

# 1000 pasienter og 25 akutteam

## Hvem er de, hva ble gjort og hvordan gikk det?

Resultater fra en multisenterstudie om utfall av behandlingen  
ved ambulante akutteam i psykisk helsevern



Torleif Ruud, Nina Hasselberg, Katrine Høyér Holgersen,  
Gunn Marit Uverud, Turid Foss, Stephan Neuhaus



**akutt**nettverket.no

Akershus universitetssykehus i samarbeid med Akuttnettverket

Juli 2016

Forsidebilde ved Gunn Marit Uverud

Rapporten publiseres på [www.ahus.no/fou-psykiskhelsevern](http://www.ahus.no/fou-psykiskhelsevern) og [www.akuttnettverket.no](http://www.akuttnettverket.no)

Referanse for denne rapporten er:

Torleif Ruud, Nina Hasselberg, Katrine Høyér Holgersen, Gunn Marit Uverud, Turid Foss, Stephan Neuhaus. 1000 pasienter og 25 akutteam. Hvem er de, hva ble gjort og hvordan gikk det? Resultater fra en multisenterstudie om utfall av behandlingen ved ambulante akutteam i psykisk helsevern. Rapport, Akershus universitetssykehus HF, Lørenskog, 2016

## Forord

Ambulante akutteam er et relativt nytt tilbud innen psykisk helsevern for voksne. Det foreligger en del kunnskap om hvordan akutteam arbeider og om erfaringer med slike tilbud. Men diskusjoner i det nasjonale Akuttnettverket og en kartlegging for tre år siden har vist et mangfold i arbeidsmåte og mangel på dokumentasjon av behandlingsutfall. Forslaget om en studie av behandlingsutfall og betydningen av akutteamenes arbeidsmåte fikk derfor stor oppslutning i Akuttnettverket.

Prosjektet og datainnsamlingen har vært en stor dugnad der mange personer har bidratt. The CORE Study i England har vært til inspirasjon for utvikling av multisenterstudien og har gjort tilgjengelig et måleverktøy om akutteams praksis. Akutteam i Akuttnettverket har bidratt til utformingen av studien ved diskusjoner om praksis og erfaringer. Akutteamene i oppstartingsseminaret i januar 2015 var med på beslutninger om utformingen av registreringsskjema og opplegg for studien. Helsedirektoratet har bidratt med midler til målingen av akutteamenes praksis. FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus Universitetssykehus og Akuttnettverket har bidratt med registrering av data og dekning av direkte kostnader. Evalueringsteamet i prosjektet har besøkt akutteamene og målt deres praksis. Den store datainnsamlingen er gjennomført av akutteammedlemmer og brukere som har fylt ut til sammen omtrent 8000 skjema.

Vi takker dere i akutteamene for positivt engasjement, for arbeidet med registrering av opplysninger om behandlingen og brukerne, og for at dere har gitt spørreskjema til brukerne. Vi takker også for at dere har tatt i mot besøk av evalueringsteamet og fortalt om hvordan dere arbeider. Vi vil gi hvert akutteam detaljert tilbakemelding, og vi håper at deltakelse i studien er til nytte for dere i arbeidet framover.

Ikke minst takker vi alle dere brukere/pasienter (vi bruker begge disse begrepene i rapporten) som har hatt kontakt med akutteamene og fylt ut spørreskjema om den situasjonen som førte til kontakt med akutteamet, og om kontakten med akutteamet. Dere har gitt verdifull informasjon som bare dere kan gi. Vi håper at resultatene fra studien vil bidra til gode akutttilbud som blant annet bygger på de erfaringene dere har formidlet.

Prosjektgruppa for studien består av Nina Hasselberg, Katrine Høyer Holgersen, Gunn Marit Uverud, Carina Jørgensen, Turid Foss, Stephan Neuhaus og Torleif Ruud. Deltakerne i evalueringsteamet som har besøkt akutteamene og målt deres praksis har vært Nina Hasselberg (leder), Gunn Marit Uverud, Trine Doull, Inger B. Kaspersen, Tor Erik Vassvik, Stephan Neuhaus og Lina Kristensen. Merkantil støtte og omfattende elektronisk registrering av data har vært gjort ved Lene Beate Rannug Flück, Kajathiry Nageswaran, Bodil Skiaker, Wenche Hellen Reichelt og Ingrid Kyte Fjellestad. Prosjektgruppa har samarbeidet om skriving av rapporten.

Vi håper at rapporten kan være til nytte i arbeidet både lokalt og nasjonalt med videreutvikling av akutttilbudene for personer som har behov for hjelp og støtte i en psykisk krise.

Juli 2016

For prosjektgruppa

Torleif Ruud

Prosjektleder

# Innhold

<b>1 Hovedfunn og sammendrag</b> .....	<b>6</b>
1.1 Kort oppsummering av hovedfunn.....	6
1.2 Sammendrag.....	6
<b>2 Bakgrunn for studien</b> .....	<b>10</b>
2.2 Utbredelse av ambulante akutteam i Norge.....	12
2.3.Målgruppe og definisjon av psykisk krise.....	12
<b>3 Utformingen og gjennomføring av multisenterstudien</b> .....	<b>14</b>
3.1 Mål for studien.....	14
3.2 Spørsmål som studien skal belyse.....	14
3.3 Utforming av studien.....	15
3.4 Inklusjonskriterier og utvalg.....	15
3.5 Måleverktøy og instrumenter.....	16
3.6 Datainnsamling.....	17
3.7 Datamateriale.....	18
3.8 Dataanalyser, publisering og formidling av resultatene.....	20
3.9 Prosjektorganisering.....	20
<b>4 Bruker og deres situasjon</b> .....	<b>22</b>
4.1 Brukernes livssituasjon.....	22
4.2 Omsorg for barn og om barna blir fulgt opp.....	25
4.3 Henvendelsen til akutteamet.....	26
4.4 Situasjonen og krisen som førte til kontakt med akutteamet.....	28
4.5 Opplevelsen av krisen.....	31
4.6 Opplevd egen mestring og støtte fra familie og nettverk.....	32
4.7 Pasientenes opplevelse av psykiske plager.....	34
4.8 Behandlernes vurdering av type og alvorlighetsgrad av problemer.....	35
4.9 Diagnoser og pasientgrupper.....	38
4.10 Forskjeller mellom akutteam i hvem de har kontakt med.....	39
4.11 Hvor representativt det inkluderte utvalget er.....	40
<b>5 Behandlingen akutteamene gir</b> .....	<b>42</b>
5.1 Når og hvor raskt bruker får møte teamet.....	42
5.2 Grad av ambulant arbeid.....	45
5.3 Hyppighet og omfang av kontakt.....	47

5.4 Kartlegging og utredning .....	48
5.5 Behandlingsaktivitet .....	49
5.6 Samhandling med andre.....	50
5.7 Profil for akutteamenes aktivitet.....	51
<b>6 Behandlingsutfall og brukertilfredshet .....</b>	<b>52</b>
6.1 Endringer i opplevelse av krisen .....	53
6.2 Endringer i opplevd mestring av krisen .....	54
6.3 Endringer pasientenes opplevelse av psykiske plager.....	55
6.4 Endringer behandlernes vurdering av pasientenes problemer.....	57
6.5 Størrelse på endringer under krisebehandling.....	59
6.6 Andre forhold under behandlingsforløpet .....	60
6.7 Utskrivning og eventuell videre oppfølging.....	61
6.8 Brukernes tilfredshet med akutteamene .....	63
<b>7 Akutteamenes praksis sammenholdt med anbefalinger.....</b>	<b>65</b>
7.1 Måling av praksis i forhold til en kunnskapsbasert modell for akutteam .....	65
7.2 Akutteamenes praksis sammenholdt med den kunnskapsbaserte modellen.....	67
7.3 Praksis sammenholdt med anbefalinger fra Helsedirektoratet .....	71
<b>8 Kort oppsummering om studien .....</b>	<b>77</b>
8.1 Kort oppsummering av hovedfunn.....	77
8.2 Sterke og svake sider ved multisenterstudien.....	77
<b>Referanser .....</b>	<b>78</b>
<b>Vedlegg og mer informasjon.....</b>	<b>80</b>

# 1 Hovedfunn og sammendrag

## 1.1 Kort oppsummering av hovedfunn

- Brukerne opplever betydelige plager/problemer i situasjonen som gjør at de oppsøker hjelp.
- Brukerne rapporterer mye bedring i plager og i mestring av situasjonen.
- Brukerne er godt fornøyd med akutteamenes tilgjengelighet og med hjelpen de får.
- Pasientene som er inkludert i studien har i hovedsak moderat alvorlige lidelser som depresjon og angst.
- Akutteamene har relativt god tilgjengelighet og jobber i varierende grad ambulant.
- Akutteamene gir primært behandling ved samtaler og gir i mindre grad intensin oppfølging.
- Det er mye felles i akutteamenes praksis, men også en god del variasjon mellom team.
- Teamene jobber mye i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.
- Teamene/systemene har lav til middels grad av implementering av en kunnskapsbasert modell.

## 1.2 Sammendrag

### Bakgrunn for studien

Ambulante akutteam skal tilby rask vurdering og korttids behandling for mennesker med psykiske lidelser som opplever akutt forverring eller akutt nyopstående psykiske problemer. De skal være et alternativ til døgninnleggelse og forebygge bruk av tvang. Det var i 2012 etablert 61 slike team ved DPS i Norge.

Fremvekst av teamene var i utgangspunktet basert på etablering av Crisis Resolution Teams i Storbritannia, deres teoretisk bakgrunn for å utvikle gode tjenestetilbud for mennesker i akutte psykiske kriser var delvis fra kriseteori. De britiske teamene tilbyr hovedsakelig hjemmebasert behandling for pasienter som ellers er vurdert å være i behov av døgninnleggelse.

Utviklingen av norske akutteam har i stor grad vært tilpasset det enkelte DPS og Helseforetak, men nasjonale anbefalingene for ambulante akutteam omhandler behandling nært opp til pasient og pårørendes ønsker, tverrfaglighet i bemanning, utvidet åpningstid, henvisningsmottager fra faglige instanser, men mulighet for at pasient og pårørende selv kan ta kontakt, tilbud om rask vurdering, kunne tilby kortvarig tilpasset ambulant behandling, ivaretagelse av barn, samhandling med pårørende og øvrige hjelpeinstanser.

Eksisterende kunnskapsgrunnlag viser stor variasjon i organisering, bemanning, målgruppe, åpningstider og tjenestetilbud ved de ulike akutteamene. Vi vet lite om utfall og konsekvenser av ulike praksis. Både i England (The CORE Study) og med det aktuelle prosjektet i Norge er formålet å avklare egenskaper ved teamene, brukerne, samt troskap til ulike modeller. Videre vil en utforske hvordan ulike komponenter ved akutte teamene bidrar til ulike pasientutfall.

### Utforming av studien

Studien skal belyse hva som kjennetegner krisen og situasjonen for de som søker hjelp, hva slags behandling akutteamene gir, hvordan utfallet av behandlingen er i følge pasienter og behandlere, hvordan pasientene er tilfreds med tilbudet, og hvordan akutteamens praksis er i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger og en kunnskapsbasert modell. For flere av disse spørsmålene undersøker vi også om det er mye variasjon mellom akutteamene.

Forskningsprosjektet er en pre-post observasjonsstudie om utfall av behandling ved ambulante akutteam. Utfall måles ved å sammenligne tilstand og situasjon ved avslutning av behandlingen med tilstand og

situasjon ved start av behandlingen. Bare brukere som gir skriftlig informert samtykke inkluderes. Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst, og av personvernombud og lokale forskningsinstanser ved de ulike helseforetakene.

Primære utfallsmål er klinisk bedring (CORE-10) målt ved spørreskjema til brukerne og skårings skjema (HoNOS, GAF) til behandlerne. Sekundært utfallsmål er brukertilfredshet (CSQ). Den personlige opplevelsen av krise (CSAS), opplevd støtte (CSS) og mestring er også vektlagt, og endringer i opplevelsen av krisen (CSAS) vil også være et sekundært utfallsmål. Vi har definert en krisebehandling til å være inntil 8 uker. Behandlerne har også samlet inn data om innholdet i behandlingen ved å fylle ut et skjema etter hver pasientkontakt. Pasientenes bruk av psykisk helsevern de neste seks måneder vil bli undersøkt ved data som innhentes fra Norsk pasientregister. Akutteamenes praksis måles ved hjelp av CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale, versjon 2.

Datainnsamlingen er gjort fra mars 2015 til februar 2016. Det har deltatt 28 akutteam, som er omtrent halvparten av landets akutteam. 25 akutteam har levert opplysninger om til sammen 1040 pasienter som teamene har hatt kontakt med. Ulike antall utfylte skjema ved akutteam og pasienter ved start og slutt av kontakten gjør at data som inngår i ulike analyser vil varierer med hvilke skjema disse data hentes fra. Multisenterstudien er gjennomført ved FOU-avdeling psykisk helsevern ved Ahus i samarbeid med akutteamene og Akuttnettverket.

## Brukerne og deres situasjon

De fleste brukeren var i aldersgruppen 20-39 år. Kjønnfordelingen kvinner/menn var 60/40. Om lag halvparten av deltagerne hadde hovedinntekstkilde ordinært arbeid eller inntekt som ikke innbar trygdeytelser utløst av sykdom. Nesten alle hadde fullført obligatorisk skolegang, og en fjerdedel hadde høyskole/universitetsutdannelse. Halvparten bodde i egen eid bolig. Om lag en tredjedel bodde alene, en tredjedel sammen med ektefelle/samboer. En fjerdedel hadde omsorg for barn. Bruk av formell tvang var kun rapportert for en person, så og si alle var i kontakt med teamene på frivillig basis. De fleste var henvist fra fastlege (ca 40 %) eller annet helsepersonell, i om lag 1 av 5 saker hadde pasienten eller pårørende selv tatt kontakt.

Brukerne oppga at situasjonene som utløste kontakt med teamet i høy grad var en stor belastning for seg, gjennomsnittlig vurdert til 8 eller mer på en skala der 10 representerte størst tenkelige belastning. For de fleste hadde krisa vart lenge, og de oppga å ha hatt behov for hjelp over flere uker. Livsomsrådene som ble rapportert omhandler særlig psykisk sykdom, selvmordsfare og ensomhet. De rapporterte høy grad av opplevde psykiske plager, særlig i form av anspenhet og engstelse, håpløshet, å være ulykkelig og ha søvnproblemer. De bekreftet høy grad av opplevde krisereaksjoner og lav grad av mestring. De oppga at de i høy grad hadde støtte fra familie og venner.

Teamene rapporterte om at over halvparten hadde kjent psykisk lidelse i forkant av kontakt med akutteamet. I en av fire saker var det ikke kjent psykisk sykdom ved behandlingsstart. Teamene rapporterte om lite psykoseproblematikk, i om lag 90 % var dette ikke aktuelt. Senket stemningsleie og øvrige psykiske og atferdsmessige problemer var det som var hyppigst. Både globalt symtomnivå og funksjonsnivå var for de fleste beskrevet som moderat til alvorlig. Omtrent 10% av pasientene hadde betydelig funksjonssvikt.

Ut fra diskusjoner om foreløpige funn har halvparten av akutteamene gjort en avgrenset registrering for en tre måneders periode av pasienter som ikke ble inkludert i studien. Denne antas å være representativ for utvalget. Den tyder på at bare omtrent 30 % av akutteamene pasienter ble inkluderte i studien, og at både pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter som ble innlagt er sterkt underrepresentert. Dette må tas med i vurderingen av resultatene som presenteres i denne rapporten.

## Behandlingen akutteamene gir

Pasientenes første møte med akutteamet var på dagtid på hverdager for 72 % av pasientene og på kveldstid på hverdager for 22 % av pasientene. De 5,4 % av inntakene som var i helg, er fordelt på 12 akutteam. 34 % henviste fikk samtale samme dag, og 30 % neste dag. 26 % fikk samtale innen 4 timer. Av de 352 pasientene som fikk første samtale samme dag, hadde henvendelsen kommet seinest kl 14 for 82 % og fra kl 15 til kl 18 for 10 %. Det var nesten ingen pasienter som fikk samtale samme dag dersom henvendelsen kom etter kl 18.

Akutteamenes behandling for den enkelte pasient er målt ved registreringer akutteamene har gjort etter hvert møte med de pasientene. Det ble registrert data om 3244 møte ansikt til ansikt og 296 telefonsamtaler. 62 % av møtene ansikt til ansikt er i teamets egne lokaler, 33 % i brukers bolig, og 5 % andre steder. 38 % av samtalene er ambulant, men det er stor variasjon mellom akutteam når det gjelder andel av ambulant virksomhet. To fra teamet med i 58 % av møtene (stor variasjon: 9 % – 92 % pr team).

Data fra skjema fylt ut etter hver kontakt er brukt til å analysere behandlingsforløpet og innholdet i behandling. Behandlingsintensitet er for de fleste pasientene ikke intensiv, men mer svarende til det som ofte er vanlig ved poliklinisk behandling. Det vanligste er en samtale i uka, men omtrent halvparten får mer enn dette den første uka.

Akutteamene legger mye vekt på karrlegging av pasientens situasjon og vurdering av pasientens psykiske tilstand og mestring. Vurdering av selvmordsrisiko er en viktig del av dette. Disse aktivitetene er særlig viktige i starten av behandlingsforløpet, og de er også knyttet til mye fokus på å lage en behandlingsplan.

Hovedvekten i krisebehandlingen på samtalebehandling der behandlerne bistår i pasientens arbeid med å klargjør situasjonen, og å bearbeide tanker og følelser som er knyttet til situasjonen. I denne prosessen vektlegges det også en god del å gi informasjon. En mindre andel får også psykoterapi og noen får medikamentell behandling. Akutteamene har i liten grad fokus på praktiske hjelp.

Det er få møter der andre er med, og teamene har altså begrenset samhandling med andre tjenester når det gjelder å møte pasienten sammen. Dette hovemønsteret gjelder de fleste team, men det er noe variasjon mellom teamene når det gjelder innholdet i tilbudet som gis.

Akutteamene i studien har relativt likt mønster når det gjelder hva det legges mest vekt på og hva som gjøres mest i møtene med pasienten, men det er noe variasjon mellom team. I vår studie er 50 % eller flere pasienter utskrevet innen 4 uker og 70 % eller flere innen 8 uker.

## Behandlingsutfall og brukertilfredshet

Både pasientrapporterte og behandlerrapporterte måleinstrumenter viste sterkt signifikante bedringer på alle måleinstrumentene som er brukt i studien. Pasientene rapporterte om færre psykiske plager og krisereaksjoner samt høyere grad av opplevd mestring og kontroll enn de gjorde ved oppstart. Teamene vurderte lavere alvorlighetsgrad for problemer på de fleste livsområdene samt bedring i forhold til generelt symptom og funksjonsnivå.

Enveis variansanalyse viser at det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller mellom pasientgrupper når det gjelder endringsmålene. Som vist tidligere i dette kapitlet er det altså signifikante bedringer på alle endringsmålene, men det er ingen sikker forskjell mellom grad av endring for de ulike gruppene. Dette kan ha sammenheng med hvor like pasientgruppene er ut fra målingene ved behandlingsstart. Dersom det er ulikheter i diagnostisk praksis kan dette også tenkes å bidra til å skjule eventuelle reelle forskjeller.

Enveis variansanalyse viser at det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller mellom pasientgrupper når det gjelder endringsmålene. Som nevnt ovenfor er det altså signifikante bedringer på alle endringsmålene,



men det er ingen sikker forskjell mellom grad av endring for de ulike gruppene. Dette kan ha sammenheng med hvor like pasientgruppene er ut fra målingene ved behandlingsstart. Dersom det er ulikheter i diagnostisk praksis kan dette også tenkes å bidra til å skjule eventuelle reelle forskjeller.

Kontakten med akutteamene ble i all hovedsak avsluttet etter avtale, og vel 10 % ble innlagt i døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten. De aller fleste pasientene ønsket og ble vurdert i behov av videre oppfølging ved avslutning. Det var registrert at en person tok sitt eget liv under kontakten med akutteam og overføring til tvungent døgnopphold var også registrert kun for en person.

Brukerne mottok ulike hjelpetiltak, men sett under ett ble de ulike hjelpetiltakene vurdert av brukerne å ha vært til nytte. Det ble også vurdert høy grad av tilfredshet med tjenestene som ble gitt. På den sammenlagte skalaen der 8 ville være minimumsskåre og 32 er maksimalt beste skåre ble det rapportert et gjennomsnitt på 28. På alle de åtte spørsmålene på dette mye brukte spørreskjemaet om brukertilfredshet med psykisk helsevern viser at de fleste pasientene er godt fornøyd eller svært fornøyd med akutteamene.

Ved tolkning av resultatene er det viktig å merke seg den skjevheten i materialet som er omtalt i kapittel 4.11, som viser at psykosepasienter og pasienter som blir innlagt er sterkt underrepresentert i studien.

### **Akutteamenes praksis**

Akutteamenes praksis er målt ved bruk av The CORE Study Crisis Resolution Team Fidelity Scale, som er det eneste måleverktøyet som er utviklet for å måle hvordan akutteam (crisis resolution teams) arbeider. Versjon 1 ble prøvet ut i England og Norge, og i studien brukte vi versjon 2 av måleinstrumentet. Det måler grad av troskap mot en kunnskapsbasert modell for akutteam, men gir også relevante opplysninger i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger for akutteam.

Evalueringen viste samlet sett at de norske ambulante akutteamenes praksis tilsvarer en lav til middels god troskap mot den kunnskapsbaserte modellen. Noe av det som ble skåret høyest var individuelt tilpassede tjenester, tilgjengelighet og responstid, og at teamene hadde en bred målgruppe. Noe av det teamene ble skåret lavest på var åpningstid, manglende portvaktfunksjon for døgnplasser i akuttavdeling, manglende bidrag til tidlig utskrivning fra døgnopphold, lav intensiteten på oppfølgingen av pasienter, og begrenset samarbeid med andre tjenester. Akutteamene tilbyr brukere og involverte pårørende individuelt tilpassede tjenester i henhold til pasientens og pårørendes ønsker og valg. Mange av teamene var bemannet med psykiater og psykolog. Litt over halvparten av teamene samarbeidet tett med familier.

Det var en del variasjon mellom akutteamene på noen områder, som f.eks. grad av ambulant arbeid og andel hjemmebesøk. På en del andre områder var teamene ganske like. Det er imidlertid ikke så stor grad av likhet at vi kan identifisere en typisk norsk modell for akutteam, og heller ikke slik at teamene grupperer seg i ulike grupper som er innbyrdes like men annerledes enn en annen gruppe team.

## 2 Bakgrunn for studien

Ambulante akutteam skal tilby rask vurdering og korttids behandling for mennesker med psykiske lidelser som opplever akutt forverring eller akutt nyoppståtte psykiske problemer. De skal være et alternativ til døgninnleggelse og forebygge bruk av tvang. Det var i 2012 etablert 61 slike team ved DPS i Norge.

Fremvekst av teamene var i utgangspunktet basert på etablering av Crisis Resolution Teams i Storbritannia, deres teoretisk bakgrunn for å utvikle gode tjenestetilbud for mennesker i akutte psykiske kriser var delvis fra kriseteori. De britiske teamene tilbyr hovedsakelig hjemmebasert behandling for pasienter som ellers er vurdert å være i behov av døgninnleggelse.

Utviklingen av norske akutteam har i stor grad vært tilpasset det enkelte DPS og Helseforetak, men nasjonale anbefalingene for ambulante akutteam omhandler behandling nært opp til pasient og pårørendes ønsker, tverrfaglighet i bemanning, utvidet åpningstid, henvisningsmottager fra faglige instanser, men mulighet for at pasient og pårørende selv kan ta kontakt, tilbud om rask vurdering, kunne tilby kortvarig tilpasset ambulant behandling, ivaretagelse av barn, samhandling med pårørende og øvrige hjelpeinstanser.

Eksisterende kunnskapsgrunnlag viser stor variasjon i organisering, bemanning, målgruppe, åpningstider og tjenestetilbud ved de ulike akutte teamene. Vi vet lite om utfall og konsekvenser av ulike praksis. Både i England (The CORE Study) og med det aktuelle prosjektet i Norge er formålet å avklare egenskaper ved teamene, brukerne, samt troskap til ulike modeller. Videre vil en utforske hvordan ulike komponenter ved akutte teamene bidrar til ulike pasientutfall.

### 2.1 Utvikling av modellen for akutteam og kunnskapsstatus

I 2005 vedtok norske helsemyndigheter at akutteam skulle etableres ved alle landets DPS innen utgangen av 2008 (Helsedirektoratet 2006). Teamene skal tilby rask vurdering og korttids behandling for mennesker med psykiske lidelser som opplever akutt forverring eller akutt nyoppståtte psykiske helseproblemer som ikke kan ivaretas av kommunehelsetjeneste eller andre deler av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Det har siden 2009 foregått nasjonal kunnskaps- og erfaringsutveksling gjennom halvårlige samlinger i regi av Akuttnettverket der representanter fra teamene møtes og utveksler kunnskap og erfaringer som tas med tilbake for videre utvikling av lokale enheter.

Etablering av ambulante akutteam i Norge de siste 10 årene var inspirert av implementering av såkalte Crisis Resolution Teams (CRT) i Storbritannia (Hasselberg 2013). For de britiske teamene er det tydelig formulert at deres formål er å kunne tilby hjemmebasert behandling for mennesker i psykisk krise som ellers er vurdert i behov av innleggelse i psykiatrisk sykehus (Johnson 2005, 2013). Som i Norge var det også i Storbritannia nasjonale føringer som la grunnlag for at det på landsbasis der i 2006-07 var etablert 343 CRT (Nasjonal plan NHD i 2000/Dept of health 2001, Hasselberg 2013). CRT skal tilby raske vurderinger, intensiv hjemmebehandling og bidra til raskere utskrivelse fra sykehusavdelingen.

De helsepolitiske føringene som ledet til etablering av CRT er beskrevet som et resultat av såkalt deinstitusjonalisering. En retning som har utviklet seg de siste 40-50 årene inne psykisk helsevern i Europa, USA og Australia og som kjennetegnes av nedbygging av sykehusavdelinger og økt satsning på lokale helsetjenester har vært vektlagt. (Hasselberg 2012, Johnson 2008). Prinsipper som ligger til grunn for utvikling og teoretisk rammeverk for CRT omhandler tidlig kriseteori, retninger som utfordret den

tradisjonelle maktbalansen mellom pasient og behandler, og tradisjoner som ønsket å bidra med behandling tilnærmet den i sykehus men i pasientens bolig (Johnson 2013). Det var en felles forståelse i tidlig arbeid for CRT lignende team om at sykehusinnleggelse bør unngås med bakgrunn i tanken om at utløsende mekanismer for- og mestring av kriser mer hensiktsmessig kan løses på pasientens hjemmebane fremfor en isolert sykehusavdeling (Johnson 2013).

Sentrale egenskaper ved CRT er tverrfaglighet, tilgjengelig legespesialistkompetanse, forhindre akuttinnleggelser, rask vurdering, intensiv hjemmebehandling med mulighet for 2-3 besøk daglig, bidra for å forkorte eventuelle innleggelser, døgnåpen tilgjengelighet, samarbeid med øvrige hjelpeinstanser, portvokter funksjon for alle døgninnleggelser. Videre inkluderer intervensjoner ved CRT vurdering av ulike helseaspekter, etablere rask behandlingsallianse, bidra med raskt symptomlette, også i form av medisiner dersom aktuelt, praktisk bistand, samtaletilbud, psykoedukasjon for pasienter og pårørende, fokus på krisearbeid og forebygging av nye utløsende hendelser samt sørge for videre behandlingstilbud i aktuelle enheter (Johnson 2013). Kartlegging og forskning i Storbritannia har vist at det er store forskjeller i hvilken grad de ulike teamene har implementert CRT modellen, og det store prosjektet The CORE Study er startet for å vurdere hvordan grad av implementering og ulike arbeidsformer påvirker praksis og effekt for CRT.

I Norge har det vært opp til hvert enkelt DPS eller Helseforetak å definere og utvikle modeller som gjør at de ambulante teamene på mest hensiktsmessig måte ivaretar de lokale behovene for akuttberedskap ved DPS. Kartlegginger av praksis i Norge viser stor variasjon mellom de ulike teamene når det gjelder organisering, bemanning, målgruppe, åpningstider og tjenestetilbud (Hasselberg 2013, Ruud 2015). De nasjonale anbefalingene for ambulante akutteam omhandler behandling nært opp til pasient og pårørendes ønsker, tverrfaglighet i bemanning, utvidet åpningstid, henvisningsmottager fra faglige instanser, men mulighet for at pasient og pårørende selv kan ta kontakt, tilbud om rask vurdering, kunne tilby kortvarig tilpasset ambulans behandling, ivaretagelse av barn, samhandling med pårørende og øvrige hjelpeinstanser (Helsedirektoratet 2014).

## Kunnskapsstatus

Det er begrenset kunnskapsgrunnlag for ambulante akutteam, og det er behov for videre forskning og evaluering (Johnson 2013). Kunnskapsgrunnlaget er gjennomgått i kapittel 5 i rapporten fra Helsedirektoratet (2014). Nasjonal systematisk forskning er i hovedsak publisert fra forskere ved Høgskolen i Buskerud (Karlson 2011 a og b) samt fra Multisenterstudien av akuttpsykiatri (Hasselberg 2011a og b, Hasselberg 2013). Av internasjonal forskning er det gjort mest i Storbritannia på CRT. En systematisk oversiktsstudie fra 2015 viser at en gjennom kvantitative studier fra ulike land finner noe evidens for at CRT kan redusere sykehusinnleggelser og øke pasienttilfredshet. Det er også noe støtte for at spesialistkompetanse og utvidet åpningstid 24/7 bidrar til økt effektivitet. Kvalitative studier basert på erfaringskunnskap tilsier at økt tilgjengelighet, kontinuerlig omsorg, nok tid for samtaler, praktisk hjelp, hjemmebehandling og tverrfaglig sammensetning optimaliserer CRT (Wheeler 2015). Johnson (2013) viser også til at det i Storbritannia har fremkommet skepsis mot organisering av akutt psykisk helsehjelp som CRT tema i noen arbeider. For eksempel viser en studie at selvmordsraten for pasienter som er tatt hånd om av CRT er høy sammenlignet med pasienter som er inneliggende (Hunt et al 2014). En omfattende kartlegging av brukererfaringer viste også at det var stor variasjon i grad av tilfredshet med teamenes arbeid (Mind 2011). Både i Storbritannia og i Norge understrekes den store variasjonen i teamene hva gjelder grad av implementerte egenskaper ved modellene og hvilken arbeidsform og tjenestetilbud de har (Helsedirektoratet 2014, Johnson 2013). Forskingen som er gjort inkluderer team som arbeider ulikt. Mens kunnskap om implementering og forekomst er bedre kjent, vet vi mindre om utfall og konsekvenser av ulik praksis. Både i England (The CORE Study) og i Norge (som denne rapporten omhandler) er det

igangsatt større prosjekter som har som formål å avklare egenskaper og troskap til ulike modeller samt forskning på hvordan ulike komponenter bidrar til ulike utfall (Helsedirektoratet 2014).

## **2.2 Utbredelse av ambulante akutteam i Norge**

De første ambulante akutteamene i Norge ble etablert i 1999/2000. De var hovedsakelig inspirert av den engelske CRT modellen, men har også arbeidet etter andre modeller (Helsedirektoratet 2014). Mens det opprinnelige helsepolitiske målet var å ha ambulante akutteam ved alle landets DPS innen utgangen av 2008 ble dette etter hvert endret til at ulike akuttjenester skal være på plass ved DPS i løpet av 2013. Det var i 2012 rapportert om 61 ambulante akutteam i Norge (Helsedirektoratet 2014). Det finnes i dag ingen konsistent norsk modell, men gjeldende anbefalinger foreligger fra Helsedirektoratet (2014).

## **2.3.Målgruppe og definisjon av psykisk krise**

Fra helsemyndighetene fremgår det at «Ambulante akutteam skal være et tilbud om rask vurdering og korttidsbehandling for mennesker med psykiske lidelser ev. i kombinasjon med rusmiddelproblemer, som opplever akutt forverring eller nye psykiske helseproblemer som ikke kan tas hånd om av kommunehelsetjenesten eller andre deler av spesialisthelsetjenesten» (Helsedirektoratet 2014). Krisebegrepet er lite berørt i nasjonale anbefalinger eller føringer. Dette skiller seg fra litteraturen fra Storbritannia der teamene også benevnes Crisis Resolution Teams. I en nyere oversiktsartikkel defineres psykisk krise på følgende måte: «Crisis brings the service user to the attention of crisis services for example through the relapse of an existing mental health condition. This results in a substantial impact on the life of the service user and their social network» (Paton 2016). I tråd med denne definisjonen kan en forstå psykisk krise som akutt forverring eller nye psykiske helseproblemer som påvirker personens liv i så stor grad at han henvises akutt psykisk helsetjeneste.

I Norge skiller akutteamene på om de utelukkende inkluderer pasienter som ønskes vurdert for innleggelse i psykisk helsevern eller om det også kan inkludere pasienter som behøver rask poliklinisk vurdering eller behandling. Det er nærliggende å anta at ulike team vil behandle med kriser med ulik alvorlighetsgrad og på ulike livsområder. I kriselitteraturen skilles det mellom ulike typer kriser. Overgangskriser vil være relatert til utvikling gjennom livsløpet, overgang fra barn til ungdom og voksen. Situasjonelle kriser omhandler situasjonsbestemte hendelser som å miste jobb eller inntekt eller skilsmisse fra partner. De komplekse krisene henspiller på mer alvorlige traumatiserende hendelser som katastrofer, vold og lignende. Psykiske kriser vil videre være en fjerde form for kriser. Krisene eksisterer på et kontinuum og de vil både kunne overlappe og lede til hverandre. (Rosen 1997). Det er ikke tidligere gjort kartlegging av hva som kjennetegner krisene for de pasientene som behandles i akutteam, men et bredt perspektiv i forståelsen av mennesker med psykiske kriser vil kunne være hensiktsmessig. Videre vil allmenne prinsipper for krisehåndtering, et felt som har vært gjenstand for stor oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt, kunne ha verdi for utvikling av kunnskap for hvordan håndtere psykiske kriser.

Ved etablering av CRT i England var en del av forståelsen som ble lagt til grunn krisebegrepet slik det ble definert av Gerard Caplan i 1961 som en normal reaksjon på alvorlig psykososialt stress heller enn psykisk lidelse (Johnson 2008). Videre er det også beskrevet at kunnskap fra den tidlige forskning på menneskers reaksjoner på plutselige og uventede sterke livshendelser også var bidragsytere for å tydeliggjøre menneskelige krisereaksjoner, eksempelvis Erick Lindemans forskning etter Cocoanut Grove brannen i 1942 (Rosen 1997). Fra nyere katastrofe- og kriseforskning defineres dramatiske og traumatiserende hendelser i form av at de påvirker enkeltmennesket på en måte som normalt går utover det en vanligvis takler alene eller ved hjelp av sitt sosiale nettverk (Dyregrov 2002). Alvorlige kriser vil slik omhandle tap av opplevd

kontroll og mestringsstrategier, samt tap av funksjon og mulig risiko for skade. Dette sammenfaller med flere av definisjonene brukt i den engelske CRT litteraturen; «The degree of crisis as a psychological state is mediated by thoughts about the magnitude of a stressful life experience (event or situation) and thoughts about the ability to cope with the stressful life event” (Roberts 2008). Og “Loss of function, risk of injury and the need for additional support to regain control (Tobitt 2011)”. Fra katastrofeforskning har en kjennskap til at en rekke faktorer vil påvirke hvordan kritiske hendelser håndteres. Faktorer er knyttet opp mot grad av eksponering og hendelsen direkte, men også nært opp mot støtte i omgivelsene samt personlig fungering og tidligere mental helse (North 2014). At tidligere psykisk sykdom og personlig fungering er en robust sårbarhetsfaktor for kompliserte forløp etter kritiske hendelser kan bety at behovet for å få støtte til å finne løsninger og utvikle mestringsstrategier i akutte kriser er forhøyet blant pasienter i psykisk helsevern.

## 3 Utformingen og gjennomføring av multisenterstudien

Studien skal belyse hva som kjennetegner krisen og situasjonen for de som søker hjelp, hva slags behandling akutteamene gir, hvordan utfallet av behandlingen er i følge pasienter og behandlere, hvordan pasientene er tilfreds med tilbudet, og hvordan akutteamens praksis er i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger og en kunnskapsbasert modell. For flere av disse spørsmålene undersøker vi også om det er mye variasjon mellom akutteamene.

Forskningsprosjektet er en pre-post observasjonsstudie om utfall av behandling ved ambulante akutteam. Utfall måles ved å sammenligne tilstand og situasjon ved avslutning av behandlingen med tilstand og situasjon ved start av behandlingen. Bare brukere som gir skriftlig informert samtykke inkluderes. Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst, og av personvernombud og lokale forskningsinstanser ved de ulike helseforetakene.

Primære utfallsmål er klinisk bedring (CORE-10) målt ved spørreskjema til brukerne og skåringsskjema (HoNOS, GAF) til behandlerne. Sekundært utfallsmål er brukertilfredshet (CSQ). Den personlige opplevelsen av krise (CSAS), opplevd støtte (CSS) og mestring er også vektlagt, og endringer i opplevelsen av krisen (CSAS) vil også være et sekundært utfallsmål. Vi har definert en krisebehandling til å være inntil 8 uker. Behandlerne har også samlet inn data om innholdet i behandlingen ved å fylle ut et skjema etter hver pasientkontakt. Pasientenes bruk av psykisk helsevern de neste seks måneder vil bli undersøkt ved data som innhentes fra Norsk pasientregister. Akutteamenes praksis måles ved hjelp av CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale, versjon 2.

Datainnsamlingen er gjort fra mars 2015 til februar 2016. Det har deltatt 28 akutteam, som er omtrent halvparten av landets akutteam. 25 akutteam har levert opplysninger om til sammen 1040 pasienter som teamene har hatt kontakt med. Ulike antall utfylte skjema ved akutteam og pasienter ved start og slutt av kontakten gjør at data som inngår i ulike analyser vil variere med hvilke skjema disse data hentes fra. Multisenterstudien er gjennomført ved FOU-avdeling psykisk helsevern ved Ahus i samarbeid med akutteamene og Akuttnettverket.

### 3.1 Mål for studien

Det primære mål er å gi ny kunnskap om egenskaper og opplevelse av krise og takle krisen, på utfallet og brukertilfredshet, og i hvilken grad forskjeller i sentrale elementer i CRT praksis forklarer forskjeller i utfall og brukertilfredshet.

Delmål er å gjøre dette til ny kunnskap tilgjengelig for brukerne og deres familier, til CRT teamledere og gruppemedlemmer, til psykiske helsetjenesten ledere og helsepolitikere å bidra til videreutvikling av CRT og relaterte akutte psykiske helsetjenester.

### 3.2 Spørsmål som studien skal belyse

Rapporten omtaler følgende hovedspørsmål i de ulike kapitlene slik som vist i tabellen nedenfor.

**Tabell 3.1 Hovedspørsmål som studien skal belyse**

	Spørsmål	Kapitel
1	Hva kjennetegner krisen og situasjonen for de som søker hjelp?	4
2	Er det forskjell mellom akutteam i hvem de gir behandling?	4
3	Hvordan er akutteamenes praksis, og hvilken behandling gir de?	5
4	Hvordan er det utfallet av behandlingen ved akutteam ifølge brukere og behandlere?	6
5	Hvordan er brukernes tilfredshet med behandlingen akutteamene gir?	6
6	Hvordan er akutteamenes praksis i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger?	7
7	Hvordan er akutteamenes praksis i forhold til en kunnskapsbasert modell?	7
8	Hvor mye av variasjon i utfall og brukertilfredshet kan forklares ut fra variasjon i praksis?	Se nedenfor
9	Hvor mye av variasjonen i bruk av psykisk helsevern de neste seks måneder forklares ut fra kriser, brukere, akutteamenes praksis og behandling?	Se nedenfor

Denne rapporten belyser de sju første spørsmålene ovenfor. Spørsmål 8 vil det bli arbeidet med i videre analyser som vil bli publisert i vitenskapelige artikler. Det siste spørsmålet kan ikke besvares før vi har mottatt data fra Norsk pasientregister om bruk av psykisk helsevern de første 6 måneder etter avsluttet krisebehandling ved akutteamene. Dette kan tidligst skje på slutten av 2016.

### **3.3 Utforming av studien**

Forskningsprosjektet er en pre-post observasjonsstudie om utfall av behandling ved ambulante akutteam. Utfall måles ved å sammenligne tilstand og situasjon ved avslutning av behandlingen med tilstand og situasjon ved start av behandlingen. Planen var å ha med 30 akutteam som hver inkluderer 40 pasienter som har to eller flere konsultasjoner, samt brukere med kun en konsultasjon. Studien ville da omfatte 1200 brukere av ambulante akutteam. Bare brukere som gir skriftlig informert samtykke inkluderes.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst A (reg.nr. 2014/1511) og av Personvernombudet ved Akershus universitetssykehus + alle andre.

### **3.4 Inklusjonskriterier og utvalg**

Akutteamene ble rekruttert til studien ved en invitasjon sendt i desember 2014 til alle divisjoner/klinikker for psykisk helsevern i de 19 helseforetakene som driver akuttpsykiatriske tjenester (inkludert akutteam). 28 akutteam meldte seg på og møtte på en orienteringsdag i januar 2015. Februar ble brukt til forberedelser av datainnsamling og akutteam og for å få godkjenning fra forskningsadministrasjonen og verneombud i hvert helseforetak. De første akutteam startet med inklusjon av pasienter i mars 2015.

Brukere som kan svare på spørreskjema på norsk og gi skriftlig samtykke til å delta i studien, blir inkludert. Inkludering gjøres fortløpende av hver bruker som gir skriftlig samtykke til å delta i studien. Rekruttering ved hvert akutteam fortsetter til 40 inkluderte pasienter har hatt minst to konsultasjoner, for å kunne måle endringer over tid. Inkluderingsstid forventes å være 2-3 måneder for hvert akutteam.

### 3.5 Måleverktøy og instrumenter

Primære utfallsmål er klinisk bedring målt ved spørreskjema til brukerne og skåringsskjema til behandlerne. Sekundært utfallsmål er brukertilfredshet. Den personlige opplevelsen av krise (hendelse, situasjon), opplevd støtte og mestring er også vektlagt, og endringer i opplevelsen av krisen vil også være et sekundært utfallsmål. Sentrale elementer i praksis for akutteamene vil bli vurdert av evalueringsgrupper opplært i å bruke CORE CRT-kvalitetsskalaen, og dette vil også bli brukt til å vurdere akutteams praksis i forhold til nasjonale anbefalinger for akutteam utgitt av Norsk Helsedirektoratet (2014).

Brukeren fyller ut et kort spørreskjema i begynnelsen (første konsultasjon) og slutt av behandlingen (siste konsultasjon). Instrumentet CORE-10 vil bli inkludert begge ganger, og det primære utfallet er endring fra begynnelsen til slutt av behandlingen på CORE-10 (Connell 2007, Barkham 2013). CORE-10 er kort og har utmerkede psykometriske egenskaper, og det er tilgjengelig i norsk. Den har elementer som er svært relevant for dimensjonene i psykisk krise (depresjon, angst, traumer, selvmordsrisiko, funksjon, støtte).

Behandlerne i akutteamet skårer alvorlighetsgrad av psykiske problemer ved å skåre HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales, 12 skalaer) ved begynnelsen og slutt av behandlingen (Wing 1998), og endring i HoNOS skåre er det andre primære utfallsmål. HoNOS er i økende grad brukt som rutinemessig klinisk mål i psykisk helsevern i mange land, blant annet ved akutteam. Det har blitt brukt i flere studier på akutteam (Johnson 2005, Johnson 2005), og det var den primære utfallet instrument i multisenterstudie av akutt psykiatri i Norge (MAP) (Ruud 2006, Hasselberg 2011). De ansatte i akutteamene trenes i skåring av HoNOS ved hjelp av en nyutviklet e-læringsprogram. Vi vil måle inter-rater reliabilitet (ICC) ved å spørre hver akuteam om å skåre et sett av skriftlige vignetter.

Vi har i denne studien definert tidspunktet for behandling av en krise å være maks 8 uker, da de fleste akutteam definerer 4-8 uker som maksimal varighet av krisebehandling. For eventuelle brukere som ikke skives ut innen 8 uker, skal spørreskjema og avslutningsskjema fylles ut ved 8 uker for å måle den definerte behandlingsvarigheten og få sammenlignbare data på tvers av akutteam. Opplevelse av krisen måles ved bruk av Crisis State Assessment Scale (10 elementer, CSAS, Lewis 2005, Matthieu 2006). Dette er inkludert i spørreskjemaene til brukerne både ved start og slutt av behandlingen. De første 5 spørsmålene er om opplevelsen av krisen, og de siste 5 spørsmålene måler opplevelse av egen mestring av krisen. Spørreskjemaet bygger på store teoretiske modeller på krise og mestring, og CSAS har vist god reliabilitet og validitet (Lewis 2005). I den norske versjonen har vi endret på svaralternativer ut fra en vurdering av at det ikke var så hensiktsmessig å spørre om hyppighet av ulike opplevelser i forhold til en kortvarig krise. Skalaen har ikke vært publisert fra mer en en studie, og vi lyktes ikke å få kontakt med de som har laget den. Endring i opplevelsen av krisen vil bli analysert ved å sammenligne opplevelsen ved begynnelsen og slutten av krisen behandling.

Støtte fra familie og venner (uformelle nettverk) er målt ved Crisis Support Scale (CSS, Joseph 1992). CSS er å måle opplevd sosial støtte. Det er kort og omfatter ulike aspekter av sosial støtte. CSS er vist å ha gode psykometriske egenskaper (Elklit 2001). CSS inkluderer 7 spørsmål skåret på en 7 punkts skala.

Grunner for kontakt med CRT blir registrert av elleve spørsmål om problemer innen forskjellige livsområder som kan ha utløst krisen og kontakt med akutteamet. Vi spør om problemer som gjelder bolig/økonomi, arbeid/utdanning, fysisk sykdom, psykiatrisk sykdom og ekteskaps/samlivsproblemer, alvorlige ulykker eller dødsfall, trusler/vold/overgrep, selvskading/selvmoedsfare, stoffmisbruk og andre problemer. Alle er vurdert på en fem punkts skala.

Brukertilfredshet og erfaring måles ved hjelp av Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8, 8 spørsmål, Larson 1979) i spørreskjemaet ved slutten av behandlingen. Det har blitt brukt mye i forskning, inkludert studier på akutteam, inkludert en pre-post-studien (Johnson 2005a) og en RCT (Johnson 2005b). Vi har også



inkludert spørsmål om hvor nyttig brukeren har opplevd visse nøkkelkomponenter i krise behandling: å snakke om situasjonen/tanker/følelser, familie/par samtale, praktisk hjelp, medisiner, hjelpe familien, henvisning til andre tjenester, andre.

Variabler om livssituasjon, henvisning, nylig bruk av helsetjenester, samarbeid med andre tjenester og utskrivning er hentet fra registreringsskjemaene som ble brukt av akutteam i Multisenterstudie av AkuttPsykiatri (MAP) i 2005/2006 (Ruud et al 2006). Stor innsats ble satt inn å velge variabler og utvikle skjemaene for MAP av forskere og CRT teamledere, og bruker mange av disse variablene i vår studie i 2015 gjør det også mulig å sammenligne med resultatene fra MAP. Utkast til skjema for vurderinger ved inntak, innhold av konsultasjon og utskrivning ble diskutert med akutteamene på orienteringsdagen i januar 2015 og deretter revidert. Vår nåværende studien vil gi mye ny kunnskap som ikke var mulig for ti år siden i MAP, der var det ingen spørreskjema til brukerne, ingen tilgjengelig CRT troskap skala på CRT praksis, og begrenset definerte målinger på behandling innhold og intervensjoner.

Innholdet i behandlingen for den enkelte pasient er registrert ved hjelp av et skjema om den enkelte konsultasjon med data om tidspunkt, sted, varighet, andre som deltar, og aktiviteter i løpet av konsultasjonen (utredninger, tiltak, samarbeid ). Et utkast til skjemaet ble revidert etter drøfting med akutteamene på dagsseminaret i januar 2015.

Akutteamenes praksis måles ved hjelp av CORE CRT-kvalitetsskala versjon 2 utviklet av CORE studie ledet av professor Sonia Johnson og Brynmor Lloyd-Evans. Den har 39 skalaer og inkluderer måling av sentrale elementer som åpningstider, responstid, behandling intensitet, hjemme behandling og gatekeeping av akutte senger. Vårt forskningsteam var engasjert i utviklingdn. Fidelity skala har blitt pilottestet på 75 akutteam i Storbritannia og 24 akutteam i Norge. Versjon 2 er justert etter pilottestingen. Et evalueringsteam ble opplært i mars 2015 og evaluerer de 28 akutteamene april-juni 2015.

Data om bruk av psykisk helsevern 6 måneder etter utskrivningen fra akutteam: Data om bruk av psykisk helsevern vil bli hentet fra Nasjonalt pasientregister (NPR) som jevnlig mottar data fra alle helseforetakene i Norge på behandlingsepisoder i somatiske sykehus, psykisk helsevern og rusmisbruktjenester. Uthentede data vil omfatte type klinisk enhet, tidspunkt for opptak, liggetid i døgnhetene, konsultasjoner i polikliniske enheter og ambulante team, diagnoser, og bruk av tvang. Dataene fra de 6 månedene etter utskrivning fra akutteam vil bli hentet fra NPR i 2016 etter deres kvalitetskontroll av dataene.

### **3.6 Datainnsamling**

Datainnsamlingen er gjort fra mars 2015 til februar 2016. Behandlerne i akutteamene spør brukerne i den første konsultasjonen om de ønsker å delta i studien. De som gir skriftlig samtykke blir da inkludert og bedt om å fylle ut den første spørreskjemaet. Datainnsamling fra brukere og klinikere er gjort av akutteamene som en del av sin kontakt med brukerne og som en del av sitt eget klinisk arbeid. Hvert skjema er merket med en kode for akutteamet og en koden for brukeren. Utfylte spørreskjemaer og skjemaer sendes ukentlig til vår prosjektgruppe for registrering i elektronisk database på en server dedikert til forskning på Akershus universitetssykehus.

Fidelity vurderingene er gjort av en evalueringsteam på åtte personer som er opplært i å gjøre kvalitetsvurderingen. Tre fra evalueringsteamet (to klinikere og en brukereksper) besøker hver akutteam. Hvert akutteam er vurdert i løpet av perioden når de inkluderer eller gi behandling til brukerne i undersøkelsen. Evalueringsteamet har fått opplæring i bruk av CRT-kvalitetsskalaen, og halvparten av evalueringsteamets medlemmer hadde vært med på å gjøre pilottesting av måleverktøyet våren 2014.

Med brukernes samtykke vil vi også innhente data fra Norsk pasientregister om bruk av psykisk helsevern de første 6 måneder etter krisebehandlingen. Dette vil også være et mål på utfall av behandlingen. Disse registerdata vil gjelde et tidsrom fram til slutten av 2015 og vil først kunne innhentes i 2016.

**Tabell 3.2 Akutteam som har deltatt i multisenterstudien**

Akutteamene som har deltatt i multisenterstudien er ved følgende DPS	
Nordre Østfold DPS	Arendal DPS
Halden/Sarpsborg DPS	Stavanger DPS
DPS Fredrikstad	Sola DPS
Nedre Romerike DPS	Haugaland DPS *
Follo DPS	Betanien DPS
Lovisenberg DPS	Bjørgvin DPS
Søndre Oslo DPS	Kronstad DPS
Nydalen DPS *	Nordfjord psykiatrisenter
Vindern DPS	DPS Sunnmøre
Kongsvinger DPS *	Tiller DPS
Hamar DPS	Nidaros DPS
Gjøvik DPS	Orkdal DPS
Søndre Vestfold DPS	Salten DPS
Nedre Telemark DPS	Psykisk senter Sør-Troms

\*) Har deltatt i evaluering av praksis, men ikke i datainnsamling om pasienter

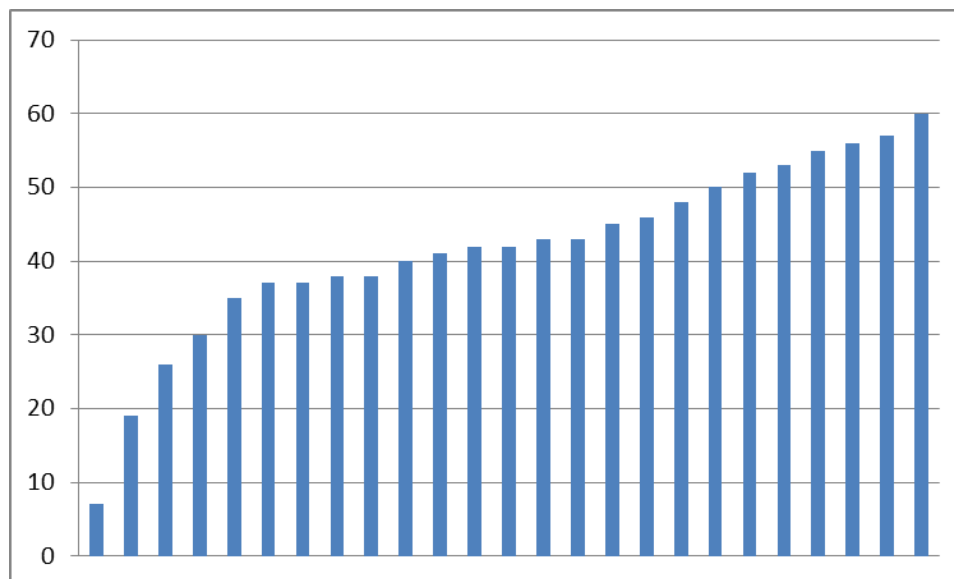
### 3.7 Datamateriale

Akutteamene med teamledere, koordinatore og teammedlemmer har gjort en kjempejobb med datainnsamling midt i en travel klinisk hverdag. Det store datamaterialet i denne multisenterstudien hadde ikke vært mulig uten denne felles dugnaden ut fra en interesse om å bidra til best mulig akutttilbud til de som trenger det. Dette gjelder både innsatsen som akutteamene har gjort, men også de omrent tusen brukerne/pasientene som har fylt ut spørreskjema om hvordan de opplever situasjonen og behandlingen.

Målet var at hvert akutteam skulle inkludere pasienter til minst 40 av de inkluderte pasientene hadde hatt to eller flere samtaler. Dette ville trolig medføre vel 50 inkluderte pasienter pr team, dersom situasjonen er den samme som i Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) der 30 % av pasientene hadde en samtale. Noen akutteam har forstått det slik at de skulle inkludere 40 pasienter, og noen akutteam har av ulike grunner ikke klart å inkludere så mange som 40 pasienter. Men gjennomsnittlig antall inkluderte pasienter er altså 42 pasienter pr akutteam ut fra at 25 akutteam har registrert data om 1040 pasienter.

Akutteamene oversendte skriftlig samtykke fra i alt 1047 brukere, og vi har bare brukt opplysninger om disse som har gitt samtykke. Vi har mottatt ett eller flere utfylte skjema for 1040 av disse brukerne.

**Figur 3.1 Antall inkluderte pasienter pr akutteam sortert etter antall inkludert**



Antall svar som kan inngå i en analyse er avhengig av hvilke opplysninger (skjema) som trengs for å besvare spørsmålet. Vi har mottatt skjema fra både akutteam og bruker for både ved start og avslutning av behandlingen for 645 pasienter (62 %). For disse pasientene kan vi gjøre analyser av både start og slutt av behandlingen ut fra både det akutteamet har registrert og det pasientene har svart. Selv om det er komplette skjemasett for disse pasientene, kan enkelte spørsmål være utbesvart, slik at det ikke er komplette datasett for alle variabler eller opplysninger.

Vi har mottatt skjema fra akutteam og pasient ved start for 961 (92 %) , og skjema fra akutteam også ved avslutning av kontakten for 797 av disse (77 %). For 164 pasienter (16 %) har vi skjema fra både akutteam og pasient ved inntak, og dette er i hovedsak pasienter som bare hadde en kontakt. For 152 pasienter (15 %) har vi skjema fra akutteamet ved både start og slutt, og fra pasienten ved start. Dette er enten pasienter som bare hadde en time og der akutteamet har fylt ut skjema om slutt, eller pasienter som har hatt kontakt flere ganger men ikke har fylt ut skjema ved avslutning av kontakten. Vi kan altså sammenholde opplysninger fra både akutteam og pasient ved start av behandlingen for til sammen 961 pasienter (92 %), og for 797 av disse (77 %) har vi også opplysninger som fra akutteamet om avslutning og utfall av behandlingen slik teamet vurderer det.

Vi mottok også noen ufylte skjema om brukere vi ikke har mottatt skriftlig samtykke fra. Dette var 32 skjema fylt ut av akutteam ved start og 16 ved avslutning, og 14 skjema fylt ut av bruker ved start og 11 ved avslutning. Disse opplysningene er ikke brukt fordi vi manglet skriftlig samtykke. Det var også noen få brukere vi ikke fikk utfylte skjema om selv om de hadde gitt skriftlig samtykke.

Det er mange forhold som kan ha bidratt til det sammensatte mønsteret av uregistrerte skjema og til mangler eller feil ved utfylling eller registrering av opplysninger. Det kan oppstå feil både ved inklusjon av pasienter, administrering og innsamling av skjema, utfylling av skjema, innsending av skjema, lesing og elektronisk registrering av skjema, og bearbeiding av elektronisk registrerte data. Det har vært opp mot to hundre personer involvert i datainnsamling og registrering, og misforståelser eller ulike grader av kunnskap om prosedyrene gjør at det er vanskelig å få et slikt stort materiale uten noen feil eller mangler. Vi har også ved bearbeidingen forstått at noen punkter i utforming av skjema eller veiledning ikke har vært gode eller klare nok, slik at det har vært misforståelser som skyldes forarbeidet vi har gjort i prosjektet. Dette gjelder spesielt tilretteleggingen av skjema og prosedyre for å sikre data om avslutning av kontakten når dette

gjøres i den første samtalen uten at det avtales noen ny samtale. Veiledningen beskrev da at deler av skjema for avslutning da skulle brukes, men dette var vanskelig å praktisere og burde ha vært annerledes.

Når vi har oppdaget manglende data eller noe som ikke stemmer eller er usikkert, har vi sjekket mottatte papirskjema for å korrigere eventuelle feilregistreringer og kontaktet akutteamet om viktige manglende opplysninger. I etterkant av presentasjoner av resultatene på Akuttnettverkets samling i april og på DPS-lederkonferanse i mai, har vi hatt kontakt med akutteamene om å supplere noen få opplysninger for de pasientene der vi ikke hadde mottatt skjema fra teamet ved avslutning av behandlingen. Vi har mottatt en del slike data fra de fleste teamene. Men en del slike data har det ikke vært mulig å få kontrollert eller supplert. Vi må regne med at det fortsatt finnes noen feil i data som analyseres, men etter kontroll og kvalitetssikring mener vi at de er så få at de ikke utgjør noen feilkilde av betydning for resultatene. Manglende data har vi tatt hensyn til i bearbeiding og analyser, slik at de ikke utgjør noen feilkilde. Men de kan i noen sammenhenger begrense enkelte analyser som f.eks. ville kreve et større antall pasienter pr. team enn enkelte team har.

### **3.8 Dataanalyser, publisering og formidling av resultatene**

Resultatene i denne rapporten er i hovedsak beskrivende statistikk med frekvenstabeller, krystabeller og noen analyser av sammenhenger eller statistiske forskjeller. Dette er gjort ved bruk av statistikkprogrammet SPSS. Det vil bli arbeidet videre med en del spørsmål som vil kreve mer kompliserte statistiske analyser, og resultater fra slik videre bearbeiding vil bli publisert i vitenskapelig artikler slik det står nedenfor. Rapporten sendes ut til alle akutteamene som har deltatt i studien, og den publiseres på Akuttnettverkets nettside og på nettsiden for FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akerhus universitetssykehus (Ahus).

Resultatene av studien vil bli publisert som vitenskapelige artikler i internasjonale tidsskrifter med fagfelleevaluering. Vi har utviklet en publiseringsplan som beskriver hver artikkel (forskningsspørsmål, tildelt data, analyser, forfattere), hensyntatt kompetanse og interesse for hver samarbeidspartner. Vi har utviklet en modell for dette som en del av noen tidligere store studier.

Foreløpige resultater har vært presentert på et seminar under Akuttnettverkets samling i april 2016 og som foredrag på årets konferanse for DPS-ledere i mai 2016. Resultatene vil bli presentert også på andre konferanser og seminarer der det er naturlig eller ønskelig.

Den norske oversettelsen av The CORE Study Crisis Resolution Team Fidelity Scale vil bli gjort tilgjengelig slik at akutteam kan bruke den som ledd i egen evaluering og arbeid med å forbedre egen praksis. Vi vil også gjøre tilgjengelig ulike hjelpeskjema og veiledning som trengs ved bruk av måleverktøyet.

### **3.9 Prosjektorganisering**

Prosjektet gjennomføres av FOU-avdeling psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus (Ahus), i samarbeid med Akuttnettverket. Prosjektleder Torleif Ruud er avdelings sjef ved FoU-avdeling psykisk helsevern og professor i psykiatri ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Prosjektgruppa for studien består av Nina Hasselberg, Katrine Høyer Holgersen, Gunn Marit Uverud, Carina Jørgensen, Turid Foss, Stephan Neuhaus og Torleif Ruud. Psykologspesialist og forsker Nina Hasselberg leder målingen av akutteamenes praksis. Gunn-Marit Uverud og Camilla Jørgensen er erfaringskonsulenter og har vært med i evalueringsteam ved utprøvingen av måleverktøyet om akutteams praksis. Turid Foss er klinisk sosionom og familierapeut i et mobilt primærhelsetjenesten team for ungdom, og er medlem i rådet for er medlem i rådet i Akuttnettverket som representant for Voksne for barn. Psykologspesialist

Katrine Høyér Holgersen har doktorgrad og jobber i et akutteam. Psykolog Stephan Neuhaus har arbeidet i et akutteam og har deltatt i målingen av akutteamenes praksis.

Deltakerne i evalueringsteamet som har besøkt akutteamene og målt deres praksis har vært Nina Hasselberg (leder), Gunn Marit Uverud, Trine Doull, Inger B. Kaspersen, Tor Erik Vassvik, Stephan Neuhaus og Lina Kristensen.

Merkantil støtte og omfattende elektronisk registrering av data har vært gjort ved Lene Beate Rannug Flücht, Kajathiry Nageswaran, Bodil Skiaker, Wenche Hellenen Reichelt og Ingrid Kyte Fjellestad.

Professor Sonia Johnson og universitetslektor Brynmohr Lloyd-Evans ved University College London (UCL) er internasjonale samarbeidspartnere og har utviklet måleverktøyet for akutteams praksis. De er assosierte medlemmer av prosjektgruppa. De gjennomfører CORE Study som har utviklet den CRT-kvalitetsskalaen. De er rådgivere i utformingen av vår studie og vil ta del i analyse og publikasjoner. De viktigste britiske studier av det siste tiåret om CRT har involvert forskerteamet ved UCL ledet av professor Sonia Johnson. Dette inkluderer en naturalistisk undersøkelse av dens innvirkning på en rekke sosiale og kliniske utfall, den eneste randomisert kontrollert studie på CRT, helseøkonomiske studier, en undersøkelse av pasientfaktorer forbundet med å være innlagt i stedet behandles hjemme, en arbeidsstyrke studie, og CRT nasjonal undersøkelse. Sonia Johnson er redaktør for en bok om CRT.

Planen for studien har vært diskutert i Akuttnettverket i to nettverkssamlinger i løpet av 2014, samt flere ganger i rådet av Akuttnettverket. 6 av de 15 medlemmene av rådet er representanter fra de tre største organisasjonene i Norge innen psykisk helse (Mental Helse Norge, Landsforeningen for pårørende i psykisk helse (LPP), Voksne for barn), og har tatt del i diskusjoner om planene.

Studien har mottatt økonomisk støtte fra Helsedirektoratet til målingen av akutteamens praksis, ut fra søknad om midler ved en utlysning av midler til implementering av kunnskapsbaserte praksiser.

## 4 Bruker og deres situasjon

De fleste brukeren var i aldersgruppen 20-39 år. Kjønnfordelingen kvinner/menn var 60/40. Om lag halvparten av deltagerne hadde hovedinntekstkilde ordinært arbeid eller inntekt som ikke innbar trygdeytelser utløst av sykdom. Nesten alle hadde fullført obligatorisk skolegang, og en fjerdedel hadde høyskole/universitetsutdannelse. Halvparten bodde i egen eid bolig. Om lag en tredjedel bodde alene, en tredjedel sammen med ektefelle/samboer. En fjerdedel hadde omsorg for barn. Bruk av formell tvang var kun rapportert for en person, så og si alle var i kontakt med teamene på frivillig basis. De fleste var henvist fra fastlege (ca 40 %) eller annet helsepersonell, i om lag 1 av 5 saker hadde pasienten eller pårørende selv tatt kontakt.

Brukerne oppga at situasjonene som utløste kontakt med teamet i høy grad var en stor belastning for seg, gjennomsnittlig vurdert til 8 eller mer på en skala der 10 representerte størst tenkelige belastning. For de fleste hadde krisa vart lenge, og de oppga å ha hatt behov for hjelp over flere uker. Livsomsrådene som ble rapportert omhandler særlig psykisk sykdom, selvmordsfare og ensomhet. De rapporterte høy grad av opplevde psykiske plager, særlig i form av anspenthet og engstelse, håpløshet, å være ulykkelig og ha søvnproblemer. De bekreftet høy grad av opplevde krisereaksjoner og lav grad av mestring. De oppga at de i høy grad hadde støtte fra familie og venner.

Teamene rapporterte om at over halvparten hadde kjent psykisk lidelse i forkant av kontakt med akutteamet. I en av fire saker var det ikke kjent psykisk sykdom ved behandlingsstart. Teamene rapporterte om lite psykoseproblematikk, i om lag 90 % var dette ikke aktuelt. Senket stemningsleie og øvrige psykiske og atferdsmessige problemer var det som var hyppigst. Både globalt symtomnivå og funksjonsnivå var for de fleste beskrevet som moderat til alvorlig. Omtrent 10% av pasientene hadde betydelig funksjonssvikt.

Ut fra diskusjoner om foreløpige funn har halvparten av akutteamene gjort en avgrenset registrering for en tre måneders periode av pasienter som ikke ble inkludert i studien. Denne antas å være representativ for utvalget. Den tyder på at bare omtrent 30 % av akutteamene pasienter ble inkluderte i studien, og at både pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter som ble innlagt er sterkt underrepresentert. Dette må tas med i vurderingen av resultatene som presenteres i denne rapporten.

### 4.1 Brukernes livssituasjon

Tabell 4.1 Fordeling på aldersgrupper og kjønn

Aldersgrupper og kjønn	Menn		Kvinner		Til sammen	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Under 20	20	4,8	34	5,7	54	5,3
20-29 år	120	28,8	197	32,8	317	31,1
30-39 år	96	23,0	123	20,5	219	21,5
40-49 år	73	17,5	99	16,5	172	16,9
50-59 år	70	16,8	85	14,1	155	15,2
60-69 år	29	7,0	46	7,7	75	7,4
70-79 år	5	1,2	15	2,5	20	2,0
80-89 år	4	1,0	2	0,3	6	0,6
<b>Til sammen</b>	<b>417</b>	100,0	<b>601</b>	100,0	<b>1018</b>	100,0

Alder og kjønn er ukjent for 22 pasienter på grunn av manglende skjema eller ikke registrert på skjema.

Av brukerne var 61 % kvinner og 39 % menn. Totalt sett var den største aldersgruppen 20-19 år (31%), etterfulgt av 30-39 år (21%). Aldersspennet 20-39 år utgjorde altså omtrent halve datamaterialet. Aldersgruppen 40-49 år var representert med 17% og 50-59 år med 16%. Bare 6 % av brukerne var under 20 år, og 10 % var over 60 år.

Når det gjelder etnisk bakgrunn var 898 (86 %) norske, 111 (11 %) med annen etnisk bakgrunn, og for 36 (3 %) er dette ukjent. Tolk var nødvendig for bare 6 personer.

**Tabell 4.2 Fordeling på sivilstand**

Sivilstand	Antall	Prosent
Gift	213	20,5
Samboer	182	17,5
Partnerskap	2	0,2
Ugift/enslig	440	42,2
Skilt/separert	145	13,9
Enke/enkemann	19	1,8
Ukjent	39	3,8
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

Spørsmål om sivilstand viste at vel en tredjedel (37,7%) av brukerne levde i parforhold (gift, samboende eller i partnerskap), mens 57,6 % var registrert med sivilstatus som tilsier at de ikke bodde sammen med partner eller ektefelle.

**Tabell 4.3 Hvem bruker bor sammen med på tidspunkt for inntak**

Hvem bruker bor sammen med	Antall	Prosent
Bor alene	344	33,1
Med ektefelle/samboer	206	19,8
Med ektefelle/samboer og barn	162	15,6
Alene med barn (omsorg for barn)	53	5,1
Alene med barn (samvær med barn)	26	2,5
Med foreldre	138	13,6
Med fosterfamilie	1	0,1
Bor sammen med andre	84	8,3
Ukjent	26	2,5
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

Vel en tredjedel av brukerne bodde alene. Omtrent like mange bodde sammen med ektefelle/samboer. Det var litt mer enn en av 10 som bodde sammen med foreldre. Om lag en av fire oppga at de bodde sammen med barn de hadde omsorg for eller samvær med. Knappt 8% av brukerne bodde alene med barna de hadde omsorg for eller samvær med. Av de som bor hos andre, bor nesten alle hos familie og noen få hos venner.

**Tabell 4.4 Boligforhold ved inntak**

Bolig	Antall	Prosent
Egen eiet bolig	497	47,8
Leid bolig i privat marked	259	24,9
Leid kommunal bolig	45	4,3
Uten fast egen bolig	149	14,3
Ukjent	90	8,7
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

Om lag halvparten av brukerne bodde i egen eiet bolig. Nær 15 prosent var uten egen fast bolig. Om lag 30% bodde i leid leilighet.

**Tabell 4.5 Høyeste utdanning**

Utdanning	Antall	Prosent
Ikke fullført grunnskole	12	1,2
Grunnskole	247	23,8
Videregående skole	418	40,2
Høgskole/universitet	259	27,5
Ukjent	104	9,5
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

Noen få personer hadde ikke fullført obligatorisk skolegang. Til sammen hadde om lag totredjedeler fullført grunnskole eller videregående skole. En av fire hadde fullført høyskole/universitetsutdanning.

**Tabell 4.6 Brukers hovedinntektskilde ved inntak**

Hovedinntektskilde	Antall	Prosent
Inntekt av eget arbeid	400	39,8
Syke/rehabiliteringspenger	90	9,0
Student/stipend	57	5,7
Arbeidsledighetstrygd	22	2,2
Arbeidsavklaringspenger	124	12,4
Uførepensjon	149	14,8
Alderspensjon	50	5,0
Sosial stønad	33	3,3
Annen trygd	8	0,8
Ingen inntekt	19	1,9
Forsørget av andre	37	3,7
Annet	14	1,4
Ukjent	37	3,6
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>



Om lag halvparten av deltagerne hadde hovedinntekstkilde som ikke innbar trygdeytelser utløst av sykdom. Andelen som var i ordinært arbeid, hadde studiefinansiering, arbeidsledighetstrygd og alderspensjon utgjorde 52%. Trygdeytelser i form av syke/rehabiliteringspenger, arbeidsavklaringspenger, uførepensjon, sosial stønad, og annen trygd utgjorde 39,6 %. En mindre andel hadde ingen inntekt eller ble forsørget av andre, dette utgjorde 5,5 % til sammen.

## 4.2 Omsorg for barn og om barna blir fulgt opp

**Tabell 4.7 Andel av brukere med barn og antall barn de har**

Antall barn pasienten har	Antall	Prosent
Ingen barn	600	57,7
Ett barn	154	14,8
2-3 barn	144	13,9
4-5 barn	9	0,9
Ukjent	133	12,8
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

**Tabell 4.8 Omsorg for barn for de som har barn**

Antall pasienter med barn under 18 år	Antall	Prosent
Har ikke omsorg for barn	47	15,3
Har deltids omsorg for barn	78	25,4
Har heltids omsorg for barn	179	58,3
Ikke besvart	3	1,0
<b>Til sammen</b>	<b>307</b>	<b>100,0</b>

**Tabell 4.9 Teamets kjennskap til barnas behov for hjelp og om barna får hjelp**

Teamets kjennskap til barnas behov for hjelp	Antall	Prosent
Barna har ikke behov for hjelp	139	45,3
Barna får hjelp	63	20,5
Barna trenger hjelp med får ikke	8	2,6
Ukjent om barna trenger hjelp	66	21,5
Ikke besvart	31	10,1
<b>Til sammen</b>	<b>307</b>	<b>100,0</b>

Teamet kjenner til at omtrent 30 % av pasientene har barn, og at 84 % av disse har heltids eller deltids omsorg for barn. Ut fra teamets vurdering har 2,6 % av barna behov for hjelp som de ikke får, og teamet kjenner ikke til situasjonen for barna til omtrent en tredel av pasientene som har barn.

### 4.3 Henvendelsen til akutteamet

Tabell 4.10 Hvem henvendelsen kom fra

Hvem henvendelsen kom fra	Antall	Prosent
<b>Pasienten selv eller pårørende</b>	<b>193</b>	<b>18,6</b>
Pasienten selv	142	13,7
Familie/pårørende	51	4,9
<b>Kommunale tjenester</b>	<b>563</b>	<b>54,0</b>
Fastlegen	431	41,4
Allmenn legevakt	92	8,8
Psykiatritjeneste i kommune	25	2,4
Psykiatrisk legevakt	15	1,4
<b>Psykisk helsevern og tverfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>	<b>180</b>	<b>17,4</b>
Poliklinikk/dagenhet DPS	57	5,5
Døgnavdeling DPS	33	3,2
Psykiatrisk poliklinikk/dagenhet sykehus	17	1,6
Psykiatriks døgnavdeling sykehus	59	5,7
Ruspoliklinikk/TSB	3	0,3
Psykiater/psykolog egen praksis	11	1,1
<b>Andre tjenester eller instanser</b>	<b>111</b>	<b>10,1</b>
Somatisk poliklinikk/avdeling	34	3,3
Annen instans	39	3,8
Ukjent	31	3,0
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

For 1014 henvendelser (97 %) er det svart at de er frivillige. En bruker er ved inntak på tvang utenfor døgnopphold (TUD), og for 32 (3 %) er det ikke besvart om det er frivillig. Det foregår altså ikke bruk av formell tvang av betydning ved henvisninger til akutteam.

684 brukere (65 %) har hatt kontakt med psykisk helsevern tidligere, 302 brukere (29 %) har ikke hatt det, og for 1 (10 %) er dette ukjent eller ikke besvart. Det er 238 (23 %) som har hatt kontakt med akutteamet før, 772 (74 %) som ikke har hatt kontakt før, og 38 (3 %) der dette er ukjent. To av tre brukere har altså hatt kontakt med psykisk helsevern før, og nesten en av fire har hatt kontakt med akutteamet før.

**Tabell 4.11 Behandling og oppfølging siste 3 måneder før inntak**

Behandling siste 3 måneder før inntak	Antall	Prosent
På venteliste PP	115	13,1%
Poliklinikk DPS	162	18,1%
Dagenhet DPS	13	1,5%
Ambulant team DPS	86	10,2%
Ruspoliklinikk	26	3,1%
Døgnetenhet DPS/sykehus	137	15,9%
Fastlege	843	87,5%
Psykiatri/rusteam i kommune	139	16,5%
Sosiale tjenester	121	14,8%
Hjemmetjenester	45	5,5%
Kommunalt dagtilbud	38	4,6%

Fastlege hadde svært ofte hatt ansvar for behandling og oppfølging i månedene før kontakt med akutt teamet. I fire av fem tilfeller hadde kommunale psykiatri eller rusteam ikke vært koblet på før kontakten med akutteamet.

**Tabell 4.12 Tjenestekontakt og støtte siste 48 timer før inntak**

Kontakt siste 48 timer før inntak	Antall	Prosent
Familie/pårørende	680	66,8%
Venner	296	29,1%
Fastlege	467	45,9%
Legevakt	143	14,0%
Kommunal psykiatri/rustjeneste	70	6,9%
Psykiatrisk poliklinikk	63	6,2%
Akutteam	73	7,2%
Ambulant team	7	0,7%
Krisesenger	2	0,2%
Døgnavdeling DPS	22	2,2%
Psyk. sykehusavdeling	37	3,6%
Somatisk poliklinikk/avdeling	47	4,6%
Politiet	15	1,5%
Annet	82	8,1%

To av tre pasienter har hatt kontakt med familie de siste to døgn før møte med akutteamet, og en av tre har hatt kontakt med venner. Når halvparten har hatt kontakt med fastlegene, som jo ofte også er den som henviser pasienten til akuteamet. Omtrent en av seks har hatt kontakt med legevakt, og en liten andel har hatt kontakt med psykiisk helsevern eller somatisk enhet i sykehus.

**Tabell 4.13 Andel brukere med tidligere kontakt med psykisk helsevern**

Kontakt før med psykisk helsevern	Antall	Prosent
Ja	684	65,8
Nei	302	29,0
Ukjent	54	5,2
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

**Tabell 4.14 Andel brukere med tidligere kontakt med akutteamet**

Kontakt før med akutteamet	Antall	Prosent
Ja	238	22,9
Nei	771	74,1
Ukjent	31	3,0
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

To av tre har hatt kontakt med psykisk helsevern før, og litt over en av fem har hatt kontakt med akutteamet. Men tre av fire pasienter har ikke hatt kontakt med akutteamet tidligere.

#### **4.4 Situasjonen og krisen som førte til kontakt med akutteamet**

**Tabell 4.15 Hvor brått krisen eller gradvis situasjonen har oppstått**

Hvor brått situasjonen har oppstått	Antall	Prosent
Plutselig hendelse	135	13,3
Rask forverring	139	13,7
Gradvis forverring	301	29,6
Har vart lenge	426	41,9
Ubesvart	15	1,5
<b>Til sammen</b>	<b>1016</b>	<b>100,0</b>

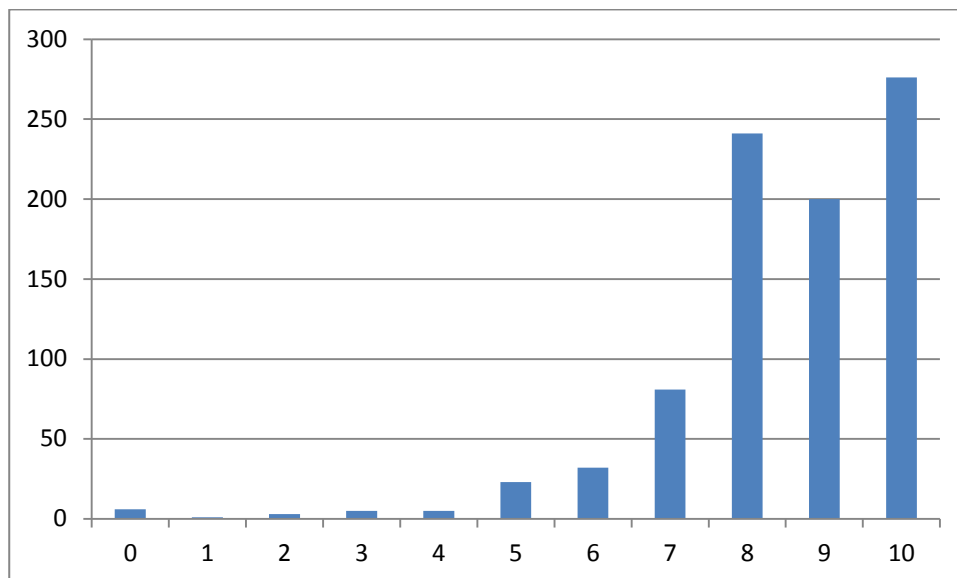
De fleste brukerne (72 %) rapporterte at de hadde søkt hjelp pga en situasjon som hadde forverret seg gradvis eller vart lenge. Om lag en fjerdedel av brukerne anga at kontakten med akutteamet hadde sammenheng med en plutselig hendelse eller rask forverring av en situasjon.

**Tabell 4.16 Hvor lang tid situasjonen har vært slik**

Hvor lang tid krisen har utviklet seg	Antall	Prosent
Siste døgnet	19	1,9
Siste dagene	92	9,1
Siste 1-2 uker	187	18,4
Flere uker	698	68,7
Ubesvart	20	2,0
<b>Til sammen</b>	<b>1016</b>	<b>100,0</b>

De fleste brukerne vurderte å ha hatt behov for hjelp over flere uker. For om lag en av fem hadde hjelpebehovet vært aktuelt siste 1-2 uker, og ca en av ti anga at hjelpebehov over de siste dagene. Bare 2 % anga at behovet for hjelp hadde oppstått siste døgn. Grad av påkjenning ved situasjon ble rapportert høyt uavhengig av varighet av hjelpebehov. Vi kunne ikke finne vesentlige forskjeller mellom gruppene.

**Figur 4.1 Hvor stor påkjenning/belastning krisen oppleves å være (N=873)**



873 pasienter har svart på dette ved å sette ring rundt ett tall mellom 0 og 10, der 0 = minst tenkelige påkjenning og 10 = størst tenkelige påkjenning. 91 % har merket av 8-10 på dette spørsmålet.

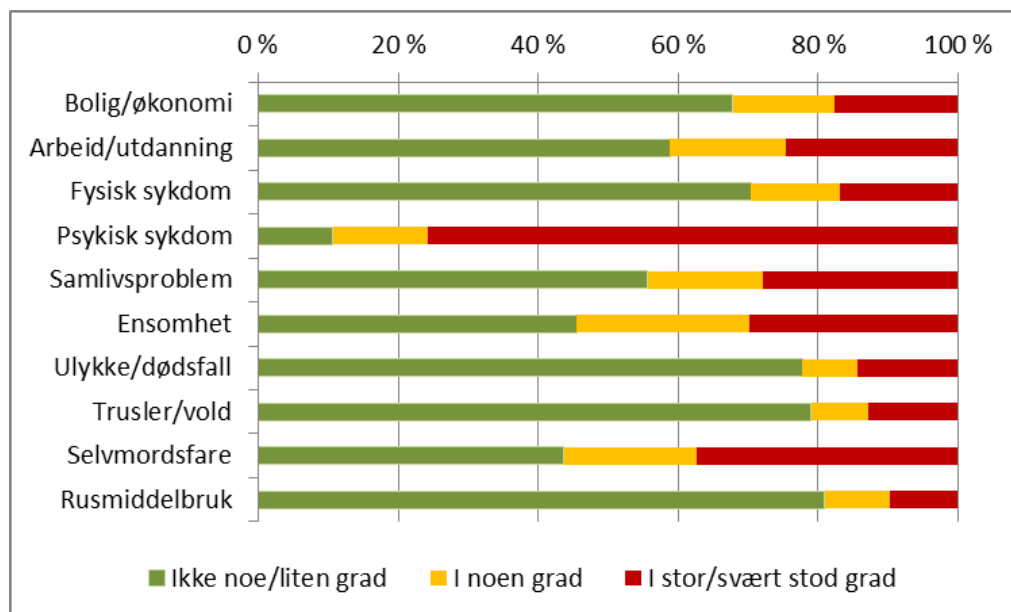
Den aktuelle krisen eller situasjonen ble vurdert å representere en betydelig påkjenning for de fleste. I gjennomsnitt graderte brukerne denne til 8,47 på en skala der null representerte den minste tenkelige påkjenningen, og ti den største. Dette punktet ble besvart av 88 % (890 av 1016 brukere). Det var ikke forskjeller mellom menn og kvinner i grad av opplevd påkjenning.

Påkjenningen ble rapportert som betydelig uavhengig av hvor brått situasjonen hadde oppstått. Gjennomsnittlig skåre var 8 eller høyere i alle kategoriene. Ved sammenligning mellom gruppene rapporterte brukerne som var i en krise eller situasjon som hadde vart lenge påkjenningen som noe større enn de som oppga at krisen skyldtes en plutselig hendelse eller en gradvis forverring.

**Tabell 4.17 I hvor stor grad ulike livsområder berøres av situasjonen eller krisen**

Livsområder som krisen berører	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Bolig/økonomi	549	134	145	92	87
Arbeid/utdanning	488	101	162	143	105
Fysisk sykdom	577	107	124	94	73
Psykisk sykdom	63	40	134	318	434
Samlivsproblem	431	129	162	132	145
Ensomhet	300	160	247	166	136
Ulykke/dødsfall	707	68	79	61	82
Trusler/vold	738	55	82	68	58
Selvmondsfare	314	125	192	191	182
Rusmiddelbruk	735	78	93	51	48
Annet	143	4	7	19	68

**Figur 4.2 Hva krisen eller situasjonen vedrører**



I forhold til kartlegging av hvilke livsområder krisen påvirker fra i noen til svært stor grad, så svarer over halvparten av respondentene at krisen berører områdene psykisk sykdom (87 %), selvmordsfare (56 %) og ensomhet (54 %). Livsområdene samlivsproblemer og arbeid/utdanning er rapportert å minst berøre i noen grad for henholdsvis 43 % og 40 % av respondentene. Gjennomsnittlig angir informantene at minst fire livsområder er berørt i noen til svært stor grad. På spørreskjemaet var det for hvert problemområde også mulighet til å krysse av mer detaljert f.eks om den aktuelle situasjonen gjaldt en selv eller andre i familien. Men et mindretall av pasientene hadde krysset av for dette, så analyser av dette ville bli usikre.

Når vi sammenligner hvilken betydning ulike livsforhold har for den aktuelle situasjonen opp mot hvor lenge situasjonen har vart finner vi noen forskjeller. Dersom det dreier seg om en plutselig hendelse har situasjonen i høyere grad noe med ulykke/dødsfall å gjøre enn dersom situasjonen har hatt en rask forverring, gradvis forverring eller vart lenge. Forhold ved arbeid/utdanning, psykisk sykdom, ensomhet, selvmordsfare eller andre forhold er i større grad involvert når situasjonen har vart lenge sammenlignet

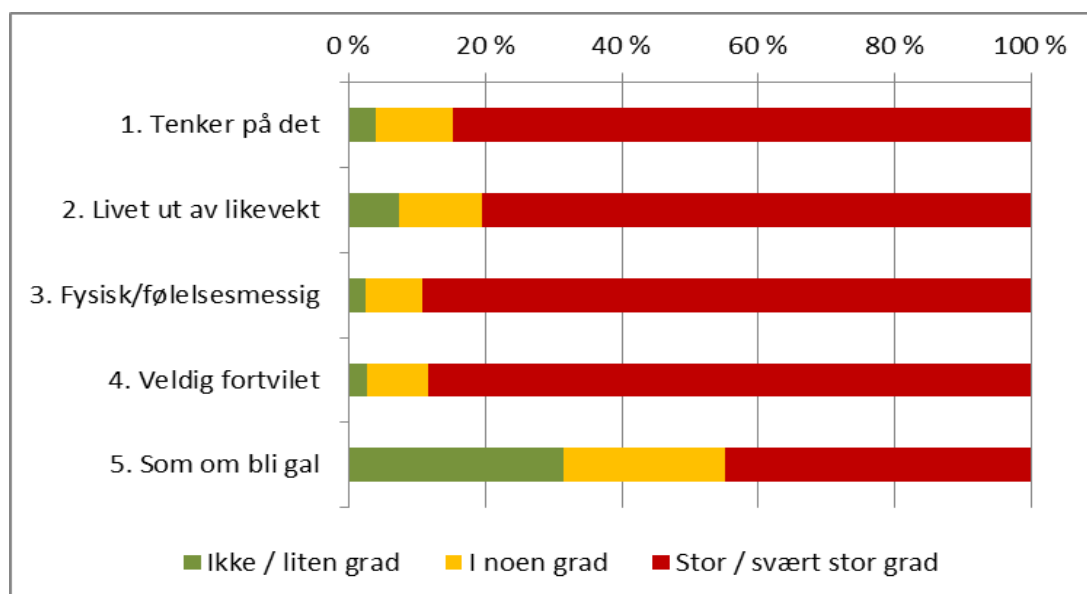
med når situasjonen har oppstått plutselig. For ensomhet er skårene høyere også dersom situasjonen har oppstått gradvis sammenlignet med plutselig. Livsområdet psykisk sykdom er berørt i større grad både ved rask forverring, gradvis forverring og langvarig situasjon enn dersom kontakten med akutteamet skyldes en plutselig hendelse.

#### 4.5 Opplevelsen av krisen

Tabell 4.18 Hvordan krisen oppleves

CSAS – opplevelse av krisen	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
1. Tenker på det	12	27	114	315	541
2. Livet ut av likevekt	22	50	123	310	497
3. Fysisk/følelsesmessig	10	14	83	289	615
4. Veldig fortvilet	11	15	90	266	629
5. Som om bli gal	144	175	233	200	255

Figur 4.3 Hvordan krisen oppleves



Brukerne oppga at den aktuelle situasjonen hadde store omkostninger for deres psykologiske helse og opplevd krise. I 84,3 % av tilfellene oppga informantene at de i stor eller svært stor grad tenkte på situasjonen også når de ikke ønsket det. Tilsvarende opplevde 79,5 % at situasjonen i stor eller svært stor grad bragte livet ut av likevekt, 89,1 % oppga at situasjonen gikk utover hvordan de hadde det fysisk eller følelsesmessig i stor eller svært stor grad og 88,2 % oppga at situasjonen gjorde dem veldig fortvilet i stor eller svært stor grad. For 44,8 % ble det rapportert at de i stor eller svært stor grad opplevde situasjonen som i ferd med å bli gal.

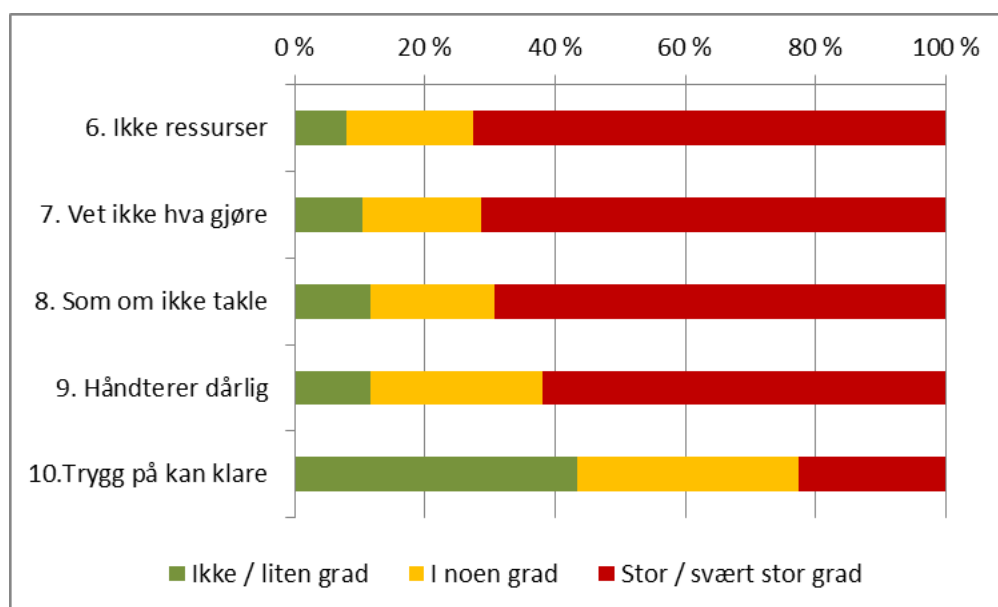
I de fleste tilfellene (74,3%) oppga respondentene at de opplevde å være berørte av fire eller fem av de overnevnte plagene i stor eller større grad. Bare 46 personer (4,5%) oppga at ingen av områdene var berørte i stor eller svært stor grad.

## 4.6 Opplevd egen mestring og støtte fra familie og nettverk

Tabell 4.19 Opplevelse av mestring eller mangel på mestring

CSAS – opplevelse av mestring	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
6. Ikke ressurser	28	52	195	339	393
7. Vet ikke hva gjøre	25	78	184	321	397
8. Som om ikke takle	31	85	191	346	351
9. Håndterer dårlig	34	82	264	349	279
10. Trygg på kan klare	129	311	339	148	79

Figur 4.4 Opplevelse av egen mestring av krisen



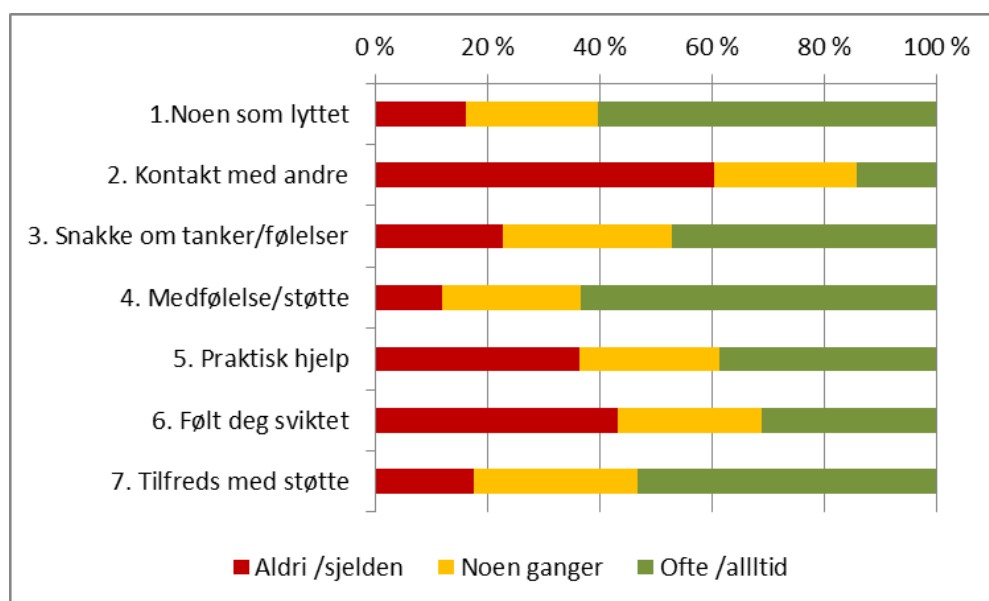
De fleste pasienten oppga at de i uka før inntak hadde opplevd manglende grad av kontroll eller mestring av situasjonen. Over to tredjedeler rapportert at de i stor eller svært stor grad hadde opplevd å ha for lite ressurser eller krefter (72,1%), ikke visste hva de skulle gjøre (70,7%), og ikke følte de kunne takle situasjonen (68,7%). 61,9 % mente at de i stor eller svært stor grad var dårlige til å håndtere slike situasjoner, mens under en fjerdedel (22,4%) i stor eller svært stor grad var trygge på at de ville klare å håndtere situasjonen.



**Tabell 4.20 Opplevelse av støtte fra familie og venner**

CCS	Aldri	Svært sjelden	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Svært ofte	Alltid
1.Noen som lyttet	33	71	57	237	217	158	235
2. Kontakt med andre	314	166	129	253	94	27	21
3. Snakke om tanker/følelser	32	101	95	303	178	146	151
4. Medfølelse/støtte	20	51	47	253	229	196	213
5. Praktisk hjelp	110	132	118	250	164	121	103
6. Følt deg sviktet	207	127	99	258	125	122	65
7. Tilfreds med støtte	24	84	69	287	206	173	153

**Figur 4.5 Opplevelse av støtte fra familie og venner**



Sett under ett rapporterte de fleste brukerne at de fikk en del hjelp fra familie og venner. Alt i alt var de i 80,7 % av tilfellene tilfredse med den støtten de fikk fra nettverk familie når vi summerte opp de som hadde skåret dette fra noen ganger og opp til alltid.

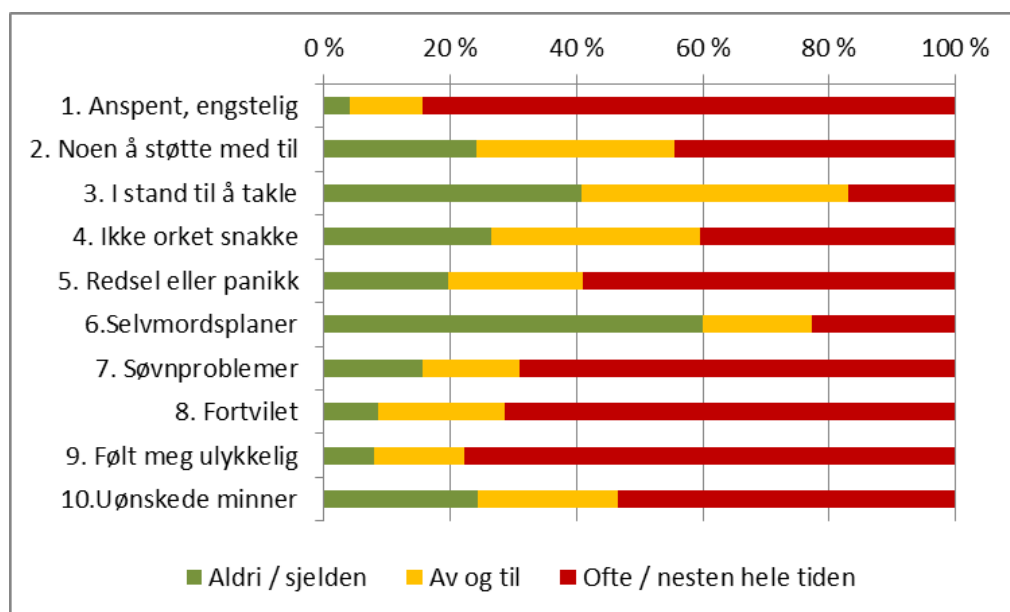
I forhold til de andre spørsmålene oppga de fleste at de noen ganger, ofte, svært ofte eller alltid hadde noen som viste medfølelse og ga støtte (87,8%), kunne lytte ved behov (83,4%), noen å snakke med om tanker og følelser (76,7%), og som ga praktisk hjelp (62,9 %). Under halvparten (38,9%) oppga at de noen ganger eller hyppigere hadde hatt kontakt med andre med lignende opplevelser, og 56,2 % hadde opplevd å bli sviktet av noen de forventet ville støtte dem.

## 4.7 Pasientenes opplevelse av psykiske plager

Tabell 4.21 Psykiske plager siste uke før første møte med akutteamet

CORE 10 ved inntak	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten hele tiden
1. Anspent, engstelig	11	29	114	405	449
2. Noen å støtte med til	56	185	314	266	180
3. I stand til å takle	75	331	422	129	38
4. Ikke orket snakke	109	155	330	287	121
5. Redsel eller panikk	83	114	214	388	207
6. Selvmordsplaner	445	155	178	146	80
7. Søvnproblemer	61	94	153	292	404
8. Fortvilet	32	54	197	394	330
9. Følt meg ulykkelig	26	52	142	348	441
10. Uønskede minner	116	124	224	294	248

Figur 4.6 Psykiske plager siste uke før første møte med akutteamet



Tabellen ovenfor viser i hvilken grad brukerne opplevde psykiske problemer ved inntak. På skalaen der minimumsskåre er 10 og maksimumsskåre er 50 er gjennomsnittlig skåre på psykiske plager ved inntak 34,58 (SD 5,34). Skiller vi ut de sakene der det siste uke før kontakt med akutteamet ble rapportert om psykiske plager ofte eller nesten hele tiden så finner vi at dette gjalt over to tredjedeler i forhold til å ha følt seg anspent, engstelig eller nervøs (84,1 %), ulykkelig (77,7%), fortvilet eller uten håp (71,3 %), og hatt søvnproblemer (68,6%).

Om lag halvparten (53,4 %) rapporterte at de ofte eller nesten hele tiden hadde vært plaget av uønskede minner, og følt redsel eller panikk (58,6 %). 43,8 % hadde aldri hatt selvmordsplaner, mens 22,3 % hadde hatt dette ofte eller hele tiden. I forhold til opplevd støtte når behov for dette rapporterte 43,9 % at de ofte eller nesten hele tiden hadde hatt det. Bare 16,5 % rapporterte at de ofte eller nesten hele tiden hadde følt seg i stand til å takle situasjoner når noe hadde gått galt.

**Tabell 4.22 Alvorlighetsgrad av psykiske plager**

Alvorlighetsgrad av plager (CORE 10)	Antall	Prosent
Lav	1	0,1
Mild	3	0,3
Moderat	23	2,3
Moderat alvorlig	60	6,1
Alvorlig	902	91,2
<b>Til sammen</b>	<b>989</b>	<b>100,0</b>

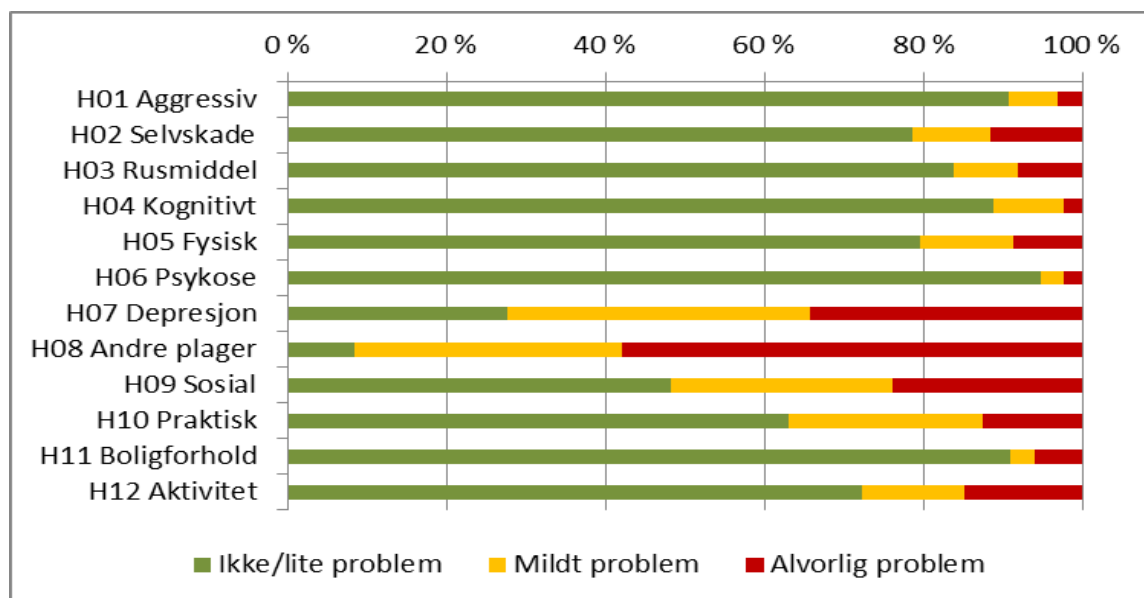
Tabellen ovenfor viser en inndeling i alvorlighetsgrad av psykiske plager som er gjort av de som har utviklet spørreskjemaet CORE 10 ut fra forskning på ulike pasientgrupper og normalbefolkninger. Nesten alle pasientene har en grad av psykiske plager som er høyere enn det en finner i normalbefolkningen, og over 90 % rapporterer psykiske plager i alvorlig grad. Det er noe variasjon mellom team, men alle teamene har pasienter med alvorlig grad av plager som gjennomsnitt.

#### 4.8 Behandlernes vurdering av type og alvorlighetsgrad av problemer

**Tabell 4.23 Akutteamets vurdering av type og alvorlighetsgrad av problemer skåret ved HoNOS**

Problemområder	Ingen problem	Lite problem	Mildt problem	Moderat alvorlig	(Svært) alvorlig
H01 Aggressiv	683	209	61	21	10
H02 Selvskade	634	140	97	73	41
H03 Rusmiddel	727	90	80	53	26
H04 Kognitivt	573	295	86	22	2
H05 Fysisk	673	108	115	61	24
H06 Psykose	884	48	28	14	9
H07 Depresjon	80	192	376	280	58
H08 Andre plager	24	51	295	367	143
H09 Sosial	218	248	270	183	48
H10 Praktisk	362	244	235	98	22
H11 Boligforhold	787	81	31	30	27
H12 Aktivitet	528	167	124	81	62

**Figur 4.7 Akutteamets vurdering av type og alvorlighetsgrad av problemer skåret ved HoNOS**



Skårene fra behandler for hvilke problemområder som var berørt viste at det i veldig få tilfeller var vurdert psykoseproblematikk. I 95% av tilfellene var dette vurdert som ingen eller lite problem. Problemområdene aggressiv atferd, selvskading, rusmiddelbruk, kognitive vansker, fysisisk sykdom, boligforhold og yrke/aktivitet var også for de fleste berørt i ingen eller liten grad. Problemer med senket stemningsleie og andre psykiske eller atferdsmessige problem var berørt i større grad. Sosiale og praktiske problemer var vurdert aktuelt for litt over eller litt under halvparten av brukerne.

**Tabell 4.24 Akutteamets vurdering av symptombelastning og funksjonssvikt ved inntak (N = 1018)**

GAF skåret ved inntak	Symptombelastning		Funksjonssvikt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1-10	2	0,2	0	0,0
11-20	2	0,2	1	0,1
21-30	6	0,6	5	0,5
31-40	55	5,4	103	10,1
41-50	327	32,1	265	26,0
51-60	363	35,7	278	27,3
61-70	105	10,3	167	16,4
71-80	28	2,8	68	6,7
81-90	6	0,6	6	0,6
Ubesvart	124	12,2	125	12,3

For over halvparten av brukerne var symptombelastning og funksjonssvikt vurdert å høre inn under kategoriene alvorlig til moderat grad. Totalt var betydelig funksjonssvikt (GAF-F<40) vurdert for vel 10%, mens symptomebelastning innen psykosegrense (GAF-S<40) var vurdert for 6,6%.

**Tabell 4.25 Akutteamets vurdering av sykdomsfase for brukeren ved inntak (N = 1018)**

Sykdomsfase vurdert ved akutteamet	Antall	Prosent
Ikke kjent psykisk sykdom	253	24,9
Psykisk sykdom nylig debutert	90	8,8
Ny sykdomsperiode	208	20,4
Forverring av langvarig sykdom	367	36,1
Annet / ikke besvart	100	9,8
<b>Til sammen</b>	<b>1018</b>	<b>100,0</b>

Over halvparten av brukerne hadde kjent psyisk lidelse i forkant av kontakten med akutteamet. I en av fire saker var det ikke kjent psykisk sykdom fra tidligere.

**Tabell 4.26 Akutteamets vurdering av brukerens bruk av rusmidler siste 6 måneder (prosent)**

Bruk av rusmidler	Ikke/noe	Misbruk	Avhengig	Ubesvart
Bruk av alkohol	76	6	4	14
Bruk narkotika	76	3	3	18
Bruk medikamenter	72	3	4	21

Behandlerne vurderte at 62 % ikke brukte noe rusmiddel av betydning. Til sammen 14 % ble vurdert til å ha hatt misbruk eller avhengighet av ett eller flere rusmidler siste 6 måneder. Misbruk av alkohol var mer vanlig enn andre rusmidler, og omtrent 5 % hadde misbrukt mer enn ett rusmiddel. Det bruk av rusmidler var ubesvart for 24 % av pasientene, enten fordi behandlerne ikke kunne svare på det eller fordi skjema ikke var utfylt.

**Tabell 4.27 Bruk av psykofarmaka ved inntak (N = 1018)**

Bruk av psykofarmaka ved inntak	Antall	Prosent
Medisiner mot psykose (antipsykotika)	121	11,9
Medisiner mot depresjon (antidepressiva)	303	29,8
Angstdempende medisiner (anxiolytika)	188	18,5
Stemningsstabiliserende medikamenter	75	7,4
Sovemedisiner (hypnotika)	229	22,5

## 4.9 Diagnoser og pasientgrupper

Tabell 4.28 Hoveddiagnoser i følge akutteamene

Hoveddiagnoser (ICD-10)	Antall	Prosent
Hjerneorganisk	7	0,7
Ruslidelse	46	4,4
Psykoselidelse	29	2,8
Depresjon	270	26,0
Bipolar	50	4,8
Angstlidelse	263	25,3
Atferdssyndrom	11	1,1
Personlighetsforstyr.	48	4,6
Psykisk utv.hemming	2	0,2
Utviklingsforstyrrelse	5	0,5
Atferdsforstyrrelse	15	1,4
Fyller ikke kriterier for noen diagnose	103	9,9
Diagnose ikke satt eller ukjent	191	18,4
<b>Total</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

De vanligste diagnosekategoriene var angst og affektive lidelser. Nær 4 av 5 av pasientene ble vurdert å oppfylle kriterier for disse diagnosegruppene. Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser var de kategoriene som dernest var mest brukt, begge for om lag for en av tjue personer. Bare nær 4 hadde en psykoselidelse som hoveddiagnose.

Utvalget i studien er altså i hovedsak pasienter med angst og depresjonsdiagnoser, og det er få pasienter med psykoselidelse. Se kapitel 4.11 nedenfor om vurdering av utvalget ut fra tilleggsdata som er innhentet.

Tabell 4.29 Pasientgrupper for analyser om forskjeller

Pasientgruppe	Antall	Prosent
Psykose/bipolar	79	7,6
Depresjon	270	26,0
Angstlidelse	263	25,3
Ruslidelse	46	4,4
Pers.forstyrrelse	48	4,6
Andre lidelser	40	3,8
Ingen diagnose	294	28,3
<b>Total</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

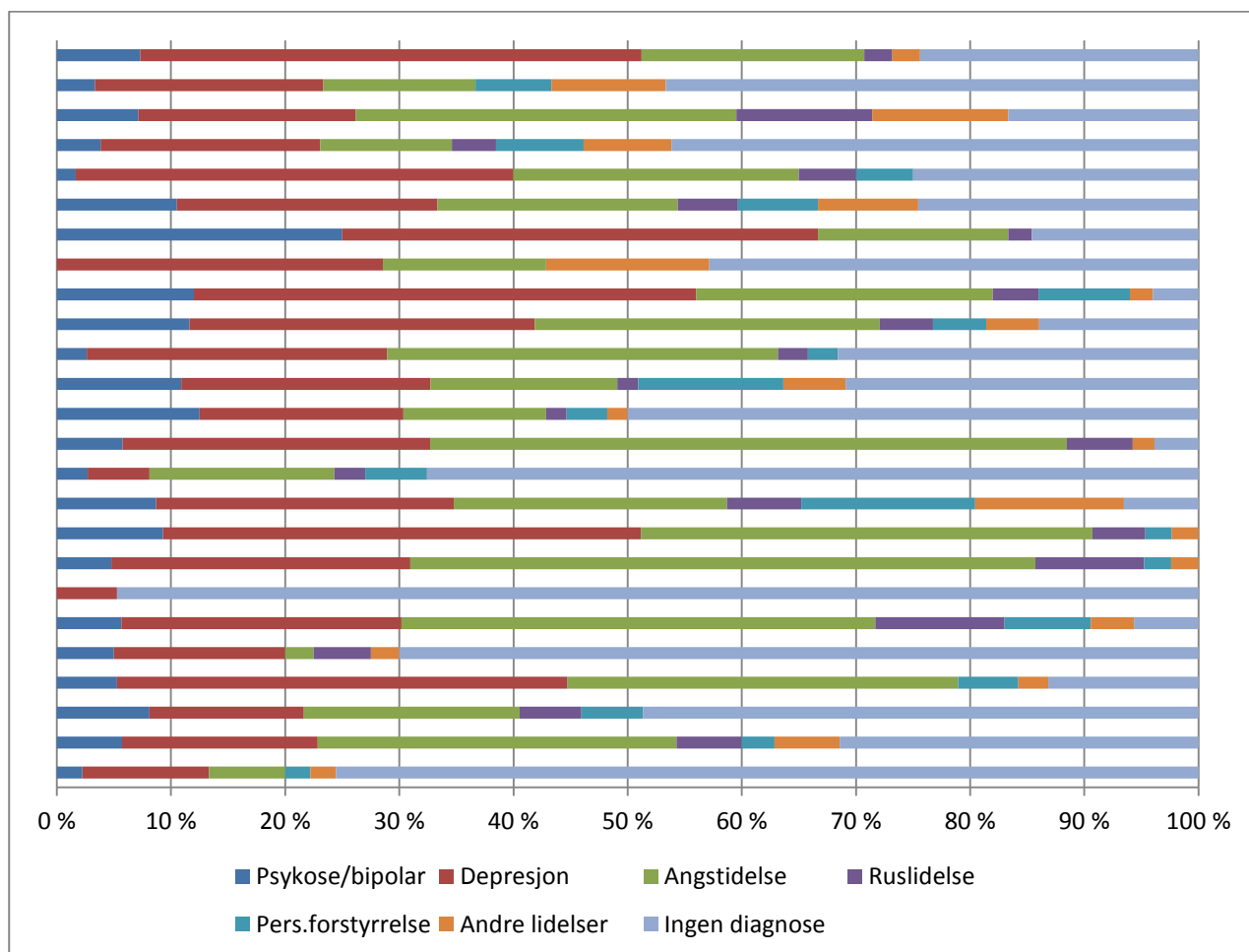
**Tabell 4.30 Gjennomsnittsverdi for pasientgrupper for mål på krise og problemer ved inntak**

Pasientgruppe	Rapportert av pasientene			Rapportert av behandlerne		
	Krise-opplevelse	Krise-mestring	Psykiske plager	Sumskåre HoNOS	GAF symptom	GAF funksjon
Psykose/bipolar	19	17	32	12	51	52
Depresjon	21	20	35	12	50	53
Angstidelse	21	19	34	10	53	54
Ruslidelse	21	19	36	16	51	50
Pers.forstyrrelse	22	21	37	13	51	52
Andre lidelser	20	19	33	13	50	51
Ingen diagnose	20	18	34	11	55	56

Hovedmønsteret er at det er lite forskjeller i disse målene på kriser og psykiske problemer mellom pasientgrupper ut fra diagnoser. Enveis variansanalyse viser at det likevel er noen statistisk signifikante forskjeller mellom noen pasientgrupper. Dette gjelder noen av de stedene i tabellen der forskjellene er størst, og det er primært mellom psykose/bipolar lidelse og enkelte andre pasientgrupper for noen få mål.

#### 4.10 Forskjeller mellom akutteam i hvem de har kontakt med

**Figur 4.8 Fordeling på fire hovedgrupper for hvert akutteam**



Figuren viser at det er en del forskjeller mellom teamene i hvilke pasientgrupper de behandler.

#### 4.11 Hvor representativt det inkluderte utvalget er

For å forstå og vurdere resultatene fra studien er det ønskelig å kunne vite noe om hvor representativt utvalget i studien er for de pasientene som behandles av akutteamene. Dette gjelder både hvor stor andel av akutteamenes pasienter som ble inkludert i studien, og om utvalget som er inkludert er skjevt i forhold til akutteamenes pasienter samlet sett.

Det er særlig to forhold som er av interesse. Det ene er om andelen med alvorlig psykisk lidelse (psykose eller bipolar lidelse) er underrepresentert i utvalget. Det andre er andelen pasienter som innlegges akuttavdeling etter telefonhenvendelse til akutteamet, men uten at teamet møter pasienten for vurdering.

I dagsseminaret med akutteamene i januar 2015 før oppstart av studien ble det drøftet om det skulle være en enkel registrering av telefonhenvendelser som ikke førte til møte med teamet. Men teamene syntes det ville bli for mye arbeid, og at det ville være bedre å gi en oversikt over samlet antall henvendelser i ettertid.

Etter diskusjoner på Akuttnettverkets samling i april og DPS-lederkonferansen i mai, sendte prosjektleder en forespørsel til akutteamene om de kunne gjennomgå henvendelsene for en tre måneders periode under inklusjonsperioden og registrere om de møtte pasienten, om pasienten hadde psykose eller bipolar lidelse, og om pasienten ble innlagt. Til sammen 11 akutteam sendt inn en slik oversikt, og analysene nedenfor er gjort ut fra dette datamaterialet. Et annet akutteam har sendt opptellinger og kommentarer uten å kunne gjennomføre detaljerte registreringer, og deres tall er innen de samme område som i tabellene nedenfor.

**Tabell 4.31 Antall og andel pasienter inkludert i studien av 11 akutteam i løpet av 3 måneder**

Inklusjon av pasienter 11 akutteam møtte i løpet av 3 måneder	Til sammen for 11 team		Pr team: Snitt (min-maks)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Antall brukere teamet møtte	972	100	88 (50 – 138)	100 (100-100)
<b>Antall av disse inkludert i studien</b>	<b>273</b>	<b>28</b>	<b>25 (10 - 53)</b>	<b>28 (7 – 77)</b>

Dersom de 11 akutteamene og periodene på tre måneder er representative for akutteamene i studien, har akutteamene i gjennomsnitt inkludert 28 % av pasientene de møtte i studien. Det var er altså relativt lav andel inkluderte pasienter som ble inkludert, og 72 % ble ikke inkludert. Vi kjenner ikke til hvor stor andel av disse som ikke ble tilbudt å delta fordi behandlerne glemte det eller valgte å ikke tilby det, og hvor stor andel som ble informert om studien og ikke ønsket å delta.

**Tabell 4.32 Andel med psykose/bipolar lidelse av 1122 pasienter ved 11 akutteam i løpet av 3 måneder**

Andel pasienter 11 akutteam hadde med psykose/bipolar lidelse i 3 mnd	Til sammen for 11 team		Pr team: Snitt (min-maks)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<b>Pasienter med psykose/bipolar</b>	<b>287</b>	<b>26</b>	<b>26 (13 – 39)</b>	<b>26 (20 – 43)</b>
Hvor mange av disse teamene møtte	192	33	18 (9 – 31)	67 (32 – 100)
Hvor mange som ble innlagt	126	44	12 (1 – 23)	44 (8 – 68)
<b>Hvor mange som ble inkludert i studien</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>2 (0 - 5)</b>	<b>7 (0 – 39)</b>

Dersom de 11 akutteamene og periodene på tre måneder er representative for akutteamene i studien, har akutteamene i gjennomsnitt inkludert bare 7 % av pasientene med psykose/bipolar lidelse i studien. Dette er en mye lavere andel enn de 26 % som de 11 akutteamene rapporterer ut fra samlet antall pasienter.



Pasienter med psykose/bipolar lidelse er altså sterkt underrepresentert i utvalget i studien, og resultatene av studien gjelder derfor i hovedsak pasienter som ikke har psykose eller bipolar lidelse.

**Tabell 4.33 Antall og andel av 1122 pasienter som ble innlagt av 11 akutteam i løpet av 3 måneder**

Pasienter som ble innlagt av 11 akutteam i løpet av 3 måneder	Til sammen for 11 team		Pr team: Snitt (min-maks)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<b>Pasienter som ble innlagt</b>	<b>360</b>	<b>32</b>	<b>33 (5-72)</b>	<b>32 (10-51)</b>
Hvor mange teamene møtte	255	71	23 (5 – 59)	71 (19 – 100)
Hvor mange med psykose/bipolar	126	35	12 (1 – 23)	35 (20 – 50)
<b>Hvor mange inkludert i studien</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>3 (1 – 10)</b>	<b>10 (0 – 59)</b>

Dersom de 11 akutteamene og periodene på tre måneder er representative for akutteamene i studien, har akutteamene i gjennomsnitt inkludert i studien bare 10 av pasientene som ble innlagt. Studien har derfor svært lite informasjon om hva som kjennetegner de som akutteamene legger inn eller godkjenner innleggelse for ut fra telefonhenvendelser. Ut fra beregningene ovenfor utgjør disse pasientene 32 av de pasientene som akutteamene møter eller vurderer ut fra henvendelse pr telefon.

## 5 Behandlingen akutteamene gir

Pasientenes første møte med akutteamet var på dagtid på hverdager for 72 % av pasientene og på kveldstid på hverdager for 22 % av pasientene. De 5,4 % av inntakene som var i helg, er fordelt på 12 akutteam. 34 % henviste fikk samtale samme dag, og 30 % neste dag. 26 % fikk samtale innen 4 timer. Av de 352 pasientene som fikk første samtale samme dag, hadde henvendelsen kommet seinest kl 14 for 82 % og fra kl 15 til kl 18 for 10 %. Det var nesten ingen pasienter som fikk samtale samme dag dersom henvendelsen kom etter kl 18.

Akutteamenes behandling for den enkelte pasient er målt ved registreringer akutteamene har gjort etter hvert møte med de pasientene. Det ble registrert data om 3244 møte ansikt til ansikt og 296 telefonsamtaler. 62 % av møtene ansikt til ansikt er i teamets egne lokaler, 33 % i brukers bolig, og 5 % andre steder. 38 % av samtalene er ambulant, men det er stor variasjon mellom akutteam når det gjelder andel av ambulant virksomhet. To fra teamet med i 58 % av møtene (stor variasjon: 9 % – 92 % pr team).

Data fra skjema fylt ut etter hver kontakt er brukt til å analysere behandlingsforløpet og innholdet i behandling. Behandlingsintensitet er for de fleste pasientene ikke intensiv, men mer svarende til det som ofte er vanlig ved poliklinisk behandling. Det vanligste er en samtale i uka, men omtrent halvparten får mer enn dette den første uka.

Akutteamene legger mye vekt på karrlegging av pasientens situasjon og vurdering av pasientens psykiske tilstand og mestring. Vurdering av selvmordsrisiko er en viktig del av dette. Disse aktivitetene er særlig viktige i starten av behandlingsforløpet, og de er også knyttet til mye fokus på å lage en behandlingsplan.

Hovedvekten i krisebehandlingen på samtalebehandling der behandlerne bistår i pasientens arbeid med å klargjør situasjonen, og å bearbeide tanker og følelser som er knyttet til situasjonen. I denne prosessen vektlegges det også en god del å gi informasjon. En mindre andel får også psykoterapi og noen får medikamentell behandling. Akutteamene har i liten grad fokus på praktiske hjelp.

Det er få møter der andre er med, og teamene har altså begrenset samhandling med andre tjenester når det gjelder å møte pasienten sammen. Dette hovemønsteret gjelder de fleste team, men det er noe variasjon mellom teamene når det gjelder innholdet i tilbudet som gis.

Akutteamene i studien har relativt likt mønster når det gjelder hva det legges mest vekt på og hva som gjøres mest i møtene med pasienten, men det er noe variasjon mellom team. I vår studie er 50 % eller flere pasienter utskrevet innen 4 uker og 70 % eller flere innen 8 uker.

### 5.1 Når og hvor raskt bruker får møte teamet

Akutteamenes responstid (hvor snart teamet møtte brukeren) og tidspunkt for første møte ble registrert ved at behandlerne registrerte dato og klokkeslett for mottak av henvendelsen og for første møte.

**Tabell 5.1 Tidspunkt i uka for pasientens første møte med akutteamet (prosent)**

Sted/form for kontakt	Hverdag	Helg	Til sammen
Dagtid (08-15)	71,9	4,5	<b>76,5</b>
Kveld (16-21)	22,4	1,0	<b>23,4</b>
Natt (22-07)	0,1	0,0	<b>0,1</b>
<b>Til sammen</b>	<b>94,5</b>	<b>5,5</b>	<b>100,0</b>

Pasientenes første møte med akutteamet var på dagtid på hverdager for 72 % av pasientene og på kveldstid på hverdager for 22 % av pasientene. De 5,4 % av inntakene som var i helg, er fordelt på 12 akutteam.

**Tabell 5.2 Tid fra henvendelse til første møte**

Tid fra henvendelse til møte	Antall	Prosent
Samme dag	352	33,8
Neste dag	307	29,5
To dager	84	8,1
Tre dager	82	7,9
4-7 dager	122	11,7
Mer enn en uke	48	4,6
Ukjent	45	4,3
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

63 % mottas samme dag eller neste dag.

**Tabell 5.3 Henvendelsestidspunkt for de som får møte samme dag**

Klokkeslett for henvendelse	Antall	Prosent
01	1	0,3
08	43	12,2
09	27	7,7
10	49	13,9
11	49	13,9
12	49	13,9
13	40	11,4
14	32	9,1
15	16	4,5
16	10	2,8
17	4	1,1
18	7	2,0
19	1	0,3
20	1	0,3
21	1	0,3
Ukjent	22	6,3
<b>Til sammen</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>

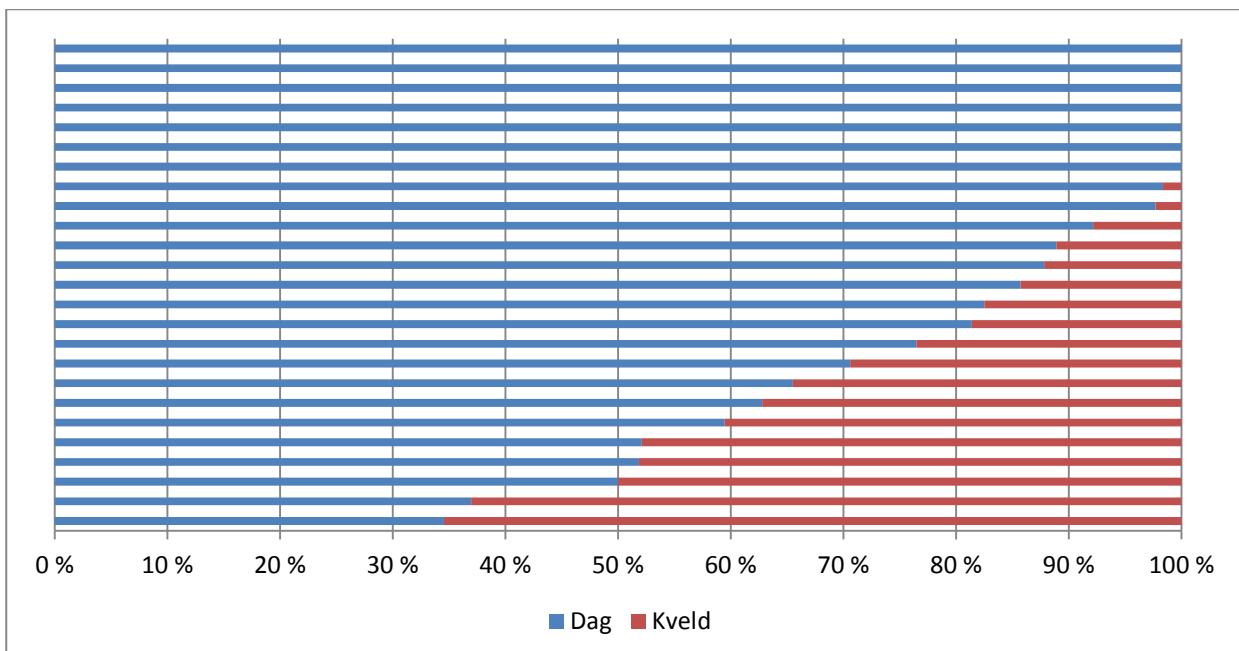
Av de 352 pasientene som fikk første samtale samme dag, hadde henvendelsen kommet seinest kl 14 for 82 % og fra kl 15 til kl 18 for 10 %. Det var nesten ingen pasienter som fikk samtale samme dag dersom henvendelsen kom etter kl 18.

**Tabell 5.4 Responstid (timer fra henvendelse) for de som får møte samme dag**

Responstid (timer fra henvendelse)	Antall	Prosent
0	41	11,6
1	73	20,7
2	67	19,0
3	57	16,2
4	33	9,4
5	27	7,7
6	10	2,8
7	9	2,6
8	4	1,1
9	3	0,9
10	1	0,3
Ukjent	27	7,7
<b>Til sammen</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>

I en del internasjonal litteratur har første samtale innen 4 timer vært regnet som en standard som akutteam bør tilstrebe. Av de 352 pasientene som fikk første samtale samme dag, var det 271 pasienter (67%) som fikk det innen seinst 4 timer. Dette er 26 % av det samlede antall pasienter i studien.

**Figur 5.1 Tidspunkt for inntak (hvert team)**

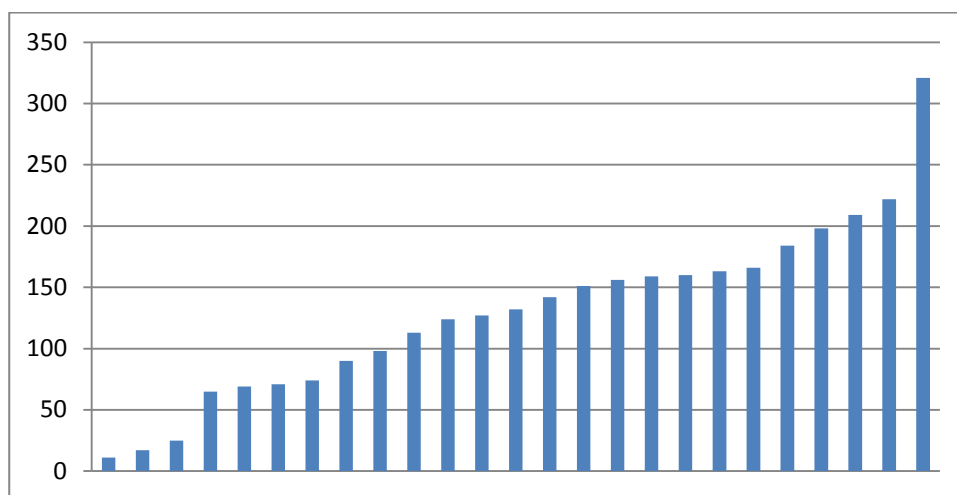


Figuren ovenfor viser at det er en god del variasjon mellom akutteamene når det gjelder andel av inntak (første møte) som skje på kveldstid.

## 5.2 Grad av ambulant arbeid

Skjema om det enkelte møte/samtale inneholder data om både når og hvor samtalen skjer, om andre er med på samtalen, og om innholdet i samtalen (hva som vektlegges, aktivitet). Det ble utfylt i alt 3244 skjema om møte ansikt til ansikt, og det ble også registrert data om 1296 telefon/video-samtaler. 62 % av møtene ansikt til ansikt er i teamets egne lokaler, 33 % i brukers bolig, og 5 % andre steder. 62 % av møtene ansikt til ansikt er i teamets egne lokaler, 33 % i brukers bolig, og 5 % andre steder. 38 % av samtalen er altså ambulant (utenfor teamet egne lokaler), men det er stor variasjon mellom akuttteam når det gjelder andel av ambulant virksomhet.

**Figur 5.2 Antall registrerte samtaler ansikt til ansikt pr team (sortert etter stigende antall)**



### Andel av samtaler der to teammedlemmer er med

I kontaktene som var ansikt til ansikt var det ett teammedlem i 1349 samtaler (41,5 %), to medlemmer i 1878 samtaler (57,8 %) og tre med i 20 samtaler (0,6 %). Det var altså to fra teamet med i litt over halvparten av de registrerte samtalen, men andelen samtaler med to teammedlemmer tilstede varierte fra 9 % til 92 % fra team til team.

Andelen av samtalen med to fra teamet til stede varierte også med hvor samtalen fant sted. Det var to fra teamet i 73 % om samtalen var i brukerens bolig, 49 % om samtalen var ute i lokal samfunnet, 51 % om den var i teamets egne lokaler og 41-43 % om den var i lokaler hos andre tjenester.

**Tabell 5.5 Fordeling av registrerte kontakter på sted og form**

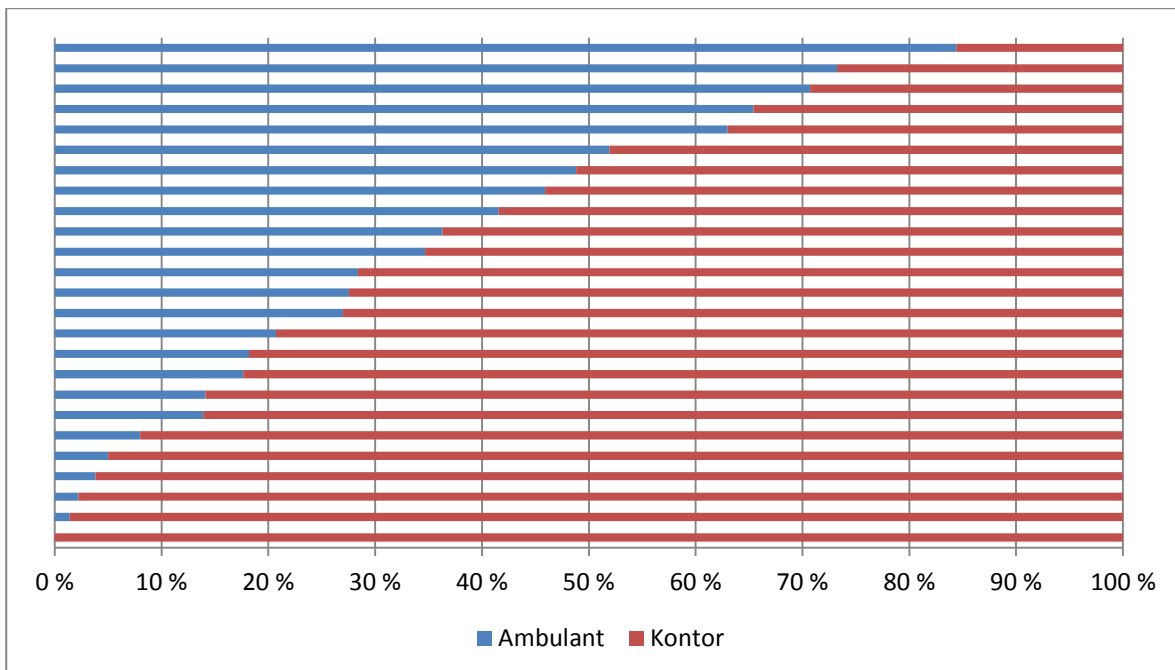
Sted/form for kontakt	Antall	Prosent
Brukers bolig	1064	22,5
Lokalsamfunn	130	2,7
Teamets lokaler	2012	42,5
Døgnavdeling	14	0,3
Hos annen tjeneste	27	0,6
Telefon/video	1296	27,4
Ubesvart	188	4,0
<b>Til sammen</b>	<b>4731</b>	<b>100,0</b>

**Tabell 5.6 Andel av kontakt ulike steder for møter ansikt til ansikt**

Sted/form for kontakt	Antall	Prosent
Brukers bolig	1064	32,8
Lokalsamfunn	130	4,0
Teamets lokaler	2009	61,9
Døgnavdeling	14	0,4
Hos annen tjeneste	27	0,8
<b>Til sammen</b>	<b>3244</b>	<b>100,0</b>

62 % av møtene ansikt til ansikt er i teamets egne lokaler, 33 % i brukers bolig, og 5 % andre steder. Tilsammen 38 % er ambulant. Det ble også registrert 1296 telefon/video-samtaler, og 188 skjema uten angitt sted. To fra teamet med i 58 % av møtene (stor variasjon: 9 % – 92 % pr team).

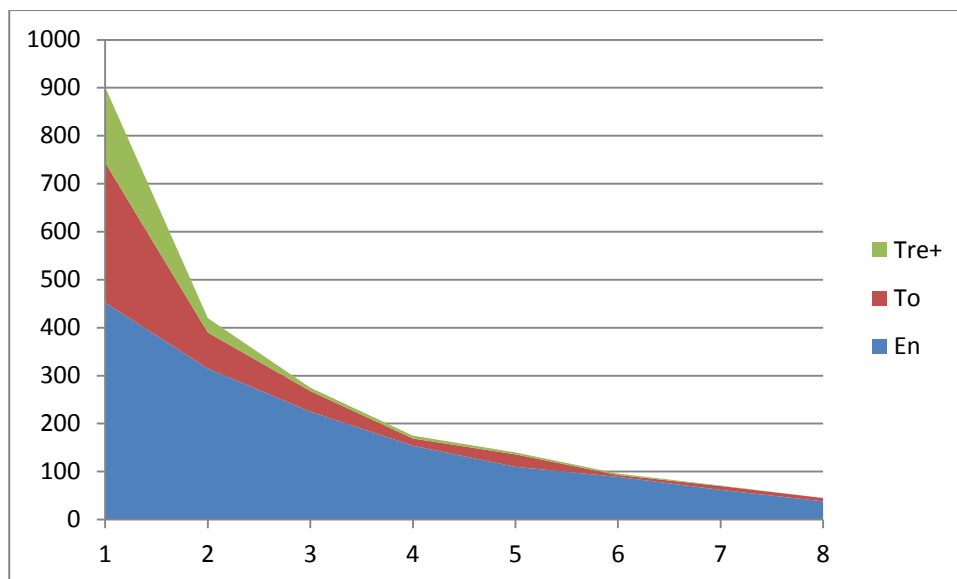
**Figur 5.3 Grad av ambulant arbeid pr team**



Figuren ovenfor viser at det er stor variasjon mellom akutteamene i andel ambulant arbeid, fra 0 % ved ett akutteam til 84 % ved det akutteamet som arbeider mest ambulant. Siden en del pasienter ønsker samtaler i akutteamets lokaler, vil det kunne variere noe hva som er ønskelig andel ambulant arbeid.

### 5.3 Hyppighet og omfang av kontakt

Figur 5.4 Hvor intensiv krisebehandlingen var (antall med antall timer hver uke etter inntak)



Omtrent halvparten av pasientene har mer enn ett møte i løpet av første uke av behandlingen, men denne andelen synker raskt i de påfølgende uker. Det mest vanlige er å ha en samtale i uka.

### 5.7 Behandlingsvarighet

Behandlingsvarighet i uker	Antall	Prosent
Under 1 uke	152	14,6
1 uke	164	15,8
2 uker	117	11,3
3 uker	91	8,8
4 uker	63	6,1
5 uker	58	5,6
6 uker	47	4,5
7 uker	34	3,3
8 uker	40	3,8
Mer enn 8 uker	55	5,3
Ukjent	219	21,1
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

Akutteam forventes å gi krisebehandling i inntil 4-8 uker, og henvise pasienter med behov for lenger behandling videre for å frigjøre kapasitet til nye pasienter. I vår studie er 50 % eller flere pasienter utskrevet innen 4 uker og 70 % eller flere innen 8 uker. Det er noe usikkerhet i tall fordi varighet er ukjent for vel 20 %, og fordi avslutningsdato enkelte ganger synes å være satt seinere enn når siste samtale var.

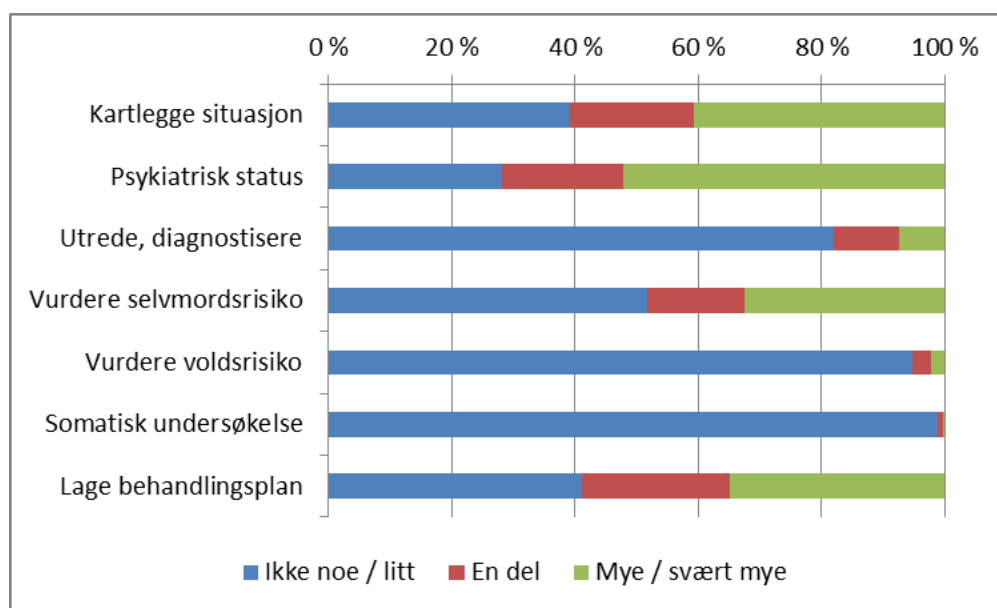
## 5.4 Kartlegging og utredning

På skjemaet som ble utfylt etter hver kontakt med pasienten ble det krysset av for hvor mye fokus det var på en rekke ulike forhold eller aktiviteter i løpet av kontakten. Disse aktivitetene er fordelt på kartlegging og utredning, behandling og samhandling. De tre gruppene aktiviteter presenteres i hvert sitt underkapittel,

**Tabell 5.8 Antall kontakter med ulik grad av fokus/aktivitet for ulike former for utredning**

Behandlingsformer/aktiviteter	Ikke noe	Litt	En del	Mye	Svært mye
Kartlegge situasjon	1033	291	674	890	462
Psykiatrisk status	737	217	661	1106	629
Utrede, diagnostisere	2345	402	355	166	82
Vurdere selvmordsrisiko	1309	443	516	583	499
Vurdere voldsrisiko	2904	266	101	41	38
Somatisk undersøkelse	3155	157	30	6	2
Lage behandlingsplan	1019	353	793	772	413

**Figur 5.5 Omfang av utredning**



Akutteamene legger mye vekt på kartlegging av pasientens situasjon og vurdering av pasientens psykiske tilstand og mestring. Vurdering av selvmordsrisiko er en viktig del av dette. Disse aktivitetene er særlig viktige i starten av behandlingsforløpet, og de er også knyttet til mye fokus på å lage en behandlingsplan.



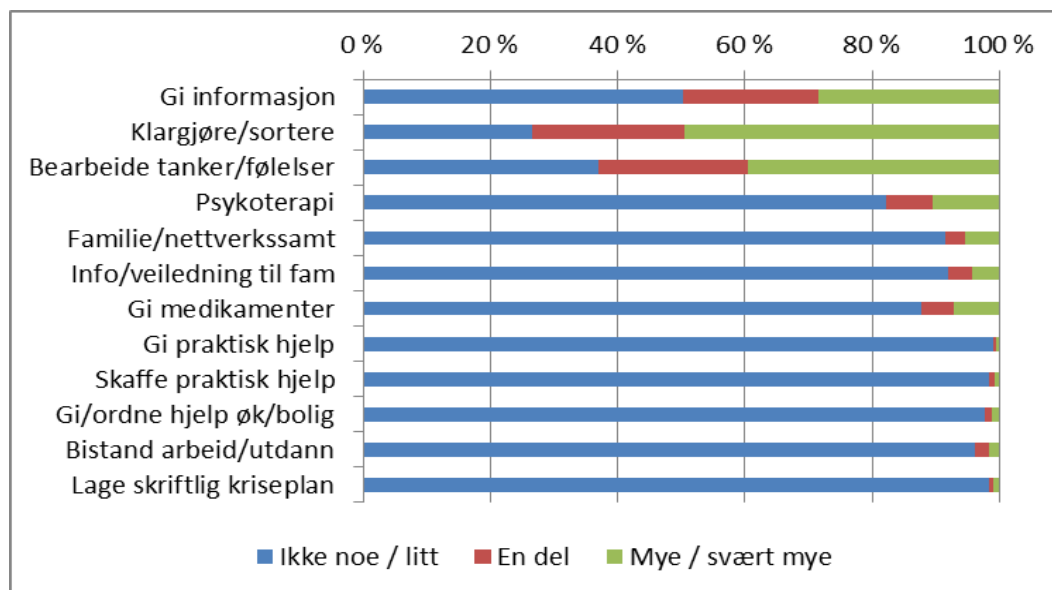
## 5.5 Behandlingsaktivitet

Behandlingsaktivitet og fokus ble registrert på samme måte som omtalt i kapittel 5.4 ovenfor.

**Tabell 5.9 Antall kontakter med ulik grad av fokus/aktivitet for ulike behandlingsformer**

Behandlingsformer/aktiviteter	Ikke noe	Litt	En del	Mye	Svært mye
Gi informasjon	1400	295	713	685	257
Klargjøre/sortere	700	201	795	1169	485
Bearbeide tanker/følelser	920	327	782	909	412
Psykoterapi	2535	219	243	250	103
Familie/nettverkssamt	2946	121	101	105	77
Info/veiledning til fam	2946	126	133	97	48
Gi medikamenter	2769	171	167	136	107
Gi praktisk hjelp	3244	72	15	11	8
Skaffe praktisk hjelp	3216	78	26	17	13
Gi/ordne hjelp øk/bolig	3184	91	36	28	11
Bistand arbeid/utdann	3074	145	68	51	12
Lage skriftlig kriseplan	3215	77	24	26	8

**Figur 5.6 Omfang av behandling**



Som tabellen og figuren ovenfor viser, er hovedvekten i krisebehandlingen på samtalebehandling der behandlerne bistår i pasientens arbeid med å klargjøre situasjonen, og å bearbeide tanker og følelser som er knyttet til situasjonen. I denne prosessen vektlegges det også en god del å gi informasjon. En mindre andel får også psykoterapi og noen får medikamentell behandling. Akutteamene har i liten grad fokus på praktiske hjelp, noe som trolig også har sammenheng med at andelen pasienter med alvorlig psykisk lidelse er lav i pasientutvalget i studien.

## 5.6 Samhandling med andre

Samhandling med andre og vekt på dette ble registrert på samme måte som omtalt i kapitel 5.4 ovenfor.

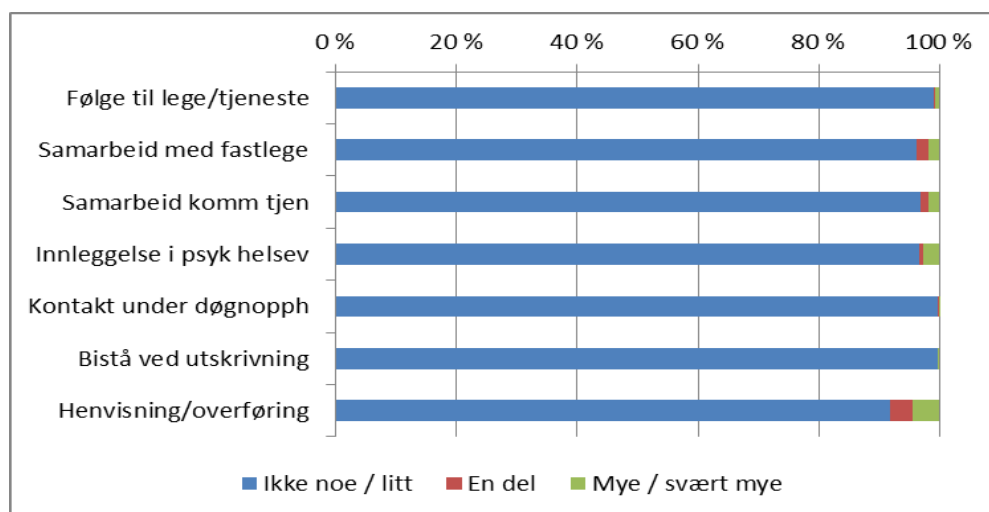
**Tabell 5.10 Andel møter der andre deltar og hvem som deltar**

Hvem som deltar i møtet	Antall	Prosent
Ektefelle/samboer/partner	214	6,6
Andre i familien (foreldre, barn, søsken)	182	5,6
Venner/andre i uformelt nettverk	17	0,5
Fastlege	11	0,3
Psykatri/rustjeneste i kommune/bydel	27	0,8
NAV	9	0,3
DPS poliklinikk / annet team	32	1,0
DPS døgnavdeling / krisesenger	8	0,2
Sykehusavdeling psykisk helsevern	1	0,0
Ruspoliklinikk / rusteam (TSB)	5	0,2
Somatisk poliklinikk	1	0,0
Somatisk døgnavdeling sykehus	4	0,1
Arbeidsgiver/person fra utdanningssted	5	0,2

**Tabell 5.11 Antall kontakter med ulik grad av fokus/aktivitet for ulike former for samhandling**

Behandlingsformer/aktiviteter	Ikke noe	Litt	En del	Mye	Svært mye
Følge til lege/tjeneste	3258	59	10	10	13
Samarbeid med fastlege	3130	96	65	37	22
Samarbeid komm tjen	3174	69	44	31	32
Innleggelse i psyk helsev	3164	77	17	29	63
Kontakt under døgnopph	3282	58	4	3	3
Bistå ved utskrivning	3279	59	3	7	2
Henvising/overføring	2953	123	123	84	67

**Figur 5.7 Omfang av samhandling**

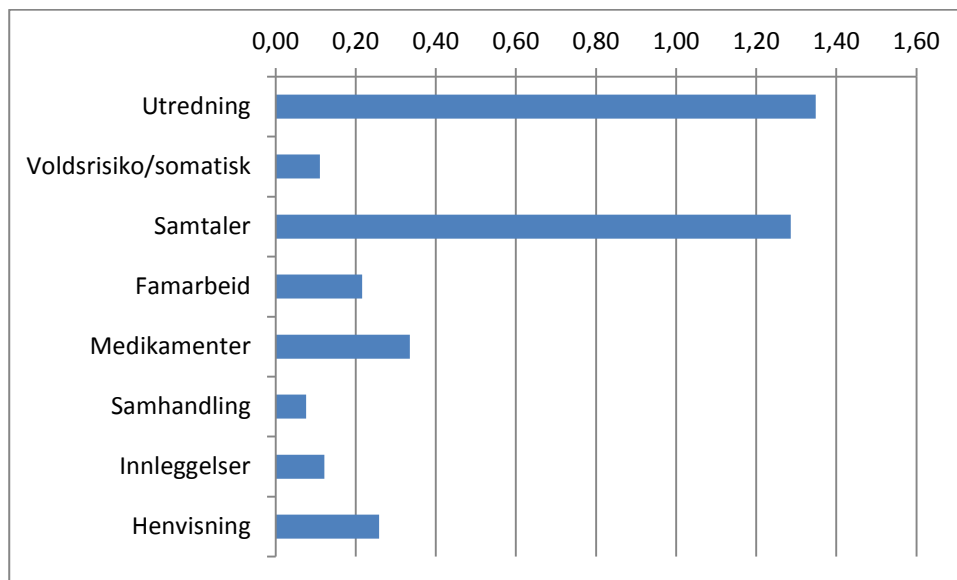


Tabellene og figuren ovenfor viser at samhandling med andre i møter med pasienten er begrenset.

## 5.7 Profil for akutteamenes aktivitet

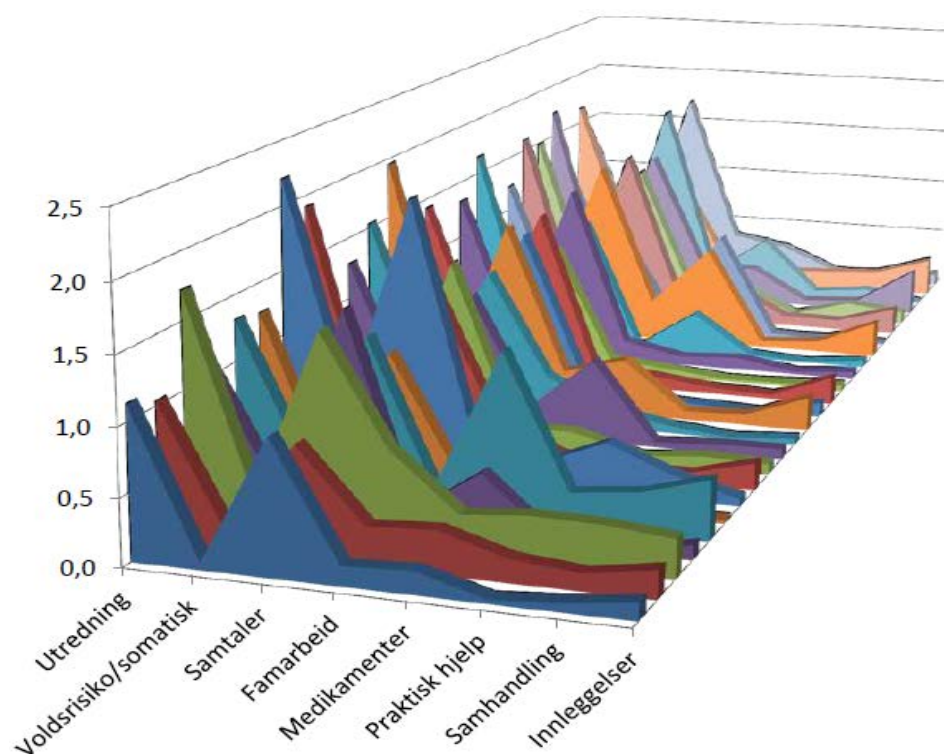
Ved faktoranalyser av alle data om kartlegging/utredning, behandling og samhandling grupperte disse aktivitetene seg i åtte dimensjoner som er vist nedenfor, og gjennomsnittsskåre for hver av disse dimensjonene viste at hovedvekten i arbeidet er på kartlegging/utredning og samtaler. Som den nederste figuren viser, er profilen for arbeidet relativt lik for alle akutteamene, men med noen mindre variasjoner.

**Figur 5.8 Profil for vekt på ulike dimensjoner som vektlegges i møter med bruke (gjennomsnitt)**



Figuren ovenfor viser gjennomsnittlig vekt på en skala med 0= ikke noe, 1= litt, 2=en del, 3=mye og 4=svært mye. Denne figuren viser at de to dominerende aktivitetene er utredning og samtaler.

**Figur 5.9 Teamprofiler for vekt på ulike dimensjoner som vektlegges i møter med brukere**



## 6 Behandlingsutfall og brukertilfredshet

Både pasientrapporterte og behandlerrapporterte måleinstrumenter viste sterkt signifikante bedringer på alle måleinstrumentene som er brukt i studien. Pasientene rapporterte om færre psykiske plager og krisereaksjoner samt høyere grad av opplevd mestring og kontroll enn de gjorde ved oppstart. Teamene vurderte lavere alvorlighetsgrad for problemer på de fleste livsområdene samt bedring i forhold til generelt symptom og funksjonsnivå.

Enveis variansanalyse viser at det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller mellom pasientgrupper når det gjelder endringsmålene. Som vist tidligere i dette kapitlet er det altså signifikante bedringer på alle endringsmålene, men det er ingen sikker forskjell mellom grad av endring for de ulike gruppene. Dette kan ha sammenheng med hvor like pasientgruppene er ut fra målingene ved behandlingsstart. Dersom det er ulikheter i diagnostisk praksis kan dette også tenkes å bidra til å skjule eventuelle reelle forskjeller.

Enveis variansanalyse viser at det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller mellom pasientgrupper når det gjelder endringsmålene. Som nevnt ovenfor er det altså signifikante bedringer på alle endringsmålene, men det er ingen sikker forskjell mellom grad av endring for de ulike gruppene. Dette kan ha sammenheng med hvor like pasientgruppene er ut fra målingene ved behandlingsstart. Dersom det er ulikheter i diagnostisk praksis kan dette også tenkes å bidra til å skjule eventuelle reelle forskjeller.

Kontakten med akutteamene ble i all hovedsak avsluttet etter avtale, og vel 10 % ble innlagt i døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten. De aller fleste pasientene ønsket og ble vurdert i behov av videre oppfølging ved avslutning. Det var registrert at en person tok sitt eget liv under kontakten med akutteam og overføring til tvungent døgnopphold var også registrert kun for en person.

Brukerne mottok ulike hjelpetiltak, men sett under ett ble de ulike hjelpetiltakene vurdert av brukerne å ha vært til nytte. Det ble også vurdert høy grad av tilfredshet med tjenestene som ble gitt. På den sammenlagte skalaen der 8 ville være minimumsskåre og 32 er maksimalt beste skåre ble det rapportert et gjennomsnitt på 28. På alle de åtte spørsmålene på dette mye brukte spørreskjemaet om brukertilfredshet med psykisk helsevern viser at de fleste pasientene er godt fornøyd eller svært fornøyd med akutteamene.

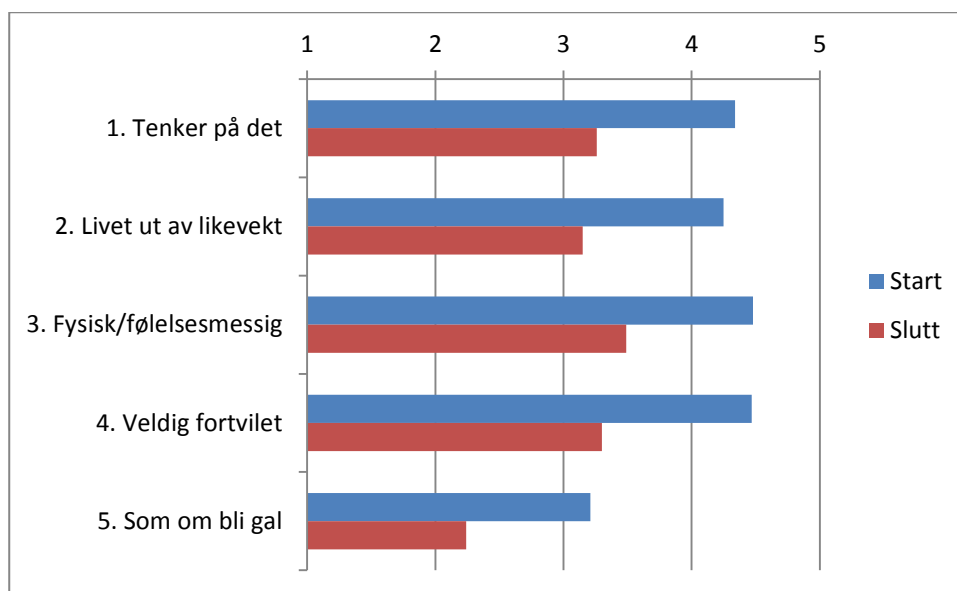
Ved tolkning av resultatene er det viktig å merke seg den skjevheten i materialet som er omtalt i kapittel 4.11, som viser at psykosepasienter og pasienter som blir innlagt er sterkt underrepresentert i studien.

## 6.1 Endringer i opplevelse av krisen

Tabell 6.1 Opplevelse av krisen. Gjennomsnitt ved start og avslutning for alle deltagere. Parvise sammenligninger for de som deltar ved start og avslutning

Opplevelse av krisen (CSAS)	Antall	Behandlingstart		Behandlingslutt		p-verdi
		Gj.snitt	Stand.avvik	Gj.snitt	Stand.avvik	
1. Tenker på det	656	4,34	0,86	3,26	1,05	<,001
2. Livet ut av likevekt	648	4,25	0,96	3,15	1,14	<,001
3. Fysisk/følelsesmessig	652	4,48	0,77	3,49	1,08	<,001
4. Veldig fortvilet	657	4,47	0,79	3,30	1,23	<,001
5. Som om bli gal	653	3,21	1,38	2,24	1,24	<,001

Figur 6.1 Endring i opplevelsen av krisen fra start til slutt av krisebehandlingen (gjennomsnitt)



Skalaen for skåringen er fra 1=stemmer ikke til 5=stemmer helt (se skjema i vedlegg).

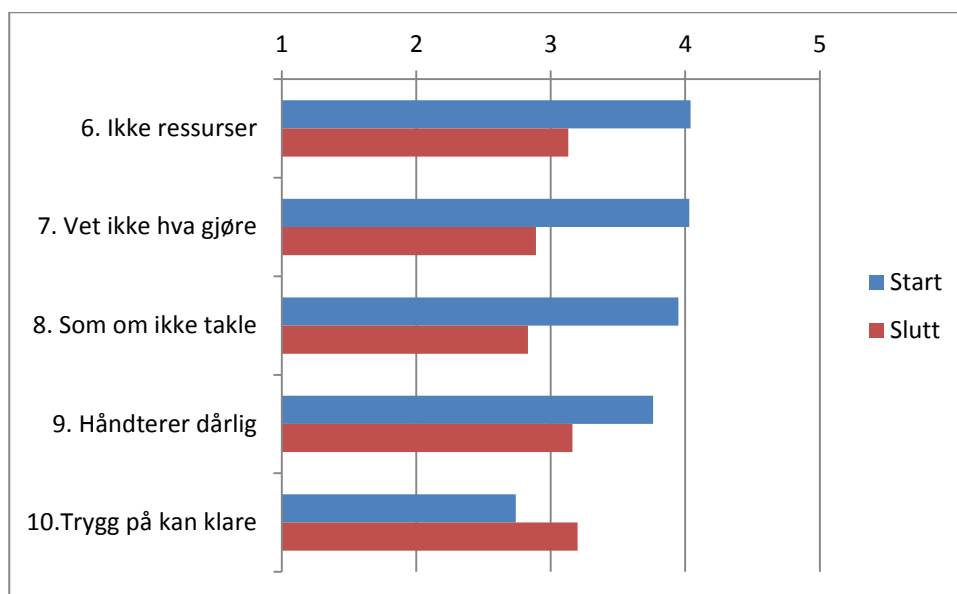
Deltagerne skåret opplevd krise på en skala der 1 representerte «Ikke i det hele tatt» til 5 «I svært stor grad». Tabellen viser at brukerne på alle spørsmålene opplevde lavere belastning knyttet til aktuelle krise når en sammenligner skårer ved oppstart mot skårer ved avslutning. Samtidig viser tallene at opplevd belastning ved avslutning også var betydelig. Skårene på de fire første spørsmålene lå gjennomsnittlig mellom 3 «noen grad» til 4 «i stor grad». Opplevelse av å bli gal ble skåret noe lavere ved avslutning, opplevelsen her lå mellom 2 «i liten grad» og 3 «i noen grad».

## 6.2 Endringer i opplevd mestring av krisen

Tabell 6.2 Opplevelse av mestring. Gjennomsnitt ved start og avslutning for alle deltagere. Parvise sammenligninger for de som deltar ved start og avslutning

Mestring av krisen (CSAS)	Antall	Behandlingstart		Behandlingslutt		p-verdi
		Gj.snitt	Stand.avvik	Gj.snitt	Stand.avvik	
6. Ikke ressurser	652	4,04	0,99	3,13	1,20	<,001
7. Vet ikke hva gjøre	646	4,03	1,02	2,89	1,23	<,001
8. Som om ikke takle	648	3,95	1,04	2,83	1,22	<,001
9. Håndterer dårlig	651	3,76	1,05	3,16	1,07	<,001
10. Trygg på kan klare	654	2,74	1,10	3,20	1,10	<,001

Figur 6.2 Endring i opplevelsen av krisemestring fra start til slutt av krisebehandlingen (gjennomsnitt)



Skalaen for skåringen er fra 1=stemmer ikke til 5=stemmer helt (se skjema i vedlegg).

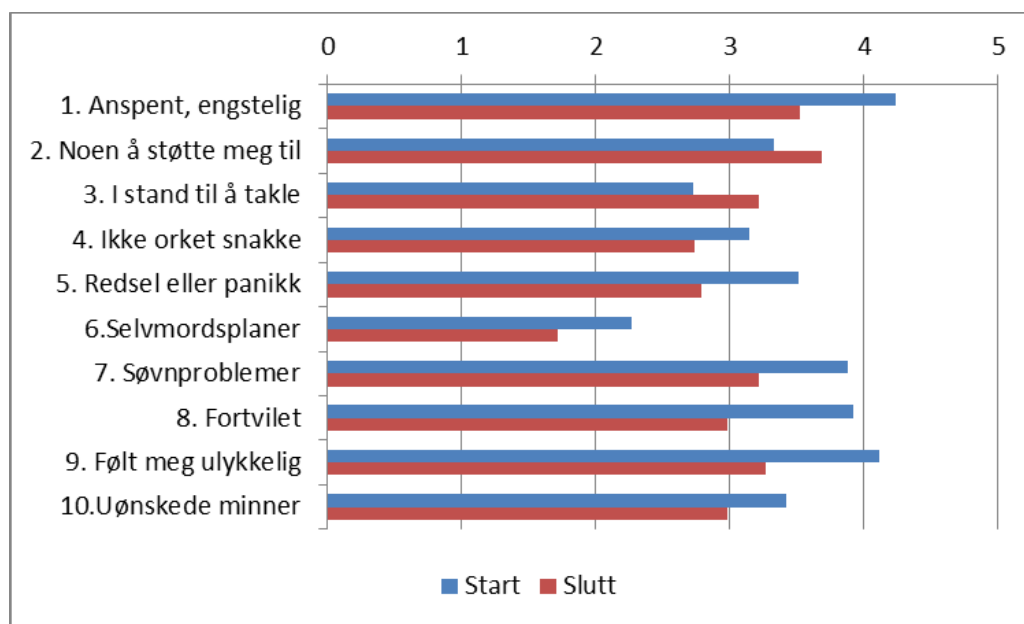
Opplevd grad av mestring ble også skåret på skalaen fra 1 «ikke i det hele tatt» til 5 «I svært stor grad». Også her viste sammenligning av rapportering ved oppstart og avslutning en gjennomsnittlig positiv endring. Brukerne rapporterer i mindre grad å ikke ha ressurser, kunnskap, ferdigheter eller tro på at de kunne å mestre situasjonen. I samsvar med dette trapperer de på det siste spørsmålet at de i større grad er trygge på å klare å håndtere situasjonen.

## 6.3 Endringer pasientenes opplevelse av psykiske plager

Tabell 6.3 Pasientenes psykiske plager ved behandlingsstart og slutt

Pasientenes svar (CORE-10)	Antall	Behandlingsstart		Behandlingslutt		p-verdi
		Gj.snitt	Stand.avvik	Gj.snitt	Stand.avvik	
1. Anspent, engstelig	655	4,24	0,85	3,52	1,04	<,001
2. Noen å støtte med til	646	3,33	1,14	3,68	1,03	<,001
3. I stand til å takle	640	2,73	0,92	3,21	0,94	<,001
4. Ikke orket snakke	647	3,15	1,16	2,74	1,12	<,001
5. Redsel eller panikk	652	3,51	1,17	2,78	1,21	<,001
6. Selvmordsplaner	653	2,26	1,36	1,72	1,07	<,001
7. Søvnproblemer	653	3,88	1,21	3,22	1,25	<,001
8. Fortvilet	654	3,92	1,01	2,98	1,22	<,001
9. Følt meg ulykkelig	656	4,11	1,01	3,27	1,23	<,001
10.Uønskede minner	653	3,42	1,30	2,98	1,26	<,001

Figur 6.3 Bedring i psykiske plager (CORE-10)



Etter kontakt med akutt teamene oppga pasientene lavere grad av psykiske plager og høyere grad av mestringsfølelse enn de gjorde ved oppstart. Når vi sammenlignet totalskåren på CORE 10 ved behandlingsstart og slutt fant vi at totalskåren ved avslutning var betydelig lavere enn skåren ved oppstart. Pasientene rapporterte altså en bedret psykisk status ved avslutning sammenlignet med ved behandlingsstart.

**Tabell 6.4 Endringer i opplevelse av psykiske problem**

Alvorlighetsgrad av plager (COE 10)	Behandlingsstart		Behandlingslutt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Lav	1	0,1	0	0,0
Mild	3	0,3	39	5,8
Moderat	23	2,3	77	11,5
Moderat alvorlig	60	6,1	135	20,1
Alvorlig	902	91,2	421	62,6
<b>Til sammen</b>	<b>989</b>	<b>100,0</b>	<b>672</b>	<b>100,0</b>

Tabellen ovenfor viser at andelen med alvorlig grad av plager er redusert fra 91 % til 63 %.

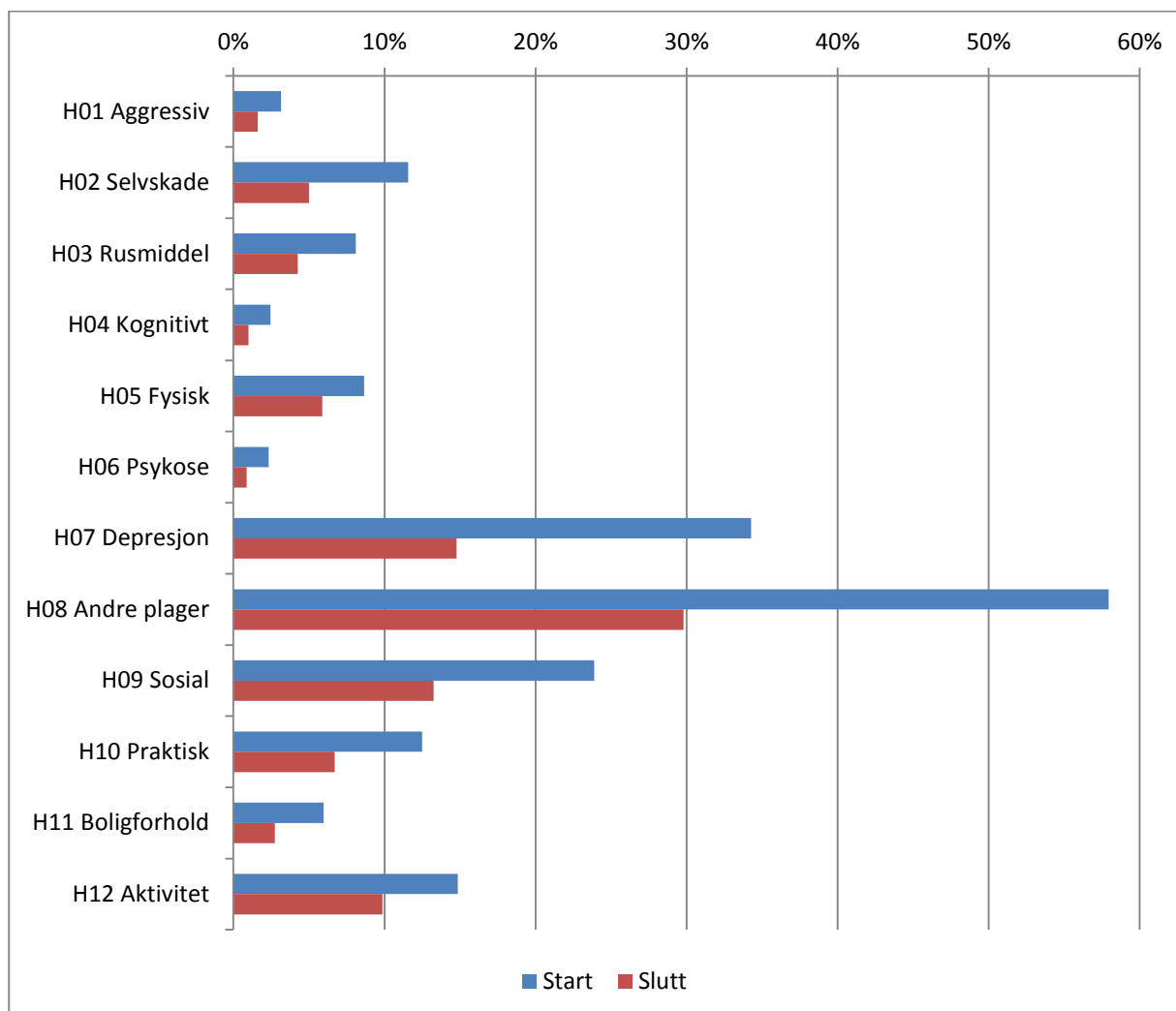


## 6.4 Endringer behandlernes vurdering av pasientenes problemer

Tabell 6.5 Teamets vurdering av alvorlighetsgrad av problemer ved behandlingsstart og slutt

Skåringer på HoNOS skalaer	Antall	Behandlingsstart		Behandlingslutt		p-verdi
		Gj.snitt	Stand.avvik	Gj.snitt	Stand.avvik	
H01 Aggressiv	774	0,44	0,79	0,28	0,60	<,001
H02 Selvskade	770	0,73	1,16	0,36	0,84	<,001
H03 Rusmiddel	762	0,53	1,03	0,30	0,78	<,001
H04 Kognitivt	769	0,55	0,76	0,39	0,66	<,001
H05 Fysisk	768	0,63	1,07	0,46	0,93	<,001
H06 Psykose	768	0,19	0,64	0,11	0,47	<,001
H07 Depresjon	775	2,04	1,02	1,47	1,02	<,001
H08 Andre plager	640	2,63	0,92	1,96	1,01	<,001
H09 Sosial	734	1,58	1,17	1,26	1,04	<,001
H10 Praktisk	731	1,14	1,10	0,82	0,97	<,001
H11 Boligforhold	721	0,36	0,91	0,27	0,72	,111
H12 Aktivitet	725	0,94	1,26	0,77	1,09	,004

Figur 6.4 Andel med alvorlig problem (HoNOS)

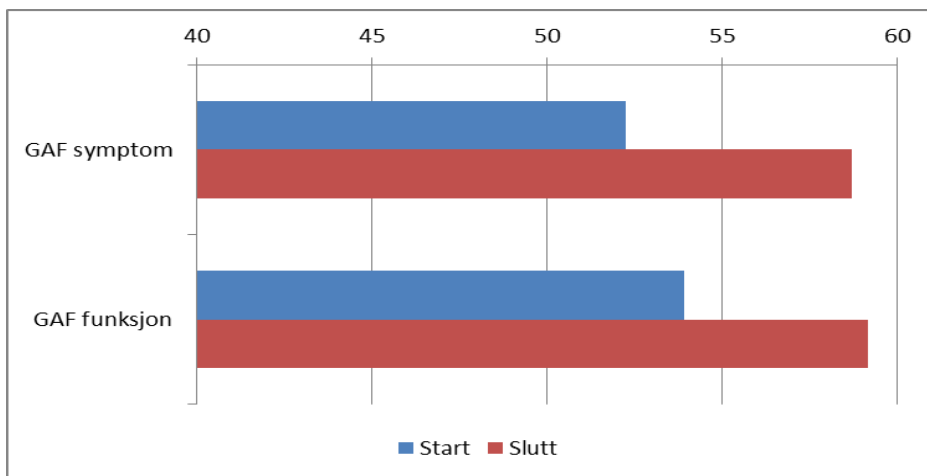


Teamene vurderte lavere alvorlighetsgrad på alle livsområdene med unntak av boligforhold, der var det ingen sikker forskjell fra oppstart til avslutning.

**Tabell 6.6 Teamets vurdering av symptombelastning og funksjonssvikt ved behandlingsstart og slutt**

Skåringer på GAF skalaer	Antall	Behandlingsstart		Behandlingslutt		p-verdi
		Gj.snitt	Stand.avvik	Gj.snitt	Stand.avvik	
Symptombelastning (GAF-S)	699	52,3	9,6	58,7	11,4	<,001
Funksjonssvikt (GAF-F)	698	53,9	11,1	59,2	12,8	<,001

**Figur 6.5 Endring i skåringer av symptom og funksjon (GAF)**



Også på skalaene som vurderer generelt symptom og funksjonsnivå viste skårene fra teamene en bedring når en sammenlignet data ved avslutning mot de som ble registrert ved oppstart.

## 6.5 Størrelse på endringer under krisebehandling

**Tabell 6.7 Effektstørrelse for utfallsvariabler**

Utfallsmål	Skåret av	Effektstørrelse
Opplevelse av krise (CSAS)	Brukere	0,94
Opplevelse av mestring av krisen (CSAS)	Brukere	1,39
Psykiske plager (CORE 10)	Brukere	1,04
Alvorlighetsgrad av problemer (HoNOS)	Akutteam	0,58
Symptombelastning (GAF symptomer)	Akutteam	0,51
Funksjonssvikt (GAF funksjon)	Akutteam	0,52

Effektstørrelse er et utfallsmål som tar hensyn til verdi og spredning (variasjon) ved starten av en behandling. Over 0,50 er middels, over 0,80 er stor effektstørrelse («Cohens d»). Den forskjellen som er i effektstørrelse ovenfor mellom pasientrapporterte og behandlerrapporterte endringsmål, skyldes trolig både at pasientens opplevelse av endring i tanker og følelser kan være større enn faktiske endringer i situasjon og fungering, og at måleinstrumentene som behandlerne har fylt ut retter seg mer mot alvorlige psykiske lidelser enn de spørreskjemaene som pasientene har fylt ut. Det betyr altså ikke nødvendigvis at pasienter og behandlere er uenige, men at de i hvert fall delvis har vurdert ulike forhold og brukt ulike måleinstrumenter.

**Tabell 6.8 Gjennomsnittsverdi for utfall for pasientgrupper for mål på krise og problemer**

Pasientgruppe	Pasientrapportert endring			Behandlerrapportert endring		
	Krise-opplevelse	Krise-mestring	Psykiske plager	Sumskåre HoNOS	GAF symptom	GAF funksjon
Psykose/bipolar	5,0	3,3	5,7	3,5	5,3	4,5
Depresjon	5,7	4,6	5,9	2,8	6,8	5,2
Angstidelse	5,5	4,3	6,5	2,4	6,6	6,1
Ruslidelse	5,3	4,0	4,1	4,8	5,2	4,1
Pers.forstyrrelse	6,0	4,1	6,2	2,6	5,3	3,6
Andre lidelser	5,1	5,0	7,1	3,2	6,6	4,9
Ingen diagnose	4,4	3,5	5,7	3,2	7,6	6,0

Se kapitel 4.9 om inndelingen i pasientgrupper og om gjennomsnittsverdier ved behandlingsstart.

Enveis variansanalyse viser at det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller mellom pasientgrupper når det gjelder endringsmålene. Som vist tidligere i dette kapitlet er det altså signifikante bedringer på alle endringsmålene, men det er ingen sikker forskjell mellom grad av endring for de ulike gruppene. Dette kan ha sammenheng med hvor like pasientgruppene er ut fra målingene ved behandlingsstart. Dersom det er ulikheter i diagnostisk praksis kan dette også tenkes å bidra til å skjule eventuelle reelle forskjeller.

## 6.6 Andre forhold under behandlingsforløpet

**Tabell 6.9 Tilbud som var fra før eller er startet under behandlingen**

Status for ulike tilbud ved utskrivningen	Har fra før	Fått nå	Ikke tilbudt	Ønsket ikke	Ukjent
1 Fastlege	806	9	3	2	6
2 Individuell plan i følge loven	15	10	415	43	163
3 Kriseplan (del av ind.plan)	37	53	400	36	125
4 Koordinator i kommunen	72	35	365	56	121
5 Ansvarsgruppe i kommunen	36	10	395	56	130
6 Behandler i psyk.helsevern	139	313	165	54	49

De fleste brukeren hadde allerede fastlegetilbud før de var i kontakt med akutteamene. Det hadde i liten grad blitt opprettet individuelle planer, kriseplaner eller ansvarsgrupper/koordinatorer i kommunen, mens oppretting av behandlingskontakt i psykisk helsevern ble gjort for om lag halvparten av brukerne etter kontakten med akutteamet.

**Tabell 6.10 Selvskading og vold i løpet av krisebehandlingen**

Selvskading og vold i løpet av krisebehandlingen	Ja	Nei	Ukjent
1 Utført selvskading	45	749	24
2 Forsøkt å ta livet sitt	28	789	5
3 Utsatt for fysisk angrep	11	784	20
4 Har selv vært voldelig	13	771	31

Behandlerne rapporterer at noen av pasientene har gjort selvmordsforsøk eller selvskading under behandlingstiden, og noen få har vært utsatt for fysisk vold eller har selv vært voldelige.

**Tabell 6.11 Psykofarmaka under behandlingen og ved avslutningen**

Nytte ved ulik hjelp fra akutteamet	Hadde fra før	Startet opp	Seponert	Kontinuert
Antipsykotika	93	49	10	22
Antidepressiva	226	86	6	57
Anxiolytika	121	19	12	21
Stemningsstab.	65	26	6	16
Hypnotika	150	66	10	47

De fleste som har brukt psykofarmaka under behandlingen har gjort det ved å fortsette med medikamenter de allerede brukte. Men noen har startet opp med medikamentell behandling som ledd i krisebehandlingen, og noen få har sluttet med psykofarmaka. Men behandling med psykofarmaka har ikke hatt noen fremtredene plass i akutteamenes praksis (slik som vist i kapittel 5) og har vært brukt for en mindre del av pasientene.

## 6.7 Utskrivning og eventuell videre oppfølging

Tabell 6.12 Avslutningsmåte

Hvordan kontakten med akutteamet ble avsluttet	Antall	Prosent
Kontakt avsluttet etter avtale	733	70,5
Kontakt avsluttet uten at det var avtalt	28	2,7
Pasienten tok livet sitt	1	0,1
Innlagt frivillig ved DPS	74	7,1
Innlagt frivillig ved sykehus	28	2,7
Innlagt frivillig ved rusinstitusjon	6	0,6
Innlagt sykehus ved tvang	1	0,1
Ukjent	169	16,3
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

Til sammen 109 pasienter (10,5 %) ble innlagt døgnavdeling fra akutteamene. Vi vet ikke hvor mange av pasientene med ukjent avslutningsmåte som er blitt innlagt. Avslutningsmåte for kontakt underbygger tidligere data som beskriver forholdsvis godt funksjonsnivå hos brukerne. De fleste kontaktene med akutt teamene ble avsluttet etter avtale. Noen få personer avsluttet uten å ha avtalt dette på forhånd. Om lag en av ti ble lagt inn på døgninstitusjon, og kontakten avsluttet da. Det var kun en person som ble lagt inn ved tvang på sykehus. Det ble ved ett tilfelle rapportert at pasienten tok livet sitt i løpet av kontakten med DPS. Forekomst av suicid var slik svært lav i utvalget som deltok her.

Tabell 6.13 Hvordan henvisningen eller overføringen ble gjort

Hvordan henvisning eller overføring ble gjort	Antall	Prosent
Felles møte med pasient og oppfølger	91	8,7
Fått timeavtale hos oppfølger	370	35,5
Sendt henvisning til oppfølger	180	17,3
Vil selv ta kontakt for oppfølging	73	7,0
Ønsket ikke henvisning/oppfølging	24	2,3
Ikke behov for oppfølging	50	4,8
Ubesvart	254	24,4
<b>Til sammen</b>	<b>1042</b>	<b>100,0</b>

Tallene viser at de fleste pasientene ble vurdert i behov av videre oppfølging ved avslutning. Vel 60 % av pasientene ble henvist videre fra akutteamene, i tillegg ville 7 % selv ta kontakt med aktuelle instanser for videre oppfølging. Det var et fåtall som hadde registrert at brukerne ikke ønsket videre oppfølging eller henvisning, og i mindre enn 5 % av tilfellene ble det vurdert at det ikke var behov for videre oppfølging.

**Tabell 6.14 Hvem som skal gi tilbud videre til brukeren**

Hvem som skal gi tilbud videre til brukeren	Antall	Prosent
1 Pasienten ønsket ikke oppfølging	58	5,6
2 Fastlege / annen primærlege	655	63,0
3 Psykiatritjenester i kommunen	175	16,8
4 Sosiale tjenester / sosialkontor	36	3,5
5 Dagsenter i kommunen	8	0,8
6 Kommunalt sykehjem / institusjon	3	0,3
7 Poliklinikk	354	34,0
8 Dagavdeling	10	1,0
9 Ambulant team	54	5,2
10 Akuttavdeling ved DPS	21	2,0
11 Annen døgnavdeling ved DPS	61	5,9
12 Psykiatrisk akuttavdeling ved sykehus	31	3,0
13 Annen psykiatrisk døgnavdeling ved sykehus	4	0,4
14 Privatpraktiserende psykiater / psykolog	56	5,4
15 Somatisk poliklinikk / avdeling	23	2,2
16 Ruspoliklinikk	34	3,3
17 Døgnavdeling ved rusinstitusjon	5	0,5
18 Barnevernet / barnevernsinstitusjon	12	1,2
19 Asylmottak	0	0,0
20 Fengsel	1	0,1
21 Politilege/tilsynslege i fengsel/kriminalomsorg	1	0,1
22 Annet	88	8,5
Ukjent / ikke registrert	145	13,9
<b>Til sammen</b>	<b>1040</b>	<b>100,0</b>

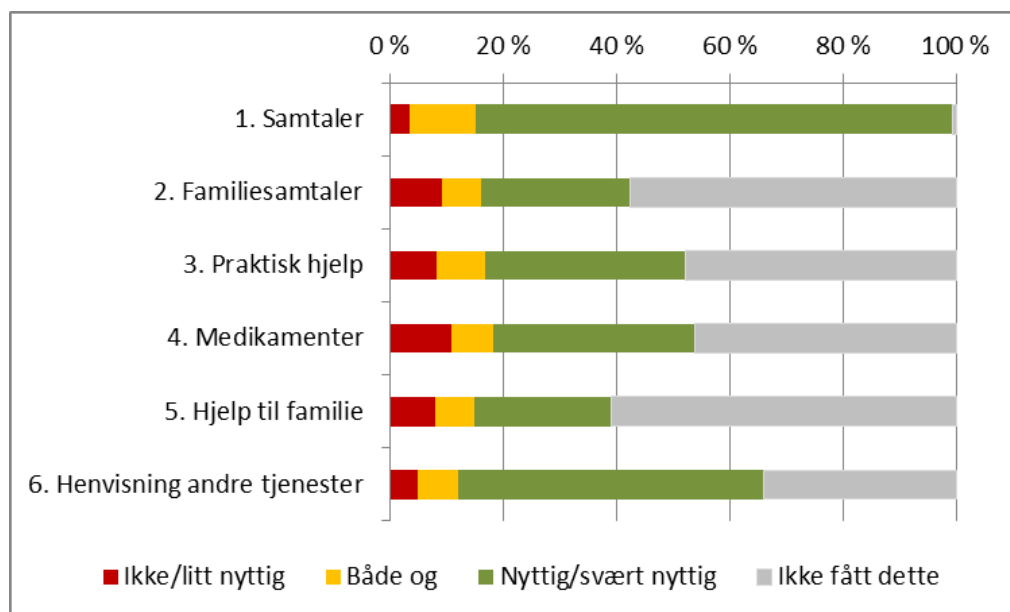
Fastlege var utpekt for å gi videre tilbud i de fleste av sakene. Videre tilbud i poliklinikk forekom om lag dobbelt så ofte som videre tilbud i kommunale psykiatritjenester. Oppfølging fra døgnavdelinger i psykiske helsevern var aktuelt for til sammen 105 brukere. Oppfølging ved kommunal institusjon var aktuelt for to personer. Det var oppgitt en oppfølgende instans for 30 % (oftest fastlege, dernest psykiatrisk poliklinikk), to for 36,8 (vanligvis fastlege og psykiatrisk poliklinikk), tre for 15 % og fire eller flere for 4 %.

## 6.8 Brukernes tilfredshet med akutteamene

Tabell 6.15 Opplevd nytte av ulike typer hjelp

Nytte ved ulik hjelp fra akutteamet	Ikke nyttig	Litt nyttig	Både og	Nyttig	Svært nyttig	Har ikke fått dette
1. Samtaler om situasjon/tanker /følelser	4	18	77	232	323	4
2. Familiesamtaler/parsamtaler	25	31	44	93	69	358
3. Praktisk hjelp	24	27	55	122	103	303
4. Medikamenter	39	30	47	113	112	294
5. Hjelp til familie/pårørende	23	26	43	95	55	377
6. Henvisning andre tjenester	12	19	45	148	192	214

Figur 6.6 Opplevd nytte av ulike typer hjelp



Sett under ett ble de ulike hjelpetiltakene vurdert av brukerne å ha vært til nytte. De fleste av de som deltok ved avslutning rapporterte om at de hadde mottatt samtaler om situasjon/følelser/tanker, og de fleste oppga at dette hadde vært nyttig eller vært nyttig. Om lag to tredeler hadde blitt henvist videre og de fleste av dem oppga også at dette hadde vært nyttig. Vel halvparten hadde fått praktisk hjelp og medikamentell hjelp, og for disse så også dette så ut til å ha vært nyttig i større grad. Det var 42 % som oppga at de hadde fått hjelp i form av familie/parsamtaler og 39 % oppga at familien eller pårørende hadde fått hjelp fra teamet. Også disse hjelpetiltakene ble vurdert som nyttige av de som hadde mottatt slik hjelp.

Tjenestene som ble gitt av akutteamene ble vurdert som gode av de brukerne som fylte ut skjema ved avslutning. På den sammenlagte skalaen der 8 ville være minimumsskåre og 32 er maksimalt beste skåre ble det rapportert et gjennomsnitt på 28.

Tabell 6.16 Brukernes tilfredshet med tilbudet fra akutteamene (tabell på neste side)

På alle de åtte spørsmålene på dette mye brukte spørreskjemaet om brukertilfredshet med psykisk helsevern viser at de fleste pasientene er godt fornøyd eller svært fornøyd med akutteamene.

**Tabell 6.16 Brukernes tilfredshet med tilbudet fra akutteamene**

<b>Vurdering av hjelp og tilbud (CQS-8)</b>		
<b>1.Hvordan vil du vurdere kvaliteten på tjenesten du har mottatt? (N=676)</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1 Dårlig	2	0,3
2 Grei	40	5,9
3 God	215	31,8
4 Utmerket	419	62,0
<b>2.Fikk du den type tjeneste du ønsket? (N=673)</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1 Nei, absolutt ikke	2	0,3
2 Nei, egentlig ikke	32	4,8
3 Ja, stort sett	279	41,5
4 Ja, absolutt	360	53,5
<b>3.I hvilken grad har tjenesten møtt dine behov? (N=670)</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1 Ingen av mine behov er møtt	5	0,7
2 Bare noen få av mine behov er møtt	75	11,2
3 De fleste av mine behov er møtt	331	49,4
4 Nesten alle mine behov er møtt	259	38,7
<b>4.Hvis en venn av deg skulle trenge lignende hjelp, ville du da anbefale denne tjenesten til ham/henne? (N=674)</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1 Nei, absolutt ikke	1	0,1
2 Nei, jeg tror ikke det	8	1,2
3 Ja det tror jeg	180	26,7
4 Ja, absolutt	485	72,0
<b>5.Hvor fornøyd er du med hvor mye hjelp du har mottatt? (N=674)</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1 Ganske misfornøyd	11	1,6
2 Likegyldig eller litt misfornøyd	33	4,9
3 Stort sett fornøyd	236	35,0
4 Veldig fornøyd	394	58,5
<b>6.Har tjenesten du har mottatt hjulpet deg å takle problemene dine på en bedre måte? (N=674)</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1 Nei, de syntes å gjøre ting verre	3	0,4
2 Nei, de hjalp virkelig ikke	25	3,7
3 Ja, de hjalp litt	308	45,7
4 Ja, de var til stor hjelp	338	50,1
<b>7.Alt i alt, hvor fornøyd er du med tjenesten du har mottatt? (N=674)</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1 Ganske misfornøyd	1	0,1
2 Likegyldig eller litt misfornøyd	27	4,0
3 Stort sett fornøyd	218	32,3
4 Svært fornøyd	428	63,5
<b>8.Hvis du skulle søke hjelp igjen, ville du gå tilbake til denne tjenesten? (673)</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1 Nei, absolutt ikke	3	0,1
2 Nei, jeg tror ikke det	20	4,0
3 Ja, det tror jeg	195	32,3
4 Ja, absolutt	455	63,5



## 7 Akutteamenes praksis sammenholdt med anbefalinger

Akutteamenes praksis er målt ved bruk av The CORE Study Crisis Resolution Team Fidelity Scale, som er det eneste måleverktøyet som er utviklet for å måle hvordan akutteam (crisis resolution teams) arbeider. Versjon 1 ble prøvet ut i England og Norge, og i studien brukte vi versjon 2 av måleinstrumentet. Det måler grad av troskap mot en kunnskapsbasert modell for akutteam, men gir også relevante opplysninger i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger for akutteam.

Evalueringen viste samlet sett at de norske ambulante akutteamenes praksis tilsvarer en lav til middels god troskap mot den kunnskapsbaserte modellen. Noe av det som ble skåret høyest var individuelt tilpassede tjenester, tilgjengelighet og responstid, og at teamene hadde en bred målgruppe. Noe av det teamene ble skåret lavest på var åpningstid, manglende portvaktfunksjon for døgnplasser i akuttavdeling, manglende bidrag til tidlig utskrivning fra døgnopphold, lav intensiteten på oppfølgingen av pasienter, og begrenset samarbeid med andre tjenester. Akutteamene tilbyr brukere og involverte pårørende individuelt tilpassede tjenester i henhold til pasientens og pårørendes ønsker og valg. Mange av teamene var bemannet med psykiater og psykolog. Litt over halvparten av teamene samarbeidet tett med familier.

Det var en del variasjon mellom akutteamene på noen områder, som f.eks. grad av ambulant arbeid og andel hjemmebesøk. På en del andre områder var teamene ganske like. Det er imidlertid ikke så stor grad av likhet at vi kan identifisere en typisk norsk modell for akutteam, og heller ikke slik at teamene grupperer seg i ulike grupper som er innbyrdes like men annerledes enn en annen gruppe team.

Akutteamenes praksis ble målt ved et evalueringsteam som besøkte alle akutteamene. Dette kapitlet omtaler måleverktøyet som ble brukt, hvordan målingene ble gjennomført, hva målingene viste, hvordan resultatene er sammenlignet med de kunnskapsbaserte kriteriene som måleverktøyet bygger på, og hvordan resultatene er sammenholdt med Helsedirektoratets anbefalinger for akutteam.

### 7.1 Måling av praksis i forhold til en kunnskapsbasert modell for akutteam

#### Måling av troskap (fidelity) mot en kunnskapsbasert modell

En måling av troskap (fidelity) mot en kunnskapsbasert modell er en vurdering av i hvilken grad en praksis er i samsvar med spesifiserte standarder som bygger på systematisk oppsummering av forskning, faglig konsensus og brukererfaringer. Forskning har vist at akutteam (crisis resolution team, CRT) kan bidra til å redusere innleggelse og øke brukernes tilfredshet med akutt hjelp. Det er sannsynlig at CRT er mest effektive dersom de arbeider i samsvar med høyeste standard, det vi ved vurderinger kaller "høy troskap".

#### Måleverktøyet CORE Crisis Resolution Fidelity Scale

CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale er det eneste måleverktøyet som er utviklet for å måle praksis eller arbeidsmåte i ambulante akutteam. Vurdering av CRT troskap viser hvor nært et ambulant akutteam følger en modell for akutt hjemmebehandling (crisis resolution team) som er spesifisert av forskerteamet i The CORE Study. En artikkel om måleverktøyet og utviklingen forventes å bli publisert i løpet av 2016.

Måleverktøyet består av 39 elementer/skalaer hvor hvert element skulle skåres fra 1-5. En skåre på 5 betyr svært høy troskap, 4 betyr høy troskap, 3 betyr middels troskap, 2 betyr lav troskap og 1 betyr svært lav troskap. Hvert trinn fra 1 til 5 har en detaljert beskrivelse av hva som skal til for å få denne skåren.

Kriteriene baseres på informasjonskilder som skriftlig dokumentasjon, gjennomgang av tilfeldig utvalgte pasientjournaler, og intervjuer (med teamleder, teamansatte, brukere, pårørende og samarbeidspartnere). Det regnes ut en samlet skåre for troskap ved gjennomsnittet på alle 39 elementer/skalaer og en skåre for hver av fire delskalaer ved gjennomsnitt av skårene for en gruppe elementer/skalaer.

CORE står for Crisis resolution team Optimisation and RElapse prevention. CORE Study er finansiert av National Institute of Health Research i Storbritannia, og er ledet av professor Sonia Johnson ved University College London. Brynmor Lloyd-Evans er daglig leder. Målet er å forbedre standarden på behandlingen som til brukere av ambulante akutteam. Brukere og pårørende har medvirket i alle faser av CORE-studien.

Måleverktøyet er utviklet basert på en bred litteraturgjennomgang av eksisterende forskning, retningslinjer for britiske ambulante akutteam, kvalitative intervjuer med et stort antall brukere, pårørende, og ansatte i ambulante akutteam og tjenester som samarbeider med ambulante akutteam i England og Norge, og spørreskjema til 192 teamledere i ambulante akutteam (crisis resolution teams) i England og 54 teamledere for norske ambulante akutteam. Det ble gjennomført en utprøving av versjon 1 av målverktøyet på 75 akutteam i England i 2013 og 24 akutteam i Norge i 2014. Versjon 2 er basert på disse utprøvingene og fikk noen endringer, primært i form av noe lavere krav for høye skåringer.

### Gjennomføring av målingene av akutteamenes praksis

I denne studien er måling av hvert av de 28 akutteamene gjennomført av et evalueringsteam ved bruk av målverktøyet. Hver evaluering ble gjennomført av tre medlemmer fra evalueringsteamet, der minst en hadde relevant erfaring som behandler i ambulant akutteam og en hadde erfaringskompetanse som bruker av psykiske helsetjenester. Evalueringsteamet fikk opplæring i bruk av målverktøyet og samkjørte seg for å oppnå mest mulig riktig og lik bruk av målverktøyet. Deltakerne i evalueringsteamet har vært Gunn Marit Uverud, Trine Doull, Inger B Kaspersen, Tor Erik Vassvik, Stephan Neuhaus, Lina Kristensen og Nina Hasselberg. Fire av disse deltok også i utprøvingen av versjon 1 i 2014. Nina Hasselberg har vært leder for evalueringen. Målingen av akutteamenes praksis er finansiert av Helsedirektoratet ved en tildeling av midler utlyst for implementering av kunnskapsbasert praksis.

Noen uker før evalueringsteamets besøk fikk teamene tilsendt et dokument som inneholdt en beskrivelse av prosjektet, en forklaring på hensikten med en slik vurdering av praksis ved bruk av målverktøyet, og forberedelsene teamet måtte gjøre før besøket. Før dagsbesøket fikk brukere og pårørende som samtykket i å delta i prosjektet tilsendt et informasjonsbrev med en beskrivelse av prosjektet, informasjon om konfidensialitet og om mulighet til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt.

Gjennom intervjuer, lesing av journalnotater og gjennomgang av dokumenter samlet evalueringsteamet informasjon for å kunne vurdere akutteamet og dets praksis på de 39 elementene i målverktøyet. Intervjuene var med teamleder, ansatte i akutteamet, brukere, pårørende, og ledere for tjenester som samarbeider med akutteamet. Evalueringsteamet så også på data om bruk av akutteamet, retningslinjer og hvilke ressurser akutteamet hadde. Vurderingene ble gjort av flere personer sammen for å øke konsistens og pålitelighet av skåringene.

Ved avslutningen av evalueringsdagen ga evalueringsteamet noen forløpige refleksjoner om akutteamets praksis. Noen uker seinere fikk teamet tilsendt et utkast til en skriftlig tilbakemelding. Denne inneholdt skåringer av troskap, detaljert grunnlag for skåringene og noen kommentarer. Akutteamet fikk mulighet til å kommentere utkastet, samt til å gi eventuell informasjon som ikke var tilgjengelig da evalueringsteamet besøkte akutteamet. Endelig tilbakemelding med reviderte skåringer ble oversendt etter at akutteamet har fått drøftet utkastet og gitt sine kommentarer og at evalueringsteamet hadde sett på disse. Akutteamene kan bruke vurderingen i den videre utviklingen av sin praksis.

## Evalueringsteamets erfaringer med bruk av måleverktøyet

Samlet sett opplevde evalueringsteamene at det gikk bra å skåre de norske ambulante akutteamene ved bruk av måleverktøyet. Likevel var det noen elementer som var utfordrende å skåre under norske forhold. Måleverktøyet fanger heller ikke godt nok opp variasjoner i åpningstid i Norge bortsett fra at ingen norske ambulante akutteam har 24/7. Måleverktøyet fanger heller ikke opp at lengden på konsultasjoner i norske ambulante akutteam ofte har varighet betraktelig lengre enn 30 minutter, som var utgangspunktet i måleverktøyet.

Gjennomføringen av målingene har vært krevende både for akutteamene og evalueringsteamet. For akutteamene kom forberedelsene til besøket i tillegg til pågående kliniske oppgaver. For flere akutteam var det vanskelig å få rekruttert seks pårørende til intervjuer, og enkelte team klarte ikke rekruttere pårørende i det hele tatt. For evalueringsteamet innebar det å sette seg inn i måleverktøyet og pålitelig bruk av det, og gjennomføringen innebar også mye reising til akutteam rundt i landet.

## 7.2 Akutteamenes praksis sammenholdt med den kunnskapsbaserte modellen

Nedenfor presenteres resultatene fra vurderingene av akutteamenes praksis ved bruk av CORE Crisis Resolution Fidelity Scales, versjon 2. Det er 28 akutteam som er evaluert.

**Tabell 7.1 Fordeling av skåringer på troskap mot kunnskapsbasert modell for crisis resolution teams**

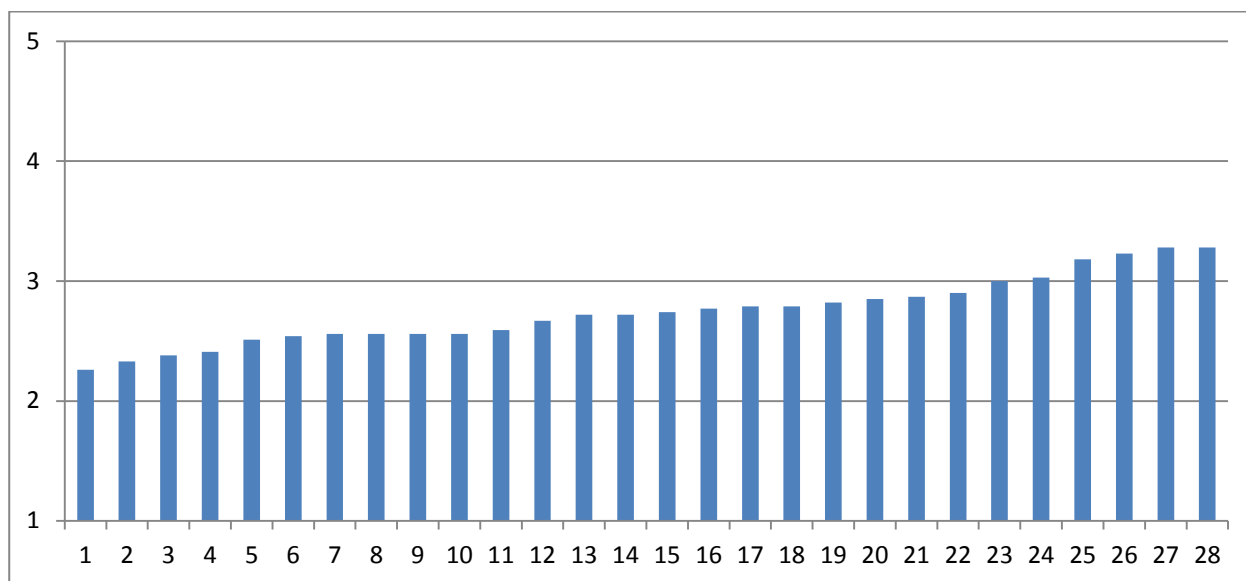
Skårer: 1 = svært lav troskap, 2 = lav troskap, 3 = middels troskap, 4 = høy troskap, 5 = svært høy troskap

Gjennomsnittsskåre for delskalaer og fordeling av skåringer på hver skala						
	Henvendelser og tilgjengelighet (gjennomsnitt: 2,88)	1	2	3	4	5
1	AAT svarer raskt på nye henvendelser	9	4	7	5	3
2	AAT er lett tilgjengelig for alle som har rett til å henvise	1	0	2	8	17
3	AAT tar i mot henvendelser fra alle	2	2	5	2	17
4	AAT vil vurdere å jobbe med alle som ellers ville ha blitt innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling på sykehus	0	0	0	7	21
5	AAT gir tjenester 24-timer 7 dager i uka	28	0	0	0	0
6	AAT har en "portvakt"-funksjon som gjennomføres fullt ut, ved å vurdere alle pasienter før innleggelse på akuttpsykiatriske avdelinger og bestemme om de egner seg for hjemmebehandling	26	2	0	0	0
7	AAT legger til rette for tidlig utskrivning fra sykehuset	28	0	0	0	0
8	AAT gir informasjon om andre tjenester og hvordan de kan kontaktes for brukere, pårørende og henvisere som får avslag på henvisninger	0	1	5	17	5
9	AAT responderer på forespørsler om hjelp fra brukere og pårørende som for tiden mottar tjenester fra AAT	2	2	1	18	5
10	AAT er en spesifikk tjeneste som bare gjør krisevurderinger og korte hjemmebehandlinger	10	7	7	4	0

	<b>Innhold og tjenesteyting (gjennomsnitt: 2,93)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11	AAT gjennomfører en omfattende utredning av alle brukere som er mottatt for å få hjelp fra teamet	2	4	7	1	14
12	AAT gir tydelig informasjon til brukere og pårørende om behandlingsplaner og besøk	0	1	21	5	1
13	AAT involverer og arbeider tett med brukerens familie og sosiale nettverk for å støtte brukeren	11	7	5	3	2
14	AAT vurderer pårørendes behov og tilbyr pårørende følelsesmessig og praktisk støtte	0	23	4	1	0
15	AAT vurderer, foreskriver og leverer medikamentell behandling til alle brukere etter behov	17	7	4	0	0
16	AAT bidrar til at brukerne og pårørende forstår sykdommen og medisineringsen, og tar tak i bekymringer eller problem med medisineringsen	8	16	3	0	1
17	AAT gir psykologiske intervensjoner	0	1	2	17	8
18	AAT vurderer og bidrar når det gjelder brukeres behov for hjelp med fysisk helse	5	5	5	11	2
19	AAT hjelper brukere med sosiale og praktiske problemer	0	1	14	5	8
20	AAT gir individuelt tilpassede tjenester	1	2	3	8	14
21	AAT medarbeideres besøk er lange nok til å diskutere det brukere og pårørende er opptatt av	0	1	8	12	7
22	AAT prioriterer gode terapeutiske relasjoner mellom medarbeidere og brukere og pårørende	0	3	25	0	0
23	AAT tilbyr brukere valgmuligheter når det gjelder tid, sted og typer støtte	1	1	6	17	3
24	AAT hjelper til med å planlegge hva brukere og tjenester kan gjøre ved nye kriser	27	0	0	0	1
25	AAT planlegger videre oppfølging for alle brukere	3	22	3	0	0
26	AAT arbeider for å gi brukere og pårørende en akseptabel avslutning på behandlingen	2	7	3	9	7
	<b>Bemanning og organisering (gjennomsnitt: 2,65)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
27	AAT har tilstrekkelig bemanning	15	2	3	3	5
28	AAT med tilstrekkelig psykiaterbemanning ved en eller flere psykiatere	3	9	1	0	15
29	AAT er et fullt ut tverrfaglig bemannet team	7	5	9	6	1
30	AAT har et grundig opplæringsprogram for nye medarbeidere og kontinuerlig opplæring og veiledning i kjernekompetansen for AAT medarbeidere	21	4	2	1	0
31	AAT har omfattende risikovurdering og prosedyrer for risikohåndtering, inkludert prosedyrer for ivaretagelse av barn og sårbare voksne som bor sammen med brukere	14	8	5	1	0

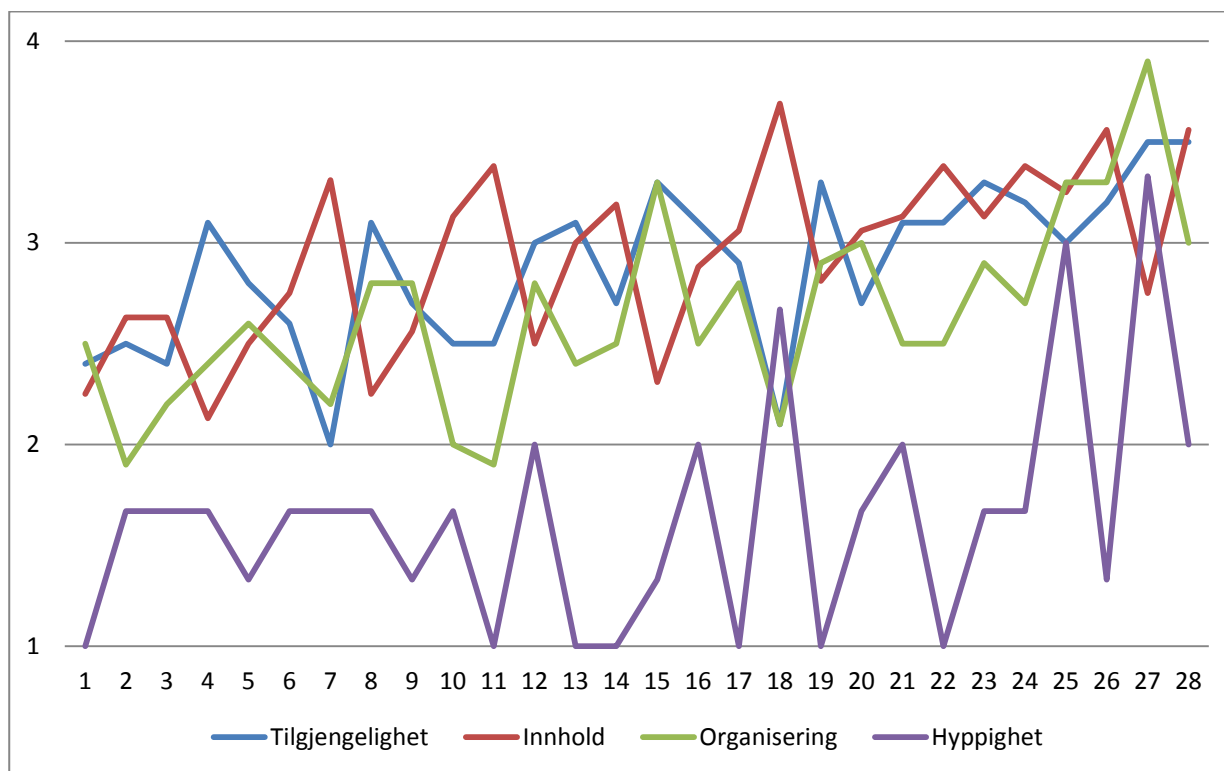
32	AAT har systemer for å sikre sikkerheten for teamets medarbeidere	2	13	4	5	4
33	AAT har effektiv journalføring og kommunikasjonsprosedyrer for å fremme samspill og informasjonsdeling mellom teamets medarbeidere	2	11	6	7	2
34	AAT samarbeider effektivt med andre lokale tjenester	5	13	8	1	1
35	AAT tar hensyn til likeverd og mangfold i alle aspekt av tjenestene som gis	0	5	21	2	0
36	AAT har systemer for å sørge for konsistens i den støtten brukeren får i løpet av kontakten med teamet	0	4	6	5	13
	<b>Hjemmebesøk og hyppighet av kontakt (gj.snitt: 1,64)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
37	AAT har tilgang til et utvalg av krisetjenester som et alternativ til sykehusinnleggelse for brukere som opplever psykisk krise	8	9	10	1	0
38	AAT besøker brukere hyppig	27	1	0	0	0
39	AAT utfører for det meste vurderinger og støtte for brukere i deres hjem	17	7	1	0	3

**Figur 7.1 Gjennomsnittskåre for akutteamene ordnet etter økende skåre**



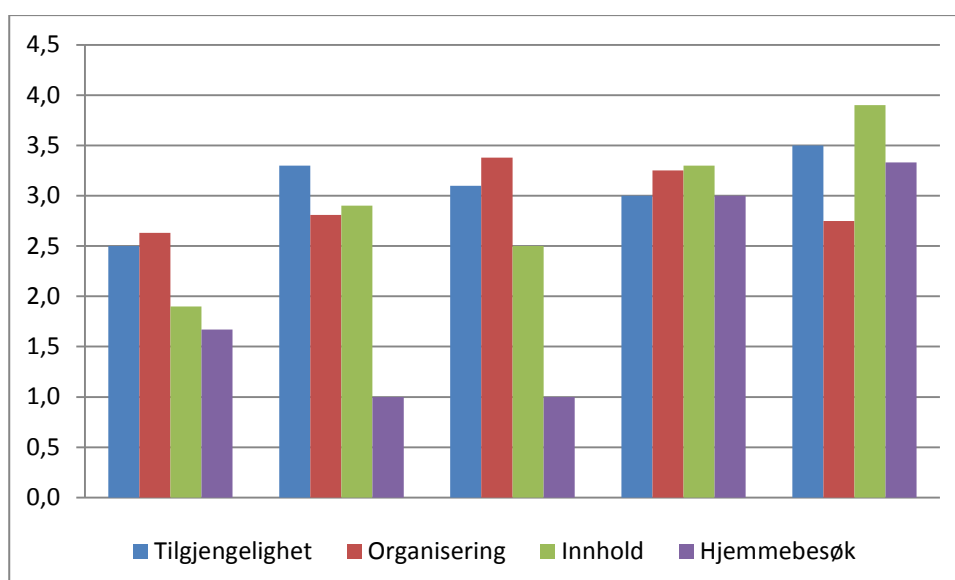
Figuren ovenfor viser samlet skåring av troskap mot den forskningsbaserte modellen (gjennomsnittskåre for de 39 skalaene) for alle akutteamene, ordnet i stigende rekkefølge. Troskap mot den forskningsbaserte modellen for crisis resolution teams er fra litt over 2 (lav troskap) til litt over 3 (moderalt troskap). Gjennomsnittskåre for troskap for alle team samlet var 2,75, altså i underkant av middels troskap.

**Figur 7.2 Gjennomsnittsskåre for hver delskala for alle akutteamene ordnet etter økende samlet troskap**



Figuren ovenfor viser skåre for hver delskala for hvert akutteam, ordnet etter økende skåre på samlet troskap mot den kunnskapsbaserte modellen for akutteam. Gjennomsnittsskåren for hver delskala er listet opp i tabell 7.1 ovenfor. Figuren viser at teamene får høyest skårer for tilgjengelighet, innhold og delvis organisering. Skårene for hjemmebesøk/ hyppighet av oppfølging får lavest skåre. Figuren er tatt med for å gi et bilde av likhet og variasjon på tvers av akutteam, og det er ikke meningen at en skal kunne lese detaljer ut av denne figuren. Det enkelte akutteam har fått tilbakemelding fra evalueringsteamet om sine skåringer på delskalaer og på de 39 elementene i måleverktøyet.

**Figur 7.3 Eksempler på ulike team-profiler på de fire delskalaene for troskap**



Figuren ovenfor viser profilen for fem akutteam med litt ulik profil. Teamene er skåret relativt likt på tilgjengelighet og på organisering, mens det er større variasjon for innhold i tilbudet og særlig for hjemmebesøk/hyppighet av kontakt. Figuren gir eksempler på variasjon mellom team, der de to teamene til høyre har en praksis som er nærmere den kunnskapsbaserte modellen enn teamet lengst til venstre.

### 7.3 Praksis sammenholdt med anbefalinger fra Helsedirektoratet

Måleverktøyet gir også informasjon om praksis i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger for akutteam, men disse anbefalingene er ikke definert så klart at det kan vurderes når de faktisk er oppfylt.

**Tabell 7.2 Helsedirektoratets anbefalinger for akutteam (2014)**

	Anbefaling
1	Det er en helsepolitisk føring at DPS skal ha tilgjengelige akuttjenester for vurdering og akuttbehandling gjennom døgnet. Dette kan skje i samarbeid med andre enheter i spesialisthelsetjenesten der lokale forhold gjør det nødvendig, men det bør være ett telefonnummer for alle akutthenvendelser.
2	Akuttjenester ved DPS må planlegges i samarbeid med brukerorganisasjoner, kommunale tjenester, fastleger, legevakt, akuttavdeling og andre enheter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten.
3	DPS kan organisere akuttjenestene i egne ambulante akutteam, men kan også velge andre modeller for akuttjenestene.
4	Behandlingen skal så langt det er mulig gis i henhold til pasientens og pårørendes ønsker og valg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.
5	Ambulante akutteam skal ha psykiater, psykolog, psykiatriske sykepleiere og rus- og sosialfaglig kompetanse.
6	Ambulant akutteam skal være operative kveld og helg, og sørge for samarbeid med andre om å dekke natt.
7	Ambulante akutteam tar i hovedsak imot henvisninger fra faglige instanser som fastlege, legevakt, kommunal helse- og omsorgstjeneste og enheter i spesialisthelsetjenesten. Teamet kan også ta imot henvendelser fra pasient, pårørende, omsorgspersoner og eventuelle andre instanser.
8	Ambulante akutteam skal kunne handle raskt ved å møte pasienten snarest mulig og innen få timer.
9	Ambulante akutteam skal etter forsvarlig vurdering kunne tilby kortvarig tilpasset ambulant behandling ved alvorlig psykisk krise eller henvise til andre enheter i psykisk helsevern og TSB i spesialisthelsetjenesten eller til fastlege og kommunale tjenester der det er indisert.
10	Det skal kartlegges om pasienten har barn, og disse skal ivaretas og få den hjelp og bistand de trenger, jf. helsepersonellovens § 10 a.
11	Ambulante akutteam har ansvaret for å etablere nødvendig samhandling med pårørende, andre omsorgspersoner, fastlege, kommunale tjenester og øvrig spesialisthelsetjeneste for å ivareta pasientens helhetlige behandlingsbehov.

De tre første anbefalingene gjelder prosesser og beslutninger ved DPS om organisering av akuttjenester, og dette er forhold som ikke er undersøkt ved denne multisenterstudien. Studien gjelder utfall av behandling ved akutteam og kan ikke si noe om praksis eller utfall der akuttjenestene er organisert annerledes. Dette kapitlet omtaler derfor bare resultater som belyser anbefalingene 4-11 i tabellen ovenfor.

## Individuelt tilpassede tjenester

**Helsedirektoratets anbefaling 4: Behandlingen skal så langt det er mulig gis i henhold til pasientens og pårørendes ønsker og valg, jf. pasient-og brukerrettighetsloven § 3-1.**

Evalueringen viste at de norske ambulante akuttemaene tilbyr brukere og involverte pårørende individuelt tilpassede tjenester i henhold til pasientens og pårørendes ønsker og valg. De fleste ambulante akutteam avtalte tid for besøk slik at det passet brukerens eller pårørendes preferanser eller forpliktelser. I 68 % av teamene møtte de ansatte brukerne på ulike steder når hjemmebesøk ikke var mulig eller ikke ønsket av brukeren eller pårørende. De fleste norske ambulante akutteam registrerte brukeres individuelle behov og mål i førstegangsutredning eller behandlingsplaner.

De ansatte i teamene ble vurdert som omsorgsfulle og profesjonelle og de ambulante akutteamenes besøk varte lenge nok til at brukere og pårørende fikk diskutert det de var opptatt av. Men nesten ingen team hadde eksplisitte prosedyrer for å identifisere personer med gode mellommenneskelige ved rekruttering av nye teammedlemmer og nesten ingen team hadde tiltak for å monitorere og utvikle ansattes mellommenneskelige ferdigheter i møte med brukere og pårørende. Få team hadde hatt brukerundersøkelser i løpet av det siste året.

## Bemanning

**Helsedirektoratets anbefaling 5: Ambulante akutteam skal ha psykiater, psykolog, psykiatriske sykepleiere og rus-og sosialfaglig kompetanse.**

Måleverktøyet viste at mange ambulante akutteam hadde psykiater og psykolog som en del av bemanningen. 19 ambulante akutteam hadde en samlet dekning av psykiater på minst 1 årsverk per middels akutteam (30 brukere til enhver tid). 23 ambulante akutteam kunne innhente råd og ordne psykiatrisk hasteutredning innen 4 timer ved en psykiater innenfor den lokale tjenesten når som helst i teamets åpningstider. 26 ambulante akutteam hadde en kvalifisert psykolog eller godkjent terapeut i kognitiv atferdsterapi i minst 0,4 årsverk.

For 18 ambulante akutteam var det en felles oppfatning blant samarbeidspartnerne at for lav bemanning sjelden hindret vurdering eller hjemmebesøk på henvendelsesdagen. For 17 ambulante akutteam var det en felles oppfatning blant samarbeidspartnerne at folk ikke ble lagt inn på sykehus fordi lav bemanning hadde forhindret akutteamet fra å jobbe med dem, og heller ikke at tidlig utskriving fra døgnavdeling ble forhindret av teamets bemanningsnivå.

Mange norske ambulante akutteam hadde en for høy caseload i forhold til standarden som var satt i måleverktøyet. For å få full skåre på dette elementet krevdes en median på <25 oppfølgingsaker per 14 årsverk klinisk personell. 8 ambulante akutteam oppfylte dette kriteriet.

**Tabell 7.3 Bemanning av akutteam (basert på opplysninger fra 23 team)**

Bemanning (23 akutteam)	Antall	Årsverk	Team med dette
Psykiater	21	18	15
Lege	11	11	5
Psykologspesialist	7	7	6
Psykolog	28	27	17
Psykiatrisk sykepleier	112	102	21
Annen helsearbeider	13	11	9



Sykepleier	25	22	9
Sosionom	23	22	15
Pedagog	3	3	3
Fysioterapeut	1	1	1
Ergoterapeut	1	1	1
Andre	4	3	4
Total	249	228	

## Åpningstider

**Helsedirektoratets anbefaling 6: Ambulant akutteam skal være operative kveld og helg, og sørge for samarbeid med andre om å dekke natt.**

I forhold til åpningstid viste måleverktøyet at ingen norske ambulante akutteam kan gi tjenester 24 timer 7 dager i uka. Som det fremgår av tabellen under var 10 av 28 team operative kveld og helg. Evalueringen gir ikke svar på i hvilken grad de ambulante akutteamene sørger for samarbeid med andre om å dekke natt.

**Tabell 7.4 Antall akutteam med ulike mønstre for åpningstider**

Akutteamenes åpningstid	Antall
Bare på dagtid på hverdager	12
Dagtid og kvelder på hverdager	6
Dagtid og kvelder på hverdager og i helger	10
Åpningstid 24 timer 7 dager i uka	0

## Tilgjengelighet

**Helsedirektoratets anbefaling 7: Ambulante akutteam tar i hovedsak imot henvisninger fra faglige instanser som fastlege, legevakt, kommunal helse-og omsorgstjeneste og enheter i spesialisthelsetjenesten. Teamet kan også ta imot henvendelser fra pasient, pårørende, omsorgspersoner og eventuelle andre instanser.**

**Tabell 7.5 Antall akutteam aksepterte henvisninger fra**

Hvor mange akutteam som aksepterer henvisninger fra ulike instanser	Antall
Alle deler av psykisk helsevern (2.linjen)	28
Fastleger	28
Andre offentlige helsetjenester	25
Nødeter	24
Andre tjenester som støtter mennesker med psykiske problemer	22
Kjent og nye brukere og deres pårørende	19
Nye brukere og deres pårørende	17

Som det fremgår av tabellen over viste evalueringen at alle de ambulante akutteamene aksepterte henvisninger fra andre deler av psykisk helsevern og fra fastleger. De aller fleste av teamene aksepterte også henvisning fra andre offentlige helsetjenester og nødnetter. Nye brukere og deres pårørende kunne ta direkte kontakt uten henvisning med 17 av 28 ambulante akutteam.

**Helsedirektoratets anbefaling 8: Ambulante akutteam skal kunne handle raskt ved å møte pasienten snarest mulig og innen få timer.**

**Tabell 7.6 Antall akutteam responstid på telefon og responstid på vurderinger**

Akutteamens responstid på telefon og for å gjøre vurderinger	Antall
Svarer henviser innen 30 minutter	26
Tilbyr vurdering innen 4 timer for 90 av relevante henvisninger	16
Tilbyr vurderinger av bruker samme dag for minst 50 av relevante henvisninger	23

Denne evalueringen viste at alle de ambulante akutteamene svarte henvisere raskt på telefon og 57 % av teamene vurderte relevante henvisninger innen 4 timer. Mange team vurderte halvparten av brukerne samme dag.

### Varighet på oppfølging og viderehenvisninger

**Helsedirektoratets anbefaling 9: Ambulante akutteam skal etter forsvarlig vurdering kunne tilby kortvarig tilpasset ambulant behandling ved alvorlig psykisk krise eller henvise til andre enheter i psykisk helsevern og TSB i spesialisthelsetjenesten eller til fastlege og kommunale tjenester der det er indisert.**

Alle de ambulante akutteamene som var med i denne evalueringen fulgte opp minst 70 av brukerne i < 6 uker og 18 ambulante akutteam fulgte opp minst 90 brukerne i < 6 uker.

Når det gjaldt avslag på behandling ville alle de ambulante akutteamene selv henvise brukere som var vurdert men ikke tatt inn i behandling, til andre tjenester og tilbud. Akutteamenes ledere og ansatte ga klar informasjon om andre tjenester og tilbud om støtte til brukere som hadde behov for øyeblikkelig hjelp, men ikke trengte sykehusinnleggelse eller behandling ved akutteam.

### Oppfølgin av pasientens barn

**Helsedirektoratets anbefaling 10: Det skal kartlegges om pasienten har barn, og disse skal ivaretas og få den hjelp og bistand de trenger, jf. Helsepersonellovens § 10 a.**

Evalueringen viste at i 22 av de ambulante akutteamene var de ansattes opplæring i ivaretagelse av barn og sårbare voksne var oppdatert i tråd med nasjonale og lokale retningslinjer, og ansatte viste at de var bevisst på terskler for å kontakte andre tjenester.

### Samarbeid

**Helsedirektoratets anbefaling 11: Ambulante akutteam har ansvaret for å etablere nødvendig samhandling med pårørende, andre omsorgspersoner, fastlege, kommunale tjenester og øvrig spesialisthelsetjeneste for å ivareta pasientens helhetlige behandlingsbehov.**

### Samarbeid med pårørende

Evalueringen viste at litt over halvparten (57 %) av de ambulante akutteamene jobbet tett med familien for å støtte brukerne. I nesten alle de ambulante akutteamene viste de ansatte en klar og felles forståelse av hvordan familie/pårørende kunne bli hjulpet selv om brukeren ikke ga tillatelse å dele informasjon med sine pårørende. Mens 21 % av de ambulante akutteamene ga pårørende tilbud om å møte ansatte i teamet alene uten brukeren for å diskutere egne behov.

**Tabell 7.7 Samarbeid med pårørende**

Brukeres og pårørendes vurdering av akutteamets kontakt med pårørende	Antall
Akutteamet ga pårørende tilbud om å møte ansatte i teamet alene uten brukeren for å diskutere egne behov	6
Akutteamets ansatte viste en klar og felles forståelse for hvordan familie/pårørende kunne bli hjulpet selv om brukeren ikke tillot å dele informasjon med sine pårørende	27
Det var enighet mellom alle grupper informanter om at akutteamet jobbet tett med familier for å støtte brukere	16

### Samarbeid med andre tjenester

Evalueringen viste at de ambulante akutteamene i nokså liten grad samarbeidet systematisk med andre tjenester. Ingen ambulante akutteam fikk skåre på at det var enighet blant alle grupper informanter om at det var gode samarbeidsrelasjoner mellom teamene og andre lokale team/tjenester. Det var heller ingen ambulante akutteam som fikk skåre på at andre involverte tjenester i psykisk helsevern deltok i avslutningsmøtet/samtalen i teamene.

I 7 ambulante akutteam var det kommunikasjon og felles møter mellom ambulante akutteam og involvert personale fra andre psykiske helsetjenester i opptaksområdet for minst 80 % av brukere. Og i 10 ambulante akutteam var det ledermøter med akutteam og ledere for lokale tjenester innen psykisk helsevern minst annenhver måned hvor man gjennomgikk pasientforløp, henvisningsrutiner og samarbeid.

### Portvaktfunksjon for innleggelser i psykiatrisk akuttavdeling

**Tabell 7.8 Antall akutteam og portvaktfunksjon**

Akutteam med portvaktfunksjon for innleggelser i akuttpsykiatrisk avdeling	Antall
Ambulant akutteam vurderer pasienten personlig i minst 90 % av de frivillige innleggelsene på akuttpsykiatrisk avdeling	5
Ambulant akutteam vurderer pasienten personlig i minst 98 % av de frivillige innleggelsene på akuttpsykiatrisk avdeling	1
Ambulant akutteam vurderer pasienten personlig i minst 67 % av tvangsinnleggelsene på akuttpsykiatrisk avdeling	0
Ambulant akutteam og akuttpsykiatrisk avdeling har systemer for å identifisere og gjennomgå svikt i portvaktfunksjonen og planlegge å unngå gjentakelser	3

Evalueringen viste at de ambulante akutteamene i noe begrenset grad hadde fungerende portvaktfunksjon for frivillige innleggelser på akuttpsykiatrisk avdeling. Ingen team hadde systematisk portvaktfunksjon for tvangsinnleggelser. Tre ambulante akutteam hadde systemer for å identifisere og gjennomgå svikt i portvaktfunksjonen og planlegge å unngå gjentakelser.

## Samarbeid om tidlig utskrivning fra akuttpsykiatrisk døgnavdeling

Tabell 7.9 Antall akutteam og samarbeid om tidlige utskrivninger fra døgnavdeling

Akutteams medvirkning til tidlige utskrivninger fra akuttavdelinger og andre døgnavdelinger	Antall
Ansatte i ambulante akutteam besøker alle akuttavdelinger i opptaksområdet minst tre ganger i uken for å gjennomgå alle innlagte for potensiell tidlig utskrivelse	1
Ansatte i ambulant akutteam vurderer personlig for tidlig utskrivelse minst 50 % av frivillige eller tvangsinnlagte pasienter på døgnavdelinger i psykisk helsevern (både akuttpsykiatrisk avdeling og avdeling i DPS)	0
Minst 20 % av pasientene i ambulant akutteam er brukere som er skrevet ut tidligere fra akuttpsykiatrisk avdeling	3

Få av akutteamene som deltok i evalueringen hadde fokus på tidlig utskrivelse fra døgnavdelinger. Ett ambulant akutteams ansatte besøkte alle akuttavdelinger som betjente AATs opptaksområde minst tre ganger i uka for å gjennomgå alle innlagte for potensiell tidlig utskrivelse. Ingen ambulante akutteam ansatte vurderte personlig for tidlig utskrivelse minst 50 % av frivillige innlagte pasienter eller pasienter som ble holdt tilbake ved tvang i lokale akuttavdelinger (inkludert ved DPS). For tre akutteam var minst 20 % av teamets pasienter brukere som ble støttet med tidlig utskrivning fra akuttpsykiatrisk avdeling.

## Intensitet på oppfølgingen

Tabell 7.10 Antall akutteam og intensitet

Hvor intensivt akutteam følger opp brukere	Antall
> 50 % av brukerne får besøk to ganger daglig i en periode på 3 påfølgende dager i løpet av oppfølgingsperioden	0
Ambulant akutteam besøker brukere mer enn to ganger daglig ved behov	1
> 50 % av brukerne får besøk mer enn 7 ganger i løpet av første uken av oppfølgingen	0
> 50 % av brukerne får besøk mer enn 5 ganger per uke i gjennomsnitt i løpet av den tiden de har kontakt med ambulant akutteam	0

Nesten ingen av de ambulante akutteamene i denne evalueringen hadde så intens oppfølging av brukerne som måleverktøyet la opp til. Ingen av temaene bortsett fra ett besøkte brukere mer enn to ganger daglig ved behov. Ingen av temaene møtte mer enn 50 % av brukerne mer enn 7 ganger i løpet av første uken de fikk støtte fra akutteamet eller møtte mer enn 50 % av brukerne mer enn 5 ganger pr uke i gjennomsnitt i løpet tiden de hadde kontakt med akutteamet.

## Hjemmebesøk

Tabell 7.11 Antall akutteam og hjemmebesøk

Andel av kontakten med brukere som er i deres hjem eller nåværende bosted	Antall
Under 40 % av kontakten er i brukerens hjem eller nåværende bosted	17
Minst 40 % av kontakten er i brukerens hjem eller nåværende bosted	7
Minst 60 % av kontakten er i brukerens hjem eller nåværende bosted	1
Minst 80 % av kontakten er i brukerens hjem eller nåværende bosted	3

Som tabellen over viser var det stor variasjon mellom de ambulante akutteamene i forhold til vektlegging av oppfølging i brukernes hjem.

## 8 Kort oppsummering om studien

Denne rapporten er en foreløpig presentasjon av resultatene fra multisenterstudien. Den er i hovedsak beskrivende og gir en oversikt over pasienter, behandling som har vært gitt, og utfall av behandlingen.

Det har ikke vært mulig i arbeidet med denne rapporten å gjennomføre tidkrevende tilrettelegging av data for analyser om sammenhenger og hva som kan forklare ulike funn. Vi vil arbeidet med dette i analyser som vil bli publisert i vitenskapelige artikler. Se neste side om hvor slik informasjon vil bli gjort tilgjengelig.

### 8.1 Kort oppsummering av hovedfunn

- Brukerne opplever betydelige plager/problemer i situasjonen som gjør at de oppsøker hjelp.
- Brukerne rapporterer mye bedring i plager og i mestring av situasjonen.
- Brukerne er godt fornøyd med akutteamenes tilgjengelighet og med hjelpen de får.
- Pasientene som er inkludert i studien har i hovedsak moderat alvorlige lidelser som depresjon og angst.
- Akutteamene har relativt god tilgjengelighet og jobber i varierende grad ambulant.
- Akutteamene gir primært behandling ved samtaler og gir i mindre grad intensin oppfølging.
- Det er mye felles i akutteamenes praksis, men også en god del variasjon mellom team.
- Teamene jobber mye i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.
- Teamene/systemene har lav til middels grad av implementering av en kunnskapsbasert modell.

### 8.2 Sterke og svake sider ved multisenterstudien

#### Sterke sider ved studien

- Mange pasienter gir styrke til analyser og mulighet til å sammenligne undergrupper.
- Mange akutteam gir mulighet til å undersøke variasjon mellom akutteam.
- Det at halvparten av landets akutteam er med, styrker representativitet og generaliserbarhet av funn.
- Det at nesten alle behandlerne tok samme e-læringskurs i skåring av HoNOS bidrar til at behandlerne skårer ganske likt slik at skåringene kan sammenlignes på tvers av team.
- God geografisk spredning og spredning på by/land bidrar til representativt utvalg av akutteam.

#### Begrensninger ved studien

- Studien er en pre-post observasjonsstudie uten noen kontrollgruppe, og det begrenser muligheten til å påvise årsaksforhold for variasjon i resultatene.
- Det lyktes i begrenset grad å få inkludert pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og vi kan derfor i begrenset grad analysere behandling og utfall for disse pasientene.
- Det lyktes i begrenset grad å få inkludert pasienter som innlegges psykiatrisk akuttavdeling ved eller via akutteamene, og vi kan derfor i begrenset grad analysere hva som kjennetegner de som blir innlagt sammenlignet med de som ikke blir innlagt.
- Skåringer ved et stort antall behandlere kan gi en ukjent variasjon som kan redusere pålitelighet i målinger og sammenlignbarhet av skåringer og opplysninger.
- En av prosedyrene for datainnsamlingen medvirket til mangelfulle opplysninger om en del pasienter som bare hadde en konsultasjon med akutteamet.
- Det er en del manglende data ved ubesvarte spørsmål eller skjema som ikke er utfyllt.

## Referanser

Helsedirektoratet (2014). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) (IS2156).

(St prp nr 1 2004-2005); Helsedirektoratet 2006.

Hasselberg, N. (2013). The crisis resolution team model in Norway: Implementation, outcome of crisis and admissions. Universitetet i Oslo: Det Medisinske fakultet

Karlson, B., Borg, M., Sjølie, H. (2011). Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre – en kartleggingsstudie. Sykepleie Forskning 6:1

Karlson, B., Borg, M., Eklund, M., Kim, H.S., (2011). Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: A longitudinal survey study. Int J Ment Health Syst 5: 1.

Hasselberg, N., Gråwe, R.W., 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., Gråwe, R.W., Johnson, S., Ruud, T. (2011b). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicenter study. BMC Psychiatry 11: 183.

Hasselberg, N., Gråwe, R.W., Johnson, S., Saltyte-Benth, J., Ruud, T.(2013). Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multisentre study. BMC Psychiatry 13:117.

Roberts A.R. (Ed.) (2005) Crisis intervention handbook. Assessment, treatment and Research. Oxford University Press: New York

Tobitt, S., Kamboj, S. (2011). Crisis resolution/home treatment teams workers' understanding of the concept of crisis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology, 46.

Johnson, S., Needle, J., Bindman, J.P., Thornicroft, G. (Eds) (2008). Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge University Press.

Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. Advances in psychiatry treatment, vol 19.

Rosen, A. (1997). Crisis management in the community. Med J Aust 167: 11-12.

Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., Paterson B., Zugaro, C.G., Johnson, S. (2015) . Implementation of the Crisi Resolution Team Model in adult mental health settings: a systematic review. BMC Psychiatry 15:74.

Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hault, J., McKenzie, N., White, I.R., Thompson, M., Bebbington, P. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. BMJ 331:599.

Dyregrov, A. (2002). Katastrofepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget.

Paton, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., Webber, M., Meader, N. (2016). Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technology Assessment* 20: 3.

Ruud, T., Karlsson, B., Klevan, T., Hasselberg, N. (2015). Ambulante akutteam i psykisk helsevern. *Praksis og erfaringer*.

North, C. (2014) Current Research and Recent Breakthroughs on the Mental Health Effects of Disaster *Curr Psychiatry Rep*

Sosial og Helsedirektoratet (2006). Du er kommet til rett sted. Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre. (IS-1358)

## Vedlegg og mer informasjon

### Følgende vedlegg er tatt med på de neste sidene i denne rekkefølge

- Samtykke: Informasjon og samtykkeerklæring godkjent av REK
- Skjema om pasienten utfylt av akutteamet ved inntak
- Spørreskjema til pasienten i forbindelse med inntak og første møte
- Skjema om pasienten og avslutning av kontakten ved behandlingsslutt
- Spørreskjema til pasienten i forbindelse med sista møte
- Skjema som behandlere fylte ut etter hver kontakt med pasienten

### Følgende annen informasjon er tilgjengelig ved henvendelse til prosjektleder

- Prosjektbeskrivelse for multisenterstudien
- Brev med invitasjon om å delta i forskningsstudien
- Veiledning til teamleder/koordinator i akutteamet
- Veiledning til behandlerne i akutteamet om gjennomføring av studien
- Informasjon til teamleder og akutteam om måling av praksis

### Mer informasjon

Informasjon om CORE Study i England som vi har samarbeidet med og som har utviklet måleverktøyet for den kunnskapsbaserte modellen for akutteam (crisis resolution team) er tilgjengelig på lenken nedenfor:

<https://www.ucl.ac.uk/core-study>

Denne rapporten og kommende vitenskapelige artikler fra multisenterstudien vil være tilgjengelig på de to nettsidene for Akuttnettverket og for FOU-avdeling psykisk helsevern Ahus:

Akuttnettverket:

<http://www.akuttnettverket.no/>

FOU-avdeling psykisk helsevern Ahus:

[www.ahus.no/fou-psykiskhelsevern](http://www.ahus.no/fou-psykiskhelsevern)