

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

### **Bakgrunn**

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 psykisk helsevern 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 (Karlsson, Borg & Kim 2008).

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 psykoser 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. Men fortsatt er det trolig ambulante akutteam over det meste av England.

### **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 pasienter hadde psykotiske symptomer. En annen norsk undersøkelse viste at et akutteam ved et godt bemannet distriktspsykiatrisk 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 longitudinell studie blant fem norske team finner at det er stor variasjon i kliniske intervensjoner og arbeidsmåter knyttet til teamsammensetning, geografisk beliggenhet, åpningstider og generell tilgjengelighet (Karlsson, Borg, Eklund & Kim 2011). Det er behov for å få mer kunnskap om hvordan ulike intervensjoner og arbeidsmåter virker inn på pasientforløp (Johnson 2008, Bridgett 2003, Sjølie 2010, Hasselberg 2011b).

Siden en hovedhensikt med ambulante akutteam er å være et alternativ til innleggelse, er reduksjon av akuttinnleggelse det resultatmålet som har vært hyppigst brukt i undersøkelser om effekten ambulante akutteam.

Både Johnson (2008) og Hubbeling (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.

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 (Irving 2006, Johnson 2008, Hubbeling 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. I andre studier (Hultberg & Karlsson, 2007; Winness, Borg & Kim, 2010) fremholder brukerne at de i kontakten med ambulante akutteam opplevde en større følelse av kontroll samt en opplevelse av å ha valgmuligheter og reel deltakelse i samarbeidet med teamet.

### ***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 et al 2010). I denne gjennomgangen identifiserte en tre tema som brukere særlig var opptatt av: Rask tilgang på hjemmebasert akutt tilbud, å bli møtt og forstått som et normalt menneske, og hjelp til å takle krisen med minst mulig innvirkning på dagliglivet. Kvalitative studier i Norge tyder også på at pasienter og pårørende ofte vil foretrekke hjemmebehandling framfor innleggelse i døgnavdeling (Hultberg & Karlsson 2007, Winness 2010).

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.

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.

## **Situasjonen i Norge**

Som eneste land utenom England som har besluttet å opprette ambulante akutteam i hele landet, er det nevnte prosjektet av stor interesse for Norge. RHF-ene har besluttet at det skal være slike akutteam eller tilbud i alle DPS-områder i 2013

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.

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 vi hittil har av data fra studier i Norge tyder på at det er stor variasjon i hvordan ambulante akutteam arbeider. Det er et behov for å få en forskningsbasert evaluering av hva slags modell og praksis som faktisk implementeres i Norge, og hvilken betydning valg av arbeidsmåte har for brukerne.

## **Samarbeid med prosjekt i Storbritannia**

Det pågår et stort prosjekt i England i 2011 for utforming av en mer spesifisert modell for ambulante akutteam (crisis resolution teams) og utvikling og utprøving av fidelity-kriterier (kriterier på troskap mot modellen) for disse. Prosjektet ledes av professor Sonia Johnson ved University College London. Flere ledende forskningsmiljø innen psykiatrisk helsetjenesteforskning i England er med på prosjektet.

I prosjektet i England gjennomføres følgende i løpet av 2011-2015:

1. Oppsummering av forskningslitteratur om viktige faktorer i ambulante akutteam
2. Spørreskjema eller intervju med alle teamledere i ambulante akutteam
3. Kvalitativ undersøkelse om synspunkter fra brukere, pårørende, fagfolk og eksperter
4. Utforme mer spesifisert modell for ambulante akutteam på basis av all denne informasjon
5. Utvikle fidelity-kriterier for modellen, og et implementeringsopplegg for teamene
6. Undersøke hvordan fidelity-kriterier og implementeringsopplegg virker

Akuttnettverkets leder Torleif Ruud har ut fra tidligere samarbeid med prosjektleder professor Sonia Johnsen i London fått avtale om samarbeid mellom deres prosjekt og et parallelt prosjekt i Norge. FOU-avdeling psykisk helsevern gjennomfører prosjektet i Norge på vegne av Akuttnettverket og i samarbeid med Høgskolen i Buskerud, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR). Dette gjøres også i samarbeid med akutteamene i helseforetakene.

## ***Mål og forskningsspørsmål for prosjektet***

### **Mål**

Kartlegge praksis og erfaringer med ambulante akutteam i psykisk helsevern for å bidra til identifisering av viktige elementer og mulige forbedringer som kan gjennomføres.

### **Forskningsspørsmål**

1. Hvordan beskriver lederne for ambulante akutteam i Norge teamenes status, praksis og utfordringer? Er det endringer i praksis i forhold til tidligere undersøkelser? Er det stor variasjon mellom akutteam, og i så fall innen hvilke aspekter?
2. Hvordan er beskrevet praksis i forhold til Akuttnettverkets forslag til Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne?
3. Hvordan er beskrevet praksis i forhold til tilsvarende beskrivelser fra crisis resolution and home treatment teams i Storbritannia?
4. Hvilke endringer i utforming og praksis ser teamlederne behov for? Hvordan samsvarer dette med de endringer i utforming og praksis som teamledere i Storbritannia ser?
5. Hvordan ser brukere, pårørende, fagfolk og eksperter på ambulante akutteam i Norge?
6. Hvilke endringer i utforming og praksis ser disse gruppene behov for? Hvordan samsvarer dette med de endringer i utforming og praksis som tilsvarende grupper i Storbritannia ser?
7. Hvordan bør ambulante akutteams utforming og praksis være ut fra en samlet vurdering basert på tidligere litteraturgjennomgang og synspunkter fra teamledere, brukere, pårørende, fagfolk og eksperter?

## **Metode**

### ***Utforming, datainnsamling og analyser***

Prosjektet vil bruke to metoder til å belyse forskningsspørsmålene, og resultatene fra begge vil bli sammenholdt med forskningsbasert kunnskapsstatus.

#### **A. Undersøkelse av teamlederes synspunkter og beskrivelse av teamenes praksis**

Teamlederne for alle ambulante akutteam i Norge blir bedt om å svare på et spørreskjema på internett, samt telefonintervju der det er behov for det. Antall akutteam i Norge var 51 i januar 2011 og antas å være omtrent 60 høsten 2012.

Innholdet i intervjuet vil være de samme spørsmål som er gitt til teamledere for crisis resolution and home treatment teams i Storbritannia, spørsmål som er brukt i tidligere kartlegginger fra Høgskolen i Buskerud, og spørsmål i relasjon til Akuttnettverkets forslag om Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne. Det inkluderes spørsmål brukt i Storbritannia rettet mot å identifisere konkrete tiltak for å bedre praksis, herunder bruk av standarder, protokoller og prosedyrer med sikte på å oppnå god kontinuitet og kvalitet i akuttjenestene.

Akuttnettverkets sekretariat vil i samarbeid med Høgskolen i Buskerud og i kontakt med helseforetak identifisere alle ambulante akutteam i Norge og innhente navn, telefonnummer

og e-post-adresse til alle teamledere. IT-konsulent ved Forskningscenteret på Akershus universitetssykehus (Ahus) vil bistå med teknisk utforming og gjennomføring av undersøkelsen via internett. Data vil bli lagret på godkjent forskningsserver på Ahus.

Prosjektleder Torleif Ruud vil bearbeide og analysere data i samarbeid med de andre i prosjektets forskergruppe.

### **B. Undersøkelse av brukeres, pårørendes, teammedlemmer og samarbeidspartneres syn på ambulante akutteam**

Det er i dag 44 norske team som er med i Akuttnettverket. Alle team vil bli invitert med til å delta i studien. På bakgrunn av de som takker ja vil en gjøre et strategisk utvalg basert på følgende kriterier: RHF-tilknytning, spredning i relasjon til helseforetak, geografisk beliggenhet, by/land, opptaksområder samt teamets etableringstidspunkt. En forestiller seg at hvert RHF skal kunne delta med to team hver, i alt åtte team. Disse teamene vil kunne bistå til studien med å rekruttere brukere, pårørende, teammedlemmer og samarbeidspartnere.

Studien vil som helhet ha et kvalitativt design i relasjon til de fire målgruppene:

1. Det vil bli søkt rekruttert 16 brukere som har erfaring med ambulante akutteam. Hver enkelt vil bli intervjuet i et individuelt kvalitativt intervju basert i vedlagte intervjuguide. Intervjuene vil bli gjennomført lokalt og av prosjektmedarbeider Trude Klevan.
2. Det vil bli søkt rekruttert 16 pårørende som har erfaring med ambulante akutteam gjennom et familiemedlem eller på annen måte. Hver enkelt vil bli intervjuet i et individuelt kvalitativt intervju basert i vedlagte intervjuguide. Intervjuene vil bli gjennomført lokalt og av prosjektmedarbeider Trude Klevan.
3. De åtte utvalgte teamene, ved sine teammedlemmer, vil bli forespurt om å la seg intervjuet i en fokusgruppe knyttet til deres erfaringer og opplevelser med å jobbe i et slikt team. Intervjuene vil være basert i vedlagte intervjuguide, og bli gjennomført lokalt og av prosjektmedarbeider Trude Klevan.
4. Gjennom de ulike åtte teamene vil en søke å rekruttere ulike samarbeidspartnere fra andre deler av spesialist- og kommunehelsetjenesten. De vil bli intervjuet i en fokusgruppe knyttet til deres erfaringer opplevelser med å samarbeide med et slikt team. Intervjuene vil være basert i vedlagte intervjuguide, og bli gjennomført lokalt og av prosjektmedarbeider Trude Klevan.

En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming vil bli brukt til å analysere dataene (Malterud, 2003; Kvale & Brinkmann 2009). De tre nevnte individuelle og fokusgruppeintervjuene vil som datagrunnlag blir gjort til gjenstand for en kvalitativ analyse. Dataanalysen vil søke å identifisere nøkkelbegreper, mønstre og kategorier i materialet, og deretter gjøres til gjenstand for tolkning.

Alle intervjuene vil bli tatt opp på bånd og transkribert. Akuttnettverkets sekretariat vil bistå med den praktiske gjennomføring av dette arbeidet. Data vil bli lagret på godkjent forskningsserver på Ahus, men vil bli overført til forskningsserver på Høgskolen i Buskerud for analyser. Seniorforsker Bengt Karlsson vil bearbeide og analysere data i samarbeid med de andre i prosjektets forskergruppe.

### ***Foreløpig plan for oppfølging med et større prosjekt i 2013-2015***

På grunnlag av prosjektet som gjøres i 2012 og i samarbeid med prosjektet i Storbritannia, arbeides det for å kunne gjennomføre en forskningsbasert evaluering av ambulante akutteam i 2013-2014 med følgende komponenter:

- Analyse av pasientmaterialet innsamlet av teamene i deres praksis ut fra bruk av felles registrerings skjema. Dette bør dekke både innholdet i behandlingen, status og resultater

for pasientene ved inntak og utskrivning. Det bør utformes slik at teamene kan bruke det som verktøy i sitt kliniske arbeid.

- 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.

## **Prosjektorganisering**

### ***Forskningsmiljøene som deltar***

Akuttnettverket ledes og koordineres ut fra FoU-avdelingen psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. FOU-avdelingen står ansvarlig for prosjektet og gjennomføringen på vegne av Akuttnettverket. Avdelingen har seks seniorforskere/forskere (psykiatere, barn/ ungdomspsykiater, psykologer), og seks klinikere med phd er også tilknyttet avdelingen. Det er åtte phd-kandidater ved avdelingen og seks tilknyttet avdelingen. Tre ansatte gir forskningsstøtte. Det er en professor og to førsteamanuenser ved UiO ved avdelingen.

Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR) ved Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud vil være en av samarbeidspartnerne i gjennomføringen av prosjektet. Ved instituttet arbeider det fire professorer og fem førsteamanuenser som seniorforskere/forskere (Sykelpoliere, sosiologer, ergoterapeut, psykolog, filosof, pedagog). Det er i alt fire phd-kandidater og to postdoc knyttet til instituttet. Det arbeider tre forskningsassistenter ved IFPR.

### ***Prosjektledelse og organisering***

Det er FOU-avdeling psykisk helsevern ved Ahus som formelt må stå ansvarlig for den forskningsbaserte evalueringen, da Akuttnettverket ikke formelt kan søke om de godkjenninger som er nødvendig fra Regional etisk komite (REK) og andre instanser. FOU-avdelingen gjennomfører prosjektet i Norge på vegne av Akuttnettverket og i samarbeid med Høgskolen i Buskerud, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR).

Prosjektleder er Torleif Ruud. Han er avdelingssjef ved FoU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus (Ahus), spesialist i psykiatri og professor ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Han har lang klinisk erfaring som avdelingssjef og psykiater ved Nordfjord psykiatrisenter (DPS). Han har arbeidet med psykiatrisk helsetjenesteforskning i 20 år, blant annet flere studier om distriktpsikiatriske sentre (DPS) og oppfølgingsstudier. Han leder for tiden en nasjonal studie av ACT-team i Norge, og en studie på samarbeid mellom primærhelsetjenesten og psykisk helsevern for personer med alvorlig psykisk lidelse. Han ledet Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) og er leder for Akuttnettverket (nettverk for akuttpsykiatriske tjenester), der han i 2011-12 var med og ledet utarbeiding av Akuttnettverkets forslag til Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern (2012), på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Bengt Karlsson er seniorforsker og medforsker. Han er professor i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap. Karlsson er leder av Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR). Han er også professor II ved Universitetet i Stavanger, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helsefag. Karlsson har lang klinisk erfaring fra ulike deler av det psykiske helsevernet for voksne og de siste årene som familieterapeut fra psykisk helsevern for barn og unge. I perioden 2007-2011 var han lokal prosjektleder for prosjektet Crisis resolution and Home Treatment som fokuserte de ambulante akutteamene i Norge. Som leder av IFPR har de siste årene ledet og deltatt i ulike forskningsprosjekter knyttet til tjenesteutvikling, evalueringsstudier av kliniske praksiser samt utforskning av brukeres og pårørendes erfaringer med tilbudene i psykisk helsevern.

Prosjektmedarbeider Trude Klevan vil gjennomføre de kvalitative intervjuene. Hun har tatt mastergrad i klinisk helsearbeid (Msc) ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap. Studien fokuserte på foreldres opplevelser av å ha omsorg for barn i møtet med et ambulant

akutteam. Hun arbeider nå klinisk i ambulant akutteam ved Follo DPS (Ahus), og kjenner derfor problemstillingene også fra sitt eget arbeid. Hun frikjøpes noen måneder for å gjennomføre de kvalitative intervjuene.

Nina Hasselberg er med i prosjektgruppen. Hun er psykologspesialist, har vært leder for ambulant akutteam på Jessheim DPS og deltok i Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP). Hun leverer høsten 2012 sitt doktorgradsarbeid om ambulante akutteam ut fra MAP.

Prosjektkoordinator Bodil Skiaker ved FOU-avdeling psykisk helsevern Ahus, arbeider deltid for Akuttnettverket. Hun vil delta i kontakten med akutteam/teamledere, gjøre elektronisk registrering av det som ikke registreres direkte via internett, og koordinere og delta i transkribering av de kvalitative intervjuene.

Professor Sonia Johnson, University College London, er samarbeidspartner i Storbritannia. Hun leder det store prosjektet om utvikling og utprøving av fidelity-kriterier for ambulante akutteam (crisis resolution teams) som pågår i Storbritannia, og som vi skal samarbeide med i vårt prosjekt. Brynmohr Lloyd-Evans er daglig leder av prosjektet i Storbritannia. De har begge vært foredragsholdere på akuttnettverkssamlinger i Norge.

### **Søknader om godkjenning av prosjektet**

Prosjektet søkes godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i helseregion sør-øst, og av personvernombudet ved Akershus universitetssykehus.

### ***Framdriftsplan***

August 2012: Forberedelser, søke REK og Ahus personvernombud. Oversette og tilpasse spørreskjema og intervjuguider.

September-november 2012: Datainnsamling ved spørreskjema via internett og ved kvalitative intervjuer. Transkribering av kvalitative intervjuer.

November-desember 2012: Bearbeiding og analyser av innsamlede data.

Januar-juni 2013: Skrive rapport og vitenskapelige artikler. Legge fram resultater på samling i Akuttnettverket (mai 2013) og i seminarer, konferanser og kongresser.

### ***Finansiering***

Prosjektarbeidet høsten 2012 (spørreskjemaundersøkelse, frikjøping for kvalitative intervjuer, transkribering) er anslått til 3-400 000 og dekkes innen Akuttnettverkets budsjett for 2012, inkludert ekstra midler tildelt fra Helse Sør-Øst for 2012.

Torleif Ruud og Bengt Karlsson vil kunne arbeide med slutføring av analyser og skriving av rapport og artikler vinteren-våren 2013 innen sine faste stillinger. Eventuelle behov og muligheter for frikjøp av andre, vil bli vurdert vinteren 2013 ut fra budsjettet til Akuttnettverket når det er klart for 2013.

### ***Publisering og spredning av resultatene***

Resultatene vil bli gjort kjent ved fremleggelse i Akuttnettverket, for brukerorganisasjoner, for Helsedirektorat og helseforetak, i seminarer og konferanser, og som vitenskapelige artikler i norske og internasjonale fagtidsskrifter.

## Referanser

Akuttnettverket (2012). Forslag til Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne. Oversendt Helsedirektoratet.

Bridgett C, Polak P (2003). Social systems intervention and crisis resolution. Part 2: Intervention. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 432–438.

Department of Health (2001): Crisis Resolution/Home Treatment Teams. The Mental Health Policy Implementation Guide. London: National Institute for Mental Health in England.

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.

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

Hubbeling 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>

Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thronicroft G. *Crisis Resolution and Home Treatment In Mental Health*. Cambridge University Press, Cambridge, 2008.

Karlsson B, Borg, M, Kim HS (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 (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.

Kolbjørnsrud OB, Larsen F, Elbert G, Ruud T: Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akuttsteder ved sykehus? *Tidsskr nor lægeforening* 2009, 129:1991–1994.

Kvale, S, Brinchmann, S (2009) *Interview - Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

Malterud, K (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

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>



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

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.

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

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 akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre". Rapport IS-1358. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

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