

# Arbeidsnotat Working Paper

2013:9

Karl Yngvar Dale

Ambulante team i Møre og Romsdal  
innen psykisk helse-feltet :  
en kvalitativ studie med fokus på  
praktiske og kliniske tilpasninger,  
innovative løsninger og  
samarbeidsrelasjoner :  
foreløpig prosjektrapport



Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk



MØREFORSKING  
MOLDE

Karl Yngvar Dale

Ambulante team i Møre og Romsdal innen psykisk helse-feltet : en kvalitativ studie med fokus på praktiske og kliniske tilpasninger, innovative løsninger og samarbeidsrelasjoner : foreløpig prosjektrapport

Arbeidsnotat / Working Paper 2013:9

Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College  
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2013

ISSN 1501-4592 (trykt)  
ISBN 978-82-7962-178-2 (trykt)

ISSN 1893-4897 (elektronisk)  
ISBN 978-82-7962-179-9 (elektronisk)

**FORELØBIG PROSJEKTRAPPORT - 11. november 2013****Ambulante team i Møre og Romsdal innen psykisk helse-feltet:**

- **En kvalitativ studie med fokus på praktiske og kliniske tilpasninger, innovative løsninger og samarbeidsrelasjoner.**

Karl Yngvar Dale, PhD, psykologspesialist  
Høgskolen i Molde

**BAKGRUNN**

Utadrettet virksomhet i form av ambulante team kan antas å erstatte mye av den tradisjonelle virksomheten basert på døgnbehandling og er således i takt med intensjonene både i Opptrappingsplanen (St prp nr 63, 1997-98) og Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Denne type virksomhet er en relativt ny klinisk innretning i Møre og Romsdal innen psykisk helsearbeid. Senest på banen er de nyopprettede ACT-teamene i Ålesund, Molde og Kristiansund.

Denne studien er ment å utforske ambulant virksomhet i Møre og Romsdal med henblikk på

- a) innovasjon og nytenkning,
- b) arbeid og samarbeid i "felten", herunder etiske utfordringer,
- c) "pasientflyt" og
- d) oppfatninger teamene har om hverandres roller og metoder.

Et sentralt delmål er å se nærmere på hvordan de nye ACT-teamene ivaretar sine kjernefunksjoner, j.fr. de såkalte "fidelity-kriteriene". I denne forbindelse vil det også ses nærmere på hvilke erfaringer brukere av ACT-tilbud hittil har hatt.

**Prosjektets forankring**

Prosjektet er et samarbeid mellom Klinikk for psykisk helsevern ved Helse Møre og Romsdal og Høgskolen i Molde. Prosjektansvarlig er psykologspesialist Karl Yngvar Dale, PhD. Dale er førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde, Avdeling for Helse- og sosialfag.

**Presentasjon av resultater**

I denne rapporten presenteres det en foreløbig oppsummering og utforskning av resultatene. Materialet vil deretter bearbeides videre med henblikk på publisering i et relevant vitenskapelig tidsskrift. I den foreløbige rapporten legges det vekt på å synliggjøre, i relativt stor detalj, hvordan den ambulante virksomheten gjennomføres i fylket. Dette for å få frem likheter og forskjeller, både mellom team med samme innretning, og med henblikk på "fogderi-baserte" forskjeller.

I en fremtidig artikkel vil materialet bli ytterligere kondensert og det vil forsøksvis bli avgrenset noen sentrale aspekter ved undersøkelsen som igjen kan ses i lys av internasjonal forskning.

Deltagerne fra de ulike teamene betraktes å være sin egen "autoritet" både hva angår a) vurderinger av nåværende innretning og b) hvilke justeringer av virksomheten de kan se for seg. Deres utsagn danner grunnlag for utarbeidelse av et tidsbilde og for et fremblikk mot alternative tilpasninger og organiseringsløsninger. Underegnete søker ikke på noen måte å sammenfatte det man vil kunne betrakte som en "fasit" - snarere er det tale om å løfte frem noen sentrale "trender" og utviklingstrekk som kan være verdt å merke seg. Det vil således ikke gis noen konkrete svar på hva som er de beste løsningene men det vil forsøksvis problematiseres at det ser ut til å være mange "svar" og at løsningene ser ut til å være fordelt over hele linjen av ambulans virksomhet.

Den relativt omfattende presentasjonen av innholdet i de ulike intervjuene vil, forhåpentligvis, muliggjøre at leseren kan gjøre en selvstendig bearbeidning av materialet for å identifisere eventuelle problemstillinger og momenter som undertegnede ikke har trukket frem.

## **METODE OG UTVALG**

Det ble benyttet fokusgruppe-intervjuer som metodisk tilnærming. Hver gruppe besto av 3 – 7 personer. Intervjuene ble gjennomført i perioden mai - oktober 2013. Intervjuene ble gjennomført av undertegnede, som også er ansvarlig for datamaterialet.

Alle de ambulante teamene i Møre og Romsdal var representert, dvs. at det deltok personer fra følgende team:

Ambulant akutt-team Nordmøre  
Ambulant akutt-team Romsdal  
Akutt heimebehandlingsteam, DPS Ålesund  
Akutt heimebehandlingsteam, DPS Søre Sunnmøre  
ACT-Nordmøre  
ACT-Romsdal  
ACT-Sunnmøre  
Ambulant rehabiliteringsteam, Nordmøre og Romsdal  
Ambulant oppfølgingsteam, DPS Vegsund  
Ambulant oppfølgingsteam, DPS Sjøholt  
Ambulant oppfølgingsteam, DPS Søre Sunnmøre

I tillegg deltok en gruppe med brukere som for tiden er under oppfølging av ACT-Romsdal.

For å rekruttere deltagerne fra de ulike teamene ble det sendt ut en epost med informasjonsskriv til alle ansatte i de ambulante teamene. Inkluderingskriteriet var at de hadde

jobbet i teamet i minst 3 mnd. Ekskluderingskriteriet var at de innehadde en leder/mellomleder-posisjon. Dette for å unngå at deltagerne i en eller annen grad følte seg ufri til å snakke om sine erfaringer.

Intervjuene var semistrukturerte i den forstand at det forelå en intervjuguide men ikke en standardisert prosedyre. Varigheten av intervjuene var gjennomsnittlig én time og ett kvarter. Av praktiske hensyn ble intervjuene gjennomført lokalt hos hvert enkelt team. Det ble brukt digital opptaker og gjort notater i løpet av intervjuet. Alle data fra intervjuene er anonymisert og oppbevares forskriftsmessig. De opplysningene som kommer frem via intervjuene vil ikke på noen måte kunne tilbakekobles til enkeltdeltagere.

## **GENERISK OVERSIKT**

Informasjonen fra de ulike intervjuene er dels organisert tematisk og dels utifra team-innretning. I tillegg kommer en egen presentasjon av brukergruppen (se Tabell 4), hvor det også er en viss tematisk inndeling.

De ambulante teamene fordeler seg i tre ulike kategorier: Akutt-team, oppfølgende team og ACT-team. I første omgang gjøres det en sammenstilling mellom teamene med samme innretning. Her sammenlignes henholdsvis akutt-teamene (se Tabell 1), oppfølgingsteamene (se Tabell 2) og ACT-teamene (se Tabell 3) mot hverandre mht følgende temaer:

- Generelt
- Organisatorisk forankring
- Dekningsområde
- Terskel/henvisningsprosedyre
- Arbeidstid
- Internt samarbeid og arbeidsmåter
- Pasienter og caseload
- Tvungent psykisk helsevern
- Samarbeid med andre team
- Samarbeid med døgnenheter
- Samarbeid lokalt/kommunalt
- Etske utfordringer
- Vurdering av egen virksomhet
- Gode grep
- Oppfatninger om andre team

I disse generiske oversiktene gjengis deltagerens uttalelser hovedsaklig i "telegram-stil" med unntak av noen enkeltsitater, gjengitt i hermetegn. Enkelte tekstområder er uthevet i rødt fordi det enten dreier seg om informasjon om vesentlige, og tildels unike trekk ved virksomheten eller fordi det dreier seg om beskrivelser av praksis eller tenkemåter som utgjør en eller annen motpol.

Tabell 1. AKUTT-TEAMENE

	Nordmøre	Romsdal	Ålesund	Søre Sunnmøre
Generelt	<i>Ambulant akutt-team, Kristiansund Startet 2006 – prosjekt i 3,5 år før den tid Pålagt av Helse-departementet å starte akutt-team på alle DPS'er Prosjektleder ble ansatt Finne modellen som passet Skal jobbe ambulant – skulle få 7 stillinger – er 3,5 nå</i>	<i>Ambulant akutt-team, Molde Ti år i år – først et prosjekt – i drift fra 2002 Var tidlig ute fordi poliklinikken hadde et psykoseteam – tidlig intervensjonsteam – fungerte ikke – ble for snevert – må ta alle for å få tak i debutantene – fikk tre nye stillinger – ble 5 til sammen</i>	<i>Akutt heimebehandlingsteam Portvakter for pasienter på vei til akutt-mottak Teamet startet i 2010 – følger samme mal ennå - jobber opp mot Helseidirektoratets veileder</i>	<i>Akutt heimebehandlingsteam Startet 1/9 - 2012 Bygd opp etter samme mal som AHT i Ålesund Består av "treåringer" med videreutdanning – har spesialist tilgjengelig 12 stillinger</i>
Organisatorisk forankring	<i>Opprinnelig lokalisert ved døgnetenhet – flyttet etter hvert sammen med poliklinikk – så at de hadde et tettere samarbeid med dem – Underlagt DPS Kristiansund, poliklinikk</i>	<i>Underlagt poliklinikken, DPS Molde</i>	<i>Samorganisert med ACT-teamet i ambulant seksjon, DPS Ålesund</i>	<i>Samorganisert med AOT i ambulant seksjon, DPS Søre Sunnmøre</i>
Dekningsområde	<i>Nordmøre Litt mindre i distriktet – litt avhengig av hvilke leger som jobber der Har ikke fordelt kommunene seg i mellom Klarer ikke alltid dra ut to og to</i>	<i>5 personer på 11 kommuner – kan bli litt mye dersom de skal jobbe mer utadrettet 75 000 innbyggere Alle jobber på tvers av kommunene Sjeldnere kontakt med de små kommunene – tilstreber å gi det samme tilbudet til alle kommunene – har hatt pasienter fra alle kommunene – fordeler seg jevnt etter størrelsen Bruker mye tid på telefon – mye arbeid som ikke er inntektsgivende Måltall: har ikke det kravet så lenge de ambulerer og arbeider to og to</i>	<i>Dekker nordre Sunnmøre – ikke så ofte i periferien –</i>	<i>Søre Sunnmøre</i>
Terskel/Henvisningsprosedyre	<i>Være lavterskeltilbud – ta imot alle henvendelser som kommer Telefonen er åpen for alle – uansett, enten det er fra helsevesen, pårørende, personen selv – hvem som helst Etter arbeidstid satt over til DPS Gjør en vurdering pr telefon Fastlege ringer og ber om at de tar et besøk - De kan også komme til poliklinikken (Solhagen) og treffe pasient der - Henvendelser også fra arbeidsgiver – ringer fordi ansatte ikke dukker opp på jobb – responderer ikke på</i>	<i>Målsettingen: lavterskeltilbud, akutte psykiske kriser, livskriser – stille seg veldig åpen – bedre med en samtale for mye enn en for lite – ta imot henvendelser fra pårørende – lose dem videre – Av og til en telefon, ett møte nok – ser av og til at de ikke er det rette tilbudet – ei dør inn til psykisk helsevern og det er dem – blir mer og mer slik - Kan legge inn ved akutt-seksjon - De aller fleste henvendelser fra fastleger</i>	<i>Får henvendelser for å ta vurderinger – besøk – Fastleger, legevakt, psykisk helseteam, AMK, politi, fengsel - av og til fra helsesøster, hjemmetjenesten, rusteam Må kunne rydde av plass for å ta de akutte tingene – Får screenet ut pasienter via fastlegene - stort sett veldig gode henvisninger – relevante – ikke ofte de opplever at det ikke er deres bord –  4 timers responstid</i>	<i>Portvakt for avdelingen – alle tilvisninger fra kommunene går via dem 4 timers responstid Tar ikke i mot direkte fra publikum – kun unntaksvis Prøver å geleide dem til å ta kontakt med legevakt – gjøre vurdering der først – Henvisning – en telefon er nok – trenger informasjon  Fra poliklinikk i Volda  Forholder seg til alle henvendelser</i>

	<i>dette - Hva er en krise? Ikke alltid like lett å vurdere -</i>			
	<b>Nordmøre</b>	<b>Romsdal</b>	<b>Ålesund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
Arbeidstid	<i>Bare dagåpent –</i>	<i>Kun tilbud i arbeidstiden</i>	<i>Jobber kveld og helg – turnus –</i>	<i>Går i turnus – kveld og helg åpnet 365 dager - To stykker på vakt helg og kveld</i>
Internt samarbeid og arbeidsmåter	<p><i>Møtes fast hver morgen - Snakker sammen i bilen - Dra ut til folk – tar vurderinger – følger dem i en akutfase – prøve å redusere på antall akuttinnleggelse – Ikke så veldig detaljert mandat – mer ad hoc Innarbeide at man er der – både for publikum og fastleger - Hender at de ikke får komme inn til folk - Dramatikk? Har hendt – ikke ofte – drar ut på oppdrag der de burde tenkt seg bedre om – ustabil pasient – kjente på ubehaget – aggresjon og trusler – burde hatt med politi -</i></p> <p><i>Kriseintervensjon – Maks 6 uker – men flere som får lengre oppfølging Bistår med samtale – hjelpe dem til å orientere seg – "holde dem litt ørene" til behandler ved poliklinikken kan ta tak i dem – sorterer - Tilsyn på somatisk sykehus – eneste teamet som gjør det – gjør vurderinger ved intoks osv.</i></p>	<p><i>Store forskjeller mellom psykoseteam – dette teamet inspirert av Seikulla – men jobber også eklektisk – familie, og nettverkbasert – kognitiv terapi - psykoedukasjon Ambulant? Skulle ikke være det i utgangspunktet men møter alle der de ønsker det – <b>skiller seg fra de som driver mye hjemmebehandling – vi møter dem på flere arenaer – stiller det mer åpent</b> Har formet dette selv – optimal modell – En viss spesialisering i teamet: Bruker psykologspesialist til utredninger - Har psykiater i bakvakt - Sykepleier mht medisinerer -</i></p> <p><i>Teammøter hver tirsdag – møtes hver morgen og ser hverandres saker</i></p> <p><i>Avtaler fellessamtale med ny instans ved overføring</i></p> <p><i>To og to alltid på første samtale</i></p>	<p><i>Jobber tverrfaglig – ser helhetlig på sakene – Kan rykke ut på kort varsel – portvakter: vurdere innleggelse eller tilbud hjemme – følger pasienten inn i avdeling og gjør vurdering - I noen tilfeller samtaler ved basen – Outreach – inreach – skape kontinuitet ved innleggelse Kondisjonerer folk til å være i behandling – Blir mye telefoner med avdelingen – inreach – <b>Tanken blir å følge pasientene inn og ut igjen –</b> deretter tar et oppfølgingsteam over</i></p> <p><i>Har poliklinisk registrering PAS – kun ved direkte kontakt – <b>Går ikke inn i farlige situasjoner</b> – bestemt på hva de går inn i.</i></p> <p><i>Kan ringe politiet om bistand –</i></p> <p><i>Terapeutisk modell? Oppføre seg skikkelig – ingen bestemt teori – ulike terapeutiske retninger – har en verktøykasse å hente fra Har kort tid til å bygge opp allianse – kan forberede pasienten til neste trinn – kondisjonere – prime - Får inn de som trenger det – ikke meningen å unngå innleggelse – men riktig innleggelse – foreta heimebehandling så langt det går – Kan gjøre en del ting sammen med pasientene – gå turer – kjøre bil osv.</i></p> <p><i>Teamet møtes to ganger om dagen for oppdatering og kontinuitet</i></p>	<p><i>Fordelt på Volda og Larsnes Har fått spesialopplæring mht å jobbe i akutt-team Reiser ut primært – noen vil møte oss ved basene -</i></p> <p><i>En måte å jobbe på der pasienten skal styre hvem som skal involveres og hva som gjøres – på brukerens premisser -</i></p>

			Alle kjenner alle sakene – i en viss grad hver sine saker – fordeles litt tilfeldig ettersom hvem som er på jobb –	
	<b>Nordmøre</b>	<b>Romsdal</b>	<b>Ålesund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
Pasienter og caseload	Stor spennvidde - alt fra elever som ikke orker å stå opp og gå på skole – til alvorlig rusproblematikk, psykose og suicidalitet -	Alt – livet – lite psykoser – det folk opplever som kriser kan være forskjellig Suicidalvurderinger - Forløp? Følger opp noen veldig få over lengre tid – de fleste inn bare en kort periode – mange ganger bare en samtale  Viktig å følge folk gjennom Ø-hjelpsaker - vurderer mange av disse sakene neste morgen  1/3 har et rusproblem	Kriseproblematikk? 50/50 sjanse for om det blir innleggelse selv om det er relativt kritisk - Kjernegruppen avsluttes ganske fort – noen følges opp litt lenger fordi det gir mening – Dersom de ser at noen trenger lengre løp i påvente av andre tilbud – følger opp Kan se an i enkeltsaker – Ikke noen fasit – i snitt to-tre uker - stor spredning  Til enhver tid – 15-20 pasienter som har aktiv oppfølging – mye trykk enkelte dager – Alt fra 1 samtale til noen døgns kontakt Lengste fall noen mnd Gir feedback til henvisende instans underveis –	Klargjort hvilken pasientgruppe vi skal ha – psykose, depresjon Vi tar alle – rus/psykiatri – personlighetsproblematikk - Reagerer på trykket Tilby et alternativ til innleggelse - Flyt? Nye saker? 5 nye i denne uken – kan variere – kan få tre nye på en senvakt
Tvungent psykisk helsevern	Sjelden bruk av tvang En del er gjengangere – tar en telefon til politiet dersom de trenger bistand	Bistår fastlege mht tvangsinnleggelse	Skal hovedsakelig ikke inn når det ikke er frivillig – Frivillighet skal være prøvd  Frivillig - tvungent - umiddelbar drøfting med lege/psykisk helse team om hva som er hensiktsmessig Råd også om medisinerer – veiledning – før bare diskusjoner om innleggelse – nå blir det en bredere drøfting – Når det allerede er politi/tvang i bildet – ikke alltid hensiktsmessig å delta – prøver likevel å være i nærheten	Svært liten forekomst av tvungne innleggelser
Samarbeid med andre team	Hver dag på poliklinikken Har faste møter med Akutt-teamet i Molde Flyt-møte – flere enheter kan diskutere på tvers Ambulant rehab-team på Hjelset – ingen avklaringsmøter ennå – har hatt svært få felles saker med dem	Godt samarbeid med begge de to andre teamene i Romsdal, ACT og Rehab-teamet – men vanskelig å se forskjell på dem	Trekker inn andre ambulante team – litt pragmatisk holdning Ser an i overgangene –	Samarbeider med AOT og godt samarbeid med poliklinikken ACT ikke for Søre Sunnmøre – for få mennesker?
Samarbeid med døgnenheter	Får pasienter henvist fra rehabiliteringsenheten på Hjelset –	Forestår innleggelser ved Akutt-enheten	Blir mye telefoner med avdelingen – inreach – Tanken er å følge	– har tilgang til 1 kriseseng i Volda – slit litt med samarbeidet med DPS – har



	<p><i>Følger pasienter til Hjelset Får ikke til egne møter på Hjelset Døgnheten</i></p> <p><i>Har ingen senger men har mandat til å legge inn på Hjelset og Nordlandet – ringer og avtaler</i></p>		<p><i>pasientene inn og ut igjen – Deretter tar et oppfølgingsteam over</i></p>	<p><i>ikke en god nok helhetlig styring for at pasienten skal være i sentrum j.fr. nye lover og regler – Kopiert prosedyre fra Ålesund – blitt litt krøll mht prosedyrer – ikke fornøyd med de pasientene vi har lagt inn – skapt litt uro – Noen trenger en time out – Diskusjoner om emosjonelt ustabile, om de skal kunne få et korttidstilbud - Langtidsseksjonen ble nedlagt – denne typen pasienten hadde et tilbud der – DPS måtte belage seg på å ta imot dem – Ble likevel et vakuum Kan legge inn direkte i Ålesund – ringer – dette ligger i mandatet Først og fremst unngå å legge inn, men har åpent for innleggelse - Uproblematisk samarbeid med Mottak</i></p>
	<b>Nordmøre</b>	<b>Romsdal</b>	<b>Ålesund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
Samarbeid lokalt/kommunalt	<p><i>Har hatt faste møter med kommunen – ikke nå lenger Poliklinikken har møter med kommunen – de blir orientert i ettertid NAV, barnevern, skole, advokater - Samarbeider godt med politiet – selv om de må vente en del på dem – de er ofte opptatt annetsteds – etterlyst egne møter med politiet – avklare hvem som skal kjøre/gi bistand til innleggelse – politiet krevde plutselig at teamet skulle kjøre – bad ledelsen ta kontakt Ok nå Sjelden at de benytter seg av politiet</i></p>	<p><i>Samarbeid? Mest med fastleger, hjemmesykepleien, skoler videregående, poliklinikk, barnevern, familievern, politi, fengsel, rusteam Fellesmøter</i></p>	<p><i>Samkjøring med fastlege og kommunale instanser – vi befinner oss i sentrum av begivenhetene – demper toppene – fasiliterer andre</i></p> <p><i>Avhengig av at de andre er beredt til å gjøre sin jobb</i></p> <p><i>I enkelte kommuner går oppfølgingstiden opp fordi de ikke har ressurser – Melder fra om dette til tildelingskontoret i kommunen -</i></p>	<p><i>Overtar ikke psykiatritjenestens oppgaver – tar imot henvendelser derfra Politisamarbeid – bra når det først er på plass – de har også store avstander – finner løsninger sammen</i></p> <p><i>Ute to ganger i året på legekantorene – dialog med fastlegene – være synlige – klargjøring av portvaktfunksjonen -</i></p>
Etiske utfordringer	<p><i>Det hender at de kommer uten at personen vet om det i forkant - Går greit – de skjønner dilemmaet - Juridisk grenseområde – personlig integritet viktig Etisk konflikt – når det oppstår krise på tampen av dagen – må likevel ta ansvar - Grenseoppgangen til kommunen – akutt-teamet "veldig grei å ha" fredag kl.</i></p>	<p><i>Personvern? Kontakter den som det blir meldt fra om, pasienten må være informert - Dilemmaer når det er tvil om det er grunnlag for tvang</i></p>	<p><i>Unngår gråsoner – møter pasientene på deres premisser – Er ikke pågående – men prøver å komme i posisjon – Prøver å unngå konflikter og konfrontasjoner –</i></p>	<p><i>Har ikke lov til å forlate folk i krise – utløser overtid Etiske utfordringer? Livredde for å utlevere informasjon om pasientene Grunnleggende å bevare pasientens integritet – Pasienten må selv åpne opp for den kontakten vi har med pårørende og andre instanser – Pårørende som tar kontakt med legevakt? Ikke noe i veien for at de møter opp</i></p>

	<p>14.00 – får mye telefoner når det stenger i kommunen – bundet av Helsepersonelloven – j.fr. fare for liv og helse – plikt til å yte nødhjelp - mange av dem de kommer borti burde hatt kommunalt tilbud – spesielt i Kristiansund – Averøy og Smøla stiller mer opp –</p>			<p>og ser hva det dreier seg om – men fortrinnsvis ringer vi for å høre med pasienten først – som en regel - Vi ikke ha det slik at folk blir henvist uten at de selv vet om det - -</p>
	<p><b>Nordmøre</b></p>	<p><b>Romsdal</b></p>	<p><b>Ålesund</b></p>	<p><b>Søre Sunnmøre</b></p>
<p>Vurdering av egen virksomhet</p>	<p>De som har tett oppfølging fra kommunen – er det riktig å gå inn der?</p> <p>Etter at ACT teamet kom, pluss at en del kronikere ble tatt hånd om av oss – tvangsbruken har gått ned</p> <p>– for lite sengeplasser på Nordlandet- får lagt inn når det blir ledig – blir hørt men må forhandle en del</p> <p>Har ikke teknologi til å være så ambulant som ønskelig Ikke heldig å være samlokalisert dersom de ikke har egne lokaler Stemoderlig behandlet</p> <p>Har ikke en fellesoversikt over pasienter – kan ikke uten videre gå inn i hverandres saker</p> <p>Gjør vanlig poliklinikk-arbeid også for å få ned ventelistene</p> <p>Relativt stort press for å ta imot pasienter for å ikke bryte frister -</p> <p>Mistanke om suicidalitet utløser at de kommer inn i sakene -</p> <p>Mange av disse sakene blir de hengende ved – etisk dilemma -</p> <p>Ikke bra for disse pasientene fordi de ofte må avlyse pga akutte oppgaver</p>	<p><b>Fordel å være forankret på poliklinikken – står midt i mellom og kan gjøre vurderinger – en flyt som fungerer – kan fungere som koordinatore</b></p> <p>Synes de klarer mye – 5ansatte er passe – forutsigbart -</p> <p>Mulig de hadde tenkt andre tanker dersom de hadde startet i dag</p> <p>Autonomi: Nasjonal veileder for akutt-team – sikkert ikke så ulik hvordan de jobber – er sin egen autoritet – er med i et nasjonalt nettverk</p> <p>Fått pålegg om å ambulere mer – styrer dette selv – har ikke teamleder – gjør det som skal gjøres –</p> <p>Får veldig mye positive tilbakemeldinger</p> <p>Kvalitet? Evidens – vært med på flere forskningsprosjekter - blitt triangulert – transparens- Viktigste å si ja til alt – HONOS-prosjektet –</p> <p>Dersom de ikke fantes? Ø-hjelp ble dårlig ivaretatt tidligere – fastlegene ville merket det – det finnes ikke ressurser – alltid en fare for fragmentering –</p> <p>Koordineringsrollen til teamet ligger i mandatet -</p> <p>Nedbygging i psykiatrien medfører at man må enda mer ut mot kommunene – bli enda raskere til å lese ting – ser hva som er lurt å gjøre – har mer erfaringer å bygge på –</p>	<p>Vi er en diamant som må slipes – får mye positiv feedback – veldig forfriskende – stort behov i samfunnet for dette tilbudet -</p> <p>Gjort gode erfaringer underveis –</p> <p>Legger et bedre fundament for innleggelse via forvern</p> <p>Legger til rette for bruk av systemet – vise at systemet kan være "the good guys" – fremsnakker systemet</p> <p><b>Dersom Akutt-teamet hadde hatt lavere terskel? Tror de hadde fått veldig mange henvendelser å sile – må ivareta førstelinjens ansvar – unngå å bli et "bossbøttesystem" –</b></p> <p><b>Får en ekspansivt økende portefølje dersom vi senker terskelen</b></p> <p>Mangler en familierapeut – legge merke til familierelasjonene som kan ligge til grunn for kriser – bør bli mer våkne på dette – jobbe mer nettverk og system -</p>	<p>Lavterskel? Diskusjoner om dette nasjonalt - 50/50 hvor de ulike står –</p> <p>Fordel å få sortert først via andre instanser</p> <p>Vegring for å kontakte legevakt dersom det er noe psykisk -</p> <p>Lettere å ringe til psykisk helse team</p> <p>Forskjellige modeller – vi har valgt Birmingham-modellen</p> <p>Geografi? Sårbare når folk er vekke</p> <p>Reiser litt lenger men ikke så stor forskjell mellom by og land mht hvordan de jobber</p> <p>Folk på ytre søre har fått et bedre tilbud</p> <p>Kommunalt ansvar – brannslukking? Kriseteam i kommunen? Vi kunne godt vært kommunale – kunstig skille –</p>
<p>Gode grep</p>	<p>Først og fremst at de er et lavterskeltilbud – åpent for alle -</p>	<p>Lavterskeltenkningen</p> <p><b>Viktig at de kan nås direkte Sier aldri nei – prøver å</b></p>	<p>Felles seksjonsleder – lett tilgjengelig – flyt i systemet – har sekretær som kjenner</p>	<p>Klare fordeler at teamet er delt i to – har kortere responstid – men for</p>

		<p><i>være et ja-team</i>                  Noen kurset av Tom Andersen - Alle har tatt Vivo – prøver å holde seg oppdatert                  Summer sammen – ekstern veiledning fungerte – men de kunne gjerne hatt det av og til –                  Forebygge sekundærtraumatisering –                  Daglig samling rundt "leirbålet" jfr. Per Isdal</p> <p>Fordel å kjenne de ulike kommunale strukturene – gjøre gode avklaringer – samkjøre seg –                  Ting skal løses på lavest mulig nivå                  Kunne hatt "ambulant krise-team" – psykiske kriser, samlivsbrudd, agitasjon -</p> <p><i>Den som eier problemet skal definere når det er et problem -</i>                  Liker ikke "portvakt"-betegnelsen – ser mer på seg selv som en vurderingsinstans -</p>	<p>alle i systemet – lett å gjøre avtaler –                  Seksjonsleder jobber tett mot Bergen og England – sørge for at vi ikke mister akuttfunksjonen – passer på hverandre for å ikke bli for langvarig involvert –                  De fleste har møtt alle pasientene – alltid to og to ute – trygge på at det er greit – jobber både med psykose og suicidalitet – styrke å være to – også for de nye – bygger opp en relasjon til teamet selv – de skjønner at det kan komme forskjellige personer – at det rullerer –                  Virker positivt inn fordi de får tillit til systemet – blir heller ikke avhengig av enkeltpersoner</p> <p>HONOS – godt grep – screening verktøy – belyser hvor det trykker mest hos pasienten –                  kommunikasjonsverktøy – ser det med en gang – bruker tavle – ser over tid – inn og ut skåre –</p>	<p>teamet kan det bli en belastning – indre-teamet får et høyere trykk pga nærhet til poliklinikk</p> <p>Blir litt ledigere – finner andre løsninger – bruker nettverket – skaper trygghet – Vi kjørte de mer til døgnenhet tidligere -</p>
	<b>Nordmøre</b>	<b>Romsdal</b>	<b>Ålesund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
Oppfatninger om andre team	<p><i>- synes Rehab-teamet på Hjelset har en uklar rolle Driver litt det samme som ACT-teamet?</i>  <i>Akutt-teamet i Kristiansund overtar mye av rehab-funksjonene både ift Hjelset og Nordlandet –</i></p> <p><i>AHT i Ålesund – har definert seg slik at de ikke har lavterskel – må ha henvisning - har møtt en del motstand på dette i nasjonale fora –</i></p> <p><i>Akutt i Molde – sitter hovedsakelig på Knausen – blir ikke nok ambulant</i></p>	<p>Litt provosert av Sunnmøre – har svaret på alt – sett lyset –vi jobber svært forskjellig fra dem – har en annen tenkning i bunnen                  Jobber mer likt teamet i Kristiansund                  Godt samarbeid med begge de to andre teamene i Romsdal, ACT og Rehab-teamet – men vanskelig å se forskjell på dem                  Lettelse når ACT kom når de kunne ta over noen av de tyngste sakene – har avklaringsmøter med jevne mellomrom</p>	<p>Oppfølgingsteamene er for små – pasienter detter i mellom –</p>	<p>Har vært tro mot modellen – men vi er litt mindre selektive enn AHT – tar pasienter som AHT kanskje hadde slitt vekk –  <i>Jobber i et område uten ACT-team? Burde noen fått et slikt tilbud? Detter i mellom når det ikke finnes? Er kombinasjonen AAT og AOT nok på Søre? Noen kunne trenge et ACT-tilbud</i>                  Skulle også vært en koordinator for enkelte som blir kasteballer – ROP-pasienter spesielt -</p> <p>Møter noen av disse i forbindelse intoks-inn-leggelser på DPS – kan ikke tvangsinnlegge – problematisk at de skriver seg fort ut igjen</p>
Tanker om veien videre	<p><i>Bør bli bedre avklart mht overtid – tydeligere grenser for arbeidstid -</i>  <i>Unngå å overta for andre instanser når toppene kommer, spesielt på fredag</i>  <i>Jobbing for å avlaste</i></p>	<p><i>Åpningstid? Utvidet – må bli flere folk – lett å sette i gang en turnus –</i>  <i>Økonomisk spørsmål -</i>  <i>Burde ikke samorganisere alle teamene –</i>  <i>Etter hvert tre team under</i></p>	<p>HONOS-app under utvikling</p> <p>Skrive ut journal i bilen i fremtiden                  Suicidalitet – hvor lenge kan vi vente – bli mer systematisert i vurderingen</p>	<p><i>Fleksibilitet innen denne strukturen? Kunne kanskje gjort ACT-oppgaver for enkelte pasienter? Men måtte hatt mer ressurser</i>                  De gamle kronikerne som kommer fra avdeling – er</p>

<p><i>poliklinikk – spiser opp ressurser til ambulant arbeid</i>  <i>Kan bli pålagt utvidet arbeidstid – men det ser ikke ut til å være midler til dette -</i>  <i>Trenger en robust stab – 3,5 årsverk er ikke nok – Minimum 5 hele stillinger</i>  <i>Psykiater- og psykolog-ressurser må være tilgjengelig i tillegg- Dårlig synkronisering ift utskrivninger fra Hjelset – forutsettes å bli fulgt opp av Akutt-teamet, men hvor er Rehab-teamet? Enten bør de komme tydeligere inn eller:</i>  <i>Ett større team som kunne fungere generalistisk -</i>  <i>Vinderen DPS har et system der de kan gjøre ulike oppgaver ift ulike pasienter. Nordmørsteam pluss Romsdalsteam</i></p> <p><i>Bør få egne lokaler – tavle – bedre samkjøring internt</i></p> <p><i>Arbeidsmiljø – får ikke kompensert for risiko og annet ubehag</i></p> <p><i>Forskjeller i avlønning mellom teamene – bedre betingelser i Ålesund?</i></p> <p><i>Gjøre det mer attraktivt mht ny-rekruttering</i></p> <p><i>Trenger dedikerte akuttsenger på DPS</i></p> <p><i>Lavterskel vs. Portvakter (AHT): Man må ikke rykke videre før kommunene har etablert mer robuste tilbud</i>  <i>AHT-modellen fordrer godt samspill med AOT'ene pluss psykisk helsetilbud i kommunen – og kan gjerne fungere på Sunnmøre -</i></p> <p><i>Akutt-teamet i Nordmøre utfyller både kommunale funksjoner og rehab/oppfølgingsfunksjoner – spenner for vidt -</i></p>	<p><i>poliklinikken – under samme tak men ikke uavhengig av poliklinikken</i>  <i>– spiller på mange parter – Rusteamet, ROBUST osv. – Alle teamene trengs –</i></p> <p><i>Må være noe annet enn det man har i kommunen av ambulante tjenester -</i></p> <p><i>Kuttet ned nok på senger – trengs kapasitet og kompetanse på sykehus for de dårligst fungerende –</i></p> <p><i>Må ikke bli siste løsning å bli innlagt – av og til må dette komme tidsnok – heller time dette godt og ha en kort innleggelse enn å måtte vente for lenge – og i verste fall til når det er gått for langt</i></p>	<p><i>EQS – implementere nasjonale retningslinjer – MINI – høyne kvaliteten – via standardiserte sjekklister mht risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer</i>  <i>Veldig mange saker der dette er aktuelt – høyt symptomtrykk og høy suicidalfare –</i></p> <p><i>Suicidalitets-app – forskningsprosjekt?</i></p> <p><i>Veien fremover?</i>  <i>Demografisk og geografisk samfunnmessig – kan ikke skjønne hvorfor ikke andre har gjort slik som oss –vi har en seksjonsleder som har vært entreprenør – setter i gang –</i>  <i>Antall spesialister halveres etter hvert – må bruke flere spesialister på kommunenivå – har spart masse ved å bruke spesialister i ambulante team – Etter hvert flytte denne virksomheten over til kommunen –</i>  <i>Tette noen hull internt ved inreach –</i></p> <p><i>2020? Ambulant virksomhet mer anerkjent – Rus og personlighetsforstyrrelser mer tatt tak i –</i>  <i>Spesialisering på kommunenivå mht ambulant virksomhet</i>  <i>Spesialistene nærmere pasientene – endringer i lovverk og holdninger</i>  <i>Gjøre de rette tingene på rett nivå</i>  <i>Implementere psykologspesialister i kortidsteamene – skape nye tradisjoner – trenger deres refleksjoner – kommer inn med et annet perspektiv – kan følge de som er på vei utav teamet</i></p>	<p><i>en "utdøende rase" - Paradigmeskifte nå – pasienter får ikke institusjonalisering og opplæring av hverandre</i></p> <p><i>10 år fremover? Vi blir aldri arbeidsledige – økende problem med rus-psykiatri – må ha et lavterskeltilbud</i></p> <p><i>Rusteamet må kunne jobbe mer ambulant – fått integrert dette i de ambulante teamene –</i></p> <p><i>Spesialistene – utfordring å få de ut i distriktene og tilknyttet ambulante tjenester –</i></p> <p><i>Ett stort team for Søre-Sunnmøre? Et naturlig steg videre – får nok ressurser til å gjøre vurderinger</i></p> <p><i>Ambulante team styrte også poliklinikken? Starter der brukeren er – gjør vurderinger om hva som trengs – fremtidens psykiatri er ambulant – kriseplasser, gruppetilbud, samarbeid</i></p> <p><i>"Kan ikke tenke oss å gå tilbake å jobbe i avdelingen – pasientene har det mye bedre nå, men det er ikke helt på plass i det kommunale – ei heller er DPS klar til å ta imot økte belastninger etter nedleggelse av Larsnes – her er det et ettersle."</i></p>
--	---	--	---

<b>Tabell 2. OPPFØLGNINGSTEAMENE</b>				
	<b>Nordmøre og Romsdal</b>	<b>Sjøholt</b>	<b>Vegsund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
Generelt	<i>Hjelp en gruppe pasienter som behøver oppfølging fordi de ikke kan nyttegjøre seg poliklinisk tilbud</i>	<i>Først ambulans via avdelingen - fulgte pasienter ut Gikk over til å være et eget team – hadde inforunde i alle åtte kommunene – fikk etter hvert innsøking Startet for fullt høsten 2010  Formalisert – utarbeidet retningslinjer – tidsperspektiv – type saker – hva de kan eller ikke kan gå inn i – avgrensinger</i>	<i>Ca 4,5 årsverk- Ble startet 2010 med kun to ansatte, teamleder og en ansatt – initielt gruppebehandling, dagbehandlingsteam Mandat - Vært under forandring – reiste rundt for å studere andre team – mer fokus på dagbehandling – etter hvert det ambulante, men fortsatt noen grupper – prosess på å få dette mer ut i kommunen</i>	<i>Startet 3/9 2012 Mandat – hadde en overlappning med teamet i Volda, jobbet opptil slik de jobbet, tok over pasienter fra dette teamet. Ett team på Larsnes som dekker hele Søre Sunnmøre Ansatte – 12 på papiret – i praksis ca 6-7 i felt</i>
Organisatorisk forankring	<i>Mye skiftninger – litt løst organisert – er nå på vei under poliklinikken? Er ikke godkjent poliklinikk</i>	<i>DPS Sjøholt, ambulans og døgnsesksjon</i>	<i>DPS Vegsund, ambulans og døgnsesksjon</i>	<i>DPS Søre Sunnmøre, Ambulans seksjon</i>
Dekningsområde	<i>Dekker både Romsdal og Nordmøre Utfordringer? Nordmøre er lite representert – har gjort noen fremstøt – men det har ikke kommet så mange henvisninger – fått noen fra Akutt-teamet – Blir flest fra Molde og nærområdet – henger igjen fra gammelt av –  Reiser til alle kommunene, men store forskjeller – litt i Sunndalen, kun enkelttilfeller i Aure og Halså – blir en del i Rauma Veldig mye i bil - lange reiser – forsvinner mye tid der</i>	<i>Tilpasser fordeling av pasienter pr behandler ift geografi Dekker fra øyene til indre fjordstrøk – fra Tafjord til Haram og Ellingsøya Største tettheten er på Stranda og Sykkylven Disse er mest ivrige på å søke – godt samarbeid gir mye innsøking, selv om de også har et godt tilbud kommunalt – Supplerer hverandre mer enn at de trekker i hverandres bedd Lang reisevei – begrenser hvor mye de rekker på en dag</i>	<i>Dekker Sula, Giske og 2/3 av Ålesund Rundt 60.000 innbyggere Alle reiser til alle kommunene –</i>	<i>Dekker 7 kommuner – basert på Larsnes Må sjonglere litt – men stort sett kan de planlegge dagene  Dekningsområde – relativt store avstander – til sammen tre timer kjøring på det lengste Samkjører møtene sine for å spare tid ved lange reiser Stort sett en halvtimes- tre kvarter unna firmabil</i>
Terskel/Henvisningsprosedyre	<i>Kan henviser fra kommune – åpent begge veier – hovedleverandøren er Akuttseksjonen – seksjon for Rehabilitering var sterkere inne før –</i>	<i>En viss overlappning ift innlagte på DPS – men mest innsøkte utenfra Tre dager responstid – tatt imot henvisning fortære når de kjenner til pasienten Hvor går grensen? Tidsavgrenset – kun inne i kort tid – kommunene må jobbe mer langsiktig Felles inntaksteam for sengepost og ambulans team - Noen får ikke tilbud – dersom man ser at det ikke vil være tilstrekkelig med ambulans oppfølging – sammensatte saker – Må ikke være for diffust – må vite hva de skal gjøre</i>	<i>Henvisning – både via DPS, fastlege, AHT, avdelingen på sykehuset, og psykiatriske team i kommunene, men unntaksvis Gjør vurderinger om det heller skal jobbes ambulans når søknad om innleggelse kommer til DPS</i>	<i>Henvisning via fastlege eller poliklinikk og avdelingen Går via felles inntaksteam i Volda Teamleder representert der Kun ved søknad – henviser folk til å finne rette kanalen dersom de tar kontakt direkte</i>

	Nordmøre og Romsdal	Sjøholt	Vegsund	Søre Sunnmøre
Internt samarbeid og arbeidsmåter	<p>Arbeidsmetoder? Ikke helt klart definert – har laget veien mens de gikk – har vært en prosess – både ift seg selv og pasientene – koordineringsbiten viktig – hjelpetiltak, økonomi, bolig, opprette ansvarsgruppe – få det til å henge sammen – Spesialkompetanse ift pårørende og nettverksjobbing – forebyggende helsearbeid Tenke muligheter og ressurser –</p> <p>Jobbe helhetlig – utredning av lese- og skrivevansker, ADHD, bør få inn noen som har kompetanse her – Kartlegge bredt – kobler inn andre – systemisk tenkning – henvise til PPT – er også med inn i samtale – i hele prosessen – være støttespiller – koordineringsrolle – koble inn de rette instansene –</p> <p>"Vi overtar ikke de funksjonene som finnes ellers ...får dem til å fungere bedre... støtter dem... viktig rolle med å hjelpe pasienten til rette instans og til å nyttiggjøre seg tilbudet." Vurdere psykisk tilstand opp i mot de tilbud og utfordringer de har – Har fått lite pålegg men tolker sitt oppdrag ut ifra at spesialisthelsetjenesten har et mandat og en rolle - gjør ikke noe i strid med dette –</p> <p>Overfører pasienter tilbake fra avdeling dersom behov Møter pasientene på deres egen arena enten hjemme, på tur og kafe, fritidsopplegg og på sengepost dersom innlagt – følger pasientene der de er, bryter ikke kontakt – Kontinuitet og alliansebygging –</p> <p>To og tre personale rundt hver enkelt – etter kompetanse og aktiviteter som skal inn – på tvers av kommunene –</p>	<p>Jobber ute mest – unntaksvis samtaler på DPS – psykiater er med ut Driver behandling ikke bare oppfølging – målrettet hva de skal gjøre Teoretisk overbygning? Kognitiv terapi og fysisk aktivitet</p> <p>Jobber to og to Familie nettverk – opptil pasienten, varierer litt – noen vil ikke Motiverer til å ta med pårørende Familieskolen – Pårørende har stort behov for å bli involvert – også små barn Går ut brev først - Gjør avtale med pasienten via tlf - Spør allerede ved inntak om de vil ha med pårørende, partner Har med samtykkeklærning – får tillatelse til å kontakte øvrige parter, lege NAV osv – får som oftest positivt svar – jobber nå stort sett nettverksbasert med alle Knirkefritt? Noen vil ikke involvere foreldre, eller at det tas kontakt med skole Skam – ingen må vite – ikke så ofte dette skjer</p> <p>Jobbe ute i naturen, gå turer - Mer fokus på traumer – Jobber to og to –</p>	<p>Drive gruppe og ambulant – flere gruppetilbud, depresjonsgruppe bl.a. Mer fokus på pårørende Ut på hjul til heimene – lite møter med pasienter på DPS – kun når det ikke høver seg å møtes andre steder – og av til lettere å strukturere samtaler her Være katalysator – skal være et supplement – driver kognitiv terapi – veiledning overfor personal, pårørende – ser at det blir et stort gap ned til det kommunen kan tilby- Blir en del av og på – inn og ut Reiser ut to og to Stress-sårbarhetsmodellen Kognitiv tilnærming Samarbeid med pårørende Bruker nettverkskart Systemisk tenkning – jobber med systemet – pluss recovery-orientert fr. myndiggjøring og salutogenese Blir en miks i praksis Mindfulness – tidlig intervensjon</p>	<p>Ikke mer enn to ganger i uka pr pasient – Psykiater drar ut sammen med de andre – Jobber to og to i felt – hovedansvaret for hver sine – men kan gå inn i hverandres saker Skal alltid være noen som er kjent for pasienten</p> <p>Teoretisk overbygning – ideologi – nettverksjobbing – være spydspiss og hjelpe dem videre</p> <p>Risiko – alltid to personer, unntaksvis alene – trygghet</p> <p>Blir registrert i poliklinikk – alle typer kontakt og møter</p>

<p>Pasienter og caseload</p>	<p><i>Pasienter som har langvarige løp og bruker masse helsetjenester</i>  <i>Hver enkelt behandler har 10 -15 saker</i>  <i>Til sammen 40 saker</i></p> <p><i>Går i rykk og napp mht nye saker – i lengste fall mange år -</i>  <i>Hva med personlighetsforstyrrelser? ACT-opplæringen(Acceptance and Commitment Therapy) har hjulpet – mer bevisst på under- og overregulering – skjønner mer dynamikken i det relasjonelle – ikke bli sugd inni kaoset</i>  <i>Alle får plass -</i></p>	<p><i>Bredt spekter av diagnoser</i>  <i>Schizofreni</i>  <i>dobbeltdiagnoser</i>  <i>Psykisk utviklingshemmede</i>  <i>Ikke så mange eldre nå, men har hatt</i>  <i>Hvor mange til enhver tid: 25-30 fordelt på første- og andrekoordinator</i>  <i>4-5 på hver -</i></p> <p><i>Tidsavgrensning – 3-6 mnd</i>  <i>Noen de har fulgt hele veien – ser at det er hensiktsmessig</i>  <i>Bygd opp relasjon over lang tid – ser gradvis sakte bedring – uheldig å bryte –</i></p>	<p><i>Noen har alvorlige diagnoser - andre har lavt funksjonsnivå men mindre alvorlig diagnose –</i>  <i>Hvor mange til enhver tid? Rundt 30</i>  <i>Hvor lenge inne? 7 mnd i snitt- noen veldig kort – noen uker – for å sikre overgangen mellom ett tilbud til ett annet – etter innleggelse f.eks. til poliklinikk –</i>  <i>de lengste er over flere år.</i></p>	<p><i>Ikke gå inn når det er krise – unntaksvis når pasienter er dårlige</i>  <i>Ett års oppfølging – opptil 1 ½</i>  <i>Caseload – fulle tavler – 45 m/ TUD pasienter</i></p>
	<p><b>Nordmøre og Romsdal</b></p>	<p><b>Sjøholt</b></p>	<p><b>Vegsund</b></p>	<p><b>Søre Sunnmøre</b></p>
<p>Tvungent psykisk helsevern</p>	<p><i>Prøve å kvalitetssikre opplegget rundt de som er utskrevet til hjemmet med tvungent psykisk helsevern – ofte pasienter som har-psykoselidelser og sammensatte lidelser –</i>  <i>dobbeltdiagnoser –</i></p> <p><i>Prøver å legge inn besøk som ikke handler om tvang</i></p>	<p><i>TUD – i samarbeid med kommunen, medisinerer injeksjoner,</i>  <i>paragrafvurderinger</i>  <i>Hat et prosjekt på dette sammen med DPS Vegsund</i></p>	<p><i>TUD pasienter – over flere år</i>  <i>Psykose-pasienter</i>  <i>Personer med alvorlige kroniske lidelser – alvorlige spiseforstyrrelser –</i>  <i>Prosjekt tettere oppfølging redusere tvangsbruk – tar utgangspunkt i TUD-pasienter som følges opp av ambulante team –</i></p> <p><i>Det er flere TUD-pasienter enn de som teamet følger opp</i></p> <p><i>Ser at det er tilfeldig hvor godt disse følges opp – dårlige rutiner – ingen EQS-rutiner – informasjon til pårørende mangelfull – akuttavdelingen ikke drillet – tilfeldig hvem som følger dem i kommunen</i>  <i>Der at det mye å jobbe med –</i>  <i>Med tettere oppfølging – større mulighet for frivillighet</i></p>	<p><i>TUD-pasienter – har tilsyn – følger og setter inn tiltak</i>  <i>Dette ansvaret ble i løpet av høsten tydeligere etter hvert – i forlengelse av ett-årig prosjekt –</i>  <i>1/3 av alle TUD-pasienter på Søre Sunnmøre følges av AOT - Vedtaksansvar og oppfølgingsansvar på de andre 2/3 er spredt –</i>  <i>Til sammen 10-12 TUD-pasienter hvorav 3-4 av disse gjerne kunne vært henvist til ACT – personer som ikke vil ha hjelp – lite interessert – møter ikke opp til medisinerer –</i></p>
<p>Samarbeid med andre team</p>	<p><i>Poliklinikken i Molde mest – var mer tidligere i Kristiansund – blir mer kjent med dem man har mye kontakt med –</i>  <i>Grenseoppgangen til ACT-teamet – forholder seg til hver sine henvisninger – ikke noe sortering – har overført neon til ACT når de ikke har nådd frem – bl.a. pasienter med</i></p>	<p><i>Samarbeider med AHT</i>  <i>Deler Ålesund ytre og indre med AOT Vegsund</i>  <i>Kan kontakte akutt-teamet mht innleggelse</i></p> <p><i>Har lite samarbeid med ACT-teamet fordi enkelte kommuner ikke har avtale –</i></p> <p><i>Kontakt mellom teamene på teamleder-nivå</i></p>	<p><i>Tett samarbeid med AHT – når det toppe seg –</i>  <i>suicidalvurderinger – de kan gå inn på kveld og helg</i>  <i>Unngått innleggelse i samarbeid med AHT – unngått tvang – har fått en relasjon til pasienten – kan snakke sammen – når frem – har tillit – frivillighet – trygghet –</i></p>	<p><i>Går ikke akutteamet i nærheten – kommer inn når den verste stormen har lagt seg</i>  <i>Kan ha et samarbeid – med akutt-teamet andre veien også ved at akutt-teamet overtar – kan ha løpende kontakt</i>  <i>Kan forstå innleggelse – ringe fastlege og legevakt – kontakter akutt-team</i></p>

	<i>dobbeltdiagnoser – trenger hyppigere oppfølging – mer ressurser rundt pasienten enn det Rehab.-teamet har</i>			<i>Samarbeider med begge akutt-teamene</i>
<i>Samarbeid med døgnerheter</i>	<i>Har gode linker til Akuttseksjonen – flere er i delt stilling, 50% her og der – fordeler når man skal legge inn – Samarbeider med pasientene også når de er innlagt - Samlokalisering en fordel – bli mer samkjørte – det glipper litt på Nordmøre – <b>Får ikke henvisninger fra DPS – 1 fra Nordlandet – noe som skurrer her – blir ikke tatt med i betraktningen Dårlig flyt</b></i>	<i>Døgnavdelingen på DPS følger opp sine egne i et visst tidsrom etter utskrivelse – ettervern-dette tar ikke AOT over  Henvise til innleggelse ved DPS – men ikke akutt – henviser til inntaksteamet - men i noen tilfeller få inn på dagen</i>	<i>Samarbeid også når pasientene er inne på avdelingen – kan legge planer – <b>være med på de interne og samarbeidsmøtene på døgnerheten henimot utskrivning og overgang</b> – Kan legge inn selv på mottak – har også kriseseng på Vegsund, og AHT har også en kriseseng.</i>	<i><b>Jobber ikke inn imot avdelingen – jobber med dem som er ute</b> Akutt-temaet har tilgjengelig senger – øke dette etter hvert over nyttår til to krisesenger og to brukerstyrte senger Pasienten vil da slippe å reise til Ålesund – kortere vei – mindre problematisk for pasienten</i>
	<b>Nordmøre og Romsdal</b>	<b>Sjøholt</b>	<b>Vegsund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
<i>Samarbeid lokalt/ kommunalt</i>	<i>Samarbeider med kommunale instanser, psykiatrisk poliklinikk Samarbeid NAV, psykiatritjeneste, fastleger, økonomi, bolig, helse  Varierer hvor mye fastleger deltar på møter –  Ikke noe standardisert opplegg – tilpasset den enkelte bruker Systemisk tilnærming – kontakt med pårørende – de kjenner problematikken på kroppen – Psykiatritjenesten i Kr.sund er blitt bedre organisert – Molde har blitt dårligere – fragmentert i Molde – Kr.sund tar bedre unna?</i>	<i>Samarbeid med kommune – rolle- og ansvarsavklaringer - blitt tydeligere etter hvert Slet litt til å begynne med – blitt veldig godt kjent ut i kommune Noen kommuner har ikke eget psykisk helseteam – må passe på å ikke låse ressursene til slike – kunne ønsket at alle kommunene hadde hatt avtale med ACT-teamet – ser at det er et stort behov Samarbeider godt med kommunene – hvem gjør hva, når Psyk team og fastleger, bofelleskap <b>Veiledning og behandling opp mot utviklingshemmede</b> Lett til moderat utviklingshemming – utagering Gode muligheter til å få til endring Samarbeider med habiliteringsteam – deres primæransvar – Pga for lite ressurser, ser man stressøkning som gir psykoser - medisinerer, utrygghet - hovedfokus blir veiledning til personalet, undervisning- ukentlig</i>	<i>Være med pasientene på NAV - Ikke så mye fastlege – Psykiatriteamet i kommunen - Hvor går grensen ift kommunen? Vanskelig å definere – "Ved utredning har vi en klar rolle – men ved lengre tids oppfølging... i mange saker jobber vi i en gråsoner....vanskelig å se at man er spesialisthelsetjeneste.... lettere å se i korte løp... når man kan trekke seg ut."</i>	<i>Samarbeid – med alle som kan være involvert – familie, NAV, lege, psykiatritjenesten, barnevern - Kaller inn til samarbeidsmøte ute i kommunene Nettverksmøte – alle instanser og familie – ved behov for mer koordinerte tjenester  Samarbeid med kommunen - koble seg inn og ut – må inn noen ganger før man ser at det ikke er aktuelt å ta saken</i>
<i>Etiske utfordringer</i>	<i>Etisk dilemma – medisinerer i hjemmet – har diskutert mye om dette</i>	<i>Etiske dilemmaer fordi pasienter med utviklingshemming ikke får</i>	<i><b>Forskjeller mellom kommunene – små kommuner sliter – veldig</b></i>	<i>Det går av og til for langt før det gripes inn overfor pasienter med TUD -</i>



	<p>– trækker over en grense – bør skje på andre steder – Når noen ikke vil ha oppfølging – hvor mange ganger skal man banke på?</p> <p>Må gi seg etter hvert fordi de har en grense mht etikken og pasientens autonomi –</p> <p>Dilemma om definering av det gode liv for andre – Gevinsten av antipsykotisk kan være liten målt opp mot belastningene –</p>	<p>et godt nok tilbud – føler seg pliktig til å bidra fordi denne gruppen også har krav på et psykiatrisk tilbud, slik som alle andre</p> <p>Men man har senest i dag skrevet et brev for å melde fra om at dette ikke er deres ansvar</p> <p>Etiske dilemmaer – daglige vurderinger – fulgt opp pas i lengre tid – så at pas ikke fikk den tilstrekkelige oppfølgingen – skar seg – føler at man burde være lenger inne men man må sette en grense- må overlate ansvaret til kommunen når denne grensen er nådd – hvilke hensyns veier mest?</p>	<p><i>personavhengig - diskontinuitet – "Der strekker vi oss litt lenger... når vi ser at det går galt... vi har gode intensjoner...vi er redd de skal glemme det som er opparbeidet...det er ikke det at de ikke er flinke men de har så mange ting at de lett kan glemme... det blir også pulverisert ansvar...fragmentert...det glipper. Vi ser sjelden individuell plan – kun på de med de aller største problemene. Ser heller ikke behandlingsplan eller kriseplan."</i></p>	<p>I saker AOT er involvert er det etter hvert kommet greie rutiner for inngripen når det skjærer seg og når det tvungne vernet skal oppheves</p> <p>Kan fort bli et misbruk ved at de dekker over kommunale mangler – har vært OBS på dette – ikke like lett å se hvor skillet går mellom deres og kommunens ansvar – skille ved at de veileder kommunene slik at de skal klare å stå i situasjonen</p>
	<b>Nordmøre og Romsdal</b>	<b>Sjøholt</b>	<b>Vegsund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
Vurdering av egen virksomhet	<p>Gode erfaringer mht å unngå innleggelse – men også når det gjelder riktig bruk av innleggelse</p> <p>Kunstig å være under en døgnenhet – poliklinikken er bedre, samt at de kunne bli samorganisert med de andre teamene i en egen seksjon?</p> <p>Var et "alibi" i omstillingsprosessen da det ble lagt ned døgnplasser</p> <p>Noen er positive til tilbudet</p> <p>Synes de har gjort en god jobb mht TUD - følger opp medisinerer - trekker seg ikke unna – står last og brast –</p> <p>Blir mindre bruk av tvangstiltak – legger til rette på en bra måte innen TUD – skjuler ikke tvangen – er åpen på dette – forutsigbarhet – utarbeide planer for vernet – beredskapsplaner – gir trygghet –</p> <p>Før hadde man ikke oversikt over TUD – uten faste rammer – det glapp – skapte mye støy og var mer krenkende – bedre å holde TUD stramt så lenge det trengs</p> <p>Ikke automatikk i at Rehab-teamet skal ha alle TUD-pasientene – kunne fort blitt et "tvangsteam" – for lav bemanning også</p>	<p>Dess tidligere de begynner nettverksorientert, desto bedre – blitt tryggere</p> <p>Hva har dere bidratt med?</p> <p>Fleere har hatt mange og lange innleggelse – for noen er antall liggedøgn halvert</p> <p>Post B – færre innleggelse en stund –</p> <p>Akutsenger – ble tatt bort etter at ambulant team kom - Klarer å holde dem ute -</p> <p>Spesielt de som har vært veldig avhengig av DPS – de føler fortsatt de har en link inn – men trenger ikke innleggelse</p> <p>Teamet har nå flere pasienter enn døgnenheten</p>	<p>Grenseovergangen til kommunen er uklart definert – mange gruppetilbud og kurs kunne vært gjort på kommunalt nivå -</p> <p>Fleere oppgaver som kompenseres for fordi kommunen ikke tar dem</p> <p>Nå har dette kommet seg noen steder – men problemet ligger og ulmer</p> <p>God kapasitet til å koordinere kompliserte saker og TUD-saker</p> <p>Hvor mye mindre innleggelse? De som har vært her lengst har klart seg uten innleggelse.</p> <p>Mange av dem hadde lange innleggelse tidligere.</p> <p>TUD: mer innleggelse – pårørende har fått en kanal inn – og dette kommer pasienten til god</p> <p>Mange vil heller ha hjemmebehandling enn innleggelse</p>	<p>Kommunene har blitt flinkere til å benytte seg av AOT -</p> <p>Teamet er tverrfaglig sammensatt – spennende og kjekt å jobbe her -</p> <p>Hvordan utgjør de en forskjell? Pasientene har tillitt til dem – setter pris på å få behandling hjemme – de har en klar bestilling – og er med så lenge det trengs</p> <p>Ingen statistikk -</p> <p>Enkelpasienter hadde hyppige reinnleggelse før teamet kom i gang.</p> <p>Planlagt innleggelse pluss oppfølging er løsningen nå</p> <p>4 ansatte er for lite – fikk forsterkning – blir litt travelt – hadde ikke klart det uten forsterkning –</p> <p>Fikk litt mye til tider – spesielt fra døgnavdelinger</p>

	<i>Kommet fort på banen og fått til innleggelse – går roligere for seg Færre innleggelse – ikke nødvendigvis unngå innleggelse – riktig innleggelse</i>			
	<b>Nordmøre og Romsdal</b>	<b>Sjøholt</b>	<b>Vegsund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
Gode grep	<p><i>Prosjekt om arbeid og helse – bruker en manual – må tilpasses lokale forhold og brukerne – søke jobber, tilpasse på arbeidsplassen</i></p> <p><i>Den gode samtale – det gode møtet –</i></p> <p><i>Tenker på hvilken setting pasienten lever i – hvilke relasjoner vedkommende står i – tilbyr nettverksmøter – kan bruke reflekterende team –</i></p> <p><i>Jobber ofte to og to – reflekterer ilag</i></p> <p><i>Samler barn, foreldre, utvidet nettverk</i></p> <p><i>Jobber med det som at det er en selvfølge –</i></p> <p><i>Utarbeidet brosjyre – relasjonen er bærebjelken – felles forståelse – avvikle pasientrollen – hva er drømmen din? –</i></p> <p><i>Har bygd en felles plattform</i></p> <p><i>Spesialisert seg overfor dem med asperger/psykose – Etter videregående – rammen faller fra – lite språk – isolerer seg</i></p> <p><i>Bommet mye til å begynne med – var for pågående – blitt bedre til å tilnærme seg dem – store variasjoner – bygge tillit –</i></p> <p><i>Ser at dette tilstandsbildet kan ha vært startpunktet for mange kronikere – har ikke kommet seg videre -</i></p> <p><i>Utvikler en særkompetanse på dette feltet</i></p> <p><i>Starter der den enkelte er - Spiller systemet og brukeren gode – overtar ikke – får til en bedre sirkulasjon –</i></p>	<p><i>Mange av samtalene foregår ute i friluft – i stedet for rundt et bord – får en helt annen samtale når man går ved siden av hverandre – flere fluer i ett smekk – mosjon – de biologiske prosessene som settes i gang via daglys bra for depressive symptom</i></p> <p><i>Kompetansehevingsprogram om traumer</i></p> <p><i>Alle har videreutdanning – lærer mye av hverandre –</i></p> <p><i>Jobber to og to – får en annen opplevelse – observasjon – gi støtte til hverandre – debriefing - nullstilling</i></p> <p><i>Har ruskompetanse</i></p> <p><i>Strukturerte innleggelse Forhindrer kriserelaterte innleggelse hos dem de jobber med</i></p>	<p><i>God samkjøring mellom AHT og AOT – unngår innleggelse</i></p> <p><i>To-veis kontakt og utveksling – kobler hverandre inn etter behov</i></p> <p><i>Det flyter – felles journalsystem</i></p> <p><i>Ikke knirkefritt der heller – AHT assisterer ikke ved tvang – psykisk helseteam fra kommunen må inn der</i></p>	<p><i>Ok å ha felles inntak – får det som de er tiltenkt</i></p> <p><i>Gjør klare avtaler med kommunene mht oppfølging av TUD - – går bedre både underveis og når TUD avsluttes</i></p>

	<i>Tenker rehabilitering selv for kronikere – får andre typer samtaler – ganske mange som har vært helt institusjonalisert som nå er arbeidssøkende – oppdager egne ressurser – gjenopptar ferdigheter –</i>			
	<b>Nordmøre og Romsdal</b>	<b>Sjøholt</b>	<b>Vegsund</b>	<b>Søre Sunnmøre</b>
Oppfatninger om andre team	<p><i>har vært flinke på å vurdere hvor pasientene passer – psykiater har innvirkning – vi kommer til kort av og til – bra at vi innrømmer dette - verdt et forsøk at ACT prøver seg</i></p> <p><i>ACT-teamet bare en forlengelse av det de gjør? Dimensjonell, ikke kategoriell forskjell? Kunne vært samme teamet? Veldig forskjellig tankegang – Jobber i et annet modus – to leire – ikke umulig – noen i teamet hadde spesialisert seg – ACT-teamet skyter spurv med kanon?</i></p> <p><i>Akutt-teamet i Molde? Har regelmessig kontakt med dem – vet litt om hva de holder på med – får henvisninger fra dem – de har bedre oversikt over tilbudet – Akutt-teamet i Kristiansund hører de ikke fra -</i></p>	<p><i>Kunne ønsket at alle kommunene hadde hatt avtale med ACT-teamet – ser at det er et stort behov</i></p>	<p><i>ACT-teamet – er veldig tro mot modellen sin – ACT "eier" pasienten - de overlapper ikke i det hele tatt med AOT – men når det er TUD kommer de med pasienten til AOT – De tenker kanskje at det vil ødelegge alliansen at det er opprettet TUD?</i></p> <p><i>Noen av pasientene har vært i ACT – mye det er uklart hvilke kriterier de opererer med. "Vi får dem av og til rett i fanget."</i></p> <p><i>TUD gir mulighet til intervensjon dersom non-compliance – mulig at det derfor det ikke er nødvendig med ACT overfor TUD-pasienter -</i></p>	<p><i>Ikke nok befolkning for ACT team på Søre Sunnmøre – men man har gjerne en ACT-funksjon overfor enkelte pasienter</i></p>
Tanker om veien videre	<p><i>Kunne vært flere henvisninger – tror ikke de er godt nok kjent Viktig at pasientene havner i rette teamet – Har ikke teamleder – Felles leder for alle teamene? Seksjonsleder – høres positivt ut –</i></p> <p><i>Samle alle i en seksjon og teamleder på alle teamene?</i></p> <p><i>Psykiater og psykolog på tvers av teamene -</i></p>	<p><i>Mer involvering av pårørende Pasienten ser det ikke med en gang men setter pris på det etter hvert – positiv spiral – få det strukturert Informasjon og opplæring til pårørende – burde fått dette enda mer strukturert – familieskolen – pårørendekveld Aktiviteter – Turgruppe kombinert med undervisning – Jobbe psykoedukativt Trenger ressurser til å drive mer gruppebasert og psykoedukativt Angstgrupper, ernæring mv.</i></p> <p><i>Gikk litt poliklinikken i nærheten – men dette var pasienter som ikke klarte å</i></p>	<p><i>Ha ansvar for alle TUD-pasientene i sitt område? Kanskje – Hva med å implementere ACT-tilnærmingen i et AOT? Dvs. ta hele pakken- Kunne også være et poeng å opprette FACT-team (fleksibel ACT) på kommunalt nivå overfor spesielt ROP-pasienter</i></p> <p><i>–</i></p> <p><i>Mer ressurser på kommunalt nivå – de skjærer til beinet – "Vår behandlingstid hadde blitt kortere dersom det var mer stabilitet i personalet i kommunen."</i></p> <p><i>Større kommuner – interkommunalt</i></p>	<p><i>Måtte gi seg selv et par år for å falle på plass – mye kan gå seg til ennå Veien videre? Spennende muligheter – mest med TUD og mer alvorlige lidelser – Sile enda mer ut ved inntakt ved at flere blir forankret i et kommunalt tilbud pluss at de som kan reise på poliklinikk, gjør det –</i></p> <p><i>Mange kommuner er dårlig bemannet og tenker ikke nok psykiatribemanning, spesielt på kveld og helg – har kun en person alene – får en del som kanskje kunne vært kommunalt</i></p> <p><i>Gråsoner i forhold til kommune? Ikke noe problem så lenge de har høy bevissthet om rollene</i></p>

		<p>delta i poliklinikkens opplegg.</p> <p>Mer eksponeringstrening lokalt -</p> <p>Organisering – andre modeller?</p> <p>Samorganisert med andre ambulante team?</p> <p>Samlokalisert? Litt redd for at det blir veldig sentralisert.</p> <p>Vår styrke er at vi er ute i distriktet – nærmere våre kommuner</p> <p>Ville blitt mye tid til kjøring</p> <p>Kunne gjerne vært et større team</p> <p>Geografisk inndelt – blandet de ulike funksjonene/elementene i hvert team – i større robuste team –</p> <p>Ett større team kunne jobbet med de ulike funksjonene- hadde vært helt ypperlig –</p> <p>Kjenner geografien</p> <p>For brukeren hadde det vært lettere å forholde seg til ett team – de ser ikke forskjell på teamene – spesielt i distriktet hadde det vært fordelaktig – også i forhold til de små kommunene</p> <p>Gi likt tilbud til alle kommuner</p> <p>Åpningstider – noen dager lengre åpent for bl.a. å møte pårørende, barn – lettere å få til – ikke nødvendigvis helgeåpent</p>	<p>samarbeid?</p> <p>Skal starte psykoedukativ familiegruppe – sende folk på kurs – starte gruppe for psykotiske hjemmeboende med to pårørende hver – fem familier – manualbasert - problemløsningsmetode</p> <p>Annenhver uke i to år – Søkt om midler til å jobbe dette inn mer bredt i foretaket -</p> <p>Utvide teamet til 12 årsverk</p> <p>Flere brukerstyrte senger på DPS</p> <p>Felles inntaksteam – en fordelingsinstans</p> <p>Mer robuste team – med både AHT-delen og ACT-delen i samme team?</p> <p>Kunne gi mening å ha flere funksjoner i samme ambulante struktur og at teamene først og fremst ble geografisk inndelt</p>	<p>Det går an å kommunisere mye bedre inn mot kommunene – mye å gå på her –</p> <p>Ikke bare teamets ansvar men også avdelingen må bli flinkere til å kommunisere med 1. linjen</p> <p>TUD – burde hatt mer oversikt når dette etableres</p> <p>Burde hatt mer oversikt over andre som er på vei ut av avdelingen</p> <p>De har tilgang til journal men er ikke inne i saken når det er innleggelse – trenger oppdatering</p> <p>Burde de fått vite når noen fra SøreSunnmøre blir innlagt?</p> <p>Dersom de var mer samkjørt med akutt-teamet så hadde de hatt hele bildet – burde vært tettere på hverandre –</p> <p>Andre oppfølgingsteam følger sine pasienter også ved innleggelse. Unaturlig å avslutte kontakten, men de tjener penger på avslutning/epikrise, pluss nyregistrering -</p> <p>Skal dette være styrende?</p> <p>Tidligere – forvern, behandling og ettervern i en pakke -</p> <p>Nå splittes dette opp – diskontinuitet - tiltakskjede</p> <p>Videre fremover på Søre Sunnmøre – om 10 år – hvordan ser det ut?</p> <p>Større kommuner – botilbud med døgnoppfølging</p> <p>Hvis dere får bestemme?</p> <p>Slå sammen akutt og oppfølging – en pakke – jobber med de samme menneskene i ulike faser – Være litt mer samlet - sentralisert</p>
--	--	--	---	--

<b>Tabell 3. ACT-TEAMENE</b>			
	<b>NORDMØRE</b>	<b>ROMSDAL</b>	<b>SUNNMØRE</b>
Generelt	<p>Oppsøkende behandling av psykosepasienter – rus – utredning av andre pasienter – ikke kun psykose – litt bredere gruppe</p> <p>Ut i felten</p> <p>7 ansatte i utgangspunktet -</p> <p>Idag 3 100% stillinger pluss 50% psykolog og 20% psykiater</p> <p>Litt usikkert hvor lenge prosjektet skal vedvare</p> <p>Fra 2011 – høsten 2013</p>	<p>Sy sammen tilbud som representerer både kommune og spesialisthelsetjenesten – være mer kreative, annerledes – har fått oppdrag til å gi tilbud til alvorlig psykisk lidende som ikke får den hjelpen de trenger -</p> <p>Klare retningslinjer for hvem de er til for – kan ikke ta inn hvem som helst –</p> <p>Pasienter som er vanskelige å håndtere – psykose og rus – tydelig innramming – fått midler fra Helsedirektoratet – hadde neppe blitt opprettet uten -</p> <p>Modellen er streng – tilpasse den til norske forhold –</p>	<p>Startet i 2010 etter mandat fra Helsedirektoratet – driver langvarig oppsøkende behandling etter ACT-metoden over flere år overfor psykosepasienter - også med rus-pasienter som andre instanser ikke har fått tak på eller som har hatt flere innleggelses -</p> <p>Drar ut til der pasienten er – følger også pasienten når de er innlagt</p> <p>Pasienten klarer i liten grad å nyttiggjøre seg de tilbudene de har</p>
Organisatorisk forankring	Forankret i kommunen men tre stillinger fra helseforetaket	DPS Molde, Poliklinikk - kommunal samarbeidsavtale	DPS Ålesund, Ambulant seksjon
Dekningsområde	Alle kommunene på Nordmøre	De fleste kommunene i Romsdal	Dekker nordre Sunnmøre – ikke så mange kommuner
Terskel/Henvisningsprosedyre	<p>Søknad fra fastlege, Akuttteamet</p> <p>Henvist fra fastlege og akuttteamet –</p> <p>Kommunene er forsiktige å henvise – kommer litt flere fra psykiatrisk poliklinikk –</p>	Søknad fra fastlege, andre ambulante team, døgnheter	<p>Eget inntaksteam der man diskuterer pasientene - Henvisning fra lege, DPS, avdeling, akuttteamet – kan få telefon i forkant - 3 mnd prøveperiode for enkelte for å være sikker - Gjøre vurderinger om personlighetsforstyrrelse –</p> <p>Ikke alltid mulig å si 100% - tar heller en for mye enn en for lite – må gjøre vurderinger etterhvert dersom det er åpenbart at man ikke når frem – der personlighetsforstyrrelsen blir rådende eller henger igjen etter at psykosen er mer dempet –</p>
Arbeidstid	8 – 16	Vanlig arbeidstid	Kun på dagtid
Internt samarbeid og arbeidsmåter	<p><b>ACT-modellen? Ikke så veldig tett opptil den – den "ligger der og svever" – i praksis jobbes det mer fleksibelt –</b></p> <p>Har større bredde i pasientgruppen pluss at de tar inn til vurdering – ellers nokså likt med modellen –jfr. aktivt og pågående –</p> <p>Lang reisetid – ikke alle de får fulgt opp like tett –</p> <p>Alle drar overalt – av og til etter</p>	<p>Jobbe i felt? 80% ute – noen få kommer inn til basen –</p> <p>Blir godt kjent med folk i felt – hvor går grensen – medisiering og tvang – de mener de ikke er syk –</p> <p>Er på deres hjemmebane – opptre med respekt – bidra med noe som er meningsfullt for brukerne –</p> <p>Faglig sammensatt gruppe – alle er ute blant pasientene – team der alle kommer med synspunkt –</p> <p>bredspektret behandlingsopplegg – veldig stimulerende men også</p>	<p>Jobber over flere år</p> <p>Går sammen med pasienten – ikke pusje på –være kreativ for å etablere allianse</p> <p>Ser hver enkelt person</p> <p>To og to – flere gnager i uka – teamet har ulik faglig bakgrunn</p> <p>100% tro mot ACT-modellen</p> <p>Ganske grundig før de tar inn pasient</p> <p>Tar kun inn dem som denne modellen skal virke overfor -</p> <p>Ikke alle plasser modellen fungerer</p> <p>Ikke være så pågående? Forsøke å</p>

	<p><i>behov, medisin, samtale</i>  <i>Modeller? Kognitiv tilnærming – vurderer fortløpende og tilpasser etter behovet til brukeren – Veldig fleksible – kommer på kort varsel – følger brukere også når de er innlagt –</i>  <i>Daglige rutiner? Deltar i det meste av huslige syslersammen med pasientene –</i></p> <p><i>Pågående? Mer pågående i perioder – varierer hvor mye dette nytter –</i>  <i>Tar den tiden som trengs for å etablere relasjon</i></p>	<p><i>krevende –</i>  <i>Fremdrift i sak: får henvisning – har mal – ser om pasienten har journal – setter seg inn i saken – snakker med familie – skal være to til å begynne med – vet ikke hva som møter oss – bruker en del tid på kontaktetablering – blir stort sett avvist til å begynne med – åpner ikke døren – bruker brev og sms for å nå inn – kommer etter hvert gjennom – da blir det greit – har bare gitt seg i én sak</i>  <i>Er da i kontakt med samarbeidspartnere –</i>  <i>Har en pakke fra direktoratet – verktøy for å få oversikt – lage behandlingsplan – legge opp tiltak</i>  <i>"– hva skal vi ha fokus på – her kan det være store forskjeller – alt fra medisiner, ernæring, rusproblematikk til Training in social life , ADL, sosial ferdighetstrening...lære dem å hjelpe seg selv, finne ut hva de har lyst til."</i>  <i>Fordeling? Skal ikke være case-management, men alle har ikke nødvendigvis oversikt over alle – men alle skal vite om –</i>  <i>Til å begynne med – teamet skulle fungere enhetlig – vanskelig å få til – enkelte trenger faste personer for å knytte bånd – kontinuitet ift samarbeidspartnere – ok å ha en person som koordinerer ting – er på rette veien -</i>  <i>Skjer det en spesialisering? Hver enkelt skal ha sin rolle utifra kompetanse – men man gjør de samme tingene ute</i></p> <p><i>Krav om spesialkompetanse – rus, arbeid, medisin, psykologfaglig – Gir råd og veiledning til resten av teamet –</i></p>	<p><i>ringe - legge seg bakpå når de presenterer seg – vi er der for deg – vi ønsker å støtte deg – tilbyr all mulig hjelp – handle, aktiviteter</i>  <i>Går litt la me dem – de har god tid – er pågående inntil pasientene slipper dem til – de bygger alliansen over lang tid -</i>  <i>Poliklinikk – alt registreres</i>  <i>Teoretisk forankring – har en samkjørt måte å snakke med pasienten på – Motivational interviewing – livsendringer – støtte opp – fokusere og finne ressurser</i>  <i>Individuelle tilnærminger -</i>  <i>Driver kognitiv terapi med noen – skjema, hjemmeleke</i>  <i>Felles forståelse og lærer litt av hverandre -</i>  <i>Enkelte har spesialkompetanse</i>  <i>Av og til blir det vurdert hvem som har mest relevant kompetanse oppimot enkeltpasienter -</i>  <i>Hele teamet skal kjenne til alle pasientene - teammanagement</i>  <i>Har ett teammøte én gang i uka</i></p>
	<p><b>NORDMØRE</b></p>	<p><b>ROMSDAL</b></p>	<p><b>SUNNMØRE</b></p>
<p>Pasienter og caseload</p>	<p><i>17 pasienter pr. i dag</i>  <i>Ingen grense hvor lenge – så lenge det trengs –</i>  <i>Har ikke refusjon – kun det som psykiater og psykolog gjør</i></p>	<p><i>20 pasienter på tavla</i>  <i>Pasientflyt? 3-6 mnd vurdering hos noen – ikke så mye utskiftning –</i>  <i>Kontakt over flere år – under oppbygging – utvider i takt med flere teammedlemmer –</i>  <i>Litt mindre tett tilbud etter hvert – tar lang tid – muligheter for å komme inn igjen – stabilitet i 2 år før de begynner å avrunde –</i>  <i>Riktig å få inn de rette pasientene – noen passer det ikke for – forbereder andre instanser –</i>  <i>Kunne tatt inn flere – men samtidig</i>  <i>3 fergekommuner hvor de har aktive pasienter – mye blir "tatt på</i></p>	<p><i>De fleste har en paranoid schizofreni diagnose</i>  <i>Litt over 30 pasienter til sammen</i>  <i>To utskrivelser i år</i>  <i>Kan bli værende så lenge det trengs</i>  <i>Hatt den første pasienten i tre år</i>  <i>Ca 4 nye pr halvår</i>  <i>6 ansatte m/teamleder</i>  <i>6-7 pr behandler</i>  <i>Pasientgrunnlag for utvidelse – får nyansatt til høsten -</i>  <i>Ser et behov som ikke er dekt i de kommunene som står utenfor -</i>  <i>Avslutte? Skal ha en stabil livssituasjon – fått mer innsikt – tar imot behandling osv og meningsfull</i></p>

		hælen" – Logistikken setter begrensinger for hvor mye tid man kan jobbe – Må være kreative – optimalisere – noen pasienter vil være mer sammen med dem – noen trenger mindre tid –	fritid - Når de begynner å føle seg litt overflødig - Ta imot behandlingen der de bor Fått folk til å slutte å ruse seg
Tvungent psykisk helsevern	Har noen TUD – samarbeider med poliklinikken	Har noen pasienter	Har endel pasienter under TUD - Vernet blir ikke administrert av teamets overlege -
Samarbeid med andre team	Lite kontakt med de andre teamene – overlapping med akutt pga psykolog – akutt-teamet inne først – ACT overtar deretter Går inn når det er akutt overfor sine egne pasienter	Lite samarbeid Har akuttfunksjonen på de pasientene de har selv -	Låner folk fra AHT – de har også gått inn på helg etter behov – deler en del pasienter – Er under samme seksjon – ukentlige utvekslinger - Har ikke så mye med DPS Vegsund – driver mer på sin måte "Søre har vi ikke kontakt med."
	<b>NORDMØRE</b>	<b>ROMSDAL</b>	<b>SUNNMØRE</b>
Samarbeid med døgnenheter	Samarbeider med Hjelset i forbindelse med innleggelser	Sjelden at pasienter innlegges - Følger opp disse med jevnlig besøk	God kontakt med avdelingene Følger pasienten to ganger i uka når innlagt – kontakt med hele nettverket
Samarbeid lokalt/ kommunalt	Samarbeid i kommunen? Tildelingstjenesten – bolig, dagsenter, bofelleskap, ansvarsgrupper – også med fastlege, hjelpeverge – Pasienten beholder fastlegen - Ikke nettverk rundt alle – jobber mot å få til dette – Kommunen har rusteam og psykisk helse-team – ikke faste møter ACT-koordinator i hver kommune	Ressurstjenesten, NAV, døgnavdeling Hjelset Har ulike perspektiver – jobber på ulike arenaer – kommunal psykiatritjeneste, fastlege – Gjenspeiler ulikheter i pasient og kommune – ulike tilnærminger i ulike kommuner overfor ulike pasienter -	Fastleger, NAV, tildelingskontoret, psykisk helseteam, familie og nettverk - Mest kontakt med familie – men det varierer – mye kontakt med NAV, Rusforetaket - Etablere kontakt med fastlege og får til møte ganske raskt Etablere ansvarsgruppe -
Etiske utfordringer	Personvern, integritet? Tråkke over grenser? Hårfin balanse hvor langt man kan gå – prøver å få en "kompisrelasjon" samtidig være behandler – ikke gå for langt – Brukeren godkjenner alltid hva og hvem som introduseres – av og til man har kontakt med NAV uten at brukeren vet det – noen ganger også pårørende – Dilemmaer? Hva som skal fortelles og ikke – ikke sikkert de har godt av å vite – Sammensatt faggruppe – tar opp slike dilemmaer – streber etter at brukeren er med så mye som mulig – i enkelttilfeller skjerme dem for informasjon – Brukermedvirkning er essensielt – tillit – Større spillerom når TUD? Ta seg litt mer til rette – må trå litt mer forsiktig når det er frivillighet – Ingen som sier at dette er et problem – Det vi gjør, gjør vi for deres beste Hadde blitt mer vanskelig dersom det ble strengere mht personvern	Når må det brukes tvang? – dilemma – ikke noe fasitsvar på hva som er god ivaretagelse – Vanskelige avveininger ift tvungent vern – når er grensen nådd – Strekker seg langt for å hjelpe til – unngå ulovlige ting – grense opp mot de som har rusproblem – innkjøp av øl i butikken – kjører dem ikke på polet -	Etiske utfordringer – har hele tiden diskusjoner om dette – kan være uenig om mye – bevegelse, fremdrift Diskusjoner om pårørende - i de tilfeller pasienten ikke ønsker at de skal ha kontakt – er det riktig ift taushetsplikt? – likevel – flere ganger valgt å ta kontakt med pårørende – Trenger informasjon og for å støtte ikke alltid at man sier at man har gjort dette – til det beste for pasienten – diskutert dette i dybden og at det er forsvarlig ift lovverket – Vært med pasienter å handle øl – fulgt dem på butikken – kan de nekte dem? Kjører dem ikke på polet Vitne til rus i hjemmet – valgte bare å gå – har sett brukerstyr, og sier fra – sjelden folk ruser seg når de er der

	NORDMØRE	ROMSDAL	SUNNMØRE
Vurdering av egen virksomhet	<p>Løst oppdraget? Mange av pasientene har hatt lange og mange innleggelser – har bred kompetanse –</p>	<p>TUD - Ikke bare være kontrollorgan Spennende å få til bedring – langsom prosess – hvor går grensene mht å motivere folk – Utfordrende og interessant – må tenke annerledes – må gå frem gradvis – jobbe for å finne balansen i hvordan man går frem – bygge relasjon – faglig forsvarlig – skal behandle også, ikke bare besøke dem</p> <p>Må være litt rund i kantene av og til Individuelt hvor grensene går – Diskusjoner om gråsoner – "Hvor mye skal man gjøre – hvor lenge skal man være sammen – sette grenser – trenger de grenser – hva tåler de – en del kommer vi veldig tett innpå livet." Sårbart – de som ikke klarer seg – kan ikke gripe inn overfor voksne mennesker – "Det vi ser på som meningsfullt trenger ikke være det samme som pasienten – kanskje de er tilfreds med å ikke gjøre noe." – Prøver å "plante idèer" – over lengre tid får man dem videre – men på deres egne premisser – Kognitive teknikker – støttesamtaler – motiverende – bygge opp ferdigheter – Personsentrert – ofte en miks – man er forskjellig – gir ikke slipp på bakgrunn – samtidig jobbe på folks hjemmebane og premisser – Sosialpedagogisk tilnærming Personlig egnethet er en vesentlig bestanddel - Ikke være moraliserende eller opptre respektløs – grenseløs – pasienter har dårlige grenser – Trenger å møte noen med substans Blir sårbart om det blir for personavhengig – etterstrebe at de kan fylle hverandres roller –</p>	<p>Har stor autonomi – tillitt fra nærmeste leder Føler av og til press for å ta inn enkeltpasienter – men styrer dette selv – Knirkefritt? Brøyte ny mark – gjøre seg kjent – har blitt mye bedre De ser nytten av å ha dem – begynner å bli kjent med dem – blir kjent for det de er - Vanskelig å slippe til på avdelingen i begynnelsen - Den delen er veldig grei nå Lønnsomt – sparer avdelingene for mye - Reduksjon i liggedøgn for pasientene</p>
Gode grep	<p>På lange reiser – ringer og planlegger - har samtaler med pasienter(brukere) – hadde med to brukere på tjenestereise - kombinasjon av feltarbeid og utflukt for pasientene -</p> <p>Fellesaktiviteter 1 gang i mnd der alle får tilbud om å være med – knytter sosiale bånd</p>	<p>"Vi er flink til å bygge relasjoner...vi jobber med hvordan vi opptrer." Felles skoloring i motiverende intervju – bli mer systematisk her – Ligger også i mandatet – håndboken fra Direktoratet Systematisere kunnskap – behandlingsmøter – enighet om hvordan de går frem - finne frem til rette nøkkelen – trenger ikke være store endringer – at pasienten har noen å være sammen med –</p> <p>Ikke opptre som ekspert eller overføre sine egne tanker og</p>	<p>Kan sette i gang ny utredning Kommer så nært at man kan gjøre endringer Ligge i forkant – blir mer treffsikre med behandling, medisin og diagnoser - ACT samlinger - 4 i året – felles faglige temaer- vært enkeltvis på seminarer - Følger fidelity kriteriene - Relasjonsbasert klinisk virksomhet med hovedfokus på allianse der målet etter hvert også er innsikt, men i alle fall at de tar imot behandling og får et bedre liv – stabil hverdag</p>



		<p>verdier – bruker tid til å lytte – møte dem der de er – Kanskje de er fornøyd med det lille de får til – møter noen som opptrer annerledes – balansere seg som fagperson – Gode grep? Være på tilbudssiden med en gang – hva trenger du akkurat nå – etter hvert at man kommer i posisjon til å gjøre andre ting – de skjønner at dette ikke er mennesker som kommer inn og bestemmer – Ha en del tid – ikke ha så veldig mange besøk – tid til å sette seg ned – tid til å ta tak i uventede hendelser – får god respons på at de favner over mye – blir et helhetlig og samlet tilbud – lettelse å ha alt på ett sted – aktiviteter – lettere å snakke sammen – sitte i en bil drikke kaffe – både gjøre noe hyggelig og få avklart ting – Ha rette innstillingen – se mening i å hjelpe de som faller utenfor – ikke bli overmannet av støy – se hva som er viktig – "Hva ønsker du at jeg skal gjøre for deg her og nå?" – Pasientene blir veldig takknemlig for at ACT har tid – kan også være slike primære ting som mat -</p>	<p>Fellesturer hver uke - Fysisk aktivitet - Alle fagpersoner deltar på likefot i alle aktiviteter - Tenker – hva er forsterkeren for denne personen? For å komme i posisjon - Kan være enkle ting, sokker, klatring, ridekurs, ta med på kafe, kjøre en tur - Utforskende – hva gjør denne personen glad – hva kan hjelpe dem – hva trenger de – hvilke behov har de Flere var med på Hurtigrutetur – Moldejazz – kino – veldig fleksible Må være ACT-frelst – må være åpen for å prøve ting – ikke fastlåst Alle sitter rundt bordet med ulik kompetanse – daglig tverrfaglig samhandling og læring - Hatt turer til England som har gjort mye for motivasjonen – blir inspirert Gruppeaktiviteter – så det i England og ser at det er mulig nå – de liker dette – Mange pasienter er skeptiske til å bruke andre gruppetilbud - Har mange suksesshistorier – sett store endringer over tid – mange har fått tilbake livet sitt - Har troen på det de holder på med – smitter over -</p>
	<b>NORDMØRE</b>	<b>ROMSDAL</b>	<b>SUNNMØRE</b>
Oppfatninger om andre team	Intet spesielt trukket frem -	<p>Rehabteamet er et slags FACT-team – teamene krysser hverandre en del - har samarbeidsutfordringer – hvor skal pasientene hen? – felles inntak hadde vært en fordel – bedre koordinering – samarbeid om pasientflyt – noen som styrer de ulike teamene – Akutt-teamet – skal levere pasienter til ACT – akutt-enheten skal også identifisere aktuelle pasienter - Rehab-teamet må jobbe med å avklare sin rolle uten at de blir et slags ACT-team – Blir litt utydelig hvordan de jobber – pasienter med høyere funksjonsnivå – ACT tar over de som ikke fungerer og som ikke nyttiggjør seg Rehab-teamet sitt tilbud Burde vært mer åpenhet og dialog mellom teamene</p> <p>Akutt-teamet – ambulerer lite – Nordmørsteamet ambulerer mer</p> <p>Ulike forankringer gjør at teamene jobber forskjellig?</p>	

<p>Tanker om veien videre</p>	<p><i>Utfordringer mht rapporter, journal fordi de er delt mellom kommune og poliklinikk – ikke tilgang til hverandres systemer –</i></p> <p><i>Heller mer mot sykehusforankring pga journal –</i></p> <p><i>Fremover? Forankret i foretaket – lette kommunikasjonen – ta inn flere pasienter med ulike problemstillinger</i></p> <p><i>Er det pasienter som burde hatt et tilbud? Ja, spesielt i distriktet</i></p> <p><i>Stopper opp pga økonomi og rutiner –</i></p> <p><i>Samorganisering med Akutt-teamet? Felles seksjon –</i></p> <p><i>Kommunal forankring – i by men ikke distrikt –</i></p>	<p><i>Først være strenge og konsolidere sin stilling før de endrer modell – oppdragsgiverne har behov for å få mest mulig pasienter inn i systemet – må finne noe som passer inn –</i></p> <p><i>Er optimalisert i et visst mønner – men kan bli enda bedre –</i></p> <p><i>Logistikk, møtedisiplin, registrering dokumentasjon og journalføring –</i></p> <p><i>Ekstern pålogging EPJ – vanskelig å få til –</i></p> <p><i>Delt psykiater – begrenset hvor mye hun rekker over – setter også grenser for hvor stort volum av pasienter man kan betjene</i></p> <p><i>100% psykiater trengs -</i></p> <p><i>Veien videre: Dele inn i to grupper, Molde og periferi –</i></p> <p><i>Mindre fragmentert når man får ett område – stabile samarbeidsrelasjoner – fremfor å spre seg på mange kommuner – tilgjengelighet –</i></p> <p><i>Mange utfordringer fremover – bør skryte litt mer av seg selv – se positivt -</i></p> <p><i>ROP pasienter – gjøre seg til nytte overfor disse – nybrottsarbeid</i></p> <p><i>ACT-modellen er i utvikling – mot FACT – fleksibel ACT – utvidede inntakskriterier – aktuelt i framtida?</i></p>	<p><i>Kunne tenke seg åpent et par kvelder i uka – 1-2 personer pluss helg</i></p> <p><i>Pårørendegruppe – opplæring</i></p> <p><i>Mer faglig oppdatering – få input fra andre – hospitering</i></p> <p><i>Også hospitering på tvers av avdeling og ACT-team</i></p> <p><i>Ny informasjonsrunde for å huke flere kommuner -</i></p> <p><i>Flinkere til å nyttiggjøre seg aktiviteter som allerede finnes – integrere seg i nærmiljøet – gjøre seg mer kjent med tilbudene som finnes</i></p> <p><i>Veiledning er bra og må fortsette –</i></p> <p><i>Fare for slitasje ved langvarig oppfølging med dårlige pasienter -</i></p> <p><i>Det berører dem fordi de kommer såpass tett – nærhet/avstand –</i></p> <p><i>Eenkelte pasienter tar mer energi enn andre – bra med rulling -</i></p> <p><i>Følelse av ikke å strekke til – prøver alt og ingenting virker –</i></p> <p><i>Mye modigere til å tørre å utfordre – tar med pasienter – blitt mer trygge</i></p> <p><i>Greier balansen bedre – tryggere i rollene sine</i></p> <p><i>Mye av dette kunne også vært gjort av kommunene – stort potensial for hjemmebasert behandling</i></p> <p><i>Daglig besøk -</i></p> <p><i>Burde hatt psykolog</i></p> <p><i>Flere menn</i></p>
-------------------------------	---	--	--

#### **Tabell 4. BRUKERGRUPPEN FRA ACT-ROMSDAL**

- **Spesifikke relasjonelle og praktiske forhold i møtet med den ambulante tjenesten.**
- **Ting de vil trekke frem som vesentlige i rehabiliteringsprosessen**
- **Eventuelle forhold (adferd, kommunikasjon m.v.) som karakteriserer hjelperne**
- **Autonomi**

##### **Bruker nr. 1:**

*"Har hatt kontakt med ACT siden slutten av januar 2013 – var skeptisk til å begynne med, etter hvert fikk jeg positive opplevelser – den mer helhetlige oppfølging - har ikke hatt dette tidligere – ikke bare medisin men også motivasjon, fikk oppbacking – det var det som fikk meg videre." Er nå også på vei ut i arbeidslivet –*

*Fikk kontakt med ACT via psykolog, som også henviste. Har hatt kontakt med teamet to ganger i uka siden.*

*Turer og aktiviteter –*

*Har kun hatt ACT-teamet siden det var psykolog i teamet – ble mer oversiktlig*

*Var isolert før – er snart i arbeid nå -*

##### **Bruker nr. 2:**

*En av de første ACT-pasientene – fra juni 2012. ACT-teamet gjør det lettere mht medisinering – bidrar til aktiviteter – har nær kontakt med overlege – legger til rette for NAV-samarbeid – mange aktiviteter, fjellturet –*

*"Har fått et mye mer helhetlig opplegg – litt småproblemer i begynnelsen ift å bli kjent og bygge opp tillit – etter hvert fått veldig god kontakt."*

Har kontakt én gang i uka – to timer – handling, fjelltur, fisketur, kjøre til lege –  
Har ikke vært innlagt i denne perioden -

### **Bruker nr .3:**

Hatt tilbud i 1 1/2 år – siden begynnelsen – "De kom på døra – det var greit nok det – slapp dem inn – hadde ikke fått melding om at de kom – at jeg var blitt henvist – men det var greit at de kom likevel – begynte å jobbe med en gang." Har møttes mandag onsdag og fredag – helt siden den gangen – møter både hjemme og på Knausen – vært på bilturer, hjelper til med innkjøp -

Har litt kontakt med fastlegen – men ellers er det kun ACT-team –

Fastlege – grei å ha for å få en second opinion

Har med personal fra ACT i møte med NAV – kommer lettere til og slipper mye av papirmølla – får bedre service på denne måten

### **Innspill fra hele gruppen:**

#### **Autonomi**

- ACT hele livet? Viktig å få folk på bena – før var det bare medikamentell behandling – nå strekker det seg mye lenger – uti arbeidslivet – sosialisert – da har man gjort det meste
- Behandling? – bli enig med ACT og finne ut hva de mener – dersom de mener at man trenger behandling så følger man dette – sikre at tilstanden er stabil –
- Uenig – diskusjoner? – noen få uheldige episoder – ting som har blitt sagt – men har snakket ut om det – blir bare småtter
- "For de som ikke har så mye erfaring fra psykiatri så vil dette kanskje føles litt rart at de står på – bør kanskje gå via psykolog eller lignende slik at man er oppmerksom på henvisningen."

#### **Arbeidsmåter**

- Har vært tilgjengelig utenom arbeidstid – fleksibelt – hadde ikke gjort så stor forskjell om de var mer tilgjengelig –
- Skal teamet bare stå på selv om pasienten ikke åpner døren? "Det må til at ACT er pådrivere – motivasjonen kommer etter hvert – kan fange inn flere på denne måten."
- "Mye har man hatt tidligere – men det at det nå henger bedre i hop og at man har flere å spille på, at teamet er aktivt og har tid, alt dette spiller inn og utgjør en stor forskjell.
- Har hjulpet til både ift arbeid, sertifikat, kosthold – det å komme tilbake til samfunnet -
- "Dersom ikke ACT fantes? Hadde blitt en stor omvei – nå er alt samlet på ett sted."
- Forebygger innleggelser – demper kriser – finner løsninger – unngår unødvendige innleggelser i situasjoner der det blir litt vanskelig –
- "De går ikke og venter på at noe skal skje."
- "Jeg hadde psykiatrisk sykepleier, fastlege, psykolog – men kom ikke noe videre – med ACT begynte ballen å rulle – vi jobbet målbevisst mot noe – fikk ting til å skje – de tingene jeg bare turte å drømme om begynte å realisere seg – det er kjempepositivt."

#### **Motivering**

- Motivering? Teamet drar dem i gang – De oppmuntret dem – snakker til dem på en veldig fin måte – påpeker at ting kan bli bedre. "Jeg kom gradvis på bena – tok små steg. Det var måten teamet gikk frem. Det hjelper ikke å bare si at man skal ta seg sammen – bedre å si at du kan enn at du skal."
- Mange hindre som skal forseres: Det har skjedd noe i kontakten med ACT som har utløst egenmotivasjon – snakke rundt problemet, satt det i perspektiv – vise at det er snakk om fri vilje – snakke om mulighetene – bygge på det de selv har å bidra med – må bestemme seg selv og får støtte på det valget – men man må ta valget selv -
- Aldri hørt at de skal ta seg sammen – kun ros og gode innspill – gjør ting mer lystbetont – tar en tur, finner på noe – er i en positiv stemning – lett å få dette til å smitte over på andre områder – bygger opp positive erfaringer og nye verdier – opplever ting sammen – snakker ilag -
- Burde være bra for alle dette – ser ikke noen som ikke burde ha dette som har store problemer – selv de med lav motivasjon - "ACT er flinke til å motivere – vi var heller ikke så veldig motivert til å begynne med."

**Samspillskvaliteter**

- *Er dette behandling eller veiledning? Mer sånn veiledning – behandling på en måte, men du blir mer turkompis eller til og med kamerat – såpass godt kjent – gjensidighet – en kan bidra med noe, feks om en har greie på bil – kan snakke om dette – oppnår gjensidig respekt – jevnbyrdighet – "De er flink på helse og omsorg og vi kan våre ting. De har en god del å tilføre vi oss – kan snakke helt vanlig – blir ikke bare om behandlingsregime."*
- *"De bygger tillit etter hvert – fikk mer tro på teamet etter hvert – de holder oppe trykket – holder oss i gang."*
- *"De opptrer som medmennesker - bygger tro."*

**SENTRALE FUNN****1. Teamtyper og geografisk nedslagsfelt**

**Akutt-team:** Nordmøre og Romsdal har hvert sitt akutt-team på samme måte som at Nordre og Søre Sunnmøre har sine respektive team.

**Oppfølgingsteam:** Mens Akutt-teamene synes å være jevnt distribuert i fylket ser det ut til at Nordmøre og Romsdal, med sitt ene oppfølgingsteam, har en lavere dekningsgrad enn Sunnmøre, som har tre team fordelt på henholdsvis indre og ytre Nordre Sunnmøre og Søre Sunnmøre

**ACT-team:** Romsdal og Nordmøre har hver sine team som dekker brorparten av kommunene i sine områder. Sunnmøre sitt ACT-team dekker bare delvis den nordre delen av fogderiet og hele Søre Sunnmøre står uten dekning.

**2. Likheter og forskjeller mellom team innen samme innretning**

**Akutt-teamene:** Teamene nord for Romsdalsfjorden er vesensforskjellige fra teamene på Sunnmøre. Det er nærmest tale om ulike "skolereetninger" når det gjelder oppfattelse av eget mandat og utførelsen av dette. I tillegg har teamene i sørfylket etablert en ordning med kvelds- og helgevakter, mens teamene i nordfylket opererer innen vanlig arbeidstid. Det som uansett skiller teamene mest fra hverandre er tilgjengelighet og terskel: Lavterskeltekningen i Romsdal og Nordmøre, karakterisert ved liten eller ingen filtrering av henvendelsene, står i sterk kontrast til hvordan AHT-teamene på Sunnmøre opererer. Sistnevnte betrakter seg selv som portvakter på et åpenbart 2. linje-nivå, j.fr. at det kreves henvisning før de rykker ut. Det er også tydelig at AHT-teamene, i større grad enn teamene i nordfylket, prøver å "røkte" grensene sine opp mot kommunene og når det gjelder assistering ved tvungne innleggelses.

**Oppfølgingsteamene:** Sammenlignet med akutt-teamene, er disse teamene mer lik hverandre på tvers av fylket når det gjelder hvordan de opererer i behandlingslandskapet. De

har i litt ulik grad klart å befestet seg i sitt dekningsområde men teamene er rimelig godt fornøyd med mulighetene til å skaffe døgnplasser på kort frist. Med unntak av AOT ved DPS Søre Sunnmøre følger disse teamene pasientene sine også når de er innlagt. AOT Søre Sunnmøre forklarer sin diskontinuitet ved at det pasientadministrative systemet (PAS) ikke tillater samtidighet.

Alle oppfølgingsteamene vektlegger sin sentrale rolle overfor pasienter underlagt tvungent psykiisk helsevern uten døgnopphold (TUD).

**ACT-teamene:** De tre teamene ser ut til å operere ganske likt, i det store og hele, både når det gjelder pasientgruppe og ACT-relaterte arbeidsmåter. De ser ut til å oppfylle kravene på de mest sentrale områder i ACT-modellen, j.fr. a) grad av assertiveness/pågåenhet, b) det å være et helhetlig tilbud for pasientene, c) bruk av tid pr. pasient og d) tett relasjonsbygging. Brukergruppens erfaringer fra ACT-Romsdal vitner om en målrettet, men samtidig fleksibel praksis der pasienten står i sentrum. Alle teamene problematiserer etiske dilemmaer knyttet til hvor pågående man kan være og hvor mye man kan tillate seg å gjøre uten at det er sikret i pasientens vitende eller samtykke. Dette er temaer som brukergruppen også ser på som problematiske, men det gis på sett og vis mye rom for manøvrering i en "gråson" hva gjelder samtykke/informasjon såfremt det hovedsaklig jobbes tillitsbasert og såfremt det etter hvert forstås av pasientene at teamet vurderer sine handlinger utifra hva som anses å være til pasientens beste.

### 3. Teamorganisering på tvers av fogderiene/regionene

De ambulante tjenestene har vokst frem på litt forskjellige måter og de har ulik organisatorisk forankring. Det kan se ut til at dette påvirker både hvordan de jobber hver for seg og hvordan de samhandler med andre team, døgnenheter og med det kommunale apparatet. I sørfylket er alle oppfølgingsteamene samorganisert med DPS. Oppfølgingsteamet for Nordmøre og Romsdal har hatt sin forankring ved en døgnenhet for rehabilitering og er på vei over til voksenpsykiatrisk poliklinikk, hvor den da vil være del av samme seksjon som ACT- og Akutt-teamet for Romsdal. Videre er det verdt å merke seg at det også internt på Sunnmøre er forskjeller mht organisatorisk forankring, j.fr. at AHT for Søre Sunnmøre er del av samme seksjon som AOT Søre Sunnmøre ved DPS Søre Sunnmøre, mens AHT-Ålesund er samorganisert med ACT-Sunnmøre i egen ambulans seksjon. Sistnevnte er også den eneste "rene" ambulante seksjonen i fylket.

Bedømt etter hvordan teamene på hver side av Romsdalsfjorden opplever samarbeidet med andre team, så kan det se ut til at det "flyter" litt bedre på Sunnmøre, både når det gjelder overføringer av pasienter og når det gjelder det å opptre komplementært til hverandre, utfylle hverandre. Eksempelvis trekker AOT ved DPS Vegsund frem at de opererer med nærmest sømløse overganger mellom seg selv, ACT-teamet og AHT. På Nordmøre også flyter det i en viss grad mellom Akutt-teamet og ACT-teamet, men dette er mer unntaket enn regelen i Nordmøre og Romsdal.

#### 4. Sentrale trender i arbeidsmåter - og gode grep

Det ser ut til å være et gjennomgående trekk at man jobber to og to i felt. Dels for å sikre kontinuitet, dels for å utnytte hverandres kompetanse og dels som støtte og sikring opp mot stress og risikosituasjoner. På tvers av innretning, er det også åpenbart at man har etablert effektive og presise relasjoner til kommunale instanser og at man har fått på plass et godt repertoar av intervensjoner på lokalt nivå for å støtte opp om pasientene. Alle teamene ser ut til å ha et meget bevisst forhold til egen rolle som 2. linje-aktør. I den grad teamene "overtar" oppgaver som andre aktører burde tatt, og i særdeleshet kommunale instanser, så er de klar over implikasjonene av dette - og de kan se dette i en større kontekst.

AHT i Ålesund er meget bevisst på å unngå å få en for lav terskel. Det er snakk om å bevare en balanse mellom det de kaller "outreach" og "inreach". Dersom de blir for opptatt av "outreach" vil dette blokkere for "inreach", eller det som omhandler fasilitering av pasientene på vei gjennom systemet.

Det å få igang gode prosesser i tilknytning til familie og nettverk ser ut til å være viktig for alle team-typene, og på tvers av fylket. Oppfølgingsteamene er igang med en spesialisering på dette området i tillegg til at de satser på forskjellige sosiale og yrkesrelaterte treningsopplegg samt psykoedukative intervensjoner.

Det fremheves et mangfold av gode grep, både som er spesifikt tilpasset geografisk dekningsområde og som er mer universelle. Et gjennomgående tema er det å tenke alternativt når det gjelder arenaer for samhandling. Man gjennomfører samtaler og møter på helt nye steder og det kan også innebære at man samtaler når man er i bevegelse. Dette er for så vidt en tilnærming som er elementær for ACT-teamene, gitt deres faglige forankring, men det er åpenbart at dette også er noe som er med og definerer hva som er ambulant virksomhet generelt. Kompletterende virkemidler er større grad av smidighet for å finne tak i pasientenes ressurser samt meget tung vektlegging av relasjonsferdigheter, herunder etisk bevissthet og respekt for pasientens integritet.

Mange av teamene trekker også frem og bifaller muligheten for å tilegne seg bedre kjennskap til sitt arbeidsfelt via hospitering og kursing. Feltarbeid kan være svært belastende og øket kompetanse medvirker til å skape mer overskudd for den enkelte, ved siden av at mer kunnskap gir bedre redskaper til å håndtere de faglige og relasjonelle utfordringene.

#### VEIEN VIDERE

Teamene ble utfordret til å tenke høyt omkring den videre utviklingen, både for eget team og psykisk helse-feltet generelt. Hovedmomentene kan oppsummeres som følgende:

**Arbeidstid/tilgjengelighet:** Noen team - og da særlig teamene i nordfylket, som alle arbeider innen vanlig arbeidstid, ser i første omgang for seg å bli mer fleksible via utvidelser i retning av kvelds- og helgevakter.

**Dimensjonering/"kritisk masse":** Mange team ser ut til å være lavere bemannet enn hva det er stillingshjemler for. Det blir problematisert at forskjellen mellom det å ha nok mannskap og det å være underebemannet er ganske liten: Når teamets størrelse er tilstrekkelig (har nådd "kritisk masse") kan det flyte ganske bra. Kommer man bare litt under dette nivået, kan dette utløse et betydelig merarbeid for de gjenværende teammedlemmene i og med at man gjerne vil opprettholde det samme aktivitetsnivået.

**Ambulant virksomhet i sentrum:** Teamene ser for seg at ambulant virksomhet vil danne kjerneområdet innen fremtidens psykisk helsevern. Mye av den kompetansen teamene besitter bør imidlertid forskyves over på kommunalt nivå slik at de lokale aktørene får på plass bærekraftige systemer både for forebygging, krisehåndtering og langtidsoppfølging. Kommunene vil dog neppe bli "selvhjulpne" på dette området - i alle fall ikke innen overskuelig fremtid.

**Organisatorisk forankring/samorganisering:** Ulike grader av samorganisering er allerede iverksatt, med Ambulant seksjon ved DPS Ålesund som den mest integrerte konfigurasjonen. Akutt- og oppfølgingsteamene på Søre Sunnmøre er på sett og vis også samorganisert, men da som del av et større hele under Ambulant og døgnsseksjonen ved DPS Søre Sunnmøre. Det å ta et steg videre, herunder danne egne ambulante seksjoner synes å være nærliggende for mange av teamene. De ser gevinster i det å bli bedre kjent med hverandre, få et tettere samarbeid og en bedre avklaring i roller og oppgaver.

**Multifunksjonsteam – geografisk inndelt:** Et ytterligere steg vil være å etablere team som får et bredere nedslagsfelt mht pasienter/problematikk og intervensjonsmetoder. Særlig teamene i distriktet ser gevinsten med en type "generalistteam". Mange pasienter får f.eks. ikke oppfølging fordi de bor i kommuner som ikke dekkes av ACT-team. Et annet moment er at teamene ofte blir små i distriktet nå man skal både ha et oppfølgingsteam og et akuttteam. Dersom man hadde slått sammen teamene ville dette gitt mer robuste enheter, blir det poengtert. Det vil også gi bedre kontinuitet ved at ett team har full oversikt over populasjonen. Man antar også at færre team gjør det lettere for pasientene å vite hvem man forholder seg til. Prinsippet med slike multifunksjonsteam vil være at tiltaket som settes inn, enten det er i form av akutt krisehjelp eller mer langsgående behandlingstiltak, defineres av pasientens behov. Sluttvis ser man gevinster når det gjelder bedre utnyttelse av de, etter sigende, alt for få spesialistene.

**Opprettholde spesialisering:** Litt kontrært til ovenstående scenario, så skisserer de bynære teamene innen ACT og akuttfeltet en utvikling i retning av en ytterligere spissing på de funksjonene man allerede innehar. Akutt-teamet i Molde poengterer, f.eks. at den type kompetanse teamet innehar må rendyrkes - og at den helt klart hører hjemme på et 2. linjenivå.

## **REFERANSER**

St. prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.





Høgskolen i Molde  
PO.Box 2110  
N-6402 Molde  
Norway  
Tel.: +47 71 21 40 00  
Fax: +47 71 21 41 00  
[post@himolde.no](mailto:post@himolde.no)  
[www.himolde.no](http://www.himolde.no)



Møreforsking Molde AS  
Britvegen 4  
N-6411 MOLDE  
Norway  
Tel.: +47 71 21 42 90  
Fax: +47 71 21 42 99  
[mfm@himolde.no](mailto:mfm@himolde.no)  
[www.mfm.no](http://www.mfm.no)