

”DU ER KOMMET TIL RETT STED

Ambulante akuttjenester ved distriktpsykiatriske sentre



Rapportens tittel "DU ER KOMMET TIL RETT STED"
Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre

Utgitt 03/2006

Bestillingsnummer IS-1358

Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt Avdeling for psykisk helse
Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Universitetsgata 2, Oslo

Tlf. 810 20 050
Faks 24 16 30 01
www.shdir.no

Rapporten kan bestilles hos Sosial- og helsedirektoratet
Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf. 24 16 33 68
Faks 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer IS-1358

FORORD

Tilgjengelige tjenester er et av hovedmålene i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Til tross for dette er tilgjengeligheten i det psykisk helsevern fremdeles en stor utfordring, ikke minst i akutte situasjoner.

DPS-ene har til nå hatt svært ulik praksis med hensyn til hvor tilgjengelige de er for akutte henvendelser. Det er derfor behov for nye grep som kan bidra til at pasienter med akutte behov får nødvendig bistand. Dette forutsetter at det finnes tilgjengelige akutttilbud ved alle DPS og at DPS-ene fremover tilbyr hjelp i akutte situasjoner også på kveldstid og i helger.

I St prp nr 1 (2004 – 2005) ble det forutsatt at ambulante akutttilbud skulle etableres ved samtlige DPS, organisert som ambulante akutteam. Ambulante akutteam ved DPS skulle utprøves allerede i løpet av 2005 og være etablert ved alle DPS innen utløpet av 2008.

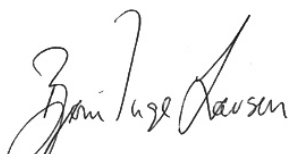
Ambulante akuttjenester ved DPS skal sikre en bedre, helhetlig og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner gjennom rask og god tilgjengelighet for primærhelsetjenesten. Tjenesten skal dessuten kunne tilby en intervensjon som støtter opp om pasientens egenmestring og pasientens nettverk.

Selv om ambulante akutteam er en ny tjeneste i Norge er det allerede etablert slike team ved flere DPS. Teamene varierer imidlertid med hensyn til bemanning, åpningstider, autoritet til å prioritere innleggelses i døgnavdeling, henvisningspraksis og disponering av kriseplasser ved DPS.

Sosial- og helsedirektoratet ønsker gjennom denne rapporten å tydeliggjøre intensjonene med ambulante akuttjenester og å gi anbefalinger med hensyn til rammer, innhold og faglige krav til tjenesten. Anbefalingene er veiledende ved etablering av ambulante akutteam og øvrige akuttjenester ved DPS.


Anbefalingene bygger på tilgjengelig internasjonal kunnskap på feltet samt norske og engelske erfaringer og er utarbeidet i samarbeid mellom direktoratet, fagmiljøene og sentrale aktører.

Det er vårt håp at anbefalingene vil være nyttige for ansvarlige ledere på ulike nivåer, for brukere og for utøvere av tjenestene.



Bjørn-Inge Larsen
Direktør

Oslo februar 2006



Mari Trommald
Prosjektdirektør

2. UTARBEIDELSE AV ANBEFALINGER

Sosial- og helsedirektoratet har som fagdirektorat ansvaret for å skissere nasjonale faglige standarder for den ambulante virksomheten. For å bistå direktoratet i dette arbeidet ble det høsten 2005 nedsatt en arbeidsgruppe med deltakere fra fagmiljøet og sentrale aktører. Arbeidsgruppen har i tillegg til heldagsmøter deltatt i skriveprosessen med skriftlige innspill. Arbeidsgruppen stiller seg bak de anbefalinger som direktoratet nå utgir. Arbeidet har vært ledet og slutført av Sosial- og helsedirektoratet.

Nasjonal strategigruppe for psykisk helsevern under ledelse av Helse Øst RHF har fungert som referansegruppe for arbeidet.

Medlemmer i den eksterne arbeidsgruppen:

Monika Nordhus Landsverk	Mental Helse Norge
Berit Marie Dybsjord	Helsepolitisk nestleder i Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Ellen Hagemo	Klinikkjef, Klinikk for psykisk helse, Aker universitetssykehus HF
Vigdis M Johansen	Psykolog, Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy, Universitetssykehuset i Nord Norge HF
Reiulf Ruud	Avdelingsoverlege, Vesterålen DPS, Hålogaland sykehus HF
Katrine Hippe	Prosjektleder/ psyk.sykepleier, Søndre Oslo DPS, Holmlia, Ullevål universitetssykehus HF
Pelle Slagsvold	Teamleder/psyk.sykepleier Beredskapsteamet Vinderen, Vinderen DPS, Diakonhjemmet.
Ann Randi Haugen	Teamleder/psyk.sykepleier, Follo Akutteam, Folloklinikken DPS, Aker universitetssykehus HF
Kristin Jordheim Bovim	Avdelingsoverlege, Psykiatrisk Akuttmottak, Helse Bergen HF
Rolf W. Gråwe	Seniorforsker, Sintef Helse
Cecilie Daae	Spesialist i allmenmedisin, APLF

INNHOOLD

1. FORORD	3
2. UTARBEIDELSE AV ANBEFALINGER	4
3. INNLEDNING	6
3.1 Bakgrunn	6
3.2 Status	7
3.3 Helsepolitiske føringer	7
4. HVA EN ØNSKER Å OPPNÅ MED AMBULANTE AKUTTEAM	8
4.1 Kunnskap om nytten med ambulante akutteam	9
5. HVA GJØR AMBULANTE AKUTTEAM	10
5.1 For hvem og hvorfor	10
5.2 Henvisningsrutiner	12
5.3 Kjerneoppgaver	12
5.4 Metode og tiltak	13
6. RAMMER FOR TILBUDET	14
6.1 Åpningstid	14
6.2 Bemanning, tverrfaglighet og dimensjonering	15
6.3 Samarbeid	15
6.4 Organisering	18
7. KOMPETANSE OG METODEUTVIKLING	19
8. IMPLEMENTERING	20
9. REFERANSER	22

3. INNLEDNING

3.1 Bakgrunn

St meld nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, danner bakgrunn for de endringer som nå finner sted innen psykisk helsevern.

Opptappingsplanen for psykisk helse, St.prp. nr. 63 (1997-98), har som mål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Distriktpsikiatriske sentre utgjør en desentralisert tjenestemodell og er hjørnesteinen i psykisk helsevern, til forskjell fra tidligere da de psykiatriske sentralsykehusene representerte hovedbehandlingstilbudet.

Personer med en psykisk lidelse skal kunne leve et selvstendig og verdig liv på egne premisser. De skal kunne bo i sin hjemkommune og i all hovedsak motta de tjenester de trenger der.

Overordnede prinsipper i Opptappingsplanen:

- Forebygging der dette er mulig, samt søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser av å ha en psykisk lidelse
- Ansvar for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- Pasienten først – den hjelpsøkendes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn
- Mest mulig frivillighet - behandling må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former
- Mest mulig normalt liv - velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv

Spesialisthelsetjenesten skal gjennom det psykiske helsevernet yte spesialisert behandling til de som trenger det, og for øvrig gi nødvendig veiledning og støtte til kommunenes helse- og sosialtjenester. Opptappingsplanen legger til rette for en desentralisering av det allmenne psykiske helsevern og en utbygging av distriktpsikiatriske senter over hele landet. DPS'ene skal samarbeide tett både med kommunene og sentralsykehusavdelingene.

Det er et klart mål i Opptappingsplanen å skape helhetlige tjenester. Brukerne skal ikke oppleve behandlingsskjeden fragmentert og usammenhengende. Det skal heller ikke være i tvil om hvor de kan henvende seg når de har behov for tjenester eller hvem som er ansvarlig for videre oppfølging.

3.2 Status

Det psykiske helsevern er kommet langt i å nå de oppsatte målene i Opptappingsplanen: DPS-utbyggingen er i ferd med å fullføres, økningen i antall polikliniske konsultasjoner er allerede oppnådd og økningen i kvalifisert personell vil bli realisert som forutsatt. Til tross for dette er tilgjengeligheten til spesialist tjenester fremdeles en stor utfordring, ikke minst i akutte situasjoner.

Sosial- og helsedirektoratets kartlegging av akuttavdelingene for voksne høsten 2005 avdekker en tendens til øket pågang samt store og uforklarlige variasjoner mellom helseforetakene mht. beleggsprosent, dekningsgrad og andel utskrivningsklare pasienter. Pasienttellingene viser at ifølge behandlerne burde omtrent 50 % av pasientene i akuttavdelinger hatt andre tilbud. I tillegg rapporteres om vanskelig tilgjengelighet til DPS i akutsituasjoner, både fra brukere og fra primærhelsetjenesten.

På denne bakgrunn er det behov for nye grep som kan bidra til at pasienter med akutte behov får den nødvendige bistand. Videre må en sikre at befolkningen har kunnskap om hvilke tjenester de kan få når og hvordan, og at tjenestene også kan ivareta syke som ikke selv oppsøker dem. God tilgjengelighet forutsetter at tjenestene både er kjent, riktig dimensjonert og organisert for å møte behovene i befolkningen.

3.3 Helsepolitiske føringer

St prp nr 1 (2004 – 2005) forutsetter at ambulante team etableres ved samtlige DPS. Ambulante team skal utgjøre et viktig ledd i et desentralisert tjenesteapparat i tråd med Opptappingsplanens intensjoner. Ambulante akutteam ved DPS forutsettes utprøvd allerede i løpet av 2005 og etablert ved alle DPS innen utløpet av 2008.

Midtveisevaluering av Opptappingsplanen viste at det var behov for å sette klarere mål for innholdet i tjenesten dersom en skulle nå intensjonene. Planperioden ble utvidet med to år. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har direktoratet utformet supplerende mål for psykisk helse for perioden fram til 2008. Her forutsettes at det psykiske helsevernet skal kunne tilby pasienter, pårørende og primærhelsetjeneste nødvendig bistand i akutte situasjoner i form av vurdering, kriseintervensjon, rådgivning og innleggelse 24 timer i døgnet. DPS'ene skal inngå som en fast del av akuttkjeden på spesialistnivå og kunne tilby akutt- og krisetjenester i et omfang som er hensiktsmessig sett i forhold til geografiske og personellmessige betingelser. Følgende sentrale mål settes for tjenestetilbudet:

- Bedre tilgjengelighet til tjenestene og lik tilgang til tjenestene uavhengig av bosted
- Bedre kvalitet på behandlingstilbudet – pasientene skal gis en likeverdig behandling av samme tilstand uavhengig av bosted
- Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestetilbudet innad i og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten
- Bedre ressursutnyttelse
- Brukervennlige tjenester gjennom økt geografisk nærhet samt å øke brukernes involvering i utformingen av egen behandling

4. HVA EN ØNSKER Å OPPNÅ MED AMBULANTE AKUTTEAM

Ambulante akuttjenester ved DPS skal sikre en bedre, helhetlig og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner gjennom rask og god tilgjengelighet for primærhelsetjenesten. Tjenesten skal dessuten kunne tilby en intervensjon som støtter opp om pasientens egenmestring og pasientens nettverk. Tjenesten har som siktemål å redusere presset på sentralsykehusnivå gjennom å tilby flere behandlingsalternativer, bidra til at nødvendige innleggelser i akuttavdelinger oppleves mindre krenkende for pasient og pårørende samt å redusere behovet for bruk av tvangstiltak. Tjenestene må tilpasses lokale behov og den øvrige helsetjeneste.

Sosial- og helsedirektoratet vil tilrå at:

- Ambulante og polikliniske akuttjenester ved DPS så langt mulig organiseres i egne tverrfaglige team som også er tilgjengelige på kveldstid og i helger.
- Akutteamene må inneha både real – og formalkompetanse, dvs at de bør tilsikte tverrfaglighet samt besitte eller tilegne seg særlig kompetanse på akutfeltet
- Pasienter bør i akutteamets åpningstid så langt det er mulig vurderes av teamet før en eventuell innleggelse i akuttavdeling ved sentralsykehus finner sted.

Skal en lykkes i å etablere et sammenhengende tilbud er det avgjørende at akutttilbudet ved sentralsykehus og DPS planlegges og sees i sammenheng og dermed utgjør et tydeligere helhet enn det som er tilfelle i dag. I tillegg må en forbedre samhandlingen vedrørende krise og akuttproblematikk mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale apparatet (jfr NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt).

Akutteamene kan og skal ikke erstatte døgntilbud på sentralsykehus og er heller ikke nødvendigvis billigere i drift. Erfaringer viser imidlertid at akutttilbud som er organisert i ambulante akutteam gir økt kvalitet på akuttjenesten, bidrar til færre innleggelser totalt og bidrar til at mange brukere er mer fornøyde med tjenesten. Ambulante akutteam ved DPS er derfor et viktig supplement til akuttavdelinger ved sentralsykehus som skal yte øyeblikkelig hjelp¹.

Dagens helsepolitiske føringer legger vekt på økt tilgjengelighet til tjenestene samt økt bruker- og pårørendemedvirkning. Videre vektlegges at tjenesten skal bli gitt på det lavest effektive omsorgsnivå (Leon-prinsippet) og at behandling så langt mulig skal være basert på frivillighet. Det betyr at behandling i hovedsak må gis i åpne og frivillige former. I tillegg legges det vekt på at tjenestene skal ha høy faglig kvalitet.

For å oppnå gode forutsetninger i møtet med bruker/nettverk og tjenestenettverk er det viktig å skape en arena for samhandling basert på brukeres og pårørendes premisser i omgivelser hvor de opplever seg mest trygge. Fortrinnsvis vil dette være i eget hjem. Trygghet og en best mulig atmosfære er viktige for å skape en god dialog. En god dialog fremmer mobiliseringen av ressurser hos den kriserammede og nettverket, slik at de bedre kan mestre den krisen de er i. Beslutninger må tas i samråd med pasient, pårørende og de som skal følge opp videre behandling. Pasienter må gis støtte til å opprettholde ansvar for eget liv og egne beslutninger. Dialog om mulige løsninger er

¹ jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd og Forskrift av 21. desember 2000 om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet.

nødvendig for at den det gjelder skal få mulighet for å foreta egne valg. Større grad av delaktighet i egen behandling motvirker også opplevelsen av krenkelse hos pasienten.

Det er viktig at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten opplever at de har et felles ansvar for den befolkning de er satt til å betjene. Samtidig må det til enhver tid være klare ansvarsforhold. Akuttjenesten må være kjent for befolkningen. Fremdeles er det mange personer i krise og deres pårørende som ikke vet hvor de kan henvende seg i akutte psykiske krisesituasjoner.

4.1 Kunnskap om nytten av ambulante akutteam

Ambulante kriseteam innen psykisk helsevern, Crisis Resolution Team, har eksistert siden 1980-tallet både i USA, Australia og i England. Evalueringer har vist lovende resultater ikke minst når det gjelder brukernes tilfredshet med tilbudet. Forskning indikerer at ulike former for ambulansetjeneste reduserer behovet for døgnbehandling og at slike tiltak er assosiert med mindre frafall fra behandlingen enn tradisjonell døgnbehandling. Studier viser også at akutteam er assosiert med reduserte døgninnleggelses og lavere kostnader enn behandling ved tradisjonell akuttavdeling (Gråwe, Ruud & Bjørngaard, 2005). Enkelte studier indikerer også at behandling gitt av ambulante akutteam fører til færre gjeninnleggelses over tid og større grad av pasienttilfredshet.

Selv om det er begrenset vitenskapelig kunnskap om effekt av akutteam og hvordan slike team bør utformes og drives, har det vært bred klinisk enighet om å innføre ambulante akutteam i europeiske og nordamerikanske land. Det er behov for mer forskning for å få kunnskap om hvordan tilbudenes struktur og innhold kan optimaliseres. Eksempler er målgruppe, behandlingsvarighet, åpningstider og bruk av lavterskel døgn- eller dagtilbud.

Ingen alternative akuttbehandlingstiltak vil sannsynligvis kunne overflødiggjøre tradisjonell akuttbehandling på døgnavdeling. Kvaliteten på akuttjenesten i et opptaksområde vil være helt avhengig av et fungerende samarbeid mellom akutteamet og den øvrige helsetjenesten, inkludert fastlegene og øvrig primærhelsetjeneste.

Det er allerede etablert akutteam ved flere DPS i Norge. Disse varierer med hensyn til bemanning, autoritet til å prioritere innleggelses i døgnavdeling, åpningstider, henvisningspraksis og disponering av krise og lavterskelplasser ved DPS.

I Norge har vi til nå manglet god og pålitelig forskning på området akuttjenester. Sosial- og helsedirektoratet har derfor vært opptatt av å stimulere til øket kunnskap på dette feltet. SINTEF Helse har på oppdrag fra Shdir etablert et nettverk for forskning og evaluering av akuttpsykiatriske tilbud. Målsettingen med dette akuttnettverket er å fremskaffe forskningsbasert kunnskap om hvordan ulike akutttilbud innen psykisk helsevern fungerer og hvilken effekt de har, i den hensikt å forbedre akutttilbudet. De første akutteamene her i landet er alle tilknyttet dette nettverket. Resultater vil foreligge i løpet av 2006 og 2007.

5. HVA GJØR AMBULANTE AKUTTEAM

5.1 Funksjonsområde

Ambulante akutteam er et tilbud for voksne personer over 18 år som befinner seg i en psykisk krisesituasjon og som oppholder seg i opptaksområdet til det aktuelle DPS. Målgruppen omfatter personer i akutte psykiske kriser av et omfang som medfører at personens, familiens og nettverkets vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Dette kan være personer med førstegangpsykoser, psykotiske sammenbrudd hos en allerede kjent pasient, personer i en akutt suicidal krise, personer i rusrelaterte psykiske kriser eller andre i akutt krise. Akutteamet er et tilbud for personer som uten et slikt tilbud oftest vil være i behov for innleggelse i akuttavdeling ved sentralsykehus. Tilbudet skal bidra til at personer mottar hjelp på riktig nivå i behandlingsskjeden.

Skillet mellom hvilke personer som kan behandles ved DPS og hvem som må gis behandling ved en akuttavdeling på sentralsykehus vil i liten grad følge skillelinjene mellom diagnostiske grupper. Akuttavdelinger som ihht. lov og forskrift har plikt til å ta i mot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, er en sentralsykehus-oppgave. Fordelingen av oppgaver mellom akutteam på DPS og akuttavdelinger på sentralsykehus må primært skje ut ifra tilstandens alvorlighetsgrad, pasientens funksjonsnivå og mestringssevne, og ressursene i pasientens nettverk. Hos en person der den akutte psykiske krisen er preget av mangel på sykdomsinnsikt og der det foreligger fare for dennes eller andres sikkerhet er det viktig å vurdere innleggelse ved akuttavdeling og hvorvidt bruk av tvang er nødvendig.

Eksemplene under viser at rask kontakt, mobilitet og utvidete åpningstider er sentrale elementer i en effektiv akuttjeneste på DPS-nivå. I tillegg er det viktig at DPS har øremerkede kriseplasser.

Eksempler på bruk av akutteam:

Eksempel 1.

En ressurssterk kvinne i førtiårene med bipolar lidelse har de siste tre årene kontaktet akutteamet ved begynnelsen av oppstemthet. De gangene det har blitt vanskelig å skjerme seg tilstrekkelig hjemme og har hun i tillegg ønsket kriseseng ved DPS. Kvinnen har mer enn ti innleggelse bak seg, med manisk psykose og påfølgende postpsykotisk depresjon. Akutteamet har tidligere bistått pårørende i forbindelse med innleggelse, forsøkt å redusere maktbruk og krenkelse og gjennom dette opparbeidet tillit. Etter mange smertefulle erfaringer har kvinnen lært seg strategier for å unngå mani. I samråd med sin fastlege kontakter hun akutteamet når krisen melder seg.

Eksempel 2.

En eldre mann, uten tidligere kontakt med psykisk helsevern, blir som bilfører innblandet i en alvorlig trafikkulykke der en person omkommer. Mannen blir ikke tilkjent skyld i saken men blir likevel dypt fortvilet og selvanklagende. Han settes i forbindelse med legevakt samme ettermiddag som kontakter akutteamet. De besøker mannen hjemme samme kveld. Han har suicidaltanker og også planer om suicid. Han ønsker å komme i kontakt med forulykkedes pårørende og drøfter dette med teamet. Teamet har samtaler med ham og pårørende som mobiliseres. Etter noen hjembesøk og flere telefoniske samtaler de neste par ukene, lykkes mannen i å komme over krisen.

Behandling og annen hjelp skal så langt som mulig gis som frivillige tilbud. For at akutteam som tilbyr ambulant og poliklinisk oppfølging skal kunne være et reelt behandlingsalternativ, bør pasienten ha innsikt i eget hjelpebehov, kunne samarbeide om et behandlingsopplegg samt ha noen grad av støttende nettverk rundt seg. Skal tilbudet komme hjelpetrengende til gode, må det være tilgjengelig når personen trenger det. En hovedintensjon for akutteam er å kunne tilby tilpasset hjelp til rett tid.

Et akutteam skal ikke tilby hjelp og bistand over lang tid. Dette betyr at en pasient som har behov for videre kartlegging av hjelpebehov og/eller utredning og behandling etter at den akutte psykiske krisen er over, enten vil bli tilbakeført til fastlegen for videre oppfølging eller til annen enhet ved DPS ved behov for videre spesialistbehandling. Fordi et akutteam er avhengig av å kunne ta i mot nye akutte henvendelser til enhver tid, er det viktig å ha fokus på videreføring helt fra første møte med pasienten.

Brukererfaringer:

- Brukere er opptatt av å få tilgjengelige, helhetlige og fleksible tjenester og har satt fokus på problemer med lange ventetider, fragmenterte tjenester, unødvendig bruk av tvang, unødvendige innleggelses og liten påvirkning på hvilke tiltak som blir iverksatt
- Brukerne synes at det er viktig at den første konsultasjonen kommer fort etter henvendelse og at en som pasient gis innflytelse på egen behandling
- Mange brukere opplever at relasjonen med hjelperne er bedre etter omlegging til ambulante team. De får mer praktisk hjelp og støtte, gis reelle valgmuligheter vedrørende behandlingstiltak og omsorg og gis større påvirkningsmuligheter på egen behandling

5.2 Henvendelser til akutteam

Ambulante akutteam må være et lavterskeltilbud i den forstand at det er lett tilgjengelig og fleksibelt både i forhold til dem som befinner seg i en krisesituasjon og for kontaktpersoner i primærhelsetjenesten.

Dersom en person eller hans pårørende tar direkte kontakt med akutteamet i en krisesituasjon, bør de bli møtt i forhold til det de søker hjelp for, og ikke uten videre bli avkrevd å først fremskaffe en skriftlig henvisning. Akutteam bør finne praktiske løsninger i henhold til det henvisningskrav som foreligger. I tråd med retningslinjer for ansvarsfordeling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er det viktig å etablere samarbeid med fastlegen tidligst mulig. Det kan også være aktuelt å samarbeide med politiet samt å gi støtte til krisesentre, kommunale boliger og lignende virksomheter i den hensikt å forebygge unødvendige akuttinnleggelser.

Erfaringer vedrørende henvisninger:

- Oftest er det fastlege/legevakt som pr. telefon tar kontakt med teamet
- Erfaringer viser at det i akutte situasjoner er mer effektivt å selv vurdere pasienten enn å forvente utfyllende henvisninger
- Mange personer i krise eller deres nettverk tar selv kontakt med akutteamene. Dersom akutteamet vurderer at behandling er nødvendig og skriftlig henvisning mangler, kan teamet ta ansvar for å innhente henvisning i ettertid med samtykke fra pasienten. Slik kan pasienten få rask hjelp, fastlegen blir informert om pasientens tilstand, og et samarbeid mellom enheter og forvaltningsnivåer kan etableres tidlig

5.3 Kjerneoppgaver for ambulante akutteam

Ambulante akutteam er DPS'ets akuttjeneste og skal samarbeide med akuttavdelingene, øvrige enheter i DPS og kommunens helse – og sosialfaglige tjenestesteder, inklusive fastlegene. Akutteamene skal medvirke til å forebygge unødvendige innleggelser. Akutteamene vil også kunne forebygge unødvendige tvangsinnleggelser, samt gi råd og veiledning til samarbeidspartnere. Redusert bruk av tvang og krenkelser i forbindelse med innleggelse med og uten politi bør være et prioritert mål.

Akutteamet skal bidra til en rask vurdering av hjelpebehov i en akutt psykisk krise, rask mobilisering av personens nettverk og rask mobilisering av behandlingsnettverket. En viktig funksjon er å bidra til at pasientene kommer på rett sted til rett tid. Pasienter bør derfor så langt det er mulig vurderes av akutteamet før en eventuell innleggelse i akuttavdeling finner sted.

Det vil være av stor betydning for teamets arbeid i hvilken grad alternative tilbud finnes. Enkelte pasienter og deres behandlingsnettverk opplever at bistand og avlastning i form av krisesenger/avlastningssenger er en god hjelp i en akutt krise.

Erfaringer vedrørende kjerneoppgaver:

- Det er viktig med en initial vurdering for å avklare hvor akutt situasjonen er og hvilket hjelpebehov som foreligger
- Teamene må trenes opp i å gjøre akuttpsykiatriske vurderinger med spesielt fokus på suicidalvurderinger og farlighetsvurderinger, og må ha lege og psykolog tilgjengelig for å bistå med diagnostiske vurderinger
- Erfaringer fra England viser at ca 60 % av henvendelsene til akutteam kan adresseres andre, ofte fastlegen
- Akutteamet må fokusere på mobilitet, fleksibilitet og tilgjengelighet
- Teamet må gi støtte gjennom krisesituasjonen i tråd med det hjelpebehov som fremkommer
- Teamet bør disponere avlastningssenger/krisesenger i DPS
- Teamet bør kunne tilby oppfølging av kort varighet i påvente av at adekvat utrednings- eller behandlingstilbud tilrettelegges på riktig behandlingssted
- Teamene må fortløpende vurdere egen virksomhet i henhold til målgruppe og kjerneoppgaver

5.4 Metoder og tiltak

Det finnes en rekke metoder og intervensjoner som kan tas i bruk av akutteam. Initialt er det viktig å kartlegge mangler i hht grunnleggende behov, som behov for mat, sikkerhet, penger og bolig, for å redusere pågående stress. Det kan være viktig å bistå til at ulike behov kobles videre, for eksempel til sosialkontor. Teamene bør ha en tverrfaglig tilnærming der alle ansatte deltar med sin spesielle fagkompetanse i den grad pasientens hjelpebehov tilsier dette. Det er viktig å anerkjenne ulike psykologiske og sosiale tilnærminger rettet mot nettverk/familiene. Det forventes at teamene legger til rette for brukermedvirkning og støtter opp om pasientens egenmestring.

- Alle pasienter bør ha en hovedansvarlig behandler i teamet i den perioden kontakten opprettholdes. I tillegg er det viktig at pasienten beholder kontakten med koordinator i kommunen eller andre steder i sektor hvis slik finnes.
- Dersom pasienten ikke har fastlege og koordinator, bør akutteamet bistå til opprettelse av disse og beholde kontakten med pasienten inntil annen kontakt er etablert
- Den korte behandlingstiden tilsier at behandlingsplanen for den aktuelle krisen bør være under kontinuerlig vurdering. Det tverrfaglige teamet bør vurdere denne behandlingsplanen flere ganger per uke
- Teamene bør ikke koordinere ansvarsgruppe rundt pasienten eller ha ansvar for å føre i pennen pasientens individuelle plan
- Dersom kriseplan ikke er utarbeidet på forhånd, f. eks inngår i personens individuelle plan, bør teamene ta ansvar for at kriseplan blir utarbeidet

6. RAMMER FOR TILBUDET

Alle mennesker har rett til øyeblikkelig hjelp fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når det kan føre til alvorlig skade eller fare for liv og helse å utsette behandlingen. Med hjemmel i Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-1 er akuttavdelinger ved sentralsykehus utpekt til å yte øyeblikkelig helsehjelp slik dette er nærmere beskrevet i bestemmelsens første ledd og Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet § 2. Akutt- og krisetjenester ved DPS må anses som et supplement til denne tjenesten og bør bestå av både oppsøkende virksomhet og døgn-/avlastningsplasser.

Lokale variasjoner både i helsetjenestetilbudet og i hjelpebehovet gir ulike grunnforutsetninger for akuttjenester ved DPS. Ambulante akutteam vil derfor se forskjellig ut i et tettbefolket storbydistrikt versus i et område med en spredt bosetning (jfr. Kap. 4.4 om organisering). Intensjonene med tilbudet må likevel være de samme.

6.1 Åpningstider

Akutteamet anbefales å ha en åpningstid som dekker dag, ettermiddag og kveld for å sikre en god tilgjengelighet i det tidsrommet der behovene er størst. En utvidet åpningstid muliggjør også teamets fleksibilitet i forhold til å kunne møte samarbeidspartnere og nettverk på ettermiddag og kveld. Det er viktig å kunne tilby muligheter for konsultasjoner, vurderinger og oppfølging i hjemmet også på kvelden.

Lokale tilpasninger er nødvendig når det gjelder åpningstid fordi ulike kommuner, byer og distrikter har ulike grunnforutsetninger å bygge sine virksomheter på. En bør bygge på allerede eksisterende ordninger for å sikre en god utnyttelse av eksisterende ressurser både innen spesialisthelsetjenesten og innen primærhelsetjenesten, samtidig som hensikten med et utvidet akuttilbud blir ivaretatt.

Eksempler på åpningstid og dimensjonering:

Crisis Resolution Teams UK: Gjennomsnittlig 14 ansatte pr. 150.000 innbyggere
Åpent 24 timer i døgnet

Follo Akutteam Folloklinikken (DPS): 10.5 fagstillinger og 106 000 innbyggere.
Åpent 09.00 til 22.00 på hverdager, 10 – 15 i helger og helligdager. Krisetelefon om natten. Kriseenhet/avlastningsplasser med 7 fagstillinger.

Vindern beredskapsteam og avlastningsenhet, Vindern DPS: 17 fagstillinger og 115.000 innbyggere. Har også 6 avlastningsplasser.
Åpent 0800 til 22.00 på hverdager, helg 10.00 til 18.00. Krisetelefon om natten.

Akutteam Skien DPS: 5,5 fagstillinger og ca. 60 000 innbyggere.
Åpent hverdager 08.00 til 22.00, fredag til 16.00. Stengt i helger.

Akutteam Notodden DPS: 4 fagpersoner er øremerket akuttopp-gaver til 25 000 innbyggere. Åpent hverdager 08.00 til 21.00

6.2 Bemanning, tverrfaglighet og dimensjonering

Akutteam med ansvar for kjerneoppgaver som skissert over må være tverrfaglig sammensatt med personell som innehar ulik real - og formalkompetanse. Teamet må ha kompetanse til å foreta spesialistvurderinger, medikamentell behandling, somatiske forhold, rus, nettverksarbeid og lovverk m.v., samt ha kunnskap og ferdigheter knyttet til kriseintervensjon. Erfaringer viser at det er viktig å inneha samarbeidskompetanse fordi ansatte ofte må "forhandle" frem fleksible løsninger med både pasienter og samarbeidspartnere.

Dimensjonering og bemanning av akutteam vil være avhengig av ulike rammefaktorer som blant annet opptaksområdets størrelse og teamets kjerneoppgaver. Det er foreløpig lite erfaringskunnskap om forhold knyttet til dette i Norge.

Det er helt nødvendig at lege er tilgjengelig for teamet for å ivareta det medisinskfaglige ansvaret. Dette kan gjelde rådgivning i medikamentsspørsmål, behov for somatiske avklaringer, spørsmål om tvangsinnleggelse og lignende. Hvordan legeoppgavene dekkes vil variere. Dersom psykologspesialist er faglig ansvarlig i teamet må lege likevel være tilgjengelig. På ettermiddags- og kveldstid kan legefunksjonen dekkes av vakthavende bakvakt i det DPS der akutteamet er tilknyttet.

Erfaringer med faglig sammensetning og ledelse:

- Det er viktig med en balansert teamsammensetning. En ensidig sammensetning kan lett føre til vanskeligheter med å rekruttere andre faggrupper
- Akutteamene må ha medisinsk personale. Noen stillinger bør øremerkes lege og sykepleier
- I Norge har det til nå vært vanskelig å rekruttere legespesialister til akutteam
- Erfaring viser at god ledelse av teamene er viktig for å sikre trygge tjenester og effektiv bruk av ressursene
- Teamene må ha en klar forståelse av målsetting, behandlingssideologi og endring i klinisk praksis som ligger i ambulant behandling. Erfaring viser at en kvalitativ god tjeneste krever at man setter av ressurser til å samkjøre teamene før oppstart
- Systematisk fagutvikling, intern evaluering og veiledning er en forutsetning

6.3 Samarbeid

Helhetlige tilbud fordrer et godt og velfungerende samarbeid horisontalt og vertikalt mellom tjenester og nivåer der ansvars- og oppgavefordelingen er tydelig og kjent. Alle partene må være bevisst på å utvikle gode samarbeidskulturer, der den ene part har den nødvendige respekt for den andre parts muligheter og begrensninger. Ikke minst i akutte situasjoner stilles det krav til fleksibilitet og samhandlingskompetanse.

Mange beskriver pasienterfaringer der de har vært "kasteball" mellom ulike tjenestetilbud. En nettverksmodell der man i større grad samordner tilbudet til den enkelte vil kunne motvirke en slik opplevelse. Man bør prøve å få til økt grad av **samtidighet** i arbeidet rundt pasienten i en opplevd kritesituasjon. Eksempelvis at en starter opp arbeidet i en akuttsak ved å innkalle til et "haste-nettverksmøte" der pasient, familie og andre profesjonelle aktører deltar. Fastlege er sentral deltager i et slik arbeid.

Spesielle krav til samarbeidsavtaler:

- Samarbeidsavtaler og samarbeidsrutiner må sikre en gjensidig forståelse av oppgavefordeling og fremgangsmåte for akuttjenesten både på kommunalt nivå, ved DPS og ved akuttavdelinger på sentralsykehusnivå
- Avtaler og rutiner må underbygge at veien inn til spesialisthelsetjenesten går via DPS
- Samarbeidsavtaler og samarbeidsrutiner for akuttjenesten ved DPS og akuttavdelinger må også omfatte samarbeid på ettermiddag og kveld
- Avtalene må inneholde forpliktende samarbeid om oppfølging av pasienter som trenger videre behandling men ikke lenger er i behov av opphold i en akuttavdeling
- Samarbeidsavtaler med primærhelsetjenesten må omfatte samarbeid med legevakt
- DPS og kommuner bør ha en felles strategi for informasjon til befolkningen om akutttilbud innen psykisk helse

Ved henvendelser fra fastleger eller andre kommunale instanser vil det ofte være hensiktsmessig at arbeidet legges opp i samarbeid med den som henvender seg. Dette innebærer at man ikke umiddelbart går inn og overtar ansvaret for å løse problemet, men tilbyr seg å være en av deltagere i et øvrig nettverk. Eksempelvis vil drøftingen da kunne dreie seg mer om "når kan vi møtes" framfor "når kan pasienten få time."

Det er særlig viktig å sikre gode rutiner for samarbeid med pasientens lokale nettverk og etablere kontakt med dem så tidlig som mulig. Dette gjelder både det private og det profesjonelle nettverket. Pasientens fastlege er en nøkkelperson i arbeidet rundt pasienten og bør involveres i arbeidet så raskt som mulig dersom denne ikke allerede er involvert. Andre tjenestetilbud som psykiatritjeneste, sosialkontor, trygdekontor, Aetat, barnevern og kommunal rustjeneste vil kunne være sentrale samarbeidspartnere i enkelte saker, og bør kunne bidra avhengig av hvilke behov som foreligger.

Arbeidet med å utvikle ambulante tilbud er en mulighet for videreutvikling av et helhetlig tjenestetilbud innad i spesialisthelsetjenesten. En nettverksorientert tilnærming innebærer at man legger til rette for økt grad av samarbeid mellom ulike aktører. Ved innleggelse i en akuttpost er det hensiktsmessig at DPS og primærhelsetjenesten blir direkte involvert allerede under innleggelsen for å sikre kontinuitet i arbeidet og oppfølgende tilbud etter utskrivelse. Akutteamene vil ofte være

involvert før innleggelse og vil dermed kunne bidra til å koordinere dette arbeidet. Lovpålagt arbeid med individuell plan vil kunne være et redskap eller utgangspunkt for organisering og innhold i samarbeidet.

Eksempler på hvordan ambulante akutteam kan samarbeide:

Eksempel 1.

Legevakten tar kontakt angående Per. Legen ønsker å drøfte om Per bør innlegges i en akuttavdeling. Per oppfattes å være i en krise knyttet til å ha utøvd vold i beruset tilstand og er anmeldt for dette. Han har også dagen før mistet førerkort i promillekontroll. Per oppsøker legevakten med selvmordstanker, han er fortvilet og synes livet er meningsløst. Akutteamet møter Per på legevakten hvor far også kommer. I samtale med legevakt, Per og far blir en enig om at Per møter behandler i akutteamet dagen etter.

Per møter til samtale som avtalt. Han er fortsatt fortvilet men selvmordstankene har avtatt noe. Vi blir enige om en plan: Vi inviterer hans fastlege og rustjenesten i kommunen til et møte sammen med Per, akutteam og Pers far. Møtet blir avholdt tre dager etter. I møtet blir de ulike deltagerne enige om en plan for videre samarbeid, og hvordan de på hver sin måte kan støtte Per videre. Selvmordsfaren anses for å være over.

Eksempel 2.

En kvinne tar kontakt med akutteamet. Hun er bekymret for sin mor, som 4 år tidligere var innlagt ved akuttavdeling pga. psykoseproblemer. De siste ukene har moren endret atferd. Ifølge datteren bruker hun penger ukritisk, har mange urealistiske planer og ideer, er amper og hissig når datteren tar opp sine bekymringer med henne. Datteren tror moren må innlegges igjen for behandling, noe moren absolutt ikke ønsker.

I telefonsamtale med datteren foretar man en foreløpig kartlegging av problemet slik det beskrives, hvem som er involvert av familie og nettverk og legger en plan for et nettverksmøte. Akutteamet kontakter morens fastlege og det blir avholdt et møte hos fastlegen neste dag. Der deltar datteren som har henvendt seg, moren, morens venninne, fastlege og akutteam. Det blir lagt vekt på at alle gis mulighet til å uttale seg og formidle sin oppfatning av situasjonen. Man blir enige om å forsøke et alternativ til innleggelse gjennom tett poliklinisk tilbud med hyppige samtaler med behandler i akutteam, samt konsultasjon med psykiater i forhold til råd om medikamenter. Familien og venninner trer støttende til med kontakt. Alle kan kontakte akutteam og fastlege underveis dersom det oppstår bekymring. Pasienten møtes hjemme både til individuelle samtaler og sammen med de av familie og nettverk som er ønskelig. Nytt møte hos fastlege etter en uke. Situasjonen har stabilisert seg og det er enighet om at innleggelse ikke er nødvendig.

6.4 Organisering

Akuttjenester ved DPS bør bestå av ambulante og polikliniske tjenester samt kriseplasser. De polikliniske og ambulante akuttjenestene bør så langt mulig organiseres i egne tverrfaglige team som også er tilgjengelige på kveldstid og i helger. Det er et ledelsesansvar at tilbudet har en faglig forsvarlig standard. Størrelsen på DPS-området vil ha betydning for hvordan tilbudene etableres.

I normalt store DPS-områder bør akuttjenesten organiseres i egne ambulante akutteam. I mindre og små DPS-områder vil det gjerne være mer hensiktsmessig at akutfunksjonen dekkes ved mer fleksible løsninger. Målet er at pasientene opplever at intensjonene med tilbudet blir ivaretatt uansett hvor de bor i landet og at alternativ til innleggelse er prøvd ut før innleggelse i akuttavdeling på sentralsykehus finner sted. Teamet bør uansett organisering samhandle tett med psykiatritjenesten i kommunene, med legevaktstjenesten og øvrig spesialisthelsetjeneste.

I DPS-områder med få innbyggere og som dertil betjener et stort geografisk område som fordrer mye reisevirksomhet, kan det være hensiktsmessig at akutteamet noen steder inngår i et generelt ambulant team som innehar ulike funksjoner som for eksempel arbeid med tidlig intervensjon ved psykose og rehabiliteringsteam. De ambulante teamene bør ha en naturlig tett tilknytting til legetjenesten og samarbeide med personell innen psykisk helsearbeid i kommunene.

Det kan også være aktuelt å inkludere personellressurser i poliklinikk og dag- og døgnavdelinger for å få tilstrekkelig ressurser og fleksibilitet. Eksempel på dette kan være at ambulant tilbud utgår fra døgntilbudet ved DPS på kveldstid og i helger. Som et minimum bør DPS ha døgntilbud som sammen med legevaktstjenesten i kommunene utgjør akuttberedskapen i det tidsrom som ikke dekkes av akutteamet.

Det kan være hensiktsmessig å finne gode samarbeidsmodeller for å ivareta et utvidet akutt tilbud. Eksempelvis kan legetjenester på kveld og i helger dekkes i et samarbeid med andre enheter ved DPS/ akuttavdelinger ved sentralsykehus eller i et avtalt samarbeid med primærhelsetjenesten.

Eksempler på organisering:

Folloklinikken (DPS): Akuttjenesten består av ambulant akutteam og kriseenhet. Akutteamet er organisert som et eget team ved poliklinikken. Teamet har 10,5 fagstillinger fordelt på 1 psykiater, 3 psyk.sykepleiere (inkl.teamleder), 4 andre med høyere utdanning. Leger ved poliklinikken inngår i vaktordning på dagtid, 4 leger ivaretar bakvakt for teamet på kveld og i helger. Ramme for oppfølging er inntil 4 uker.

Kriseenhet har 5 døgnplasser med 7 fagpersoner. Kriseenheten har en ramme på 7 liggedøgn.

Notodden DPS: I akutteamet inngår 4 fagpersoner fordelt på 1 lege og 3 psyk.sykepleiere. Teamet ivaretar akuttjenesten ut fra poliklinikken på dagtid og ut fra døgnpost på ettermiddag og kveld, med psykiater som bakvakt.

Landet er pr 1.1.2006 inndelt i 75 DPS områder. I tillegg til geografiske variasjoner varierer DPS områdene befolkningsmessig fra 13 800 til 155 500 voksne innbyggere. DPS veilederen (Statens helsetilsyn 1- 2001) anbefalte at opptaksområdene for DPS burde ha en befolkning på mellom 30 000 til 60 000.

De aller fleste DPS (62 av 75) har et befolkningsgrunnlag på mer enn 30 000 voksne innbyggere. Det betyr at ved de aller fleste DPS bør det ligge til rette for å organisere den ambulante og polikliniske akuttjenesten i egne team.

7. KOMPETANSE OG METODEUTVIKLING

Teammedlemmene må utvikle erfaring og kompetanse i arbeidet med akuttsaker og generell krisehåndtering og ha et godt kjennskap til tjenestenettverket og øvrige ressurser i opptaksområdet. Teamet må ha en tverrfaglig profil og ha tilgang på psykiater og psykologspesialist.

Teamet skal fungere fleksibelt og det terapeutiske arbeidet vil skje i varierende omgivelser/arenaer. Dette krever at den enkelte terapeut er faglig trygg i sin funksjon og trygg til å ta nødvendige beslutninger der og da. Samtidig er det nødvendig å oppleve en stor grad av trygghet internt i teamet.

Bruker- og pårørendemedvirkning krever at terapeuter har gode kommunikasjonsferdigheter og en lyttende og bekreftende holdning til de hjelpesøkende. Akutteamet bør ha et særlig fokus på disse områder i sitt arbeid. Veiledningskompetanse bør tilføres teamet.

Ambulante akutteam innebærer en ny arbeidsmåte. Ved etablering av nye team bør teammedarbeiderne derfor få opplæring som sikrer en enhetlig forståelse av teamets rolle og arbeidsmetoder.

Erfaringer med kompetanse og team-bygging:

Etablering av ambulante team etter modell fra bl.a Storbritannia forutsetter at alle teammedlemmene lærer seg den modellen som det spesifikke tilbudet innebærer. Den ønskede effekten av tilbudet avhenger av om en følger modellen i praksis (mulighet for å oppnå samme resultat ved å være lojal mot metoden; "fidelity"). Kompetanse og metodeopplæring er her avgjørende.

I England har man en felles opplæring over en kortere tidsperiode ved oppstart og nyetablering av både akutteam/CRT og rehabiliteringsteam/ACT. Deretter følges teamene opp med ukentlig undervisning. Erfaringene fra England tilsier at det ikke er nok å utgi veiledere og retningslinjer. Systematisk og standardisert undervisning og opplæring må til.

Ambulante akutteam bør i tillegg tilegne seg kompetanse innen familie-, nettverksarbeid og samhandling. Tverrfaglighet som ressurs er her et viktig element.

Det bør videreutvikles kompetanse i form av ulike utdanningsprogrammer. Sentrale elementer er klinisk veiledning og tilegnelse av teoretisk kunnskap satt sammen i en samhandlende kontekst. Gode erfaringer er allerede gjort på dette området. Det anbefales å bygge videre på disse erfaringene, gjerne knyttet opp mot høgskolesystemet og med status i form av studiepoeng.

Erfaringer vedrørende metodeutvikling:

- Akutteam i Norge og England har hatt nytte av å benytte ulike metoder som nettverksarbeid, reflekterende team, hjemmebesøk, krisesenger og tradisjonell kriseintervensjon, støttesamtaler og medikamentell støtte
- Intervensjoner basert på tilrettelagte tiltak utenfor institusjonene er i stadig utvikling.
- Høgskolen i Oppland har videreutdanning i ledelse av nettverksmøter ut fra "Valdresprosjektet" 1999 – 2001," der en anvender nettverksmøter som en terapiform innenfor psykisk helsearbeid
- Høgskolen i Tromsø har videreutdanning i Relasjons- og nettverksutdanning (www.hitos.no).

8. Implementering

De anbefalinger som her gitt, er veiledende ved etablering av ambulante akutteam og øvrige akuttjenester ved DPS. Det er et ledelsesansvar å gjøre anbefalingene kjent og å iverksette nødvendige tiltak for å etablere og utvikle desentraliserte akuttjenester i tråd med intensjonene.

Etablering av akuttjenester ved samtlige DPS som også omfatter ambulante akutteam, er jevnt over et nytt tilbud innen psykisk helsevern i Norge. Etablering av tilbudet vil kreve prioritering og omrokering av ressurser. En vellykket implementeringsprosess avhenger av at det på alle ledernivåer arbeides for å oppnå en felles forståelse av behovet for nye tiltak og sørger for at nødvendige endringer finner sted, blant annet gjennom bruk av eksisterende styringssystemer.

Et vesentlig tiltak for å legge tilrette for en fungerende akuttjeneste er å inngå samarbeidsavtaler som sikrer helhetlige spesialisthelsetjenester og som underbygger god samhandling med primærhelsetjenesten om behandlingstilbud til personer som opplever psykiske kriser. Desentraliserte ambulante akuttjenester ved DPS må være en integrert del i spesialisthelsetjenestens akutttilbud og være den vanlige inngangsporten til spesialisthelsetjenesten.

Videre er det avgjørende at DPS-ene sikres en bemanning som står i forhold til de oppgaver som forventes og som tar høyde for ivaretagelse av god kvalitet på tjenestene.

Ved etablering av ambulante akutteam bør en ta sikte på en felles opplæring som sikrer en enhetlig forståelse av teamets rolle og arbeidsmetoder. Sosial- og helsedirektoratet vil bidra til at slik opplæring gjøres tilgjengelig. Tjenestene må selv ta ansvar for at nødvendige ressurser avsettes til opplæring og kompetansebygging.

9. Referanser

Burns T: *Generic versus specialist mental health teams*. I "textbook of community psychiatry. G Thornicroft & G Szumukler, red. Oxford University Press, 2001.

Burns T: *Community mental health teams. A guide to current practices*. Oxford University Press 2005.

Department of Health, UK (2002): *Mental Health Policy. Implementation Guide. Community Mental Health Teams*.

Gråwe RW, Ruud T & Bjørngaard JH (2005): *Alternativ akutttilbud i psykisk helsevern for voksne*. Tidsskrift for Norske Lægeforening nr 23, 2005;125.

Hippe Katrine: *Hvor står vi? Hvor går vi? Rapport fra referansegruppen ambulant team*. Søndre Oslo DPS, Ullevål universitetssykehus HF, februar 2005.

Johnson Sonia, et al: *Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study*, BMJ 2005;331;599.

Joy CB, Adams CE, Rice K. *Crisis intervention for people with severe mental illnesses* (Cochrane Review). Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 2003.

Lov av 2.juli 1999 nr. 62 Om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven)

Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet av 21. desember 2000 (med hjemmel i Lov om spesialisthelsetjenester m.m.)

Lov av 2. juli 1999 nr.61 Om spesialisthelsetjenesten m.m.

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 Om pasientrettigheter

NICE. *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence, 2003.

NOU 2005:3; *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo

Statens helsetilsyn 1-2001: *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder*.

St prp nr. 63 (1997-99) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo

The Sainsbury Centre for Mental Health// National Institut for Mental Health in England 2004, Report: *Transforming Mental Health Care, Assertive outreach and Crisis resolution in practice*.

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no