skal si at det var noe som overrasket meg med dem (FAT), var det at de var så rolige. Det var positivt.» En mann forteller om en delt opplevelse av å bli hørt: «Jeg følte at jeg ble respektert, men jeg vet ikke om jeg helt fikk frem hvor ille jeg hadde det. Jeg følte meg nok ikke helt hørt.»

Ansvarliggjøring

Flere av intervjupersonene opplever å bli ansvarliggjort i møtet med teamet. En kvinne forteller: «Jeg følte meg litt presset, men jeg tror at i den situasjonen ble jeg gjort ansvarlig for valgene jeg tok. Jeg fikk et snev av kontroll. De stilte jo krav til meg. Jeg var ansvarlig for å holde meg i live.» En annen kvinne sier: «Det ble stilt spørsmål som gjorde at jeg var med på vurderingen selv. Å få snakke med noen og diskutere løsninger istedenfor å bli lagt inn. Det var sentralt for meg.» En mann opplever en tvetydighet ved ansvarliggjøringen: «Jeg følte meg litt sånn at jeg ble overlatt til meg selv. Jeg følte vel at jeg kunne fått litt mer oppfølging, faktisk. Jeg tenker at en god oppfølging ville være at man lager en avtale. Enten ringer dere eller jeg for å høre hvordan det går.»

En sentral komponent i samarbeidet omkring ansvarliggjøring er personens vektlegging av teamets vurderinger av situasjonen. En kvinne sier: «De fikk meg til å stoppe opp – sånn i øyeblikket. Altså da med å tenke at jeg skulle ta livet av meg. Jeg tenkte at jeg kunne utsette det en dag eller to, og se hvordan dette går.» Den samme kvinnen viser til at teamets vurderinger gav kraft og understreket

ansvarliggjøringsprosessen: «Jeg følte det var etisk faglig veldig bra. Jeg følte ikke at jeg ble dulla med. Samtidig som jeg følte omsorg, ble tatt på alvor og gjort ansvarlig.» En mann opplevde teamets tilbakemeldinger slik: «Du slipper å bli mistenksom og gå og gruble. Du får svar på det du vil og hva de skal prøve å gjøre. Det er veldig positivt.» En kvinne sier: «Det er veldig godt å slippe å høre dere snakke om diagnoser, og at det er mer fokus på øyeblikkssituasjonen og som ikke forfølger deg til neste gang.» En annen kvinne har opplevd at samtaler med teamet har gitt sammenligningsgrunnlag for tidligere erfaringer: «Det er ikke alltid jeg skjønner all ting. Jeg har ikke turt å spørre: «Hva mener dere, hva sier dere nå, hva betyr det?» Da har jeg bare sittet der og sagt: «Ja vel.»



Flere stemmer

Et vesentlig element i teamets metodiske tilnærming er bruken av refleksjon og åpne samtaler i samarbeidet. En kvinne opplevde samtaleformen slik: «Det var som å være flue på veggen i sin egen terapi. Jeg hørte at de bekreftet meg, at det var grunn til å ha det vondt. Samtidig ble jeg anerkjent for den styrken de også så at jeg hadde. Det er det ingen som har fortalt meg før.» En annen kvinne forteller om sine erfaringer: «Det var ikke to som stilte spørsmål samtidig. Jeg hadde en å forholde meg til – og så var det en til der. Det ble en kommunikasjon med dere utenom meg – det var jo viktig. Dere kommenterte uten at jeg måtte svare. Du lufter liksom det jeg har sagt, videre til hun.» En mann erfarte det slik: «Jeg syntes det var bra at dere var flere terapeuter i samtalen. Da følte jeg at det ikke bare ble en sann toveissamtale. Den ene kan komme med en annen vinkling. Jeg følte at det var mer utfyllende.» En mann opplevde det å lytte til teamet slik: «Jeg ble sittende og lytte til det de sa. Lyttingen ble et tema. Jeg følte mer støtte og et større omfang rundt problemet. Det ble belyst så jeg følte meg tryggere enn før. Jeg lyttet, de pratet. Jeg opplevde at jeg kunne få flere til å tenke rundt det samme problemet. Det ble sett i forskjellige lys. To hoder tenker jo annerledes enn ett.»

Bruken av refleksjon kan gi en mulighet til å korrigere teamets forståelse: «Det jeg opplevde, var at de satte ord på hvem de oppfattet at jeg var. De sa: Er det riktig? Hva tenker du om det vi sier nå?. Og så kunne jeg svare og korrigere det de sa.» En annen kvinne forteller: «Det at dere er i en dialog med pasienter og er opptatt av hvordan brukerne har det der ute, at dere tilpasser dere, det er vel bare noe av det dere må fortsette med.» En mann forteller om sin opplevelse av bruken av refleksjon: «Det virker veldig betryggende. Ofte i sånne situasjoner blir du mistenksom, du føler at folk snakker bak din rygg når du ikke hører det. Det virker veldig beroligende hvis du kan høre på at folk snakker om deg.» Det å løfte inn flere stemmer kan innebære å invitere familie og nettverk med i samtaler. En kvinne erfarte det slik: «Jeg føler det veldig greit at mannen min var med. At han fikk høre. Det er ting jeg kan glemme å fortelle, noe blir skviset ut. Det blir jo det. Jeg syntes det var veldig greit at han var der, for da fikk han med seg alt, ikke bare det jeg husket eller ville si.» En mann forteller om sin opplevelse: «Jeg synes det er bra at dere ønsker å samarbeide med nettverket. Jeg tenker det er en betryggelse for alle parter, for meg som bruker og for familien – ikke minst.» En kvinne sier: «Jeg tror det en kjempefordel for dere at dere ser familien, pårørende og systemet rundt og det en driver med hjemme.» En annen kvinne er ikke bare begeistret for at familien involveres: «Jeg likte ikke at dere tok med familien, men jeg ser jo at de var de eneste jeg kunne snakke med akkurat da. Det ble en kommunikasjon med dem og meg og dere. Ja, det var lettere for meg når de prata òg.»

Trygghet

Temaområdet viser til personenes erfaringer med teamet og hvordan teamet spiller inn i det videre livet og opplevelsen av trygghet i hverdagen. En kvinne forteller om betydningen av et utvidet fokus i samtaler: «Livet er jo mer enn symptomer. Det er jo også mestring og hva du får til i hverdagen og

snakke om de gode tingene i livet – ikke bare sykdom. Det opplevde jeg sammen med dere.» Kvinnen forteller om opplevelsen av trygghet: «Bare det å få telefonnummeret til FAT var en kjempemessig trygghet. Da vet jeg at jeg kan ringe og få hjelp.» En annen kvinne forteller om sin opplevelse av trygghet i hverdagen: «Etter at jeg ble kjent med akutteamet i Folloklinikken, kjenner jeg meg tryggere i hverdagen. Jeg trenger ikke å grue meg for en ny innleggelse. Jeg slipper angsten for et nytt sted, møte med nye behandlere og nye utagerende pasienter.»



Opplevelsen av trygghet innebærer å kjenne seg mindre redd i forhold til kontakten med hjelpeapparatet. En kvinne sier: «Jeg er ikke lenger redd for hjelpeapparatet.» Samme person omtaler også hvordan muligheten for rask kontakt med teamet reduserer hennes redsel: «Det fanges opp mye tidligere. Det er en kjempefordel at jeg kan få hjelp tidligere. Da trenger du ikke å gå deprimert i alle disse månedene etterpå og tenke over hva jeg gjorde og sa til andre.» En annen kvinne forteller: «Jeg har skrevet ned nummeret deres. Jeg har dere som en mental hjelp. Det er veldig trygt å vite at det er noen der, uansett.»

Det å ha vært i kontakt med eller å vite om at akutteamet finnes, gir en økt grad av trygghet og forutsigbarhet. En kvinne sier: «Jeg hadde ikke noen å kontakte. Jeg hadde ikke noe nettverk rundt meg. Jeg visste ikke hvor jeg skulle henvende meg når det var kaotisk. Det er en veldig trygghet det apparatet jeg har rundt meg nå; at jeg kan ringe akutteamet. Sammenlignet med det at det går så langt at jeg er psykotisk og må inn på sykehus. Det er jo det mest uheldige som skjer.» En annen kvinne forteller: «Jeg synes jeg har fått et apparat rundt meg som er til hjelp for at jeg ikke skal bli psykotisk. Jeg synes det dekker behovet jeg har nå.» En tredje kvinne uttrykker: «Etter den hjelpen jeg har fått, har jeg endret tankemønster, og jeg lar det ikke gå for langt nå.» En mann sier om sine erfaringer: «Jeg stiller meg mye mer positiv til psykiatrien enn hva jeg gjorde for fem–seks år siden, kanskje også ti år siden. Det er mye mer tilbud. Jeg synes personlig at det er en helt annen fremtreden, oppførsel og kunnskap. Nå er det mye mer at de setter seg ned og lytter etter behovene og ønskene til pasienten.»

Intervjupersonene ser det som meget positivt at teamet legger vekt på å komme hjem: «Jeg har aldri opplevd før at en behandler der jeg har vært innlagt, har kommet i mitt nærmiljø og snakka der.» En annen kvinne forteller: «Men kommer de hjem til deg, så blir det mer avslappende. Da vet du på en måte at det er du som styrer tida di selv. Jeg synes det er mye tryggere. Det blir mye roligere i samtalene.» En tredje kvinne sier: «Det med at de kan komme hjem, betyr at du slipper å reise ut. Det er jo mye bedre at de kan komme hjem til deg – det er jo helt toppen.» En mann opplevde det slik: «Når vi møtes hjemme i mine omgivelser, er det lettere å sette ord på ting. Det å sitte på en stol på poliklinikken føler jeg absolutt ikke er bra. Det er mye lettere for meg å finne ord og se ting på en annen måte hjemme. Jeg fokuserer på problemstillingen på en bedre og mer konstruktiv måte.» En annen mann forteller: «Alt går roligere for seg hjemme enn hvis du skulle møte opp en plass. Det blir jo lettere for den det gjelder, å snakke og huske mer av hva de sier. Huske mer på hva de faktiske forhold er.» En kvinne sier: «De som kommer, får jo se litt mer hvordan det står til på forskjellige fronter. De kan sette seg inn i min situasjon der ute. De får noe mer konkret å gå ut fra.»

Konklusjon

Hensikten med denne artikkelen har vært å beskrive hvordan personer i psykisk krise har opplevd tilbudet fra Follo akutteam. Studien er basert på kvalitative forskningsintervjuer med syv personer – fem kvinner og to menn i alderen 37–51 år. Deres erfaringer var at tilbudet økte deres opplevelse av egenkontroll, å bli sett og hørt og ansvarliggjort. Engelske helsemyndigheter har siden 1999 arbeidet systematisk med å møte nye utfordringer i arbeidet med befolkningens psykiske helse. Et område har

vært implementering og utvikling av Crises Resolution Teams (CRT) og hjemmebehandling (Home Treatment – HT) (Bristol Mind, 2004; Crisholm & Ford, 2004). Sentralt i dette utviklingsarbeidet har vært studier med beskrivelser og evaluering av CRT og HT sett fra et brukerperspektiv: «Study after study has revealed higher service user satisfaction for this model when compared to conventional hospital care» (NIHM, 2003, s. 79).



Det er en klar sammenheng mellom funnene fra vår studie og de tidligere nevnte studiene fra England. Brukere både i England og Norge har gode erfaringer med en kombinasjon av akutt ambulant team og hjemmebehandling. Et slikt tilbud virker avdramatiserende når krisen er på det mest intense. Det skjer ved at de involverte opplever å få økte valgmuligheter og mer innflytelse i situasjonen. Det gir større muligheter for å bevare kontroll og egen krisehåndtering. Kontakten med et ambulant akutteam kan øke opplevelsen av egen mestring i krisen, og gi en opplevelse av trygghet for fremtiden: Hjelpen er bare en telefonsamtale unna. I det følgende vil vi peke på noen samstemmende punkter knyttet til hva brukerne vektlegger i sin evaluering av akutte, ambulante team og hjemmebehandling.

- Det må tilbys en rask respons på henvendelsen. Det er avgjørende for utviklingen av krisen og samarbeidet omkring denne at teamet kan kontaktes lett hele døgnet – per telefon – og at partene kan møtes i løpet av 24 timer.
- Tilbudet oppleves som et realistisk alternativ til innleggelse. Personen i krise opplever støtte og oppfølging av teamet over tid (fire uker). Støtten spenner fra praktiske gjøremål til tiltak som kan forhindre sosial isolasjon.
- Personens ønsker og behov står i sentrum for samarbeidet. Fokus for samarbeidet er personens opplevelse av krisen og hva som kan bidra til endring gjennom daglige gjøremål og relasjonelt arbeid.
- Tilbudet utformes i lokalmiljøet hvor personen lever og bor. Hjemmet som samarbeidsarena muliggjør og opprettholder kontakt med familie, naboer og venner.
- Innholdet i tilbudet forhandles frem gjennom bruk av refleksjon og tid. Tillit utvikles gjennom åpne samtaler og diskusjoner om hva som kan gjøres. Slik kan alle stemmer få en plass.
- Tilbudet tilpasses personens livsbetingelser og evne til egen kontroll. Krisen kan åpne for nye mestringsstrategier for de involverte partene. Avgjørende for samarbeidet er at personen i sentrum opplever å ha kontroll i det som skjer.
- Personen opplever seg sett, hørt og tatt på alvor i en helhetlig forståelse hvor sykdom utgjør bare ett aspekt. I krisearbeidet søker en å ivareta personens konkrete liv og samtidig vektlegge et verdig og respektfullt samarbeid.
- Tilbudet gir rom for en rolig(ere) tilnærming og en normalisering av krisen. I samarbeidet forsøker en å utvikle gjensidig trygghet som kan gi en redusert opplevelse av sosial stigmatisering.

Erfaringene fra Follo akutteam kan bidra til å kaste lys over og underbygge den satsningen som nå gjøres relatert til ambulante akutteam i Norge. Innen utgangen av 2008 skal alle landets distriktpsikiatriske sentre – 78 i alt – ha etablert slikt team for personer over 18 år. Erfaringene fra FAT underbygger engelske studier som viser at ambulante akutteam har nytte av å bruke ulike metoder som nettverksarbeid, reflekterende team, hjemmebesøk, krisesenger i kombinasjon med tradisjonell kriseintervensjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Bruker- og pårørendemedvirkning krever at terapeutene har gode kommunikasjonsferdigheter og viser en lyttende og bekreftende holdning i

møtet med de som søker hjelp. De ambulante akutteamene kan og bør ha et særlig fokus på disse områdene i sitt arbeid.



Bengt Karlsson
Høgskolen i Buskerud
Avd. for helsefag
Pb 7053
3007 Drammen
Tlf 90 64 90 78
E-post bengt.karlsson@hibu.no

Referanser

- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton.
- Barbosa da Silva, A. (1996). Analys av tekster. I P.-G. Svensson & B. Starrin (red.), *Kvalitative studier i teori og praktik* (ss. 169–206). Lund: Studentlitteratur.
- Beck, A., Croudance, T. J., Singh, S. & Harrison, G. (1997). The Nottingham Acute Bed Study: Alternatives to acute psychiatric care. *British Journal of Psychiatry*, 170, 247–252.
- Bengtsson, J. (1999). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I J. Bengtsson (red.), *Med livsvärden som grund* (ss. 9–50). Lund: Studentlitteratur.
- Bristol Mind (2004). *Crisis.....what crisis. The experiences of being in a crisis in Bristol*. Bristol: User Focused Monitoring.
- Burns, T., Beadsmoore, A., Bhat, A. V., Oliver, A. & Mathers, C. (1993). A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I: Clinical and social outcome. *British Journal of Psychiatry*, 163, 49–54.
- Burns, T., Raftery, J., Beadsmoore, A., McGuigans, S. & Dickson, M. (1993). A controlled trial of home-based acute psychiatric services. II: Treatment patterns and costs. *British Journal of Psychiatry*, 163, 55–61.
- Crisholm, A. & Ford, R. (2004). *Transforming mental health care. Assertive outreach and crisis resolution in practice*. London: The Sainsbury Centre of Mental Health/National Institute for Mental Health in England.
- Ferris, L., Shulman, K. & Williams, I. (2001). Methodological challenges in evaluating mobile crisis psychiatric programs. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 16 (2), 27–40.
- Fournier, J. P. & Gagnon, F. (1993). A crisis intervention service in an outpatient psychiatric clinic of a general hospital: function and clientele. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 96–100.
- Guo, S., Biegel, D., Johnsen, J. & Dyches, H. (2001). Assessing the impact of community-based mobil crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatric Services*, 52, 223–228.
- Hultberg, K. B. & Haugen, A. R. (2004). Ambulerende akutteam – en ny mulighet i lokalt basert psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 (2), 48–55.
- Joy, C. B., A'dams, C. E. & Rice, K. (2003). Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4.
- Karlsson, B., Haugen, A. R. & Baird Hultberg, K. (2005). *Follo Akutt Team (FAT), Follo DPS – prosjektbeskrivelse*. Klinikk for psykisk helse, Aker HF, Oslo.

- Karlsson, B. (2006). Nye historier – om systematisk kunnskapsutvikling i Follo akutteam. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(2), 142–152.
- Knizek, B. L. (1998). Interview – design og perspektiv. I M. Lorensen (red.), *Spørsmålet bestemmer metode* (ss. 33–65). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. (1997). *InterView – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W. & Kluiter, H. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitations; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assess*, 5(21), 1–75.
- National Institute for Mental Health in England (2003). *Crisis resolution and home treatment*. NIHM West Midlands.
- Ruud, T., Gråwe, R. & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie*. SINTEF, Helse.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalisation and neuroleptic medication decreases. *Social and Clinical Psychiatry*, 10(2), 20–29.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). «Du er kommet til rett sted ...». *Ambulante akuttjenester ved distriktpsykiatriske sentre*. Rapport IS-1358.
- Stortingsproposisjon nr. 63 (1997–98). *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsproposisjon nr. 1 (2004–2005). *Statsbudsjettet for 2005*. Oslo: Finansdepartementet.
- Tacchi, M. J., Suresh J. & Scott, J. (2003). Evaluation of an emergency response service, *Psychiatric Bulletin*, 27, 130–133.

