



# Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Publikasjonens tittel: Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Utgitt: Mars/2014

Publikasjonsnummer: IS-2156

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2156

Forsidebilde: Florence Montmare, Johnér

# FORORD

DPS har et hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS skal ha tilgjengelige akuttjenester for vurdering og akuttbehandling gjennom døgnet, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig. DPS kan organisere akuttjenestene i egne ambulante akutteam, men kan også velge andre modeller.

Målet for akuttjenestene er at:

- pasient/brukere vet hvor de kan få hjelp når de trenger akutt psykisk helsehjelp og akutt hjelp for alvorlige rusmiddelproblemer
- det er tilgang på nødvendig akutthjelp av god kvalitet
- tjenestetilbudet er helhetlig med god samhandling innad i tjenesten og mellom spesialisthelsetjeneste og kommune

Det er et overordnet mål å redusere behovet for innleggelser i døgnavdeling og redusere behovet for bruk av tvang gjennom å tilby hjelp nærmere der pasienten bor og på et tidligere tidspunkt i forløpet.

Denne rapporten utgis som et tillegg til IS- 1388 "Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen". Erfaring og resultater fra ulike modeller bør følges med evaluering og forskning, spesielt opp mot samhandlingsreformens intensjoner om mer helhetlige tjenester og samarbeid mellom pasienter, pårørende, fastleger, legevakt, psykisk helsetjeneste i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet vil takke alle i Akuttnettverket som har deltatt i arbeidet med anbefalingene vi fikk i 2012, samt andre som har bidratt til utarbeidelse av rapporten.

Oslo, mars 2014



Øystein Mæland  
assisterende helsedirektør

# INNHold

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>INNHold</b>	<b>2</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>ANBEFALINGENE</b>	<b>8</b>
<b>1. AKUTTJENESTER VED DPS</b>	<b>10</b>
1.1 Behov for videre forskning	11
<b>2. OPPDRAGET TIL AKUTTNETTVERKET</b>	<b>12</b>
2.1 Arbeidsgruppen	12
2.2 Definisjoner og begreper i rapporten	13
<b>3. RAMMER FOR TJENESTEN</b>	<b>15</b>
3.1 Sentrale lover	15
3.2 Rettslig grunnlag for behandling av psykisk helse	16
3.3 Rettslig grunnlag for behandling av somatisk helse	16
3.4 Rettslig grunnlag for behandling av mennesker med omfattende rusmiddelproblemer	16
3.5 Rett til helsehjelp	17

# INNHold

3.6	Individuell plan	17
3.7	Lovpålagte samarbeidsavtaler	17
<b>4.</b>	<b>ORGANISERING OG ARBEIDSMÅTE I AMBULANTE AKUTTEAM</b>	<b>18</b>
4.1	Formål med ambulante akutteam	18
4.2	Brukermedvirkning – pasientens perspektiv	18
4.3	Brukermedvirkning – pårørendes perspektiv	19
4.4	Målgruppe	19
4.5	Definisjon av ambulante akutteam	20
4.6	Organisering av akutteam ved DPS	21
4.7	God bemanning og høy kompetanse	21
4.8	Størrelse på teamet	22
4.9	Åpningstid	22
4.9.1	Beredskap om natten	22
4.10	Henvisning	23
4.11	Rask tilgang til hjelp	24
4.11.1	Første kontakt	24
4.11.2	Første samtale	24
4.11.3	Vurdering av behov for akutt innleggelse i døgnavdeling i psykisk helsevern	25
4.12	Ambulant hjemmebehandling	25
4.12.1	Utredning i hjemmet	25
4.12.2	Akutt behandling i hjemmet	26

# INNHOOLD

4.12.3	Ivaretagelse av barn som pårørende i akuttsituasjon	26
4.12.4	Før avslutning av akuttbehandling	27
<b>4.13</b>	<b>Samarbeid med andre tjenester</b>	<b>27</b>
<b>5.</b>	<b>KUNNSKAPSGRUNNLAGET</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>Oversikt over kunnskapsgrunnlaget</b>	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Utbredelse og implementering av ambulante akutteam</b>	<b>30</b>
5.2.1	Utvikling av modellen for ambulante akutteam	30
5.2.2	Utbredelse og implementering av ambulante akutteam i England	31
5.2.3	Utbredelse og implementering av ambulante akutteam i Norge	32
<b>5.3</b>	<b>Organisering og arbeidsmåte i ambulante akutteam</b>	<b>32</b>
<b>5.4</b>	<b>Brukeres og pårørendes erfaringer med akutteam</b>	<b>33</b>
5.4.1	Hjelp ved psykisk krise	33
5.4.2	Erfaringer med ambulante akutteam	34
5.4.3	Pårørendes erfaringer	34
5.4.4	Teammedlemmers erfaringer fra arbeid i ambulante akutteam	34
<b>5.5</b>	<b>Innvirkning på akuttinnleggelser og bruk av tvang</b>	<b>34</b>
<b>5.6</b>	<b>Helseøkonomiske vurderinger</b>	<b>37</b>
<b>5.7</b>	<b>Kunnskapsstatus om akutte lavterskeltilbud</b>	<b>37</b>
<b>5.8</b>	<b>Oppsummering om kunnskapsstatus</b>	<b>37</b>
<b>6.</b>	<b>REFERANSER</b>	<b>39</b>

# INNLEDNING

Det er et mål at tjenestene støtter opp under pasientens egenmestring, og at befolkningen vet hvor de kan få hjelp når de trenger akutt psykisk helsehjelp og akutt hjelp for alvorlige rusmiddelproblemer. Videre er det viktig at befolkningen sikres nødvendig akutt hjelp av god kvalitet og opplever helhetlige og fleksible tjenestetilbud der kommune og spesialisthelsetjeneste samhandler.

Det er ikke diagnosen som avgjør på hvilket nivå pasienten bør få et tilbud, men pasientens tilstand ut fra alvorlighetsgrad når det gjelder symptomer, funksjon og risiko. Ambulante tiltak skal ikke erstatte innleggelse i døgnavdeling der dette er nødvendig. Helseforetakene må dimensjonere de ulike tilbudene slik at kravet til faglig forsvarlig behandling til enhver tid sikres.

Akuttnettverket fikk høsten 2010 i oppdrag å utarbeide en rapport om ambulante akutteam. Denne rapporten er omarbeidet av Helsedirektoratet og utgis som tillegg til Veileder IS- 1388 "Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen". Rapporten erstatter Rapport IS- 1358 «Du har kommet til rett sted.....» Ambulante akuttjenester ved distriktpsykiatriske sentre.

Kunnskapsgrunnlaget om ambulante akutteam er begrenset. Internasjonalt er det bare gjort en randomisert kontrollert studie på ambulante akutteam. Ut fra det som er gjort av forskning vet vi en del om utbredelse og implementering av ambulante akutteam i England og Norge, men vi har mer begrenset empirisk kunnskap om resultater og konsekvenser av ulik praksis. Akuttnettverket oppsummerte i sin rapport at forskning tyder på at ambulante akutteam med reell portvaktfunksjon for akuttavdelinger, åpningstid 24/7 og adekvat bemanning kan gi hjemmebehandling til mange pasienter som ellers ville blitt innlagt i akuttavdeling. Studier viser ingen sikker forskjell i behandlingsresultat (psykisk helsetilstand, funksjon og livskvalitet) mellom innleggelse og hjemmebehandling, men forskningen gir støtte for at de fleste pasienter foretrekker hjemmebehandling framfor innleggelse. Når det gjelder pårørende viser studier variasjon i synet på hjemmebehandling, noen er positive, noen opplever å få mye ansvar når teamet ikke er til stede og en studie fra Australia viser at bare halvparten av de pårørende ville foretrekke hjemmebehandling ved eventuelt tilbakefall.

# INNLEDNING

Da det er begrenset forskningsbasert kunnskap om effekten av både den engelske modellen og av den varierende praksis i Norge, må anbefalingene i denne rapporten ses på som foreløpige. Det gis ikke anbefalinger om reell portvaktfunksjon for akuttavdelinger og åpningstid 24/7. Erfaringer fra Norge, høringsinnspill, vurdering av kunnskapsgrunnlag og behovet for tilstrekkelig bemanning, inkludert vaktordninger hele døgnet på DPS, gjør at Helsedirektoratet har vurdert at det ikke er grunnlag for å anbefale dette i Norge per i dag. Anbefalingene bygger på helsepolitiske føringer, kunnskapsstatus samt erfaringer og vurderinger fra Akuttnettverkets arbeidsgruppe og 47 høringsinstanser.

For å få mer systematisk kunnskap og bedre grunnlag for videre spesifisering av anbefalinger, er det behov for mer forskning fra den samlede praksis i Norge. I regi av Akuttnettverket ble det gjennomført en systematisk kartlegging av 56 ambulante akutteam for voksne i 2013. Denne viste stor variasjon i praksis og dataene ga ikke grunnlag for mer kunnskap om hvordan ulik praksis virker inn på pasientenes utbytte av tilbudet. Mer systematisk kunnskap om dette krever bruk av systematisk måleverktøy, og et verktøy som ble utviklet i England i 2013 skal i 2014 prøves ut ved evaluering av 75 akutteam i England og 18 i Norge. For nærmere informasjon, se [www.akuttnettverket.no](http://www.akuttnettverket.no)



# ANBEFALINGENE

## **Anbefalinger for distriktpsikiatriske sentre (DPS)**

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.

## **Anbefalinger for ambulante akutteam (AAT)**

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.

# ANBEFALINGENE

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.

# 1. AKUTTJENESTER VED DPS

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.

Akuttilbudet i psykisk helsevern består av sentraliserte akuttavdelinger og desentraliserte akutt- og krisetjenester ved DPS. I 2006 utga Helsedirektoratet veileder IS-1388 "Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen". Det ble også utgitt anbefalinger for akutt- og krisetjenester ved DPS i rapport IS-1358. "Du er kommet til rett sted..."

DPS-veilederen gir føringer for hva DPSene skal ivareta og hvordan. Her beskrives blant annet forventningen om tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling av disse, kvalitet, samhandling, kontinuitet og brukermedvirkning.

I statsbudsjettet 2012-2013 står det: Det er fortsatt behov for betydelig omstrukturering av tjenestene med vekt på en ressurs- og kompetansemessig oppgradering av DPS slik at de blir i stand til å løse oppgavene som forutsatt. Akuttberedskap og utadrettet virksomhet må basere seg på oppdatert kunnskap om hva som er virksomme tjenester.

Det er en helsepolitisk forventning at DPS har tilgjengelige akuttjenester for vurdering og akuttbehandling.

DPS kan organisere akuttjenestene i egne ambulante akutteam som har særlig kompetanse på dette området og som er tilgjengelig når behovet er størst, men kan også velge andre modeller for akuttjenestene.

Akutteamene skal også gjøre vurderinger av pasienter i en alvorlig krise med rus som tilleggspålegg, og skal samarbeide med behandlingstilbud innen kommunen og innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det kan også være aktuelt at akutteamet gjør vurderinger der alvorlig krise knyttet til rusmiddelbruk er hovedproblemet.

Behandling av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan jf. anbefaling 38 i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, IS- 1948.

Akuttjenestene ved DPS er de senere år bygget ut. Alle DPS har akuttberedskap på dagtid. Det er etablert om lag 60 ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne i Norge, en del team har åpent også kveld og helger. Foreløpige evalueringer av eksisterende akutteam viser stor variasjon i størrelse, organisasjon og arbeidsmåte. Blant annet er det variasjoner i vektlegging av hjemmebehandling.

Det er ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag for å utarbeide ordinære faglige retningslinjer på dette området. Helsedirektoratet ga høsten 2010 Akuttnettverket i oppdrag å utarbeide en rapport om organisering og praksis i ambulante akutteam.

## **1.1 Behov for videre forskning**

---

Opprettelse av ambulante akutteam i psykisk helsevern i Norge berører mange pasienter som er i alvorlig psykisk krise. Implementeringen av slike team vil også få konsekvenser for kommunale helse- og omsorgstjenester, for akuttavdelinger og andre deler av psykisk helsevern. Det er derfor viktig å høste erfaringer fra de ulike teamene og hvordan ulike lokale tilpasninger fungerer. Det er viktig å evaluere i hvilken grad anbefalingene er implementert, hvilke virkninger de har hatt for pasientene/brukerne og hvilke faktorer som har hatt betydning for utviklingen av akutttilbudet. Det er ønskelig med en systematisk evaluering som kan samle erfaringer og bidra til nødvendige justeringer.

Det er viktig med systematisk registrering av aktivitet og resultater for å kunne lære av dette og forbedre arbeidet. Dette gjelder både pasienters og pårørendes erfaringer med teamet, pasienters fornøydhet og bedring i helsetilstand, antall innleggelses og hvordan innleggelsene skjer.

For å kunne sammenligne på tvers av team om samme målgruppe nås og om får de samme resultater, bør teamene bruke samme pasientregistreringsskjema og samme måleverktøy for type og alvorlighetsgrad av psykiske problemer.

## 2. OPPDRAGET TIL AKUTTTNETTVERKET

Akuttnettverket fikk høsten 2010 i oppdrag å utarbeide et forslag til organisering og praksis for ambulante akutteam. Dette ble gjort på bakgrunn av nettverkets formål og sammensetning. Nettverket består av fagpersoner fra helseforetakene, forskere og brukerrepresentanter. Nettverkets formål er å initiere og koordinere prosjekter og virksomhet innen fagutvikling, evaluering, forskning, kunnskapsspredning og kvalitetsforbedring i akuttpsykiatrien. Nettverket engasjerte Victor Grønstad som leder for arbeidsgruppa ut fra godt kjennskap til tema. Leder av Akuttnettverket Torleif Ruud, prosjektleder i Akuttnettverket Trine Bjørnstad og Victor Grønstad oppnevnte en arbeidsgruppe. I tillegg er oppdraget drøftet på flere av Akuttnettverkets samlinger. De leverte sine anbefalinger 1. mars 2012.

### 2.1 Arbeidsgruppen

---

Navn	Arbeidssted / organisasjon
Ballo, Olav Gunnar	Fastlege, Alta
Bjørnstad, Trine	Prosjektleder i Akuttnettverket
Bugge, Petter	Overlege, Nordfjord psykiatrisenter
Emaus, Heidi Susann	Ambulant akutteam, Tromsø
Grønstad, Victor (leder)	Overlege, Akutt hjemmebehandlingsteam, Ålesund
Hagen, Inger E.	Landsforeningen for pårørende i psykisk helse (LPP), (startfase)
Hansen, Heidi	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Hasselberg, Nina	Leder av psykoseteam, Jessheim DPS
Hilstad, Torunn	Fastlege, Trondheim
Horten, Sissel	Björgvin DPS, (slutfase)
Jerven, Liv	Ambulant akutteam, Hamar

Kristiansen, Gunn Helen	Mental Helse, fra oktober
Langholm, Kari	Leder for akutteneheten, Søndre Oslo DPS
Lunder, Hans Christian	Leder for ambulant akutteam, BUP Arendal
Pedersen, Trygve Gjæver	Mental Helse, (startfase)
Ruud, Torleif	Leder for Akuttnettverket
Stangeland, Tormod	Mobilt behandlingsteam for ungdom, Akershus universitetssykehus
Steen, Ole	Ass. avdelingsoverlege, akuttavdeling Oslo universitetssykehus
Steenfeldt-Foss, Cille	Leder for ambulant akutteam, Arendal
Strand, Gaute	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
Utkilen, Atle (slutfase)	Landsforeningen for pårørende i psykisk helse (LPP)

## 2.2 Definisjoner og begreper i rapporten

---

### Den akuttmedisinske kjeden

”Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap for å kunne yte befolkningen akutt helsehjelp. Den akuttmedisinske kjeden består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulansse, samt akuttmottak i sykehus.”

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet, Høring til Nasjonal helseplan, «Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle». 2011.

### Akuttmedisin

Akuttmedisin defineres som kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, herunder akutte psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse.

Kilde: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

### Øyeblikkelig hjelp

Øyeblikkelig hjelp innebærer henvisning til eller mottak av pasient i helseinstitusjon der pasienten har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie. Gjelder pasienter med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten.

Kilde: Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede (2012)

**Psykisk helsevern**

Psykisk helsevern er i dette dokumentet brukt som beskrivelse av psykiske helsetjenester i spesialisthelsetjenesten.

**Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

TSB beskriver spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter med rusmiddelproblemer.

**Ambulant akutteam**

Ambulant akutteam skal være et tilbud om rask vurdering og korttids behandling for mennesker med psykiske lidelser ev. i kombinasjon med rusmiddelproblemer, som opplever akutt forverring eller akutte nye psykiske helseproblemer som ikke kan tas hånd om av kommunehelsetjenesten eller andre deler av spesialisthelsetjenesten.

## 3. RAMMER FOR TJENESTEN

### 3.1 Sentrale lover

---

Helsehjelp for psykiske lidelser kan ytes i primær- eller spesialistlinjetjenesten, det vil si enten i det kommunale tjenestetilbudet (fastlege og kommunens helse- og omsorgstjeneste) eller i regi av helseforetakene (spesialisthelsetjenesten). Gjennomføring av psykisk helsevern skjer i spesialisthelsetjenesten og er underlagt de regionale helseforetakenes ansvarsområde.

Helsehjelp i kommunen reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven<sup>1</sup>, mens helsehjelp i spesialisthelsetjenesten reguleres av spesialisthelsetjenesteloven<sup>2</sup>. Psykisk helsevernloven<sup>3</sup> regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern, i og utenfor institusjon. Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 omhandler innleggelse mot eget samtykke av pasienter med omfattende rusproblemer. Bestemmelser om ansvar, plikter og organisering for virksomheter i helsetjenesten, dvs. bestemmelser på systemnivå, finner vi i tjenestelovene; helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Også helseforetaksloven og helseregisterloven regulerer plikter og ansvar på systemnivå.

Helsepersonells plikter og ansvar er først og fremst regulert i helsepersonelloven.<sup>4</sup> Loven inneholder blant annet regler om taushetsplikt, plikt til å føre journal, pasientens rett til innsyn i journal og plikten til å utføre faglig forsvarlig helsehjelp.

Pasientens rettigheter er blant annet regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.<sup>5</sup> Loven inneholder blant annet bestemmelser om pasientens rett til informasjon og medvirkning, pårørendes rettigheter og samtykke til helsehjelp.

Enhver som yter helsetjeneste skal ha et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten<sup>6</sup> § 3 med tilhørende forskrift.

---

<sup>1</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven [LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)

<sup>2</sup> Spesialisthelsetjenesteloven, [LOV-1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)

<sup>3</sup> Psykisk helsevernloven

<sup>4</sup> Helsepersonelloven [LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v.](#)

<sup>5</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven [LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)

<sup>6</sup> Helsetilsynsloven [LOV 1984-03-30 nr 15: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten](#)



### 3.2 Rettslig grunnlag for behandling av psykisk helse

---

Frivillighet basert på eget samtykke, er utgangspunktet for all helsehjelp. Dette gjelder også i det psykiske helsevernet. For en nærmere beskrivelse av regelverket, se kommentar til § 2-1 i Helsedirektoratets rundskriv til Psykisk helsevernloven – og forskrift, IS- 9/2012.

Psykisk helsevernloven kapittel 3 gir hjemmel for på visse vilkår å etablere og gjennomføre tvungent psykisk helsevern overfor personer med alvorlig sinnslidelse, dvs. uten at det er gitt eget samtykke. Loven forutsetter at frivillighet skal ha vært forsøkt eller åpenbart er formålsløst å forsøke.

For å kunne etablere tvungent psykisk helsevern må hovedvilkåret være til stede, det vil si pasienten har en "alvorlig sinnslidelse" i lovens forstand, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3. "Alvorlig sinnslidelse" er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Begrepet har nær tilknytning til psykose, men er ikke avgrenset til bare å omfatte psykose. Også andre tilstander er omfattet, der lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevne i en grad som kan sidestilles med psykose.

Tilleggsvilkår er farlighetsvilkår eller behandlingstvilkår.

Det er også mulig å etablere tvungen observasjon etter § 3-2 ved mistanke om alvorlig sinnslidelse.

### 3.3 Rettslig grunnlag for behandling av somatisk helse

---

Hovedregelen er at helsehjelp gis på bakgrunn av pasientens samtykke.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A gir i visse tilfeller hjemmel for tvungen somatisk helsehjelp i tilfeller hvor pasienten motsetter seg helsehjelp og mangler samtykkekompetanse.<sup>7</sup>

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A gjelder ikke adgang til tvungen undersøkelse og behandling av psykiske lidelser.

### 3.4 Rettslig grunnlag for behandling av mennesker med omfattende rusmiddelproblemer

---

Helse- og omsorgsloven §§ 10-2 og 10-3 gir hjemmel for på visse vilkår å etablere og gjennomføre tvang overfor personer med omfattende rusmiddelproblematikk, dvs. uten at det er gitt eget samtykke. Loven forutsetter som innenfor tvungent psykisk helsevern at frivillighet skal ha vært forsøkt eller åpenbart er formålsløst å forsøke. En sentral målsetning med tvangsvedtak i henhold til Helse- og omsorgsloven § 10-2 er at pasienten skal tas inn på institusjon og ha et opphold i rusfrihet og settes i stand til å ta valg om videre behandlingsforløp basert på eget samtykke. Formålet etter § 10-3 er å verne fosteret mot de

---

<sup>7</sup> Se Helsedirektoratets Lov om pasientrettigheter kap. 4A – rundskriv IS 10/2008

negative helsekonsekvensene av rusmiddelforbruk under svangerskapet. Hensynet til moren kommer i andre rekke.

### 3.5 Rett til helsehjelp

---

Pasienter har rett til helsehjelp i tråd med gjeldende lovgivning. Pasienten har krav på at det gjøres en konkret vurdering ut fra hvor alvorlig tilstanden er, hvilken nytte pasienten vil ha av behandling og hvor kostnadseffektiv behandlingen vil være. Se for øvrig Helsedirektoratets prioriteringsveiledere.

### 3.6 Individuell plan

---

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven, sosialtjenesteloven i NAV § 28, NAV-loven § 15, barnevernloven § 3-2a og psykisk helsevernloven § 4-1.

Se nærmere om dette i kommentarene til § 4-1 i Helsedirektoratets rundskriv til Psykisk helsevernloven – og forskrift, IS- 9/2012 og [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).

### 3.7 Lovpålagte samarbeidsavtaler

---

Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal gjennomføres over tid. Realiseringen bygger på et bredt sett av virkemidler, og det vil være variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt. Samhandlingsreformen kan innebære store endringer i lokale samarbeidsstrukturer, organisering av tjenester og forebyggende virksomhet.

Det skal etableres samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Formålet er å fremme samhandlingen ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det er tydelig hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

Plikten til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. Det vises til Helse- og omsorgsdepartementet veileder for inngåelse av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak.

# 4. ORGANISERING OG ARBEIDSMÅTE I AMBULANTE AKUTTEAM

## 4.1 Formål med ambulante akutteam

---

Formålet med ambulante akutteam er å tilby pasientene en behandling med minst mulig inngripen i deres liv, som understøtter egne valg og egen mestring, og gjennomføres i samhandling med deres pårørende og øvrige nettverk.

Det er et mål å bidra til å redusere bruk av tvang og bidra til å unngå unødvendige innleggelses, slik at døgnplasser er tilgjengelig for de pasientene som trenger det mest.

Teamene skal samarbeide nært med kommunenes helse- og omsorgstjeneste og øvrige hjelpeapparat og derved bidra til tilgjengelighet og trygghet.

## 4.2 Brukermedvirkning – pasientens perspektiv

---

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

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven<sup>9</sup> at «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.»

Det ambulante akutteamets møte med pasient og pårørende må være preget av respekt og forståelse for at pasientens egen opplevelse av situasjonen er utgangspunktet for forståelsen av krisen, og at pasientens egen tro på mulighet for bedring er sentral. Fagpersonens forståelse av situasjonen må tilpasses pasienten for å få et felles grunnlag for mulige løsninger. Brukerperspektivet handler blant annet om god informasjon, medvirkning i behandlingen, stabile relasjoner og egen evaluering av behandlingstilbudet.

---

<sup>9</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven [LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)

### 4.3 Brukermedvirkning – pårørendes perspektiv

---

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

Undersøkelser har vist at mange pårørende ikke ønsker hjemmebehandling ved tilbakefall, og at de opplever å ha mye ansvar når teamene ikke er til stede. Pårørende etterlyser ofte mer samarbeid. Det kan være ulike måter å samarbeide med pårørende på, og i noen tilfeller vil det være nødvendig at teamet har løpende kontakt med pårørende for å følge en pasients utvikling, andre ganger kan det bli nødvendig med innleggelse i døgnavdeling eller ved bruk av lavterskelsenger. Organisasjoner for brukere og pårørende kan også være en lokal ressurs.

### 4.4 Målgruppe

---

Ambulante akutteam skal være et tilbud om rask vurdering og korttidsbehandling for pasienter med psykiske lidelser, eventuelt i kombinasjon med rusmiddelproblemer, som opplever akutt forverring eller akutte nye plager som ikke kan tas hånd om av kommunens helse- og omsorgstjeneste eller andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Ambulante akutteam ble opprettet primært for å gi et alternativt tilbud til pasienter i alvorlig psykisk krise som ellers vil bli akutt innlagt til døgnopphold i psykisk helsevern. Målgruppen er ikke definert ut fra diagnose, men det dreier seg ofte om pasienter med psykose, alvorlige depresjoner, alvorlige bipolare lidelser, eller ved fare for selvmord.

Det er også en annen gruppe pasienter med alvorlig psykisk krise som kan ha behov for akutt hjelp fra psykisk helsevern, selv om de ikke er i ferd med å bli innlagt.

Dette vil dreie seg om de pasientene der det er høy sannsynlighet for forverring og behov for innleggelse uten slike tiltak, og der poliklinisk behandling ikke er gjennomførbart.

Tidlig intervensjon i en akutt fase kan forebygge senere innleggelser og bruk av døgnplasser. Slik øyeblikkelig hjelp har oftest vært ivaretatt ved poliklinikker i psykisk helsevern som satte av tid til slik beredskap. Akutteamene kan eventuelt få ansvar for å gi tilbud til disse pasientene. Dette forutsetter at ambulante akutteam bemannes godt nok til både å gi tilbud til pasienter som trenger ambulans behandling for å unngå innleggelse, og til å gi tilbud om tidlig intervensjon til pasienter som kan klare seg med mindre intensiv oppfølging. Et slikt tilbud medfører imidlertid ikke et redusert krav til poliklinikkene om å kunne tilby rask behandling ved behov. Akutteamet bør ha avtaler med poliklinikken om henvisningsmulighet

slik at pasienter kan få time samme dag eller neste dag. Oppfølging må skje i nært samarbeid med pasientens fastlege og andre kommunale instanser.

I noen tilfeller er det ikke mulig eller hensiktsmessig med hjemmebehandling. I disse tilfellene er det avgjørende med lett tilgjengelige døgnplasser som kan stabilisere utfordrende situasjoner. Noen pasienter eller pårørende ønsker ikke hjemmebehandling, eller situasjonen kan være slik at hjemmebehandling ikke er mulig. Hjemmebehandling kan være et gode, men kan også være belastende for familie og nettverk. Hjemmebehandling må ikke komme i konflikt med barns behov for å skjermes fra en vanskelig hjemmesituasjon. Noen ganger er hjemmebehandling ikke tilrådelig ut fra høy selvmordsfare eller voldsrisiko. Det kan også være andre forhold ved pasientens tilstand eller hjemmesituasjon som gjør hjemmebehandling uhensiktsmessig, eller det kan være at andre enheter i psykisk helsevern er nærmere til å gi et tilbud.

Både kommuner og spesialisthelsetjeneste må tilrettelegge for en kultursensitiv og språklig tilpasset behandling. Det må sikres kompetanse om pasienter med annen kulturell, religiøs og språklig bakgrunn. Det er også viktig å ivareta den samiske befolkningen og ha mulighet for å tilby vurdering, behandling og oppfølging fra personell med kompetanse i samisk språk og kultur.

Akutteamet skal også gjøre vurderinger av pasienter i en alvorlig krise med rus som tilleggspørsmål, og skal samarbeide med behandlingstilbud innen kommunen og innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Behandling av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan. Jf. anbefaling 38 i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, IS- 1948.

Ambulante akutteam skal som andre enheter i DPS ikke ha noen øvre aldersgrense. Eldre med alvorlig psykisk krise er derfor også i målgruppen.

Det er en utfordring å sikre gode akuttjenester for dem som er i overgang fra ungdom til voksen alder, og som kan falle mellom ulike deler av psykisk helsevern.

Det er både faglig og organisatorisk utfordrende å få til gode løsninger for ungdom, og de ambulante akutteamene må samarbeide med psykisk helsevern for barn og unge, TSB og kommunen om å få til gode løsninger for denne gruppen.

#### **4.5 Definisjon av ambulante akutteam**

---

Definisjonen nedenfor bygger delvis på en engelsk definisjon gitt av ledende forskere og klinikere i England <sup>10</sup>.

<sup>10</sup> "Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health." Johnson, Needle, Bindman & Thornicroft, 2008

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

- vurdere pasienter som henvises med akutt psykisk krise til psykisk helsevern for akuttinnleggelse, og eventuelt for akutt hjelp uten behov for innleggelse
- gi korttids hjemmebehandling i samarbeid med pasient, pårørende og andre helsetjenester i spesialisthelsetjeneste og kommune, som alternativ til akutt innleggelse i døgnenhet i psykisk helsevern.

#### 4.6 Organisering av akutteam ved DPS

---

Det bør være like god tilgang på akutt hjelp for pasienter med psykisk sykdom eller omfattende rusmiddelproblemer som ved fysisk sykdom. Fastlege, legevakt og andre tjenester bør på en enkel og rask måte kunne kontakte DPSet og ambulant akutteam for rådgiving og eventuelt henvisning. Det er vesentlig med mulighet for lokale tilpasninger som ivaretar et godt samarbeid mellom DPSet og det ambulante akutteamet, andre deler av spesialisthelsetjenesten, kommunen, fastleger, legevakt og andre.

#### 4.7 God bemanning og høy kompetanse

---

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

Teamene må bemannes med nødvendig kompetanse, slik at det blir god kvalitet på vurderingene. Teamet skal bemannes med psykiater og psykologspesialist, helst i hel stilling. Psykiater i bakvakt på DPS eller sykehus kan bistå teamet utenom vanlig arbeidstid og kan rykke ut dersom det er mulig, og ellers være rådgiver med overlegeansvar.

Det er viktig med kompetanse på å ta imot og vurdere henvendelser og om det er behov for innleggelse eller ikke, spesielt er det viktig med god kompetanse på vurdering av selvmordsfare og voldsrisiko. En kartlegging av selvmordsfare kan gjøres av helsefaglig personell med særskilt opplæring i dette. Der det avdekkes stor grad av selvmordsfare, skal det konfereres med lege eller psykolog (Jf. IS-1511 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern).

Det er ønskelig med bred samlet kompetanse og erfaring, og at det er en kjerne av erfarne medarbeidere som kan være veiledere for andre i teamet. I tillegg til psykiater, psykolog og psykiatrisk sykepleiefaglig kompetanse bør teamet ha rus- og sosialfaglig kompetanse.

Teamet jobber ofte i pasientens hjem og i samarbeid med de kommunale tjenester som fastlege, psykisk helseteam, rusteam, NAV, politi og andre. I tillegg samarbeider teamet med andre deler av psykisk helsevern og TSB. Kjennskap til både spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester er viktig. Ved mangel på kompetanse kan hospitering bidra til

kjennskap til andre tjenester. Det er ønskelig med opplærings- og rekrutteringsstillinger for faggrupper som er vanskelige å rekruttere til ambulante akutteam, for eksempel lege og psykolog.

## 4.8 Størrelse på teamet

---

Teamet må være stort nok til å dekke de oppgavene det skal ha, og til at teamet er robust nok i forhold til fravær. Ved beregning av nødvendig størrelse på teamet må en ta hensyn til hvilke oppgaver teamet skal dekke, befolkning i opptaksområdet, avstander innen området, hva slags turnus som skal dekkes, og åpningstid på hverdager og i helger. Det er avgjørende at akutte vurderinger og spesielt vurdering av selvmordsfare og voldsrisiko skjer på en forsvarlig måte. Der kartlegging utført av teammedlemmer som ikke er lege eller psykolog, har avslørt selvmordsfare eller voldsrisiko, må videre vurdering gjøres i samarbeid med lege eller psykolog.

Teamet bør ha egne lokaler som sin base, men kan også samlokaliseres med andre tjenester innen kommunen eller spesialisthelsetjenesten for å styrke samhandlingen. Teamet skal først og fremst jobbe ambulant, men bør ha tilgang på samtalerom for de situasjonene der pasienter ønsker å komme til teamet.

## 4.9 Åpningstid

---

6. Ambulante akutteam skal være operative kveld og helg, og sørge for samarbeid med andre om å dekke natt.

Ambulante akutteam skal være operative dag og kveld på hverdager, og mest mulig av dag og kveld i helger og helligdager. Avtaler om oppfølging skal gjøres gjennom hele døgnet, selv om tidspunktet for selve oppfølgingen kan være mer begrenset (ikke natt).

Det bør være en felles vakttelefon for det ambulante akutteamet på dag og kveld, og for den enhet i psykisk helsevern som ivaretar akuttfunksjonen utenom teamets åpningstid. Samme telefonnummer alle dager og hele døgnet sikrer god tilgjengelighet. De som svarer for ambulant akutteam utenfor teamets åpningstid, skal ha myndighet til å gjøre avtale om oppfølging på vegne av teamet.

### 4.9.1 Beredskap om natten

Så langt vi kjenner til er det ingen ambulante akutteam i Norge som har åpningstid 24/7, og det vil være svært ressurskrevende å holde ambulante akutteam åpne om natten. Oppbygging av beredskapstjenester er kostbart, både i form av faktiske økonomiske kostnader og i form av ekstra belastning på helsepersonell. Beredskap koster relativt mer jo mindre befolkningsgrunnlag man dekker. Det er også utfordrende å arbeide ambulant i et stort omland med store reiseavstander.

Det er viktig at de ambulante akutteamene er fleksible og tilgjengelige med mulighet for lokale tilpasninger. De sentrale føringene kan ikke bli for sementerte, men åpne for ulike samarbeidsmodeller med resten av helsetjenestene. Det viktigste er at pasientene har en trygghet for at de kan få kontakt og nødvendig hjelp også om natten.

#### 4.10 Henvisning

---

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.

Akutteamene tar hovedsakelig imot henvisninger fra fastlege, legevakt, kommunal helse- og omsorgstjeneste eller enheter i spesialisthelsetjenesten. Teamene kan også ta imot henvendelser fra for eksempel akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), politi, barnevern, psykisk helsevern for barn og unge, krisesenter, dagsenter, sykehjem, NAV, kommunens rustjeneste og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

I tillegg kan teamene ta imot henvendelser fra pasient, pårørende og omsorgspersoner.

I de fleste tilfellene vil det være formålstjenlig med henvisning fra faglige instanser, men når pasienter eller pårørende henvender seg direkte, bør de ikke avvises. Når pasient og pårørende tar kontakt med akutteamet direkte, må det vurderes om pasienten er i akutteamets målgruppe. Hvis ikke må pasienten, ved behov, få hjelp til å kontakte andre hjelpeinstanser.

Teamene må være en del av en fleksibel og tilgjengelig akuttjeneste. Fra et brukerperspektiv er det viktig å ha mulighet for kontakt utenom fastlegenes åpningstid. Henvendelser til ambulant akutteam vil vanligvis være per telefon. Skriftlig tilleggsinformasjon skal ettersendes.

For pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse og er i behandling i psykisk helsevern, kan det også inngås en avtale med ambulant akutteam om at pasient eller pårørende kan ta direkte kontakt med akutteamet ved en alvorlig psykisk krise. En slik avtale bør dokumenteres i pasientens kriseplan og journal.



## 4.11 Rask tilgang til hjelp

---

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

Store geografiske avstander kan påvirke responstiden, og geografiske forskjeller må tas hensyn til. Det kan være aktuelt med videokonferanse på sikkert helsenett der det ambulante akutteamet bistår det lokale hjelpeapparatet for å redusere avstand og tidsbruk i akuttbehandling. Video på sikkert helsenett kan også være aktuelt når det er aktuelt med bruk av tolk.

### 4.11.1 Første kontakt

I første kontakt klargjøres hensikten med henvendelsen og hvem som står for denne. Videre innhentes nødvendige opplysninger om blant annet personalia, aktuell problemstilling, selvmordsfare, voldsatferd før og nå, rus, psykose og annet som er relevant for situasjonen.

Det er viktig å sjekke om pasienten allerede har behandlingskontakt i psykisk helsevern, TSB eller andre steder og i så fall informere annen behandlerkontakt.

Alle medlemmer i teamet skal ha kompetanse til å ta imot og håndtere den første kontakten.

### 4.11.2 Første samtale

Akutteamet bør møte pasienten snarest mulig og innen få timer, fortrinnsvis hjemme eller annet sted der pasienten ønsker at en skal møtes. Dette kan for eksempel være hos en annen tjeneste som henviser pasienten til akutteamet.

Alle besøk bør av faglige og sikkerhetsmessige grunner utføres av to personer, der den ene eventuelt kan være fra annen tjeneste, enten i spesialisthelsetjenesten, kommunen eller andre.

Under denne første samtalen avklares det om videre behandling og oppfølging skjer ved akutteamet, døgnavdeling, andre enheter i psykisk helsevern, TSB eller i kommunen.

Om pasienten har behandlingskontakt med andre helsetjenester, bør kontakt og samarbeid med disse etableres så snart som mulig. Etter første møte, gis det etter samtykke med pasienten en skriftlig orientering til fastlege og eventuelle andre tjenester om møtet, vurderingen og avtaler som er gjort.

#### 4.11.3 Vurdering av behov for akutt innleggelse i døgnavdeling i psykisk helsevern

Det ambulante akutteamet har som oppgave i teamets åpningstid å ta imot og vurdere akutte henvendelser. Begrepet «gatekeeper» benyttes i den engelske modellen og er ansett som viktig. Det har vært oversatt til portvakt på norsk. Imidlertid vil et slikt begrep kunne gi negative assosiasjoner om holdninger om vanskelig tilgjengelighet og holde pasienter unna, i stedet for en portåpnerfunksjon som letter tilgang til riktig behandling. Det kan også bidra til å opprettholde et skille med for stor avstand og manglende dialog mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig med samtidighet i tjenestene med fleksibilitet og god tilgjengelighet, og behandling preget av kontinuitet, samhandling og integrering av tjenestetilbud på ulike steder og nivå, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Derfor er portvaktbegrepet tatt ut, og rapporten beskriver i stedet at det ambulante akutteamet foretar vurderinger i sin åpningstid, men overprøver ikke fastleger eller andres vurdering.

### 4.12 Ambulant hjemmebehandling

---

Behandling hjemme er for mange et godt alternativ til behandling i døgnavdeling, men kan være belastende for familie og nettverk, og dette må det tas hensyn til.

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 i spesialisthelsetjenesten, TSB eller til fastleger og kommunale tjenester der det er indisert.

#### 4.12.1 Utredning i hjemmet

Ved en vurdering i hjemmet vil mye informasjon være lettere tilgjengelig ut fra observasjoner av hjemmemiljø og interaksjon med nære pårørende. Pasienten er i større grad med i avgjørelsen om behandlingen. En kan også få oversikt over momenter som kan være viktig ved en eventuell innleggelse, og hvordan utskrivningen kan tilrettelegges.

Individuelle forhold ved den aktuelle krisen kartlegges for å finne ut hvilken akuttsituasjon som foreligger. Det gjøres en tverrfaglig vurdering og konkluderes med en prioritering og en foreløpig behandlingsplan. Teammedlemmer bør ha tilgang til psykiater og/eller psykologspesialist for drøfting dersom ingen av disse er med i møtet med pasienten. Ved behov for avklaring av somatisk helse, bør dette gjøres snarest mulig.

Ved vurdering av eventuell innleggelse må en vurdere generelle og individuelle beskyttelses- og risikofaktorer, inkludert eventuelle belastende forhold i hjemmet. Det er nødvendig å

vurdere hvilken grad av fare det er for at pasienten kan komme til å skade seg selv eller andre

#### 4.12.2 Akutt behandling i hjemmet

I pasientens hjem ligger det til rette for å ivareta dagliglivets aktiviteter og muligheter for videreføring av nære relasjoner. Pasienten vil bedre kunne beholde kontroll og autonomi, og tydeligere vise hva han/hun sliter med og hvilke utfordringer som finnes. Det vil også være klarere hvilke ressurser pasienten har, og hvilke tiltak som er nødvendig for å støtte pasientens egen mestring.

Andre momenter som kan tale for hjemmebehandling er:

- hjemmet er en trygg ramme for mange
- pasienten kan opprettholde kontakten med familie, dyr, arbeid/skole
- unngår tilleggsbelastning ved døgnopphold
- det kan være lettere å få tak i løpende komparentopplysninger
- lettere å samarbeide med kommunens helse- og omsorgstjeneste
- enklere situasjon ved omsorg for barn
- bedre muligheter for vedlikehold av ferdigheter i eget hjemmemiljø
- mindre stigmatiserende

Akutteamet bør kunne besøke pasienten flere ganger daglig dersom det er behov for det. Dette bør skje i samarbeid med kommunale tjenester. God intern rapportering er avgjørende for at teamet skal kunne ivareta intensiv oppfølging av en pasient ved forskjellige medlemmer av teamet på tvers av ulike skift.

Ambulant behandling bygger på samarbeid, relasjon og tillit. Kort behandlingstid kan imidlertid innebære et relasjonsbrudd like etter at den verste krisen er over. Det er derfor viktig at teamet bidrar til etablering av en relasjon til den som skal følge opp pasienten videre (Stangeland 2009).

#### 4.12.3 Ivaretagelse av barn som pårørende i akuttsituasjon

10. Det skal kartlegges om pasienten har barn, og disse skal ivaretas og få den hjelp og bistand de trenger, jf. helsepersonellovens § 10 a.

Det følger av helsepersonellovens § 10<sup>11</sup> at «Helsepersonell **skal** bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som

<sup>11</sup> Helsepersonelloven [LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v.](#)

følge av forelderens tilstand. Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, **skal** søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.»

Ved hjemmebehandling er muligheten for å trekke inn barnas situasjon bedre enn ved sykehusbehandling. Det er også større sjanse for å oppdage om barna ikke har det bra. Videre blir det blir enklere å problematisere mors/fars sykdom og innvirkningen på barna. Det gir mulighet for å snakke med barna om situasjonen, hjelpe dem til å forstå og takle situasjonen de er i og bidra til å ta fra dem skyldfølelse. Helsepersonellovens § 10 a om ivaretagelse av barn som pårørende til alvorlig psykisk syke eller rusmiddelavhengige innebærer at man skal kartlegge om pasienter har barn og ivareta barnas situasjon med egne samtaler med barna om deres situasjon. Ved ambulant behandling i hjemmet må det sikres at dette ikke blir for stor belastning for barn som kan trenge skjerming fra vonde og vanskelige situasjoner. Det er viktig å ta hensyn til at barn ofte forstår mer enn det som er synlig, og at de ofte tar ansvar som ikke er deres. Mindreårige barn av foresatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk skal tas særlig hensyn til. Mange barn og ungdom tar på seg omsorgsoppgaver for syke foreldre, og det er viktig å oppdage dette og bidra til at de kommunale tjenestene tar ansvar for å gi den hjelpen familien trenger, og om barnevernet eventuelt bør involveres. Barnevernet er i en del situasjoner en viktig aktør og samarbeidspartner. Slikt samarbeid er lovfestet der meldeplikten utløses.

#### 4.12.4 Før avslutning av akuttbehandling

Pasienter som trenger videre behandling eller oppfølging, skal komme i gang med dette før det ambulante akutteamet avslutter kontakten. Det er viktig å planlegge dette tidlig. Overganger må avtales nøye for å sikre at pasienten ikke mister kontakten med tjenestene eller faller ut av behandlingstilbudet.

### 4.13 Samarbeid med andre tjenester

---

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.

Mange pasienter som akutteamet kommer i kontakt med, har behandlingskontakt ved andre enheter. Det er da viktig med samarbeid om hvor lenge akutteamet skal gi oppfølging før pasienten går tilbake til det pågående behandlingsopplegget. Det må etableres gode samarbeidsrutiner med tilbakemeldinger til og samhandling med andre enheter internt i spesialisthelsetjenesten og med fastlege og kommune.

Teamet bør ha nært samarbeid med akuttavdeling, andre døgnavdelinger, poliklinikker, ACT-team og andre spesialiserte team. Dette sikrer gode overganger ved innleggelse og utskrivning.

Akutteamets kontakt og samarbeid med fastleger, legevakt, andre deler av de kommunale tjenestene, pårørende og andre omsorgspersoner er like viktig som kontakten innen psykisk helsevern/TSB. Teamet må samhandle med disse for å kunne støtte eller forsterke dem og bidra til en koordinert og effektive behandling. Ved forskrivning av legemidler fra ambulant akutteam, må fastlegen informeres. Det må etableres gode tekniske løsninger for utveksling av journaldata mellom kommunens psykiske helsearbeid og spesialisthelsetjenesten. De samlede helsetjenestene må ha felles forståelse og praksis når det gjelder arbeidsdeling og samhandling om akuttjenestene i henhold til de beslutninger helseforetaket i samråd med kommunene har tatt om organisering av akuttjenestene. Akutteamets pasienter vil ofte ha behov for tjenester fra ulike sektorer og forvaltningsnivåer samtidig. Det må legges til rette for en slik samtidighet og ses som en oppgave å bidra aktivt til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer.

# 5. KUNNSKAPSGRUNNLAGET

## 5.1 Oversikt over kunnskapsgrunnlaget

---

I dette kapitlet beskrives hovedtema i litteraturen og forskning om ambulante akutteam internasjonalt og i Norge siden år 2000. Her omtales også offentlige dokumenter, undersøkelser om utbredelse og implementering, og hva som er dokumentert om aktuelle forhold i studier og forskningsoppsummeringer. Betegnelsen ambulante akutteam brukes her også om team i andre land, selv om engelskspråklige faglitteraturen bruker andre begreper.

Ut fra det som er gjort av forskning vet man en del om utbredelse og implementering av ambulante akutteam i England og Norge. Men det er mer begrenset empirisk kunnskap om resultater og konsekvenser av ulike valg når det gjelder praksis.

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

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

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

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

Den mest oppdaterte oversikten over studier om ambulante akutteam 2000-2010 er fra 2012 (Hubbeling) Den oppsummerer forskningen om ambulante akutteam og blant annet om de fører til reduksjon i innleggelser og bruk av døgnplasser, om de er kostnadseffektive og om pasientene er fornøyde med dem.

Den mest omfattende omtalen av ambulante akutteam finnes i boken «Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health» skrevet av ledende britiske forskere og klinikere innen feltet (Johnson 2008). Den oppsummerer utvikling av modellen, og tidligere og nyere forskning om ambulante akutteam.

Psykisk krise er et kompleks begrep og har vært definert på ulike måter. Ofte beskrives det som en tilstand kjennetegnet av funksjonssvikt, fare for skade, og behov for ekstra støtte (Tobitt 2010).

En undersøkelse av pasienters og pårørendes opplevelse av psykisk kriser viser at et sentralt element i krise er å oppleve at en mister oversikt og kontroll og derfor trenger hjelp og støtte fra andre til å gjenvinne mestring (Lyons 2009).

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

---

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

Ambulante akutteam ble utviklet i Madison, Wisconsin, på 1970-tallet og har fått innflytelse på utvikling av psykiatriske akutteam i flere land. Utviklingen av modellen for ambulante akutteam kom som et ledd i nedbyggingen av psykiatriske sykehus med vekt på desentraliserte tjenester og økende differensiering av psykisk helsevern. Det ble opprettet akuttavdelinger, poliklinikker og etter hvert flere former for ambulante tjenester.

I Norge kom etableringen av akuttavdelinger relativt raskt som en del av utviklingen i de etablerte døgninstitusjonene. Det har tatt lenger tid å komme i gang med oppsøkende ambulante team enn med akuttavdelinger og poliklinikker.

Mange pasienter med behov for rask hjelp har blitt innlagt i akuttavdelinger, siden dette har vært den eneste delen av helsetjenestene med øyeblikkelig hjelp plikt døgnet rundt og kompetanse og bemanning til å ta hånd om personer med alvorlige psykiske kriser. Mange som er blitt innlagt i akuttavdeling, burde hatt et annet tilbud (Hagen 2004, Gjelstad 2003). Begrunnelsen for å opprette ambulante akutteam har vært å etablere et akutt tilbud som eventuelt kan gi tilbud om hjelp uten innleggelse.

Modellen for ambulante akutteam har fått størst utbredelse i England. I løpet av de første årene etter helseplanen i 1999 ble det spesifisert en nasjonal modell for ambulante akutteam med åpningstid 24/7, raskt responstid, intensiv hjemmebehandling og portvaktfunksjon for akuttinnleggelser som de viktigste kriterier (Department of Health 2001). Målgruppen var pasienter som ellers ville ha blitt innlagt i akuttavdeling. Teamene

skulle gjennomføre intensiv akutt behandling hjemme for pasienter som ønsket det. Det ble forventet at dette ville føre til 30 % reduksjon i akuttinnleggelser. Killaspy og medarbeidere konkluderte at forskningen om ambulante akutteam viser lovende resultater, selv om britiske myndigheter tok beslutning om ambulante akutteam på et begrenset empirisk grunnlag (Killaspy 2008).

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

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

Det har vært utprøving av modeller for ambulante akutteam og hjemmebehandling i England i mer enn 20 år. Deres helseplan i 1999 (National Service Framework for Mental Health) inneholdt en konkret plan om etablering av 335 ambulante akutteam og spesifikke antall ACT-team og tidlig intervensjonsteam for psykoser over hele landet (Department of Health 1999). Antall ambulante akutteam ble i løpet av få år trappet opp etter planen. Den nye regjeringen i Storbritannia har senere gått bort fra denne planen. Kombinert med en reduksjon av økonomiske rammer har dette bidratt til å redusere antall oppsøkende team i England, og modellen er ikke gjennomført systematisk.

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

Hovedbildet fra kartleggingen var at det var stor variasjon i hvilken grad de ulike elementene i modellen var implementert.

Generelt finner en at flertallet av teamene ikke har gjennomført modellen fullt ut, og det er stor variasjon i hvordan teamene er organisert og arbeider i England. Erfaringene er at det tar mange år å utvikle tjenester med stor vekt på ambulante team.



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

Ved oppstart av Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) i 2005 var det 9 ambulante akutteam i Norge (Hasselberg 2011a). Ved en kartlegging i januar 2010 ble det identifisert ambulante akutteam ved 51 av 79 DPS i Norge (Karlsson 2011a). Det er etter dette etablert flere team i Norge, og i 2012 er det rapportert at det er 61 slike team. De regionale helseforetakene har satt som mål at det skal være ambulante akutteam eller akuttjenester ved alle DPS i løpet av 2013, mens det opprinnelige nasjonale helsepolitiske målet var å ha dette ved alle DPS i løpet av 2008.

Etter at den nye regjeringen i Storbritannia gikk bort fra planen om utbredelse av bestemte typer team, er det nå bare Norge som har et nasjonalt helsepolitisk vedtak om ambulante akutteam over hele landet.

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

Ved undersøkelsen i 2010 (Karlsson 2011a) var det bare ett akutteam som hadde åpningstid døgnet rundt. 17 team var operative på dag og kveld både på hverdag og i helg, og noen få hadde åpent på kveld enten på hverdag eller i helg. 34 team tok i mot henvendelser direkte fra pasienter og pårørende, mens 17 team krevde henvisning fra andre tjenester. 33 team oppgav at de disponerte en eller flere krisesenger. Hasselberg (2011a) fant at gjennomsnittlig ventetid for pasienter ved 8 akutteam i Norge var et og et halvt døgn, og at 40 % hadde ventet mer enn 24 timer. Omtrent 25 % av pasientene ved norske akutteam hadde tatt direkte kontakt med teamet. En undersøkelse der en gjennom 18 måneder fikk regelmessig rapportering av aggregerte opplysninger på teamnivå fra 5 akutteam (Karlsson 2011b), bekreftet at det er stor variasjon mellom akutteamene.

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

## 5.3 Organisering og arbeidsmåte i ambulante akutteam

---

Det er stor variasjon i bemanningen av ambulante akutteam både i England og Norge. Sykepleiere er den største faggruppen, og det varierer hvor mye teamene har tilgang på

psykiater og psykolog. Det er stor grad av tverrfaglighet, men med stor variasjon i mønsteret for dette (Hasselberg 2011a, Karlsson 2011a).

Bidrag i ambulante akutteam fra ulike faglige perspektiver er drøftet i en bok om ambulante akutteam (Johnson 2008). En artikkel drøfter psykiaterens rolle i teamet og den betydning den har blant annet for portvaktfunksjonen (Middleton 2008). Den britiske psykologforeningen har gjort en utredning av de ulike roller psykologer ofte har i ambulante akutteam (Hurcom 2008).

Det er også stor variasjon i hvilke pasientgrupper akutteamene arbeider med. Akutteamene i Norge behandler ikke bare pasienter der det er aktuelt med akuttinnleggelse. Hasselberg (2011a) fant at bare 14 % av akutteamenes pasienter hadde psykotiske symptomer. En annen norsk undersøkelse viste at et akutteam ved et godt bemannet DPS i hovedsak behandlet pasienter med moderat alvorlige lidelser, mens pasientene med de alvorligste lidelsene fortsatt ble innlagt i akuttavdelingen (Kolbjørnsrud 2009).

I kartlegginger oppgir mange akutteam at de har portvaktfunksjon for døgnplasser i en akuttavdeling og også enkelte steder for lavterskelsenger på DPS . Men det er stor variasjon og delvis manglende kunnskap om hvor stor andel av akuttinnleggelsene som har vært vurdert av akutteamene, og for de fleste team er portvaktfunksjonen begrenset ut fra akutteamets åpningstid. Det er også store variasjoner i hvor intensivt akutteamene følger opp de pasientene de har i behandling.

Forskningen om ambulante akutteam har i liten grad vært rettet mot hvilke intervensjoner teamene bruker og hvordan disse gjennomføres (Hubbling 2012). Det er behov for å få mer kunnskap om hvordan ulike intervensjoner og arbeidsmåter virker inn på pasientforløp (Johnson 2008, Bridgett 2003, Sjølie 2011, Hasselberg 2011b). Teamene i England har hyppigere kontakt med pasientene og driver i stor grad med hjelp til å løse praktiske problemer, forskrivning, administrering og oppfølging av bruk av legemidler, mens teamene i Norge primært gir et tilbud om samtalerapi (Ruud, akuttnettverkets samling 2013).

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

---

### **5.4.1 Hjelp ved psykisk krise**

De studiene som har sammenlignet behandlingseffekt ved ambulante akutteam og ved psykisk helsevern uten ambulante akutteam har i hovedsak funnet at det ikke er noen sikker forskjell når det gjelder psykisk helse, fungering og livskvalitet (Joy 2006, Johnson 2008, Hubbling 2012). Pasienter behandlet av norske akutteam har en liten til moderat bedring i psykisk helse (Hasselberg 2011b). Pasienter med depresjon hadde lengst behandlingstid og viste mest bedring. Pasienter med psykotiske symptomer eller rusmiddelproblemer hadde kortest behandlingstid, viste minst bedring og ble oftere henvist til andre deler av psykisk helsevern.

#### 5.4.2 Erfaringer med ambulante akutteam

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

#### 5.4.3 Pårørendes erfaringer

I noen av de samme studiene er det gjort undersøkelser av de pårørendes erfaringer med ambulante akutteam, og disse viser at pårørende også har positive erfaringer. I en australsk undersøkelse ble pårørende med erfaring med både ambulante akutteam og sykehusbehandling spurt om sine erfaringer (Fullford 2001). Bare halvparten av de pårørende ville foretrekke ambulante behandling ved eventuelt tilbakefall, noe som var lavere enn antatt. I en norsk undersøkelse har pårørende gitt uttrykk for ambivalens om hva de mener om hjemmebehandling, da de opplever å få mye ansvar når teamene ikke er til stede. De etterlyser mer samarbeid, bedre overføringer til andre deler av systemet og raskere tilgang på lavterskelsenger (Ruud, akuttnettverkets samling 2013).

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

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

### 5.5 Innvirkning på akuttinnleggelser og bruk av tvang

---

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

undersøkelser om effekten av ambulante akutteam. Det er bare gjort en randomisert kontrollert studie av ambulante akutteam. Den viste at 36 % (49 av 135) av pasientene randomisert til akutteamet ble innlagt innen 8 uker, mens 69 % (86 av 125) av pasientene i ordinære tilbud ble innlagt. Det ordinære tilbudet inkluderte poliklinikk, community mental health team og kriseplasser (Johnson 2005b, Johnson 2008, Killaspy 2008).

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

De fleste av disse kvasieksperimentelle eller naturalistiske studiene viser en reduksjon av antallet akuttinnleggelser på 10-20 % i området med ambulans akutteam, sammenlignet med områder uten akutteam, eller tidsrommet før etablering av akutteam. Men noen få av undersøkelsene viser ingen sikker reduksjon.

En del av undersøkelsene har analysert endringer i bruk av døgnplasser (oppholdsdøgn), og en har da enten funnet en mindre reduksjon eller ingen reduksjon i bruk av døgnplasser. Det henvises til selve studiene og til oversikter, spesielt den siste og mest oppdaterte oversikten ved Hubbling (2012).

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

En analyse av registerdata i England (1998-2003) viste at antall innleggelser gikk ned med gjennomsnittlig 10 % de to første år etter etablering av akutteam sammenliknet med de siste to årene før etablering av akutteam (Glover 2006). For akutteam med åpningstid 24/7 og høy grad av implementering av modellen, var reduksjonen i antallet innleggelser 23 %. Jacobs (2011) har seinere gjort en ny analyse av de samme data, men med mer omfattende metodikk og inklusjon av data om flere andre faktorer som kan virke inn på antallet innleggelser. De konkluderte at det ikke med sikkerhet kan dokumenteres at etablering av akutteam fører til reduksjon av innleggelser eller redusert bruk av døgnplasser.

Som en av flere mulige forklaringer på dette, nevnes at de ambulante akutteamene i begrenset grad dekker portvaktfunksjonen. Omtrent halvparten av akuttinnleggelsene ble vurdert av ambulante akutteam, og bare 68 % av teamene hevder de er portvakt for akuttinnleggelser (National Audit Office 2007a). Hubbling (2012) mener imidlertid at noe av forklaringen på Jacobs negative funn kan skyldes begrensninger for statistiske analyser ut fra størrelsen på materialet.

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

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

Det er ikke dokumentert at ambulante akutteam reduserer antall tvangsinnleggelser. I noen tilfeller har en sett en økning i antall tvangsinnleggelser, men det er ikke påvist noen sikker sammenheng mellom dette og etablering av ambulante akutteam (Furminger 2009, Forbes 2010, Hubbeling 2012). Den reduksjon i tilgjengelige døgnplasser som har skjedd i mange land de seinere år, kan medvirke til økt andel tvangsinnleggelser, fordi de som legges inn i gjennomsnitt er sykere.

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

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

I Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) i Norge 2005/2006 fant en at omtrent en av fem av akutteamenes pasienter ble innlagt fra akutteamet (Ruud 2006).

## 5.6 Helseøkonomiske vurderinger

---

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

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

I England er det utarbeidet en modell for økonomisk evaluering av ambulante akutteam (McCrone 2007).

## 5.7 Kunnskapsstatus om akutte lavterskeltilbud

---

Det er ikke funnet noen forskning om effekt av lavterskel akutteam i spesialisthelsetjenesten ved psykiske kriser, verken i Norge eller internasjonalt. Det finnes en del forskning i Norge på omfang av behandling av psykiske lidelser og problemer innen allmennpraksis, men lite på omfang og effekt av hva fastlege eller legevakt gjør av arbeid med akutte psykiske kriser. Et doktorgradsarbeid viser at andel pasienter med psykiske problem er lavere ved henvendelse til legevakt (2,2 %) enn på fastlegekontorene (8,9 %), men at andelen i begge situasjoner er større på kveldstid enn på dagtid (Johansen 2009, 2010). Arbeidet bygger på koder for konsultasjoner, og det foreligger ikke informasjon om resultatet av henvendelsene.

Ved psykiatrisk akuttinnleggelse var det relativt lite forskjell mellom pasienter innlagt av legevakt, fastleger og psykisk helsevern (Johansen 2011). Tvangsinnleggelse fra legevakt ble i noe større grad gjort om til frivillig innleggelse ved spesialistvedtakene i sykehuset. Foreløpig oppsummering om akutt lavterskeltilbud ved psykisk krise er at det foreligger lite systematisk dokumentasjon.

## 5.8 Oppsummering om kunnskapsstatus

---

Forskning tyder på at ambulante akutteam med reell portvaktfunksjon for akuttavdelinger, åpningstid 24/7 og adekvat bemanning kan gi hjemmebehandling til mange pasienter som ellers ville ha blitt innlagt i akuttavdeling. De fleste studier viser ingen sikker forskjell mellom

behandling ved ambulante akutteam og ved innleggelse når det gjelder psykisk helsetilstand, evne til å fungere eller livskvalitet, men forskningen gir støtte for at de fleste pasienter foretrekker behandling hjemme framfor innleggelse i akuttavdeling. Det er ikke holdepunkter for at behandling i hjemmet øker risiko for vold eller selvmord for de pasienter der det er mulig å gjennomføre slik behandling.

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

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

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

## 6. REFERANSER

Adesanya A (2005). Impact of a crisis assessment and treatment service on admissions into an acute psychiatric unit. *Australian Psychiatry*, 13(2), 135–140.

Barker V, Taylor M, Kader I, Stewart K, Le Fevre P: Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist* 2011, 35:106-110.

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

Brooker C, Ricketts T, Bennett S, Lemme F. Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service. *J Clin Nurs* 2007 Jul;16(7):1313-22.

Clark F, Khattak S, Nahal J, Linde K (2009). Crisis Resolution and Home Treatment: The Service User and Carer Experience. National Audit Office, London.  
[http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping\\_people\\_through\\_mental.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0708/helping_people_through_mental.aspx)

Cotton MA, Johnson S, Bindman J, Sandor A, White IR, Thornicroft G, et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry* 2007, 7:52.

Damsa C, Hummel C, Sar V, Di Clemente T, Maris S, Lazignac C et al (2005).

Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: A naturalistic study. *European Psychiatry*, 20, 562–566.

Department of Health (1999). A National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models. Stationary Office, London.

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

Dibben C, Saeed H, Stagias K, Khandaker GM, Rubinsztein JS (2008). Crisis resolution and home treatment teams for older people with mental illness,

*Psychiatric Bulletin* 2008 32:268-270. <http://pb.rcpsych.org/content/32/7/268.full.pdf>



Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, (FMHI Publication #231) The National Implementation Research Network.

Forbes NF, Cash HT, Lawrie SM (2010). Intensive home treatment, admission rates and use of mental health legislation. *The Psychiatrist*, 34, 522–524.

Ford R, Minghella E, Chalmers C, Hoult J, Raftery J, Muijen M (2001). Cost consequences of homebased and in-patient-based acute psychiatric treatment: Results of an implementation study. *Journal of Mental Health*, 10(4), 467–476.

Fullford M, Farhall J (2001). Hospital versus home care for the acutely mentally ill? Preferences of caregivers who have experiences both forms of service. *Aust N Z Psychiatry* 35(6):619-625.

Furminger E, Webber M (2009). The effect of crisis resolution and home treatment on assessments under the 1983 Mental Health Act: An increased workload for approved social workers? *British Journal of Social Work*, 39, 901–917.

Gjeldstad K, Løvdahl H, Ruud T, Friis S. (2003) Tvangsinnleggelse til psykiatrisk observasjon - blir de opphevet dagen etter? *Tidsskr. Den norske lægefor.* 123 (7): 917 -20.

Glover G, Arts G, Babu KS (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006, 189:441–445.

Grol R, Wensing M, Eccles M (Eds.) (2005). Improving patient care. The implementation of change in general practice. London: Elsevier.

Gråwe R, Ruud T, Bjørngaard JH (2005). Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. *Tidsskrift for den norske legeforening* 125 (23): 3265-8.

Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H (2001). Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatric Services*, 52(2), 3–8.

Hagen H, Ruud T (2004). Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003. Rapport STF78 A045026. SINTEF Helse, Trondheim.  
<http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/A045026.pdf>

Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T (2011a). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Service Research* 11:96.

Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S, Ruud T (2011b). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 11:183

Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway (Submitted 2012).

Helsedirektoratet (2006). Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (IS-1388).

Helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511).

Helsedirektoratet (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (IS-1948).

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: nasjonal veileder.

Helse Sør-Øst. 13 prinsipper for brukermedvirkning. <http://www.helse-sorost.no/pasient/brukermedvirkning/Sider/13-prinsipper-for-brukermedvirkning.aspx>

Hubbeling D, Bertram R (2012). Crisis resolution teams in the UK and elsewhere.

*Journal of Mental Health*, prepublished online. DOI: 10.3109/09638237.2011.637999

Hultberg KB, Karlsson B (2007). Brukererfaring med kriseintervensjon i eget hjem. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 44(7):900-905.

[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=28232&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=28232&a=2)

Hurcom C, Parnham L, Horler M, Horn N, Davis F (2008). Briefing Paper: The role of psychologists working in Crisis Resolution Home Treatment (CRHT) Teams. British Psychological Society. <http://www.its-services.org.uk/silo/files/briefing-paper--the-role-of-psychiatrists-working-in-crisis-resolution-.pdf>

Irving CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001087.pub3/pdf/standard>

Jacobs R, Barrenho E (2011). Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *Br J Psychiatry* 199:71-6.

Jethwa K, Galappathie N, Hewson P (2007): Effects of a crisis resolution and home treatment team on in-patient admissions. *Psychiatr Bull* 31:170–172.

Johansen IH, Morken T, Hunskaar S (2009). Contacts related to psychiatry and substance abuse in Norwegian casualty clinics. A cross-sectional study. *Scand J Prim Healthcare* 27:180–5.

Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. Contacts related to mental illness and substance abuse in primary healthcare. A cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scand J Prim Healthcare* 2010; 28:160–5.

Johansen IH, Mellesdal L, Jørgensen HA, Hunskaar S (2011). Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward: patient characteristics and referring agents. A prospective study. *Nord J Psychiatry* 66:40-48.

Johnson S, Nolan F, Hoult J, White IR, Bebbington P, Sandor A, McKenzie N, Patel SN, Pilling S (2005a). Outcomes of crisis before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry* 187:68–75.

Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, White IR, Thompson M, Bebbington P (2005b). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team – the north Islington crisis study. *Br Med J* 2005b, 331:586–587.

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

Jones R, Jordan S (2010). The implementation of crisis resolution home treatment teams in Wales: results of the national survey 2007-2008. *The Open Nursing Journal* 4:9-19.  
<http://benthamscience.com/open/tonursj/articles/V004/9TONURSJ.pdf>

Karlsson B, Borg M, Sjølie H (2011a) Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre – en artleggingsstudie. *Sykepleie Forskning*. 6(1):62-68.

Karlsson B, Borg M, Eklund M, Kim HS (2011b). Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study. *Int J Ment Health Syst* 2011;5(1):19.

Keown P, Tacchi MJ, Niemiec S, Hughes J (2007). Changes to mental healthcare for working age adults: impact of a crisis team and an assertive outreach team. *Psychiatr Bull* 31:288–292.

Killaspy H, Johnson S, King M, Bebbington P (2008). Developing mental health services in response to research evidence. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2008 17(1):47-56.

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

Lyons C, Hopley P, Burton CR, Horrocks J (2009). Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16(5):424-33.

McCrone P, Knapp M, Hudson J (2007). Model to assess the Economic Impact of integrating CRHT and Inpatient Services. Centre for the Economics of Mental Health, Health Service and Population Research Department, King's College, London. Report.

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

McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Houlton J, McKenzie N, Thompson M, Bebbington P (2009), Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 18(1):54-58.

Middleton H, Glover G, Onyett S, Linde K (2008). Crisis resolution/home treatment teams, gate-keeping and the role of the consultant psychiatrist. *Psychiatric Bulletin* 32:378-378.

<http://pb.rcpsych.org/content/32/10/378.full.pdf>

Morgan S (2007). Are crisis resolution & home treatment services seeing the patients they are supposed to see? - A report of interviews with CRHT and ward managers across 25 sites in England regarding 500 referrals to CRHT teams and 500 admissions to inpatient wards during January-April 2007. National Audit Office, London.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Rundskriv IS-9/2012.

Roberts AR, Ottens AJ (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 5 (4):329-339.  
<http://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?url=http%3A%2F%2Fbtci.stanford.clockss.org%2Fcgi%2F reprint%2F5%2F4%2F329>

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

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

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

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

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

Stangeland T (2009). Relasjonelle dilemmaer i akutt ambulant arbeid, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 46(10):965-969.  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=93330&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=93330&a=2)

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

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

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





## Helsedirektoratet

**Postadresse:** Pb. 7000  
St Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)