

Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri

2017



SUNDHEDSSTYRELSEN



Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri

Copyright ©:

DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2017

Emneord: ambulant akut psykiatri, psykiatri, psykiatrisk indlæggelse, patienttilfredshed, evaluering

Udgivet af: DEFACTUM®, september 2017

ISBN: 978-87-92400-81-9 (PDF-/elektronisk version)

ISBN: 978-87-92400-82-6 (bilag)

Forfattere:

Pia Vedel Ankersen, programleder, cand.phil., ph.d., DEFACTUM

Nanna Limskov Stærk Christiansen, forskningsassistent, cand.scient.soc., DEFACTUM

Emely Ek Blæhr, forskningsassistent, cand.oecon., DEFACTUM

Rikke Grynderup Steffensen, stud.polit., DEFACTUM

Natasha Bøgh Harvey Engelbrecht, stud.soc., DEFACTUM

Denne publikation citeres således:

Ankersen PV, Christiansen NLS, Blæhr EE, Steffensen RG, Engelbrecht NBH.

Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Pia Vedel Ankersen

DEFACTUM

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 2498 4928

E-mail: pia.ankersen@stab.rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Evalueringen kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

1	RESUMÉ	5
1.1	BARRIERER	5
1.2	SUCCESER	5
2	INDLEDNING	7
2.1	SATSPULJEPROJEKTET FOR AAT	7
2.2	TIDLIGERE ERFARINGER	7
2.3	PROBLEMSTILLING	8
2.4	EVALUERINGSPARAMETRE I EVALUERINGEN	9
2.5	EVALUERING	10
3	METODER OG DATA	11
3.1	KVANTITATIVE DATA	11
3.2	KVALITATIVE DATA	12
4	BAGGRUNDSAFSNIT – LITTERATURSTUDIE	15
4.1	BAGGRUND FOR AAT	15
4.2	ORGANISERING AF AAT	16
4.3	PATIENTGRUPPEN	16
4.4	BEHANDLINGSINDHOLD	17
4.5	PATIENTPERSPEKTIV	20
4.6	LITTERATURSAMMENFATNING	21
5	REGION HOVEDSTADEN	23
5.1	IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG	23
5.2	BESKRIVELSE AF AAT HOVEDSTADEN	23
5.3	DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING	27
5.4	PATIENTPERSPEKTIV	31
5.5	MAGTFORHOLD	37
5.6	IMPLEMENTERINGSSTATUS	40
6	REGION SJÆLLAND	42
6.1	IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG	42
6.2	BESKRIVELSE AF AAT SJÆLLAND	42
6.3	DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING	46
6.4	PATIENTPERSPEKTIV	49
6.5	IMPLEMENTERINGSSTATUS	56
7	REGION SYDDANMARK	58
7.1	IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG	58
7.2	BESKRIVELSE AF AAT SYDDANMARK	59
7.3	DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING	62
7.4	PATIENTPERSPEKTIV	65
7.5	IMPLEMENTERINGSSTATUS	73

8	REGION MIDTJYLLAND	75
8.1	IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG	75
8.2	BESKRIVELSE AF AAT MIDTJYLLAND	76
8.3	DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING	80
8.4	PATIENTPERSPEKTIV	83
8.5	IMPLEMENTERINGSSTATUS	90
9	REGION NORDJYLLAND	92
9.1	IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG	92
9.2	BESKRIVELSE AF AAT NORDJYLLAND	92
9.3	DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING	95
9.4	PATIENTPERSPEKTIV	98
9.5	IMPLEMENTERINGSSTATUS	107
10	SAMMENLIGNING PÅ TVÆRS AF PROJEKTERNE	109
10.1	MEDARBEJDERUNDERSØGELSE	109
10.2	PATIENTTILFREDSHED	119
10.3	SAMMENLIGNING PÅ CENTRALE PARAMETRE	123
11	KONKLUSION	129
11.1	OPTIMERING AF DE FEM REGIONALE PROJEKTER	129
11.2	AAT SOM ALTERNATIV OG SUPPLEMENT TIL INDLÆGGELSE	130
11.3	RECOVERY & EMPOWERMENT	132
12	LITTERATURLISTE	133

1 RESUMÉ

Denne rapport udgør evalueringen af satspuljeprojektet *Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri*, hvor fem projekter, ét i hver region, har fået satspuljemidler til at afprøve ambulante akutteam (AAT)-behandling.

Ambitionen med regionale ambulante akutteams er at tilbyde et alternativ til indlæggelse til borgere med behov for akut psykiatrisk behandling. Behandlingen foregår i borgerens eget hjem eller nærmiljø.

Rapporten præsenterer de konkrete erfaringer med implementeringen af AAT-behandling i relation til at efterleve ambitionen om at tilbyde ambulante akutte psykiatriske behandlingsforløb som alternativ til indlæggelsesbehandling.

Rapporten fokuserer dels på succeser og dels udfordringer og muligheder relateret til implementeringen af AAT i de regionale projekter. Der identificeres således en række succeser såvel som opmærksomhedspunkter på tværs af AAT-projekterne.

1.1 BARRIERER

Der er identificeret en række udfordringer ved implementeringen af AAT. Det har været forskelligt, hvor store udfordringerne har været i de fem projekter. De mest centrale udfordringer på tværs af projekterne har været:

- Visitation af patienter til projekterne; blandt andet har projekterne ikke haft en gatekeeperfunktion
- Afgrænsning af patientgruppen i forhold til at patienterne skal være akut psykisk syge. Det vil sige, at de skal være tilstrækkeligt syge til intensiv behandling, men ikke så syge at deres sygdomsbillede tilsiger indlæggelsesbehandling.
- Speciallægemangel, hvor det har været centralt at finde løsninger på dette.
- Tværsektorielle udfordringer i form af:
 - Samarbejde med privatpraktiserende læger omkring behandling
 - Koordination med forskellige kommunale instanser omkring understøttelse af behandling, relevante tilbud for borgeren mv.
 - Etablering af fortsat behandlingsforløb i efterfølgende ambulante regi
 - Samarbejde med sengeafsnit i forhold til at sende patienter til AAT-forløb (ikke et problem i Region Nordjylland, Midtjylland og Hovedstaden).
- Geografiske afstande hvor der er lang køretid til patienterne (er dog ikke en udfordring i Region Hovedstaden).

Udfordringerne med implementeringen af AAT i de fem regionale projekter er i høj grad sammenlignelige med de udfordringer, som er beskrevet i forbindelse med evaluering af AAT i Norge (jf. Indledningen og litteraturstudie, kapitel 4 (bilag 2)).

1.2 SUCCESER

Overordnet viser resultaterne, at AAT-behandling har potentiale for at fungere som alternativ til indlæggelse. Det skal dog påpeges, at patienterne angiver, at det vil være mere hensigtsmæssigt at se AAT og indlæggelsesbehandling som supplerende behandlinger idet AAT i nogle tilfælde ikke er tilstrækkelig intensiv.

Konkret viser resultaterne, at projekterne i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland fungerer som alternativ til indlæggelse med overensstemmende behandlingsintensitet og behandlingsindhold.

Projekterne i Region Syddanmark og Region Sjælland har begge foretaget væsentlige justeringer i AAT-tilbuddet og er igennem projektperioden kommet i bedre overensstemmelse med principperne for AAT-behandling, som de præsenteres i den internationale litteratur.

På tværs af alle projekterne er der høj patienttilfredshed, og patienterne oplever det som trygt og udviklende at blive behandlet i eget hjem i forhold til mestring af hverdagsudfordringer.

I forbindelse med evalueringen er der gennemført en undersøgelse af sammenhængen mellem arbejdsmarkedsfastholdelse og psykiatrisk behandling som enten indlæggelse eller AAT-behandling ved Akut Psykiatrisk Hjælp (APH) på Frederiksberg. Det viser sig, at arbejdsmarkedsfastholdelsen er bedre ved AAT-behandling sammenlignet med indlæggelsesbehandling (1). Dette spørgsmål er undersøgt med henblik på at afdække, om AAT giver bedre recovery, hvilket er en af de centrale målsætninger med AAT-behandling. Undersøgelsen, der er publiceret i *Nordic Journal of Psychiatry* (2017) konkluderer, at AAT i høj grad understøtter recovery.

Der henvises til kapitel 11 for en opsummering af den samlede vurdering af AAT.

2 INDLEDNING

Psykiatriudvalgets rapport *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* fra 2013 anbefaler, at der tilbydes den rette specialiserede indsats til borgere med psykiske lidelser også i den akutte fase (2, 3). Det betyder dels, at komplekse forløb skal behandles på specialfunktionsniveau, og dels at mindre komplekse *ikke* skal behandles med en intensitet, som overstiger behandlingsbehovet. Indlæggelse er en relativ intensiv og indgribende behandlingsform, og der lægges derfor op til at undersøge, om det er muligt at tilbyde en mindre indgribende ambulante akut behandling. Satspuljeprojektet *Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri* skal ses som et initiativ, der imødekommer denne ambition.

Ambulant akutteam (AAT)-initiativet skal i forlængelse heraf ses i sammenhæng med værdierne inden for sundhedsvæsenet og specielt inden for psykiatrien omkring brugerinvolvering, afstigmatisering, empowerment og behandling på patienten præmisser, som vinder indpas i disse år (4, 5).

2.1 SATSPULJEPROJEKTET FOR AAT

Regeringen og satspuljepartierne har afsat ca. 30 mil. kr. i satspuljemidler fra 2014 til 2017 til at afprøve AAT-behandling i den regionale psykiatri med henblik på at gennemføre en effektevaluering, der kan give regionerne grundlag for overvejelser om at udbrede denne indsats type generelt.

Følgende fem projekter, ét i hver region, er bevilliget satspuljemidler til at implementere ambulante akutteams i den treårige projektperiode:

- Akut Psykiatrisk Hjælp (APH), Psykiatrisk Center Frederiksberg, Region Hovedstaden
- Ambulant Akutteam, Psykiatrien Syd, Vordingborg, Region Sjælland
- Den Mobile Skadestue, Psykiatrisk Afdeling Kolding-Vejle, Region Syddanmark
- Ambulant akutteam, Regionspsykiatrien Vest, Holstebro, Region Midtjylland
- Ambulant Akutteam, Sengeafsnit N7, Frederikshavn, Region Nordjylland

Projekterne evalueres af DEFACTUM på vegne af Sundhedsstyrelsen. I den treårige projektperiode er DEFACTUM sparringspartner for både Sundhedsstyrelsen og de regionale projekter, som understøttes i implementering og forankring. DEFACTUM proces- og effektevaluerer ved brug af både kvalitative og kvantitative dataindsamlingsmetoder og bidrager med viden og erfaring på tværs af projekterne.

2.2 TIDLIGERE ERFARINGER

I Danmark er der relativt få ambulante behandlingstilbud til psykiatribrugere i akutfasen, hvor den primære behandling til denne patientgruppe i stedet er den traditionelle indlæggelsesbehandling. AAT-behandling er mere udbredt som alternativ til indlæggelsesbehandling i lande som Norge, USA, Australien, England, Irland mfl.

Ambitionen med AAT-behandling er at være et alternativ til akut psykiatrisk indlæggelse gennem en intensiv akut psykiatrisk behandling, der foregår ambulante (primært) i borgerens hjem (6). Principielt kan AAT-behandling være et tilbud til alle akutte psykiatriske patientgrupper. Dog anbefales det, at patienter med en betydelig forhøjet selvmordsrisiko, og patienter, der er til fare for andre henvises til indlæggelsesbehandling.

Flere studier viser, at AAT-behandling er et sikkert, acceptabelt, effektivt og omkostningseffektivt alternativ til indlæggelse (7-10). Det forudsættes dog, at AAT-behandlingen indeholder centrale behandlingselemen-

ter på linje med behandlingen ved indlæggelse. Endvidere skal tilbuddet organiseres, så det er et reelt alternativ til indlæggelse, hvilket eksempelvis fordrer en udstrakt tilgængelighed påpeges det i litteraturen (6).

I forbindelse med evaluering af de fem satspuljeprojekter ligger der en styrke i at trække på internationale erfaringer med AAT-behandling, hvor erfaringer fra Norge, som har valgt at indføre AAT på landsplan, er særligt interessante (11-15). Erfaringerne fra Norge viser, at AAT-behandlingens fulde potentiale ikke indfris fordi:

- AAT-tilbuddet ikke er tilstrækkeligt intensivt. Det anbefales derfor, at det gøres mere intensivt, og specielt at flere borgere mødes uden for ambulatoriet, hvilket vil sige i eget hjem
- Begrænsede åbningstider (tilgængelighed) bevirker, at der indlægges borgere, som kunne have været behandlet af AAT
- Responstid er ikke tilstrækkelig hurtig og nogle norske AAT har ikke gatekeeperfunktion i forhold til indlæggelse eller AAT-behandling. Dette implicerer, at borgere som kunne være behandlet ved AAT, bliver indlagt

I kapitel 4 gennemgås tidligere erfaringer i dybden gennem en præsentation af DEFACTUM's litteraturstudie om AAT-behandling.

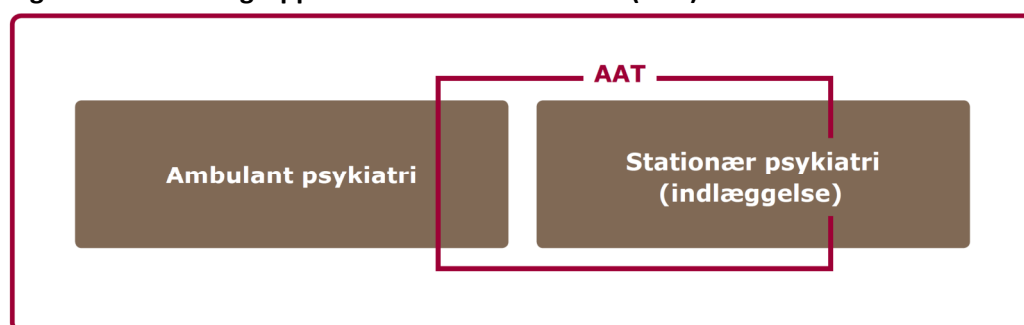
Litteraturstudiet er anvendt til at opstille centrale evalueringsparametre. Evalueringsparametrene bliver i rapporten anvendt til at vurdere de fem projekter. I processen med udvikling og implementering af de fem AAT-projekter har disse også været anvendt til at påpege muligheder for udvikling af projekterne.

2.3 PROBLEMSTILLING

Evalueringen af AAT-behandling består dels af en slutevaluering med det overordnede formål at få viden om AAT-behandlingens effekt i en dansk kontekst og dels en procesevaluering med fokus på at systematisere erfaringer og viden med AAT-arbejdet i de fem regionale projekter med henblik på at optimere AAT-projekterne. På den baggrund er det ambitionen, at evalueringerne kan indgå i et beslutningsgrundlag for en eventuel fremtidig udbredelse af AAT i den regionale psykiatri.

Det helt centrale formål ved AAT-behandling er at tilbyde en behandling, som er på niveau med indlæggelsesbehandling, men som er mindre indgribende i borgerens hverdag. Dette skal sikres ved at tilbyde en hurtig, relevant og sammenhængende indsats til mennesker med psykiatriske lidelser i akutte situationer i deres hjem og med udgangspunkt i deres hverdagsliv. Det er helt essentielt for AAT-behandlingen, at den fungerer som et reelt alternativ til akut psykiatrisk indlæggelse.

Figur 1. Patientmålgruppe for Ambulant Akutteam (AAT)



2.4 EVALUERINGSPARAMETRE I EVALUERINGEN

Der er opstillet en række evalueringsparametre til at evaluere projektet. Evalueringsparametrene er opstillet dels på baggrund af de anbefalinger, der kan udledes fra det gennemførte litteraturstudie og dels på baggrund af de workshops, der er afholdt med de fem regionale AAT.

Det har været ambitionen at undersøge effekten af AAT-behandling på indlæggelsesmønsteret i optageområdet, hvor AAT-behandlingen er blevet udbudt. Det har ikke været muligt at få adgang til indlæggelsesdata og denne analyse foretages derfor først ved slutevalueringen.

Evalueringsparametrene kan inddeles i følgende tre overordnede temaer; behandling, organisering af AAT og patientperspektiv. Under de tre overordnede temaer er der en række underkategorier. Disse er:

2.4.1 Behandling

1. Definition af patientgruppe i forhold til egnethed for AAT-behandling (vs. indlæggelse)
2. Behandlingsindhold
 1. Hurtig respons og hjemmebesøg
 2. Risiko- og symptomvurdering
 3. Vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og øvrigt helbred
 4. Formulering af behandlingsplan, som accepteres af patienter og pårørende
 5. Medicinsk administration og supervision samt opstart af behandling med hyppig kontakt mellem behandler og patient
 6. Delegation og ordination af behandling, herunder mulighed for at tilkalde lægefaglig bistand i borgernes hjem
 7. Psykologiske interventioner, undervisning, vejledning og rådgivning af patient og pårørende
3. Tværsektorielt samarbejde med henblik på at understøtte behandling og støtte mv. efter afsluttet akut behandling. Relevante aktører er blandt andet kommunale tilbud (støtteperson, familieafdeling mv.), privat praktiserende læge, social-/distriktspsykiatri mv.

2.4.2 Organisering

1. Organisering herunder rammer for at bedrive AAT-behandlingen
 1. Tilgængelighed til AAT hele døgnet, alle ugens dage, hele året rundt
 2. Akutteamets funktion i forhold til sammensætning, ansvar, roller og opgaver mv.
 3. Visitation til AAT-behandling
2. Medarbejdertilfredshed
3. Sikkerhed for henholdsvis patienter, pårørende og personale
4. Kvalitet af AAT-tilbuddet og vurdering af, hvorvidt tilbuddet er i overensstemmelse med lovgivningen på området
5. Reduktion i indlæggelser, genindlæggelser, gennemsnitlig indlæggelsestid

2.4.3 Patientperspektiv

Evalueringsparametrene for patient- og pårørendetilfredshed operationaliseres og besvares gennem nedenstående spørgsmål:

2. Er AAT-behandling et lige så sikkert behandlingstilbud som indlæggelse?

1. Er der er flere selvmord eller selvmordsforsøg forbundet med hjemmebehandling?
2. Er der flere overfald eller mord forbundet med hjemmebehandling?
3. Er der patientgrupper, hvor anvendelsen af AAT er særlig relevant?
4. Kan det sandsynliggøres, at AAT-behandling reducerer indlæggelser, genindlæggelser og sengedage?
5. Er AAT-behandling en mindre indgribende behandling end indlæggelse?
6. Hvordan er behandlingsindsatsen udformet?
7. Hvordan beskriver personalet (hjemmebehandlere, psykiatere mv.) behandlingen?
8. Hvordan beskriver og oplever patienter behandlingen?
 1. Hvad angiver patienterne som fordele og ulemper ved AAT og indlæggelse?
 2. Er patienterne tilfredse med AAT-behandling?
 3. I hvor høj grad er der målopfyldelse af ambitionen om sammenhængende behandlingsforløb set fra patientperspektivet?
9. I hvor høj grad er AAT organiseret med henblik på den bedste mulige opgaveløsning i forhold akut psykiatrisk hjemmebehandling?

2.5 EVALUERING

Denne evaluering er forløberen til den endelige slutevaluering, som udkommer medio 2018 efter satspuljebestillingen ophører med udgangen af 2017.

Evalueringen og evaluators arbejde har været procesorienteret med fokus på at afdække satspuljeprojekternes indsats og proces for at bidrage til afprøvning og læring. Evalueringen har fokus på anvendelsesorienteret vidensopsamling og erfaringsudveksling, hvor en potentiel forbedringsproces er i fokus.

I denne evaluering fremkommer de foreløbige resultater for projektet, hvor der lægges vægt på, hvorvidt projekterne er kongruente med anbefalinger fra litteraturen, samt hvilke erfaringer projekterne har gjort med implementering af AAT, herunder hvilke udfordringer der er i forhold til målopfyldelse. Derudover gennemgås projektjusteringer, foreløbige resultatmål, ligesom der præsenteres anbefalinger for projekternes fremadrettede udvikling.

Evalueringen er opbygget således, at der i kapitel 5-9 præsenteres fem projektspecifikke analyser. De fem satspuljeprojekter beskrives i henhold til implementeringsgrundlaget- og processen, de sundhedsprofessionelles perspektiv samt patienternes perspektiv. De projektspecifikke gennemgange afsluttes med en oversigt over projektets status, herunder succeser samt udfordringer og muligheder. Disse regionale analyser efterfølges af en tværregional sammenligning i kapitel 10 hvorefter der konkluderes i kapitel 11.

3 METODER OG DATA

Projekterne evalueres dels på organisatorisk niveau, som har fokus på den regionale organisering og implementering af AAT, og dels i et patientperspektiv, hvor psykiatribrugernes holdninger til, vurderinger af og erfaringer med AAT beskrives.

Evalueringsens empiriske datagrundlag består af en kombination af kvantitativ og kvalitativ data. Disse sammenholdes med internationale erfaringer opsummeret i litteraturstudiet (jf. kapitel 4).

Det var ambitionen, at denne rapport skulle have indeholdt en evaluering af udviklingen i indlæggelser, genindlæggelser, indlæggelsestid mv. Denne analyse er desværre ikke en del af evalueringen, idet Sundhedsdatastyrelsen endnu ikke har givet tilladelse til at trække data. Der er dog givet godkendelse til at analyserne kan foretages. Evalueringsens redegørelse for indlæggelsestal er derfor foretaget på baggrund af regionernes egne analyser af deres indlæggelsesdata.

3.1 KVANTITATIVE DATA

De kvantitative datakilder som evalueringen er baseret på, er patient- og medarbejderspørgeskemaer. Patientundersøgelsen kan betragtes som en pilotundersøgelse til undersøgelsen som afrapporteres i slutevalueringen. Årsagen til, at undersøgelsen får karakter af at være en pilotundersøgelse er, at der er indsamlet for få besvarelser i fire ud af de fem projekter og i det sidste projekt er det et spørgeskema, som på enkelte spørgsmål har anvendt alternative formuleringer.

Spørgeskemaundersøgelserne, som introduceres i det følgende afsnit, præsenteres i forbindelse med den tværregionale sammenligning af projekterne.

3.1.1 Patientspørgeskema

Som et led i at afdække patienternes oplevelser med AAT har DEFACTUM i samarbejde med AAT-medarbejderne gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt AAT-patienter. Patientspørgeskemaet er opbygget med udgangspunkt i spørgeskemaet fra Den Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP). En del af spørgsmålene er bevaret og en del nye spørgsmål er tilføjet. De i alt 35 spørgsmål angår patientens oplevelse af behandlingsindholdet, kontakten til AAT, tværsektorielt samarbejde og patientinddragelse.

Patientspørgeskemaerne er trykt i papirform og udleveret af AAT-medarbejderne til patienterne i forbindelse med afslutning af deres AAT-forløb. Spørgeskemaerne er udleveret til patienter i perioden medio oktober til ultimo december 2016¹. Efterfølgende er de indsamlet af teamet og indsendt til DEFACTUM. Antallet af spørgeskemabesvarelser har dog været så begrænset, at det ikke har været muligt at analysere resultaterne meningsfuldt, da datagrundlaget har været for spinkelt. Region Midtjylland har imidlertid udsendt og indsamlet besvarelser fra en lignende intern spørgeskemaundersøgelse for patienter og pårørende tilknyttet AAT-forløb. Region Midtjylland har således indsamlet 158 patientbesvarelser og 76 pårørendebesvarelser i perioden 2015-2016. Dog varierer disse spørgsmål en anelse fra spørgsmålene formuleret af DEFACTUM. Region Midtjyllands patientbesvarelser bliver i evalueringen anvendt som en pilotundersøgelse, hvor Region Midtjyllands besvarelser bliver holdt op mod patientbesvarelser fra ambulante forløb og indlæggelse. I slutevalueringen vil samtlige regioners patientbesvarelser blive inkluderet.

¹ I Region Syddanmark blev dataindsamlingen forlænget til medio januar 2017, grundet et to ugers ophold i udleveringen og indsamlingen af patientspørgeskemaerne.

3.1.2 Medarbejderspørgeskema

DEFACTUM har udsendt et spørgeskema til alle AAT-medarbejdere for at afdække medarbejdernes erfaringer med og vurdering af de ambulante akutteams. Spørgeskemaet blev udsendt første gang den 15.9.2016 via AAT-medarbejdernes arbejdsmail. I den følgende periode blev der sendt fire elektroniske rykkere for besvarelser, hvorefter dataindsamlingen blev afsluttet den 10.10.2016. Ud af 61 mulige respondenter har 54 indsendt deres besvarelser, og der er således opnået en relativ høj svarprocent på 89 pct.

Spørgeskemaets i alt 60 spørgsmål angår primært behandlingsindholdet, målopfyldelse, arbejdsmiljøet og det tværsektorielle samarbejde. Størstedelen af spørgsmålene har lukkede svarkategorier med enkelte muligheder for uddybende besvarelse. Spørgeskemaet er udviklet af DEFACTUM og indeholder en række validerede spørgsmålsbatterier samt en række spørgsmål udarbejdet af DEFACTUM, som relaterer specifikt til AAT.

For at afdække arbejdsmiljøet anvendes spørgsmål om arbejdsrelateret udbrændthed, et valideret spørgsmålsbatteri fra *CBI - Copenhagen Burnout Inventory* skalaen. En sektion af spørgsmål fra *The Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS for Human Service Survey)* anvendes til at afdække graden af medarbejderens depersonalisation. Disse spørgsmål er oversat til dansk af DEFACTUM. Desuden anvendes spørgsmål udviklet af *Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø* til at afdækkes arbejdsmiljøet i AAT. Spørgeskemabesvarelserne er analyseret i STATA 14.

3.2 KVALITATIVE DATA

Kvalitative datakilder er valgt med henblik på, at beskrive implementeringen, kontekstuelle betingelser samt patienternes og de sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med AAT-behandlingen.

De organisatoriske analyser baserer sig på følgende kvalitative datakilder:

- Projektbeskrivelser, oprindelige og reviderede
- Workshops
- Indsatsteorier
- Statusrapporter
- Interviews med sundhedsprofessionelle

Patientanalyserne er baseret på data fra interview med patienter og enkelte pårørende.

3.2.1 Interviews med sundhedsprofessionelle

Der er foretaget interviews med repræsentanter for tre forskellige organisatoriske perspektiver ved teamsene – ledelsen, psykiatere og øvrige medarbejdere. Der er gennemført 19 interviews med i alt 29 sundhedsprofessionelle, herunder 5 ledelsesinterviews, 4 psykiaterinterviews og 10 medarbejderinterviews.

Interviewene har både været fokusgruppe- og enkeltinterviews, som efterfølgende er gengivet i referater, hvor respondenternes udtalelser er nedfældet via en meningskondensering.

Foruden 6 ledelsesrepræsentanter og 4 psykiatere er i alt 19 medarbejdere interviewet med følgende fordeling:

- 6 medarbejdere i Region Hovedstaden
- 3 medarbejdere i Region Sjælland
- 4 medarbejdere i Region Midtjylland

- 2 medarbejdere i Region Nordjylland
- 4 medarbejdere i Region Syddanmark

I alle projekter med undtagelse af Region Syddanmark er den psykiater, som er tilknyttet AAT'et interviewet med henblik på at afdække projektet fra et lægefagligt perspektiv. Årsagen til, at der ikke er foretaget et psykiaterinterview i Region Syddanmark, er, at AAT-projektet i denne region ikke har en fast psykiater tilknyttet, men derimod gør brug af forskellige lægefaglige ressourcer i den psykiatriske modtagelse.

Der er gennemført interviews med i alt 6 ledelsesrepræsentanter, én i hver region med undtagelse af Region Midtjylland, hvor de to afdelingssygeplejersker er interviewet i et fælles interview.

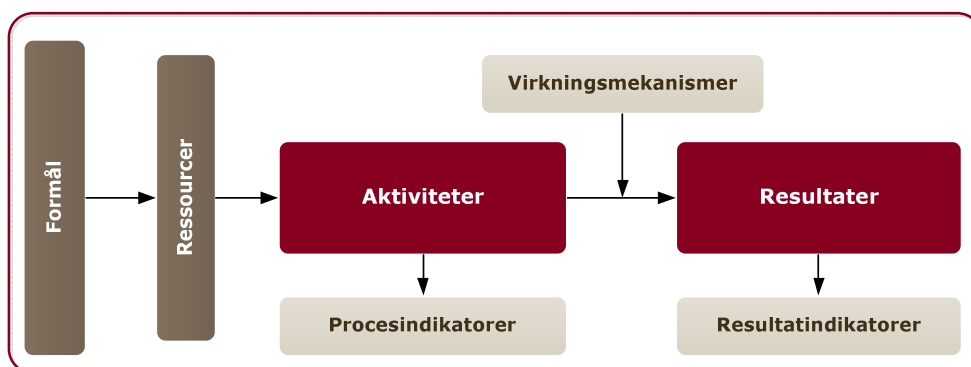
3.2.2 Patientinterviews

Der er gennemført interviews med i alt 14 patienter, 3 i hver region med undtagelse af Region Midtjylland, hvor 2 patienter er interviewet. Patienterne er kontaktet af personale i de regionale AAT-tilbud, som har informeret om undersøgelsen, indsamlet tilsagn om deltagelse og arrangeret tidspunkt for interviews. Interviewpersoner er således ikke tilfældigt udvalgt. Alle patienter har på interviewtidspunktet været i den afsluttende del af AAT-forløbet eller for nyligt afsluttet. Interviews omhandler patientens oplevelse af AAT-behandling, AAT sammenlignet med indlæggelse samt det tværsektorielle samarbejde. Patientinterviews varer mellem 30-60 minutter, dog er der ét interview på halvanden time. Alle interviews er transskriberet i fuld længde, med undtagelse af interviewet af halvanden times varighed, som er gengivet i referat. Interviews er foretaget af medarbejdere ved DEFACTUM.

3.2.3 Indsatsteorier

Evaluators har, på baggrund af regionale workshops, projektbeskrivelser samt øvrig information udarbejdet indsatsteorier for hvert af projekterne. Disse er tilsendt projekterne til kommentering og er løbende revideret. Indsatsteorierne er dynamiske evalueringsværktøjer, som danner rammen for såvel evaluators sparring med projekterne, som den endelige vurdering af målopfyldelsen, der fremlægges i slutevalueringen. Skabelonen for indsatsteori indeholder grundelementerne; formål, ressourcer, aktiviteter og resultater. Derudover berøres virkningsmekanismer samt proces- og resultatindikatorer, jf. følgende skabelon.

Figur 2. Skabelon for indsatsteori



De regionale indsatsteorier fremgår af bilag 1 og indgår som datakilde i de regionale analyser.

3.2.4 Statusrapporter

For at sikre opdateret information af projekterne til brug i evalueringen, har projekterne indleveret to statusrapporter. Første statusrapport er afleveret i oktober 2015 og anden statusrapport i oktober 2016. Sta-

tusrapporterne skitserer status for projekterne, herunder resultater, udfordringer, økonomi mm., og indgår som datakilde i de regionale analyser. Disse data er anvendt til vurdering af hvorvidt projekterne har målopfylde4lse og derudover er de brugt i dialoger med projekterne om evt. justeringer.

4 BAGGRUNDSAFSNIT – LITTERATURSTUDIE

I evalueringen af de fem satspuljep projekter ligger der en stor styrke i at trække på internationale erfaringer med AAT-behandling. DEFACTUM har derfor, som et led i evalueringen af projekterne, gennemført et litteraturstudie og udledt de centrale evalueringsindikatorer for AAT af den eksisterende litteratur på området. På baggrund af et litteraturstudie gennemført i 2014 og en supplerende litteratursøgning i 2016 beskrives centrale evalueringsindikatorer for AAT. Litteraturstudiet der er foretaget i 2014, er baseret på i alt 65 artikler udvalgte artikler. Den supplerende litteratursøgning har resulteret i inddragelse af nyere litteratur med i alt 8 yderligere artikler.

Litteraturstudiet danner baggrund for beskrivelsen af indhold mv. i AAT-behandling, og er udgangspunktet for de opstillede evalueringsparametre, som anvendes til vurdering af behandlingspraksis i de fem regionale AAT-projekter. Litteraturstudiet er baggrunden for de forbedringspotentialer, som fremkommer i rapporten, hvorfor litteraturstudiet fungerer som en 'best practice' beskrivelse for AAT-projekterne.

I internationale sammenhænge er der flere betegnelser for det, vi betegner som AAT. Den mest almindelige betegnelse, som anvendes i den internationale litteratur, er *Crisis Resolution Home Treatment* (CRHT) eller *Crisis Resolution Treatment* (CRT). I nærværende rapport anvendes konsekvent betegnelsen AAT.

4.1 BAGGRUND FOR AAT

Historien bag AAT går tilbage til psykiatrien i Madison, Wisconsin i 70'erne (16-20). Baggrunden for indførelsen af AAT-behandlingen var et ønske om besparelser på indlæggelsesbehandling gennem erstatning af sengepladser med AAT-behandling (6).

I dag fremstår behovet for besparelser fortsat som en central målsætning. Derudover er der kommet nye agendaer om recovery, 'Mindst mulig indgribende behandling' og empowerment, som ligeledes står som centrale ambitioner for psykiatrisk behandling (2-5). Disse visioner associeres ofte med AAT-behandling, hvilket motiverer til at se nærmere på AAT-behandling som et alternativ til indlæggelsesbehandling (11, 21, 22).

Spørgsmålet er naturligvis om AAT-behandling rent faktisk er en besparelse og er i bedre overensstemmelse med visionen om recovery, empowerment og principperne for mindst mulig indgribende behandling? Derudover er det også et centralt spørgsmål, om AAT-behandling er et sikkert behandlingstilbud? Dette fordi psykisk syge patienter, der i deres sygdomsperioder er kendetegnet ved at have kognitive og emotionelle forstyrrelser, har en forhøjet risiko for selvmord og udadreagerende adfærd, hvilket kan udgøre en risiko for personalet.

På baggrund af studier som sammenligner indlæggelses overfor AAT-behandling, er konklusionerne, at AAT-behandling er forbundet med en omkostningsreduktion på grund af et fald i sundhedsudgifter baseret på et mindre forbrug af sengedage (8-10, 22-28) (se bilag 2 for en mere detaljeret gennemgang af problemstillingen). Endvidere viser gennemgangen af litteraturen om patientsikkerhed ikke en forhøjet risiko for selvmord eller død under mystiske omstændigheder (1, 17, 29-34)

Gennemgangen af litteratur indledes med en redegørelse for de organisatoriske forhold, som beskrives som befordrende for en effektiv AAT-behandling.

4.2 ORGANISERING AF AAT

Gennemgangen af organisationsafsnittet er baseret på en litteraturgennemgang af 22 artikler samt bogen *Home Treatment for Acute Mental Disorders* (6). Beskrivelsen præciserer, hvilke organisatoriske elementer der er essentielle for at AAT kan være et alternativ til hospitalsbehandling (14, 35-40). Enkelte studier bidrager også med en redegørelse af, hvilke organisatoriske udfordringer AAT gennemgår, når disse kriterier ikke er opfyldt (35, 38).

Heath beskriver, at følgende organisatoriske karakteristika ved AAT skal være opfyldt (6):

- Tilgængelighed 24 timer alle ugens dage året rundt
- Mulighed for hjemmebesøg op til flere gange dagligt
- Hurtig respons, intensiv intervention med en varighed fra 2-6 uger
- Interventionen indebærer et behandlingsaspekt samt støtte af social og praktisk karakter
- Gatekeeperfunktion, der indebærer, at ingen patienter indlægges, uden at AAT har vurderet, om patienten kan behandles af teamet
- Behandlingstilbuddet eksisterer indtil krisen er løst og anden opfølgende behandling er iværksat
- Multidisciplinært team, hvor tilgængelighed til psykiaterkompetencer er helt essentielt

Tilgængelighed 24 timer i døgnet alle ugens dage er et essentielt organisatorisk karakteristika ved AAT-behandling. Den døgndækkende tilgængelighed til behandlingen skal resultere i, at patienter modtager hurtig respons og behandling, hvilket Heath angiver som meget betydningsfuldt for al akut behandling (6). Dette implicerer, at det multidisciplinære team skal indeholde psykiaterkompetencer for dermed at kunne give akut medicinsk behandling samt anden akut psykiatrisk behandling på højde med hospitalsbehandling (6, 12, 15, 41).

Gatekeeperfunktionen til den akutte psykiatriske behandling er vigtig. I tilfælde af, at gatekeeperfunktionen ikke er i AAT, vil en del patienter, som kunne være behandlet med AAT, i stedet blive indlagt (6). Årsagen til dette er, at manglende kendskab til AAT medvirker til, at patienter henvises til traditionel hospitalsbehandling i stedet. Beslutningskompetencerne vedrørende indlæggelse eller AAT skal derfor være i AAT'et for at få den optimale udnyttelse af AAT-tilbuddet og dermed undgå unødvendig indlæggelse

Behandlingsvarigheden i AAT varierer og er beskrevet til en varighed på 2-6 uger afhængigt af behandlingsrespons og tilgængelighed af opfølgende behandling (6, 42).

Størrelsen på organisationens optageområde er meget varieret og afhænger af, om det er land- eller byområder. Det har betydning for, hvor mange patienter der tildeles AAT. På samme vis er der forskel på antal patienter pr. behandler (case-load) (6, 42, 43)

Flere artikler beskriver uhensigtsmæssigheder, såfremt de organisatoriske anbefalinger ikke er opfyldt. Specielt bliver der i studier fra Norge redegjort for, at potentialet for AAT-behandling er uudnyttet grundet manglende implementering af centrale elementer, som gatekeeperfunktion og tilgængelighed 24/7 (13, 15, 35, 38, 44, 45). Endvidere, at det er essentielt, at personalet er relativt stabilt (46-48).

4.3 PATIENTGRUPPEN

Akut psykisk syge med behov for behandling er en gruppe mennesker med meget forskellige behov og ressourcer. Anvendelsen af AAT som alternativ (eller supplement) til hospitalsindlæggelse skal tage højde for denne forskellighed og være tydeligt formuleret i forhold til, hvilke patientgrupper AAT er egnet til, og evt.

hvilke patientgrupper behandlingsformen ikke er egnet til, eksempelvis patienter med væsentligt forhøjet selvmordsrisiko (29, 49). AAT afstedkommer dermed et behov for en redefinition af målgruppen til indlæggelse og AAT.

Flere studier beskæftiger sig med definitionen af, hvilken patientgruppe der er egnet til AAT (13, 38, 50, 51). Hasselberg et al. fandt i en sammenligning mellem forskellige behandlingstilbud, at patienter med depression viste størst fremgang ved AAT-behandling. De modtog også den længste behandling. Patienter med psykotiske symptomer havde mindst behandlingseffekt ved AAT-behandling, ligesom de modtog den korteste behandling (52, 53)

Et andet studie af Cotton et al. fandt, at patienter som vurderedes samarbejdsvillige, der tidligere havde været vangsindlagt, eller som havde risiko for ikke at drage omsorg for sig selv i højere grad blev indlagt end tilbudt AAT (50).

Det fremgår desuden af det engelske nationale survey *A National Survey of Crisis Resolution Teams in England*, at patienter med psykoser, affektive lidelser, angst og personlighedsforstyrrelser oftere modtager AAT, mens patienter med misbrug og organiske lidelser i mindre grad tilbydes AAT-behandling (54). En Cochrane litteraturgennemgang fra 2012 (55) beskriver endvidere, at det er muligt at behandle borgere med skizofreni med AAT.

Brimblecombe et al. (2003) konkluderer, at ukontrollable selvmordstanker og tidligere indlæggelser er prædiktorer i forhold til risikoen for indlæggelse (56).

Opsummerende peger litteraturen på, at patienter med depressive lidelser har størst behandlingseffekt ved AAT. Patienter, som tidligere har været indlagt under tvang, psykotiske patienter og patienter med ukontrollable selvmordstanker henvises hyppigere til indlæggelse. Hermed kan yderpunkterne i forhold til definition af målgruppen for AAT defineres. De mindst egnede, er patienter med følgende karakteristika: stærkt selvmordstruede, udadreagerende patienter, patienter med organiske lidelser, patienter med misbrug, usamarbejdsvillige patienter og patienter, der har været indlagt på tvang. Patienter, som har størst nytte af AAT, er depressive patienter. Anvendes hyppighed af AAT som mål for patientdefinition, fremgår det, at det er patienter med affektive lidelser, psykoser, angst og personlighedsforstyrrelser, der hyppigst modtager AAT-behandling (13, 50, 56).

4.4 BEHANDLINGSINDHOLD

Otte studier bidrager med viden om, hvilken behandling patienterne modtager i eget hjem, herunder indholdet i selve kerneydelsen i AAT (39, 55, 57). Hertil er der ligeledes fundet inspiration til beskrivelse af kerneydelsen i bogen *Home Treatment for Acute Mental Disorders – an Alternative to Hospitalization* (6).

Kerneydelsen i AAT er for så vidt det samme, som patienten tilbydes under indlæggelse. Kerneydelsen består af forskellige behandlingsprincipper og metoder, som er udviklet på baggrund af guidelines, evalueringer og forskning i emnet (6, 39, 58).

Følgende fem karakteristika ved behandlingen oplistes som kerneelementer i AAT-behandling:

- Tilgængelighed alle ugens dage, hele døgnet alle dage om året
- Risiko- og symptomvurdering
- Vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og helbred i øvrigt

- Formulering af behandlingsplan, som accepteres af patienter og pårørende
- Opstart af behandling (inkl. medicinsk) med hyppig kontakt mellem behandler og patient
- Psykologiske interventioner og psykoedukation af patient og pårørende

Tilgængelighed 24/7 – altså 24 timer syv dage om ugen - er et essentielt karakteristika for AAT, jf. beskrivelse i afsnittet om organiseringen af AAT.

Behandlingsforløbet skal jf. litteraturen indledes med en grundig anamnese med henblik på vurdering af symptomer og problemområder, herunder sociale, praktiske og dagligdagsproblematikker (57, 58). Intensiv involvering, herunder en omfattende risiko- og symptomvurdering fra AAT-behandlere initialt i sygdomsforløbet, er centralt for den videre behandling. Risikovurdering omfatter en vurdering af selvmordsrisiko (6, 58). Risikovurderingen af den enkelte patient skal indgå i vurderingen af, om patienten er egnet til at modtage behandling af AAT. Hvis patienten har ukontrollable selvmordstanker, kan AAT udgøre en behandlingsmæssig risiko, og patienten skal i stedet henvises til indlæggelse. AAT-behandling beskrives dermed ikke som en egnet behandlingsform, såfremt der er væsentlig forhøjet selvmordsrisiko, hvor der ikke kan laves aftaler med patienten om, at vedkommende undlader selvmordsforsøg mellem behandlingerne. I de tilfælde hvor selvmordsrisikoen kan inddæmnes med hjemmebehandling, er AAT-behandling et sikkert tilbud.

Intensiv involvering herunder omfattende risiko- og symptom vurdering initialt i sygdomsforløbet er derfor helt centralt for den videre behandling (6). Den grundige vurdering af risiko-, symptom- og funktionsniveau er medvirkende til, at patient og pårørende accepterer AAT-behandlingen som et alternativ til hospitalsindlæggelse og bliver fortrolige med, at AAT er en relevant behandlingsform. Vurderingen af patientens funktionsniveau, sociale omstændigheder mv. indgår også i AAT og denne vurdering er væsentlig for udviklingen af den bedst mulige behandlingsplan for patienten (6).

Risikovurderingen ved AAT foretages i et afgrænset tidsrum ved hjemmebehandling, mens den pågår kontinuerligt ved indlæggelse. At risikovurdering og observation ved AAT forgår i patientens hjem, giver behandleren mulighed for at få et helhedsindtryk af patientens liv. Hygiejniske forhold kan ikke ignoreres, ligesom rod og snavset hjem kan vidne om manglende overskud. Disse sanselige indtryk vil indgå i behandlerens vurdering af patientens tilstand sammen med de pårørendes beskrivelser af patienten. Ved indlæggelse pågår observationerne hele tiden, men indtryk fra patientens hverdag er betinget af patientens villighed til verbalt at beskrive disse forhold.

Behandlingsplanen skal laves i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Samarbejdet om behandlingsplanen er essentielt og kan være karakteriseret af forhandlinger, før der findes enighed om den rette behandlingsplan. Behandlingsplanen for det videre behandlingsforløb må accepteres af patient og pårørende.

I litteratur om psykiatrisk sygepleje beskrives det som essentielt, at relationen mellem behandler og patient er præget af tillid, tryghed, forståelse og respekt, hvilket er befordrende for udviklingen af en behandlingsrelation præget af samarbejde. For at skabe en behandlingsrelation præget af samarbejde kræves, at relationen opfattes som tilgængelig og præget af kontinuitet. Specifikt i forhold til AAT-behandling står disse kriterier endnu mere centralt, end det kan forventes ved indlæggelsesbehandling. Årsagen til dette er flere, men centralt står, at behandleren kommer i patientens hjem. Derudover vil det alt andet lige være at foretrække, at det er et fåtal af behandlere, patienten skal forholde sig til og lukke ind i sit hjem. I forhold til

tilgængelighed beskrives det som essentielt, at der er mulighed for at komme i kontakt med kendt psykiatrisk personale, såfremt der opleves forværring i krisetilstanden. Dette er en nødvendig betingelse for, at AAT-behandling kan hævdes at være et alternativ til indlæggelsesbehandling.

En speciallæge i psykiatri angives som central for AAT-behandling med henblik på igangsættelse af akutmedicinsk behandling med efterfølgende opfølgning og justering. Hurtig adgang til beroligende medicin er en af de vigtigste enkeltstående faktorer for at forebygge indlæggelse. Det er derfor centralt i AAT-behandling, at medicinen hurtigt kan udskrives, administreres og reguleres. Indsatsen fra psykiateren og reguleringen af medicin er beskrevet med stor indvirkning på reduktion i indlæggelser og er vigtig for, at AAT-tilbuddet fungerer som alternativ til hospitalsindlæggelse (6, 58).

Behandlingen består endvidere af en præventiv intervention med psykoedukation af patienten og dennes pårørende (6, 58, 59). Psykoedukationen skal bestå af undervisning, hvor patienten og eventuelt pårørende får indsigt i patientens sygdom. Denne sygdomsforståelse skal tilskynde til at opdage sygdomssymptomer i tide til at forebygge tilbagefald. I den forbindelse kan det være relevant at udarbejde en kriseplan, der indeholder forskellige relevante tiltag, der samlet bidrager til at forebygge tilbagefald.

Nedenstående tabel er en skematisk oversigt over forskelle og ligheder mellem AAT-behandling og indlæggelse identificeret i litteraturgennemgangen.

Tabel 1. Oversigt over forskelle og ligheder mellem indlæggelse og AAT-behandling

	Indlæggelse	AAT-behandling
Personaletilgængelighed	Hele døgnet, alle ugens dage, hele året. Personale på afdelingen hele døgnet	Hele døgnet, alle ugens dage, hele året, tilkaldes pr. telefon døgnet rundt samt efter aftale. Behandling aftales.
Risikovurdering	Personalet døgnet rundt i samarbejde med patienten.	Personalet ved hjemmebesøg og i samarbejde med patienten og dennes eventuelle pårørende.
Observation	Mange forskellige symptomer, døgnet rundt.	Kort tidsrum i patientens hjem. Helhedsobservation, generel trivsel inkl. hygiejne, renlighed, pårørendes trivsel, mv. Mulighed for vurdering af funktionsniveau for patient og pårørende. Baseret på patientens og de pårørendes udtalelser.
Støttende samtaler og strategier	Fokus på patientens mestring.	Fokus på patientens og pårørendes mestring.
Patientsegmentet	Samme som i AAT samt mere syge, som ikke kan tage ansvar for egen eller andres sikkerhed eller tage ansvar for egen behandling.	Patientsegment, der kan tage ansvar for egen og andres sikkerhed samt et medansvar for behandlingen.
Personaletilknytning, relationsopbygning	Observation og vurdering af patienten påhviler mange forskellige personaler igennem døgnet.	Observation og vurdering af patienten påhviler få personaler.

4.5 PATIENTPERSPEKTIV

AAT-behandling er en forholdsvis ny behandlingsform i mange europæiske lande. Formålet er at flytte den akutte pleje ind (tilbage) i en hverdagskontekst, således at behandlingsindsatsen mod at lære at håndtere hverdagsudfordringer og oparbejde mestringskompetencerne i forhold til symptomhåndtering sker i patientens naturlige læringsmiljø – hjemmet. Et centralt spørgsmål er, om patienter er tilfredse med AAT-behandling.

Litteraturgennemgangen af patientperspektivet beror på 21 artikler, som belyser forskellige aspekter ved AAT-behandling set fra et patientperspektiv, og i nogen grad pårørendeperspektiv. Patientperspektivet er primært undersøgt i en kvalitativ kontekst. I litteraturgennemgangen indgår kun et studie, der undersøger patientaspektet gennem både en kvalitativ og en kvantitativ tilgang. I det følgende præsenteres et indblik i patienters og pårørendes positive som negative erfaringer med AAT sammenlignet med hospitalsbehandling, ligesom det beskrives, hvorvidt pårørende oplever det som en større byrde, at patienterne behandles hjemme, sammenlignet med de patienter der behandles på hospitalet.

4.5.1 Patienters og pårørendes evaluering

Flere studier angår spørgsmålet om patienttilfredshed med AAT set i forhold til indlæggelse. Studierne viser, at der ved en sammenligning mellem AAT-behandling og indlæggelse enten er bedre tilfredshed med AAT eller tilfredshed på samme niveau (25, 29, 33, 43).

At kunne blive hjemme i egne rammer, er et afgørende element for tilfredsheden (60, 61). Dette giver en følelse af tryghed, ro og håb, ligesom det giver mulighed for, at patienten kan fastholde dagligdagsgøremål og sociale aktiviteter (60). Patienterne udtrykker også, at AAT-behandling medvirker til en følelse af at have kontrol over eget liv, hvilket giver mulighed for at se sig selv som "normal" og desuden at blive opfattet som "normal" (60). Respektfuld behandling, medinddragelse og at blive lyttet til oplever patienterne som et positivt element i AAT-behandling (60, 62). Patienterne udtrykker, at de i højere grad møder denne tilgang i AAT set i forhold til hospitalsindlæggelse (63-65).

Oplevelsen af, at personalet i AAT er fleksible og åbne i forhold til forskellige behandlingstilgange, bliver også beskrevet som et positivt element ved AAT-behandling. Patienterne oplever, at de bliver set, hørt og inddraget på anden vis end ved almindelig hospitalsbehandling (60, 62). Pårørendes oplevelser og erfaring med AAT er i høj grad kongruente med patienternes (60).

Patienters oplevelse af negative aspekter ved AAT er i højere grad relateret til organisatoriske forhold end til behandlingsaspektet i AAT (60, 66). Eksempelvis er det en forudsætning for følelsen af tryghed med behandlingen, at der er en udstrakt tilgængelighed til personalet (60, 67). I den forbindelse nævnes 24-timers tilgængelighed og mulighed for hurtig kontakt og hjælp, som essentiel for oplevelsen af tryghed (67, 68). Dertil opleves behandlingsperioden i nogle henseender som værende for kort. Ventetiden i forbindelse med overgang til andre behandlingstilbud giver en oplevelse af at blive sluppet til ingenting. Den manglende kontinuitet opleves som frustrerende og medfører i værste fald tilbagefald for patienten (60, 68).

At leve sammen med og passe en psykisk syg kan være hårdt for de pårørende, specielt i perioder, hvor der er opblussen i symptomer. Enkelte studier undersøger byrden for de pårørende målt på flere forskellige former for oplevelse af byrde. Endvidere undersøges det, om byrden opleves større for pårørende, hvor patienten tilbydes AAT-behandling end ved indlæggelsesbehandling (17, 29, 32) Overordnet set angiver pårørende til patienter i AAT-behandling, at de oplever en mindre byrde i forhold til pårørende til indlagte patienter. Pårørende til patienter behandlet i AAT oplever færre forstyrrelser i deres dagligdagsliv og færre forstyrrelser i deres sociale liv i forhold til pårørende, hvor patienten er indlagt.

4.6 LITTERATURSAMMENFATNING

Litteraturgennemgangen er anvendt til at belyse AAT i henhold til økonomien, behandlingsindholdet, organiseringen samt patient- og pårørendeperspektivet. Generelt set er studierne, der undersøger AAT-behandling i forhold til indlæggelse, begrænset til lav evidens. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at

stort set alle studier peger i retning af, at AAT er et behandlingstilbud, som er mindst lige så godt som indlæggelse. Dette forudsætter dog, at patientgruppen er velafgrænset til akutte psykiatriske patienter, der ikke er ukontrollabel selvmordstruede eller udadreagerende eller indeholder patienter, som er stabile nok til at kunne modtage mindre intensiv behandling. Patienter som har selvmordstanker, som de ikke kan forpligte sig på at undlade at forsøge at udføre eller patienter, der er til fare for andre skal henvises til indlæggelse i hospitalspsykiatrien.

Økonomiske studier dokumenterer en omkostningsreduktion ved AAT-behandling sammenlignet med hospitalsindlæggelse. Endvidere, at der ikke er flere selvmord, utilsigtede hændelser eller overgreb forbundet med AAT-behandling end der er ved indlæggelsesbehandling.

I afsnit om organisering af AAT-behandling blev følgende karakteristika fremhævet som essentielle for behandlingen:

- Tilgængelighed alle hele døgnet, alle ugens dage hele året rundt – organiseringsbetingelse
- Gatekeeperfunktion i forhold til hospitalsindlæggelse skal varetages af AAT-personale
- Hurtig respons og hjemmebesøg
- Risiko- og symptomvurdering, vurdering af funktionsniveau, sociale omstændigheder og helbred i øvrigt
- Formulering af behandlingsplan, som accepteres af patienter og pårørende
- Medicinsk administration og supervision. Opstart af behandling (inkl. medicinsk) med hyppig kontakt mellem behandler og patient
- Psykologiske interventioner og psykoedukation af patient og pårørende
- Patientgruppedefinition i forhold til egnethed til AAT (vs. indlæggelse)

Kerneydelsen ved AAT er grundlæggende den samme behandlingsintervention, som er kendetegnende ved indlæggelse på hospitalet: risiko- og symptomvurdering, eventuel opstart og justering af medicinsk behandling, psykoedukation samt psykologiske interventioner, der skal hjælpe patienten med håndtering af den akutte situation samt udarbejdelse af behandlingsplan mv.

På baggrund af litteratur omkring patienters og pårørendes perspektiv på AAT i forhold til hospitalsindlæggelse kan det konkluderes, at patientgruppen, der har størst effekt af AAT, er affektive patienter, herunder primært gruppen af depressive patienter. Det er dog ikke ensbetydende med, at det ikke er relevant at tilbyde AAT til patienter med psykotiske problemstillinger. Patienter med organiske lidelser, patienter med misbrugsproblemer, usamarbejdsvillige patienter, patienter som tidligere har været indlagt på tvang, udadreagerende og stærkt selvmordstruede patienter er i mindre grad egnede til AAT (13, 50, 56).

Litteraturen beskriver, at patienterne oplever, at AAT bidrager til en vis opretholdelse af dagligdagslivet, hvilket støtter op om patientens recovery-proces. Dette giver en følelse af trykthed, ro og håb. Oplevelsen af, at personalet i AAT er fleksible og åbne i forhold til forskellige behandlingstilgange, er også et positivt element ved AAT. Patienterne oplever, at de bliver set, hørt og inddraget på anden vis end ved behandling i hospitalssektoren. Endvidere opleves det, at det skæve magtforhold mellem patient og behandlere er mindre ved AAT. Patienterne er således generelt mere tilfredse med AAT. Pårørende oplever tilmed, at AAT er en mindre byrde og betyder færre forstyrrelser af det sociale liv end ved indlæggelsesbehandling.

5 REGION HOVEDSTADEN

I det følgende gennemgås Region Hovedstadens udmøntning af Satspuljeprojekt for Ambulant Akut Team (AAT) behandling; Akut Psykiatrisk Hjælp (APH) ved Psykiatrisk Center Frederiksberg.

Det regionale projekt belyses på baggrund af analyser baseret på forskellige metodiske tilgange, herunder interviews, kvantitative data samt dokument gennemgang (jf. kapitel 3). Evalueringen søger overordnet at besvare om Region Hovedstadens ambulante akutte psykiatriske behandlingstilbud er implementeret således, at det er sammenligneligt med et indlæggelsesforløb.

Afsnittet har følgende opbygning. Først præsenteres implementeringsgrundlaget, som efterfølges af en casebeskrivelse indeholdende informationer om AAT'ets organisering, herunder formålet med AAT, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Herefter præsenteres de sundhedsprofessionelles perspektiv på AAT-tilbuddet. Disse interviewanalyser er inddelt i et ledelse-, psykiater- og medarbejderperspektiv. Dernæst fremlægges interviewanalyser af patientperspektivet. Den projektspecifikke analyse afsluttes med en opsummerede vurdering af projektets væsentligste succeser, udfordringer samt muligheder.

5.1 IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG

Den 6. april 2015 lukkede akutmodtagelsen på Psykiatrisk Center Frederiksberg grundet en besparelse. Samtidig var der igangsat en undersøgelse af mulighederne for at implementere en ambulant akut psykiatrisk behandlingsmetode således som den praktiseres i Melbourne, Australien. Region Hovedstadens Psykiatri igangsatte forsøg med afprøvning af denne behandlingsindsat og benævnte indsatsen Akut Psykiatrisk Hjælp (APH). APH er nu den primære behandlingsindsats for borgere med behov for akut psykiatrisk hjælp i Frederiksberg kommune og Vanløse.

Erfaringerne med AAT-arbejde har betydet, at der kun er foretaget mindre justeringer igennem projektperioden, og evalueringsteamet har ikke bidraget med anbefalinger til optimering af AAT ved APH igennem processen. Den eneste større ændring der er foretaget i behandlingspraksis ved overgangen til delvist satspuljefinansieret AAT er, at behandling er afkortet fra tre måneder til maksimalt seks ugers varighed. Dette med henblik på at bringe AAT-behandlingen i bedre overensstemmelse med akutkonceptet.

5.2 BESKRIVELSE AF AAT HOVEDSTADEN

I det følgende beskrives organiseringen af AAT, herunder formålet med projektet, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Beskrivelsen tager udgangspunkt i projektets projektbeskrivelse, indsatssteori og statusrapporter.

5.2.1 Formål med AAT ved APH

Formålet med APH er at levere et alternativ til indlæggelse, og eventuelt afkorte indlæggelsesforløb eller videreformidle til indlæggelse, hvis det skønnes at være det mest hensigtsmæssige.

AAT-behandling giver mulighed for, at patienten kan blive i eget hjem og nærmiljø, og AAT er derfor en behandlingsindsats, som har til formål at opbygge patientens ressourcer og mestringsevne i forhold til problemstillinger i hjemmet eller nærmiljøet. Indlæggelsesbehandling er ofte forbundet med funktionsnedsæt-

telse, hvilket derved undgås ved AAT-behandling. Det er desuden en del af visionen at medvirke til en vel-fungerende tværsektoriel koordination, således at der er en hensigtsmæssig opfølgning.

5.2.2 Målgruppen

APH fungerer som primær indgang for borgere med behov for akut psykiatrisk hjælp i Frederiksberg kommune og Vanløse. Målgruppen er akut psykisk syge voksne over 18 år, hvor en indlæggelse normalvis ville være relevant. Der er ingen begrænsning i forhold til diagnosegrupper, og teamet har forløb med både kendte og ukendte patienter.

Af APH's statusrapport fremgår det, at patienter med følgende diagnoser og symptomer indgår i teamet: depression, bipolare lidelser, psykoser, personlighedsforstyrrelser, udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, stress, PTSD samt dobbeltdiagnoser med samtidig misbrug og psykiatrisk diagnose. Teamet har patienter, tidligere indlagt på tvang, retspsykiatriske patienter og patienter der forud for AAT-behandlingen har været indlagt på psykiatrisk sengeafsnit.

5.2.3 Patientmængde

APH har i perioden 1. september 2015 til 1. september 2016 haft 551 patientforløb, og har ofte 55-60 igangværende AAT-forløb. I APH's statusrapport er det angivet, at teamet har kapacitet til at modtage flere patienter.

5.2.4 Personale

Forud for Statspuljeprojektet var der otte fuldtidsstillinger i AAT. Statspuljeprojektet gav mulighed for yderligere fem stillinger og derudover bevilligede Region Hovedstaden midler til yderligere seks stillinger. APH består således af følgende personalesammensætning med i alt 19 årsværk i fuldtidsstillinger:

- 1 overlæge psykiater (samt forvagter)
- 1 specialpsykolog i uddannelsesstilling
- 1 psykolog,
- 1 lægesekretær
- 10 sygeplejersker
- 1 ergoterapeut
- 1 afspændingspædagog
- 2 socialrådgiver
- 1 plejer

Det vurderes i statusrapporten, at personaleprofilen i høj grad stemmer overens med APH-teamets arbejdsopgaver.

5.2.5 Økonomi

Projektets bevilling fra Satspuljen er 8.940.002 kr. fra 2014-2017, mens der er en regional egenfinansiering på 26.768.031 kr.

Projektet blev igangsat senere end planlagt, hvorfor der i 2015 blev brugt færre lønmidler end budgetteret. Mindreforbruget blev overført til budgettet for 2016, og med godkendelse fra Sundhedsstyrelsen anvendt til ansættelsen af en specialpsykologstuderende samt en forvagt. Da hele mindreforbruget for 2015 ikke blev anvendt i 2016, er der ansøgt om, at beløbet overføres 2017. Dette vil muliggøre, at specialpsykologen og forvagten kan fortsætte i projektet.

5.2.6 Tilgængelighed

APH er tilgængelig pr. telefon 24 timer i døgnet, 365 dage om året. Mellem kl. 22 og 08 er der ikke mulighed for hjemmebesøg. I aftentimerne er der som regel personale fra hjemmebehandlingsdelen tilstede frem til kl. 20. Derefter er det muligt at kontakte et lukket sengeafsnit, som kan henvise patienter til akutmodtagelsen på Psykiatrisk Center København fra kl. 22 og frem til kl. 08.00.

5.2.7 Visitation

Visitationen til APH foregår ved, at borgeren ringer til APH. Triagesygeplejersker udfører først telefonisk triage og tager efterfølgende på visiterende hjemmebesøg i følgeskab med vagthavende læge i forvagt. Forvagten tager stilling til, om patienten skal have AAT-forløb, henvises til egen læge, indlægges eller henvises til misbrugscenter, hvis der er tale om reguleret misbrug. Visitationen kan også ske ved henvisning fra psykiatrisk sengeafsnit eller ambulante enheder. Ved det visiterende hjemmebesøg foretages instrumental sygepleje, herunder måling af værdier, blodprøvetagning, EKG og eventuel planlægning af ECT.

Visitationsproceduren er i overensstemmelse med anbefalingerne i forhold til at AAT'et skal have gatekeeperfunktionen, således at det er i teamet, at vurderingen om indlæggelse eller AAT-behandling foregår.

5.2.8 Behandlingsindsatsen

AAT-behandlingen er et alternativ til indlæggelse, hvorfor behandlingsindholdet skal være i overensstemmelse med behandlingsindholdet ved indlæggelsesbehandling.

Behandlingsindsatsen ved APH består primært af ambulante besøg i borgerens hjem, men også af følgeskab til og fra andre behandlingsaftaler eller aftaler med andre myndigheder. Fokus rettes mod et målrettet samarbejde om kortsigtede mål, der kan udgøre fundamentet for mere langsigtede mål for patientens recovery proces. Om natten består tilbuddet af støttende samtaler over telefonen, samt vurdering og aftaler med patienten om et eventuelt besøg i hjemmet den følgende dag eller indlæggelse.

Første hjemmebesøg foretages af en triagesygeplejerske samt forvagt, som taler med patienten, vurderer vedkommendes tilstand, måler værdier og aftaler det videre forløb, hvorefter hjemmebehandlere foretager den følgende behandling. Typisk går der 24-48 timer fra den visiterende samtale til patientens første møde med hjemmebehandleren. Hjemmebehandleren screener patienten i forhold til stabilitet, kost, søvn og almindelig daglig livsførelse (ADL), og afdækker patientens primære problematikker, hvorefter der udarbejdes en behandlingsplan i samarbejde med patienten. Der går normalvis mere end to døgn fra den visiterende samtale til behandlingsplanen foreligger. Patientens sociale problemer afdækkes ligeledes via sparring med socialrådgivere. Behandlingsindsatsen består af samtale med patienten, introduktion af relevante værktøjer, som kan hjælpe patienten til at mestre sin situation, såsom kognitive skemaer, IMR samt psyko-uddikation. Hjemmebehandleren foretager kontinuerligt selvmordsscreening af patienten og vurderer desuden patientens funktionsniveau ved opstart og afslutning af AAT-forløbet vha. HoNOS (Health of Nation Outcome Scales).

Derudover er der ved APH oprettet en sundhedsfaglig klinik, hvor alle patienter i APH bliver udredt somatisk. Der tjekkes blodtryk og KRAM-faktorer, og der foretages smerteregistrering og misbrugsafdækning. Den ledende overlæge tjekker, at de somatiske undersøgelser er lavet og gennemgår resultaterne i sin gennemgang af patienten, da hun også betragter det somatiske sygdomsbillede som en del af hendes lægelige ansvar som psykiater. Patientens helbredstjek koordineres med patientens besøg ved psykiateren.

Behandlingsperioden blev per 1. april 2015 reduceret fra tre måneder til seks uger, begrundet i en ambition om at tilbyde patienter AAT-behandling i den mest akutte fase, og efterfølgende understøtte, at patienterne overgår til længerevarende behandlingstilbud og eventuelt kommunale sociale tilbud i de tilfælde, hvor det er relevant. Seks uger er den øvre grænse for behandlingsperioden, men nogle patienter afsluttes tidligere og nogle indgår kun i teamet få dage.

5.2.8.1 Behandlingsindhold

Følgende behandlingselementer indgår altid i AAT-behandlingen ved APH, jf. statusrapporten:

- Psykoedukation
- Samtale
- Symptomvurdering
- Risikovurdering
- Vurdering af funktionsniveau
- Vurdering af sociale omstændigheder
- Vurdering af somatisk helbred

Derudover indgår følgende behandlingselementer ofte i AAT-behandlingen:

- Medicinering
- Hjælp til praktiske problemstillinger
- Støtte til pårørende

Personlig pleje indgår derimod sjældent i behandlingen.

5.2.8.2 Medicinordinationering

Det er primært speciallægen ved APH, der ordinerer medicin. I enkelte tilfælde ordinerer forvægter medicin under supervision. Medicin udleveres undtagelsesvist og altid af en sygeplejerske.

5.2.8.3 Behandlingskonferencer

To gange ugentligt afholder APH behandlingskonferencer, hvor behandlingsteamet, visiterende sygeplejersker, psykiater, forvægter og to socialrådgivere fra det kommunale projekt Integreret Psykiatri deltager.

5.2.9 Tværsektorielt samarbejde

APH's kommunale samarbejdspartnere er Frederiksberg og Københavns kommune, og der samarbejdes med afdelingerne for psykiatri og handicap, socialforvaltning, støtte-kontaktpersonordningen, og pension.

Generelt er proceduren således, at når patienten tilbydes AAT-forløb og giver samtykke, påbegynder de kommunale socialrådgivere en parallel sagsbehandling. Desuden er der en socialrådgiver ansat ved teamet, som bidrager til arbejdet med patienternes sociale faktorer. Det opleves, at kommunen er blevet mere positive over for APH, hvilket har resulteret i et bedre samarbejde (RH ledelse). Der udøves et tæt samarbejde på det interpersonelle plan med kommunens støtteordning, med fælles pårørendeundervisning og mulighed for ekstraordinær akut tildeling af en støtte-kontaktperson.

APH har fået et tættere samarbejde med Frederiksberg kommune og i løbet af 2016 er to kommunalt ansatte socialrådgivere under projektet Integreret Psykiatri blevet en del af APH's daglige arbejde. Med Integreret Psykiatri forsøger socialrådgiverne, at komme mere i bund med patientens sociale problemstillinger.

Dette har afstedkommet et behov for, at APH har nogle patienter i lidt længere forløb. En sygeplejerske udtrykker det således: *Det kan fx være de unge mødre. Vi ved, vi kan gøre dem færdige, og de hører på længere sigt ikke til i det tunge psykiatriske system. Hvor skulle vi i øvrigt også henvise dem til? Så dem gør vi færdige.* Der argumenteres for, at der er nogle helt oplagte grunde til, at disse patienter får et længere forløb, da det vurderes, at de kan gøres færdige og derefter klare sig selv.

APH har endvidere støtteforløb til patienter med forløb i distriktspsykiatrien, hvor APH fungerer som supplement til igangværende forløb. Ved støtteforløbene besøges patienten i aftentimerne eller i weekenden, og kontinuitetsbrud undgås, da patientens kontaktperson og psykiater fastholdes.

Samarbejdet med privatpraktiserende læge fungerer på samme måde, som da lægen havde direkte kontakt til bagvagt og akutmodtagelse. I statusrapporten er det imidlertid angivet, at der er udfordringer vedrørende samarbejdet med privatpraktiserende læger, hvilket særligt skyldes den omfattende kommunikationsopgave.

5.3 DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING

I det følgende gennemgås de sundhedsprofessionelles perspektiv på det AAT-arbejde, de udfører. Sundhedsprofessionelle dækker i denne sammenhæng over psykiater, ledelse og behandlere.

5.3.1 Psykiaterperspektiv

Den afsnitsledende overlæge ved APH, er interviewet med henblik på at afdække den psykiatriske specialelæges rolle og arbejde i AAT.

Der er kontinuerligt 55 til 60 patienter i AAT'et. Overlægen har behandlingsansvaret for alle patienterne med undtagelse af distriktspsykiatriske patienter i støtteforløb ved AAT. Overlægen tilser patienterne i forbindelse med en patientgennemgang. Forud for patientgennemgang er der foretaget en risikovurdering, indsamlet information om sociale faktorer samt foretaget en række somatiske undersøgelser. På baggrund af det forudgående arbejde indeholder patientgennemgangen dels en udelukkelse af somatisk betinget psykiatrisk tilstand, en vurdering af sociale livsbetingelsers betydning for behandlingen og udarbejdelsen af en endelig behandlingsplan, som inkluderer planlægningen af eventuel medicinsk behandling.

Overlægen beskriver, at den relative store patientmængde og en arbejdsform, hvor en stor del af det psykiatriske arbejde er opfølgings- og vurderingsarbejde på baggrund af arbejde lavet af forvagter, AAT-behandlere og specialpsykologen, forudsætter et skarpt fokus på overblik. Dette er opbygget omkring rutiner og overblikredskaber baseret på et omfangsrigt registreringssystem. Overlægens patientkontakt er begrænset til, at patienterne møder ind til samtaler med overlægen eller specialpsykologen, som referer til overlægen. I enkelte tilfælde tager overlægen på hjemmebesøg, men antallet er minimalt. Alle patienter tilses således enten af overlægen eller specialpsykologen. Endvidere foretages der løbende vurdering af alle patienterne ud fra journalgennemgange.

I sammenligning med psykiaterarbejde ved indlæggelse består den ledende overlæges arbejde i højere grad af vejledning og samarbejde med forvagter, specialpsykolog, socialrådgiver og det øvrige AAT-personale og mindre arbejde med at tilse patienter. Konkret er der ansat en specialpsykolog med henblik på optimal udnyttelse af psykiaterressourcen. Denne forestår en del af udredningerne og fortager en præ-vurdering af, om patienten har behov for medicin. Efterfølgende formidler specialpsykologen sine vurderinger til overlæ-

gen, som vurderer på den baggrund. Overlægen er ansvarlig for medicinordning, og foretager registreringer i Fælles Medicinkort (FMK), såfremt det er relevant.

Arbejdsmetoden forudsætter overblik og tillid til, at medarbejderne er kompetente til at håndtere det psykiatriske vurderingsarbejde, som er uddelegeret. I den forbindelse påpeger overlægen, at det er en væsentlig udfordring, at patienterne ikke observeres så ofte som ved indlæggelsesbehandling. Dette indebærer en risiko for manglende opsporing af sygdomsforværring. Der er derfor øget opmærksomhed på suicidalrisiko, hvorfor der jævnligt foretages suicidalscreeninger, som noteres i journalen efter hver patientkontakt. Endvidere udarbejdes der udførlige kriseplaner i henhold til suicidalrisiko.

Overlægen fremhæver, at det har positiv betydning for behandlingen, at AAT-personalet har mulighed for at observere og støtte patienten i eget hjem. Om denne fordel udtaler overlægen:

Du kommer også hjem og ser, hvor de rent faktisk bor, og hvordan det står til der hjemme. Og dynamikken også nogen gange, hvordan det står til i familien. På den måde får man meget mere helhedsindtrykket, fremfor når folk kommer ind i skadestuen, så kan de sådan set fortælle os op og ned af stolper. Og så får vi ikke et indblik i, hvor slemt det egentlig står til derhjemme. Og det giver jo også et meget større helhedsperspektiv. Plus så har vi jo så ansat socialrådgiver, og så kan vi jo også tage fat. Så det bliver sådan, synes jeg, en mere holistisk indsats.

Overlægen påpeger udover bedre viden om situationen, at AAT også giver et helhedsbillede og det er muligt at sætte mere kvalificeret ind med støttende funktioner.

Udover udredningsarbejdet og behandlingsansvaret under behandlingen ved APH har overlægen også ansvaret for afslutning eller viderevisitering. Dette kan være til egen læge, viderevisitering til distriktspsykiatrisk behandling eller udredning- og viderebehandling i pakkeforløb i OPUS, Competence Center for Affektive Lidelser eller lignende.

På spørgsmålet om en vurdering af AAT-tilbuddet både i forhold til udfordringer, muligheder, fordele og ulemper beskriver hun flere forhold. Hun påpeger, at det er en udfordring at sikre, at det er den relevante patientgruppe, som visiteres til AAT-behandling. Det er psykiaterens vurdering, at en række af de patienter, som tilbydes AAT-forløb, ikke ville være kandidat til indlæggelsesbehandling og således ikke er tilstrækkeligt forpinte. APH har derfor lavet en fokuseret indsats i forhold til at overholde visitationskriterierne, hvilket har mindsket problemet.

En af de største fordele ved AAT-behandlingen, således som den bedrives i APH, er den meget effektive udnyttelse af den behandlingsansvarlige psykiaters ressourcer. Det påpeges i den forbindelse, at 55-60 patienter er det maksimale antal patienter, som det er muligt at have overblik over.

5.3.2 Medarbejderperspektivet

For at afdække medarbejdernes oplevelser og erfaringer, er seks af APH's medarbejdere interviewet, herunder tre triagesygeplejersker, en hjemmebehandler, en lægesekretær samt klinisk psykolog under uddannelse til specialpsykolog. Nedenstående præsenteres medarbejdernes funktion, samt hvad de betragter som de væsentligste udfordringer og succeser ved APH.

Ved APH er arbejdsopgaverne i triagedelen adskilt fra opgaverne i hjemmebehandlingsdelen. Sygeplejerskerne i triagedelen forestår den telefoniske kontakt med borgere og tager på første visiterende hjemmebesøg med forvagterne. Triagedelen har telefonsamtaler af vidt forskellig karakter, og henviser ofte til øvri-

ge instanser (privatpraktiserende læge, selvbetalt psykolog mv.), samt giver råd og vejledning til pårørende. Triagendelen består i at afværge situationer, som potentielt kan føre til indlæggelse og i mange tilfælde er telefonsamtalen tilstrækkelig. Hjemmebehandlerne forestår den øvrige behandling, og gennemfører hjemmebesøg i patientens hjem. Hjemmebehandleren, som er primærbehandler for en række patienter, beskriver, at behandlingen er centreret om principperne for kognitiv adfærdsterapi, selvom der ikke er reelle længerevarende terapiforløb. Oftest er der i opstarten flere ugentlige besøg og derefter besøg ugentligt. Teamets kliniske psykolog møder indskrevne patienter én gang efter de er visiteret til APH, og bistår psykiaterens arbejde. Lægeseekretæren varetager administrative opgaver.

Medarbejderne ved APH identificerer særligt to udviklingspotentialer for AAT-behandlingen. Medarbejderne fortæller, at selvom AAT-behandling fungerer som alternativ til indlæggelse i forhold til en del patienter, vurderes det, at en del af AAT-patienterne ikke er kandidater til indlæggelse, idet de ikke er tilstrækkelig forpinte (akut syge). Medarbejderne lægger dog vægt på, at denne problematik kan anskues fra to vinkler. Ser man positivt på det, er AAT-behandling en hjælp til borgerne før problemer eskalerer, hvormed der kan være en samfundsøkonomisk gevinst. Den mere pessimistiske udlægning er imidlertid, at man risikerer at gøre nogle borgere til psykiatriske patienter, som tidligere ikke ville have været det. Det betragtes derfor som et vedvarende opmærksomhedspunkt at frasortere patienterne med lettere psykologiske problemstillinger via den indledende telefonsamtale samt ved det visiterende besøg. I forhold til visiteringen udtaler en visitationssygeplejerske, at vurderingen kan være påvirket af travlheden i teamet, hvor der er tendens til, at flere lettere patienter indskrives, når der ikke er travlt. Visitationssygeplejersken fortæller dog, at det visiterende besøg, som foregår i borgerens hjem, gør det lettere at foretage en relevant visitation. Ligeledes pointerer en anden visitationssygeplejerske, at der sker en løbende vurdering af patientens behov for hjemmebesøg og tilknytning til AAT i forbindelse med AAT'ets to ugentlige konferencer.

Medarbejderne nævner endnu et opmærksomhedspunkt i forhold til, hvorvidt AAT afskærer særligt svage borgere fra at få hjælp, da den indledende kontakt foregår per telefon og ikke som førhen ved fysisk fremmøde. En mener, at en større gruppe borgere ikke modtager den nødvendige psykiatriske behandling, enten fordi de ikke ønsker hjemmebehandling eller ikke er komfortable med den telefoniske indgang til APH. Den ene visitationssygeplejerske tilføjer hertil: *Der er nogle få, som føler sig svigtede, men jeg synes, der er rigtig mange, som føler sig godt hjulpet.* En visitationssygeplejerske argumenterer videre for, at de få som ikke kontakter APH, i stedet henvender sig til de øvrige psykiatriske centre, som fortsat eksisterer.

Der tilkendegives endnu et udviklingspotentiale i relation til behandlingsperioden, idet visitationssygeplejerskerne og hjemmebehandleren mener, at den seks ugers behandlingsperiode er udfordrende i forhold til at færdigbehandle samt viderehenvise patienter til yderligere behandling eller sociale støtteordninger. Hvis perioden forlænges, vurderer de, at flere patienter kan færdigbehandles, hvormed patienterne ikke senere får behov for psykiatrisk behandling samtidig med, at kontinuiteten i et evt. videre forløb optimeres.

Selvom medarbejderne fremhæver udviklingspotentialer forbundet med AAT'et, identificeres der ligeledes mange fordele ved AAT-behandlingen. Ifølge medarbejderne er det særligt en fordel, at den akutte psykiatriske behandling foregår i borgernes hjem og nærmiljø. Herunder fremhæver medarbejderne, at det for borgerne kan virke mindre intimiderende, at behandlingen ikke foregår i hospitalsregi. Medarbejderne vurderer, at patienternes mulighed for at bevare deres hverdagsliv og samtidig modtage psykiatrisk behandling gennem AAT er en optimal behandlingsform for mange. Medarbejderne pointerer yderligere, at hjemmebehandlingen fremmer behandlingseffektiviteten, da der opnås en unik indsigt i patientens situation ved at

se vedkommendes bopæl. Det bliver nemmere at tilbyde den relevante hjælp, da eksempelvis sociale problematikker fremstår tydeligere. Her fremhæves det tætte samarbejde med de kommunale socialrådgivere ved projektet Integreret Psykiatri, som en lettere vej til at løse sociale problemstillinger, som ofte er bagvedliggende faktorer til psykiatriske symptomer. Derudover er det en fordel, at patienten bliver mere inddraget i behandlingen end ved indlæggelse, hvor behandlingen risikerer at blive overtaget af de sundhedsprofessionelle. En psykiatrisk sygeplejerske formulerer det således: *Her bliver ansvaret lagt mere tilbage på patienten, til at tage nogle initiativer i den retning man nu aftaler det.*

Jævnfør overstående fremhæver AAT-personalet en række udviklingspotentialer relateret til visitering og behandlingsperioden, men overordnet fremstår AAT-behandlingen som et relevant og givtigt behandlingstilbud.

5.3.3 Ledelsesperspektiv

Afdelingssygeplejerske på daværende tidspunkt er interviewet med henblik på at afdække AAT fra et ledelsesperspektiv. Interviewet er gengivet i referatformat og kodet, hvorefter nedenstående analyse er foretaget på baggrund af centrale pointer fra interviewet, med fokus på den kompetente medarbejderstab, varigheden af forløb, AAT som alternativ til indlæggelse og forbedringsforslag.

Afdelingssygeplejersken vurderer overordnet set, at APH er et velfungerende behandlingstilbud. For at APH er et velfungerende behandlingstilbud, er det en forudsætning, at der er et meget kompetent personale, hvilket afdelingssygeplejersken vurderer, er til stede i APH. En af forskellene på arbejdet i APH og sengeafdelingen beskrives at være, at observationer af patienten i APH foretages af én sygeplejerske, hvor det på sengeafdelingen er forskelligt personale, der tilser patienten over et døgn. Herom udtales det: *"Det sætter jo nogle større krav til den enkelte sygeplejerskes kompetencer, at man er alene med den her person. Hvor vi i et sengeafsnit er mange der kigger på patienten henover et døgn".*

Det opleves imidlertid ikke problematisk, at hjemmebehandlerne har mere patientkontakt og ansvar, da der er løbende dialog mellem psykiateren og hjemmebehandlerne. At det ikke opleves problematisk, kan skyldes, at man har vænnet sig til manglen på speciallægekompetencer, påpeges det. Ifølge afdelingssygeplejersken er personalet engagerede i at udvikle behandlingstilbuddet, hvilket blandt andet kommer til udtryk i den sygeplejefaglige klinik, som er etableret på medarbejdernes initiativ. I den sygeplejefaglige klinik bliver alle patienter målt og vejret, får taget blodprøver, EKG, BMI, kost, rygning osv.. Det fremhæves ligeledes, at der i teamet er en løbende justering af målsætningerne, som højnes, når der er rum herfor.

I forlængelse af medarbejdernes engagement nævnes det, at der blev udtrykt bekymring, da tidsrammen blev forkortet fra 3 måneder til seks uger. Ifølge afdelingssygeplejersken var der to årsager til bekymringen; (1) at personalet var bange for, om man kunne nå at hjælpe patienterne inden for den kortere tidsramme, (2) om man som fagperson fik tid til at anvende alle sine tillærte kompetencer i de enkelte patientforløb. Bekymringen tolkes af afdelingssygeplejersken som et udtryk for en udfordring for medarbejdertrivsel. Udfordringen er forsøgt løst ved at bruge personalets kompetencer anderledes, ved fx at oprette forskellige undervisningsforløb for patienterne, hvor personalet kan formidle deres viden og faglighed videre. Afdelingssygeplejersken fremhæver, at man på et tidspunkt må lave en opgørelse over, hvor mange forløb der overskrider tidsrammen på de seks uger, og hvis størstedelen af forløbene er længere, skal tidsrammen muligvis justeres. Hans umiddelbare vurdering er dog, at seks uger fungerer som tidsramme for størstedelen af forløbene, men at en del af patienterne også afsluttes på kortere tid, efter APH har afværget den

akutte fase. Generelt mener afdelingssygeplejersken ikke, at folk er i et forløb længere end nødvendigt, og AAT's succes vurderes at være:

De største succeser er jo, at det er lykkedes at skabe nogle rammer, som gør, at vi får vurderet og besøgt alle de patienter, der henvender sig akut, og inden for den tid vi har aftalt, at vi skulle gøre det indenfor. Og så har vi kanonhøj patienttilfredshed.

Fra afdelingssygeplejerskens perspektiv karakteriseres APH som et reelt alternativ til indlæggelse, da nogle patienter som førhen ville være blevet indlagt, tilbydes ambulante behandling. Men man må også, ifølge afdelingssygeplejersken, være opmærksom på, om man tilbyder behandling til nogle patienter, som tidligere ville være blevet henvist til egen læge, og til et psykiatrisk tilbud. Afdelingssygeplejersken udtaler i samme forbindelse, at der ikke er klarhed over, hvorvidt de patienter, som er allermost syge, henvender sig til et nærliggende psykiatrisk center, da dette er svært at monitorere på. Der kan være tale om patienter, som møder fysisk op i nærliggende center, enten tilfældigt eller fordi de bevidst ikke ønsker, at psykiatrien kommer hjem til dem.

Afdelingssygeplejersken fremhæver to forbedringspotentialer, nemlig at APH skal blive bedre til at sikre indlagte patienter hurtigere udskrivelse, samt skal inkludere patienter med 'tungere' diagnoser, herunder patienter inden for skizofreni-spektret. En forestående sammenlægning af Psykiatrisk Center Frederiksberg og Psykiatrisk Center København kan potentielt bidrage til, at flere "tungere" patienter visiteres til AAT-forløb, hvis sygeplejerskerne i den fysiske modtagelse bliver gode til at vurdere, hvilke patienter der er egnede til AAT-forløb.

5.4 PATIENTPERSPEKTIV

I det følgende gennemgås patientperspektivet for AAT-behandling. Gennemgangen er baseret på kvalitative interviews med tre patienter. Den spørgeskemabaserede undersøgelse af patientperspektivet er afrapporteret i 10 kapitel

Patientinterviews havde en relativ åben spørgeramme, hvilket har givet patienterne mulighed for med egne ord at formulere, hvad de synes, der har været godt, mindre godt og hvad de synes, der kan laves om ved AAT-behandlingen. To medarbejdere fra DEFACTUM forestod interviews, som er optaget, transskriberet og efterfølgende kodet tematisk i følgende kategorier:

- Patientbaggrund
- AAT-behandling
 - Modtagelse og visitation til AAT
 - Relationsopbygning herunder tilgængelighed til behandling og kontinuitet i behandling
 - Behandlingsindhold herunder medicinsk behandling, sygepleje, psykoedukation mv.
 - Afslutning af behandling
- Sygelliggørelse og selvopfattelse
- Oplevelse af magtforhold
- Tværsektoriel koordination
- Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT

5.4.1 Patientbaggrund

Af de tre kvindelige patienter var to depressive uden selvmordstanker og en oplevede stressrelaterede hallucinationer. Med henblik på at gøre fremstillingen af AAT-patientperspektivet læsevenligt og bibeholde anonymiteten af patienterne, har vi tildelt interviewpersoner andre navne. De to depressive kvinder benævnes Bolette og Fie og kvinden med stressrelaterede hallucinationer benævnes Karen. Ingen af kvinderne har en psykiatrisk diagnose.

Bolette, som er i slutningen af 40'erne, henvendte sig til APH, da hun troede, at hun havde en depression. Hun beskriver sin opførsel som strudseagtig med mangel på handlekraft, hvilket har resulteret i, at hun ikke har forholdt sig til sit liv de seneste to år. Den somatiske udredning indikerede problemer med stofskiftet, og Bolette tilbydes sideløbende med et AAT-forløb yderligere somatisk udredning bistået af en støtte kontaktperson.

Karen stiftede bekendtskab med det psykiatriske behandlingssystem, da hendes halvbror for 10 år siden blev diagnosticeret med skizofreni og indlagt. Yderligere sygdom og dødsfald i den nære familie udløste stress, som hun på daværende tidspunkt modtog behandling for ved privatpraktiserende læge og psykolog.

På baggrund af en ophobning af stressende situationer over tre år, erfarede Karen relativt pludseligt, at hun oplevede en uvirkelig virkelighed, og kontaktede derfor APH. APH tilbød hende et forløb, men på eget initiativ valgte Karen at bede om indlæggelse. Efter at være indlagt halvanden måned blev Karen på eget initiativ tilknyttet APH umiddelbart efter udskrivelse fra sengeafsnittet. Forud for sin kontakt til APH har Karen aldrig været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem.

Fie er i starten af 30'erne og mor til fem børn, hvor den ældste er 10 år og den yngste er spæd. Fie kontakter APH, da hun oplever at have svingende humør og let til irritation, og vil ændre sin situation for sine børns skyld. Hun har for 12 år siden været indlagt på et psykiatrisk voksenafsnit for depression og selvmordstanker, og har været i medicinsk behandling for depression i 8 år. I forbindelse med et fejlslået skifte af medicin har hun forud for sin kontakt til APH ikke taget medicin i flere måneder. Den medicinske behandling startes ikke op i AAT-forløbet, da hun ammer. Hun har af flere omgange oplevet, at forskellige privatpraktiserende læger ikke har formået at hjælpe i forhold til depressionen.

5.4.2 AAT-behandling

Beskrivelsen af AAT-behandlingen er tematiseret og fremstilles i forhold til kronologien i et behandlingsforløb: modtagelse, relationsopbygning i forhold til kontinuitet i behandlingen og oplevelse af tilgængelighed, oplevelsen af behandling og afslutningen af behandlingen.

5.4.2.1 Modtagelse

Alle tre kvinder tog kontakt til APH via hovednummeret, og Karen og Fie fik den følgende dag et visiterende hjemmebesøg. På moderens opfordring kontaktede Bolette APH omkring sin mistanke om depression. Efter afklaring af suicidalrisiko, blev hun tilbudt visitationssamtale den følgende dag, hvilket hun dog selv udskød til to dage efter den indledende telefonsamtale. Både Bolette og Karen beskriver, at deres pårørende med noget besvær havde fundet kontaktoplysningerne til APH, og opfordret dem til at kontakte teamet.

For Bolette og Fie var det indledningsvist overvældende, at tre til fire APH-medarbejdere (forvagt, sygeplejerske, elev mm.) deltog i det visiterende hjemmebesøg, men de oplevede ligesom Karen, at samtalen var grundig og at deres situation blev taget seriøst.

Da Fie tog kontakt til APH, tvivlede hun på, at de ville tilbyde hende et forløb, da hun forventede, at man skulle være suicidaltruet for at komme i betragtning. Fies indgang til APH og et visiterende hjemmebesøg krævede ifølge hende selv en vis overtalelse, hvilket hun beskriver således:

Jeg har også med mig selv sagt, nu har jeg børn, så jeg er nødt til at være der for dem, ik. Det sagde jeg også i telefonen, da jeg ringede, fordi de jo startede med at sige, at jeg skulle tilbage til min læge. Men så forklarede jeg sådan, at jeg kan jo ikke vente til jeg er død, eller er ved at dø, fordi ja så går det galt for mine børn, ik. Og så vender hun [sygeplejersken] så tilbage og sagde at de godt vil hjælpe mig. Så det var jeg rigtig glad for.

Bolettes oplevelse af det visiterende besøg var, at: *det var meget uproblematisk at tale og forklare og stå ved alt det, som jeg ikke har kunnet finde ud af at stå ved.* Bolette oplevede det som skræmmende, da hun blev tilbudt et seks uger forløb, efter endeligt at have taget skridtet til at spørge om hjælp efter to års mangel på handlekraft:

Jeg blev sådan lidt frustreret over, at nu havde jeg taget mig sammen til at få noget hjælp, og så synes jeg, at det var for lidt. Altså jeg havde misforstået det, det er jo sådan, at de skal afklare mig, og så sende mig videre.

På baggrund af denne oplevelse anbefaler Bolette, at APH optimerer kommunikationen i forhold til at være et intensivt tilbud, hvorefter der kan viderevisiteres til andre relevante tilbud, for at afværge patienters bekymring og usikkerhed.

Bolette og Karen har begge en opfølgende kontakt med APH dagen efter visitationssamtalen. I den forbindelse ytrede Karen et ønske om at blive indlagt:

Så finder de ud af, at jeg nok kan bliver fuldt af dem [APH] [...] Dagen efter der kommer en sygeplejerske for at følge op på weekendens samtale, og der lufter hun lidt, at der er mulighed for, at jeg kan blive indlagt, hvis jeg går hen og får det værre. [...] Men jeg føler selv, at dét her kan jeg ikke overskue, så jeg spørger simpelthen, om jeg kan blive indlagt [...] Så de hjælper mig med at blive indlagt

Karens beretning vidner om, at APH fungerer som gatekeeper til både APH og indlæggelsesbehandling. Visitationen er i Fie og Karens tilfælde tydeligt foregået på patientens præmisser, da der berettes om stor lydhørhed fra APH's side til patienternes stærke ønsker om henholdsvis at blive indskrevet i teamet og ønsket om indlæggelse med efterfølgende APH-forløb.

5.4.2.2 Relationsopbygning herunder kontinuitet og tilgængelighed i AAT-behandlingen

I det følgende gennemgås relationsopbygningen i forhold til patienternes opfattelse af tilgængelighed og kontinuitet. Afsnittet afsluttes med en vurdering af relationsopbygningen i behandlingen.

Alle tre patienter beretter om hurtig respons og fleksibilitet i forhold til planlægningen af behandlingstider. Karen, som ved interviewpunktet vender tilbage til sin arbejdsplads den følgende dag, beskriver, at hjemmebesøgene har været planlagt i umiddelbar forlængelse af møder med arbejdspladsen, hvilket har været meningsfuldt og støttet hendes tilbagevenden til arbejdet.

Bolette fremhæver ligeledes, at forløbet har været fleksibelt i forhold til, hvor hun mødes med sin behandler:

Ja første gang var vi hjemme ved mig, og så har vi ellers mødtes andre steder. Vi har været nede på kommunen en gang, og en gang i Frederiksberg have. Men det har meget været op til mig selv. Vi har også mødtes en gang her, faktisk. Så jeg har mødtes ret meget med hende, hvilket har været super fantastisk for mig...

Både fleksibilitet og tilgængelighed har været kendetegnene for Bolettes forløb, hvortil hun udtaler: *"I det hele taget synes jeg, at det har været super fantastisk, og så privilegeret så skræddersyet det faktisk bliver til ens egne behov, og de problemstillinger jeg har, som er super forskellig fra en andens".*

Da det blev opdaget, at årsagen til hendes depressive sindsstilstand kan være forårsaget af en ubalance i stofskiftet, frygtede Bolette, at hendes tilknytning til APH skulle ophøre:

Altså lige da jeg fik at vide, at jeg var fysisk syg, så blev jeg virkelig ked af det, fordi jeg tænkte: "Jamen gud så holder det her jo op", der er jo en økonomi der skal hænge sammen i det her sygehusvæsen, så lige så snart bliver jeg bare skrottet ud til siden, og mit liv roder jo stadigvæk helt vildt, så det fik jeg jo snakket med hende om. Hvilket var rigtig godt, for uanset om det så er fysisk eller psykisk sygdom, så har min måde at reagere på i forhold til min fysiske sygdom været rimelig ikke-konstruktiv, og resulteret i, at mit liv er rimelig kaotisk. [...] Og der har jeg så været heldig at få hjælp.

Bolettes lettelse ved at opleve at det var muligt at få hjælp, er ligeledes delt af både Karen og Fie, hvor sidstnævnte siger følgende om kontakten til APH: *Så bare det, det var bare yes inden i. At de ville passe på mig. Det var rart. Og så kunne jeg få en, der kom hjem hos mig, kunne snakke med en psykiater rimelig hurtigt.*

I det følgende gennemgås behandlerkontakten til AAT-teamet med henblik på at belyse relationsopbygningen.

De tre patienter udtrykker tilfredshed med det APH-personale, de har mødt, og de har alle haft en fast primærbehandler, som har fulgt dem igennem forløbet. Der gik en uge fra Bolette ringede til AAT, til hun mødtes første gang med sin behandler, da vedkommende havde ferie, og Bolette havde afslået et tilbud om at få en anden midlertidig behandler. I forhold til overvejelserne om at få en midlertidig behandler udtaler Bolette: *Det havde jeg jo ikke nogen interesse i, både fordi jeg ikke havde noget problem med at vente, men også fordi det er nemmere bare at betro sig, og lære én person at kende.*

Patienterne omtaler det som positivt, at de kun skulle forholde sig til én behandler, som tilmed beskrives som meget fagligt kompetente. Alle tre har oplevet en positiv relation til behandleren, som har givet relevant vejledning og støtte. Karen beskriver, at hun har set frem til besøgene af kontaktpersonen og oplevet et stemningsløft efterfølgende. Derudover har hun følt sig hørt igennem hele forløbet: *"Jeg synes han kommer med en meget positiv ånd, og en meget åben ånd. Og så noget der er rigtig vigtigt at sige, han kan huske, hvad det er man har fortalt, og hvis vi laver aftaler om noget".*

Særligt Bolette beskriver, at hun har haft behandleren med som opbakning, både i forbindelse med et møde i kommunen og ved vurderingssamtalen hos APH's ledende psykiater: *"Så første gang jeg var ved psykiateren var hun med, hvilket var super rart, fordi hun kendte mig godt, og jeg havde ytret, at jeg var nervøs for at de bare ikke ville hjælpe mig".*

Alle tre patienters beretninger vidner om en hensigtsmæssig relationsopbygning, baseret på kompetente og nærværende behandlere, i tråd med anbefalingerne for AAT. Fundamentet for behandlingen er således tilstande, da behandlingseffektivitet i overvejende grad er bundet op på borger-behandler relationen. Der er ligeledes en positiv oplevelse med muligheden for telefonisk kontakt samt APH's hurtige responstid.

Muligheden for telefonisk kontakt beskrives som god, hvor kompetent og imødekomende APH-personale besvarer telefonen. Karen beskriver det således:

Så når jeg ringer, ville jeg tale med en sygeplejerske, som jeg måske ikke havde mødt, men jeg kan så mærke her, altså i det her team de gange jeg har haft ringet, så bliver det hurtigt med navn, de er meget meget gode til, at man føler sig indbudt, som den patient man er her, at man tilhører ABH lige i den tid.

5.4.2.3 Behandlingsindhold

AAT-behandling er defineret ved at være en akut og kortvarig indsats, der fremstår som et alternativ til indlæggelse. Udover medicinsk behandling indbefatter behandlingen en risikovurdering, psykoedukation med henblik på sygdomsforståelse, støttende og udviklende samtaler, sygepleje og øvrige initiativer, der understøtter udvikling i patientens mestringsevne (jf. litteraturstudie).

Bolette er ved tilknytningen til APH begyndt i medicinsk behandling for sine somatiske problemstillinger med forhøjet blodtryk, hjerterytme og stofskifte. I udgangspunktet ønskede Karen ikke medicinsk behandling, men med opbakning fra APH blev hun vendt til tanken og påbegyndt behandling. Hun har haft tre samtaler om medicinopfølgning, hvilket hun er meget tilfreds med, da det har mindsket hendes usikkerhed og bekymringer relateret til den medicinske behandling og bivirkninger. Fie, som tidligere har været i behandling med antidepressiv medicin, startes ikke op i medicin i forbindelse med APH-forløbet, da hun ammer. Udover den medicinske behandling står psykoedukation og understøttende og udviklende behandling centralt i forhold til at forbedre patienternes mestringsevne.

Særligt Karen beskriver, hvorledes hun gennem psykoedukation har fået indsigt i sin egen psykiske situation – en indsigt og videnslager hun har følt et stort behov for at få opbygget. Foruden primærbehandlerens støttende psykoedukation, har Karen oplevet, at behandlingsindholdet har harmoneret med relevante elementer fra indlæggelsesbehandlingen. Behandleren har været lydhør over for hvilke kognitive værktøjer Karen finder nyttige, og taget udgangspunkt heri.

Bolettes behandler har ligeledes været lydhør og præsenteret relevante forslag med udgangspunkt i de samtaler, de har haft: *Så det synes jeg faktisk er ret gennemgående, at det hele tiden tager udgangspunkt i en selv. De er gode til at spørge.*

Behandlingen, som skal forbedre patienternes mestringsevne, tager udgangspunkt i patientens situation og hverdag. Bolette beskriver, hvorledes hun oplevede de første besøg, hun fik:

Så mødtes jeg med min kontaktperson, først hvor vi prøvede at finde ud af, hvad det er, der brænder mest på, da vi ligesom kan tage hånd om de umiddelbare presserende problemstillinger, hvilket var super godt. Og så fik jeg jo taget nogle blodprøver, som jeg ikke tænkte så meget over.

Den somatiske udredning viste, at Bolette muligvis har en stofskifteforstyrrelse og forhøjet hjerterytme, som potentielt kan være årsag til hendes psykiske symptomer. Der gik halvanden uge før Bolette kom til

samtale med psykiateren, da vedkommende var syg. Samtalen førte ikke til afklaring af hendes psykiske tilstand, da man afventede svar på opfølgende somatiske undersøgelser.

Trods den manglende afklaring i forhold til potentiel psykiatrisk medicinering, har behandlingen motiveret og støttet Bolette i at udføre praktiske gøremål, som hun i en længere årrække har udskudt:

Og det er jo ikke fordi jeg har brug for meget hjælp, men det der med at blive holdt op, som jeg gør, at jeg skal mødes med hende gør, at jeg så får gjort nogle af de ting, som jeg ikke har kunnet finde ud af at gøre i så lang tid

Bolette oplever i igangsættelsen af dagligdagsaktiviteter, selv at have et ansvar for at føre den plan hun udarbejder i samarbejde med sin behandler ud i livet, som positivt.

Fie beskriver på lignende vis, hvorledes hun er blevet hjulpet i gang med at tage hånd om basale hverdagsaktiviteter: Vi har sådan nogle skemaer, hvor jeg skal skrive, hvad jeg har lavet, og hvis der er gode ting, og hvis der er pligter og sådan noget, for lige som at have en ide om, at jeg kan lave noget for mig selv også. Det fremgår af Fies beskrivelse, at støtten fra APH til igangsættelsen af praktiske gøremål har hjulpet hende ud af opfattelsen af håbløshed:

Ja, det har hjulpet, det der med at få snakket med nogle. Og ikke føle sig opgivet. Bare det der med, at jeg første uge allerede kunne begynde at lave alle de almindelige ting, som jeg ikke kunne før. Der magtede jeg ingenting. Opvask, rydde op og alt det der. Det kunne jeg slet ikke komme i gang med.

Alle kvindernes historier viser, hvor funktionsnedsættende psykiatrisk sygdom kan være. Med støtte fra deres behandlere har kvinderne fået startet helt basale hverdagsrutiner med praktiske gøremål op.

5.4.2.4 Afslutning af behandling

I relation til tilgængeligheden omtaler Karen sine oplevelser i forbindelse med afslutningen af APH-forløbet. I den afsluttende fase ønskede Karen sig, at der var lidt mere tid til psykoedukation og gennemgang af litteratur om de psykiske reaktionsmønstre hun oplevede. Dette overskygger dog ikke, at Karen overordnet oplever at være blevet hjulpet godt på vej, hvilket hun beskriver således: *Ja, så jeg er blevet skubbet til, at jeg står på en god base, for at kunne nå det der mål inden for en overkommelig tid. Og det har man hørt og støttet og hjulpet mig igennem.*

Med støtte fra APH er Karen blevet tilknyttet en privatpraktiserende psykiater, ud fra hendes ønske om at der blev fulgt op på hendes medicinske behandling. Desuden bistod APH processen frem til, at Karen skulle starte på arbejde. Støtten fra behandleren har ifølge Karen selv mindsket risikoen for stressen igen får overtaget: *Og jeg vil sige, at hele den der forceringsfase, hvis ikke jeg havde haft akut psykiatrisk hjælp, så var jeg nok startet på arbejde lidt før, og det havde ikke været godt. Det ville have givet mig tilbagefald, det er jeg overbevist om i dag.*

5.4.3 **Sygeliggørelse og selvopfattelse**

Alle kvinder udtrykker en accept af at have behov for psykiatrisk hjælp forud for, at de kontakter APH. Den parathed som alle tre patienter udviser, beskriver Bolette således: *I det øjeblik man henvender sig, er man jo parat til noget, tænker jeg.*

Både Karen og Bolette beskriver det imidlertid som en stor overvindelse at kontakte APH. Samtidig var de ligesom Fie meget bevidste om, at de behøvede hjælp til at forbedre deres psykiske situation. Bolette har som pårørende erfaringer med det psykiatriske system, hvilket hun beskriver som både motiverende og hæmmende for den indledende kontakt til APH:

Jeg har en bror som er skizofren, så det har sikkert også spillet ind i, da jeg tænkte: "Gud jeg er også ved at blive syg, jeg må hellere komme af sted." Og det var måske også derfor, jeg ikke gjorde noget så længe, fordi jeg bare var helt angst.

Ved Bolettes henvendelse til APH fortalte hun, at hun troede, hun havde en depression, hvilket bevirkede, at der blev tjekket "ganske bestemte bokse [...] af i systemet". Den selvdiagnosticerede depression udløste en række spørgsmål og en særlig opmærksomhed fra APH-personalet på suicidalrisiko, hvilket dog ikke generede Bolette. Hun besvarede personalets spørgsmål uden at føle sig sygeliggjort af dem, da hun var bevidst om bevæggrundene bag.

Den formodede somatiske årsag til hendes inaktivitet og depressive tendenser, har ifølge Bolette selv udløst en psykisk overbygning:

... Jeg er syg fysisk, men fordi det er så længe, så er der jo kommet en psykisk overbygning i en forstand, ikke nødvendigvis ikke-evner til at være social, sådan noget er det ikke. Men der er livskaos, ligesom hvis man havde været alkoholiker i to år

Bolettes priser tilknytningen til det psykiatriske behandlingssystem via APH velkommen, da hun er yderst bevidst om de psykiske udfordringer hun står overfor i sin tilbagevenden til det levede liv.

I lighed med Bolette, beskriver Karen sin indledende reservation ved at ringe til APH således:

Jeg tog min situation ganske seriøst, da de så kom. Men det var en stor mundfuld at ringe og spørge overhovedet. Jeg tror jeg skal have hjælp, jeg ved det ikke. Er det nogen, der kan hjælpe med at finde ud af, hvad jeg tror selv? Og det gjorde de så.

Karen var meget bevidst om, at hun behøvede professionel psykiatrisk hjælp. Hun oplevede det som en stor lettelse at blive bekræftet i, at hun oplevede en uvirkelig virkelighed: *Ja, så selvom den uvirkelig virkelighed er vanvittigt, så får man ligesom en bekræftelse af den vanvittige situation, man sidder i. Den er ikke helt forkert, det er nok sådan, du oplever det.*

Patienterne omtaler ikke direkte sygeliggørelse eller en oplevelse af (selv-)stigmatisering. Beskrivelsen af, hvorledes erkendelsen af behovet for psykiatrisk hjælp opleves som en udfordring, kunne dog tyde på en vis form for selv-stigmatisering givet ved tilbageholdenhed. Det er dog ikke muligt på baggrund af data at sige noget om, hvorvidt en sådan tilbageholdenhed i forhold til at efterspørge hjælp er større, end det er gældende ved somatisk sygdom. Det må dog anses for et interessant spørgsmål at undersøge fremadrettet.

5.5 MAGTFORHOLD

I litteraturen omkring AAT-behandling beskrives, at behandlingsformen i et patientperspektiv er associeret med oplevelser af øget tryk, kontrol over eget liv mv. Dette fremhæves som en af de centrale behandlingsmæssige fordele ved AAT-behandling, idet dette initierer til mere effektiv behandling. Dette argument står i kontrast til en forestilling om, at AAT-behandling er intimiderende og disciplinerende, fordi behandlingen foregår hjemme hos patienten og involverer gennemsyn af patientens hverdagsliv, inddrager patienten

tens pårørende mv. Men spørgsmålet er, hvordan det opleves af AAT-brugerne ved APH? Er det grænseoverskridende, at APH-personalet kommer i hjemmet?

Fie, som beskriver, at hun er vant til det psykiatriske system, siger helt tydeligt, at det ikke var grænseoverskridende at modtage behandling i hjemmet. Om den visiterende samtale siger Karen: *Det var meget trygt, jeg tror det gjorde det lettere at acceptere situationen. Det var ikke sådan, at jeg følte, at de trængt ind i mit liv.* Både Karen og hendes søster, som var til stede ved den visiterende samtale, betragtede APH-personalet som muligheden for at få noget information om, hvordan man agerer i en psykiatrisk krise, som den Karen oplevede/befandt sig i. I lighed med Karen og Fie oplevede Bolette en god relation til sin behandler, og inddrages meget i planlægningen af behandlingsforløbet.

5.5.1 Tværsektoriel koordination

I og med at AAT-behandlingen foregår i borgerens hjem, fremstår behovet for koordination med øvrige sektorer, såsom praktiserende læge, kommunale instanser, herunder socialrådgiver, familierådgivning, jobcenteret mv. centralt.

AAT-brugerne beskriver i mindre grad koordineringen med øvrige indsatser. Bolette har dog haft sin behandler med til møde hos kommunen:

Ja så var vi på kommunen. Jeg havde ingen dagpenge og jeg havde ikke henvendt mig på noget, så jeg havde ingenting. Det var ikke så smart, man skal jo nok leve af noget. Så der var hun med første gang, jeg var der for at sikre sig, at jeg kom i gang med det. Det var vores første ting, vi gjorde.

For Karens vedkommende har hjemmebehandlingen været koordineret med besøg hos arbejdspladsen, hvilket har støttet hendes tilbagevenden til arbejdet. APH har desuden hjulpet Karen med at etablere kontakt til en privatpraktiserende psykiater.

5.5.2 Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT

Dette afsnit er dels fremstilling af specifikke forhold, som AAT-brugerne fremhæver som optimeringsmuligheder eller specielt positive elementer, og dels en opsamling på ovenstående afsnit.

Patienterne fremhæver en række mindre optimeringsmuligheder ved APH. Bolette udtrykker et ønske om, at der ved visiteringen er en præcisering af, at APH er et kort intensivt behandlingsforløb, hvor der efterfølgende kan henvises til anden behandling, hvis det er relevant. Fie efterspørger lidt længerevarende hjemmebesøg, med bedre tid til samtale og hjælp til daglige gøremål. Hun udtaler i den forbindelse:

Ja, eller bare det, at de er her, er en tryghed. For det er jo ikke, fordi de er her så meget. Det er en time, hun kommer. Så meget når man heller ikke. Det kunne være rart at have tid til at snakke og hjælpe mig med at rydde op.

Fie efterspørger desuden mere tid og nærvær i forbindelse med psykiatersamtalen. Samtalen beskrives som skuffende og efterlod hende med en følelse af håbløshed. Hun påpeger ligeledes, at indretningen af samtalerummet kan optimeres, så det fremstår mindre sterilt. I tillæg til AAT-behandlingen foreslår Fie, at der arrangeres daglige aktiviteter, hvor man kunne mødes med andre APH-patienter til eksempelvis motionstræning.

De specielt positive elementer, som brugerne af AAT-behandlingen beskriver, er, at behandlingen foregår i hjemmet, hvilket medfører en tryk ramme for behandlingen. Patienterne er alle yderst positive over APH's hurtige respons. I tillæg hertil beskrives behandlerne som kompetente og nærværende. Behandlerne opfattes som støttende i forhold til at skabe motivation for, at patienterne påtager sig løsning af hverdagsopgaver og engagerer sig i at udvikle mestringskompetencer mv. At APH tilbyder støtte til tilbagevenden til arbejdsmarkedet, og koordinering med kommunen oplever patienterne ligeledes som positivt. At patienterne tilknyttes en primærbehandler gør, at patienterne oplever sammenhæng i forløbet. Det er ligeledes positivt, at patienterne gennemgår en grundig somatisk udredning, hvor underliggende somatiske årsager til psykiatiske symptomer afdækkes.

5.5.3 Sammenligning af indlæggelses- og AAT-behandling

AAT-behandling er i litteraturen beskrevet som et alternativ til indlæggelse.

Fie og Karen er begge bekendt med indlæggelsesbehandling. Karen var indlagt forud for sit APH-forløb, og udtaler følgende om sammenligningen mellem indlæggelse- og AAT-behandling:

... jeg synes ikke man kan sammenligne det, fordi når man er indlagt, så er man lige i den mest kritiske fase, og når jeg kommer hjem og får hjemmebehandling, så er jeg faktisk, hvad skal man sige, nået så langt i processen, at jeg begynder at få mit fokus ind på det der med at skulle starte på arbejde, som er så vigtigt. Men forskellen er jo selvfølgelig, at da jeg var indlagt, kunne jeg gå hen til, når jeg havde behov for at snakke, kunne jeg gå hen at henvende mig direkte. Og der vil jeg sige, der får man jo hele tiden mulighed for at kunne ringe her til, hvis det er sådan, at man går hen og brænder inde med noget, som fylder alt for meget, og man skal have sin tanker flyttet lidt...

Tilgængeligheden til personalet italesætter Karen altså som den store forskel på AAT- og indlæggelsesbehandling. Af citatet fremgår det ligeledes, at AAT-behandlingen er tilbudt efter den mest kritiske psykiatiske fase er afværget.

I kontrast til indlæggelsesbehandling er AAT-behandlingen centreret omkring patientens hjem og nærmiljø. At behandlingen er foregået i hjemmet, fremhæver Fie som et centralt element ved APH:

Ja nu har jeg børn til at holde mig oppe. Det er dem, der holder mig oppe. Og jeg skal lave mad til dem og alle de der ting. Så på den måde er det rigtig godt, for så kan jeg stadig være der for dem, og så er der nogle der hjælper mig.

Fie var 12 år tidligere indlagt på psykiatrisk afdeling, da hun var depressiv og havde selvmordstanker. Med udgangspunkt i sin erfaring med indlæggelsesbehandling, beskriver hun forskellen til AAT-behandling på følgende vis:

Den gang hvor jeg var indlagt, det var også rigtig godt. Der hvor jeg havde det, som jeg havde det. Der havde jeg ikke børn, så det var det meget godt, at være der. Der var nogle der passede på mig. Og der havde jeg heller ikke så meget lyst til at leve. Så der var det meget godt. Jeg skulle ikke tænke på at lave mad og alle de ting, som er det første der ryger, når man bliver deprimeret. Her er det meget godt, fordi man kommer ud. Og jeg er stadigvæk i stand til at lave de ting, jeg skal, når jeg har børn.

Fordelen ved indlæggelsesbehandling er ifølge Fie den øgede sikkerhed, som er nødvendig, når man har selvmordstanker, som man ikke kan tage afstand fra. Fie formulerer det så klart, at: *Altså hvis man har det virkelig skidt og ikke har nogen børn. Hvis ikke der er noget, der holder en tilbage, så skal man være indlagt. Det skal man.* Med førnævnte udtalelse beskriver Fie dog, at så snart man kan afstå fra sine selvmordstanker, er der klare fordele ved at modtage behandling i hjemmet, hvor hverdagsrutiner og familieliv kan opretholdes.

5.6 IMPLEMENTERINGSSTATUS

DEFACTUMs vurdering er, at AAT-projektet i Region Hovedstaden tilbyder et intensivt behandlingstilbud, som overordnet set er sammenligneligt med indlæggelsesbehandling. AAT'et har patienter i forløb, som uden tilbuddet om AAT-behandling ville have været indlagt på psykiatrisk afdeling. Der er dog også et opmærksomhedspunkt i forhold til at inkludere patienter i APH, som uden tilbuddet ville have været henvist til egen læge eller egenfinansieret psykolog behandling.

Der henvises til kapitel 10 for en oversigt over og sammenligning af alle fem AAT-projekter på de centrale evalueringsparametre.

I det følgende gennemgås de væsentligste succeser og udviklingspotentialer med henblik på dels at skabe mulighed for udvikling af APH og dels give inspiration til andre AAT-projekter.

5.6.1 Udfordringer og muligheder

Der er identificeret enkelte udfordringer ved implementeringen af AAT i overensstemmelse med anbefalingerne.

Det tilkendegives i statusrapporten, at AAT har kapacitet til at modtage flere patienter. Der indikeres ligeledes, at dette evt. kan imødekommes ved, at sengeafsnittende i højere grad henviser til AAT tidligere og dermed sikrer fremskyndet udskrivelse. Det er at betragte som et forbedringspotentiale at få fremskyndet udskrivelse. Endvidere påpeges det, at ambitionen om at inkludere patienter med diagnose inden for psykospekteret ikke er opfyldt tilstrækkeligt.

Det påpeges endvidere, at det har været en udfordring at konsolidere APH's AAT-projekt som et intensivt forløb på op til 6 uger. Tilbuddet havde tidligere en varighed på op til tre måneder. Medarbejderne har derfor haft en oplevelse af, at de ikke længere kunne tilbyde en kvalificeret behandling. Kernen i denne problematik er spørgsmålet om varigheden af akutbehandling. I litteraturen omkring AAT beskrives en behandlingsvarighed på op til seks uger, som tilstrækkelig for en akutbehandling. Det beskrives dog også, at behandlingen skal fortsætte til anden relevant behandling overtager, hvis der er behov for yderligere behandling. Dette fører over i problemstillingen omkring opfølgning ved anden relevant behandling, idet dette er et generelt problem inden for psykiatrien, hvor der ofte er udfordringer i forhold til ventetid. Dette giver udfordringer i forhold til at fastholde kortvarige, intensive, akutte forløb.

Ovenstående problematik leder over i udfordringen omkring at afgrænse patientgruppen. Dette såvel i forhold til at afslutte eller ikke inkludere patienter, som ikke er tilstrækkeligt akut syge og også i i forhold til ikke at inkludere patienter, som er for syge. Inklusion af patienter som er for syge, synes dog ikke at være et problem ved APH. Problemstillingen er i højere grad, at der inkluderes patienter som ikke er tilstrækkelig akut psykiatrisk syge og at patienter ikke afsluttes, når de er udover den akutte fase. Dette vil nødvendigvis lede til, at APH patientgruppe vil inkludere patienter, hvor mindre intensive behandlingstilbud ville have

været relevant. Dette bevirker, at nytteværdien fra sundhedssystemets perspektiv er mindre, end det burde være.

5.6.2 Successer

Der kan fremhæves flere succeser i forbindelse med APH. Det er som oven for beskrevet et relativt intensivt behandlingstilbud, som kan karakteriseres som et alternativ til indlæggelsesbehandling.

APH har en patientvolume, som bevirker, at der kan være relativt mange ansatte herunder en ledende psykiater på fuld tid. En generel problemstilling i psykiatrien er mangel på speciallæger. Ved APH har den ledende psykiater det overordnede overblik og har i høj grad et vejledningsansvar i forhold til forvagter mv. Endvidere er der udarbejdet en model, hvor specialpsykologen afhjælper psykiaterens arbejdsbyrde. Arbejdstilrettelæggelsen bevirker en maksimal udnyttelse af specialelægeressourcen i forhold til det, som kan karakteriseres som psykiatrisk specialelæge-kerneopgaver. Endvidere er der oprettet en sundhedsfaglig klinik, hvor alle patienter i APH bliver udredt somatisk.

I kraft af tilknytningen til socialrådgiverne i projektet Integreret Psykiatri er der mulighed for, at socialrådgiverne søger at komme mere i bund med patientens sociale problemstillinger.

Ved APH har de haft rigtigt gode resultater i forhold til unge mødre, som har udviklet angst eller depression. Denne gruppe startes som regel startes op i antidepressiv medicin, og får hvad APH vurderer at være gode forløb med angstmestring, håndtering af præstationsangst og kognitiv terapi, som teamet er uddannet i. De får også ofte en form for akupunktur, kaldet NADA, som har givet gode resultater. Desuden har APH også mange andre gode forløb, fx med ældre, som kan blive i eget hjem.

Lokaliteten for APH er på Frederiksberg, hvilket grundet befolkningstætheden mv. betyder, at en stor del af befordringen til patientbesøgene foregår på el-cykel. Det kan naturligvis ikke lade sig gøre for de øvrige projekter som i langt højere grad har deres virke i mere tyndt befolkede områder, men det kan være en inspiration til projekter i større byer, hvis AAT-behandling skal udbredes til eksempelvis Aarhus, Aalborg, Odense, Roskilde mv.

6 REGION SJÆLLAND

I det følgende gennemgås Region Sjællands satspuljeprojekt for ambulante akutteam (AAT). Det ambulante akutteam i Region Sjælland er forankret i Psykiatrien Syd i Vordingborg, Region Sjælland.

Det regionale projekt belyses på baggrund af analyser baseret på forskellige metodiske tilgange, herunder interviews, kvantitative data samt dokument gennemgang (jf. kapitel 3). Evalueringen søger overordnet at besvare, om Region Sjællands ambulante akutte psykiatriske behandlingstilbud er implementeret således, at det er sammenligneligt med et indlæggelsesforløb.

Afsnittet har følgende opbygning. Først præsenteres implementeringsgrundlaget, efterfulgt af en casebeskrivelse indeholdende informationer om AAT'ets organisering, herunder formålet med AAT, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Herefter præsenteres de sundhedsprofessionelles perspektiv på AAT-tilbuddet. Disse interviewanalyser er inddelt i et ledelse-, psykiater- og medarbejderperspektiv. Dernæst fremlægges interviewanalyser af patientperspektivet. Den projektspecifikke analyse afsluttes med en opsummerede vurdering af projektets væsentligste succeser, udfordringer samt muligheder.

6.1 IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG

Implementeringsgrundlaget gennemgås med henblik på at belyse styrker og svagheder i organisering af AAT for dermed at vurdere den organisatoriske kraft, som organisationen besidder til at løfte opgaven med at tilbyde AAT-behandling.

Region Sjællands AAT-projekt kom i gang sidst i 2015, hvilket vil sige næsten et år efter planlagt projektstart. Årsagen var dels, at projektet oprindeligt ikke var planlagt som en del af psykiatrien i Vordingborg, men derimod som en del af psykiatrien i Næstved og dels udfordringer i forhold til at definere og rekruttere relevant personale. Endvidere har projektet haft udfordringer i forhold til, at der ikke har været biler til rådighed for personalet. Personalet har derfor brugt private biler, hvilket har resulteret i, at en relativ stor andel af behandlingerne er forgået ved, at patienterne er kommet ind til psykiatrien i Vordingborg i stedet for, at AAT-behandlerne er kørt ud til patienterne. Yderligere blev der i udgangspunktet på workshops med evalueringsteamet udtalt en del forbehold over for, at AAT-behandling kunne være et alternativ til indlæggelse. Dette baseret på en vurdering af, at indlæggelsesbehandling blev anset, som den mest relevante behandling for patientmålgruppen. I tilknytningen til denne betragtning var der i udgangspunktet ikke mangel på sengepladser i psykiatrien i Syd i Region Sjælland. Det var derfor svært for personalet i PAM at se relevansen af AAT-behandlingen, når oplevelsen var, at det ikke var et relevant tilbud og det ikke var en nødvendighed.

På den baggrund kan det konkluderes, at implementeringsgrundlaget for AAT var udfordret og den organisatoriske kraft derfor var svækket. På trods af dette vil det fremgå af konklusionen, at AAT i Region Sjælland er inde i en udvikling, som sandsynligvis vil bringe AAT-behandlingen i god overensstemmelse med AAT-principperne. I den forbindelse har det været helt essentielt, at der nu er adgang til biler med henblik på hjemmebesøg.

6.2 BESKRIVELSE AF AAT SJÆLLAND

Projektbeskrivelsen af satspuljeprojektet med AAT-behandling i Region Sjælland blev justeret i juni 2015, og den reviderede projektbeskrivelse er godkendt af Sundhedsstyrelsen i den forbindelse.

Forud for justeringen af projektbeskrivelsen var det AAT tænkt forankret i Distriktspsykiatrien Næstved-Vordingborg, med udgangspunkt i et tværsektorielt samarbejde mellem den regionale og kommunale psykiatri, kaldet Integreret Psykiatri. Projektet som det var beskrevet i den oprindelige projektbeskrivelse, blev ikke etableret.

Ved justeringen af projektbeskrivelsen i juni 2015 blev Region Sjællands projekt ændret således, at AAT'et blev organisatorisk forankret i Psykiatrisk Akutmodtagelse i Vordingborg under Psykiatrien Syd. Efter en seks måneders periode med udfordringer i forhold til personalerekuttering, blev de første patientforløb i AAT påbegyndt 1. januar 2016. Projektet blev således igangsat 12 måneder senere end først planlagt.

I det følgende beskrives organiseringen af AAT Sjælland, herunder formålet med projektet, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Beskrivelsen tager udgangspunkt i projektets reviderede projektbeskrivelse, indsatssteori og statusrapporter.

6.2.1 Formål med AAT i Region Sjælland

Formålet med AAT Sjælland er at tilbyde borgere med akut forværring af psykiske lidelser hurtig hjælp for herved at skabe tryghed og forbygge indlæggelser. Desuden tilbydes patienter, der udskrives fra Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM) og sengeafdelinger akut opfølgning i en kort periode efter udskrivning for at forebygge genindlæggelse.

6.2.2 Målgruppen

Målgruppen for AAT-behandling er voksne borgere fra optagekommunerne Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg Kommune.

Målgruppen gælder patienter, som henvender sig til psykiatrisk akutmodtagelse (PAM), fordi de oplever akut forværring af deres sygdom, og som ellers ville have haft behov for indlæggelse eller akut ambulante opfølgning. Desuden indgår patienter, som skal udskrives til hjemmet fra PAM og har behov for opfølgning i den sårbare periode lige efter udskrivningen. Der er ingen begrænsninger vedrørende diagnoser, og både kendte og ukendte patienter for Psykiatrien Region Sjælland tilbydes AAT. En del patienter skønnes dog *ikke* at være egnede til at modtage behandling ved AAT, hvilket omfatter patienter med alvorlig selvmordsrisiko, domsfældelse, eller som er i risiko for tvangsindlæggelse eller som er under skærmmning. Desuden inkluderes ikke patienter, der er i behandling i distriktspsykiatrien.

Af AAT Sjællands statusrapport fremgår det, at patienter med følgende diagnoser og symptomer indgår i teamet: depression, bipolare lidelser, personlighedsforstyrrelser, udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, stress, misbrugsdiagnoser og patienter som oplever belastningsreaktioner og kriser. Teamet har desuden undtagelsesvis patienter med psykoser samt patienter tidligere indlagt på tvang. Retspsykiatriske patienter indgår ikke i målgruppen.

6.2.3 Patientmængde

AAT Sjælland har i perioden 1. januar 2016 til 1. september 2016 haft 275 patientforløb. I statusrapporten er det angivet, at teamet har kapacitet til at modtage flere patienter.

6.2.4 Personale

AAT Sjælland har følgende personalesammensætning:

- Fire sygeplejersker (4,87 årsværk)
- Psykiatrisk læge (10 timer ugentlig)
- Lægeseekretær (30 timer ugentlig)

Der er tre sygeplejersker på arbejde i hverdagene. Den første sygeplejerske møder kl. 8, den næste kl. 10 og den sidste kl. 13. I weekenden er én sygeplejerske på vagt fra kl. 10-18.

Jævnfør projektets statusrapport har implementeringen af AAT-behandlingen været præget af vanskeligheder ved at rekruttere lægefaglige ressourcer til teamet og generelt i Psykiatrien i Region Sjælland. Det vurderes derfor fra projektets side i statusrapporten, at personaleprofilen kun i nogen grad stemmer overens med arbejdsopgaverne.

6.2.5 Økonomi

Projektet er bevilget 4.100.000 kr. fra Sundhedsstyrelsen fordelt fra 2015-2017, og har en regional egenfinansiering på 4.452.082 kr. fordelt fra 2014-2017.

Grundet forsinket opstart er alle budgetterede lønmidler ikke brugt. Der har været udfordringer i forhold til, at lægen tilknyttet projektet ikke har haft tiden til at bruge de budgetterede 10 timer ind i projektet.

6.2.6 Tilgængelighed

AAT Sjælland er tilgængelig kl. 8-21 i hverdagene og kl. 10-18 i weekenden. Uden for åbningstiden kan den døgnåbne psykiatriske akutmodtagelse kontaktes.

6.2.7 Visitation

Visitationen til AAT kan foregå via psykiatrisk akutmodtagelse eller sengeafsnit, hvor vagthavende læge eller afsnitslæge udarbejder oplæg sammen med en sygeplejerske. Visitering fra de ambulante enheder foregår primært via primærbehandler, som drøfter patienten med lægen i den ambulante enhed.

6.2.8 Behandlingsindsatsen

AAT Sjælland fungerer som et supplement til den psykiatriske akutmodtagelses eksisterende tilbud, og der er i behandlingsindsatsen fokus på den akutte fase. Behandlingsperioden var oprindeligt 3-4 uger, men er i efteråret 2016 udvidet til maksimalt seks uger. I behandlingsperioden har patienten mulighed for at få behandling én gang dagligt. Der etableres kontakt til patienten enten på PAM eller telefonisk, senest dagen efter patienten har været til skadessamtale i PAM. Normalvis går der 24 timer fra visitering til første behandling. Forud for første behandlingsbesøg laver AAT-personalet en volds- og risikovurdering ud fra de tilgængelige oplysninger. Hvis der vurderes at være en sikkerhedsrisiko, ses patienten ambulant i AAT's lokaler. Hvis der ikke vurderes at være en sikkerhedsrisiko, ses patienten enten ambulant i AAT's lokaler eller ved at en AAT-sygeplejerske kører på hjemmebesøg.

Ambulante samtaler i AAT's lokaler prioriteres af psykiatrilæden, grundet muligheden for en ressourcemæssig besparelse og fordi der ikke har været en bil til rådighed. Dette er dog ændret i 2017, således at der nu er bedre mulighed for hjemmebesøg.

Behandlingsindsatsen ved AAT Sjælland består af samtale med patienten med fokus på mestringsstrategier og struktur i forhold til oprettelsen af døgnrytme, kost, motion og praktiske gøremål. AAT-sygeplejerskerne foretager kontinuerligt selvmordsscreening, sygdomsvurdering samt medicinsk vurdering og opfølgning. På baggrund heraf og i samarbejde med patienten udformes en behandlingsplan, som skal foreligge forud for

tredje behandlingssamtale. Normalvis går der mellem 24 og 36 timer fra visitering til, at der er lagt en plan for patientens behandling. Foruden psykoedukation til patienten indgår AAT-sygeplejerskerne også i samtaler og psykoedukation med pårørende. Derudover formidler AAT-medarbejderne kontakt til diverse samarbejdspartnere, herunder kommunale afdelinger, privatpraktiserende læger, psykologer og psykiatere osv.

6.2.8.1 Behandlingsindhold

Følgende behandlingselementer indgår altid i AAT-behandlingen ved AAT Sjælland, jf. statusrapporten:

- Samtale
- Symptomvurdering
- Risikovurdering
- Vurdering af sociale omstændigheder
- Støtte til pårørende

Derudover indgår følgende behandlingselementer ofte i AAT-behandlingen:

- Medicinering
- Psykoedukation
- Vurdering af funktionsniveau
- Vurdering af somatisk helbred
- Hjælp til praktiske problemstillinger

Personlig pleje indgår derimod sjældent i behandlingen.

6.2.8.2 Medicinordinerings

Den til teamet tilknyttede læge ordinerer medicin. Sygeplejerskerne i teamet udleverer medicin i mindre omfang, og varetager dosering og udlevering jf. regionens retningslinjer.

6.2.8.3 Behandlingskonferencer

Det var planlagt, at der fra projektets opstart dagligt skulle afholdes behandlingskonferencer med deltagelse af AAT-sygeplejerskerne og den tilknyttede læge. Disse behandlingskonferencer blev dog først en realitet i oktober 2016, grundet lægefaglig travlhed. I det omfang det er muligt, deltager AAT-sygeplejerskerne i behandlingskonferencer med det øvrige personale i PAM.

6.2.9 Tværsektorielt samarbejde

AAT Sjælland samarbejder med de kommuner i optageområdet; Næstved, Vordingborg, Guldborgsund og Lolland kommune. Derudover samarbejdes der med Center for Afhængighed og Alkoholrådgivning. Medarbejderne søger at arbejde opsøgende i forhold til deres kommunale samarbejdspartnere og være i dialog.

Grundet begrænsningerne i forbindelse med hjemmebesøg har AAT-behandlerne udfordringer i forhold til at oparbejde viden omkring patienternes livssituation ved selvsyn. Det kan derfor forventes, at de forbedrede muligheder for hjemmebesøg vil bidrage til en optimering af det tværsektorielle samarbejde specielt med kommunen.

Der er et meget begrænset samarbejde med almen praksis, da der har manglet en praksiskoordinator i Psykiatrien Syd. Jf. statusrapporten vurderes det, at der er væsentlige udfordringer ved samarbejdet med privatpraktiserende læger.

Samarbejdet med øvrige regionale ambulante enheder beskrives i statusrapporten som værende i opstartsfasen. Samarbejdet fungerer i de tilfælde, hvor ambulante enheder kontakter AAT for at iværksætte et støttende samarbejde om en borger, så indlæggelse undgås. Ofte består samarbejdet i, at AAT støtter op om borgeren om aftenen og i weekenden. Ansvar for koordineringen ligger i den ambulante enhed.

6.3 DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING

Afsnittet om de sundhedsprofessionelles selvevaluering er baseret på interview med psykiateren, ledelse og personale. Endvidere henvises der til kapitel 10, hvor der analyseres på tværs af de regionale projekter på baggrund af spørgeskemadata fra personale.

Overordnet set er konklusionen på baggrund af analyserne fra spørgeskemaundersøgelsen, at der er relativ stor tilfredshed med arbejdet, det er meningsfyldt og der er et godt arbejdsmiljø mv. Det eneste opmærksomhedspunkt er, at personalet vurderer, at de laver en del unødvendige primært administrative opgaver i forbindelse med deres arbejde. Yderligere har personalet oplevet det som frustrerende, at der ikke har været adgang til biler i tilstrækkeligt omfang, således at behandlingen i højere grad kunne tilrettelægges som hjemmebehandling.

6.3.1 Psykiaterperspektiv

Psykiateren, der er tilknyttet AAT Sjælland og interviewet med henblik på at evaluere og afdække psykiaterperspektivet i AAT Sjælland. Der er afsat ti psykiatertimer ugentlig til arbejdet i AAT'et og disse varetages af en psykiater, som har sin hovedansættelse i den psykiatriske akutmodtagelse (PAM) ved Psykiatrien Syd (Sjælland), Vordingborg.

Psykiateren beskriver, at han primært har en funktion i forhold til regulering af den medicinske behandling, hvilket betyder, at han ved AAT-behandlingen sjældent har direkte patientkontakt. I stedet varetager han den medicinske behandling på baggrund af mails eller telefonisk dialog med behandlerne fra AAT. Han mødes dog med AAT-behandlerne om morgenen, hvis det er muligt. Endvidere tilstræbes det, at der afholdes konferencer, hvor både patienter samt konceptet bag behandlingsmetoden diskuteres. Ind til videre er der imidlertid kun afholdt én konference, men det er et ønske, at der afholdes flere.

Psykiateren fremhæver flere fordele ved AAT-behandling. Han fremhæver, at AAT-behandling ikke sygeliggør patienter på samme måde, som indlæggelsesbehandling. Det skyldes to forhold, dels at patienterne ikke nødvendigvis skal fortsætte i anden psykiatrisk behandling, således som det er tilfældet ved indlæggelsesbehandling, og dels at patienterne ikke fratages ansvaret for eget liv på samme måde som ved indlæggelsesbehandling. Dette fordi, at patienterne ved AAT-behandling fortsat har forpligtelser i forhold til dagligdagsgøremål. Endvidere fremhæver han, at AAT-behandling reducerer arbejdsbyrden på afdelingerne ved at reducere antallet af indlæggelser. Dette fordi, AAT-behandlingen fungerer som et alternativ til indlæggelse, og tilbydes til patienter, som tidligere ville have været indlagt på stamafdelinger. Desuden vurderer han, at indlæggelser afkortes, fordi der udskrives tidligere til AAT-behandling. Han påpeger i den forbindelse en problemstilling i forhold til, at der skal ske en holdningsændring fra personalet på stamafdelingerne side, således at de ser AAT-behandling som et alternativ til indlæggelse. Den mangeårige praksis med indlæggelsesbehandling er på nuværende tidspunkt en barriere for, at stamafdelingerne ser AAT-behandling som alternativ til indlæggelse.

Selvom psykiateren nævner mange fordele, er der dog også udfordringer og faktorer, som han påpeger kan optimeres med henblik på, at AAT-behandlingen bliver endnu mere effektiv. Der er eksempelvis en del

spildtid relateret til patienternes behandlingsforløb. Med dette menes, at der er opgaver relateret til patienten, som i stedet for at blive håndteret, når patienten starter op i et AAT-forløb, håndteres hen ad vejen. Dette resulterer i unødigt ventetid for patienten i overgangen til eksempelvis den kommunale psykiatri. Det er dog et opmærksomhedspunkt i AAT, hvor der søges en effektivisering. Derudover opleves det som en udfordring, at der kun er én bil til rådighed for teamets udekørende arbejde. Yderligere nævner psykiateren, at den korte behandlingsperiode på fire-seks uger begrænser muligheden for dybdegående behandling. Behandlingstiden er dog netop på interviewtidspunktet forsøgt forlænget fra fire til seks uger. Forlængelsen af behandlingstiden skal ses i lyset af, at det var blevet kutymen, at patienter blev udskrevet fra stamafdelingen til både AAT-behandling samt ambulant opfølgning, hvilket ikke reducerede arbejdspresset på klinikkerne og distriktet. Derfor er det aftalt, at patienterne i stedet blot udskrives til AAT-behandling, hvor AAT har 14 dage til at vurdere, om patienten kan overgå til egen læge, eller om det er nødvendigt med videre opfølgning.

Det kan på baggrund af ovenstående konkluderes, at psykiateren anser AAT-behandling for en effektiv behandlingsform, hvor det fremhæves som en fordel, at behandlingen ikke sygeliggør patienten på samme måde som indlæggelsesbehandling. Derudover kan det konkluderes, at AAT-behandling forøger behandlingens volumen, hvor det er muligt at behandle flere patienter med færre ressourcer, hvorfor AAT-behandling er en effektiv udnyttelse af psykiaterkompetencer. Det pointeres, at den effektive udnyttelse af psykiaterressourcerne er muliggjort af, at AAT-personalet er kompetent og løbende rådfører sig med psykiateren.

6.3.2 Medarbejderperspektiv

For at afdække medarbejdernes oplevelser og erfaringer med AAT-behandling, er tre sygeplejersker fra AAT Sjælland interviewet. I analysen fremkommer medarbejdernes funktioner samt hvad de betragter som de væsentligste udfordringer og succeser ved AAT Sjælland.

AAT-sygeplejerskerne beskriver AAT som et relevant behandlingstilbud, hvor deres primære funktion består i at præsentere patienten for relevante mestringsstrategier til at håndtere en akut psykiatrisk krise. Foruden en indledende voldrisikovurdering udarbejder AAT-sygeplejerskerne behandlingsplaner, har den primære patientkontakt og foretager hjemmebesøg og ambulante samtaler. Sygeplejerskerne oplever at have et stort personligt ansvar for behandlingen, hvilket kræver kompetent og erfarent personale, da alle observationer ligger hos den enkelte sygeplejerske.

AAT-sygeplejerskerne fremhæver flere fordele ved AAT, hvor den tydeligste er hjemmebehandlingsdelen, som giver AAT-sygeplejerskerne et bedre helhedsindtryk af patientens situation, hvilket en af sygeplejerskerne beskriver således: *Du får et meget mere ærligt billede af patienten og de problematikker, der er, når du sidder ude i brændpunktet.* Medarbejdernes mulighed for at observere patienten i eget hjem gør, at de i højere grad kan tilbyde kvalificeret og relevant støtte i forhold til konkrete problemstillinger.

I modsætning til indlæggelsesbehandling, hvor patienter fastholdes i en bestemt rolle, er AAT-behandlingen fra medarbejdernes perspektiv mere på patientens præmisser, samtidig med at magtforholdet er mere ligeværdigt end ved indlæggelsesbehandling. Kombineret med det holistiske perspektiv på patienten er der mindre tendens til funktionsnedsættelse og ansvarsfralæggelse, hvilket er kendetegnende for indlæggelsesbehandling og hæmmende for borgerens recovery. Medarbejderne oplever, at AAT-patienter er tilbøjelige til at udfordre sig selv mere, fordi AAT er der til at støtte op og kan kontaktes, såfremt der opleves sygdomsforværring. AAT afhjælper desuden overbelægningen i PAM og nedbringer indlæggelsestiden på stamafdelingerne.

Til trods for at AAT-medarbejderne fremhæver mange fordele ved behandlingsformen, nævnes også en række faktorer som opleves hæmmende for et optimalt behandlingstilbud.

Der opleves diskrepans mellem ledelsens forventning om en patientkapacitet på 25 patienter per AAT-sygeplejerske og AAT-sygeplejerskerne argument om, at 12-15 patienter er maksimumgrænsen, hvis AAT skal tilbyde hurtig respons og samtidig have tid til at deltage i udskrivnings- og skadessamtaler. For at sikre tid til akutte sygdomsforværringer vurderes det, at 2-3 hjemmebesøg dagligt pr. sygeplejerske er realistisk. Medarbejderne mener i forlængelse heraf, at der anvendes uhensigtsmæssigt meget tid med dokumentering, hvilket tager tid fra patientkontakt.

Koordineringen af hjemmebesøgene er foruden travlhed i teamet kompliceret af, at teamet kun har én bil til rådighed, hvilket medarbejderne fremhæver som en væsentlig hæmsko for at sikre kvalitet for patienterne.

Til trods for at der i udformningen af AAT-projektet er lagt op til, at den primære kontakt med patienten skulle foregå ved hjemmebesøg, er der jf. AAT-medarbejderne et ledelsesmæssigt pres generelt i regionen om at gennemføre ambulante samtaler på hospitalet. Prioriteringen af ambulante samtaler mener medarbejderne, er begrundet i muligheden for økonomisk besparelse. Ved ambulante samtaler opnås dog ikke den holistiske og ligeværdige behandlingsintervention, som er karakteristisk for hjemmebehandlingen, ligesom mange patienter melder afbud eller udebliver fra de ambulante tider.

For at sikre kontinuitet i overgangen fra AAT til anden opfølgende behandling har AAT Sjælland forlænget behandlingsperioden fra fire til maksimalt seks uger, til trods for at to af medarbejderne fandt den oprindelige behandlingsperiode passende. Det påpeges, at det er en ulempe, hvis patienterne knytter for stærke bånd til AAT-personalet, da AAT-forløbene er intensive og patienten oftest afsluttes til yderligere udredning eller opfølgende behandling. Medarbejderne udtrykker bekymring for at nogle patienter 'nurses' for meget, hvilket kan tolkes som om behandlingsinterventionen i visse tilfælde er mere indgribende end nødvendigt og ikke er i et alternativ til indlæggelse.

Medarbejderne er af den opfattelse, at de lægefaglige ressourcer ind i AAT er væsentlig færre end de 10 timer ugentlig, som er beskrevet i projektbeskrivelsen. Dette fører til en opfattelse af kaotisk og stærkt tidsbegrænset sparring med psykiateren, som har behandlingsansvaret for AAT-patienterne. En sygeplejerskerne udtaler: *Jeg synes ikke rigtigt vi får den tid, vi burde få for at kunne løfte os og kunne hjælpe os.*

Slutteligt nævnes en udfordring i henhold til sikkerhed for medarbejderne. To medarbejdere har oplevet truende adfærd med en kniv fra henholdsvis en patient og en pårørende, som har ført til skadesanmeldelser. Begge anser det som en falsk tryghed, at der er installeret nødkald i arbejdstelefonen samt at de skal meddele PAM's lægesekretær, når de påbegynder et hjemmebesøg, da hjælpen er længe undervejs, hvis der opstår voldlige situationer. Ligeledes angives det som problematisk, at den indledende voldsrisikovurdering ofte laves uden at AAT-personalet har mødt patienten.

6.3.3 Ledelsesperspektiv

Afdelingssygeplejersken er interviewet med henblik på at afdække AAT fra et ledelsesperspektiv i Region Sjælland.

AAT Sjælland er igangsat relativt sent i forhold til øvrige projekter, idet teamets virke først for alvor er i gangsat januar 2016. Afdelingssygeplejersken oplevede, at der var opstartsvanskeligheder forbundet med

at være tro mod projektbeskrivelsen. Hun understreger dog, at de efter 3-4 måneder blev skarpe på behandlingsindholdet og målgruppen. I starten blev der kun visiteret patienter til AAT gennem PAM, men nu modtager AAT ligeledes patienter fra sengeafdelingerne.

Afdelingssygeplejersken identificerer to udfordringer for AAT'ets virke. For det første er der en udfordring relateret til de lægefaglige ressourcer. Da det ikke har været muligt at rekruttere nye lægefaglige ressourcer, har AAT Sjælland været nødsaget til at finde ressourcerne internt i organisationen. Det betyder, at den læge som er tilknyttet AAT 10 timer om ugen, ikke er blevet frataget andre arbejdsopgaver, men i stedet blot pålagt mere arbejde. Dette resulterer i, at lægen har svært ved at afsætte den tid, som er beskrevet i projektbeskrivelsen. I relation hertil er det en udfordring, at der ikke altid er en læge tilgængelig, når AAT-medarbejderne har behov for det. Afdelingssygeplejersken udtrykker endnu en udfordring i forhold til AAT'ets mulighed for at foretage hjemmebehandling. AAT'et har blot en bil til rådighed, og grundet de store geografiske afstande, er det ikke altid muligt at foretage behandling i patientens hjem. Der er således et stort udviklingspotentiale forbundet med, at AAT-medarbejderne i højere grad kommer hjem til borgeren og heraf får det helhedsindtryk af borgeren, som der er forbundet med hjemmebehandling i hjemmet. Desuden påpeger hun, at den tværsektorielle koordinering med privatpraktiserende læger er udfordret af, at der ikke er en praksiskoordinator tilknyttet projektet.

Selvom afdelingssygeplejersken angiver udviklingspotentialer forbundet med AAT'et, er der ligeledes punkter, hvor AAT'et oplever succeser. For det første tilkendegives det, at patienterne giver rigtig positive tilbagemeldinger, og patienttilfredsheden opleves som AAT'ets største succes. En stor del af patienttilfredsheden vurderer afdelingssygeplejersken skyldes, at AAT-medarbejderne er yderst kompetente. Derudover har AAT'et relativt hurtigt fået opbygget et godt image, hvilket kan ses ved at sengeafdelingerne udskriver patienter tidligere til AAT-behandling. Det er derfor også afdelingssygeplejerskens overbevisning, at AAT-behandlingen fungerer som alternativ til indlæggelse. Der er ifølge afdelingssygeplejersken et endnu større potentiale i at sikre hurtigere udskrivning fra sengeafdelingerne med henvisning til AAT-behandling.

Afdelingssygeplejersken mener på baggrund af ovenstående, at AAT'et er godt på vej, og er nået langt i processen taget deres relativt korte virke i betragtning. AAT'ets største succes er ifølge afdelingssygeplejersken patienttilfredsheden, mens der ses det største udviklingspotentiale i relation til i højere grad at foretage behandlingen i borgerens hjem og herved få et bedre helhedsindtryk af borgerne.

6.4 PATIENTPERSPEKTIV

I det følgende gennemgås patientperspektivet på AAT-behandling ved Psykiatrien Syd, Vordingborg i Region Sjælland. Gennemgangen er primært baseret på kvalitative interviews med tre patienter. Den spørgeskemabaserede undersøgelse af patientperspektivet er af rapporteret i kapitel 10. De kvalitative patientinterviews har en relativ åben spørgeramme, hvilket har givet patienterne mulighed for med egne ord at formulere, hvad de synes, der har været godt, mindre godt og hvad de synes, der kan laves om ved AAT-behandlingen. To medarbejdere fra DEFACTUM forestod interviews, som er optaget, transskriberet og efterfølgende kodet tematisk i følgende kategorier:

- Patientbaggrund
- AAT-behandling
 - Modtagelse og visitation til AAT
 - Relationsopbygning herunder tilgængelighed til behandling og kontinuitet i behandling

- Behandlingsindhold herunder medicinsk behandling, sygepleje, psykoedukation mv.
- Afslutning af behandling
- Sygeliggørelse og selvopfattelse
- Oplevelse af magtforhold
- Tværsektoriel koordination
- Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT

6.4.1 Patientbaggrund

De tre patienter var dels en kvinde i slutningen af 30'erne med en stressrelateret depression, en kvinde i midten af 40'erne med et turbulent forhold til sin eksmand og netop udskrevet fra psykiatrisk afdeling, og dels en mand ligeledes i midten af 40'erne med depression og PTSD, som var i afvænningsforløb for alkoholmisbrug. Med henblik på at gøre fremstillingen af AAT-patientperspektivet læsevenligt og bibeholde anonymiteten har vi tildelt respondenterne andre navne. Den yngste af kvinderne benævnes Sanne, den ældste Ellen og den mandlige patient benævnes Martin.

Interviewet med Ellen omhandler primært hendes personlige livshistorie og det turbulente forhold til eksmanden, strid om bodeling og forældremyndigheden over deres tre fælles børn mv. Derfor indgår der færre pointer fra Ellen i relation til AAT-behandlingen i nærværende undersøgelse af patientperspektivet end de øvrige to patienter. Ellen var indlagt på psykiatrisk afdeling forud for sin tilknytning til AAT, og har kun modtaget AAT-behandling ambulantly i AAT's egne lokaler.

Sanne stammer fra en dysfunktionel familie med misbrug mv. Hun betegner sig selv som ressourcestærk. Hun er gift, mor til to drenge på 11 og 19 år og er i fleksjob. Hun har været i medicinsk behandling for depression de seneste 8 år, og har desuden et individuelt forløb ved en organisation for pårørende til misbrugere. Sanne har erfaring med indlæggelse, da hun for 15 år siden var indlagt på psykiatrisk afdeling.

Martin sygemeldte sig fra sit arbejde 4-5 måneder før sin kontakt til AAT, og har i perioden forud for AAT-forløbet været fulgt af privatpraktiserende læge for depression og PTSD, mens han har været i alkoholafvænningsforløb og ventet på at blive tilset af en privatpraktiserende psykiater. Da han oplevede en forværring i sin psykiske tilstand, fik familiemedlemmer ham til at henvende sig til PAM. Forud for dette forløb har Martin ikke haft nogen erfaring med det psykiatriske behandlingssystem.

6.4.2 AAT-behandling

Beskrivelsen af AAT-behandlingen er tematiseret og fremstilles i forhold til kronologien i et behandlingsforløb begyndende med modtagelse, relationsopbygning i forhold til kontinuitet i behandlingen og oplevelse af tilgængelighed, oplevelsen af behandling og afslutningen af behandlingen.

6.4.2.1 Modtagelse

Sanne og Martin er modtaget gennem den psykiatriske akutmodtagelse (PAM). I Martins tilfælde er det familien, der ringede og transporterede ham til PAM, da alternativet var at tilkalde politiet.

Sanne tog på eget initiativ kontakt til PAM, da hun gennem en længere periode havde oplevet forværring af depressionen. Forud for kontakten til PAM havde hun henvendt sig til sin privatpraktiserende læge, som dog først tilbød at se hende halvanden måned efter, hun henvendte sig. Grundet sin erfaring med depression var Sanne bevidst om, at hun måtte have hjælp af fagprofessionelle for at undgå en invaliderende sygdomsforværring, hvorfor hun henvendte sig til PAM:

Nej jeg havde ikke hørt om det ambulante [akutteam] Men jeg tænkte, at jeg blev simpelthen nødt til at vende det her med nogen, som er vant til at arbejde med psyken, altså. Så jeg ikke... Fordi jeg vidste, at hvis jeg ikke reagerede, så ved jeg jo, at... Fordi jeg har været helt nede i kul-kælderen, jeg har været helt nede, hvor jeg ikke kunne tåle at høre andre mennesker eller være i rum med andre mennesker, så der havde jeg ikke lige tænkt mig at skulle hen igen.

I begge tilfælde vurderede lægen i PAM, at det var forsvarligt at sende patienten hjem med tilbud om AAT-behandling. Både Martin og Sanne var tilfredse med tilbuddet om, at en sygeplejerske fra AAT besøgte dem hjemme. Martin beskriver sine overvejelser således:

Og så spørger de så, om jeg vil herop igen eller jeg vil have en sygeplejerske på besøg, og det ville jeg så helst, fordi det er lidt nemmere, når det er hjemme i ens stue, tænker jeg. Tænkte jeg. Og det var det også, det var 10 gange bedre end at have siddet på et kontor.

Sanne har ligesom Martin en positiv erfaring med AAT-behandlingen, og beskriver desuden, at hun fik den nødvendige information om det ambulante akutteam under visitationssamtalen.

Martin mødte sin behandler i forbindelse med samtalen i PAM, hvilket skabte en større tryghed i forhold til det første hjemmebesøg. Sanne modtog en opringning fra sin behandler dagen efter kontakten til PAM, hvorefter der gik én uge før det første hjemmebesøg.

Ellen visiteres til AAT i forbindelse med udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling, og modtog derefter AAT-behandling i AAT's lokaler.

6.4.2.2 Relationsopbygning herunder kontinuitet og tilgængelighed i AAT-behandlingen

I det følgende gennemgås relationsopbygningen i forhold til patienternes opfattelse af tilgængelighed og kontinuitet. Afsnittet afsluttes med en vurdering af relationsopbygningen i behandlingen.

Både Sanne og Martin beskriver, at der er gode muligheder for at komme i direkte telefonisk kontakt med deres AAT-behandler telefonisk. Martin udtaler her: *Og jeg fik også hendes nummer, så jeg kunne bare ringe, når jeg ville, hvis der var et eller andet [...] Og hun må også gerne ringe, hvis der er et eller andet.* Martin har ikke fundet det nødvendigt at ringe til behandleren, men at muligheden er der, giver ham en god fornemmelse, fordi han respekterer behandleren, som har hjulpet ham meget.

I henhold til den tid, der afsættes til de enkelte hjemmebesøg, udtaler Sanne:

For mit vedkommende har det været sådan lidt, at jeg måske godt kunne have brugt lidt mere end den der halve eller trekvarters tid, men det er også fordi jeg er meget rodet i hovedet, så inden jeg når hen til det, det egentlig handler om, så skal jeg lige forbi alle mine ydre påvirkninger først.

Sanne efterspørger, at der var sat længere tid af til de enkelte hjemmebesøg, samt at forløbet kunne have været et par uger længere, da der også går noget tid med at etablere en relation mellem patient og behandler. Sanne er dog ikke entydig i sin vurdering af behandlingsforløbets varighed:

Altså jeg, lige i dag har jeg faktisk lidt en off dag, så i dag ville jeg jo sige ej, men jeg kunne godt have brugt noget mere. Men så husker jeg jo så på Louises ord om, at jeg er ressourcestærk, og jeg bruger de redskaber, jeg har. Og så har jeg jo stadigvæk min livline ned til SFA [påførende-gruppe], så jeg kan få hjælp der, og få vendt nogle ting der. Hvis jeg ikke havde dem, så skulle jeg nok have haft brugt noget mere

AAT-behandleren har jf. citatet fremhævet Sannes ressourcer og livlinjer, som kan støtte hende i tiden efter AAT-forløbets afslutning. I modsætning til Sanne mener Martin mere entydigt, at længden af hjemmebesøg og AAT-forløb var passende: *Jamen en halv times tid, til en time. Jeg tror første gang var det bare en halv time, fordi der... Jeg magtede ikke mere, en halv time, og en pause hvor jeg skulle ud at ryge. Men ellers så var det godt.*

Ligesom Sanne har Martin mødtes med behandleren en gang om ugen i fire uger, og som det fremgår af følgende citat, var det Martin selv der afsluttede forløbet:

Vi aftalte, at hun skulle komme mere, så det var noget jeg selv bestemte. Så en gang om ugen, det synes jeg var okay [...] Jamen hun har der vel i fire uger i træk, og så havde hun 14 dages ferie, og så ringede hun så til mig, for at høre om alt var okay. Eller om hun skulle komme igen, ej det var okay for jeg skulle have fat i en psykolog jo.

Der er således delte meninger om, hvorvidt der er afsat tilstrækkelig tid til hjemmebesøg, men både Martin og Sanne indikerer, at behandlingsperioden på fire uger har været passende.

I det følgende gennemgås behandlerkontakten til AAT-teamet med henblik på at belyse relationsopbygningen.

Martin og Sanne har hver haft én behandler, som har fulgt dem i AAT-forløbet. Ellen omtaler ikke behandlerrelationen. Sanne fremhæver fordelene ved at have den samme behandler ved hvert hjemmebesøg, da man undgår at skulle forklare sin historie forfra hver gang. Set i relation til Sannes bemærkning om udfordringen ved den begrænsede tid ved hjemmebesøgene, er denne kontinuitet i patient-behandlerrelationen nødvendig. Martin påpeger følgende om kontinuiteten: *Det har været perfekt. Det har også gjort, jeg har ikke haft problemer med at fortælle andre folk, hvad der er sket, når der kommer en sygeplejerske ind og taler med mig en gang imellem.* At det har været den samme behandler, har ifølge Martin gjort ham mere åben i forhold til at fortælle sin omfangskreds om AAT-behandlingen. Martin beskriver desuden, at hans beholders rolige fremtoning har gjort ham meget tryk ved hjemmebehandlingen. Han oplevede hurtigt, at behandleren havde tunet sig ind på hans problemstillinger: *Hun kunne hurtigt kigge igennem mig i hvert fald.*

6.4.2.3 Behandlingsindhold

AAT-behandling er defineret ved at være en akut og kortvarig indsats, der fremstår som et alternativ til indlæggelse. Udover medicinsk behandling indbefatter behandlingen en risikovurdering, psykoedukation med henblik på sygdomsforståelse, støttende og udviklende samtaler, sygepleje og øvrige initiativer, der understøtter udvikling i patientens mestringsevne (jf. litteraturstudie).

Ellen ønsker ikke at tage medicin, da hun ser det som en trussel mod, at hun kan beholde forældremyndigheden over sine børn. Sanne har været i behandling med antidepressiv medicin de seneste 8 år, og blev ikke medicinjusteret i forbindelse med AAT-forløbet. Det fremgår imidlertid af følgende citat fra Sanne, at hendes medicinering har været drøftet i AAT-forløbet:

Så i og med at kende min historie og ved også, at jeg er i behandling, og se mig agere egentlig, så har jeg min fulde tillid til, at Louise siger, at jeg skal nok klare det her, og heller ikke med mere medicin eller mindre medicin.

Ved konsultationen med lægen i PAM fik Martin ordineret en anden medicin end den hans privatpraktiserende læge havde ordineret, og der har efterfølgende ikke været justering af dosisen. Martin havde i en længere periode haft søvnbesvær, hvilket behandleren via koordinering med en læge i PAM fik ordineret medicin for at afhjælpe:

[Behandleren] Spurgte lægen heroppe, og så kan jeg huske, at så kom hun en aften forbi med medicinen til mig, så jeg havde til weekenden over. Det kan man ikke få bedre jo, det har været rigtig godt. Det har været en god oplevelse.

Foruden hjælp til medicinering og den positive oplevelse med medicinudlevering, gav behandleren Martin en betydningsfuld indsigt i hans psykiske symptomer:

Ja, altså hun prøvede at gøre alt, hvad hun kunne for at hjælpe mig, og også med medicin. Hun fik mig til at forstå, hvad der egentlig kørte rundt i knoppen på mig. Det var der ligesom ikke nogen andre, når man ikke har prøvet det før, så ved man jo ikke, hvad det er, altså. Eller hvorfor.

Psykoedukationen og samtalerne med behandleren har bidraget til eftertænksomhed. Martin udtrykker det således: *Også fordi jeg lyttede på hvad hun sagde, og tænkte over egentlig hvad hun sagde, så jeg fandt ud af, hvordan jeg egentlig havde det.* Ifølge Martin har behandlingen ikke givet ham deciderede værktøjer:

Ikke andet end bare at hun kunne fortælle mig nogle ting, som jeg kunne tænke over [...] Ligesom jeg kan forestille mig en psykolog formentlig gør, eller en psykiater. Så jeg ved, hvordan jeg kommer videre. For det er jo, ligesom man er i et hul, man ikke kan komme op af. Men der gav hun mig nogle ting, som gjorde, at jeg fik det meget bedre. Meget bedre. Også bare det der med, at hun fandt ud af det med min søvn. At jeg fik nogle piller mod det, det var jo helt vildt.

Behandlingen har ført til markant bedring i Martins sindstilstand. Behandleren har motiveret Martin til at bevæge sig uden for hjemmet og et af de mere konkrete råd har været, at han skulle forsøge at få meget mere søvn:

Når jeg har mulighed for det, så tager jeg en eftermiddagslur. Også fordi Henriette siger til mig, at der er den bedste medicin, det er at sove. Sov alt det du kan, sov. På den måde så heler du dig hurtigere selv ved bare at sove. Så det har jeg prøvet på, alt det jeg kunne.

Formålet med AAT-forløbet har ifølge Sanne været en afklaring af behovet for yderligere psykiatrisk udredning og eventuel visitering til distriktspsykiatrien.

Her har hun jo egentlig skulle vurdere mig, om jeg skulle i distriktspsykiatrien, eller om jeg havde en psykisk diagnose, og skulle ses mere på, eller noget i den stil [...] Alle de her samtaler har været fine, selvfølgelig skal der læger og alt sådan noget ind over, det kan jo ikke [uf] fordi de har andre opgaver

I henhold til behandlingsindholdet beskriver Sanne ikke yderligere end, at hun har haft samtaler med sin behandler.

Det at være hjemme er et centralt omdrejningspunkt for Martin og Sanne, som beskriver, at det giver en øget grad af tryghed. Sanne synes, det har været dejligt, at behandlingen har foregået i hjemmet, da hun finder det stressende at skulle til samtale i Vordingborg en time fra hendes bopæl. Derudover kan behandleren: *danne et billede [af] hvor ligger ressourcerne herhjemme, jf. følgende citat:*

For dels vil jeg stresse i at skulle ud af døren og planlægge det. Det andet er, at jeg kan være i mine vante omgivelser, og hun kan måske faktisk også se på mit hjem egentlig hvor, altså... Nu er det ikke det værste, men der er bunker, der er tøjbunker, der er papirbunker, man kan sagtens se, hvor jeg hører til, hvilken stol jeg sidder på derhjemme, fordi der ligger en stor bunke papir. Man kan også, går man op i soveværelset, så kan man se hvilken side jeg sover i eller hvis bunke tøj det er, og går man ned i vaskekælderen, som er mit domæne, jamen så ligger der også bunker der. [...] Det kan hun jo hurtigt se, at overskuddet er minimalt i hvert fald.

Martin fremhæver ligeledes den øgede tryghed, som er befordrende for en mere åben samtale: *Jeg tror bare, at man åbner sig lidt mere, når det er hjemme. Det andet er sådan lidt halvkoldt, og sådan lidt... Man er lidt mere tryk. At der kommer en fremmed i hjemmet forpligter ligeledes, at man i det mindste byder på kaffe:*

Også fordi jeg selvfølgelig, jeg havde jo heller ikke ligget på sofaen hvis jeg skulle herop, vel. Men alligevel så skal man op at lave et eller andet, når der kommer en fremmed. Et eller andet skulle man jo. I hvert fald lave kaffe.

Hjemmebesøget motiverer Martin til at forberede til besøget, hvilket styrker hans aktivitetsniveau.

Martins kone har deltaget i alle AAT-samtaler, hvor hun støttet ham og hjulpet med at huske, hvad der blev talt om. Dette har været nyttigt, da depressionen hæmmer Martins hukommelse.

Sanne har modsat ikke inddraget sin mand i AAT-forløbet. Dette har været et bevidst valg, da formålet var at finde ud af, hvor hun var henne i sit liv, og om der skulle nogle diagnoser til, eller om der ikke skulle nogen diagnoser til. Hvis det viser sig, at Sanne skal diagnosticeres yderligere, er det hendes ambition at inddrage manden i det videre forløb.

Ellen er ikke blevet tilbudt hjemmebesøg, og er noget overrasket over, at det kunne være en mulighed, da interviewereren bringer det op. Hun synes, at det ville have været grænseoverskridende første gang, men ellers ville hun have været meget interesseret i, at behandleren var kommet hjem til hende.

6.4.2.4 Afslutning af behandling

Et tredje element i forhold til tilgængelighed er oplevelser i forbindelse med afslutningen af AAT-forløbet. Sanne oplever som beskrevet, at forløbet kunne have været længere, men er samtidig bevidst om sine egne ressourcer. Martin valgte selv at afslutte forløbet, og finder tryghed i, at han kan ringe til AAT, hvis det bliver nødvendigt.

Ellen har på interviewtidspunktet haft to samtaler i AAT's lokaler men ingen hjemmebesøg. Hun er afsluttet, men står imidlertid overfor en række udfordringer i forhold til kommunen, som ikke er blevet adresseret i forbindelse med AAT-behandlingen (jf. afsnittet Tværsektoriel koordinatión).

6.4.3 Sygeliggørelse og selvopfattelse

Sanne beskriver, hvordan hendes behandler har været opmærksom på ikke unødigt at tilføje yderligere diagnoser til hendes allerede lange liste:

Hun har gjort det meget klart over for mig at, at det var vigtigt, at vi ikke opfandt en sygdom, som ikke var der, altså. Fordi jeg ikke... Altså ét er, at jeg er jo i behandling for depression, at jeg så lige har en downperiode lige nu, så er det jo ikke ens betydning med, at jeg skal diagnosticeres

yderligere, når hun.. Jeg stoler på, at hun sagtens kan se det, og det har jeg det fint med, ikke at skulle have yderligere diagnoser. Jeg har masser af diagnoser.

Hermed mindskes den sygeliggørelse som ofte er associeret til psykiatrisk behandling, og relateret til psykiatriske diagnoser.

Som beskrevet tidligere har Martin over for sin omgangskreds været åben omkring sit AAT-forløb. I sammenligning med sin alkoholafvænning har åbenheden om AAT været lettere: *Ja det var svært jo, at fortælle, at man har haft et alkoholmisbrug og gik til afvænning. Men det var svært, men det her oppe har så ikke været noget problem at fortælle.* Han har således hverken oplevet det som pinligt, skamfuldt eller lignende, at være tilknyttet teamet.

6.4.4 Magtforhold

I litteraturen omkring AAT-behandling beskrives, at behandlingsformen i et patientperspektiv er associeret med oplevelser af øget tryk, kontrol over eget liv mv. Dette fremhæves som en af de centrale behandlingsmæssige fordele ved AAT-behandling, idet dette initierer til mere effektiv behandling. Dette evidensbaserede argument står i kontrast til en almindelig forestilling om, at AAT-behandling er intimiderende og disciplinerende, fordi behandlingen foregår hjemme hos patienten og involverer gennemsyn af patientens hverdagsliv, inddrager patientens pårørende mv. Men spørgsmålet er, hvordan oplever AAT-brugerne det?

Sanne fremhæver ligesom Martin de positive aspekter ved, at behandlingen foregår i hjemmet, herunder den øgede tryk og mindskede stress. Ingen af dem indikerer, at det har været grænseoverskridende, at AAT-behandlerne kom i hjemmet. Ved den visiterende samtale blev Sanne tilbudt at modtage ambulante behandling, men takkede ja til hjemmebehandlingen, hvorved AAT må betragtes som et tilvalg.

I relation til magtbalancen udtaler Sanne, at hun har stor tillid til sin behandler. Martin beskriver, at han nærer respekt for sin behandler, begrundet i den store hjælp hun har givet ham gennem forløbet

Ellen er overordnet godt tilfreds med sit forløb ved AAT. Det skyldes primært, at hun har følt sig "mødt af en voksen", som har set hende, som hun er. Denne oplevelse står i kontrast til Ellens øvrige erfaring med det psykiatriske system, hvor hun netop ved flere tilfælde ikke har følt sig mødt i øjenhøjde med respekt for sin situation.

6.4.5 Tværsektoriel koordination

I og med at AAT-behandlingen primært foregår i borgerens hjem, fremstår behovet for koordinering med øvrige sektorer, såsom praktiserende læge, kommunale instanser, herunder socialrådgiver, familierådgivning, jobcenteret mv. centralt. Endvidere er der et koordinationsbehov til PAM i forhold til visitationen til AAT-behandling.

AAT-brugerne beskriver i mindre grad koordination mellem instanser. Udover Sannes efterspørgsel om mere tid til hjemmebehandlinger, beskriver hverken Sanne eller Martin, at de mangler en opfølgning på deres forløb.

For Martin, som selv afsluttede sit AAT-forløb, er næste skridt i behandlingen af hans depression, at han skal tilknyttes en psykolog. Da han i forbindelse med depressionen er røget ud af arbejdsmarkedet, og på nuværende tidspunkt modtager kontakthjælp, er selvbetalte psykologsamtaler dog ikke en mulighed. Martin er endnu ikke tilknyttet en privatpraktiserende psykiater, men hans privatpraktiserende læge vil følge op

på hans medicinske behandling. Martin er af egen læge blevet henvist til en privatpraktiserende psykiater, men foreløbig har der været 3,5 måneds ventetid til konsultationen.

I dialogen med sin AAT-behandler er Sanne blevet overbevidst om, at hun kan klare sig fremadrettet med støtte fra den pårørende gruppe, hvor hun har et individuelt forløb. Hun udtrykker dog usikkerhed i forhold til, hvorvidt dette tilbud vil eksistere på den lange bane grundet økonomiske nedskæringer.

Ellen efterspørger at blive støttet i sin dialog med kommunen, og til at få den rigtige hjælp ved kommunen. Hendes AAT-behandler har hjulpet i forhold til en oversigt over, hvad der er af muligheder, men det er optil Ellen selv at opsøge og efterspørge hjælpen, hvilket hun ikke får gjort. Hun står eksempelvis overfor et møde med kommunen, fordi der er lavet indberetninger på hendes børn, og udtaler, at hun godt kunne bruge støtte i den proces. Hun tænker, at det vil hjælpe hende til at kunne magte sit eget liv og håndtere børnene, som hun er meget bekymret for lider overlast.

6.4.6 Optimeringsmuligheder og positive elementer ved AAT

Dette afsnit er dels fremstilling af specifikke forhold, som AAT-brugerne og deres pårørende fremhæver som optimeringsmuligheder eller specielt positive elementer, og dels en opsamling på ovenstående afsnit.

Med Ellens beskrivelse af AAT-forløbet kan det fremhæves en optimeringsmulighed i at udbrede hjemmebesøg, og undgå at behandlingen foregår ambulantly i AAT's lokaler. Det må desuden påpeges, at der er forbedringspotentiale i henhold til den tværsektorielle koordinering, hvor AAT kan hjælpe brugerne i dialogen med eksempelvis kommunen. Sanne efterspørger derudover længerevarende hjemmebesøg med bedre tid til samtale.

De specielt positive elementer, som brugerne af AAT-behandlingen beskriver, er, at behandlingen foregår i hjemmet, hvilket medfører en tryk ramme for behandlingen. Desuden fremhæves det som yderst positivt, at hver patient har en fast tilknyttet behandler med hvem de kan opbygge en relation baseret på tillid og respekt.

6.5 IMPLEMENTERINGSSTATUS

DEFACTUMS vurdering er, at projektet i Region Sjælland efter revidering har udviklet sig i en positiv retning mod en væsentlig bedre overensstemmelse med principperne for AAT-behandling. Efter reorganisering processen bestræber AAT sig på at tage patienter, som ellers ville være indlagt, og på den måde nærmer de sig anbefalingerne for AAT-behandling, som alternativ til indlæggelse. endvidere arbejdes der nu intensivt på at forkorte indlæggelsesperioden gennem tilbud om AAT-behandling.

6.5.1 Udfordringer

AAT-projektets absolut største udfordring har været manglen på biler til hjemmebesøg. Den lave frekvens af hjemmebesøg har som konsekvens, at mulighederne for at AAT opnår bedre indsigt i patienternes hverdagsudfordringer er mindre. Det betyder, at AAT's mulighederne for at tilrettelægge behandlingsindsatser, tilknytte relevant kommunal støtte, evt. etablere kontakt med privat praktiserende læge osv. på baggrund af viden om og indsigt i patientens konkrete udfordringer (og muligheder), ikke udnyttes til fulde.

Der er et udviklingspotentiale i forhold til det tværsektorielle samarbejde, som med fordel kan intensiveres for i højere grad at tage hånd om eventuelle sociale aspekter af patientens sygdomsforværring samt lette overgangen fra AAT til kommunale behandlingstilbud og indsatser.

Det er et opmærksomhedspunkt, at det i statusrapporten tilkendegives, AAT har kapacitet til at modtage flere patienter, samtidig med at det i medarbejderinterviewene tilkendegives, at der er en diskrepans mellem målsætningen om antallet af patienter, og den patientmængde, som medarbejderne mener, er overkommelig.

Det angives, at patienter har mulighed for behandling én gang dagligt, men det forlyder i interviewene, at hjemmebesøgene typisk er én gang ugentlig. Det bør overvejes, om teamet kunne inkludere "tungere" patienter, og hermed opnå en større patientmængde samt undgå flere indlæggelser, hvis teamet også inkluderer patienter, som har behov for flere besøg, end det på nuværende tidspunkt tilbydes.

Det beskrives i statusrapporten, at: *Der er udfordringer med at udfylde projektets behandling af patient i eget hjem grundet stores afstande i den sydlige del af Region Sjælland og teamet råder kun over 1 bil til 4 medarbejdere*" Der bør være en opmærksomhed på, at anbefalingen for AAT er, at behandlingen foregår i eget hjem med de iboende fordele for behandlingen, som dette medfører. Det ses som en stor udfordring for projektet, at mulighederne for at komme i borgens hjem er begrænset, grundet manglende rådighed over biler, fordi de behandlingsmuligheder der er i hjemmebehandling, herved ikke udnyttes.

Et andet forbedringspotentiale er at styrke de lægefaglige kompetencer ind i teamet, der grundet vanskeligheder med rekrutteringen er en problemstilling. Der bør være en løbende opfølgning på, hvorvidt de lægefaglige ressourcer, som AAT-behandling kræver, er til stede i teamet. Desuden er der et opmærksomhedspunkt i forhold til sikkerhed, hvor det angives, at der i mindre grad er tryghed blandt personalet.

6.5.2 Succeser

De væsentligst succeser ved AAT i Region Sjælland er dels patienttilfredshed og medarbejdertilfredshed.

Patienterne italesætter at have haft meget gavn af AAT-behandlingen, og fremhæver, at den understøttelse og hjælp de får fra AAT-medarbejderne har gjort dem bedre i stand til at mestre de udfordringer, de oplever i deres hverdagsliv. Medarbejderne fremhæver, at deres arbejde er meningsfuldt. Endvidere udmærker teamet sig ved at have en medarbejderstab med meget lang psykiatrisk erfaring, som yder en kvalificeret og kompetent psykiatrisk hjemmebehandling, som patienterne udtrykker det. Yderligere skal det fremhæves, at der har været stærkt medarbejder- og ledelsesengagement i forbindelse med revurderingen af projektet. Revurderingen af projektet har på relativ kort tid resulteret i, at sengeafdelingen er begyndt at sende patienter til behandling i AAT. Dette kan forventes at have effekt på indlæggelsestiden, således at denne afkortes.

7 REGION SYDDANMARK

I det følgende gennemgås Region Syddanmarks satspuljeprojekt for ambulante akutteam (AAT). Det ambulante akutteam i Region Syddanmark, som går under betegnelsen "Den mobile skadestue" (DMS), er forankret i den psykiatriske akutmodtagelse i Kolding. I 2017 blev afsnittet flyttet til det nye psykiatri byggeri i Vejle, Psykiatrisk afdeling Vejle.

Det regionale projekt belyses på baggrund af analyser baseret på forskellige datakilder, herunder interviews, kvantitative data samt dokumentgennemgang (jf. kapitel 3). Evalueringen søger overordnet at besvare om Region Syddanmarks ambulante akutteam psykiatriske behandlingstilbud er implementeret således, at det efterhånden er sammenligneligt med et indlæggelsesforløb.

Afsnittet har følgende opbygning. Først præsenteres implementeringsgrundlaget, efterfulgt af en casebeskrivelse indeholdende informationer om AAT'ets organisering. Herefter præsenteres de sundhedsprofessionelles perspektiv på AAT-tilbuddet. Disse interviewanalyser er inddelt i et ledelse-, psykiater- og medarbejderperspektiv. Dernæst fremlægges interviewanalyser af patientperspektivet. Den projektspecifikke analyse afsluttes med en opsummerede vurdering af projektets væsentligste succeser, udfordringer samt muligheder.

7.1 IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG

Implementeringsgrundlaget gennemgås med henblik på at belyse styrker og svagheder i organisering af AAT for dermed at vurdere den organisatoriske kraft, som organisationen besidder til at løfte opgaven med at tilbyde AAT-behandling.

Den mobile skadestue (DMS) er igangsat den 1. maj 2015, 4 måneder senere end planlagt grundet vanskeligheder med personalerekruttering (SR 2015 8.2). Projektet blev i 2016 justeret i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen og DEFACTUM. Den reviderede projektbeskrivelse er godkendt af Sundhedsstyrelsen den 12. august 2016.

Baggrunden for revidering af projektet var, at der var manglende overensstemmelse mellem behandlingsindsatsen og principperne for AAT. Primært at AAT-behandlingen oprindeligt bestod af ét enkelt hjemmebesøg og dermed ikke et forløb i en akutfase med en varighed fra to til seks uger. Idet indsatsen bestod af ét besøg, var behandlingselementerne for AAT ikke tilstede. Ved justeringen blev projektet udvidet til dels at være et alternativ til indlæggelse, og dels at være et supplement til indlæggelse givet ved en akut og subakut indsats efter indlæggelse. Dermed er AAT-indsatsen søgt bragt i overensstemmelse med AAT-principperne, således at det fulde potentiale for behandlingen kan udløses.

AAT-projektet ved Region Syddanmark har endvidere været præget af ledelsesmæssige udfordringer, da projektet har skiftet og manglet en leder. Lederen får tildelt opgaven som en ekstraopgave efter projektstart. Hun er i udgangspunktet ikke fysisk tilstede i projektet og varetager desuden andre opgaver. Dette har, sammen med den oprindelige arbejdsbeskrivelse, resulteret i flere udfordringer; blandt andet har det været svært at etablere et samarbejde med psykiatrisk akutmodtagelse (PAM) og sengeafdelingerne i forhold til, at AAT-projektet kom til at fremstå som et meningsfuldt alternativ og relevant supplement til indlæggelsesbehandling. I tillæg hertil var der ved implementeringen af AAT-projektet ikke mangel på sengepladser eller ressourcer i PAM. Dette bidrog ligeledes til, at det fra PAM og sengeafsnittets side var svært at se relevansen af AAT-behandlingen.

Overordnet set kan det på den baggrund konkluderes, at implementeringsgrundlaget for AAT i Region Syddanmark var mangelfuld og den organisatoriske kraft var svækket. På trods af dette har projektet været inde i en konstruktiv udvikling, der bringer AAT-projektet i bedre overensstemmelse med AAT-behandlingsprincipperne. Det vurderes dog, at der fortsat er et uforløst potentiale i projektet i forhold til at opnå det fulde udbytte af AAT.

7.2 BESKRIVELSE AF AAT SYDDANMARK

I det følgende beskrives organiseringen af AAT Syddanmark, herunder formålet med projektet, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Beskrivelsen tager udgangspunkt i projektets reviderende projektbeskrivelse, indsatssteori og statusrapporter.

7.2.1 Formål med AAT ved DMS

Formålet med DMS er todelt. For det første skal DMS være et alternativ til indlæggelse, og for det andet skal det medvirke til, at der kan ske en hurtigere udskrivelse af indlagte patienter (Revideret projektbeskrivelse). Med vision om at øge kvaliteten i akuttjenesten beskrives det, at de overordnede formål med DMS er som følger:

- At sikre en hurtigere udskrivelse efter indlæggelse
- At styrke den psykiatriske behandlingsindsats i udskrivningsperioden
- At styrke patientens recovery og rehabilitering
- At sikre en tryk overgang fra indlæggelse til tilbagevenden til kommunale omsorgs- og behandlingstilbud
- At være et alternativ til indlæggelse
- At skabe større tilfredshed og tryghed for patienter og pårørende

7.2.2 Målgruppen

Målgruppen for DMS er voksne over 20 år bosat i Vejle, Kolding eller Fredericia kommune. Herunder er målgruppen patienter, der har været indlagt på et af døgnafsnittene i Psykiatrisk Afdeling Kolding-Vejle, og som efter udskrivelse har behov for opfølgning i en ambulant udslusningsperiode på op til max fire uger. Derudover er målgruppen patienter i akut psykiatrisk krise, som ikke er i stand til at henvende sig på den psykiatriske skadestue og som ville kræve behandling under indlæggelse uden tilbud om en mobil skadestue. En del patienter skønnes *ikke* at være egnede til at modtage behandling ved AAT, hvilket omfatter patienter med i forvejen vurderet akut øget selvmordsrisiko, domsfældelse eller patienter der udgør en alvorlig fare for patienten selv eller andre. Desuden inkluderes ikke patienter, hvor det skønnes, at behandlingen vil involvere tvang.

Af AAT Syddanmarks statusrapport fremgår det, at patienter med følgende diagnoser og symptomer indgår i teamet: depression, bipolare lidelser, psykoser, personlighedsforstyrrelser, udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, stress, samt patienter med belastningsreaktioner, angst og tvangstanker. Teamet har patienter, tidligere indlagt på tvang, af teamet ukendte patienter og patienter der forud for AAT-behandlingen har været indlagt på psykiatrisk sengeafsnit. Retspsykiatriske patienter indgår ikke i målgruppen.

7.2.3 Patientmængde

DMS har i perioden 1. maj 2015 til 1. september 2015 haft 133 patienter. Fra den 1. september 2015 til 31. august 2016 har DMS haft 294 unikke patientforløb. I statusrapporten er det angivet, at teamet har kapacitet til at modtage flere patienter. Dette er der arbejdet på i 2017, således at kapaciteten i AAT bedre udnyttes.

7.2.4 Personale

DMS har følgende personalesammensætning:

- 3 psykiatriske sygeplejersker (ikke fuldtidsstillinger)
- 2 psykologer
- 1 social og sundhedsassistent (32 timer ugentligt)
- 1 lægesekretær (9 timer ugentlig)

Derudover benytter DMS de læger, der i forvejen er tilknyttet afdelingens akutmodtagelse og sengeafsnit (Statusrapport 2016 4.3). Det vurderes i statusrapporten, at personaleprofilen i høj grad stemmer overens med teamets arbejdsopgaver.

7.2.5 Økonomi

Projektets bevilling fra satspuljen er 5.600.000 kr. fra 2015-2017. Der er en regional egenfinansiering på 1.859.000 fordelt fra 2015-2017.

På grund af den forsinkede opstart havde projektet i 2015 et mindre forbrug på lønninger. Midlerne er anvendt til at ansætte mere personale således, at teamet i resten af projektperioden består af i alt 6 hjemmebehandlere.

7.2.6 Tilgængelighed

Tilgængeligheden i AAT er hverdage og weekend i tidsrummet kl. 14-22. Uden for åbningstiden kan den døgntåle psykiatriske akutmodtagelse i Kolding kontaktes (Revideret projektbeskrivelse).

7.2.7 Visitation

Henvisning til DMS sker via praktiserende læge, lægevagten, psykiatrisk skadestue eller gennem en læge på afdelingens døgnafsnit. Henvisningen kan ske skriftlig eller telefonisk (Revideret projektbeskrivelse). Visiteringen foretages af visitatorer i akutmodtagelsen, ansatte i sengeafdelingen eller forvagten, eller overlæge i Psykiatrisk Akut Modtagelse (Statusrapport 2016 6.4) Visiterende sygeplejerske og læge visiterer til AAT ud fra en patientsamtale, og sammenholder de indsamlede data om patienten med målgruppen for DMS. Herudfra vurderes det, om den pågældende patient kan profitere af et AAT-forløb (Statusrapport 2015 1.2). Typisk går der 6-8 timer fra visitation til første behandling/hjemmebesøg (Statusrapport 2016 2.7)

Der arbejdes på en bedre screening af patienter, hvor formålet med AAT-behandlingen beskrives bedre.

7.2.8 Behandlingsindsatsen

Behandlingsindsatsen er forskellig afhængig af, om der er tale om patienter, som efter indlæggelse udskrives til AAT eller om der er tale om patienter, som oplever en akut alvorlig psykiatrisk krise. Fælles gælder det dog, at patienter ved DMS har mulighed for behandling en gang dagligt i et forløb der maksimalt kan vare fire uger. Der går normalvis 6-8 timer fra patienten bliver visiteret til DMS til første hjemmebehandling. Normalvis går der mindre end 12 timer fra visitation til, der er lagt en plan for patientens behandling.

For patienter, som efter indlæggelse udskrives til AAT, aftales det første besøg med patienten inden udskrivelse. AAT-behandlingen følger den allerede planlagte behandling i behandlingsplanen. Behandlingen vil typisk bestå i at vurdere medicinsk virkning, genetablering i eget miljø, motivation til p.n.-medicin og samtale med edukativt sigte, så genindlæggelse forebygges. Det vil også løbende blive vurderet, om der er et behov for genindlæggelse i det psykiatriske sengeafsnit, om patienten kan afsluttes til behandling hos egen praktiserende læge eller i ambulant behandlingsforløb i lokalpsykiatrien. Der er undervejs et tæt samarbejde med behandlingsansvarlig læge fra sengeafsnit. Intensiteten i besøg vil være individuelt tilpasset og maksimalt vare 4 uger.

For patienter, som oplever en akut alvorlig psykiatrisk krise, starter et typisk behandlingsforløb med et besøg, hvor behovene afdækkes og der igangsættes relevante tiltag. Tiltagene består i relationsbehandling, hvor patienten og evt. pårørende motiveres til at se nuanceret på problemstillinger og læringsmodeller. Patientens medicinering vurderes kontinuerligt og denne konfereres med overlæge i Psykiatrisk Akutmodtagelse, der er behandlingsansvarlig. Patienten motiveres til at anvende allerede visiterede tilbud i kommunen eller støttes evt. til at tage kontakt til kommunale tilbud. Det bliver også løbende vurderet, om der er et behov for indlæggelse i et psykiatrisk sengeafsnit, om patienten kan afsluttes til behandling hos egen praktiserende læge eller i ambulant behandlingsforløb i lokalpsykiatrien. Intensiteten i besøg vil være individuelt tilpasset og varer maksimalt 4 uger.

7.2.8.1 Behandlingsindhold

Følgende behandlingselementer indgår altid i AAT-behandlingen ved DMS, jf. statusrapporten:

- Psykoedukation
- Samtale
- Symptomvurdering
- Risikovurdering
- Vurdering af somatisk helbred

Derudover indgår følgende behandlingselementer ofte i AAT-behandlingen:

- Medicinering
- Vurdering af funktionsniveau
- Vurdering af sociale omstændigheder
- Hjælp til praktiske problemstillinger
- Støtte til pårørende
- Åben dialog
- Hjælp ved stemmehøring
- Mindfulness
- Kognitiv terapi

Personlig pleje indgår derimod aldrig i AAT-behandlingen.

7.2.8.2 Medicinordinering

For patienter visiteret til DMS efter indlæggelse ordinerer den behandlingsansvarlige læge fra sengeafsnittet medicin. Forvagten i afdelingen ordinerer akut medicin.

Ved udlevering af medicin følges gældende retningslinjer for hvilke personalegrupper, der har kompetencer til lægemiddeldispensering- og administration.

7.2.9 Behandlingskonferencer

DMS har i 2017 iværksat ugentlige konferencer med psykiatrisk speciallæge. Endvidere arbejdes med audit til faglig udvikling, hvor et tværfagligt auditpanel auditerer på en konkret patientcase fra teamet. I auditten indgår en tværfaglig vurdering af, om patienten har fået en faglig korrekt psykiatrisk diagnose og behandling samt om der i øvrigt er igangsat de rette indsatser til rette tid for patienten ud fra en vurdering af patientens tilstand og funktion. Det tværfaglige panel vil som minimum bestå af følgende faggrupper specialsygeplejersker, psykolog og socialrådgiver. Det udekørende team tænkes også som en del af auditpanelet og vil igennem den månedlige audit sikres systematisk tværfagligt supervision, da læringsperspektivet vil være en integreret del af auditeringen.

7.2.10 Tværsektorielt samarbejde

DMS samarbejder med sociale myndigheder og andre samarbejdspartnere, som fx kommunale sociale akutteam og kommunale omsorgs- og behandlingstilbud i Vejle, Fredericia og Kolding Kommuner. Der har været afholdt informationsmøder i kommunerne, hvor DMS har besøgt botilbud og misbrugscentre for at informere om AAT-tilbuddet (Statusrapport 2016 3.4). Afdelingsledelsen orienterer via afdelingens praksiskonsulent privatpraktiserende læger om DMS. Informationstiltagene skal jævnligt gentages for at sikre at de relevante kommunale samarbejdspartnere har kendskab til DMS.

Den mobile skadestue samarbejder med afdelingens ambulante psykiatri, fem sengeafsnit og psykiatrisk akutmodtagelse. Derudover samarbejdes der med somatikken ved Sygehus Lillebælt og det regionale socialpsykiatriske botilbud Syrenparken i Børkop. I opstartsfasen havde DMS i henhold til de regionale samarbejdspartnere fokus på formidlingen til PAM. Efter justeringen af projektbeskrivelsen er der nu igangsat et lignende formidlingsarbejde med afdelingens sengeafsnit i forhold til at opbygge kendskabet til DMS.

Af statusrapporten fremgår det, at DMS oplever udfordringer i forhold til samarbejdet med de øvrige regionale og kommunale aktører. Det fremgår imidlertid ikke af statusrapporten, hvad disse udfordringer består i. Det beskrives dog, at det fungerer godt, når den kommunale bostøtte har mulighed for at være til stede, når DMS er på hjemmebesøg hos borgere.

7.3 DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING

I det følgende gennemgås de sundhedsprofessionelles perspektiv på det AAT-arbejde, de udfører. Sundhedsprofessionelle dækker i denne sammenhæng over psykiater, ledelse og behandlere.

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejderne, kan det overordnet konkluderes, at medarbejderne er tilfredse med arbejdet og at det fremstår relativt meningsfyldt. Der er dog tre opmærksomhedspunkter der bør fremhæves. Først, at medarbejderne oplever manglende kontinuerlig ledelsesinvolvement og dermed forpligtelse på at forankre AAT-tilbuddet i hele organisationen. Dernæst er der i tilknytning hertil få medarbejdere ved DMS, som mener, at ambitionen om medarbejdertilfredshed er opfyldt. Afsluttende er der, sammenlignet med de øvrige AAT-projekter, kun enighed blandt en mindre andel af medarbejderne om, at AAT er den mest effektive behandling i forhold til at gøre patienterne i stand til at kunne håndtere deres udfordringer.

7.3.1 Psykiaterperspektiv

For patienter, der modtager behandling ved DMS, som tidligere har været indlagt på en af afdelingens døgnafsnit, vil den behandlingsansvarlige læge være overlægen på det sengeafsnit, hvor patienten har været indlagt. For de øvrige patienter tilknyttedes en læge fra skadestuen, som ugentligt holder konference med teamet. Det betyder, at der ikke er fast tilknyttet en psykiater til AAT-teamet. Dette er ikke i overensstemmelse med anbefalingerne for AAT-praksis således som disse er udledt på baggrund af litteraturstudiet jf. kapitel 4.

Det skal pointeres, at der er arbejdet med dette ved DMS, således at der medio 2017 er tilknyttet en psykiater til AAT'et

7.3.2 Medarbejderperspektiv

For at afdække medarbejdernes oplevelser og erfaringer med AAT-behandling er fire ud af i alt seks AAT-medarbejdere interviewet. Tre af medarbejderne har været med i projektet fra starten, mens den sidste lige er startet. Den nyligt ansatte medarbejder har tidligere været ansat i den psykiatriske skadestue som AAT'et er tilknyttet. Alle er sygeplejersker og har meget erfaring med psykiatrien. Nedenstående analyseres AAT'ets behandlingstilbud, og hvad medarbejderne betragter som de væsentligste udfordringer og succeser ved AAT Syddanmark.

AAT'ets projekt er revurderet, og efter revurderingen er projektet et behandlingsforløb på op til fire uger med mulighed for flere besøg i perioden. AAT'et er konstrueret således, at første gang borgerne visiteret til AAT-behandling får besøg af AAT'et, kommer to medarbejdere ud. Medarbejderne tilkendegiver, at årsagen til, at de kører to ud til nye borgere skyldes deres sikkerhed. Ved efterfølgende besøg kommer ligeledes oftest to medarbejdere ud, men det er dog muligt at tilrettelægge det således, at der blot er en AAT-medarbejder ude. Medarbejderne lægger vægt på, at det er positivt, at de er to med ude til besøgene både for deres sikkerhedsskyld, men ligeledes fordi det giver mulighed for, at man kan diskutere borgerens behandling. Medarbejderne oplever det som betryggende, at vurderingen af borgerne beror på flere medarbejders vurdering.

Medarbejderne identificerer særligt to udfordringer forbundet med AAT-arbejdet. For det første har der været udfordrende at få udbredt viden om AAT'ets arbejdsfunktion internt i organisationen. I den psykiatriske skadestue er de ansatte ikke tilstrækkeligt informerede om AAT'et, hvilket har bevirket, at der i starten ikke blev visiteret tilstrækkeligt patienter til AAT. Den nyansatte sygeplejerske fremhæver, at hun gennem sin tidligere stilling i skadestuen har oplevet, at de ansatte ikke har haft viden om, hvad AAT-behandling indebærer, og derfor overvejes AAT ofte ikke af lægerne som mulig behandlingsindsats. I forlængelse heraf giver medarbejderne udtryk for, at den manglende viden om AAT'ets behandling medvirker til, at visitationen til AAT ofte er tilfældig. Der er således et stort udviklingspotentiale forbundet med at få viden om AAT-tilbuddet udbredt internt i organisationen og få ensrettet visitationen, således at visitation til AAT-behandling ikke sker tilfældigt. For det andet identificerer medarbejderne, at AAT'et lider under manglende kontinuitet i ledelsen. Det betyder, at AAT-medarbejderne oplever, at der er en manglende ledelseserkendelse af deres arbejde og specielt mangel på, at projektet formidles ind i organisationen for psykiatri i Regions Syd. Medarbejderne beskriver dermed, at det mangelfulde ledelsesmæssige ansvar for AAT-projektet har såvel interne som eksterne konsekvenser for, at AAT-projektet reelt set kan udfoldes.

Selvom medarbejderne identificerer udfordringer forbundet med AAT'et, er medarbejderne engagerede i AAT'et og oplever i mødet med borgerne, at deres arbejde er meningsfuldt. Medarbejderne giver udtryk for, at det er særligt positivt ved AAT-behandlingen, at de ser det hele menneske. Medarbejderne tilkendegiver, at det bidrager med forståelse for borgeren, at behandlingen foregår i borgerens hjem, og de heraf har mulighed for at tage fat i de dagligdagsudfordringer, som borgerne oplever.

Blikket for det hele menneske i sine naturlige omgivelser er den helt essentielle forskel på AAT-behandling set i forhold til indlæggelsesbehandling.

Opsummerende tilbyder AAT'et efter revurderingen et behandlingstilbud, som opleves som meningsfuldt for medarbejderne, hvor der særligt lægges vægt på, at AAT-behandling giver mulighed for at se det hele menneske i sine naturlige omgivelser i en længere periode. Dette identificeres som den primære fordel ved AAT-behandling frem for indlæggelsesbehandling.

7.3.3 Ledelsesperspektiv

Afdelingssygeplejersken fra den psykiatriske akutmodtagelse ved Psykiatrisk Afdeling Kolding er interviewet for at afdække AAT i Region Syddanmark fra et ledelsesperspektiv.

Implementering af AAT definerer afdelingssygeplejersken som vanskeligt grundet udfordringer med personalerekruttering, hvilket resulterede i, at projektstarten blev tre måneder forsinket. Tiden herefter var karakteriseret af mangelfuld visitering til AAT. På opfordring af Sundhedsstyrelsen er projektet blevet revurderet og derefter godkendt i august 2016. Efter denne revurdering er projektet restartet, hvor man har gentænkt organisering mm.. Revurderingen fylder meget i afdelingssygeplejerskens refleksioner i interviewet.

Da AAT's virke fortsat er nyt, er der en del udfordringer og udviklingspotentialer forbundet hertil. I det følgende beskrives de tre største udfordringer ifølge afdelingssygeplejersken. For det første er det en udfordring at skabe synlighed om AAT'ets behandlingstilbud internt i organisationen.

Afdelingssygeplejersken har haft en ledelsesmæssig opgave i at få skabt synlighed omkring AAT internt i organisationen og præcisere anvendelsesområdet for AAT over for de visiterende afdelinger. Udfordringen har i den forbindelse bestået i, at særligt personalet på sengeafdelingerne er tilbageholdende med at visitere indlagte patienter til opfølgende AAT-behandling, og at det er særligt vanskeligt at få udbredt kendskabet til AAT blandt Psykiatrisk Afdeling i Vejle, som er placeret fjernt fra AAT. Afdelingssygeplejersken er imidlertid fortrøstningsfuld i forhold til udviklingen i visiteringen til teamet, og beror dette på en vurdering af, at AAT er endt med at have et meningsfuldt tilbud, som sengeafsnittene med fordel kan benytte sig af og herved nedbringe deres sengebelægning. Derudover er det et opmærksomhedspunkt at få skabt et homogent tilbud, hvor behandlingen beror på høj ensrettethed og evidensbaseret faglighed. Her er afdelingssygeplejersken opmærksom på, at tilbuddet skal systematiseres således, at patienter i sammenlignelige situationer tilbydes samme tilbud. Den sidste udfordring, som afdelingssygeplejersken nævner, er samarbejdet med kommunerne, hvilket beskrives som udfordrende, grundet manglende ressourcer i AAT. Der er således et udviklingspotentiale forbundet med at styrke det tværsektorielle samarbejde.

Revurderingen af projektet har ført til positive effekter for AAT-behandlingen. afdelingssygeplejersken nævner, at det er positivt, at AAT-behandlingen hurtigt bliver startet op efter visitation i modsætning til ambulans behandling, hvor patienter ofte oplever, at der går mange dage fra henvisning til første aftale. Revurderingen af projektet har ligeledes indebåret, at patienter fra sengeafsnittene jf. den reviderede pro-

jektbeskrivelse visiteres til AAT, hvilket har medført, at antal sengedage er reduceret. Til dette tilføjer afdelingssygeplejersken, at hun er imponeret over, at lægerne så hurtigt har taget imod AAT, og tænkt det ind i deres behandlingsmuligheder. En anden faktor, som afdelingssygeplejersken oplever styrker AAT-behandlingstilbuddet, er medarbejderne, som udviser samarbejdsvillighed og engagement. Afdelingssygeplejersken beskriver videre medarbejderne som meget selvstændige med et højt fagligt niveau. I relation til AAT-personalet har den ledelsesmæssige udfordring været at håndtere de store udskiftninger i medarbejderstaben og få skabt balance mellem medarbejdernes frie handlerum og tilstrækkelig ledelsessynlighed.

Efter revurderingen af projektet mener afdelingssygeplejersken, at AAT-behandlingen fungerer som alternativ til indlæggelse. Hun fremhæver i den forbindelse, at en af fordelene ved behandling i eget hjem er muligheden for en større involvering af pårørende samt at patienten ikke fratages ressourcer i samme omfang, som under indlæggelse.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at AAT-behandlingen er godt på vej efter revurdering, og der ses flere positive effekter af behandlingstilbuddet. Der er dog fortsat udviklingspotentialer, herunder at gøre opmærksom på behandlingstilbuddet internt i organisationen, ensrette behandlingstilbuddet samt få det tværsektorielle samarbejde op at køre.

7.4 PATIENTPERSPEKTIV

I det følgende gennemgås patientperspektivet på AAT-behandling ved DMS. Gennemgangen er primært baseret på kvalitative interviews med tre patienter. Den spørgeskemabaserede undersøgelse af patientperspektivet er afrapporteret i afsnit kapitel 10.

De kvalitative patientinterviews har en relativ åben spørgeramme, hvilket har givet patienterne mulighed for med egne ord at formulere, hvad de synes, der har været godt, mindre godt og hvad de synes, der kan laves om ved AAT-behandlingen. To medarbejdere fra DEFACTUM forestod interviews, som er optaget, transskriberet og efterfølgende kodet tematisk i følgende kategorier:

- Patientbaggrund
- AAT-behandling
 - Modtagelse og visitation til AAT
 - Relationsopbygning herunder tilgængelighed til behandling og kontinuitet i behandling
 - Behandlingsindhold herunder medicinsk behandling, sygepleje, psykoedukation mv.
 - Afslutning af behandling
- Sygeliggørelse og selvopfattelse
- Oplevelse af magtforhold
- Tværsektoriel koordination
- Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT

7.4.1 Patientbaggrund

De tre patienter var dels to kvinder i 50'erne med sværere depressioner og dels en kvinde i slutningen af 20'erne med en svær fødselsdepression, hvor der potentielt var fare for selvskadeadfærd og skade på barnet. Med henblik på at gøre fremstillingen af AAT-patientperspektivet læsevenlig og bibeholde anonymiteten, har vi tildelt respondenterne andre navne. De to kvinder i 50'erne benævnes henholdsvis Alice og Hanne og den nybagte mor benævnes Lene.

Både Hanne og Alices henvendelse på Psykiatrisk Skadestue var baseret på stærk forpintethed i tilknytning til depression og i den forbindelse risiko for selvmordsforsøg. Begge har tidligere været indlagt med svære depressioner, hvor de har forsøgt selvmord. De har begge erfaringer dels med privatpraktiserende psykiater og dels med selvfinansieret psykologbehandling. Begge har erfaringer med, at disse behandlingstilbud har været utilstrækkelige. De oplever, at behandlinger bliver afsluttet før, at der er sket en bedring af deres tilstand. Begge tilkendegiver derfor utilfredshed og frustrationer over mangelfuld behandling og frustrationer over at blive overladt til sig selv på trods af, at de oplever, at de er meget forpinte, og ikke kan få en hverdag til at hænge sammen. Begge er i afslutningen af deres AAT-forløb. De beskriver, at de har været og fortsat er meget forpinte og i lighed med deres erfaringer fra tidligere psykiatrisk behandling oplever de, at de bliver afsluttet, inden der er reel bedring i deres tilstand.

Lene har ikke været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem forud for sin fødselsdepression. Lene beskriver, at hun først var i et AAT-behandlingsforløb, som blev afsluttet. Hun får efter afslutningen et tilbagefald og er på interviewtidspunktet i gang med sit andet AAT-forløb. Til forskel fra sit første AAT-forløb indbefatter hendes nuværende forløb udover samtaler mv. også medicinsk behandling. Lene og hendes mand, som deltager i interviewet, er håbefulde og fortrøstningsfulde i forhold til, at de vurderer, at Lene og familien kan mestre situationen og alt i alt trives.

7.4.2 AAT-behandling

Beskrivelsen af AAT-behandlingen er tematiseret og fremstilles i forhold til kronologien i et behandlingsforløb: Modtagelse, relationsopbygning i forhold til kontinuitet i behandlingen og oplevelse af tilgængelighed, oplevelsen af behandling og afslutningen af behandlingen.

7.4.2.1 Modtagelse

De tre patienter er alle modtaget gennem den psykiatriske skadestue. Hanne bliver hurtigt henvist til AAT-behandling. For Alice er henvisningen en tilfældighed. En sygeplejeske i modtagelsen gør lægen, som har den visiterende samtale, opmærksom på AAT-tilbuddet. Alice og hendes ægtefælle var på linje med lægen ikke vidende om AAT-tilbuddet.

Lenes henvisning sker ligeledes ved en tilfældighed, hvor en sygeplejerske gør lægen opmærksom på tilbuddet. Lene beskriver sin oplevelse af modtagelsen på skadestuen som voldsom. Hun beskriver sin oplevelse således:

Jeg vidste godt, at der var noget galt. Men da jeg så kom ned på skadestuen dernede, der følte jeg mig syg. Jeg følte mig så syg. Fordi jeg var kommet ned blandt skizofrene og psykotiske, der gik rundt på gangene, og jeg følte mig simpelthen så sygeliggjort af at være dernede.

Lene beskriver med sin oplevelse, hvordan andre patienters svære psykiatriske tilstande påvirker hendes tilstand og selvopfattelse. Dette angår en af problemstillingerne ved psykiatrisk behandling og specielt indlæggelsesbehandling, hvor miljøet og rammerne for en del patienter implicerer sygeliggørelse. Dette skal ses i sammenhæng med, at indlæggelsesbehandling er associeret med funktionsnedsættelse, hvilket betyder, at hverdagsrutiner og ansvar overlades til plejepersonale. For mange patienter er det derfor svært at komme hjem og starte op på hverdagsrutinerne og forpligtelserne igen (jf. litteraturstudie).

På baggrund af patienternes oplevelser med modtagelse og visitation til AAT ved Region Syddanmark, kan det tilrådes, at der optimeres på enkelte forhold. Litteraturen omkring visitation til AAT beskriver, at AAT-

personale skal være visitator og dermed gatekeeper til indlæggelsesbehandling og AAT. Dette for at modgå, at visitationspersonale visiterer til det kendte indlæggelsestilbud. De to patienter, som visiteres til AAT ved en tilfældighed illustrerer, at denne problematik i et vist omfang gør sig gældende. Det kan derfor formodes, at der er et uudnyttet potentiale i forhold til at optimere visitationen til AAT ved at gøre tilbuddet velkendt og stille krav om, at visitation til indlæggelse forudsætter, at der er taget stilling til relevansen af AAT-behandling. Desuden kan det anbefales, at der udleveres materiale om AAT-behandlingen. Dette med henblik på, at patienter og pårørende kan indstille sig på AAT-behandlingsformen. Endvidere kan det overvejes, om visitationen gennem modtagelsen er hensigtsmæssig, da brugere kan opleve den som sygeliggørende.

7.4.2.2 Relationsopbygning herunder kontinuitet og tilgængelighed i AAT-behandlingen

I det følgende gennemgås relationsopbygningen i forhold til patienternes opfattelse af tilgængelighed og kontinuitet. Afsnittet afsluttes med en vurdering af relationsopbygningen i behandlingen.

AAT'et aftaler behandlingstider med patienten. Patienterne fremhæver, at teamet er hurtige til at give tider. En ægtefælle beskriver betydningen af at kunne få tider hurtigt således:

Noget af det bedste det er simpelthen, at de var så hurtige til at give tider. De siger, vi kommer i morgen, eller vi kommer i aften. Ikke det der med, at vi skal lige kigge i kalenderen, og det er torsdag i næste uge. Det kan være vildt uoverskueligt, når man har det ligesom Lene. Der skal bare ske noget med det samme.

Udover besøgsaftaler er der telefonisk kontakt til teamet. Der gives forskellige meldinger fra de tre brugere om, hvorledes den telefoniske kontakt fungerer.

Ægtefællen til Alice efterspørger en direkte telefonisk kontaktmulighed til teamet. Han mener dels, at det vil være en tryghed, og dels har han oplevet, at der er blevet ringet til dem fra teamet, hvor det ikke har været muligt at ringe tilbage, da der blev ringet med hemmeligt nummer. Han efterspørger derfor et visitkort med kontaktoplysninger til teamet og gerne til en hovedbehandler. Dette vil give større tryghed specielt i de situationer, hvor han er nødt til at efterlade sin kone alene hjemme. I disse situationer er han nervøs for, om hun kunne tænkes at begå selvmord.

I modsætning til Alice beskriver Hanne og Lene gode muligheder for at komme i kontakt med teamet telefonisk. Det er således ikke et entydigt billede, der tegner sig i forhold til telefoniske kontaktmuligheder. Hvorom alting er, synes der at være et ikke udnyttet potentiale med hensyn til kommunikation.

I det følgende gennemgås behandlerkontakten til AAT-teamet med henblik på at belyse relationsopbygningen.

De tre patienter udtrykker tilfredshed med de behandlere, de har mødt. Det gælder dog for Alice og Hanne, at de har haft relativt mange forskellige behandlere og dermed kan de ikke angive, hvem der har været deres primære kontaktperson eller hovedbehandler. Dette er ikke hensigtsmæssigt for relationsopbygningen mellem patient og behandler. Det kan derfor tilrådes, at DMS fremadrettet tilstræber, at der tilknyttes én hovedkontaktperson til hver patient. Udover denne anbefaling, kan det anbefales, at alle patienter får udleveret kontaktoplysninger til teamet med angivelse af telefontider til AAT-teamet, og tider hvor der viderestilles til den psykiatriske skadestue. Disse tiltag kan forbedre relationsopbygningen, og dermed kan potentialet i AAT-behandlingen bedre udnyttes. I den forbindelse er det værd at bemærke, at fundamentet

for effektive behandlingsrelationer er til stede, idet behandlerne omtales meget positivt af brugerne. Alice beskriver: *Jamen, for det første så er de altid så smilende og så glade, og det smitter af med det samme. Det har det i hvert fald gjort med mig. Og så det der med at de, de, de snakker til mig... På sådan en, en god måde.* Den gode måde at blive mødt på beskriver Lene også, når hun fortæller om sit møde med (primært) en behandler:

Jeg er tryk ved at snakke med hende. Også fordi at jeg ved, at hun fanger, hvad det er jeg mener, men måske ikke helt siger, og så får hun spurgt ind til det. Hun tager nogle snakke. Hun tør at tage nogle snakke omkring liv og død og alt midt i mellem. Altså hun lader den ikke bare ligge, men hun tør og være i de her snakke, og det har stor betydning.

I disse to citater er det centralt at bemærke, at patienterne oplever sig mødt af mennesker, som tør være til stede i relationen.

I forhold til temaet omkring relationsopbygning er det afslutningsvis væsentligt at fæste sig ved, at behandlerne omtales meget positivt af brugerne, hvilket indikerer, at fundamentet for behandlingen er til stede. Der er forbedringspotentiale i forhold til at ensrette kommunikationen med teamet og behandlerne, således at alle brugere har mulighed for at komme i direkte telefonisk kontakt med AAT-personalet (evt. i et afgrænset tidsrum). Endvidere er det essentielt, at der tilknyttes en hovedansvarlig behandler til hvert behandlingsforløb, og at denne primært forestår behandlingen. Undtagelser herfor er behandling ved akutopstået behov udover indgåede aftaler.

7.4.2.3 Behandlingsindhold

AAT-behandling er defineret ved at være en akut og kortvarig indsats, der fremstår som et alternativ til indlæggelse (jf. litteraturstudie). Udover medicinsk behandling indbefatter behandlingen en risikovurdering, psykoedukation med henblik på sygdomsforståelse, støttende og udviklende samtaler, sygepleje og øvrige initiativer, der understøtter udvikling i patientens mestringsevne.

Den medicinske behandling er iværksat og styret fra den psykiatriske skadestue, hvor patienterne er modtaget. Lene var i udgangspunktet ikke interesseret i medicinsk behandling, fordi hun ammede. Hun er dog gået i medicinsk behandling efter sit tilbagefald. Alice er allergisk over for psykofarmaka, hvilket bevirker, at hun ikke er medicineret for sin depression. Hanne beskriver en oplevelse af, at hendes medicinering for depression er iværksat for sent. Hun mener, at hun burde være medicineret for depression umiddelbart efter hendes akutte henvendelse og ikke først fire uger senere.

Udover den medicinske behandling står psykoedukation og understøttende og udviklende behandling centralt i forhold til at forbedre patienternes mestringsevne.

Hanne beskriver sine erfaringer med psykoedukation således:

Og de forstår en sådan, sygdom, ens forløb... Og at de kunne sige, at du er i den fase nu, og den næste fase bliver endnu bedre, men du er nødt til at kæmpe... Altså de skubbede sådan til grænser, selvom man var nulstillet oppe i hovedet, ikke også. Jeg synes, de var dygtige.

Hun har oplevet, at AAT forstår og har indsigt i sygdomsforløbet, og med denne indsigt har de hjulpet hende videre. Alice har lignende betragtninger, hvorom hun udtaler:

Og derfor har jeg haft godt glæde af det akutte udekørende team, der. For de har ligesom holdt hånden, eller holdt snoreren i mig, og ligesom forklare, kunne forklare mig, hvorfor og hvordan og hvorledes og alt sådan noget, altså. Fordi ellers så havde jeg stået der og ikke rigtig vidst hvordan og hvorledes.

Behandlingen som skal forbedre patienternes mestringsevne tager udgangspunkt i patientens situation og hverdag. Hanne beskriver, hvorledes hun oplevede de første besøg, hun fik: *[]...og jeg var også negativ, og jeg var heller ikke altid sød og rar, men altså de tacklede det squ fint, det gjorde de, synes jeg. Ja - de fik mig sparket i gang.* Hanne beskriver videre sine erfaringer med, hvordan AAT-behandlingen har hjulpet hende med at komme videre:

Så kommer de hjem, og så snakker de, og så spørger de hvordan man har det og kigger på hvordan det ser ud og hvordan jeg ser ud. Jamen, og så snakker vi tingene igennem og så lavede de faktisk, sådan et skema til mig... Jamen jeg kunne hverken, jeg kunne ikke gå i bad, jeg kunne ikke spise, jeg kunne ingen ting. Og, og så fik man løftet finger og sagt, nu går du i bad. Jamen der er heller ikke noget jeg vil, og vi har også diskuteret og småskændtes og sådan noget, men de tager en i hoved og røv og så må du tage dig sammen.

Det fremgår af Hannes beskrivelse, at det er helt basale hverdagsting såsom det at få tilrettelagt personlig pleje, gå i bad, få noget at spise osv., der sætter en udvikling i gang. Det er således igangsættelsen af dagligdagsaktiviteter, hvor AAT'et bidrager til at patienten kommer ud af opfattelsen af håbløsheden og kommer i gang, som bevirker, at den funktionsnedsættelse som er under udvikling, stoppes og erstattes af opøvelse af en bedre mestringsevne. I den forbindelse er det centralt, at AAT'et placerer ansvaret for egenomsorg og daglig opgaveløsning hos patienten. Konsekvensen af den strategi beskriver Hanne således: *Og så fik, det der var så godt ved det, det var, at de fik vendt mine tanker til ... at jeg døde faktisk ikke af at gå i bad, og jeg døde faktisk heller ikke af at gå ud af døren.*

Alice beskriver på lignende vis, hvorledes hun har fået redskaber til at håndtere hverdagsudfordringer og komme i gang og dermed komme ud af den tungsindige sindstilstand. I den forbindelse påpeger hun, at den omstændighed, at behandlingen er foregået i hjemmet har bidraget til, at hun bedre har kunnet udvikle sig, fordi hun har været i trygge rammer:

De giver gode ideer til, hvad jeg kan aflede mine tanker med og sådan noget. [].jeg har lavet en aftale om, at de kommer igen. Det har gjort, at jeg ligesom har holdt mig oven vande. [].Jamen, så jeg ikke er sunket ind i de der tanker igen, og selvmordstanker, og ... [].Altså man er, man er meget sårbar, når man er derude, hvor jeg var. Og så når man er hjemme i de omgivelser, man er vant til... så man tænker anderledes, end man, man, man snakker anderledes, fordi man er vant til at være der. Du er lidt mere tryk ved at være der.

Lene fremhæver det ligeledes som et centralt element ved AAT, at behandlingen foregår i ens eget hjem. Udover at det beskrives som trygt at få behandling hjemme, bevirker hjemmebesøgene også, at det er muligt at få et helhedsindtryk af patientens og familiens situation. Dermed er det muligt at have blik for såvel udfordringer som muligheder og kompetencer. Lene beskriver det således:

Jamen, altså vores rutiner og de ting vi gør til hverdag, de ser dem på en anden måde, fordi de er herhjemme. Dernede (skadestuen) der følte jeg kun, at der var fokus på alt det, jeg fejlede, og alt det der var i vejen. Herhjemme ser de mig jo på en anden måde, fordi de ser lidt mere af mig, end

de gør dernede. Og blive set som Lene, og ikke som en der er syg, men også en med nogen kompetencer, ja.

Det at være hjemme er et centralt omdrejningspunkt for alle tre patienter, som beskriver, at det giver en øget grad af tryghed, hvilket opleves værdifuldt for behandlingen fordi: *Det er nogen svære ting at snakke om, så det er bare så vigtigt, at man kan føle sig tryk (Lene).* Det beskrives som mere komfortabelt at tage de svære snakke hjemme i de trygge omgivelser.

7.4.2.4 Afslutning af behandling

Et tredje element i forhold til tilgængelighed, som patienterne omtaler, er oplevelser i forbindelse med afslutning af AAT-forløbet. De tre AAT-brugere beskriver, at afslutningen af AAT-forløbet opleves som abrupt. Dette kommer til udtryk ved, at der mangler opfølgende behandling til at stabilisere den bedring i tilstanden, som patienterne har oplevet med AAT-behandlingen. Den manglende opfølgning har resulteret i tilbagefald for Lene, som derfor er i gang med sit andet AAT-forløb. Hun var i afslutningen af dette andet forløb på interviewtidspunktet. Hun var fortrøstningsfuld i forhold til, at hun og familien fremadrettet vil kunne mestre hverdagslivet som småbørnsfamilie.

I det følgende gennemgås temaet om sygeliggørelse og selvopfattelse i forbindelse med psykiatrisk behandling.

7.4.3 Sygeliggørelse og selvopfattelse

En væsentlig ulempe ved indlæggelsesbehandling er, at denne er associeret med funktionsnedsættelse. Hanne ytrer det således: *[].jeg var meget deprimeret, og så blev jeg indlagt, men de der omgivelser der, jamen jeg blev mere syg af at være dernede. Det gjorde jeg.* Citatet illustrerer, hvorledes rammerne for en indlæggelse som Hanne tidligere har haft, gav en oplevelse af sygeliggørelse. Hun uddyber dette i nedenstående citat, hvor hun beskriver, hvordan de andre patienters situation og fraværet af muligheder for aktivitet, bevirker til en oplevelse af sygdomsforværring.

Og de her patienter, altså det var forfærdeligt.. Der var ingen aktivitet, og altså du fik at vide, at du kunne jo sætte dig ind på dit værelse, men jeg kan jo ikke holde ud og sidde og glo i otte timer, siger jeg. Og nogen de var jo på nedtrapning, jamen det var skrækkeligt. Og altså, amen altså det var forfærdeligt. Hvis jeg ikke var syg, så blev jeg syg.

Fraværet af aktivitetsmuligheder og forpligtelser er en væsentlig kontrast mellem AAT-behandling og indlæggelsesbehandling. I ovenstående afsnit omkring behandlingsindhold blev det beskrevet, hvorledes AAT-behandlingen i høj grad angår at aktivere patienterne og dermed få dem til at påtage sig hverdagsforpligtelser såvel i forhold til egenomsorg som hverdagsopgaver. Alle tre patienter beskriver, at oplevelserne ved at blive motiveret (sparket i gang) var et væsentligt element, som bidrog til at et skift væk fra en meget depressiv sindstilstand.

Lene beskriver, hvordan modtagelsen på skadestuen gav hende en oplevelse af sygeliggørelse: *Fordi jeg var kommet ned blandt skizofrene og psykotiske, der gik rundt på gangene og jeg følte mig simpelthen så sygeliggjort af at være dernede.* Lene uddyber videre, hvad hun anser som problematisk i forhold til behandling ved skadestuen i forbindelse med hendes genhenvendelse: *Jeg følte ikke, at jeg fik nogen værktøjer og der var bare fokus på alt det, jeg fejlede, og ikke på alt det der var godt.* Dette er i kontrast til hendes oplevelse

af forløbet med hovedbehandleren fra AAT, hvor hun (jf. ovenstående) beskriver, at der også er fokus på de kompetencer Lene og familien har.

Det er centralt at have blik for, at dét specielt Lene og Hanne beskriver, er en diskrepans mellem deres selvopfattelse og deres sygdomsopfattelse. Deres beretninger indikerer, at rammerne for psykiatrisk behandling i forbindelse med modtagelsen i skadestuen samt ved indlæggelsesbehandling gør dem syge, og sygere end deres selvopfattelse tilsiger. Denne sygeliggørelse undgås i en vis udstrækning ved AAT i kraft af hjemmebehandlingen.

7.4.4 Magtforhold

I litteraturen omkring AAT-behandling beskrives, at behandlingsformen i et patientperspektiv er associeret med oplevelser af øget tryk, kontrol over eget liv mv. Dette fremhæves som en af de centrale behandlingsmæssige fordele ved AAT-behandling, idet dette initierer til mere effektiv behandling. Dette evidensbaserede argument står i kontrast til en almindelig forestilling om, at AAT-behandling er intimiderende og disciplinerende, fordi behandlingen foregår hjemme hos patienten og involverer gennemsyn af patientens hverdagsliv, inddrager patientens pårørende mv. Spørgsmålet er imidlertid nærmere, hvordan det opleves af AAT-brugerne ved DMS? Er det grænseoverskridende, at AAT-behandlere kommer i hjemmet? Med henblik på at undersøge dette, er alle interviewpersoner blevet stillet et spørgsmål lignende nedenstående:

Interviewer: Jeg kredser lidt om det der med, at du rent faktisk har haft behandlingssystemet hjemme hos dig. Det tænker jeg jo, det kunne man da godt blive sådan lidt forskrækket over. Altså, det er jo dit hjem. Har det ikke været grænseoverskridende?

Spørgsmålet er stillet med henblik på at skævvride svarene i forhold til at motivere respondenterne til at give interviewerens ret i, at det er grænseoverskridende, at behandlerne kommer i AAT-brugernes hjem. Normalvist bør det tilstræbes, at svar afspejler respondenternes interviewpersoners perspektiv uden nogen form for priming. Grunden til, at det er fravalgt i denne situation er, at såfremt AAT-brugerne har haft blot den mindste oplevelse af magtmisbrug og grænseoverskridende adfærd, er det helt essentielt at dette belyses.

Svaret på spørgsmålet fra AAT-brugerne er, at de måske var lidt reserveret, da de blev introduceret til behandlingstilbuddet. Eksempelvis svarer Hanne følgende på spørgsmålet, om hun blev forskrækket og om det var grænseoverskridende:

Jamen, det (forskækket) var jeg da også i starten, og jeg, jeg prøvede da også at argumentere for, at jeg havde da ikke brug for det og sådan noget, men... Altså jeg har så lært, at man kan ikke udtale sig om det, før man har prøvet det jo, og jeg har ikke fortrudt det (Hanne).

Alice siger helt tydeligt, at det ikke var grænseoverskridende:

Nej - det vil jeg ikke sige. Tværtimod, altså. Jeg synes, at det har været dejligt [..].at de er kommet hjem til mig og i mine trygge omgivelser i stedet for, at vi skulle hened eller et andet sted eller noget. Det har været rigtigt dejligt, de er kommet hjem.

Lene beskriver, at det har været helt essentielt i forhold til hendes forløb med spædbarn, at der har været hjælp og støtte til at få hverdagen til at fungere, og at der også har været fokus på hendes og familiens kompetencer. Hun har oplevet det som helt essentielt for hendes mulighed for at udvikle sig som mor, at hun har modtaget behandling hjemme og er blevet støttet i at udvikle sig (også) som mor.

Alle tre AAT-brugere afviser endvidere, at de har oplevet AAT-behandlerne som vurderende og grænseoverskridende undersøgende i forhold til, hvordan brugerne lever deres liv, hvordan de har indrettet deres hjem, hvor rent der er osv.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at AAT-brugerne ikke oplever det grænseoverskridende, at behandlingen foregår i deres hjem. De beskriver tværtimod, at behandlingen i deres hjem giver tryghed, hvilket er befordrende for samtaler om svære emner. Endvidere bevirker hjemmebehandlingen også til, at opgaver, mestringsudvikling, egenomsorg og huslige forpligtelser udføres i brugerens naturlige læringsmiljø, hvilket er befordrende for vedligeholdelse og udvikling af kompetencer.

7.4.5 Tværsektoriel koordination

I og med at AAT-behandlingen foregår i borgerens hjem, fremstår behovet for koordination med øvrige sektorer, såsom praktiserende læge, kommunale instanser, herunder socialrådgiver, familierådgivning, jobcenteret mv. centralt. Endvidere er der koordinationsbehov til PAM i forhold til visitation til AAT-behandling og medicinsk behandling. Der fremstår et optimeringspotentiale i forhold til begge problemstillinger.

AAT-brugerne beskriver i mindre grad koordination med instanser udover den regionale psykiatri. Deres væsentligste beskrivelser angår koordinationen i forhold til medicinsk behandling med skadestuen og behovet for koordination med opfølgende behandling. Koordinationen med skadestuen med henblik på optimal medicinsk behandling beskrives som mangelfuld specielt i Hannes tilfælde, hvor iværksættelsen af den medicinske behandling fra hendes perspektiv sker fire uger for sent, og derfor ikke er synkroniseret med AAT-behandlingen. Endvidere beskriver alle tre AAT-brugere utilstrækkelig behandling, herunder at de har oplevet, at de er afsluttet for tidligt, og derfor har fået tilbagefald. Dette kan tolkes, som udtryk for mangel på opfølgende behandling.

Alice og Hanne betaler begge selv for psykologbehandling mv. Desuden har Hanne haft tilknyttet en privatpraktiserende psykiater. Dette er ikke koordineret med AAT-behandlingen.

7.4.6 Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT

Dette afsnit er dels en fremstilling af specifikke forhold, som AAT-brugerne og deres pårørende fremhæver som optimeringsmuligheder eller specielt positive elementer, og dels en opsamling på ovenstående afsnit.

Modtagelsessituationen i den psykiatriske skadestue kan opleves som voldsom og initiere til sygeliggørelse. Endvidere er der et optimeringspotentiale i forhold til, at visitationspersonalet i PAM bliver oplyst om AAT-tilbuddet og altid er forpligtet til at overveje, om AAT-behandling kunne være relevant frem for indlæggelsesbehandling. Det skal endvidere sikres, at der udleveres oplysningsmateriale om AAT-behandling ved den visiterende samtale i PAM.

Med hensyn til behandlingsindhold er der optimeringsmuligheder ved, at der tilknyttes én primær behandler til hver patient, som får hovedansvaret for behandlingen. I forhold til behandlingen ved DMS skal opmærksomheden henledes til, at tilbuddet er ændret fra oprindeligt at bestå af ét hjemmebesøg til at være et reelt behandlingsforløb med en varighed på op til fire uger. Den omstændighed, at Alice og Hanne har oplevet ikke at have en primær behandler, kan forklares med reminiscens fra det oprindelige tilbud. Fremadrettet må det anses for væsentligt, at der tilknyttes én primær behandler til hver patient. Endvidere at der optimeres på informationen om AAT og udarbejdes materiale med kontaktinformation på teamet og

den primære behandler. Specielt er det vigtigt, at der informeres om kontaktnumre og tider på AAT'et, og hvornår det er PAM, der ringes til.

Koordinationen til PAM kan forbedres med henblik på bedre medicinsk behandling jf. Hannes oplevelse med, at den medicinske behandling iværksættes fire uger efter påbegyndt AAT-behandling.

Et generelt problem ved AAT-behandling er afslutningsfasen, hvor patienterne giver udtryk for, at der er en for brat overgang, som bevirker til, at de oplever tilbagefald i deres psykiske tilstand.

De specielt positive elementer, som brugerne af AAT-behandlingen beskriver, er, at behandlingen foregår i hjemmet, hvilket medfører en tryk ramme for behandlingen. I tillæg hertil beskrives behandlerne som nærværende, hvilket skaber mulighed for at tale om svære emner. Behandlerne opfattes ikke som vurderende eller dømmende, men derimod støttende i forhold til at skabe motivation for, at patienterne påtager sig løsning af hverdagsopgaver og engagerer sig i at udvikle mestringskompetencer mv. Dette er fundamentet for succesfuld behandling.

7.5 IMPLEMENTERINGSSTATUS

DEFACTUM's foreløbige vurdering er, at projektet i Region Syddanmark efter revidering af projektet har udviklet sig i en retning, som bringer Region Syddanmarks AAT-projekt i bedre overensstemmelse med principperne bag AAT-behandling.

Det skal anerkendes, hvor meget projektet har ændret sig til bedre at korrespondere med et akut psykiatrisk behandlingsforløb i forbindelse med revideringen. Det er vores vurdering, at det er teamets højt kvalificerede arbejdskraft, i form af psykiatriske sygeplejersker og personale med lang psykiatrisk erfaring, der har gjort, at de er kommet så langt med revurderingen af projektet. Projektet fremstår nu også mere meningsfuldt for medarbejderne.

7.5.1 Udfordringer og muligheder

Der er et udviklingspotentiale i forhold til det tværsektorielle samarbejde, som med fordel kan intensiveres for i højere grad at tage hånd om eventuelle sociale aspekter af patientens sygdomsforværring samt lette overgangen fra AAT til kommunale behandlingstilbud og indsatser.

Det er et opmærksomhedspunkt, at det i statusrapporten tilkendegives, at AAT har kapacitet til at modtage flere patienter samtidig med, at det ønskes at anvende ubrugte lønmidler til at ansætte yderligere sygeplejerskepersonale, og dermed udvide kapaciteten. Screeningen af patienter til AAT er essentiel for, at patientkapaciteten udnyttes maksimalt. Det bør overvejes, om patienterne i AAT kan være "tungere" psykiatrisk belastede end tilfældet er i dag, eller om der skal sættes ind i forhold til formidlingen af AAT's behandlingstilbud, herved flere patienter visiteres til teamet. Der bør ligeledes overvejes, om AAT kan medvirke til at forkorte indlæggelser på afdelingen, og om patienter kan udskrives tidligere til teamet end det på nuværende tidspunkt er tilfældet. Det fremstår desuden uklart, hvorledes samarbejdet mellem AAT og lægefaglige kompetencer er struktureret.

7.5.2 Successer

Patienterne udtrykker tilfredshed med AAT-behandlingen, som har hjulpet dem til bedre at mestre deres livssituation. Patienterne fremhæver det positive ved, at AAT-behandlingen foregår i hjemmet, samt at behandlingssamtalerne med AAT-personalet sker hurtigt efter visitering til AAT. Patienterne italesætter, at der er et forbedringspotentiale i forbindelse med overgangen fra AAT til andre indsatser og behandlingstilbud.

bud. Ligeledes opleves længden af forløb, som værende kortere end patienterne i nogle tilfælde finder ønskværdigt. På baggrund af tilbagemeldingerne kan det overvejes at dedikere en fast kontaktperson til hvert patientforløb. Man kan overveje at lave mere intensive behandlingsforløb med hyppigere besøg, samt i højere grad prioritere hjemmebesøg, frem for ambulante besøg inde på afdelingen.

AAT i Syddanmark udmærker sig ved at have en meget kompetent medarbejderstab, hvor sygeplejersker har psykiatrisk specialuddannelse og meget lang erfaring med psykiatrisk behandling. Dette højner kvaliteten i AAT-behandlingen, og er baggrunden for de positive forløb, som teamet gennemfører.

8 REGION MIDTJYLLAND

I det følgende gennemgås Region Midtjyllands satspuljeprosjekt for ambulante akutteam (AAT). Det ambulante akutteam i Region Midtjylland (herefter AAT Midtjylland) er forankret i Regionspsykiatrien Vest, Region Midtjylland.

Det regionale projekt belyses på baggrund af analyser baseret på forskellige metodiske tilgange, herunder interviews, kvantitative data samt dokumentgennemgang (jf. kapitel 3). Evalueringen søger overordnet at besvare om Region Midtjyllands AAT er implementeret således, at det er sammenligneligt med et indlæggelsesforløb.

Afsnittet har følgende opbygning. Først præsenteres implementeringsgrundlaget, efterfulgt af en casebeskrivelse indeholdende informationer om AAT'ets organisering, herunder formålet med AAT, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Herefter præsenteres de sundhedsprofessionelles perspektiv på AAT-tilbuddet. Disse interviewanalyser er inddelt i et ledelse-, psykiater- og medarbejderperspektiv. Dernæst fremlægges interviewanalyser af patientperspektivet. Den projektspecifikke analyse afsluttes med en opsummerede vurdering af projektets væsentligste succeser, udfordringer samt muligheder.

8.1 IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG

Implementeringsgrundlaget gennemgås med henblik på at belyse styrker og svagheder i organiseringen af AAT for dermed at vurdere den organisatoriske kraft, som organisationen besidder til at løfte opgaven med at tilbyde AAT-behandling.

Forud for implementeringen af AAT i Region Midtjylland, var der en udviklingsproces, hvor medarbejdere og ledelse i fælleskab beskrev rammerne for og indholdet i AAT. Arbejdsbeskrivelserne for AAT var med få undtagelser i overensstemmelse med principperne for AAT identificeret i litteraturstudiet. I udgangspunktet var der således relativ stor organisatorisk kraft til at løse opgaven.

Primo 2016 bliver et af de to sengeafsnit ved Region Midtjylland nedlagt og AAT'et bliver flyttet over på det tidligere sengeafsnit, hvor personalet i en periode havde ansvar for seks lavintensive senge. Disse senge har ikke den samme høje personaledekning som en traditionel indlæggelsesseng, men er til patienter, som ikke vurderes udskrivelsesklar, men dog ikke er så syge, at de har behov for det høje bevågenhedsniveau, som der er ved indlæggelse. De lavintensive senge har dermed en vis lighed med de såkaldte Akutsenge ved Psykiatriens Hus i Silkeborg. De lavintensive senge anses dog for at være indlæggelsessenge i Holstebro, hvilket ikke er tilfældet i Silkeborg. De lavintensive senge blev primo 2017 ændret til Ambulante Akutsengepladser, hvorved der ikke længere er tale om indlæggelsespladser.

AAT-personalet får ansvaret for de lavintensive senge, som de skal passe samtidig med, at de bedriver AAT-behandling. Flere problemstillinger knytter sig til den reorganisering. Der er en problemstilling i forhold til, at AAT'et får en opgave, som ikke er kompatibel med AAT-behandling, men nærmere (i sin nuværende form) er sammenlignelig med en indlæggelsesbehandlingsopgave. I tillæg hertil er optageområdet for de lavintensive senge forskellig fra optageområdet for AAT'et, hvilket vil sige, at patienterne i de lavintensive senge ikke nødvendigvis er relevante i forhold til AAT-behandling senere. Endvidere har flytningen resulteret i, at AAT-personalet i tilfælde af personalemangel på sengeafsnittet, er blevet trukket ind i vagter på sengeafsnittet og har været nødsaget til at aflyse AAT-behandlingstider for at kunne passe sengeafsnitspa-

tienter. Yderligere beskriver AAT-personalet, at implikationen af at de fysiske rammer er ændret, således at AAT'et nu befinder sig i et traditionelt indlæggelsesbehandlingsmiljø, med blandt andet låste døre, ikke er kompatibelt med principperne bag AAT-behandling.

Den seneste udvikling i Regionspsykiatrien Vest i Holstebro er, at det sidste sengeafsnit er nedlagt og opgaverne er delt ud på Viborg og Hernings Regionshospitaler. Dette er implikationerne af Region Midtjyllands Nødplan for Regionspsykiatrien i Vest. Nødplanen er i værksat grundet manglen på overlæger og speciallæger.

En vurdering af implementeringsgrundlaget for AAT ved Regionspsykiatrien Vest i Holstebro må nødvendigvis ses i denne kontekst og evalueringen skal også læses med den beskrevne historik i baghovedet. Vurderingen er, at i udgangspunktet var implementeringsgrundlaget velfunderet med tilstrækkelige og kompetente personaleressourcer, der havde udviklet arbejdsprocedurer, rutiner mv. i god overensstemmelse med principperne for AAT-behandling. Reorganiseringen af Regionspsykiatrien Vest, specielt i forhold til Holstebro, havde en del uheldige implikationer for AAT'et, hvoraf de væsentligste er flytningen og inddragelse i sengeafdelingernes reorganisering og arbejde samt opgavetilførslen i form af ansvaret for de lavintensive senge. AAT-projektet har derfor primo 2017 en svækket organisatorisk kraft til at løfte opgaven.

8.2 BESKRIVELSE AF AAT MIDTJYLLAND

I det følgende beskrives organiseringen af AAT Midtjylland, herunder formålet med projektet, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Beskrivelsen tager udgangspunkt i projektets projektbeskrivelse, indsatsteori og statusrapporter.

AAT Midtjylland er igangsat i de sidste to uger af februar 2015.

8.2.1 Formål med AAT Midtjylland

Formålet med AAT Midtjylland er at tilbyde et akut, kortvarigt og intensiveret tværsektorielt behandlingsforløb i borgerens eget hjem, som alternativ til indlæggelse. AAT tilbydes til patienter, som oplever akut psykisk sygdom eller udskrives tidlige med henblik på færdigbehandling i hjemmet. Primo 2017 har AAT Midtjylland udarbejdet en Revideret projektbeskrivelse. I denne beskrives en ændring af de lavintensive senge til seks Ambulante Akut døgnpladser.

8.2.2 Målgruppen

Målgruppen for AAT Midtjylland er voksne over 18 år bosiddende i Struer, Lemvig og Holstebro Kommune, som har akut behov for psykiatrisk behandling. Forudsætningen for AAT-forløb er, at borgeren har et behandlingsbehov svarende til indlæggelsesbehandling, og at borgeren har en kompliceret psykiatrisk tilstand, hvor en hurtig psykiatrisk indsats kan forebygge (tvangs-)indlæggelse. Der er ingen begrænsning i forhold til diagnosegrupper, og teamet har forløb med både tidligere kendte og ukendte patienter. En del patienter skønnes *ikke* at være egnede til at modtage behandling ved AAT, hvilket omfatter patienter med alvorlig selvmordsrisiko, domsfældelse eller adfærd til fare for sig selv eller andre. I praksis har der dog været enkelte retspsykiatriske patienter. Desuden ekskluderes patienter, hvor det skønnes, at behandlingen vil involvere tvang.

Af AAT Midtjyllands statusrapport fremgår det, at patienter med følgende diagnoser og symptomer indgår i teamet: depression, bipolare lidelser, psykoser, personlighedsforstyrrelser, udviklings- og opmærksomheds-

forstyrrelser, stress samt dobbeltdiagnoser med samtidig misbrug og psykiatrisk diagnose. Derudover indgår patienter med belastningsreaktioner, selvmordsrisiko og selvmordsproblematikker, hvor denne er relativt svær og akut. Teamet har patienter, tidligere indlagt på tvang og patienter der forud for AAT-behandlingen har været indlagt på psykiatrisk sengeafsnit. Desuden varetager teamet seks lavintensive senge, hvor patienter tilbydes kortvarig indlæggelse, hvilket udfoldes under punkt 8.2.11. Retspsykiatriske patienter indgår ikke i målgruppen.

8.2.3 Patientmængde

AAT Midtjylland har i perioden 1. september 2015 til 1. september 2016 haft 182 patientforløb. I statusrapporten er det angivet, at teamet ikke har kapacitet til at modtage flere patienter.

8.2.4 Personale

AAT Midtjylland har følgende personalesammensætning:

- Sygeplejersker (5 fuldtidsstillinger)
- Lægeseekretær (30 timer ugentlig)
- Tilknyttet psykiatrisk speciallæge (7 timer ugentlig)

Det betyder, at der er 6 årsværk i AAT'et.

Det vurderes i statusrapporten, at personaleprofilen i høj grad stemmer overens med teamets arbejdsopgaver.

8.2.5 Økonomi

Projektets bevilling fra satspuljen er 7.997.773 kr. fra 2015-2017. Der er yderligere en regional egenfinansiering på 4.381.974 kr. fordelt fra 2015-2017.

Det har ikke været muligt at udnytte de budgetterede lønmidler til vikardækning, grundet behovet for særlige kompetencer i teamet. Fra medio 2016 har teamet ansat endnu en sygeplejersker i en fuldtidsstilling for de overskydende lønmidler.

8.2.6 Tilgængelighed

AAT er tilgængeligt alle hverdage fra kl. 09.00-22.00 og i weekenden i tidsrummet kl. 10-18. I hverdage mellem kl. 14.00-20.00 er der to behandlere (ikke læger) tilgængelige. Åbningstiden er baseret på erfaringer fra Regionspsykiatrien Holstebro som viser, at de fleste akutte (gen)indlæggelser sker i dette tidsrum. Uden for AAT's åbningstid har patienter og pårørende mulighed for, udover hos den almene lægepraksis, at få professionel sparring via Region Midtjyllands Psykiatriske Rådgivningstelefon, som er døgnåben og besvares af en erfaren psykiatrisk sygeplejerske. Telefonnummeret til den døgndækkende rådgivningstelefon udleveres på et fortrykt oplysningsark ved første besøg hos patienten.

8.2.7 Visitation

Visitationen foregår formelt af to veje. Enten henviser privatpraktiserende læge eller vagtlæge til akut psykiatrisk vurdering i Regionspsykiatrien Vest. Henvisningen sker enten på baggrund af lægens kontakt med patienten eller kommunalt ønske om behandlingsforløb ved AAT, hvor henvisningen tillige går igennem egen læge. En patient kan desuden henvises til AAT, som opfølgning på indlæggelse i døgnafsnit, således at døgnindlæggelsen afkortes og udskrivningsfasen understøttes (Statusrapport 2015).

8.2.8 Behandlingsindsatsen

Behandlingsindsatsen ved AAT Midtjylland præsenteres i det følgende. Efter visitering gennemføres første kontakt med teamet inden for 24 timer. Denne kontakt kan være telefonisk, hvorefter der aftales besøg hos patienten inden for 48 timer. Hvis der er tale om ukendte patienter, deltager to behandlere ved det indledende besøg hos patienten for at optimere sikkerheden for patienten og personalet.

Normalvis går der mellem 24 og 36 timer fra visitering til, at der er lagt en plan for patientens behandling. Behandlingsperioden er seks uger. Mange forløb er dog kortere end de seks uger, mens enkelte forløb forlænges og strækker sig ud over perioden. Det sker, at patienter får flere ydelser dagligt, hvor der kan være tale om telefonisk kontakt og en til to besøg per dag. Typisk får patienter dog hjemmebesøg 1-3 gange om ugen.

Med henblik på at håndtere ukendte patienter er personalet trænet i at anvende flere relevante screeningsredskaber, herunder selvmordsrisikovurdering, voldsrisikovurdering (Brøset), funktionsvurdering (GAF) og psykiatrisk udredning (PSE). Disse anvendes også på kendte patienter i det omfang, det er relevant. Desuden anvendes følgende screeningredskaber i behandlingsøjemed; Screening af bivirkninger, Hamiltons depressionsvurdering og Tilbagefaldsforebyggelse.

AAT-behandlerne beskriver, at de indledningsvist forsøger at skabe overblik over patientens ressourcer og mangel på samme, hvor patienterne ofte har udfordringer i forhold til en hensigtsmæssig struktur på hverdagen, herunder nattesøvn. Et af de første initiativer er derfor ofte at udøve "brandslukning", herunder at få struktur på hverdagen. Dette arbejde er baseret på en vejledning, hvor det centrale indhold er:

- Få ro på situationen, søge mod at undgå stress og pres samt eventuelt se efter muligheder for aflastning
- Søge at skabe struktur på dagen
- Plan for mad og drikke, hvis det er nødvendigt
- Små aktiviteter
- Frisk luft
- Genopretning af nattesøvn
- Hjælpe med genetablering af personlig hygiejne, hvis det er nødvendigt
- Gå i dialog omkring eventuelle misbrugsproblematikker i forhold til alkohol og stoffer

Da medicin er et vigtigt indsatsområde, indgår behandler i dialog med patienter om en medicingennemgang for at afklare, om den korrekte medicin er ordineret og om patienten tager den ordinerede medicin.

Udover disse initiativer består behandlingen i at iværksætte støttende samtaler og forestå psykoekation med henblik på at opbygge patienternes (og evt. pårørendes) mestringskompetencer. Et meget vigtigt arbejde er her både afdækning af tidlige advarselssignaler og udforskning og udvikling af de mest effektive og hensigtsmæssige mestringsstrategier, når advarselssignalerne viser sig, samt kriseplan for, hvad der skal ske, når strategierne ikke rækker. Dette sker på baggrund af direkte samarbejde med patient og pårørende.

8.2.8.1 Behandlingsindhold

Følgende behandlingselementer indgår altid i AAT-behandlingen ved AAT Midtjylland, jf. statusrapporten:

- Medicinering

- Psykoedukation
- Samtale
- Symptomvurdering
- Risikovurdering
- Vurdering af funktionsniveau
- Vurdering af sociale omstændigheder
- Støtte til mestringssevne

Derudover indgår følgende behandlingselementer ofte i AAT-behandlingen:

- Vurdering af somatisk helbred
- Hjælp til praktiske problemstillinger
- Støtte til pårørende
- Støtte til at navigere i det offentlige system
- Nada

Personlig pleje indgår derimod sjældent i AAT-behandlingen.

8.2.8.2 Medicinordinationering

Medicin ordineres af overlægen eller alternativt af forvagten i P1. Privatpraktiserende læge informeres, eller der samarbejdes om ordinationer. AAT-sygeplejerskerne støtter patienterne i at få hentet medicinen og få lagt en plan for at tage medicinen efter forskrifterne.

8.2.9 Behandlingskonferencer

Hver fredag afholdes der konference med en varighed på 2 timer, hvor AAT-medarbejderne og den lægefaglige konsulent deltager. Hver 14. dag deltager repræsentanter fra Holstebro Kommune i konferencen.

8.2.10 Tværsektorielt samarbejde

AAT Midtjylland har en central funktion i forhold til at sikre, at patienten ikke efterlades i et tomrum efter AAT-behandlingen er afsluttet. Det kræver, at der tages kontakt til relevante samarbejdspartnere, herunder privatpraktiserende læge, regionale behandlingstilbud, kommunale afdelinger, jobcenter mm.

Ved implementeringen af AAT Region Midtjylland blev der etableret en styregruppe, hvor repræsentanter fra de tre optagekommuner Holstebro, Struer og Lemvig Kommune indgik. Samarbejdet med de kommunale indsatser var indledningstvist organisatorisk og ledelsesmæssigt forankret i denne styregruppe, som efterfølgende er blevet nedlagt. Styregruppens arbejde er efterfølgende overgået til det stationære Lokale Samarbejdsråd mellem Regionspsykiatrien Vest og samtlige kommuner i Regionspsykiatriens Vest's optageområde (LSR).

Samarbejdet mellem AAT og kommunerne udmønter sig i praksis ved, at medarbejdere fra de respektive kommuner gennemfører fælles besøg hos borgere, når dette er relevant. Medarbejdere fra Holstebro Kommune deltager desuden i AAT Midtjyllands behandlingskonference hver 14. dag.

Der har været dialog mellem AAT og praksiskonsulenten for de samarbejdende kommuner, som har været medlem af projektets styregruppe. Der er formuleret et ønske i projektbeskrivelsen om at varetage en del forløb i shared care, hvor behandlingsansvaret deles med privatpraktiserende læge. Shared care-modellen er imidlertid udfordret i forhold til særligt medicinordinationering – og justering. Der identificeres dog en positiv

udvikling i samarbejdet med privatpraktiserende læger, hvor der skabes stadig flere praksiserfaringer med fælles forløb mellem privatpraktiserende læge og AAT (statusrapport s. 6), ligesom privatpraktiserende læger nu oftere henviser patienter direkte til AAT-forløb. Desuden sker det, at AAT-personalet deltager i en samtale med patienten og privatpraktiserende læge.

Samarbejdet med øvrige regionale aktører beskrives i nogen grad, som udfordrende. I henhold til interne henvisninger til andre ambulante klinikker i regionen, er der arbejdsgange, som må afklares.

8.2.11 Organisatoriske ændringer: Lavintensive senge og Ambulante Akutte Døgnpladser

Pr. 1. juli 2016 blev der etableret seks lavintensive senge, som blev en del af AAT Midtjyllands arbejde. Disse blev nedlagt primo 2017 for at blive til Ambulante Akutte Døgnpladser. Dette nye tilbud betragtes som en særskilt behandlingsindsats, og behandles kort i indeværende analyse, hvor det findes nødvendigt i forhold til arbejdsbetingelserne for AAT Region Midtjylland. Ved etableringen af de nye lavintensive senge er AAT Region Midtjylland opnormeret med 1 sygeplejerske, og personalet i AAT varetager plejen i dagsvagt alle hverdage, mens sengeafsnittets personale varetager plejen af patienterne i de lavintensive senge i det øvrige tidsrum. Patienter kan være indlagt i de lavintensive senge i op til fem døgn, hvor AAT-personalet har ansvaret for deres behandling. Samtidig med oprettelsen af de lavintensive senge blev der nedlagt 18 sengepladser. For yderligere information om de lavintensive senge, se AAT Region Midtjyllands statusrapport og dokumentet *Beskrivelse af den Akut ambulante drift af 6 lavintensive pladser i Regionspsykiatrien Vest*.

Ændringen af de lavintensive senge til Ambulante Akutte Døgnpladser primo 2017 har afstedkommet ændringer igen. De akutte døgnpladser er ikke indlæggelser, og dermed er der bedre overensstemmelse mellem den nye overnatningsmulighed og det ambulante akutte psykiatriske arbejde, der udføres i ATT'et.

8.3 DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING

I det følgende gennemgås de sundhedsprofessionelles perspektiv på det AAT-arbejde, de udfører. Sundhedsprofessionelle dækker i denne sammenhæng over psykiater, ledelse og behandlere.

Overordnet set er konklusionerne på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen (jf. kapitel 10), at medarbejderne ved AAT i Region Midtjylland er den gruppe, som gennemgående er mindst tilfredse med deres arbejdsmiljø, i mindst grad oplever deres arbejde som meningsfuldt og de tilkendegiver lav grad af medarbejdertryk.

Den ringe grad af medarbejdertilfredshed mv. afspejler formodentlig frustrationerne over flytningen til sengeafdelingen, opgaven med de lavintensive senge mv. I interviews med medarbejderne kommer frustrationerne over disse forhold frem jf. nedenstående.

8.3.1 Psykiaterperspektiv

Psykiater Jens Kristian Buskov (JKB) er tilknyttet som lægefaglig konsulent ved AAT Region Midtjylland. JKB er interviewet med henblik på at afdække JKBs lægefaglige rolle ind i AAT'et. Interviewet med JKB er præget af frustrationer forbundet med organiseringen af AAT, og derfor centrerer en stor del af analysen sig om dette.

Da AAT som udgangspunkt er organiseret efter shared care-modellen, har JKB principielt ikke det lægefaglige ansvar for AAT-patienterne. Egen læge har ifølge JKB behandlingsansvaret, medmindre patienten har forløb i ambulatorium, hvor lægen i ambulatoriet så har ansvaret. Ifølge JKB er der dog ikke en entydig an-

svarsfordeling mellem de involverede parter, idet han siger: *Det er en meget diffus ansvarsfordeling, der er mellem mig og den praktiserende læge, afdelingsledelsen og sygeplejerskerne.*

Den diffuse ansvarsfordeling skyldes AAT's anvendelse af shared care-modellen, som gør den lægefaglige rolle i AAT uklar. JKB's indvending mod shared care-modellen er, at patientgruppen er mere kompliceret, end hvad det er forventeligt, at privatpraktiserende læge kan udrede og behandle medicinsk. Medicinordning og -justering er ifølge JKB den store lægefaglige problematik ved AAT, såvel som ved den bagvedliggende shared care-model. Problematikken bunder blandt andet i, at speciallægen ikke har tilstrækkelig mulighed for og tid til at tilse patienterne forud for medicinordning, hvilket ifølge JKB strider mod Sundhedsloven.

I AAT sker det, at patienterne ikke ses af en speciallæge, men at denne anbefaler praktiserende læge at ordinere bestemt medicin efter konsultation med sygeplejerske fra AAT evt. rådført med ham, hvilket JKB har stærke indvendinger imod: *At vi slet ikke skal se patienterne, det dur jo ikke. Det er ulovligt. Vi burde ikke anbefale egen læge en ordination, uden at have set patienten. Det er sundhedsloven vi er oppe imod.*

På trods af JKB's mange frustrationer relateret til shared care-modellen og den heraf uklare ansvarsfordeling, er det dog væsentligt at tilføje, at JKB generelt er positiv omkring AAT-behandling, hvor han særligt ligger vægt på, at AAT-behandling er et godt psykiatrisk tilbud.

JKB ligger yderligere vægt på, at samarbejdet med kommunen er væsentligt for at tilbyde et optimalt AAT-forløb for patienterne og nævner, at der før omorganiseringen var et rigtig godt samarbejde mellem AAT og kommunen.

8.3.2 Medarbejderperspektiv

For at afdække medarbejdernes oplevelser og erfaringer er tre af AAT Region Midtjyllands sygeplejersker samt lægesekretæren interviewet. I analysen præsenteres medarbejdernes funktion samt hvad de betragter som de væsentligste udfordringer og succeser ved AAT Midtjylland.

AAT-behandlingen er centreret om det relationsskabende arbejde mellem AAT-brugeren og en primærbehandler, som tilknyttes patienten ud fra faglige kompetencer og interesser. Derudover tilknyttes patienten ofte en sekundærbehandler, som foretager hjemmebesøg, hvis primærbehandleren er forhindret. Målet med AAT-behandlingen er at føre patienten tilbage til sin normalt tilstand ved at støtte patienten i at skabe struktur i hverdagslivet og praktiske gøremål eksempelvis vha. et ugeskema, da patientens psykiske tilstand ofte bliver væsentligt forbedret, når vedkommende får sat struktur på hverdagen. AAT-behandlingen foregår i patientens hjem, og er typisk tilrettelagt således, at patienten får hyppigere hjemmebesøg i starten af forløbet, hvor der oftest er et større behov for støtte, typisk 2-3 besøg pr. uge. Derefter reduceres antallet af besøg ofte til én gang ugentligt. Som sikkerhedsforanstaltning deltager to AAT-medarbejdere, ofte én sygeplejerske i følgeskab med lægesekretæren, ved første hjemmebesøg. Ved de følgende besøg deltager typisk kun én behandler, da dette er mere ligeværdigt. Lægesekretæren fremhæver det som en klar fordel, at hun via hjemmebesøget får en bedre forståelse for den enkeltes situation. Såfremt patienten giver samtykke hertil, arbejder AAT ligeledes med pårørendeinddragelse, hvor pårørende gennem psykoedukation får redskaber til forståelse af patientens reaktioner, konfliktnedtrapping og grænsesætning.

Der er blandt samtlige medarbejdere en udtalt frustration over, at AAT pr. 1. juni 2016 fik til opgave at varetage driften af seks nyetablerede lavintensive sengepladser (LIS). Ifølge medarbejderne betyder den nye arbejdsopgave med LIS, at der er færre udekørende timer i AAT. Dette resulterer i mindre kontinuitet i pa-

tienternes forløb, da det er vanskeligt at fastholde visionen om én primærbehandler til hver patient. Desuden opleves LIS ikke sammenhængende med AAT, hvilket blandt andet skyldes uoverensstemmelse mellem optageområdet for de lavintensive senge og AAT. Medarbejdernes frustrationer vidner om en skævvredet prioritering mellem AAT-opgaver og driften i sengeafsnittet. I relation hertil opleves det som hæmmende for innovationen i AAT, at ledelsen for teamet er forankret i sengeafsnittet, fordi der opleves en prioritering af driften af sengeafsnittet fremfor drift af AAT-projektet.

På trods af at medarbejderne oplever en stor frustration i relation til omorganiseringen, identificerer medarbejderne flere positive aspekter ved AAT-behandlingen. Herunder betragtes AAT som et reelt alternativ til indlæggelse for langt størstedelen af AAT'ets patienter. Medarbejderne vurderer dog også, at der i en vis udstrækning indgår lettere patienter, som ikke nødvendigvis er kandidater til indlæggelse, men hvor AAT-behandlingen kan være med til at forebygge senere indlæggelse.

Samtlige medarbejdere tilkendegiver betydningen af den positive effekt, som der er ved, at behandlingen foregår i patientens hjem. Mødet i hjemmet giver et mere helhedsorienteret indblik i patientens livssituation, og bevirker, at behandlingen i højere grad foregår på patientens præmisser. En medarbejder udtrykker det således:

Jeg synes, det er noget helt andet, fordi man ser nogle helt andre ting, og man kan jo få mere en fornemmelse af, hvad det er for et menneske, man har med at gøre, fordi man er ude i hjemmet, og ser nogle ting, og ser nogle stærke sider, som man måske ikke oplever, når man er på afdelingen.

Med hjemmebehandling får behandlerne et øget blik for patienternes kompetenceniveau og der kan opstilles realistiske behandlingsmål med potentielt længerevarende effekt, når patientens hverdagsliv er omdrejningspunktet.

Et yderligere positivt aspekt ved AAT-behandlingen er det velfungerende tværsektorielle samarbejde. AAT'et har et veletableret samarbejde med Holstebro Kommune, som deltager i AAT's behandlingskonferencer hver 14. dag, hvilket resulterer i en kort sagsbehandlingstid. Med de øvrige optagekommuner, Lemvig og Struer, er der en mindre formaliseret samarbejdsstruktur, men også her er det muligt, at kommunen deltager i hjemmebesøg for at vurdere behovet for en kommunal indsats. Der opleves dog til tider træg kommunikation og uenighed omkring borgerens behov for kommunal støtte qua en udfordret kommunaløkonomi. I de tilfælde hvor kommunesamarbejdet er velfungerede, konkluderer AAT-medarbejderne, at AAT kan agere nyttigt bindeled mellem patient og kommune. Samarbejdet med privatpraktiserende læger er hovedsageligt velfungerende, dog med visse undtagelser. AAT bliver mødt med velvilje i forhold til at booke konsultationer, og AAT prioriterer at sende orientering om patientens AAT-forløb eller opsummering af AAT's observationer til privatpraktiserende læge for at bidrage til et sammenhængende forløb. I relationen til samarbejdet med privatpraktiserende fremhæver en sygeplejerske, at medicinordning- og justeringen er vanskeliggjort af, at AAT er underlagt visionen om shared care. Der eksisterer ifølge en af sygeplejerskerne en modsatrettet forventning om, hvorvidt privatpraktiserende læge eller AAT's tilknyttede psykiater er ansvarlig for medicineringen. Problematikken om medicinering er intensiveret med psykiatermanglen.

Opsummerende er der et velfungerende tværsektorielt samarbejde mellem kommune og AAT, hvilket ses som en styrke i AAT'et. Derudover fungerer AAT-behandling for en stor del af patienterne som et alternativ til indlæggelse.

8.3.3 Ledelsesperspektiv

AAT Region Midtjyllands to afdelingssygeplejersker er interviewet med henblik på at afdække ledelsens perspektiv på AAT'et. Afdelingssygeplejerskerne er sideordnede ledere for sengeafsnittet, de lavintensive senge og AAT.

AAT Midtjylland har oplevet organisatoriske ændringer medio 2016, hvor der blandt andet er varslet lukning af sengepladser i sengeafsnittet P1 og blevet etableret lavintensive senge, som AAT-medarbejderne har ansvaret for i dagstimerne. Det betyder, at AAT's lokaler er blevet flyttet, hvor de tidligere har haft selvstændige lokaler, er de nu placeret i forlængelse af sengeafsnittet. Den nye arbejdsopgave og placering af AAT har medarbejderne oplevet som en stor og frustrerende omvæltning, hvilket erkendes af ledelsen, som er opmærksomme på, at denne nye arbejdsopgave afviger fra den stilling, som medarbejderne i første omgang har sagt ja til. Hos ledelsen er der dog en opfattelse af, at den nye arbejdsopgave relateret til de lavintensive kan gå fint i tråd med visionen for AAT. De lavintensive senge kan anvendes forebyggende, så patienten undgår indlæggelse. Derudover er det at sikre tilstrækkelige lægefaglige ressourcer til AAT er en central ledelsesmæssig udfordring. Der opleves udfordringer i forhold til at sikre, at speciallægen har mulighed for patientkontakt i forbindelse med ordinerer og justering af medicin. Den lægefaglige konsulent kræver at se patienten i forbindelse med medicinordinerer eller -justering, hvilket er en udfordring i relation til hjemmebehandling. Shared care-modellen møder en vis modstand blandt praktiserende læger, som ikke har indgående viden om psykiatrisk psykofarmaka. Når praktiserende læger henviser en patient til psykiatrien, er det ud fra en vurdering af, at de har brug for ekspertise til at se på patienten:

Og så hvis det bliver akut ambulans team, så kan de risikere, at de får den lige så hurtigt tilbage, at det er dem selv, der faktisk skal justere i medicinen og sådan nogle ting. Og det er jo ikke den forventning, de har haft, når de her sendt henvisningen.

Der er således en problematik i forhold til ansvarsfordeling, forventningsafstemning og potentielt langsomme arbejdsopgange relateret til de lægefaglige ressourcer.

Selvom ledelsen oplever, at de organisatoriske ændringer er frustrerende for medarbejderne, og der opleves udfordringer i forhold til at dække de lægefaglige ressourcer, pointeres det, at AAT-behandlingen er værdifuld. Ledelsen vurderer, at AAT yder en god behandling og fungerer både som et alternativ til indlæggelse og til at forkorte en indlæggelse i sengeafsnittet. Det fremhæves, at de positive resultater opnået i AAT skyldes den kyndige og erfarne medarbejderstab, som udfører et meget selvstændigt arbejde. De iboende fordele ved hjemmebehandling ses at være AAT-medarbejdernes blik for "det hele menneske" og muligheden for at lave en målrettet indsats. Ifølge afdelingssygeplejerskerne er der dog nogle gange en udfordring i forhold til at få afsluttet patienterne inden for normeret tid, da der opleves ventetid ved de kommunale instanser, som skal overtage. Derfor gives der i nogle tilfælde en forlængelse ud over de 6 uger.

8.4 PATIENTPERSPEKTIV

I det følgende gennemgås patientperspektivet på AAT-behandling ved Regionspsykiatrien Vest i Region Midtjylland. Gennemgangen er primært baseret på kvalitative interviews med to patienter. Den spørgeskemabaserede undersøgelse af patientperspektivet er afrapporteret i kapitel 10. De kvalitative patientinterviews har en relativ åben spørgeramme, hvilket har givet patienterne mulighed for med egne ord at formulere, hvad de synes, der har været godt, mindre godt og hvad de synes, der kan laves om ved AAT-

behandlingen. To medarbejdere fra DEFACTUM forestod interviews, som er optaget, transskriberet og efterfølgende kodet tematisk i følgende kategorier:

- Patientbaggrund
- AAT-behandling
 - Modtagelse og visitation til AAT
 - Relationsopbygning herunder tilgængelighed til behandling og kontinuitet i behandling
 - Behandlingsindhold herunder medicinsk behandling, sygepleje, psykoedukation mv.
 - Afslutning af behandling
- Oplevelse af magtforhold
- Tværsektoriel koordination
- Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT
- Sammenligning af indlæggelses- og AAT-behandling

8.4.1 Patientbaggrund

De to patienter var dels en mand i slutningen af 40'erne og en kvinde i 50'erne. Med henblik på at gøre fremstillingen af AAT-patientperspektivet læsevenlig og bibeholde anonymiteten har vi tildelt interviewpersoner andre navne end deres faktiske navne. Manden benævnes Troels, mens kvinden benævnes Åse.

Åse er en kvinde med en svær depression. Hun har i den forbindelse selvmordstanker og har haft selvmordsforsøg. Åse har tidligere haft et kortvarigt indlæggelsesforløb. Hun har endvidere oparbejdet et betydeligt alkoholmisbrug, som hun forsøger at trappe ud af. Hun er ydermere KOL-patient, hvilket gør hende meget træt og uden overskud. Derudover beskriver hun, at hun har oparbejdet en betydelig gæld på knap en mio. kr., hvilket hun har svært ved at overskue. Hun er p.t. uden arbejde. Det vurderes, om hun skal i fleksjob eller på førtidspension.

Troels lider af posttraumatisk stress, hvilket han har fået i forbindelse med en alvorlig trafikulykke. Han har været meget plaget af angst, hvilket har afstedkommet kraftige fysiske reaktioner og gjort ham ude af stand til at gøre selv små hverdagsting. Han har tidligere haft en karriere som kunstner. I dag maler og skulpturerer han fortsat, men er blevet førtidspensionist og lever derfor ikke af kunsten.

8.4.2 AAT-behandling

Beskrivelsen af AAT-behandlingen er tematiseret og fremstilles i forhold til kronologien i et behandlingsforløb; modtagelse, relationsopbygning i forhold til kontinuitet i behandlingen og oplevelse af tilgængelighed, oplevelsen af behandling og afslutningen af behandlingen.

8.4.2.1 Modtagelse

AAT-behandlingen ved Regionspsykiatrien Vest i Holstebro tilbydes patienter, som ved visitationen til behandling skønnes egnet til AAT-behandling eller til patienter, som har været indlagt på en sengeafdeling.

Troels bliver tilbudt AAT-behandling i forbindelse med en indlæggelse på medicinsk afdeling på Holstebro sygehus. Han var indlagt, fordi han havde taget en relativ stor mængde beroligende medicin over en længere periode samtidig med, at han var holdt op med at spise og drikke for på den måde at slå sig selv ihjel. Han afviser af flere omgange at tage imod psykiatrisk hjælp. Han er helt afvisende over for en psykiatrisk indlæggelse. AAT-behandleren Lene kommer flere gange på besøg for at tale med ham, blandt andet om muligheden for at få AAT-behandling. Troels beskriver, at tredje gang hun kommer, tager han imod tilbud-

det om AAT-behandling. Efter hendes besøg begynder han at drikke væske, og dermed er han skubbet lidt i gang. Han formulerer det selv således:

Og jeg mener, hun er derovre tre gange, før hun kan få mig overtalt til at komme videre. Det var ikke sådan, at jeg ville gå hjem og hænge mig eller skyde mig eller hoppe i fjorden. Men sådan simpelthen sulte og tørste mig selv ihjel. [...] Altså, jeg havde opgivet fuldstændig. Jeg kunne simpelthen ikke se nogen vej frem med den diagnose jeg har, og den livssituation jeg havde. Men så tredje gang, der får hun puffet lidt til mig. Og så efter hun er gået drikker jeg sådan en liter appelsinjuice. Der får hun mig slået i gang der, på en eller anden måde.

Troels' fortælling illustrer, at der er en indsats forbundet med at gøre patienten indstillet og parat til at modtage behandling, og at opbygningen af behandlingsrelationen begynder der.

Åse bliver i første omgang henvist direkte til AAT-behandling, hvor hun har et behandlingsforløb af godt fire ugers varighed. Hun har det efterfølgende godt i en periode, men så bliver hun meget dårlig igen og har et selvmordsforsøg. Hun bliver indlagt og får efterfølgende endnu et behandlingsforløb ved AAT.

8.4.2.2 Relationsopbygning herunder kontinuitet og tilgængelighed i AAT-behandlingen

I det følgende gennemgås relationsopbygningen i forhold til patienternes opfattelse af tilgængelighed og kontinuitet samt relationsopbygningen i behandlingen.

Relationsopbygningen startede i Troels' tilfælde, da han er indlagt på medicinsk afdeling. I Åses tilfælde er relationsopbygningen startet ved henvisningen til AAT.

Troels beskriver, at han indledningsvist fik et meget intensivt forløb, hvor der var to ude hos ham flere gange om ugen.

Men første gang i denne her omgang, der mødtes vi nede på havnen sammen med Lene og Linda, og så gik vi ned på min båd. Det var også dejligt, at de... altså det var lidt hyggeligt at få dem derover () For den ligger mellem fire pæle sådan et stykke ude fra broen. Så jeg kunne rigtig holde dem i hånden... ()...Men så havde jeg købt noget økologisk æblemost, og så sad vi og fik den ned på båden, da de var der første gang. Det var dejligt de kom derned og også så det. Det er en hjælp synes jeg simpelthen.

Troels har haft besøg af flere behandlere, men to behandlere har været gennemgående.

Troels beskriver, hvordan han har oplevet at få behandling: *Jaja, jeg ved ikke om man kan sige, at de har reddet mit liv...[] .. Jeg har squ aldrig fået så kvalificeret hjælp.* Han beskriver videre, at han har oplevet særlig opmærksomhed og omsorg for hans velbefindende. Han beskriver en situation, hvor en AAT-behandler sms'ede ham, om han havde en ekstra dyne på båden, hvor han opholdte sig, fordi det var koldt i vejret. Han omtaler derfor AAT-behandlerne, og den relation han har haft til dem meget positivt, hvortil han siger: *Ammen altså jeg kan squ ikke give dem stjerne nok derude altså.*

Åse beskriver på lignende vis betydningen af en velkendt, kontinuerlig og stabil relation. Hun siger: *Ja. Og så det der betyder utroligt meget, det er, at det er et kendt menneske.*

Åse og Troels' beskrivelser illustrerer en praksis i AAT ved Regionspsykiatrien Vest, hvor hver patient har en primærbehandler, og hvor behandlingen foregår hjemme hos patienterne og relativt ofte, hvis det er nødvendigt. Der kommer enten en eller to behandlere. I de to patienters perspektiv er patient-behandler rela-

tionen præget af kontinuitet, stabilitet og der lægges vægt på, at behandlerne er omsorgsfulde og opmærksomme.

8.4.2.3 Behandlingsindhold

AAT-behandling er defineret ved at være en akut og kortvarig indsats, der fremstår som et alternativ til indlæggelse (jf. litteraturstudie). Udover medicinsk behandling indbefatter behandlingen en risikovurdering, psykoedukation med henblik på sygdomsforståelse, støttende og udviklende samtaler, sygepleje og øvrige initiativer, der understøtter udvikling i patientens mestringsevne.

Troels og Åse beskriver begge, at de har fået justeret deres medicin. I Troels' tilfælde, har han fået hjælp til at tage medicinen ved en hjemmesygeplejeske.

Udover den medicinske behandling står psykoedukation samt understøttende og udviklende behandling centralt i forhold til at forbedre patienternes mestringsevne. I den forbindelse fremhæver patienterne, at behandlingen hjemme bevirker til en større tryghed, hvilket betyder, at det er nemmere at tale om udfordrende problematikker- Åse formulerer det således:

Jeg er mere mig selv, når jeg er der hjemme end når jeg sidder herinde. Fordi når jeg sidder herinde så har jeg det ligesom om, at jeg ved ikke, hvad jeg skal sige. Det er ligesom om, jeg er ikke mig selv når jeg sidder herinde. Som jeg er når jeg er hjemme. Jeg synes det er lettere at snakke om tingene, når man er hjemme.

Interviewet med Åse foregår, hvor hun er på sengeafsnittet, hvilket er grunden til referencerne til herinde (sengeafsnittet) og 'der', som i hjemme.

Med baggrund i interviewet med Troels står det klart, at en anden væsentlig dimension ved AAT-behandling er det, at der kommer styr på dagligdagsudfordringer. Troels beskriver, at disse er vokset ham over hovedet. Blandt andet har han en hånd han ikke kan bruge, han betaler licens, selvom han ikke har fjersyn, han kan ikke tage bussen nogen steder hen osv. Troels siger om denne type hjælp: *Og det er sådan lidt praktiske ting. Men det er dælmme også en del af livet.*

Udover den konkrete og praktiske hjælp til selvhjælp er der i forhold til udvikling af mestringsevner også behandlingselementer i forhold til dels at få patienterne til at se sig selv og deres udfordringer i et perspektiv, hvor der er håb og muligheder og dels på baggrund af det mindset understøtte handlinger. Disse elementer associeres som regel med recoveryprocesser.

Troels beskriver sine oplevelser af, hvordan han i behandlingsprocessen kommer til at se sig selv og dermed sine muligheder i et helt andet lys. Han siger følgende:

Altså det som jeg sagde der skete et eller andet skred den dag. Hun havde god tid, vi sad og hun sad der på bænken og kiggede ud over vandet og fårene de tøffer rundt ude foran mit vindue. Lige pludselig så. Det er meget diffust det vi taler om nu her. Det er jo ikke lige som at man har brækket en arm. Men der sker et eller andet, hvor jeg egentlig tænker, hvor jeg tror jeg også siger til hende: "Jamen Lene, siger jeg så til hende, jeg kan slet ikke se den person som du kan se sidde over for dig. Altså ...det er jo ikke monster og et uhyre, en der bare skal trykkes ned altså.

Troels bliver tilbudt et alternativt billede 'Thomas'. Det afstedkommer, at Troels begynder at se sig selv på en ny måde og i den forbindelse også tillader sig at behandle sig selv på en anden måde. Han siger:

Jeg ser jo om ikke en smuk mand, så i hvert fald et godt menneske, et dejligt menneske. Som har fortjent et bedre liv end det jeg har tilbudt mig selv. Det er ikke noget der kommer fra den ene dag til den anden. Det tager altså noget tid. Og jeg er da heller ikke færdig med at få ændret mit liv. Det kan man sgu ikke på et år, tror jeg. Det kommer stille og roligt, men det kommer.

AAT-behandlerne får med samtalerne etableret en mulighed for, at Troels kan begynde at anerkende sig selv og dermed begynde at praktisere egenomsorg. Konkret påtager han sig ansvar for sine helbredsproblematikker, såsom en skadet hånd mv. Endvidere begynder han at få Thaimassage og købe bøger til sig selv, hvilket han beskriver som forkælelse. Han siger:

...det her med at forkæle mig selv det har jeg jo aldrig gjort....[.]. Det er ligesom med det thaimassage, det begyndte også at blive sådan ejjj. Og det gik jeg til to gange om måneden i vinter. Det var jo sådan til sidst eller kom lige så stille, at det der med at jeg har sgu da egentlig fortjent det...[.] Til sidst så sad jeg jo og nød turen der i toget ...[.]..og så gik jeg op i gågaden i Holstebro op til banegården med et kæmpe smil i ansigtet midt ude på gågaden. Det var fantastisk. Og lige så-dan gik jeg forbi en boghandel, og jeg tænkte; jo du har da faktisk fortjent en bog. Altså en helt anden tankegang.

Baggrunden for at kunne etablere mestringsevner kan hævdes i et vist omfang at have sammenhæng med evne til at tage ansvar for sig selv. Det forudsætter en evne til egenomsorg. Det er derfor helt essentielt i AAT-behandlingen, at etablere en forståelse for vigtigheden af egenomsorg. Det kan være vanskeligt at etablere blandt mennesker, der er forpinte og ser sig selv som uværdige. Troels beskriver, hvorledes det er lykket ham at nå dertil gennem samtaler med AAT-behandlerne.

En af Åses udfordringer har været (og er), at hun skal lære at forholde sig til, at hun har KOL udover sine psykiske udfordringer. Hun har gentagende gange overbelastet sig selv, hvilket ikke er hensigtsmæssigt for hendes velbefindende. Hun skal derfor lære at tilpasse sine ambitioner og fysiske udfoldelser til, hvad hendes formåen reelt set er. Åse beskriver, at der på den baggrund har været fokus på at give Åse redskaber til, at hun kan danne sig overblik over sine opgaver, prioriteter mv. Hun beskriver det således:

Og hvor de også siger; Prøv at slap af. Lad vær med alle de ting der. Sæt dig ned og lav en seddel, hvad skal du have lavet i dag? Det er nødvendigt. Skriv ned på et stykke papir. Og når du så har gjort det så vinger du det af. Altså det kan være uoverskueligt for mig at skulle ringe til tre forskellige personer på en dag. Men når jeg så skriver det ned på et stykke papir, nu skal du ringe til den, så er det ligesom at så forsvinder det fra hovedet af. Så er der ikke den tanke derinde mere. Det har jeg lært rigtigt meget af. Også at lave de ting jeg rigtigt gerne vil lave.

AAT-behandlingen har på den måde givet Åse redskaber til hun at kan danne sig et overblik over sine opgaver, og herefter at kunne prioritere mellem disse. Hun siger, at AAT har hjulpet hende til at opbygge mestringsstrategier.

Denne hjælp til at mestre livet står centralt i AAT-behandlingen og idet behandlingen foregår i patienternes hjem, er udfordringerne åbenlyse. Der kan derfor bedre tages hånd om de konkrete problemer, men det er ligeledes muligt at gå i dialog omkring løsningsmodeller. Læringspotentialet kan dermed siges at være relativt stort ved AAT-behandling, blandt andet fordi læringsprocessen foregår i patientens naturlige læringsmiljø.

I det følgende redegøres der for, hvorledes Troels og Åse har oplevet afslutningen på deres behandlingsforløb.

8.4.2.4 Afslutning af behandling

Troels beskriver, at han blev afsluttet efter seks uger. Han siger:

...jeg var satme ked af det, den gang de seks uger de var forbi. Den første gang, hold kæft jeg var bange, altså for at stå alene. Jeg følte mig slet slet ikke klar. Men der var jeg jo også begyndt på det der thaimassage. Alt det praktiske var bare i orden. Men det var også det jeg havde sagt til dem... de kunne jo komme her i fem år... Det er mig, der skal gøre det største arbejde, det er squ ikke dem.

Troels beskriver, at det var skræmmende at skulle stå alene efter at behandlingsforløbet på seks uger, blev afsluttet. Han tilkendegiver dog en anerkendelse af, at det er ham selv, der skal arbejde med de udfordringer, han har. Han får imidlertid et tilbagefald og har et kortere forløb et par måneder efter det første forløb.

Åse har på samme vis som Troels haft et seks ugers forløb. Hun er selv af den overbevisning, at hun har fået det meget bedre. På trods af det får hun et tilbagefald og bliver henvist til de lavintensive senge i Holstebro.

Endvidere bevirker hjemmebehandlingen også til, at opgaver, mestringsudvikling, egenomsorg og huslige forpligtelser udføres i brugerens naturlige læringsmiljø, hvilket er befordrende for vedligeholdelse og udvikling af kompetencer.

8.4.3 Magtforhold

I litteraturen omkring AAT-behandling beskrives, at behandlingsformen i et patientperspektiv er associeret med oplevelser af øget tryk, kontrol over eget liv mv. Dette fremhæves som en af de centrale behandlingsmæssige fordele ved AAT-behandling, idet dette initierer til mere effektiv behandling. Dette evidensbaserede argument står i kontrast til en almindelig forestilling om, at AAT-behandling er intimiderende og disciplinerende, fordi behandlingen foregår hjemme hos patienten og involverer gennemsyn af patientens hverdagsliv, inddrager patientens pårørende mv. Spørgsmålet er imidlertid, hvordan det opleves af AAT-brugerne? Er det grænseoverskridende, at AAT-behandlere kommer i hjemmet? Med henblik på at undersøge dette, er alle interviewpersoner blevet stillet et spørgsmål lignende nedenstående:

Interviewer: Jeg kredser lidt om det der med, at du rent faktisk har haft behandlingssystemet hjemme hos dig. Det tænker jeg jo, det kunne man da godt blive sådan lidt forskrækket over. Altså, det er jo dit hjem. Har det ikke været grænseoverskridende?

Spørgsmålet er stillet med henblik på at skævvride svarene i forhold til at motivere interviewpersonen til at give interviewer ret i, at det er grænseoverskridende, at behandlerne kommer i AAT-brugernes hjem. Normalvist bør det tilstræbes, at svar afspejler interviewpersoners perspektiv uden nogen form for priming. Grunden til, at det er fravalgt i denne situation, er, at såfremt AAT-brugerne har haft blot den mindste oplevelse af magtmisbrug og grænseoverskridende adfærd, er det helt essentielt at dette belyses.

Åse og Troels er begge kategorisk afvisende over for, at det kan være intimiderende, at der kommer behandlerne hjemme. De fremhæver i stedet de meget positive elementer ved hjemmebehandling. Åse siger:

Jamen nej. Nej jeg vil faktisk sige tværtimod. Jeg synes sommetider det var træls at komme herind (sengeafsnittet). Fordi man føler sig ikke rigtigt hjemme og det gør man når man er i sit eget hjem. Og så er det når de kommer. Jeg synes, jeg er en anden person når jeg er hjemme end når jeg ikke er hjemme.

På samme vis er Troels afvisende: *Nej tværtimod, så har det været en hjælp.* Det Troels mener med, at det har været en hjælp er, at han med sit hjem og sine ting, har haft mulighed for at vise, hvem han er. Det giver en tryghed og tillid i relationen, og som han siger: *..det giver en bedre forståelse af det. Altså hvilken person er det egentlig, de arbejder med?* Troels beskriver, at AAT-behandlerne har kunnet se de kunstværker, han laver, som ofte er selvportrætter. Det mener han, har givet stor indsigt i Troels' sjæleliv. I forhold til rengøring og andre ting siger han: *Nu ved jeg godt, der ligger døde fluer i vindueskarmen. Og min kat kom ind med en fasan...[].. Men altså...* Troels illustrer på den måde, at han ikke ser det som vigtigt, hvor rent der er, men har fokus på at give indblik i sin situation og hvis man har det, er det en fordel at få besøg hjemme.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at AAT-brugerne ikke oplever det grænseoverskridende, at behandlingen foregår i deres hjem. De beskriver tværtimod, at behandlingen i deres hjem giver et væsentlig bedre grundlag for behandlingen, fordi det giver et bedre billede af deres situation og de kan være mere oprigtige.

8.4.4 Tværsektoriel koordination

I og med at AAT-behandlingen foregår i borgerens hjem, fremstår behovet for koordination med øvrige sektorer, såsom praktiserende læge, kommunale instanser, herunder socialrådgiver, familierådgivning, jobcenteret mv. tydeligere for behandlerne, end det er tilfældet ved indlæggelsesbehandling. I tillæg hertil kan det være presserende, at denne koordination foregår for, at patienten kan vedblive med at være hjemme.

Åse beskriver, at AAT-behandlerne har hjulpet med at tilknytte en kommunal rådgiver for at gennemgå hendes økonomi. Hun har en uoverskuelig gæld på knap en mio. kr. Hun siger:

Og jeg har en kæmpe gæld på næsten 900.000 og der har de jo så også hjulpet mig, med at komme af med den, eller prøve at få noget gældssanering. Men der er jeg så blevet tilbudt sådan en konsulent inde fra kommunen, der kommer hver onsdag i Lemvig kommune.

I Troels' tilfælde har der været flere forhold, som AAT'et har hjulpet med afklaringer på. Troels havde transportproblemer på flere niveauer, hvor det først blev arrangeret og efterfølgende blev Troels motiveret til at begynde at tage offentlig transport, så han kunne komme rundt. Endvidere fik han ryddet op i diverse pengesager blandt andet afmeldt licens mv. Desuden blev der tilknyttet en støttekontaktperson. I forhold til privatpraktiserende læger er der mangel på disse, hvilket betyder, at det for nogle patienter kan være svært at få den fornødne lægehjælp. AAT'et har i den forbindelse afhjulpet med tilknytning af en hjemme-sygeplejeske.

8.4.5 Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT

Dette afsnit er dels fremstilling af specifikke forhold, som AAT-brugerne og deres pårørende fremhæver som optimeringsmuligheder eller specielt positive elementer, og dels en opsamling på ovenstående afsnit.

Helt generelt udtrykker Åse og Troels stor tilfredshed med AAT-behandlingen.

I et patientperspektiv vil det være tilrådeligt, at behandlingsperioden forlænges, men samtidig erkender specielt Troels, at det nødvendigvis er ham selv, der skal lave det hårde arbejde fremadrettede.

Troels og Åse fremhæver begge de betydelige fordele, der er ved, at behandlingen foregår i deres hjem. Det giver tryghed, hvilket bevirker til, at det er nemmere at tale om svære ting. Endvidere fremhæves det, at adgangen til hjemmet medvirker til, at AAT-behandlerne får et bedre indblik og forståelse for den livssituation, som man står i som akut psykiatrisk syg.

En helt væsentlig behandlingskomponent er den hjælp til selvhjælp, som Åse og Troels har fået i form af redskaber til at mestre deres udfordringer. I den proces har de fået opgaver og er blevet udfordret med henblik på at kunne håndtere og udvikle deres hverdagsliv. Der er blevet udarbejdet realistiske dags- og ugeplaner i Åses' tilfælde og Troels er blevet udfordret i forhold til de angstproblematikker, han har ved blandt andet at skulle tage til Holstebro osv.

AAT-behandlingstilbuddet i Region Midtjylland kan derfor siges at få en meget positiv evaluering af sine brugere.

8.4.6 Sammenligning af indlæggelses- og AAT-behandling

Troels er meget afvisende over for indlæggelsesbehandling. Han har ikke været indlagt på psykiatrisk afdeling i forbindelse med sin behandling, men har som beskrevet oven for været indlagt på medicinsk afdeling i forbindelse med sit forsøg på at tørste og sulte sig selv ihjel. Hans vurdering af psykiatrisk indlæggelsesbehandling er derfor ikke erfaringsbaseret, men angår mere forestillinger, om hvordan det er. Åse har den holdning, at i de tilfælde, hvor hun er meget forpint, skal hun være indlagt, men derefter skal hun hurtigst muligt overgå til AAT-behandling fordi det er igennem denne, at hun har oplevet at få redskaber til at håndtere sine udfordringer.

8.5 IMPLEMENTERINGSSTATUS

DEFACTUMs vurdering er, at projektet i Region Midtjylland tilbyder et meget intensivt behandlingstilbud, som kan sammenlignes med indlæggelsesbehandling. AAT Region Midtjylland har mange patienter i forløb, som uden tilbuddet om AAT-behandling ville have været indlagt på psykiatrisk afdeling. Det er grundlæggende et velfungerende AAT-tilbud, som imidlertid er infiltreret i flere overvældende organisatoriske forandringer, som påvirker teamets arbejde.

8.5.1 Udfordringer og muligheder

AAT står dog p.t. over for organisatoriske udfordringer grundet etableringen af lavintensive senge (LIS) samt mangel på psykiaterkompetencer. I forhold til at AAT har fået til opgave at varetage LIS, er AAT fysisk flyttet fra "egen lejlighed" til det tidligere sengeafsnit. Den nye opgave og de nye fysiske rammer bekrives af medarbejderne som kontraproduktive for optimal AAT-behandling, og bevirker til frustration blandt medarbejderne. Desuden er der som beskrevet i statusrapporten en problematik i forhold til at skaffe de tilstrækkelige lægefaglige ressourcer, det kræver, for at patienterne i AAT kan få vurderet og justeret deres medicin. Manglen på speciallæger er en generel problematik i Regionspsykiatrien Vest, som i februar 2017 førte til den politiske beslutning om at lukke det psykiatriske døgnafsnit P1, som AAT Midtjylland indtil da hørte under. Beslutningen blev truffet efter flere initiativer for at rekruttere speciallæger til Regionspsykiatrien Vest ikke gav resultater. Sengepladserne blev i den forbindelse flyttet til psykiatriske afdelinger i Herning og Viborg.

Derudover ses der et forbedringspotentiale ved klart at definere behandlingsansvaret og hvad grænsen er for den ønskede shared care-model, særligt i forhold til medicin, da nogle præparater ikke kan ordineres af privatpraktiserende læge.

8.5.1.1 Psykiatertilknytning og medicinordinerings:

Oprindeligt søgtes Shared care-modellen implementeret. Ideen var, at praktiserende læge skulle ordinere medicinen til patienterne. Men idet de praktiserende læger har haft reservationer og været tilbageholdende med shared care-modellen har det afstedkommet udfordringer. Konkret har det betydet, at medarbejderne i AAT har haft svært ved at få den medicinske behandling vurderet og justeret (jf. statusrapport).

Der er i 2017 arbejdet med at finde andre modeller til løsning af udfordringer med tilgængelighed af speciallægekompetencer.

8.5.2 Succeser

AAT i Region Midtjylland udemærker sig ved at være et reelt alternativt til indlæggelse, hvor højt kvalificerede sygeplejersker tilbyder et veldefineret behandlingsindhold, og gennemfører mange succesfulde behandlingsforløb. Derudover udemærker teamet sig ved at komme på hyppige besøg og yde telefonisk støtte i den mest akutte fase. Dette resulterer i stor patienttilfredshed.

Patienterne udtrykker stor tilfredshed med den hjælp og støtte, de har fået igennem deres AAT-forløb. Patienterne fremhæver, at den understøttelse og hjælp de får fra AAT-medarbejderne har gjort dem bedre i stand til at mestre de udfordringer, de oplever i deres hverdagsliv. Det fremhæves som yderst positivt, at AAT-behandlingen foregår i eget hjem med hyppige besøg og yderst kompetent personale. Medarbejderne udtrykker ligeledes stor arbejds glæde ved at gennemføre forløb baseret på hjemmebesøg.

8.5.2.1 Det tværsektorielle samarbejde

Det tværsektorielle samarbejde med kommunerne er overraskende meget velfungerende og velorganiseret, hvor det sociale aspekt af patienternes aktuelle situation håndteres fornuftigt. Projektet arbejder især tæt sammen med kommunale medarbejdere ved Holstebro Kommune, som deltager i konference med teamet hver 14. dag. Dette tætte og veldefinerede samarbejde gavner patienternes overgang fra AAT til andre instanser og behandlingstilbud.

9 REGION NORDJYLLAND

I det følgende gennemgås Region Nordjyllands satspuljeprojekt for ambulante akutteam (AAT). Det regionale projekt belyses på baggrund af analyser baseret på forskellige metodiske tilgange, herunder interviews, kvantitative data samt dokumentgennemgang (jf. kapitel 3). Evalueringen søger overordnet at besvare, om Region Nordjyllands ambulante akutte psykiatriske behandlingstilbud er implementeret således, at det er sammenligneligt med et indlæggelsesforløb.

Afsnittet har følgende opbygning. Først præsenteres implementeringsgrundlaget, efterfulgt af en 52

beskrivelse indeholdende informationer om AAT'ets organisering, herunder formålet med AAT, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Herefter præsenteres de sundhedsprofessionelles perspektiv på AAT-tilbuddet. Disse interviewanalyser er inddelt i et ledelse-, psykiater- og medarbejderperspektiv. Dernæst fremlægges interviewanalyser af patientperspektivet. Den projektspecifikke analyse afsluttes med en opsummerede vurdering af projektets væsentligste succeser, udfordringer samt muligheder.

9.1 IMPLEMENTERINGSGRUNDLAG

Implementeringsgrundlaget gennemgås med henblik på at belyse styrker og svagheder i organisering forud for implementeringen af AAT for dermed at vurdere den organisatoriske kraft, som organisationen besidder til at løfte opgaven med at tilbyde AAT-behandling.

Sengeafsnittet N7 havde igennem en længere periode oplevet udfordringer med overbelægning. På den baggrund blev AAT-projektet udviklet til at forøge behandlingskapaciteten ved at tilbyde nogle patienter tidligere udskrivelse med mulighed for et efterfølgende AAT-forløb. Herved bidrager projektet samtidig til at øge behandlingskapaciteten, reducere overbelægningen på N7 samt styrke rehabiliteringen og sikre stabilisering af patienter, der har været indlagt.

AAT ved Region Nordjylland Frederikshavn N7 havde fra begyndelsen skitseret et projekt med to AAT-medarbejdere, som var forankret i N7 sengeafdelingen, men med klart differentierede arbejdsopgaver. Der har ikke været organisatoriske udfordringer relateret til implementering.

9.2 BESKRIVELSE AF AAT NORDJYLLAND

Det ambulante akutteam i Region Nordjylland (herefter AAT Nordjylland) har modtaget patienter siden medio februar 2015. AAT Nordjylland er forankret i det åbne voksenpsykiatriske sengeafsnit N7, der er beliggende i Frederikshavn og organisatorisk hører under Klinik Nord.

I det følgende beskrives organiseringen af AAT Nordjylland, herunder formålet med projektet, målgruppe, patientmængde, personalesammensætning, økonomi, tilgængelighed, visitation, behandlingsindsatsen, behandlingskonferencer og det tværsektorielle samarbejde. Beskrivelsen tager udgangspunkt i projektets projektbeskrivelse, indsats teori og statusrapporter.

9.2.1 Formål med AAT Nordjylland

Formålet med AAT Nordjylland er, som beskrevet under implementeringsgrundlaget at øge behandlingskapacitet samtidig med at styrke borgernes recovery i tiden efter indlæggelse. Styrkelsen af den psykiatriske behandlingsindsats i udskrivningsperioden ved at tilbyde patienter som udskrives fra N7 en tæt opfølgning,

skal afkorte indlæggelsestiden og forebygge genindlæggelser. Derudover er det ambitionen, at borgernes fastholdelse til deres dagligdag og nærmiljø sikres, og patient- og pårørendetilfredsheden øges.

9.2.2 Målgruppen

Målgruppen for AAT Nordjylland er voksne psykiatriske patienter med komplekse problemstillinger i alderen 18-75 år, der har haft mindst en indlæggelsesperiode på sengeafsnittet N7. Dette dækker over patienter med behov for tæt opfølgning efter indlæggelse på N7 for at opnå bedring og stabilisering af sygdommen og dermed afkorte eller undgå genindlæggelse. Derudover er patienter, som oplever akut forværring under et ambulant forløb, eller som kan undgå eller forkorte indlæggelse ved tilknytning til teamet en del af målgruppen. Geografisk er målgruppen afgrænset til borgere bosiddende i Frederikshavn kommune, og patienter, der ikke tidligere har været indlagte i N7, indgår ikke i målgruppen.

Af AAT Nordjyllands statusrapport fremgår det, at patienter med følgende diagnoser og symptomer indgår i teamet: depression, bipolare lidelser, personlighedsforstyrrelser, udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser og stress. Teamet har patienter, som tidligere har været indlagt på tvang, mens retspsykiatriske patienter ikke indgår i målgruppen.

9.2.3 Patientmængde

AAT Nordjylland har i perioden 1. september 2015 til 1. september 2016 haft 103 patientforløb. I statusrapporten er det angivet, at der er rimelig overensstemmelse mellem patientmængden og ressourcerne i det ambulante akutteam.

9.2.4 Personale

AAT Nordjylland har følgende personalesammensætning:

- Sygeplejerske (fuldtid)
- Social og sundhedsassistent (i gang med psykiatrisk efteruddannelse) (fuldtid)
- Lægeseekretær (9 timer ugentligt)
- Psykiater (3 timer ugentligt)
- Fysioterapeut (1,5 time ugentligt)
- Socialrådgiver (3 timer ugentligt)
- Projektleder (3 timer ugentligt)

Det vurderes i statusrapporten, at personaleprofilen i høj grad er overensstemmende med teamets arbejdsopgaver.

9.2.5 Økonomi

Projektets bevilling fra satspuljen er 3.400.00 kr. fordelt fra 2014-2017. Der er en regional egenfinansiering på 940.484 kr. fordelt fra 2014-2017.

I perioden 1. oktober 2015 til 1. oktober 2016 havde projektet et samlet mindreforbrug på ca. 260.000. Mindre forbrugte skyldes, at lønudgifterne er lavere end budgetteret, og at der har været et mindre behov for afløsning, da personalet i teamet i vid udstrækning dækker hinanden ind. Derudover har der ingen udgifter været til tilkaldevagt, da det eksisterende personale i N7 har dækket ind for teamet i aften- og natte-timer.

9.2.6 Tilgængelighed

AAT Nordjylland er tilgængeligt mandag til torsdag kl. 8.00-15.30 og fredag kl. 8.00-15.00. Ud over overstående tidsrum, dækker sengeafsnittets øvrige personale ind ved behov for akut indsats.

9.2.7 Visitation

På tværfaglige behandlingsmøder, hvor patienten altid deltager, vurderes det, om der efter udskrivelse er behov for AAT-forløb. Patienten orienteres om, hvad behandlingen i AAT indebærer og i samarbejde tages en beslutning. Psykiateren fra sengeafsnittet foretager den endelige vurdering og visitation i forbindelse med patientens udskrivning fra sengeafsnittet.

9.2.8 Behandlingsindsatsen

Et typisk behandlingsforløb starter med etablering af kontakt til patienten under indlæggelse, inden overgang til behandling ved AAT Nordjylland. Der går typisk et døgn fra visitationen til første AAT-behandling, og hvor der også foreligger en plan for patientens behandling. I behandlingsperioden kan patienten modtage et ubegrænset antal besøg og kan besøges flere gange dagligt. Et behandlingsforløb kan vare op til 30 dage, med mulighed for kortvarig forlængelse. Herefter iværksættes initiativer, der afhjælper patientens problemstillinger, herunder støtte til patienten og dennes netværk og kontakt til professionelle netværk omkring patienten. Ved første samtale med patienten aftales behovet for besøg mellem patienten og AAT Nordjylland. Typisk vil der dagligt være besøg i starten af forløbet, mens der vil være færre besøg op til afslutningen af forløbet.

9.2.8.1 Behandlingsindhold

Følgende behandlingselementer indgår ofte i AAT-behandlingen, jf. teamets statusrapport:

- Medicinering
- Psykoedukation
- Samtale
- Symptomvurdering
- Risikovurdering
- Vurdering af funktionsniveau
- Vurdering af sociale omstændigheder
- Hjælp til praktiske problemstillinger
- Støtte til pårørende
- Kognitiv adfærdsterapi
- Jeg-styrkende sygepleje
- Koordinering af videre behandlingsforløb
- Bisidder ved kontakt til kommunale- og regionale samarbejdspartnere

Vurdering af patientens somatiske helbred samt personlig pleje indgår derimod sjældent i AAT-behandlingen.

9.2.8.2 Medicinordination

Overlægen på sengeafsnittet N7 ordinerer medicin. I overlægens fravær foretager afdelingslægen medicinordinationen. Hvis patienten har behov for hjælp til medicinadministrationen, koordinerer AAT-personalet hjemmeplejen.

9.2.9 Behandlingskonferencer

AAT Nordjylland har en ugentlig behandlingskonference. Ud over AAT-medarbejderne og psykiateren, deltager også teamets tilknyttede socialrådgiver, da mange af patienterne har sociale problemstillinger. På behandlingskonferencen berøres således både lægefaglige og sociale problemstillinger.

9.2.10 Tværsektorielt samarbejde

AAT Nordjyllands kommunale samarbejdspartnere er forankret i Frederikshavn Kommune. Her samarbejder de med Center for Social- og Sundhedsmyndighed, Center for Handicap og Psykiatri og Center for Unge, familieafdelingen, jobcenter, specialenhed, kommunale støttecentre, hjemmepleje og Fontænehuset i Frederikshavn. Samarbejdet består blandt andet i, at AAT efter vurdering af fremtidigt støttebehov, tager kontakt til samarbejdspartnere med henblik på overlevering af patient. Heri indgår et referat af de problemstillinger, der arbejdes med, og forslag/handlingsplan for videre opfølgning. AAT deltager derudover i relevante møder, som patienten har med kommunen.

N7, Frederikshavn er et decentralt sengeafsnit i Klinik Psykiatri Nord, og sengeafsnittet samarbejder derfor ved behov, og når det er relevant med de øvrige sengeafsnit og ambulatorier i Klinik Psykiatri Nord, herunder Modtagelsen på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, hvor patienter der er tilknyttet AAT kan indlægges, hvis patienten efter kl. 15 og i weekender vurderes at være så dårlig, at en indlæggelse er nødvendig. Desuden er der samarbejde med de regionale misbrugscentre.

AAT Nordjyllands samarbejde med privatpraktiserende læge består blandt andet i, at der i forbindelse med afslutning af forløb sendes epikrisen, som er godkendt af psykiateren, til privatpraktiserende læge. Såfremt patienten ønsker det og det er muligt at få en konsultation inden for de 30 dage, afholdes der et overleveringsmøde hos egen læge med deltagelse af patienten og AAT-medarbejder.

9.3 DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES SELVEVALUERING

I det følgende redegøres der for de sundhedsprofessionelles perspektiv på AAT fra psykiater-, medarbejder og ledelsesperspektiv.

9.3.1 Psykiaterperspektiv

Ledende overlæge, Ema Mamykina, på psykiatrisk sengeafsnit N7 i Frederikshavn er interviewet med henblik på at afdække den psykiatriske specialelæges rolle ind i AAT'et.

De lægefaglige opgaver er ifølge den ledende overlæge mere begrænset i AAT end ved indlæggelsesbehandling, og i AAT er det terapeutiske og kognitive arbejde uddelegeret til AAT-medarbejderne. Overlægen kender patienterne fra deres indlæggelse. Hun forestår fortsat medicinregulering og selvmordsrisikovurdering mm., hvis der er behov herfor. Hun tilser dog ikke patienterne, men er i løbende dialog med AAT-medarbejderne om patienternes medicin. Dialogen foregår blandt andet på den ugentlige behandlingskonference, hvor blandt andre AAT-medarbejderne og psykiateren deltager.

Den ledende overlæge betragter AAT som en effektiv udnyttelse af psykiaterkompetencerne, men tilkendegiver, at tilbuddet kun kan fungere, fordi hun kender patienterne fra deres indlæggelse, og har stor tiltro og tillid til AAT-medarbejdernes faglige kompetencer. Tiltroen er nødvendig, da AAT-patienter tilses sjældnere end indlagte patienter. Den mindre hyppige patientkontakt kan være en bekymring, da overlægen som psykiater ved AAT har behandlingsansvaret. At hun kender patienterne fra indlæggelse mindsker den-

ne problematik, og hun vurderer, at hvis hun ikke havde den nødvendige viden om patienterne fra indlæggelse, ville AAT ikke fungere i forhold til det lægefaglige arbejde.

Overlægen mener, at AAT medvirker til at undgå genindlæggelser, da tidligere patienter fra AAT kan tilknyttes AAT uden at være indlagt først (de dog skal igennem modtagelsen først). Hun pointerer i den forbindelse, at mange patienter ikke får yderligere kontakt med AAT efter endt forløb.

Derudover påpeger overlægen, at AAT har betydet kortere indlæggelsestid i sengeafsnittet, samt en reduktion af overbelægningen, som var udtalt før AAT'ets opstart. AAT har ifølge overlægen bevirket, at flere borgere er kommet i psykiatrisk behandling. Desuden oplever hun i mindre grad, at patienter må udskrives uden et videre forløb. Endnu en fordel ved AAT er, at patienterne hjælpes til at strukturere deres hverdag i hjemmet. Denne hjælp til selvhjælp påpeger hun, er svær at give til patienterne under indlæggelsen.

9.3.2 Medarbejderperspektiv

For at afdække medarbejdernes oplevelser og erfaringer med AAT-behandling, er begge AAT-medarbejdere interviewet. Begge medarbejdere har en lang psykiatrisk erfaring, og den ene er yderligere i gang med målrettet psykiatrisk efteruddannelse.

På baggrund af en tematisk kodning af interviewet er de centrale pointer præsenteret i følgende afsnit: AAT-medarbejdernes arbejdsfunktioner og hvad de betragter som værende de væsentligste udfordringer og succeser ved AAT Nordjylland.

Første gang en patient henvises til AAT, er det i forlængelse af en indlæggelse på sengeafsnittet N7. Dette betyder, at AAT-behandlingen påbegyndes, mens patienten er indlagt, hvor AAT-personalet etablerer en relation. Efter udskrivelse og opstart af AAT-forløbet, gennemfører AAT-behandlerne hjemmebehandling med kognitiv terapi og adfærdsterapi med et mål om at forbedre patientens mestringsevne.

For at skabe optimale rammer for behandlingen prioriteres det, at hver patient tilknyttes én AAT-medarbejder, som er hovedansvarlig for vedkommendes behandlingsforløb, da relationsopbygningen anses som essentiel. Derudover prioriteres behandling i patientens eget hjem frem for ambulante samtaler på afsnittet.

Det er af afgørende betydningen for behandlingseffekten, at AAT-behandlingen foregår i borgerens eget hjem, da AAT-behandlerne her kan observere og støtte patienten bedst muligt. Medarbejderne lægger ikke skjul på, at den omstændighed, at de kommer hjem hos borgeren giver stor indsigt i de udfordringer, som borgeren har. Dette muliggør, at de kan iagttage, hvad der fungerer og belaster i borgerens liv, og dermed bedre understøtte udviklingen af mestringsevner for patienten. De beskriver det således:

Det meningsfyldte for mig er, at det er det levede liv, vi kommer ud i. Det er det liv, patienten skal leve, det er deres livsværk jo, det er der, tingene skal fungere. For tro mig, de kan intet, når de er i afsnittene [...] De lægger det (ansvaret) fra sig, og det har de også brug for. Det har de virkelig brug for i den akutte fase[...] Men ligeså snart de kan (tage ansvar), så skal de have fat i deres egne ressourcer og deres netværk og komme hjem og få det til at fungere derhjemme.

Begge medarbejdere fremhæver her, at patienterne er tillagt mere ansvar og magt over eget liv ved hjemmebehandling kontra indlæggelsesbehandling. Det udgør i deres perspektiv et meget positivt element ved AAT-behandling, og medvirker til, at patienten mødes på sine egne præmisser. De har dog samtidig blik for, at der kan være situationer, hvor indlæggelsesbehandling er den relevante behandlingsform, frem for AAT-

behandling. Det er i situationer, hvor patienter er så dårlige, at de ikke kan tage ansvar for deres eget liv eller der er risiko for, at de gør skade på andre.

AAT-medarbejderne beskriver, hvordan det på baggrund af den viden og de indsigter AAT-behandlingen giver, er muligt for dem at se behovene for støtteforanstaltninger. Det kan være støtte fra kommunen i form af en støtteperson mv. Endvidere ser medarbejderne som regel også behov i forhold til tilknytning til privatpraktiserende læge.

Medarbejderne beskriver, at der er skabt et godt og meget effektivt samarbejde med alle relevante afdelinger i Frederikshavns Kommune. AAT-medarbejderne går i samarbejde med patienterne (med deres samtykke) og sengeafsnittets socialrådgiver i dialog med kommunen, hvilket eksempelvis fører til visitation til kommunal bostøtte.

I modsætningen hertil er samarbejdet med privatpraktiserende læge en større udfordring, hvilket primært skyldes, at det opleves som vanskeligt inden for AAT-forløbets tidsramme at planlægge konsultation hos lægen med deltagelse af den primære AAT-behandler og patienten. At det ofte ikke er muligt at lave en mundtlig overlevering, vurderes at være en hæmsko for AAT-patienternes videre forløb. Medarbejderne ser derfor et udviklingspotentiale i at forlænge behandlingsperioden permanent eller gøre tidsrammen mere fleksibel, således at der er længere tid til at planlægge konsultation ved egen læge. Dette vil samtidig sikre længere tid til at etablere relationen til patienten.

Den største udfordring som medarbejderne ser lige nu, er, at det er udfordrende at patienter, der indskrives i AAT, er mere syge end førhen. Dette mener medarbejderne, skyldes lukning af psykiatriske sengepladser i Brønderslev. Patientgruppen har ikke ændret sig diagnostisk, men at de er psykisk svagere, betyder ifølge medarbejderne, at relationsopbygningen tager længere tid og gør det samtidigt vanskeligere at arbejde kognitivt med patienterne. I relation hertil reflekteres der over, at nogle patienter kan have gavn af kortvarige ophold på sengeafsnittet, som strækker sig udover det nuværende tilbud på én overnatning, for at undgå genindlæggelse.

Grundlæggende vurderer AAT-medarbejderne, at AAT er et relevant og effektivt behandlingstilbud. De foreslår, at udvide AAT-tilbuddet med flere personaleressourcer (og dermed åbningstid), så flere kan få gavn af tilbuddet og dermed undgå indlæggelser. Ved en udvidelse af projektet bør det dog fastholdes, at hver patient tilknyttes én hovedbehandler, da relationen er essentiel for behandlingseffekten. Ligeledes understreges vigtigheden af den lægefaglige vurdering, idet indlæggelse i visse tilfælde er nødvendig.

9.3.3 Ledelsesperspektiv

Afdelingssygeplejerske for N7 og projektleder for det ambulante akutteam i Region Nordjylland, Karin Bergh-Hanssen (KBH) er interviewet for at afdække AAT-Nord fra et ledelsesperspektiv.

Afdelingssygeplejersken beskriver, at udgangspunktet for udviklingen af AAT-projektet var en ambition om at finde en løsning på det betydelige overbelægningsproblem, der var på N7's sengeafsnit. AAT-tilbuddet blev derfor konstrueret med henblik på at afkorte indlæggelsesforløbene og eventuelt behandle gengangere med AAT-behandling frem for indlæggelse. Dermed blev AAT-tilbuddet konstrueret uden mulighed for visitation af ikke-kendte patienter.

Afdelingssygeplejersken angiver det som sin væsentligste ledelsesmæssige opgave at arbejde med organisationskulturen. Hun har haft skarpt fokus på, at AAT-tilbuddet skulle være en integreret del af N7 såvel

opgave- som personalemæssigt. Dette for at undgå differentiering mellem 'dem' i AAT og 'os' i sengeafdelingen. I stedet har afdelingssygeplejersken bestræbt sig på at udvikle en organisationsstruktur og kultur, hvor AAT-tilbuddet fremstår relevant og meningsfuldt for hele afdelingen, så der hele tiden blev talt om 'vi'. Dette arbejde blev gjort relativt nemt ved, at AAT-medarbejderne meget hurtigt illustrerede værdien af AAT-behandlingen over for et i udgangspunktet lidt skeptisk personale i sengeafdelingen.

I forbindelse med opstarten af projektet var der specielt to udfordringer: Dels kommunesamarbejdet og dels udfordringer i forhold til tilgængelighed af hjælp uden for AAT-arbejdstider. I relation til tilgængeligheden var der fra personalet på sengeafdelingens side en bekymring for, om de ville få uoverskuelige ekstraopgaver med behandling af AAT-brugerne, fordi de havde telefonvagten. I praksis har det vist sig, at den telefoniske kontaktmulighed uden for almindelig arbejdstid stort set ikke anvendes. AAT-brugerne ringer i stedet, når de kan komme i kontakt med AAT-personalet. N7 samarbejder med Frederikshavns kommune, som i udgangspunktet italesatte en ganske betydelig bekymring i forhold til at AAT kunne resultere i opgaveglidning fra region til kommune i forhold til behandling af psykiatribrugere. I dag tales der ikke om opgaveglidning, men derimod om samskabelse. Samskabelsen består i, at patienterne med hjælp fra AAT-behandlerne i højere grad får den rigtige kommunale hjælp og støtte tilknyttet, og derfor ikke bliver så syge, som de gjorde tidligere. Afdelingssygeplejersken beskriver sin rolle, som et spørgsmål om at tage ansvar for rammerne for projektet og ellers have tillid til personalet. Dette er muligt, fordi AAT-personalet er meget kompetent i forhold til psykiatrisk sygepleje, og derudover har længerevarende erfaring inden for området fra sengeafdelingen. Afdelingssygeplejersken oplever, at tillidsrelationen er gensidig, ligesom der også eksisterer gode relationer ind i regionspsykiatrien, som anerkender det arbejde, der laves med AAT i N7.

Afdelingssygeplejersken ser et udviklingsperspektiv i forhold til AAT-behandlingen i form af en udvidelse af tilgængeligheden for AAT således, at der også kan tilbydes behandling i weekender. Hun ser gerne en fordobling af personaleressourcerne. Derudover anser afdelingssygeplejersken det, som en udviklingsmulighed, at begynder at behandle patienter, som ikke har haft en forudgående indlæggelse.

9.4 PATIENTPERSPEKTIV

I det følgende gennemgås patientperspektivet på AAT-behandling ved N7 i Region Nordjylland. Gennemgangen er primært baseret på kvalitative interviews med tre patienter. Den spørgeskemabaserede undersøgelse af patientperspektivet er afrapporteret i kapitel 10. De kvalitative patientinterviews har en relativ åben spørgeramme, hvilket har givet patienterne mulighed for med egne ord at formulere, hvad de synes, der har været godt, mindre godt og hvad de synes, der kan laves om ved AAT-behandlingen. To medarbejdere fra DEFACTUM forestod interviews, som er optaget, transskriberet og efterfølgende kodet tematisk i følgende kategorier:

- Patientbaggrund
- AAT-behandling
 - Modtagelse og visitation til AAT
 - Relationsopbygning herunder tilgængelighed til behandling og kontinuitet i behandling
 - Behandlingsindhold herunder medicinsk behandling, sygepleje, psykoedukation mv.
 - Afslutning af behandling
- Sygeliggørelse og selvopfattelse
- Oplevelse af magtforhold

- Tværsektoriel koordination
- Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT
- Sammenligning af indlæggelses- og AAT-behandling

9.4.1 Patientbaggrund

De tre patienter var to kvinder i 30'erne og en midaldrende kvinde. Med henblik på at gøre fremstillingen af AAT-patientperspektivet læsevenlig og bibeholde anonymiteten har vi tildelt respondenterne andre navne end deres faktiske navne. De to kvinder i 30'erne benævnes henholdsvis Marie og Lise og den midaldrende kvinde benævnes Tine.

Marie er en kvinde på 32 år med diagnosen paranoid skizofreni, hvor hun er specielt udfordret af, at hun hører stemmer og ser syner. Det er relativt nyt, at der er kommet opmærksomhed på, at Marie ser syner og derfor ser mennesker, som ikke er til stede. Dette er stærkt udfordrende for Marie, idet hun ikke reelt ved, hvem der er til stede, og hvem der kun er til stede i hendes opfattelse. Hun er derfor utryg, når hun er steder, hvor hun ikke kan regne ud, hvem der reelt er tilstede og hvem der kun er forestillingsprodukter. Konkret beskriver Marie, at dét stort set er alle andre steder end hjemme, hvor hun ikke kan regne ud, hvem der er tilstede og hvem der er hallucinationer.

Marie har haft flere alvorlige selvmordsforsøg. Hun er vokset op i en plejefamilie og hun beskriver opvæksten i plejefamilien som udmærket. De relativt store problemer hun har haft i sin opvækst og som også udfordrer hende nu, har ifølge Marie sammenhæng med de voldsomme omsorgs- og relationssvigt, hun har oplevet og oplever fra sin biologiske mor.

Lise er en kvinde på 34 år, som igennem en periode på knap 10 år har haft ganske mange og længerevarende indlæggelsesforløb på op til fire måneders varighed. Lise beskriver, at sengeafsnittet er hendes tryghedsbase. Hun er meget udfordret af en stærk depression og selvskadeadfærd. Hun har flere gange haft alvorlige selvmordsforsøg. Hun beskriver, at personalet på sengeafsnittet tager ansvar for hende, og hun kan derfor ikke gøre skade på sig selv. Hun beskriver, at hendes sidste indlæggelse før AAT-forløbet havde årsag i et forsøg med medicinedtrapning, hvilket resulterede i, at hun blev meget deprimeret og forpint og derfor forsøgte selvmord med Panodil. Lise beskriver ikke en historisk årsag til sin situation, hvilket vil sige, at hun ikke oplever eller har oplevet problematiske familierelationer udover, at hun synes, det kan være svært at tale med sin familie om, hvor svært hun har det. Hun beskriver, at hun føler sig meget skamfuld over, hvordan hun er og hvordan hun nødvendigvis må være en stor skuffelse for andre; hende familie, behandlere, venner, kollegaer osv. Hun siger selv om sin sindstilstand og sidste selvmordsforsøg:

Og så os få af vide, at det sådan set egentlig var tæt på, at det egentlig har været slut...[livet] Og jeg er da glad for, at jeg sidder her i dag, Men jeg kan stadigvæk godt have den der følelse af, at man ikke er noget værd, og at det bare er bedst for alt og alle, hvis man ikke er her. Altså den kan lige så godt komme nu, som den kan komme i aften eller i morgen eller...

Hun beskriver i citatet, hvor forpint og skamfuld hun er og forsøger videre at beskrive, hvordan smerten ved selvskadeadfærden kan overdøve den langt mere pinefulde følelse af at være en skuffelse for andre.

Den sidste kvinde, som er interviewet, er Tine der er omkring 60 år. Tine havde en indlæggelse for seks år siden og har nu igen haft en indlæggelse i forbindelse med, at hun igen blev deprimeret, fordi hendes broder begik selvmord. Tines psykiatriske forhistorie er svære depressioner og et stort alkoholmisbrug i til-

knytning hertil. Tine beskriver, at hun har haft en barndom, hvor hun har været udsat for voldsomme incestovergreb fra sin far. Som voksen indleder hun et forhold til mand, som er meget voldelig og kontrollerende. Hun får børn med ham, men forlod ham for 25 år siden. Oplevelserne med incestovergreb og det voldelige forhold fastlåser Tine i en depressiv tilstand, hvor alkohol bliver det, der kan aflede/neddrøse de uudholdelige tanker, som Tine har. Til sidst (for seks år siden) er Tine i en situation, hvor hun beskriver, at hun udelukkende sidder på sengen, hvor hun drikker op til fem liter vin om dagen. Hendes nuværende mand henter vinen til hende, men det er også ham, der til sidst siger, at hun skal indlægges. Det er vendepunktet for Tine, som bliver afruset, og kommer i alkohol- og psykiatriskbehandling på N7. Hendes broders selvmord afstedkommer et tilbagefald. Det er i forbindelse med afslutningen på denne indlæggelse, at Tine bliver tilknyttet AAT-behandlingen.

9.4.2 AAT-behandling

Beskrivelsen af AAT-behandlingen er tematiseret og fremstilles i forhold til kronologien i et behandlingsforløb: modtagelse, relationsopbygning i forhold til kontinuitet i behandlingen og oplevelse af tilgængelighed, oplevelsen af behandling og afslutningen af behandlingen.

9.4.2.1 Modtagelse

Det specielle ved AAT-behandlingstilbuddet ved N7 i Region Nordjylland er, at alle patienter har haft et indlæggelsesforløb forud for deres første AAT-behandlingsforløb.

Marie bliver tilknyttet AAT-tilbuddet, fordi de på afdelingen på den ene side er usikre på, om det er forsvarligt at sende Marie hjem, og på den anden side er det ikke trygt for Marie at være på sengeafdelingen, fordi hun ikke ved, om de mennesker hun ser, er produkter af forestillinger eller om de rent faktisk er til stede. Marie er derfor bange og har isoleret sig. Marie hilser på hjemmebehandleren Lotte Thiemke (LT), inden hun bliver sendt hjem fra afdelingen, hvilket vil sige, at kontakten er etableret forud for, at LT påbegynder behandlingen hjemme hos Marie.

Lise beskriver, at hun blev tildelt AAT-behandling efter et selvmordsforsøg og så igen efter et andet selvmordsforsøg. Hun har i den forbindelse haft indlæggelsesforløb i såvel Brønderslev som på N7. Hun har haft LT som behandler.

Tine var, som hun siger, nede i kulkælderen efter sin broders selvmord og blev derfor indlagt. På den baggrund får hun tilbudt AAT-behandling og tager imod tilbuddet. Omkring sin vrangvillighed i forhold til at tage hjem siger hun: *For det er svært at komme hjem efter, at man er blevet beskyttet og hjulpet hernede, og så lige pludselig skal til at have en hverdag til at fungere derhjemme.*

Alle tre kvinder beskriver således, hvordan den indledende kontakt er etableret, mens de har været indlagt på sengeafdelingen og således forud for, at LT eller Lisbeth Hørby (LH) kommer hjem til dem første gang.

9.4.2.2 Relationsopbygning herunder kontinuitet og tilgængelighed i AAT-behandlingen

I det følgende gennemgås relationsopbygningen i forhold til patienternes opfattelse af tilgængelighed og kontinuitet. Afsnittet afsluttes med en vurdering af relationsopbygningen i behandlingen.

Relationsopbygningen starter, mens patienterne er indlagt på N7, hvilket vil sige, at den første kontakt og snak er taget, inden patienterne får besøg derhjemme af AAT-medarbejderne. Det giver patienterne en god

forståelse af, hvad tilbuddet indbefatter og de har mulighed for at stille spørgsmål til behandlingsformen og indstille sig på behandlingen.

AAT'et aftaler tider med patienterne, hvor de som regel kommer hjem til patienterne. Det er som hovedregel den samme behandler, som patienterne har i hele behandlingsforløbet. Eneste undtagelse er ved sygdom, hvor AAT-medarbejderne dækker for hinanden. AAT-brugerne beskriver, at de sætter stor pris på, at det er den samme primære behandler, de har. Marie beskriver betydningen af, at det er en behandler, der kommer i forhold til at åbne sig for dialog således:

Fordi det der med at der kommer fire forskellige, jamen så vil jeg ikke åbne mig. Det er det samme med min hjemmevejleder, det er også den samme, der kommer til mig. Det er heller ikke ti forskellige eller... Der er der én, der kommer.

Marie beskriver hermed, at forudsætning for dialog mellem behandler og patient er givet ved kontinuitet. Forudsætningen for behandlingsinterventioner udover medicinsk behandling er som regel dialog og netop derfor, er det helt essentielt for en effektiv og hensigtsmæssig behandling, at der er tilknyttet en primær behandler til hver patient.

De synes dog, at de kender den anden behandler så godt, at det har været i orden de gange, hvor der har været ændringer i forbindelse med sygdom.

Udover besøgsaftaler er der telefonisk kontaktmulighed til teamet i dagtimerne og til sengeafsnittet uden for AAT'ets åbningstider. De tre kvinder har ringet ind til AAT'et ved behov. Det er kun Marie, som beskriver et behov udover AAT'ets telefontid. I det tilfælde ringede hun til sengeafsnittet, hvilket fungerede godt i situationen.

I det følgende gennemgås behandlerkontakten til AAT-teamet med henblik på at belyse relationsopbygningen.

Marie beskriver, at hun er blevet mødt af et varmt, sympatisk og humoristisk menneske, som har hjulpet såvel hende som hendes kæreste og svigermoder i forhold til at håndtere udfordringer. Hun beskriver det således:

Fordi hvis man ser, nu havde vi Lotte, og hun var både humoristisk, og hun var det hele, altså. Så man kan ikke engang sige, at det er tørre kiks vi har fået ud, altså (griner lavmælt)...[] .. Ja, og altid smilende og... Så spurgte de, "Jamen hvordan går det i dag?"

Lise beskriver, at hendes AAT-behandler har formået at opbygge tryghed hjemme og hun har været god til at gøre det hyggeligt hjemme hos Lise.

Tine beskriver, at AAT-behandlerens funktion specielt var at være sikkerhedslinie. Hun formulerer det således:

Og os fordi at du havde altid den sikkerhedslinie, så kunne du ringe, hvis det var. Så kunne de rykke ud, og de kunne, jamen altså, du havde sådan en sikkerhedslinie, hvis der var noget, der gik galt og du kom ned i kulkælder, og... Du var ikke bare sådan lige sluppen og overladt til dig selv.

I forhold til temaet omkring relationsopbygning er det afslutningsvis væsentligt at fremhæve, at behandlerne omtales meget positivt af brugerne. Det fremhæves specielt, at LT og LH har en direkte facon, er smilende og nærværende, imødekommende og udfordrende i deres tilgang til hjemmebehandlingen.

9.4.2.3 Behandlingsindhold

AAT-behandling er defineret ved at være en akut og kortvarig indsats, der fremstår som et alternativ til indlæggelse (jf. litteraturstudie). Udover medicinsk behandling indbefatter behandlingen en risikovurdering, psykoedukation med henblik på sygdomsforståelse, støttende og udviklende samtaler, sygepleje og øvrige initiativer, der understøtter udvikling i patientens mestringsevne.

Marie beskriver, at hun ikke ønsker at tage medicin. Hun har haft en periode på to år, hvor hun ikke tog medicin og der havde hun en oplevelse af at være rask. Nu tager hun medicin og det hjælper hende. Hun har dog svært ved at acceptere, at hun skal have medicin, fordi hun forbinder det at tage medicin med at være syg.

Udover den medicinske behandling står psykoedukation samt understøttende og udviklende behandling centralt i forhold til at forbedre patienternes mestringsevne.

Maries situation og de nedbrud hun får, beskriver Marie, har en klar sammenhæng med, at hendes biologiske moder "kører på hende". Hun beskriver AAT-medarbejderens indsats i den forbindelse således:

Der har hun hjulpet mig til hvordan jeg kan sige fra over for min mor på en pæn måde...[] hun kommer med nogle råd, og siger jamen kan du ikke sige sådan og sådan og sådan til hende? Altså, på en pæn måde. ..[].. Og tage afstand fra hende, og lige så snart hun så begynder på det der, jamen så luk ned. Og så sige, "Jamen vi snakker en anden dag."

Marie illustrerer, hvordan AAT-medarbejderen og Marie har arbejdet med at gøre Marie i stand til at tage afstand til sin mor og dermed undgå de belastningsreaktioner, som hun ellers har haft i forbindelse med kontakt med sin mor. Udover opbygningen af mestringsevner i forhold til at håndtere det meget belastende og problemfyldte forhold, Marie har til sin mor, har AAT-medarbejderen også understøttet Maries kompetencer i forhold til, hvorledes hun håndterer det, at hun hører stemmer. I nedenstående citat fremgår det, hvorledes Marie har oplevet at få hjælp til at håndtere de imaginære stemmer, hun hører. I den forbindelse er det værd at bemærke, at Marie beskriver en undren over, at hun ikke har fået disse redskaber tidligere under indlæggelser. Spørgsmålet er, om det forholder sig sådan, at hun ikke tidligere er introduceret til redskaberne eller det er således, at redskaberne først nu opleves som overkommelige, forståelige og relevante, fordi Marie er i sit naturlige miljø – hjemme – hvor hun skal mestre sine udfordringer. Marie udtrykker det, at hun har fået redskaber således:

Jamen så snakker vi om, hvordan jeg har det psykisk. Og øh, så er der så, fordi jeg lider også af stemmehøring, og der har hun givet mig nogle redskaber til, at jeg skal råbe af stemmerne, og sige at: "Nu stopper i"! Og svare dem igen, når de begynder. Og redskaber det har jeg aldrig fået før..[].. Så der er hun den eneste, der har kunnet gå ind og sige, at du skal lære at sige fra over for dem, og sige "Nu stopper i".... [] Ja, det hjælper, altså, de er ikke helt væk, men det kan tage meget af det. []..jeg har fået rigtig mange redskaber.

Lise beskriver på samme måde som Marie, at AAT-behandlingen hjemme afstedkommer, at Lise motiveres til at udvikle sit engagement i sit eget liv. Endvidere påpeger hun specielt det positive i at have en at tale om sine udfordringer med og møde forståelse. Hun siger:

Altså der bliver man jo holdt lidt oppe, og måske også holdt lidt i ilden, ved at hun kommer hjem. At man så ikke skal... At man ikke dykker, fordi... der, der er jo mange der ikke har nogen, når først de bliver udskrevet, øh, der ikke har noget arbejde, der ikke har noget familie eller, øh... [] ..bare det at have én at snakke med, og som kan, jeg ved ikke om de kan sætte sig ind i, men forstå hvordan det er, eller vi lige går en tur, og slå to fluer med et smæk, øh, motion og så samtale altså. Fordi det er meget det jeg har haft brug for, det er altså, at snakke.

På samme vis beskriver Tine, at hun har fået små opgaver og værktøjer med henblik på at opbygge kompetencer til at håndtere udfordringerne i hverdagen. Med henblik på at sikre, at Tine blev fastholdt i opgaverne, blev der lagt ugeskemaer og månedsskemaer. Behandlingsmetoden beskriver Tine som en oplevelse af at få små kærlige puf og hun siger, at det var helt nødvendigt for, at hun kom videre.

Alle kvinder forholder sig til betydningen af, at behandlingen ved AAT foregår hjemme. De har alle en referenceramme i forhold til indlæggelse, fordi de alle har haft indlæggelsesforløb. Det centrale i forhold til udvikling af mestringsstrategier, psykoedukation osv. er, at de opgaver og redskaber som de arbejder med, skal de lære, reflektere, udvikle og anvende i det virkelige liv, som de lever. Sagt på en anden måde foregår læringen i et naturligt læringsmiljø, hvilket er befordrende for tilegnelsen af kompetencer.

Udover at kompetenceopbygning og udvikling af mestringssevnen udvikles i det naturlige læringsmiljø (hjemme), fremhæver specielt Marie også, at den omstændighed, at hun er hjemme hjælper hende. Det skyldes, at det er nemmere for Marie at vurdere (rationalet), om stemmerne og det hun ser, er imaginært eller virkeligt. Marie beskriver det således:

Ja, fordi der ved jeg, hvem der er der, og hvem der ikke er der, i mit hjem. Der kan jeg sige, at ja, jeg ser stadigvæk synerne, at der kan være mange med, men jeg ved, hvem der er der normalt. Så der kan jeg skelne mellem, hvad der er syner, og hvad der ikke er syner... Jamen det er en kæmpe udfordring altid.

Udover psykoedukation og opbygning af mestringskompetencer arbejders der også med pårørendeinddragelse ved AAT i N7. Det er primært Marie og hendes svigermøder, der redegør for, hvorledes der er gjort en indsats på dette område. Der er specielt arbejdet på at etablere en hensigtsmæssig kommunikation mellem Marie og kæresten samt svigermøderen, hvor mest mulig ansvar for Maries velbefindende er placeret hos Marie selv. Maries svigermøder beskriver det således:

Ja, altså, hvordan skal jeg reagere, hvis nu Marie har det træls, skal jeg sige noget til hende eller skal jeg ikke sige noget til hende eller? Hvor jeg lærte af Lotte (AAT-medarbejder) at f.eks. så skal Marie selv komme og sige, så vi ikke skal trække det ud af Marie, når hun har det træls, så hun skal selv komme og sige, at nu har jeg det sådan og sådan og sådan, træls, altså.

Marie er bevidst om, hvorfor hun selv skal kommunikere omkring sin sindstilstand og derigennem tage ansvar for sig selv og hvad hun har behov for. Marie beskriver det således:

Jamen det er fordi, at jeg skal anerkende, når jeg har det skidt, for mig selv. ..[] Og så skal jeg mærke efter, hvad det er, jeg har brug for. Har jeg brug for at snakke, har jeg brug for at... Og

hvad er det, der ligesom er galt. Er det stemmerne, er det synerne der gør mig bange? Sådan så jeg mærker efter, hvad det konkret er, der gør, at jeg har det skidt.

9.4.2.4 Afslutning af behandling

Behandlingsperioden ved AAT Nordjylland er 4 uger (30 dage). Alle beskriver, at de gerne ville have haft længere behandlingsperioder og opfordrer til, at der blev lavet en konkret vurdering, specielt giver patienterne udtryk for, at en udtrapning kunne være en mulighed. Der kan på den vis spores en vis ambivalens, fordi alle på den ene side synes, at de skulle have haft længere tid og på den anden side er de godt klar over, at et intensivt behandlingsforløb som AAT skal afsluttes. Tine beskriver dette således: *Men jeg kan også godt se, at man er nødt til at give plads... Der er måske nogen, der har lidt mere brug for det end mig for eksempel ikk' os, og man skal også se realistisk på det jo.*

9.4.3 Sygeliggørelse og selvopfattelse

En væsentlig ulempe ved indlæggelsesbehandling er, at den er forbundet med funktionsnedsættelse, hvilket er en af de væsentlige grunde til at forsøge at undgå indlæggelser. De tre kvinder, som alle har været indlagt, beskriver, at deres indlæggelser har været absolut nødvendige. I den forbindelse anser de indlæggelsesbehandling som helt nødvendigt, hvis de igen blev så syge, at det var umuligt for dem at tage ansvar for eget liv. De tre kvinders positive oplevelser med indlæggelsesbehandling, kan formodes at være en af grundene til, at de ikke beskriver indlæggelserne som specielt sygeliggørende. Dette er dog ikke ensbetydende med, at de ikke oplever, at psykisk sygdom er associeret med stigmatisering. Lise beskriver en generel oplevelse af stigmatisering i forbindelse med at være kategoriseret som psykisk syg. Hun siger:

Og man er psykisk syg, og du er farlig, du slår folk ihjel. Jeg slår ikke folk ihjel....[] der er virkelig nogen der sådan, jamen du er syg, du er farlig, fordi det er det eneste de hører om psykisk sygdom, det er at man slår folk ihjel.....[]... Altså det er sjældent at man, man hører om de der gode.

I det følgende beskrives patienternes oplevelse af magtforholdet i relationen mellem behandler og patienten.

9.4.4 Magtforhold

I litteraturen omkring AAT-behandling beskrives, at behandlingsformen i et patientperspektiv er associeret med oplevelser af øget tryk, kontrol over eget liv mv. Dette fremhæves som en af de centrale behandlingsmæssige fordele ved AAT-behandling, idet dette initierer til mere effektiv behandling. Dette evidensbaserede argument står i kontrast til en almindelig forestilling om, at AAT-behandling er intimiderende og disciplinerende, fordi behandlingen foregår hjemme hos patienten og involverer gennemsyn af patientens hverdagsliv, inddrager patientens pårørende mv. Men spørgsmålet er, hvordan det opleves af AAT-brugerne? Er det grænseoverskridende, at AAT-behandlere kommer i hjemmet? Med henblik på at undersøge dette, er alle interviewpersoner blevet stillet et spørgsmål lignende nedenstående:

Interviewer: Jeg kredser lidt om det der med, at du rent faktisk har haft behandlingssystemet hjemme hos dig. Det tænker jeg jo, det kunne man da godt blive sådan lidt forskrækket over. Altså, det er jo dit hjem. Har det ikke været grænseoverskridende?

Spørgsmålet er stillet med henblik på at skævvride svarene i forhold til at motivere respondenterne til at give interviewereren ret i, at det er grænseoverskridende, at behandlerne kommer i AAT-brugernes hjem. Normalvist bør det tilstræbes, at svar afspejler interviewpersoners perspektiv uden nogen form for priming.

Grunden til at det er fravalgt i denne situation, er, at såfremt AAT-brugerne har haft blot den mindste oplevelse af magtmisbrug og grænseoverskridende adfærd, er det helt essentielt at dette belyses.

Svaret på spørgsmålet fra AAT-brugerne er, at de måske var lidt reserverede, da de blev introduceret til behandlingstilbuddet. Lise melder dog klart ud, at hun ikke har fundet det grænseoverskridende, at der er kommet nogen hjem til hende. Lise beskriver hvordan hun håndterer, at LT kommer i hendes hjem: *Altså, jeg kan godt finde på, når hun (LT) kommer ind og sige: Jamen velkommen i rodet. Årh ja det... siger hun (LT), Jeg skal nok lade være med at rydde op for dig eller et eller andet, så bliver den sådan vendt til noget sjovt.* På den vis håndterer Lise og LT det, at LT kommer i Lises hjem og de følelser der er knyttet hertil. Tine beskriver på samme vis, at det kræver, at man kan slippe ideen om det perfekte hjem.

Marie og Tine siger, at specielt tanken om at der skulle komme nogen hjem, var lidt grænseoverskridende. Tine beskriver, at hun i processen har lært at være mere afslappet overfor, hvordan der ser ud hjemme hos hende sådan generelt. Marie beskriver et forløb, hvor LT har været relativ meget inde over hendes og kærestens liv, men hun beskriver det som *positiv indblanding*. Den nærmere beskrivelse af, hvorledes LT har været indblandet i Maries og kærestens liv, fremgår af nedenstående afsnit omkring den tværsektorielle koordination. På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at AAT-brugerne ikke oplever det grænseoverskridende, at behandlingen foregår i deres hjem. De beskriver tværtimod, at behandlingen i deres hjem giver tryghed, hvilket er befordrende for samtaler om svære emner. Endvidere bevirker hjemmebehandlingen også til, at opgaver, mestringsudvikling, egenomsorg og huslige forpligtelser udføres i brugerens naturlige læringsmiljø, hvilket er befordrende for vedligeholdelse og udvikling af kompetencer.

9.4.5 Tværsektoriel koordination

I og med at AAT-behandlingen foregår i borgerens hjem, fremstår behovet for koordination med øvrige sektorer, såsom praktiserende læge, kommunale instanser, herunder socialrådgiver, familierådgivning, jobcenteret mv. centralt. Endvidere er der koordinationsbehov til N7 i forhold til visitation til AAT-behandling og medicinsk behandling.

I det ovenstående er det beskrevet, at AAT-behandleren har været involveret i mange facetter af specielt Maries liv. Det omhandler dels en indsats i forhold til, at Maries bolig var angrebet af skimmelsvamp og dels en indsats med at få kommunal hjælp til Marie, som har mødt sin sagsbehandler og fået tilknyttet en hjemmevejleder. Marie beskriver interventionen i forhold til boligen, som var angrebet af skimmelsvamp nedenstående:

Altså, altså jo de hjalp os fordi vi havde skimmelsvamp i huset. Og der gik Lotte ind og hjalp os med at få fat i kommunen, fordi det var sundhedsskadeligt at bo i. Og sagde, at jamen, vi skal have kommunen til at kigge på det her, og der skal fagfolk ud og kigge på det, fordi det er ikke noget i selv skal rode med. ...[] Og udlejer vaskede det så også ned til sidst, og der er så heller ikke mere nu. Hun sikrede jo vores sundhed.

Det er tydeligt i Maries og svigermorens fremlæggelse, at de godt er klar over, at LT har intervenseret i Maries og kærestens liv, men de er samtidig meget taknemmelige, fordi de ikke selv kunne magte situationen. Marie beskriver i den forbindelse, at hvis LT ikke havde hjulpet, så ville det have været meget sandsynligt, at hun var blevet indlagt igen på grund af den belastning, som konflikten med udlejeren udgjorde. Endvidere har Marie fået hjælp til at komme til tandlæge mv. Marie og svigermoren beskriver på den vis, at mange

af de ting, der har belastet Marie i hverdagen, er taget hånd om og hun har dermed fået mere overskud til at håndtere sin situation. På den baggrund må det formodes, at belastningsreaktioner bedre kan undgås.

Lise beskriver, at hun har fået stor hjælp ved, at LT har deltaget i møder med fleksjob arbejdsgiver, kommunen og Lises bank. Lise beskriver, at hun ofte har oplevet, at hun ikke kan huske, hvad der foregår på de møder, hun deltager i, fordi hun er utryk. Det at LT har deltaget, har gjort hende tryk, så hun dels har været bedre i stand til at huske, hvad der er foregået på møderne og dels har hun haft mulighed for at spørge LT, om hun havde opfattet mødet korrekt. Lise har med LTs hjælp fået tilknyttet en kommunal støttekontakt-person et par gange om ugen.

9.4.6 Optimeringsmuligheder og specielt positive elementer ved AAT

Dette afsnit er dels fremstilling af specifikke forhold, som AAT-brugerne og deres pårørende fremhæver som optimeringsmuligheder eller specielt positive elementer, og dels en opsamling på ovenstående afsnit.

I et patientperspektiv vil det være tilrådeligt, at behandlingsperioden forlænges, men samtidig er det erkendt, at det er vigtigt at klare sig selv med mindst mulig hjælp.

De tre AAT-brugere fremhæver mange forhold ved AAT-behandlingen som meget positive. Helt generelt er der meget stor tilfredshed med den AAT-behandling, som LH og LT tilbyder patienterne. LH og LT beskrives begge som to humoristiske, vedholdende og nærværende personer, der formår at skabe en tryk ramme og være sikkerhedsnet i perioden fra udskrivelse, som opleves som specielt svær. Det beskrives specielt, hvorledes behandlingen har bidraget til, at de tre AAT-brugere har oplevet at få mestringskompetencer og dermed oplever sig selv som bedre i stand til at håndtere de udfordringer, de står overfor. I den forbindelse har LH og LT meget målrettet arbejdet med tværsektoriel samarbejde. Dette fordi der er blevet tilknyttet støttekontaktpersoner og udfordrende belastninger, er håndteret således, at det har været muligt at fokusere på at få hverdagslivet til at fungere.

En helt væsentlig behandlingskomponent er det "lille kærlige puf", som patienterne beskriver, de har fået. De har fået opgaver og er blevet udfordrede med henblik på at kunne håndtere og udvikle deres hverdagsliv. Det er bemærkelsesværdigt, at Marie funderer over, hvorfor hun aldrig under indlæggelse har fået redskaber til at håndtere sine udfordringer. Derudover er det bemærkelsesværdigt, hvordan Tine beskriver, at den hjælp hun fik fra LH, har motiveret hende til virkelig at komme i gang med at leve livet og gøre noget godt for sig selv, sin familie, venner mv. og i processen opdyrke nye relationer, påtage sig arbejdsopgaver og foreningsforpligtelser, således at hun nu passer seks haver, er aktiv i Ældresagen og i det hele taget nu efter mange år i kulkælderen, er "*blevet forelsket i livet*".

AAT-behandlingstilbuddet ved N7 kan derfor siges at få en meget positiv evaluering af brugerne. Det specielle ved N7 AAT-tilbuddet er, at patienter har haft mindst én indlæggelse forud for et tilbud om AAT-behandling. Det betyder, at det var muligt at bede de tre kvinder sammenligne AAT-behandling med indlæggelsesbehandling.

9.4.7 Sammenligning af indlæggelses- og AAT-behandling

Overordnet set angiver patienterne stor tilfredshed med indlæggelsesbehandling og AAT-behandling. Det centrale er, at det er forskellige argumenter for tilfredshed med indlæggelse og AAT-behandling. Ulemperne, således som de beskrives af patienterne, er også forskellige set fra et patientperspektiv. I det følgende gennemgås fordele og ulemper ved de to behandlingstilbud.

Til spørgsmålet om, hvilken behandling der er at foretrække: indlæggelse- eller AAT-behandling, beskriver Lise meget rammende afvejningen: *Øh..det er svært at svare på, fordi det kommer an på, hvor du står henne. Fordi, er du virkelig syg, og du ikke kan klare dig selv hjemme, så skal du jo indlægges....[]...Men du kan jo ikke blive ved med at være indlagt livet ud vel.*

Det væsentligste argument for indlæggelsesbehandling er den tryghed, som der er knyttet til, at andre tager ansvar for ens liv. Kvinderne beskriver, at de har været i situationer, hvor det ikke har været muligt for dem at tage afstand fra til at begå selvmord eller på anden måde gøre alvorlig skade på sig selv. I de tilfælde er det helt afgørende, at andre tager det ansvar i en periode. Ulempen ved indlæggelsesbehandling er kedsommelighed og oplevelsen af, hvordan man drænes for motivation, fordi der ikke nødvendigvis er noget, der skal gøres.

Fordelene ved AAT-behandling beskriver kvinderne også som tryghed, men meningen er en anden, end den der angives for indlæggelsesbehandling. Derudover angives det som helt centralt, at AAT-behandlingen giver en oplevelse af, at man bliver bedre til at løse sine udfordringer og derigennem får man tro på egne evner. Dette afstedkommer, at der ryddes op i belastningsudfordringer, som patienterne har i deres hverdagsliv, hvilket giver mulighed for at skabe udvikling i eget liv.

9.5 IMPLEMENTERINGSSTATUS

I dette afsnit samles op på de konkrete erfaringer med implementeringen af AAT ved N7 i Region Nordjylland i relation til at efterleve den overordnede ambition med AAT, nemlig at tilbyde ambulante akutte psykiatriske behandlingsforløb, som et alternativ til indlæggelsesbehandling. Erfaringerne er inddelt i succeser og udfordringer, men kendetegnende for AAT i Region Nordjylland er, at der ikke har været mærkbare organisatoriske udfordringer i henhold til implementeringen.

DEFACTUMs vurdering er overordnet, at projektet i Region Nordjylland fungerer, som et alternativ til indlæggelse primært ved at afkorte indlæggelsestiden, og ved at patienter som tidligere har været i AAT-forløb, går direkte i et AAT-forløb (udenom en indlæggelse) ved akut behov for psykiatrisk behandling.

9.5.1 Udfordringer og muligheder

Det kan overvejes, om projektet skal udvides til fremadrettet også at inkludere patienter, som ikke forud for forløb i AAT har været indlagt i N7. Her kan der trækkes på gode erfaringer fra blandt andet projekterne i Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Der er desuden et opmærksomhedspunkt i forhold til ydre påvirkninger med nedlæggelsen af 13 sengepladser i Klinik Psykiatri Nord, som har betydning for AAT's patientgruppe og patientmængde, som i perioder bliver færre og sværere at afslutte.

9.5.1 Succeser

AAT har et meget intensivt samarbejde med Frederikshavn kommune og privatpraktiserende læger. Personalet i AAT går med patienter til møde i kommunen og privatpraktiserende læger. Desuden afholdes der ugentlige konferencer, hvor socialrådgivere deltager. AAT fokuserer på at hjælpe patienterne med overgangen fra udskrivelse til at mestre eget liv igen. Dette har resulteret i en positiv holdningsændring ved Frederikshavns Kommune som i opstartsperioden omtalte AAT som udtryk for opgaveglid, men nu betragter AAT som et samarbejdsoverskud.

AAT ved Region Nordjylland udmærker sig yderligere ved et tæt samarbejde med sengeafsnittet N7. Ambitionen med AAT var i udgangspunktet at afkorte indlæggelsesforløb ved "at tage patienter ud af sengene".

Denne ambition er opfyldt, og derudover er det lykket AAT at give patienterne en overgang fra indlæggelse til hverdagsliv, som tager hensyn til, at patienter ofte har udfordringer med at håndtere hverdagsudfordringer, og derfor skal støttes i at udvikle mestringsstrategier.

10 SAMMENLIGNING PÅ TVÆRS AF PROJEKTERNE

Nedenstående del af evalueringen består af analyser, som sammenligner de fem regionale projekter. Analysen tager udgangspunkt i centrale parametre forbundet med AAT, identificeret i litteraturstudiet. Endvidere gennemgås de kvantitative undersøgelser, som er gennemført i forbindelse med evalueringen.

Det første, der gennemgås, er medarbejdernes oplevelse, holdninger til og perspektiv på arbejdet med AAT. Endvidere gennemgås patientspørgeskemaundersøgelsen. Afslutningsvis gennemgås oversigten over evalueringen af de fem regionale projekter på baggrund af de opstillede evalueringsparametre.

10.1 MEDARBEJDERUNDERSØGELSE

I litteraturstudiet fremgår det, at AAT-medarbejdere har risiko for at opleve stress og udbrændthed relateret til arbejdet. Dette skyldes, at AAT-medarbejdere arbejder med selvstændig opgavevaretagelse, og dermed ofte træffer beslutninger uden kollegial sparring, hvilket kan opleves som stressfyldt. Arbejdsmiljøet i AAT er derfor en væsentlig parameter at undersøge. Udover arbejdsmiljøet er det ligeledes interessant at afdække, hvorvidt AAT-medarbejderne oplever, at AAT-behandlingen lever op til de i litteraturstudiet identificerede målsætninger og succeskriterier for AAT-behandling.

I forhold til målsætningerne viser litteraturstudiet, at det er væsentligt for AAT-behandlingen, at den foregår i borgerens hjem, at AAT-behandlingen er den mindst indgribende og at den er effektiv i forhold til mestrings af patientens symptomer og hverdagsudfordringer. Derfor undersøges det, hvorvidt medarbejderne oplever, at AAT-behandlingen er i overensstemmelse med disse målsætninger. I forhold til succeskriterierne afdækkes medarbejdernes vurdering af, hvorvidt de selv, såvel som patienter og pårørende, oplever tryk og tilfredshed i forbindelse med AAT-behandlingen. Hvorvidt dette er tilfældet har betydning for vurderingen af AAT-behandlingstilbuddet. Særligt viser litteraturstudiet, at det er væsentligt, at patienter og pårørende føler sig tryk ved behandlingstilbuddet, hvor det er helt afgørende, at AAT-behandling ikke er forbundet med forøget risiko for selvmord. Litteraturstudiet viser, at AAT-behandling ikke er forbundet med forhøjet risiko for selvmord, og det er derfor interessant at undersøge, om dette også gør sig gældende i de fem projekter.

I forhold til succeskriterier afdækkes det endvidere, om medarbejderne oplever, at AAT-behandlingen lever op til kravet om at være et alternativ til indlæggelse, samt bidrage til en reduktion af genindlæggelser. Da AAT er et intensivt og relativt kortvarigt behandlingsforløb (4-6 uger) står behovet for tværsektoriel koordinering i forhold til AAT-brugernes videre forløb centralt. Desuden giver AAT-behandlingens tætte forankring i borgerens hjem og nærmiljø en særegen indsigt for 'det hele menneske', som potentielt kan gavne koordineringen på tværs af sektorer. Derfor analyseres medarbejdernes oplevelser med det tværsektorielle samarbejde afslutningsvis.

10.1.1 Metode

Analyserne er baseret på i alt 54 AAT-medarbejders (ledelsesrepræsentanter og sundhedsprofessionelle i AAT'ene) besvarelser. For en uddybende beskrivelse af indsamlingsstrategien samt spørgsmålsformuleringer, som er anvendt i nedenstående analyse, se afsnit 3.2.2. I forbindelse med fortolkning af analysens resultater er det vigtigt at holde for øje, at små udsving i svarangivelserne giver markante udsving i procent-satserne grundet få besvarelser, hvorfor analysen ikke hviler på signifikantstests. Opgørelser skal derfor ses i relation til det øvrige datamateriale og analysearbejde, som fremkommer af evalueringen.

10.1.2 Medarbejdernes opfattelse af deres arbejdsmiljø

Som overordnet indikator for, hvorvidt medarbejderne trives med arbejdet i AAT, ses der på, hvorvidt medarbejderne er tilfredse med arbejdsmiljøet, om de oplever, at deres arbejde bliver anerkendt, samt i hvilken udstrækning der opleves arbejdsbelastning i forbindelse med arbejdet i AAT. Nedenstående tabel indeholder medarbejdernes positive svarangivelser i forhold til disse temaer, angivet i procent.

Tabel 2. Vurderinger af arbejdsmiljø fordelt på regionale AAT-projekter (i pct.)

	Midt	Nord	Syd	Sjælland	Hovedstaden	I alt
Jeg er (meget) tilfreds med arbejdsmiljøet	45	100	70	100	95	82
Jeg oplever, at mit arbejde i (meget) høj grad bliver anerkendt af ledelsen	27	75	20	71	63	51
Jeg er i (meget) ringe grad udmattet om morgenen ved tanken om endnu en dag på arbejdet	55	63	60	57	53	56
Jeg føler mig i (meget) ringe grad udbrændt på grund af mit arbejde	64	88	80	86	79	78
Jeg føler mig i (meget) ringe grad udkørt, når min arbejdsdag er slut	18	75	50	86	63	56
Jeg har i høj grad overskud til at være sammen med familie og venner i fritiden	36	88	50	57	68	60
N	11	8	10	7	19	55

Kilde: Medarbejderspørgeskema udsendt til AAT-medarbejderne i de fem projekter.

Note: Parametrene inkluderer medarbejdernes tilkendegivelser af, at de 1) er tilfredse eller meget tilfredse, 2) i høj eller i meget høj grad er enige i udsagnet eller 3) i ringe eller meget ringe grad er enige i udsagnet. Svarene angiver pct.

Af tabellen ses, at alle medarbejdere fra AAT Nordjylland og AAT Sjælland enten er tilfredse eller meget tilfredse med arbejdsmiljøet. Størstedelen af medarbejderne fra AAT Hovedstaden er ligeledes tilfredse eller meget tilfredse med arbejdsmiljøet, mens medarbejderne i AAT Sjælland er overvejende tilfredse (70 pct.). I Region Midtjylland er der mindre tilfredshed, idet 45 pct. af medarbejderne angiver at være tilfredse eller meget tilfredse med arbejdsmiljøet.

Der er ligeledes relativ stor forskel på tværs af projekterne i forbindelse med medarbejdernes oplevelse af, om deres arbejde i høj eller meget høj grad bliver anerkendt af ledelsen, hvor henholdsvis 20 pct. i AAT Syddanmark og 27 pct. i AAT Midtjylland oplever, at deres arbejde anerkendes af ledelsen. Dette står i kontrast til de øvrige regioners medarbejdere, hvor mellem 63-75 pct. af medarbejderne mener, at deres arbejde anerkendes af ledelsen. Oplevelsen af den manglende ledelsesanerkendelse blandt medarbejderne i AAT Syddanmark stemmer overens med rapportens kvalitative afdækning, hvor det uddybes, at den manglende ledelseskontinuitet er medårsag til den manglende følelse af ledelsesanerkendelse blandt medarbejderne. AAT Midtjyllands medarbejdere tilkendegiver ligeledes i den kvalitative afdækning en manglende ledelsesanerkendelse, hvor det opleves, at sengeafdelingen og de lavintensive senge har højere prioritet end det udekørende arbejde i AAT.

Medarbejdernes arbejdsbelastning er forsøgt afdækket med tabellens resterende fire spørgsmål. Der ses en relativt lille variation på tværs af regionerne i andelen af medarbejdere, der i ringe grad er udmattet om morgenen ved tanken om endnu en arbejdsdag (53-63 pct.). Samtidigt tilkendegiver 64-88 pct. af medarbejderne på tværs af regionerne, at de i ringe eller meget ringe grad føler sig udbrændte på grund af arbej-

det i AAT. Der er forholdsvis mange medarbejdere i AAT Midtjylland (36 pct.), som ikke har svaret afvisende til spørgsmålet om udbrændthed. Blandt medarbejderne i AAT Midtjylland er der således blot 18 pct. (1 person), som tilkendegiver i meget ringe eller ringe grad at være udkørt, når arbejdsdagen er slut. Dette indikerer, at AAT Midtjyllands medarbejdere oplever en større grad af arbejdsrelateret udbrændthed end medarbejderne i de øvrige projekter. Sammenholdes dette med medarbejdernes tilkendegivelser i den kvalitative dataindsamling, kan det formodes, at reorganiseringen og indførelsen af de lavintensive senge har betydning for AAT Midtjyllands vurdering af arbejdsmiljøet. De resterende regioner varierer ikke meget i angivelse af arbejdsbelastning på tværs af de tre spørgsmål relateret hertil.

Samme mønster som ovenstående gør sig gældende for det sidste parameter omhandlende medarbejdernes overskud til at være sammen med venner og familie i fritiden. Her ses det, at flest medarbejdere i AAT Nordjylland (88 pct.) oplever, at de i høj grad har overskud til at indgå i sociale relationer uden for arbejdstiden, mens kun 36 pct. i AAT Midtjylland tilkendegiver det samme. I AAT Hovedstaden angiver 68 pct. af medarbejderne at have overskud til familie eller venner i fritiden, mens hhv. 57 pct. og 50 pct. af medarbejderne i AAT Sjælland og AAT Syddanmark angiver i høj grad at have overskud til familie og venner i fritiden. Tallene indikerer, at medarbejderne på tværs af regionerne i nogen grad oplever en arbejdsbelastning, hvilket jf. litteraturstudiet er kendetegnende blandt AAT-medarbejdere. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med, at der ikke er et udviklingspotentiale forbundet med at nedbringe andelen af AAT-medarbejdere, som oplever arbejdsbelastning på tværs af regionerne.

10.1.3 Medarbejdernes vurdering af hvor meningsfuldt AAT-arbejdet er

I relation til AAT-medarbejdernes oplevelse af deres arbejdsbelastning er det interessant at afsøge, hvorvidt AAT-medarbejderne oplever, at deres arbejde er meningsfuldt. Medarbejdernes oplevelse af AAT-arbejdet som meningsfuldt formodes ligeledes at være medbestemmende for medarbejdernes arbejdstilfredshed. Dette er omdrejningspunktet i nedenstående, hvor tabel 3 viser medarbejdernes positive tilkendegivelser relateret til spørgsmål, som angår deres arbejdsforhold i AAT.

Tabel 3. Medarbejdernes oplevelser af om deres arbejde er meningsfuldt (i pct.)

	Midt	Nord	Syd	Sjælland	Hovedstaden	I alt
Jeg er (meget) tilfreds med mit job som helhed, alt taget i betragtning	55	100	70	100	89	82
Jeg har altid/ofte tilstrækkelig tid til mine arbejdsopgaver	45	50	70	71	68	62
Jeg har altid/ofte indflydelse på, hvad jeg laver på mit arbejde	73	100	60	86	63	73
Jeg får altid/ofte hjælp og støtte fra mine kolleger	73	75	60	71	79	73
Jeg foretager mig i (meget) ringe grad ting i mit arbejde, som forekommer unødvendige	45	63	40	14	16	33
Jeg er (meget) tilfreds med måden, mine evner bruges på	64	100	80	100	79	82
Jeg tænker aldrig/sjældent på at søge arbejde et andet sted	55	100	60	43	58	62
N	11	8	10	7	19	55

Kilde: Medarbejderspørgeskema udsendt til AAT-medarbejderne i de fem projekter.

Note: Parametrene inkluderer medarbejdernes tilkendegivelser af, om de er meget tilfredse eller tilfredse med ovenstående udsagn, eller om de altid eller ofte oplever ovenstående scenarier. Svarene angiver pct.

AAT-medarbejdernes oplevelser af, om deres arbejde er meningsfuldt, afdækkes via spørgsmål om den afsatte tid til og medindflydelse på arbejdsopgaverne, kollegial opbakning og hvorvidt arbejdsopgaverne findes nødvendige. Derudover fremgår medarbejdernes tilfredshed med måden deres evner bruges på, samt i hvilken udstrækning de overvejer at søge andet arbejde.

Af tabellen ses, at alle medarbejdere i AAT Nordjylland og AAT Sjælland er tilfredse med deres job alt taget i betragtning. Andelen af medarbejdere i AAT Hovedstaden, som er tilfredse med deres job, er en smule lavere (89 pct.), mens medarbejderne i AAT Syddanmark scorer 70 pct. I AAT Midtjylland ses, at kun 55 pct. angiver, at de er tilfredse med deres job alt taget i betragtning. Medarbejderne i AAT Midtjylland ses videre at score lavt på de resterende parametre, hvor omtrent halvdelen af medarbejderne i AAT Midtjylland og Nordjylland mener, at de altid eller ofte har tilstrækkelig tid til at udføre deres arbejdsopgaver. For medarbejderne i AAT Sjælland, Syddanmark og Hovedstaden er denne andel noget højere; den ligger på omkring 70 pct.

I forhold til medindflydelse på arbejdet scorer AAT Nordjylland højest (100 pct.), mens AAT Hovedstaden og Syddanmark scorer lavest med ca. 60 pct. AAT Midtjylland scorer 73 pct., mens AAT Sjælland scorer 86 pct. På denne baggrund kan det udledes, at graden af medindflydelse er højest i AAT Nordjylland, mens også medarbejderne i AAT Sjælland og AAT Midtjylland i stor udstrækning oplever at have indflydelse på arbejdsopgaverne.

For alle projekterne gælder det endvidere, at størstedelen af medarbejderne oplever, at de altid eller ofte får hjælp og støtte fra deres kollegaer (60-79 pct.). På den baggrund ses, at AAT-behandlingen på tværs af

projekterne ikke umiddelbart lider under manglende kollegial sparring, som i litteraturstudiet identificeres som en af faldgruberne ved AAT-behandling. Det er dog værd at bemærke, at der er rum til forbedring.

I hvilken udstrækning medarbejderne betragter deres arbejde som meningsfuldt er ligeledes afdækket ved spørgsmålet om, hvor ofte medarbejderne udfører arbejdsopgaver, der forekommer unødvendige. Dette spørgsmål har den laveste gennemsnitsscore på tværs af regionerne, hvorfor der her er et forbedringspotentiale. I AAT Nordjylland, som scorer højest, tilkendegiver 63 pct. af medarbejderne, at de i ringe eller meget ringe grad udfører unødvendige arbejdsopgaver, hvilket harmonerer med den høje oplevelse af medindflydelse. I AAT Syddanmark og AAT Midtjylland er dette tal henholdsvis 40 og 45 pct., mens der i AAT Hovedstaden er 16 pct. og i AAT Sjælland kun er 14 pct. af medarbejderne, der oplever, at de i ringe eller meget ringe grad udfører arbejdsopgaver, som forekommer unødvendige.

I forlængelse af spørgsmålet om nødvendigheden af arbejdsopgaverne, er medarbejderne adspurgt, i hvilken udstrækning de er tilfredse med måden, hvorpå deres evner bruges. Af tabellen fremgår, at samtlige medarbejdere i AAT Nordjylland og AAT Sjælland er tilfredse eller meget tilfredse med brugen af deres evner. AAT Syddanmark og AAT Hovedstaden scorer ligeledes højt (79-80 pct.), mens kun 64 pct. i AAT Midtjylland er tilfredse eller meget tilfredse med måden, hvorpå deres evner bruges.

For at spore medarbejderes tilfredshed og trivsel kan der desuden ses på, hvor stor en andel af medarbejderne, der overvejer at søge et andet arbejde. Der er forholdsvis stor variation i andelen, der aldrig eller sjældent tænker på at søge andet arbejde. For AAT Sjælland er andelen lavest (43 pct.), hvilket står i kontrast til AAT Nordjylland, hvor ingen gør sig overvejelser om at skifte arbejde. I de øvrige regioner angiver 55-60 pct., at de aldrig/sjældent tænker på at skifte arbejde. Disse svarangivelser skal imidlertid ses i lyset af, at de ambulante akutteams er etableret på projektbasis, hvor der for flere af projekterne ikke foreligger tilsagn om, at projektet fortsætter efter endt projektperiode.

Overordnet kan det konkluderes, at AAT-medarbejderne på tværs af projekterne finder arbejdet relativt meningsfuldt, hvor især AAT Nordjyllands og AAT Hovedstadens medarbejdere finder arbejdet meningsfuldt. I de resterende projekter finder medarbejderne ligeledes arbejdet meningsfuldt, men der ses dog større udsving i henhold til nogle af parametrene.

10.1.4 Opfyldelse af målsætninger for AAT?

I det følgende analyseres, om AAT-behandlingen ifølge medarbejderne lever op til de kriterier, som litteraturstudiet angiver, som værende kendetegnende for AAT-behandling. Procentsatserne indikerer, hvor stor en andel af medarbejderne i hver af de regionale projekter der er (helt) enige i, at de nedenstående målsætninger er opfyldt.

Tabel 4. Sundhedsprofessionelles holdninger til spørgsmål om hvorvidt AAT-behandling lever op til målsætninger fordelt på Regioner (i pct.)

	Midt	Nord	Syd	Sjælland	Hovedstaden	I alt
Jeg er (helt) enig i, at det har en positiv betydning for behandlingen, at den foregår i patientens hjem	91	100	80	100	100	95
Jeg er (helt) enig i, at vi tilbyder den mindst muligt indgribende behandling, der kan tilbydes vores målgruppe	91	88	90	100	89	91
Jeg er (helt) enig i, at vi tilbyder en effektiv behandling ift. at gøre patienterne i stand til at mestre deres psykiatriske symptomer	91	100	80	100	79	87
Jeg er (helt) enig i, at vi tilbyder en effektiv behandling ift. at gøre patienterne i stand til at håndtere deres hverdagsudfordringer	91	100	60	100	84	85
N	11	8	10	7	19	55

Kilde: Medarbejderspørgeskema udsendt til AAT-medarbejderne i de fem projekter.

Note: Parametrene inkluderer medarbejdernes tilkendegivelser af, at de enten er enige eller helt enige i ovenstående udsagn. Svarene angiver pct.

Langt størstedelen af medarbejderne på tværs af projekterne mener, at det har en positiv betydning, at behandlingen foregår i eget hjem, ligesom det vurderes, at målgruppen tilbydes den mindst muligt indgribende behandling. Der er ligeledes en stor tiltro til, at man med AAT-behandling gør patienterne i stand til at mestre deres psykiatriske symptomer. I vurderingen af, hvorvidt AAT tilbyder en effektiv behandling i forhold til at gøre patienter i stand til at håndtere hverdagsudfordringer, ses der lidt mere variation. AAT Nordjylland og AAT Sjællands medarbejdere er alle helt enige eller enige i udsagnet, mens andelen er 91 pct. og 84 pct. i henholdsvis AAT Midtjylland og AAT Hovedstaden. Trods variationen mener langt størstedelen i disse fire regioner, at netop denne målsætning for AAT er opfyldt. I AAT Syddanmark er der imidlertid en mindre tiltro til behandlingens effektivitet i forhold til hverdagsudfordringerne, hvor kun 60 pct. vurderer, at dette opnås.

Overordnet ses det, at medarbejderne på tværs af projekterne oplever, at AAT-behandlingen i høj grad lever op til målsætningerne.

10.1.5 Opfyldelse af succeskriterier for AAT?

Medarbejdernes egen vurdering af, hvorvidt succeskriterierne for tilfredshed, tryghed og reduktion af (gen)indlæggelser er opfyldt, præsenteres i det følgende. Procentsatserne i tabel 5 indikerer, hvor stor en andel af medarbejderne i hver af de regionale projekter der mener, at de enkelte succeskriterier i høj grad er opfyldt.

Tabel 5. Medarbejdervurderet grad af høj tilfredshed med AAT for patienter, pårørende og medarbejdere (i pct.)

	Midt	Nord	Syd	Sjælland	Hovedstaden	I alt
Patienttilfredshed (høj)	64	75	60	86	53	64
Pårørendetilfredshed (høj)	45	75	60	71	42	55
Medarbejdertilfredshed (høj)	18	88	10	43	21	31
N	11	8	10	7	19	55

Kilde: Medarbejderspørgeskema udsendt til AAT-medarbejderne i de fem projekter.

Note: Medarbejderne er spurgt om følgende: "I hvor høj grad vurderer du, at følgende målsætninger for jeres arbejde i AAT er opfyldt?", og svarene angiver medarbejdernes tilkendegivelse af, at målsætningen om tilfredshed i høj grad er opfyldt. Svarene angiver pct.

I forhold til patienttilfredshed angiver medarbejderne i AAT Sjælland og AAT Nordjylland størst patienttilfredshed (86 pct. og 75 pct.), mens AAT Midtjylland, AAT Syddanmark og AAT Hovedstaden scorer lidt lavere (64 pct., 60 pct. og 53 pct.). Således vurderer AAT Sjælland og AAT Nordjyllands medarbejdere i høj grad, at patienterne er tilfredse. Derimod scorer AAT Hovedstaden lavest, hvor blot lidt over halvdelen af medarbejderne vurderer, at patienterne i høj grad er tilfredse.

Med hensyn til pårørendetilfredshed tegner sig samme billede, hvor AAT Nordjylland og AAT Sjælland scorer højest (75 pct. og 71 pct.), mens AAT Syddanmark scorer 60 pct. Noget lavere ses AAT Midtjylland og AAT Hovedstaden, hvor henholdsvis 45 pct. og 42 pct. af medarbejderne angiver, at målsætningen om pårørendetilfredsheden i høj grad er opfyldt.

I forhold til medarbejdertilfredsheden ligger AAT Nordjylland langt over de resterende regioner, da 88 pct. af medarbejderne angiver, at målsætningen om medarbejdertilfredsheden i høj grad er opfyldt. Dette harmonerer med AAT Nordjyllands mindre grad af arbejdsbelastning og udbrændthed, høj grad af medindflydelse mv. De resterende regioner scorer en del lavere i forhold til medarbejdertilfredsheden, hvor AAT Sjælland scorer 43 pct., AAT Hovedstaden scorer 21 pct., AAT Midtjylland scorer 18 pct., mens AAT Syddanmark er helt nede på 10 pct. Der kan altså spores en markant variation i oplevelsen af medarbejdertilfredshed på tværs af projekterne.

Af tabel 6 fremgår medarbejdernes vurdering af trygheden forbundet med AAT-behandling i henhold til såvel deres egen som patienter og pårørendes tryghed.

Tabel 6. Medarbejdervurderet grad af høj tryghed med AAT for patienter, pårørende og medarbejdere (i pct.)

	Midt	Nord	Syd	Sjælland	Hovedstaden	I alt
Patienttryghed	73	88	70	86	47	67
Pårørendetryghed	64	88	60	71	47	62
Medarbejdertryghed	18	75	30	29	26	33
N	11	8	10	7	19	55

Kilde: Medarbejderspørgeskema udsendt til AAT-medarbejderne i de fem projekter.

Note: Medarbejderne er spurgt om følgende: "I hvor høj grad vurderer du, at følgende målsætninger for jeres arbejde i AAT er opfyldt?", og svarene angiver medarbejdernes tilkendegivelse af, at målsætningen om tryghed i høj grad er opfyldt. Svarene angiver pct.

Generelt vurderer en relativt lille andel af AAT-medarbejderne, at der er høj medarbejdertryghed; dog med undtagelse af AAT Nordjylland, hvor 75 pct. mener, at dette er tilfældet. I de øvrige regioner mener 18-30 pct., at medarbejdertrygheden er høj. I den kvalitative dataindsamling var utryghed imidlertid ikke et markant emne, og medarbejdertryghed fremstod i interviews ikke som en markant bekymring blandt de adspurgte medarbejdere. Medarbejderne i AAT Sjælland berettede dog om to episoder, hvor medarbejderne følte sig usikre og trueede.

Medarbejderne er ligeledes blevet bedt om at vurdere, i hvilken udstrækning de mener, at patienter og pårørende oplever at være trygge ved AAT-behandlingen. I alle projekterne vurderes patienttrygheden relativt højere end medarbejdertrygheden. Færrest medarbejdere fra AAT Hovedstaden (47 pct.) mener, at patienterne ved AAT har en høj grad af tryghed. Denne vurdering er relativt lav i forhold til de øvrige regionale projekter, hvor mellem 70 og 88 pct. mener, at der er høj patienttryghed.

I forhold til trygheden for pårørende er mønstret sammenligneligt med svarangivelserne for patienttryghed, hvor 47 pct. af AAT Hovedstadens medarbejdere vurderer, at pårørendetrygheden er høj, mens mellem 64 og 88 pct. af medarbejderne i de øvrige projekter mener dette.

På baggrund af medarbejdernes tilkendegivelser kan det udledes, at trygheden for patienter og pårørende vurderes relativt højere end medarbejdertrygheden. Desuden vurderer medarbejderne i AAT Hovedstaden generelt tilbuddet som værende mindre trygt, set i relation til de øvrige projekter.

Udover tilfredshed og tryghed er reduktion i indlæggelser og færre genindlæggelser ligeledes et centralt succeskriterium for AAT-behandling. Af tabel 7 fremgår medarbejdernes opfattelse af, hvorvidt AAT-behandling har ført til færre indlæggelser og genindlæggelser, angivet i procent.

Tabel 7. Medarbejderes vurdering af om formålene omkring reduktion i indlæggelser og genindlæggelser i høj grad er opfyldt (i pct.)

	Midt	Nord	Syd	Sjælland	Hovedstaden	I alt
Færre indlæggelser	36	38	30	29	26	31
Færre genindlæggelser	27	50	40	29	21	31
N	11	8	10	7	19	55

Kilde: Medarbejderspørgeskema udsendt til AAT-medarbejderne i de fem projekter.

Note: Medarbejderne er spurgt om følgende: "I hvor høj grad vurderer du, at følgende målsætninger for jeres arbejde i AAT er opfyldt?", og svarene angiver medarbejdernes tilkendegivelse af, at målsætningen om færre (gen)indlæggelser i høj grad er opfyldt. Svarene angiver pct.

På tværs af projekterne vurderer 26-38 pct. af medarbejderne, at AAT-behandling fører til færre indlæggelser. Der kan således spores en vis skepsis i forhold til, at AAT er medvirkende til at reducere antallet af indlæggelser.

Der er derimod lidt større spredning på tværs af projekterne i andelen, som vurderer, at AAT i høj grad medfører færre genindlæggelser. Færrest medarbejdere i AAT Hovedstaden (21 pct.) vurderer, at ambitionen om færre genindlæggelser i høj grad er opfyldt. I AAT Midtjylland og AAT Sjælland mener henholdsvis 27 og 29 pct. i høj grad, at AAT fører til færre genindlæggelser. I AAT Syddanmark vurderer 40 procent, at succeskriteriet er opfyldt. I AAT Nordjylland spores den største optimisme i forhold til, at AAT reducerer andelen af genindlæggelser, hvor 50 pct. af medarbejderne i høj grad vurderer, at det er tilfældet.

Overordnet ses på baggrund af ovenstående, at der er en svagere opfattelse blandt medarbejderne af, at målsætningen om reduktion af indlæggelser og genindlæggelser er opfyldt, sammenlignet med de øvrige succeskriterier.

I det følgende gennemgås medarbejdernes vurdering af samarbejdet på tværs af sektorer.

10.1.6 Tværsektorielt samarbejde

De langsigtede effekter af behandlingsforløb ved AAT vil oftest være afhængige af en omfattende og koordineret indsats af såvel psykiatrisk som social karakter og kræve koordinering mellem region, kommune og praksissektor. Et velfungerende tværsektorielt samarbejde er forudsætningen for, at patienten oplever kontinuitet i sit videre forløb efter afslutning af AAT-forløbet. Af tabel 8 fremgår AAT-medarbejdernes perspektiv på netop det tværsektorielle samarbejde, hvor procentsatserne indikerer andelen, der mener, at samarbejdet med de respektive instanser er velfungerende.

Tabel 8. Medarbejdernes vurdering af tværsektorielt samarbejde som godt eller virkelig godt (i pct.)

	Midt	Nord	Syd	Sjælland	Hovedstaden	I alt
Privatpraktiserende læge	82	38	60	71	68	65
Kommunerne i optageområdet	91	88	50	57	74	73
Psykiatrisk sengeafsnit	82	100	80	86	100	91
Psykiatrisk modtagelse	64	63	80	100	63	71
N	11	8	10	7	19	55

Kilde: Medarbejderspørgeskema udsendt til AAT-medarbejderne i de fem projekter.

Note: Medarbejderne er spurgt om følgende: "Hvordan oplever du samarbejdet med følgende offentlige instanser?", og svarene angiver medarbejdernes tilkendegivelse af, at samarbejdet er godt eller virkelig godt. Svarene angiver pct.

Det fremgår af tabellen, at færrest medarbejdere i AAT Nordjylland oplever, at der er et godt samarbejde med privatpraktiserende læger. Kun 38 pct. er af denne overbevisning, hvorfor det må betegnes som et udviklingspotentiale. Ifølge medarbejdernes udtalelser i den kvalitative dataindsamling forsøger de i AAT Nordjylland allerede at styrke samarbejdet med privatpraktiserende læger, blandt andet ved at forsøge at arrangere møder mellem patient og privatpraktiserende læge, hvor AAT-medarbejderne deltager. Medarbejderne i AAT Midtjylland og AAT Sjælland oplever det bedste samarbejde med privatpraktiserende læger, hvor hhv. 82 pct. og 71 pct. angiver, at samarbejdet er virkelig godt eller godt. Andelen er en smule lavere i AAT Hovedstaden, hvor 68 pct. angiver, at samarbejdet er virkelig godt eller godt, mens AAT Sydsjælland scorer 60 pct.

Til gengæld har AAT Nordjylland et godt samarbejde med optagekommunerne, hvilket ligeledes er tilfældet i AAT Midtjylland, og i en vis udtrækning i AAT Hovedstaden. I AAT Syddanmark og AAT Sjælland er der imidlertid kun henholdsvis 50 og 57 pct. af medarbejderne, der mener, at kommunesamarbejdet kan betegnes som godt eller virkeligt godt. Den lave andel i AAT Syddanmark stemmer overens med de interviewede patienters skildring af et begrænset samarbejde med kommunen. Af de projektspecifikke casebeskrivelser fremgår, at kommunesamarbejdet er struktureret forskelligt i projekter. Kendetegnene for AAT Hovedstaden og AAT Midtjylland er, at de har et formaliseret samarbejde med optagekommunerne, hvilket indebærer, at kommunale sagsbehandlere deltager i behandlingskonferencer i AAT. Det kan derfor formodes, at dette er befordrende for samarbejdet, da både AAT Hovedstaden og AAT Midtjylland scorer højt på kommunesamarbejdet.

Samarbejdet med psykiatrisk sengeafsnit vurderes i samtlige projekter relativt højt (82-100 pct.), mens samarbejdet med psykiatrisk modtagelse af lidt færre medarbejdere vurderes som værende godt eller virkeligt godt (63-100 pct.). I AAT Sjælland, hvor AAT er forankret i den psykiatriske modtagelse, mener samtlige medarbejdere, at der er et godt samarbejde modtagelsen og AAT'et imellem. I AAT Syddanmark, hvor AAT ligeledes er forankret i modtagelsen, mener 80 pct. af AAT-medarbejderne ligeledes, at der er et godt samarbejde. I projekterne i AAT Nordjylland og AAT Midtjylland, som begge er forankret i et psykiatrisk sengeafsnit, mener omtrent 60 pct., at der er et godt samarbejde med modtagelsen. Det samme er tilfældet i AAT Hovedstadens projekt, hvor det ambulante akutteam gør det ud for en psykiatrisk modtagelse for borgere i optageområdet, hvorfor samarbejdsrelationen må referere til psykiatriske modtagelser på de

omkringliggende psykiatriske centre. Resultaterne indikerer, at forankring kan være afgørende for, hvordan medarbejderne opfatter samarbejdet med psykiatrisk modtagelse.

Overordnet set indikerer de kvantitative opgørelser, at der, med visse undtagelser internt i de regionale projekter, vurderes at være et relativt godt samarbejde med de tværsektorielle samarbejdspartnere. Udfordringerne med hensyn til den tværsektorielle koordinering er udfoldet i de kvalitative analyser under "De sundhedsprofessionelles perspektiv" i de projektspecifikke afsnit.

10.2 PATIENTTILFREDSHED

Følgende afsnit præsenterer patienttilfredshed med AAT-behandling i Region Midtjylland sammenholdt med landsresultater fra LUP-psykiatri omhandlende ambulante forløb og indlæggelser i perioden 2015-2016. På den baggrund er det muligt at sammenligne patienttilfredshed ved AAT-behandling med hhv. ambulante forløb og indlæggelser, hvilket giver en indikation af kvaliteten af AAT-behandling.

Årsagen til at der udelukkende rapporteres resultater fra Region Midtjyllands AAT-projekt er, at der i de resterende regioner ikke er blevet indsamlet tilstrækkeligt data. Det har derfor ikke været muligt at lave tilsvarende analyser for alle regioner. Den følgende analyse fungerer derfor som en pilotundersøgelse for slutevalueringen, som vil præsentere patienttilfredsheden kvantitativt for de andre regioner. Det er ligeledes værd at bemærke, at nedenstående analyse tager udgangspunkt i Region Midtjyllands egen indsamling af LUP, hvorfor spørgsmålene ikke nødvendigvis bliver de samme som i slutevalueringen.

I forbindelse med sammenligningen af AAT-behandling over for ambulante forløb og indlæggelser er det væsentligt at bemærke, at n for AAT-patientbesvarelser er meget mindre (omkring 100-200 besvarelser) end n for ambulante forløb og indlæggelser (omkring 2000-6000 besvarelser). Dette betyder, at få negative besvarelser for AAT-behandling vil trække væsentligt ned i den overordnede tilfredshed i forhold til ambulante forløb og indlæggelser. Da n er meget større for ambulante forløb og indlæggelser, vil enkelte negative besvarelser ikke trække meget ned i den overordnede tilfredshed.

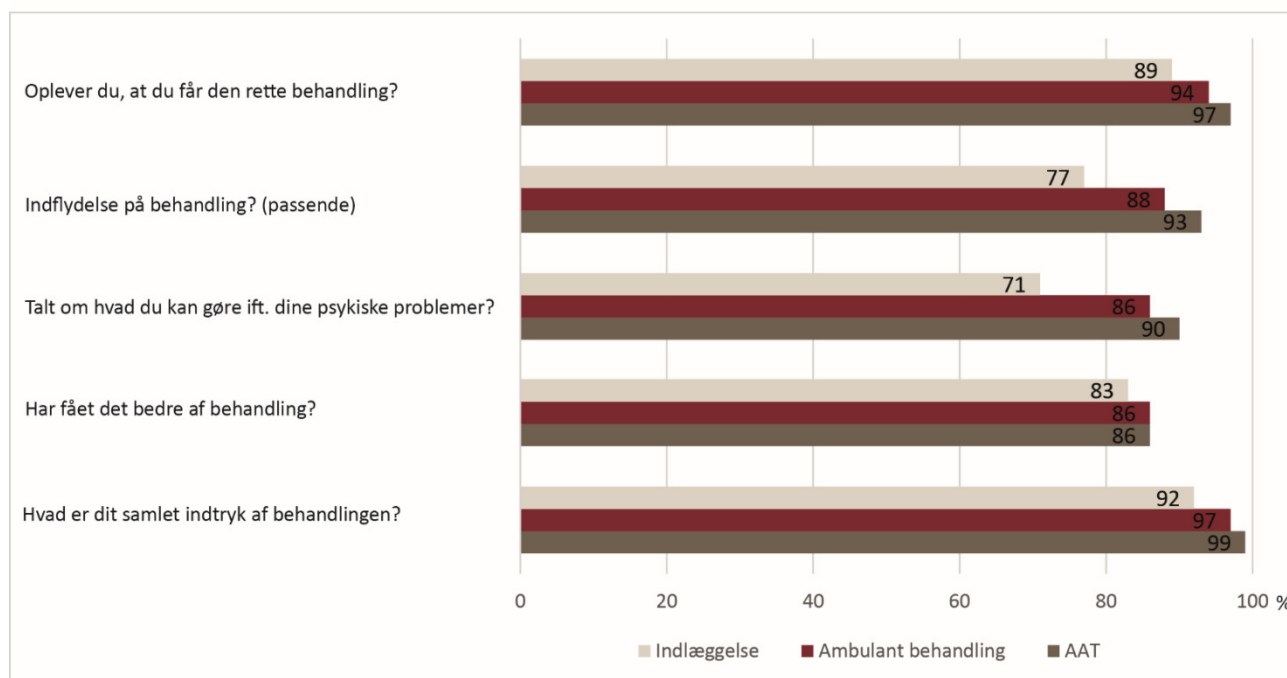
Selvom AAT-patientbesvarelserne lider under et lavere respondentantal (n) end ambulante forløb og indlæggelse, viser resultaterne, at patienterne i AAT-forløb på alle inkluderede parametre scorer højere end både ambulante forløb og indlæggelser. Dette vidner om, at AAT-behandling er et relevant tilbud til patienterne. Dog er det værd at bemærke, at der ikke er meget variation på tværs af resultaterne, og at der ligeledes ses en relativt høj patienttilfredshed blandt patienter i ambulante forløb og indlæggelser.

Den nedenstående analyse er struktureret på baggrund af følgende temaer: Behandlingsindhold, tilgængelighed og selvopfattelse.

10.2.1 Behandlingsindhold

Følgende viser resultater for patienttilfredshed ved hhv. ambulante behandling, indlæggelse og AAT. Behandlingsindholdet inkluderer spørgsmål om, hvorvidt patienterne oplever, at de modtager den rette behandling, deres samlede indtryk af behandlingen, om de får det bedre af behandlingen, om behandlingen er befordrende for deres mestringsevne, og om de har indflydelse på deres behandling.

Figur 3. Holdninger og vurderinger af behandling ved indlæggelse, Ambulant behandling og AAT-behandling. Positive svar i pct.



Kilde: Undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i Akut Ambulant Team & LUP Psykiatri 2016. Undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien for Indlæggelse og ambulant behandling.

Resultaterne viser, at 94 pct. af ambulante patienter mener, at de modtager den rette behandling, mens 89 pct. af de indlagte patienter mener, at de modtager den korrekte behandling. Tilfredsheden blandt patienter er en anelse højere ved AAT-behandling, hvor 97 pct. af patienterne angiver, at de modtager den rette behandling. Generelt ses således, at patienterne i høj grad oplever at blive tilbudt den korrekte behandling.

I forhold til patienternes samlede indtryk af deres forløb ses det samme billede som ved rette behandling, og der er en generel høj tilfredshed. Resultaterne viser, at 97 pct. af de ambulante patienter har et (meget) positivt samlet indtryk, mens 92 pct. af de indlagte patienter har et (meget) positivt samlet indtryk. Endvidere ses af resultaterne, at 99 pct. af patienterne i AAT-forløb angiver, at de har et (meget) positivt samlet indtryk. Således ses det igen, at patienterne i AAT-forløb er mest positive.

Resultaterne for, hvorvidt patienterne har fået det bedre af behandlingen, viser, at 86 pct. af de ambulante patienter angiver, at de har fået det bedre af behandlingen, mens 83 pct. af de indlagte patienter angiver, at de har fået det bedre af behandlingen. 86 pct. af patienterne i AAT-forløb angiver ligeledes, at de har fået det bedre af behandlingen. Det ses således, at patienter i ambulante forløb og AAT-forløb i lige høj grad oplever at få det bedre af behandlingen, mens andelen af indlagte patienter, der angiver at de får det bedre af behandlingen, er en anelse mindre.

Patientens evne til at mestre egen situation, er en væsentlig komponent at inddrage. Til at afdække mestringsevne er to spørgsmål inkluderet. Disse er: Hvorvidt der bliver talt om, hvad patienter kan gøre i forhold til deres psykiske problemer, og om patienterne får redskaber til at tackle deres sygdom.

Spørgsmålet om, hvorvidt der er blevet talt med patienterne om, hvad de kan gøre i forhold til deres psykiske problemer, er inkluderet, da det kan anses som proxy for, at patienterne modtager hjælp, der kan klæde dem bedre på til at mestre deres psykiske tilstand. Derudover er spørgsmålet om, hvorvidt patienterne har fået redskaber til at tackle deres sygdom, ligeledes inkluderet som proxy for bedre mestringsevne blandt patienterne. Dette spørgsmål er dog kun afdækket blandt ambulante og AAT-patienter, da der ikke eksisterer data for indlagte patienter.

Resultaterne viser, at 86 pct. af de ambulante patienter angiver, at der bliver talt om, hvad de kan gøre i forhold til deres psykiske problemer, mens blot 71 pct. af de indlagte patienter angiver, at der bliver talt om, hvad de kan gøre i forhold til deres psykiske problemer. 90 pct. af patienterne i AAT-forløb angiver videre, at der er blevet talt om, hvad de kan gøre i forhold til deres psykiske problemer. Således ses det, at der er en relativt stor variation i, hvorvidt indlagte patienter og patienter i AAT-forløb oplever, at der bliver talt om, hvad de kan gøre i forhold til deres psykiske problemer.

Angående spørgsmålet om hvorvidt patienterne har fået redskaber til at tackle sygdom, angiver 83 pct. af de ambulante patienter, at de har fået redskaber til at tackle deres sygdom, mens dette tal er en anelse højere blandt AAT-patienter, idet 88 pct. af AAT-patienterne angiver, at de har fået redskaber til at tackle deres sygdom. Selvom der ikke er meget variation i resultaterne, ses det, at flest AAT-patienter informeres om og arbejder på at tackle deres psykiske tilstand.

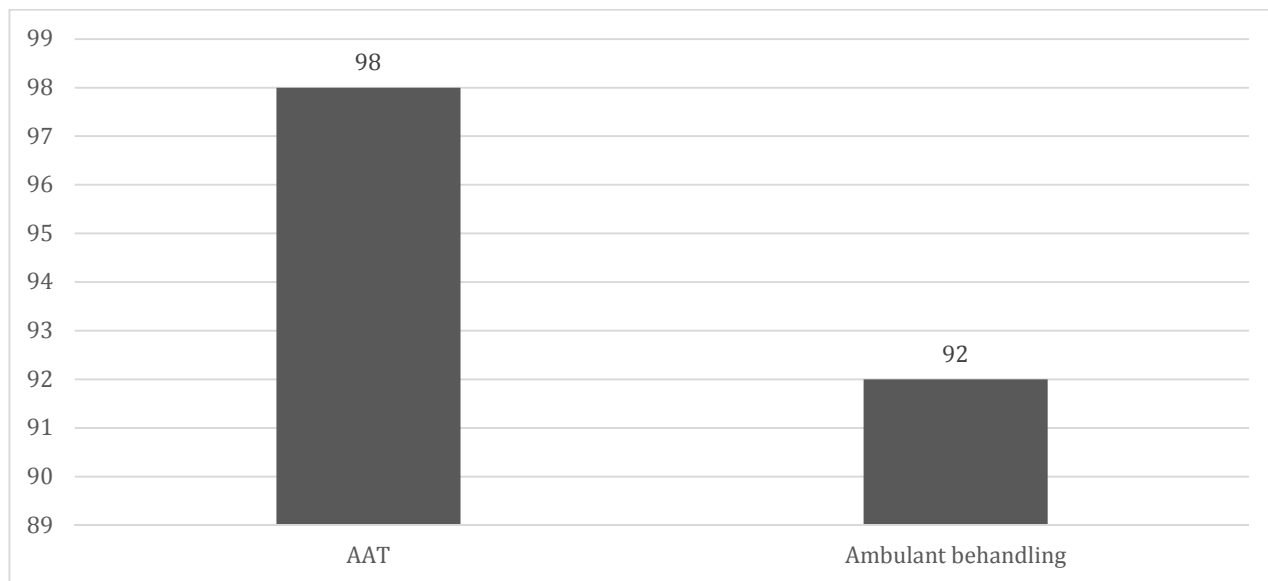
Resultaterne indikerer således, at AAT-forløbet er den behandlingsform, hvor patienterne oplever, at der bliver talt mest om, hvordan de kan håndtere deres psykiske sygdom.

I forhold til indflydelse på behandling ses det, at 88 pct. af patienterne, som modtager ambulant behandling, angiver, at de har indflydelse på deres behandling, mens dette tal blandt indlagte patienter er noget lavere. 77 pct. af de indlagte patienter tilkendegiver, at de har indflydelse på deres behandling. Procentandelen af patienter, som angiver, at de har indflydelse på deres behandling, ses igen at være højest for patienter, som modtager AAT-behandling, hvor 93 pct. angiver, at de har indflydelse på deres behandling.

10.2.2 Tilgængelighed

Spørgsmålet om, hvorvidt det er muligt at komme i kontakt med personalet, er inkluderet, da tilgængelighed er en vigtig komponent i AAT-behandling. I litteraturen beskrives det som essentielt, at patienterne modtager hurtig respons og behandling, idet der er tale om behandling i den akutte fase. Det er ikke afdækket, hvorvidt det er muligt at komme i kontakt med personalet for indlagte patienter, da det må formodes at være en selvfølge at kunne komme i kontakt med personale under indlæggelse.

Figur 4. Kan komme i kontakt med personalet i AAT/ambulant behandling, når du har brug for det? Positive svar i pct.



Kilde: Undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i Akut Ambulant-Team & LUP-Psykiatri 2016. Undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien for Indlæggelse og ambulant behandling.

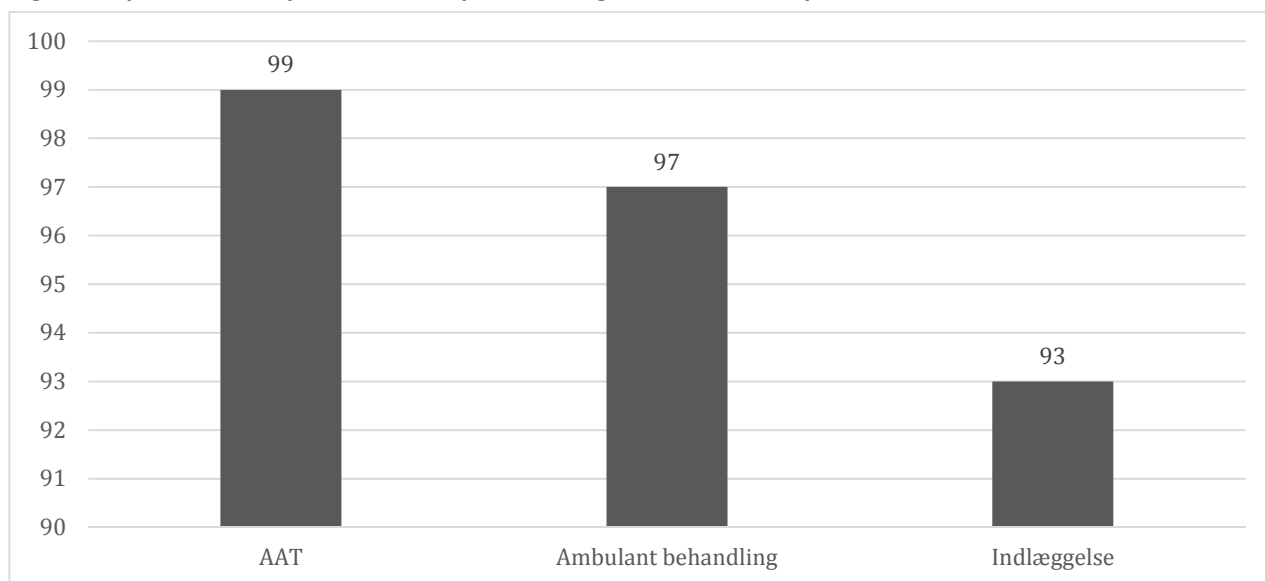
Resultaterne for de ambulante forløb viser, at 92 pct. af de ambulante patienter tilkendegiver, at de kan komme i kontakt med personalet. Tallet ses at være en anelse højere blandt patienter i AAT-forløb, idet 98 pct. af patienterne angiver, at de kan komme i kontakt med personalet. Patienterne i AAT-forløb angiver igen her en højere tilfredshed, selvom variationen mellem besvarelsene er begrænset.

10.2.3 Respekt fra personale

Hvorvidt patienterne oplever respekt fra personalet er inkluderet, da respekten kan opleves som befordrende for patientens selvopfattelse.

Resultaterne viser imidlertid, at der ikke er meget variation på tværs af de tre behandlingsformer. 97 pct. af patienterne i ambulante forløb tilkendegiver, at de bliver mødt med respekt fra personalet. Blandt indlagte patienter tilkendegiver 93 pct. af patienterne, at de bliver mødt med respekt fra personalet. Igen ses det, at AAT-patienterne er den gruppe af patienter, som er mest tilfredse, idet 99 pct. af patienterne tilkendegiver, at de bliver mødt med respekt fra personalet.

Figur 5. Oplever du, at personalet respekterer dig? Positive svar i pct.



Kilde: Undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i Akut Ambulant Team & LUP Psykiatri 2016. Undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien for Indlæggelse og ambulant

10.3 SAMMENLIGNING PÅ CENTRALE PARAMETRE

I det følgende sammenlignes de fem projekter på tværs i forhold til centrale indikatorer. Disse er kategoriseret i temaerne: Organisation, målgruppe, behandlingsindhold, sammenhæng i behandlingsforløb, tilfredshed, indlæggelsestal og overordnet vurdering af, om AAT fungerer som et alternativ til indlæggelse.

Figur 6. Sammenligning af de fem AAT-projekter på centrale parametre

		Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
ORGANISATION	Implementeringsforudsætninger	Green	Red	Red	Green	Green
	Gatekeeperfunktion	Green	Red	Red	Red	Red
	Tilgængelighed 24/7	Green	Red	Red	Yellow	Yellow
	Multidisciplinært tema m. psykiaterkompetencer	Green	Yellow	Red	Red	Green
MÅLGRUPPE	Sammenlignelig med indlæggelse	Light Green	Yellow	Yellow	Light Green	Light Green
BEHANDLINGSINDHOLD	Hurtig respons	Green	Green	Green	Green	Green
	Hjemmebesøg evt. hyppige	Green	Red	Yellow	Green	Green
	Primær behandler	Green	Red	Red	Green	Green
	Risiko- og symptomvurdering	Green	Green	Green	Green	Green
	Formulering af behandlings- og kriseplan	Green	Green	Green	Green	Green
	Medicinsk administration og supervision	Green	Green	Red	Yellow	Green
	Psykologiske interventioner	Green	Green	Green	Green	Green
SAMMENHÆNG I BEHANDLINGSFORLØB	Tværsektorielt samarbejde	Green	Yellow	Yellow	Green	Green
TILFREDSHED	Patienttilfredshed	Green	Green	Green	Green	Green
	Medarbejdertilfredshed	Light Green	Yellow	Yellow	Orange	Green
INDLÆGGELSESTAL	Indlæggelser					Green
	Genindlæggelser					Green
	Sengedage					Green
ALTERNATIV TIL INDLÆGGELSE	Samlet vurdering af om AAT er et indlæggelsesalternativ	Green	Yellow	Yellow	Green	Green

10.3.1 Organisation

Vurderingen af organisering af AAT-projekterne angår flere forhold: implementeringsforudsætninger, spørgsmålet om, hvorvidt der er en gatekeeperfunktion tilgængelig, og sammensætningen af et multidisciplinært team til AAT-behandlingen.

10.3.1.1 Implementeringsforudsætninger

I de foregående kapitler er der redegjort for implementeringsforudsætningerne. Det fremgår af skemaet, at Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland har fået farven grøn, hvilket vil sige at implementeringsforudsætningerne var gode. Region Hovedstadens AAT-projekt var en revurdering af et igangværende projekt, og var derfor hurtigt i gang. Eneste væsentlige udfordring var implementeringen af en forkortet behandlingsperiode fra tre måneder til den intensive seks ugers akutindsats. Dette forudsatte en anden tilgang til behandlingen, som enkelte personaler anså som uhensigtsmæssigt. Region Sjælland og Region Syddanmark er tildelt farven rød, da begge projekter havde opstartsproblemer i forhold til implementeringen. Eksempelvis kom Region Sjælland først i gang med AAT et år efter planlagt opstart.

10.3.1.2 Gatekeeperfunktion

I litteraturen beskrives det som centralt, at gatekeeperfunktionen til indlæggelse eller AAT-behandling er i AAT-teamet. Dette for at undgå indlæggelse af patienter, som kunne have været behandlet med AAT. Region Hovedstaden er den eneste region, hvor AAT-teamet varetager gatekeeperfunktionen. De fire øvrige regioner, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland løser opgaven på forskellig vis, men det er som regel sengeafdelingen eller PAM (Psykiatrisk Akutmodtagelse), som henviser til AAT-behandling.

I Region Nordjylland er AAT-temaet tæt forbundet med sengeafsnittet. De to AAT-medarbejdere har i udgangspunktet opfattet det som deres opgave at påpege, hvilke indlagte patienter, de anser for egnede til AAT-behandling. De to medarbejdere har på den vis opbygget en gatekeeperfunktion, som såvel afdelingspersonale og AAT-medarbejdere anser for nyttig i forhold til at afkorte og for kendte patienter undgå indlæggelse.

10.3.1.3 Tilgængelighed 24/7

Den tredje parameter er tilgængelighed for AAT-behandling 24/7. Det er kun Region Hovedstaden, som tilnærmelsesvis har denne tilgængelighed. I de fire øvrige regioner har patienterne ikke mulighed for at få kontakt til AAT-teamet 24/7.

Der er dog i Region Midtjylland mulighed for, at patienterne kan kontakte deres Psykiatriske Rådgivningstelefon uden for åbningstiden, de tildeles derfor en gul rubrik. I Region Nordjylland er det struktureret således, at det eksisterende personale har ansvaret for AAT-personalet uden for åbningstiden og tilbyder den samme service til patienterne som AAT-personalet yder. De tildeles derfor også en gul rubrik. Patienterne, som er i disse behandlingstilbud beskriver, at det har stor betydning for deres tryghed og mestringsevne, at de ved, at de kan komme i kontakt med deres primærbehandler. Konkret beskriver flere patienter, at de foretrækker at vente med at ringe, til de kan få kontakt med deres primærbehandler. I Region Sjælland og Region Syddanmark er det kun muligt at komme i kontakt med personale ved at kontakte den psykiatriske akutmodtagelse ved det respektive sengeafsnit. De er derfor tildelt en rød rubrik.

10.3.1.4 Multidisciplinært tema med psykiaterkompetencer

Flere studier (jf. litteraturstudiet) fremhæver, at AAT bør være sammensat som multidisciplinære teams, hvor nødvendigheden af psykiaterkompetencer fremhæves som en central ressource. I Region Nordjylland og Region Syddanmark er der psykiatere i teambemandingen. Region Sjælland har lavet en model, hvor der er 10 timers psykiaterkompetence til AAT'et. Det er psykiateren fra PAM (Psykiatrisk Akutmodtagelse), som har opgaven. Der har været udfordringer i forhold til at implementere modellen, men der arbejdes fortsat med den. Det fremhæves fra psykiaterens og medarbejdernes side, at modellen er meningsfuld, men at der har været udfordringer i forhold til at levere de 10 ugentlige timer til AAT'et.

Region Midtjylland har forsøgt med en shared care-model. Denne model har givet udfordringer og er blevet mødt med reservationer i forhold til manglende psykiatrifagligt tilsyn og opfølgning fra praktiserende læger og psykiatere. Region Syddanmark har hentet deres psykiater i PAM.

10.3.2 MÅLGRUPPE FOR AAT-BEHANDLING

En stor udfordring i forhold til AAT-behandling er afgrænsning af patientgruppen i forhold til at patienterne hverken må være for syge eller for raske (jf. litteraturstudiet).

AAT-behandling er ikke relevant for patienter, hvor der ikke kan indgås aftaler om, at patienten ikke forsøger selvmord, eller hvor patienten er ukontrollabelt udadreagerende. I sådanne tilfælde skal patienten indlægges. Desuden er AAT-behandling ikke relevant for patienter, som ikke er i en akut fase. I sådanne tilfælde er den relevante behandling eksempelvis ambulante behandling, behandling ved egen læge, kommunal støtte i form af støttekontaktperson mv.

Ingen af projekterne har fået tildelt en klar grøn farve. Dette skyldes, at alle projekter har udfordringer i forhold til dels at afslutte og videregive patienter, som ikke længere er i en akut fase, og dels at der inkluderes patienter, som ikke er tilstrækkelig syge. Alle projekter har påpeget netop dette som en udfordring, som der arbejdes med.

10.3.3 BEHANDLINGSINDHOLD

Flere elementer fremhæves i studierne, som er inkluderet i litteraturstudiet (jf. kapitel 4), som centrale for et effektivt behandlingsforløb. I det følgende er projekterne vurderet op imod de mest centrale elementer, som er:

- Hurtig respons i forhold til at påbegynde behandling
- Behandling der foregår som hjemmebesøg
- Tilknytning af en primærbehandler til patienten
- Risiko- og symptomvurdering
- Behandlings- og kriseplan
- Medicinsk administration og supervision
- Psykologiske interventioner.

I forhold til hurtig respons er behandlingen i alle de fem regionale behandlingstilbud tilrettelagt således, at der, inden for maksimalt 48 timer efter patienten er visiteret til AAT, er igangsat et behandlingsforløb.

Den næste parameter er, om AAT-behandlingen primært er baseret på hjemmebesøg. I Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland er dette tilfældet. I Region Syddanmark har det været an-

vendt, men i en kombination med, at patienterne også er mødt op på psykiatrisk afdeling for at modtage behandling. Region Syddanmark er derfor blevet tildelt en gul rubrik. I Region Sjælland har der grundet mangel på både personale og biler (der har kun været én bil til rådighed) ikke været ordentlige betingelser for at kunne foretage hjemmebesøg hos patienterne. På den baggrund er Region Sjælland blevet tildelt en rød rubrik.

Den tredje parameter er, hvorvidt patienterne får tildelt en primærbehandler. Dette er tilfældet i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland. I Region Sjælland og Region Syddanmark er dette ikke på samme vis prioriteret. I Region Syddanmark blev netop dette efterspurgt af patienterne under interview, i sammenhæng med at der blev efterspurgt bedre kontaktmuligheder til AAT'et. Det anbefales derfor, at der arbejdes med denne problemstilling i Regions Syddanmark og Region Sjælland.

I forhold til behandlingsindholdet er risiko- og symptomvurdering helt central for behandlingen. I alle fem regionale projekter er dette en integreret del af behandlingen, hvilket også er gældende for behandlings- og kriseplan.

I forhold til medicinsk administration og supervision har dette naturligvis sammenhæng med tilgængeligheden af psykiaterkompetencer. Region Midtjyllands AAT-projekt har været udfordret af manglende opbakning til shared care-modellen, dels fra privatpraktiserende læger, og dels fra de patientansvarlige psykiatere. For projektet i Region Syddanmark er det manglen på psykiatere i AAT'et, som bevirker, at AAT'et har svært ved medicinsk administration og supervision.

For alle fem AAT-projekter er psykologiske interventioner med henblik på opbygning af mestringskompetencer en integreret del af behandlingen.

10.3.4 SAMMENHÆNG I BEHANDLINGSFORLØB

Det tværsektorielle samarbejde er en central del af et sammenhængende og helhedsorienteret AAT-behandlingstilbud.

Der er fra alle fem AAT-projekter påpeget meget store koordinationsudfordringer med de mange kommunale instanser, privatpraktiserende læger, øvrige regionale behandlingstilbud osv. På trods af dette er det Region Sjælland og Region Syddanmark, der får en gul markering. Disse to projekter kom relativt sent i gang med den koordinerende indsats. For Region Sjælland efterspørger patienterne netop denne hjælp.

På trods af denne kritik, er det vigtigt at være opmærksom på, at koordineringsopgaven står mere fremtrædende for AAT-behandling end for indlæggelsesbehandling. Årsagen er, at det ofte er essentielt for AAT-behandlingen og patientens mulighed for at blive i eget hjem, at der bliver tilknyttet en støttekontaktperson, at der findes en løsning på arbejdssituationen, at der tages en snak med lægen, kommunens familieafdeling osv. Mangel på koordination eller de situationer, hvor alle instanser kommer på en gang, bliver derfor meget tydelige i patienternes behandlingsforløb, og nødvendigheden af en løsning kan derfor ikke ignoreres. Dette betyder derfor, at på trods af at alle projekter oplever den relationelle koordination som en udfordring, så arbejdes der mere systematisk med denne problematik ved AAT-behandling, end der gøres ved indlæggelsesbehandling.

10.3.5 PATIENT- OG MEDARBEJDERTILFREDSHED

Grundlæggende er der i alle fem regioner høj patienttilfredshed med AAT. Patienterne udtrykker samstemmigt, at gennem inddragelsen af aspekter som nærmiljø, boligforhold og andre eksterne faktorer, der kan påvirke deres situation, kan der af AAT-personalet foretages en vurdering, der indfanger *hele mennesket* og alle de faktorer, der måtte vedrøre deres psykiske udfordringer. Patienterne påpeger desuden, at oplevelsen ved at være patient i et AAT-behandlingsforløb har medført, at de har følt sig mindre sygeliggjorte, og at det derfor har haft en positiv indvirkning på deres selvopfattelse.

Den største medarbejdertilfredshed omkring AAT er i Region Hovedstaden og Region Nordjylland, hvorfor de er tildelt henholdsvis en lysegrøn rubrik og en grøn rubrik. Den lysegrønne i Region Hovedstaden symboliserer, at der har været enkelte tilfælde, hvor personalet har været utilfreds. I Region Sjælland og Region Syddanmark er der en mindre grad af tilfredshed, da udfordringer som logistik (manglende bil til rådighed) og rekruttering har været centrale problemer for AAT-personalet. Derudover påpeger de også dårlig kommunikation mellem sengeafsnit og AAT som værende en af årsagerne. På den baggrund er de begge blevet tildelt en gul rubrik, da begge regioner mener, der er plads til forbedring.

Region Midtjylland er den region, hvori der er lavest medarbejdertilfredshed. Dette formodes til dels at have sin årsag i, at dataindsamlingen pågik, mens AAT'et blev en del af en proces, hvor der blev implementeret lav-intensive senge (LIS), lukning af et sengeafsnit, flytning af kontorer mv. Alt sammen ydre begivenheder, som påvirkede personalet betydeligt. Endvidere udtrykte medarbejderne betydelig utilfredshed med shared care-modellen (se afsnit vedr. Region Midtjylland for uddybning). På den baggrund tildeles Region Midtjylland en rød rubrik.

10.3.6 ALTERNATIV TIL INDLÆGGELSE

I Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland vurderes, at AAT er et alternativ til indlæggelse. I forhold til Region Sjællands og Region Syddanmarks AAT-tilbud er der enkelte forhold, som bør optimeres med henblik på, at tilbuddene reelt kommer til at udgøre et alternativ til indlæggelse. Mest centralt er, at behandling primært skal foregå i hjemmet, og derudover at patientgruppen i højere grad bør ekskludere mindre syge patienter og inkludere akut psykisk syge patienter.

11 KONKLUSION

Denne evaluering repræsenterer den foreløbige evaluering af satspuljeprojektet 'Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri', hvor fem projekter, ét i hver region, har fået satspuljemidler til at afprøve ambulante akutteam (AAT)-behandling. De fem projekter er:

- Akut Psykiatrisk Hjælp, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Region Hovedstaden
- Ambulant Akutteam, Psykiatrien Syd, Vordingborg, Region Sjælland
- Den Mobile Skadestue, Psykiatrisk Afdeling Kolding-Vejle, Region Syddanmark
- Ambulant Akutteam, Regionspsykiatrien Vest, Holstebro, Region Midtjylland
- Ambulant Akutteam, Sengeafsnit N7, Frederikshavn, Region Nordjylland

Evalueringen er foretaget af DEFACTUM på vegne af Sundhedsstyrelsen for at sikre erfaringsopsamling og projektudvikling på tværs af de fem projekter.

Evalueringen har haft til hensigt at vurdere, om AAT-projekterne var i overensstemmelse med principper for AAT-behandling, om det var muligt at optimere de fem projekter, og dermed dels at vurdere om AAT-behandling kan siges at udgøre et alternativ til indlæggelse, og dels om behandlingsformen er egnet til udbredelse. I det følgende søges disse spørgsmål besvaret. For en gennemgang af de enkelte projekter henvises til de foregående kapitler.

11.1 OPTIMERING AF DE FEM REGIONALE PROJEKTER

I projektperioden har der været udfordringer, der er arbejdet på i forhold til at optimere de fem projekter. En væsentlig udfordring har været etablering og konsolidering af AAT-tilbud med en behandlingsintensitet svarende til indlæggelsesbehandling. I den forbindelse har udfordringen i høj grad bestået i at inkludere og ekskludere patienter, således at det er akut psykisk syge patienter, der inkluderes. Disse må dog ikke være så syge, at de er til fare for andre, eller have så høj en selvmordsrisiko at denne ikke kan håndteres i AAT'et. I sådanne tilfælde skal patienterne tilbydes indlæggelsesbehandling. Denne problemstilling har dog ikke været et nævneværdigt problem i projekterne. Udfordringen har derimod (i større eller mindre grad) været, at der dels har været inkluderet patienter, som ikke var tilstrækkeligt syge, og dels at patienterne ikke blev afsluttet, når den akutte fase var overstået. Udfordringer med målgruppespecificering er aftaget, efterhånden som projekterne er blevet konsolideret. Den primære årsag til dette er, at den skepsis, som PAM og sengeafsnittene havde, aftog, efterhånden som effekterne af AAT-behandlingen blev tydelige. Det betød, at PAM og sengeafsnittene dels begyndte at henvise til AAT-behandling, og dels at sengeafsnittene overleverede patienterne til AAT-behandling frem for at fortsætte indlæggelsesbehandling.

Problematikken i forbindelse med at AAT-projekterne har haft en tendens til at inkludere patienter, som ikke er akut psykisk syge, har en vis sammenhæng med, at AAT (bortset fra Region Hovedstaden) ikke har forestået visitationen til enten indlæggelse eller AAT-behandling. Grundet visitationspersonalets manglende viden om og opmærksomhed på AAT, har der været en tendens til, at relevante patienter, specielt i opstartsfasen, ikke blev henvist til AAT. Det er netop på den baggrund at det i litteraturen anbefales, at det er AAT, der skal forestå visitationen til akut psykiatrisk behandling (enten AAT eller indlæggelse). Disse udfordringer har dog initieret innovative løsninger. I Nordjylland påbegyndte de to AAT-medarbejdere en indsats som de beskriver som: *[..] Vi tager patienterne ud af sengene, for at tage dem hjem.*

En anden udfordring har været, at der ikke har været tilgængelighed til AAT 24/7. På baggrund af litteraturstudiet er dette kritisk. Det er dog interessant, at patienterne ikke anser dette som et specielt stort problem. De beskriver, at de faste telefontider til deres primære kontaktpersoner gør, at det er muligt at vente med at tage kontakt, til man ved, at man kommer i kontakt med én, der er bekendt med situationen. I den forbindelse fremhæves det, at en primær kontaktperson har stor betydning. De projekter, som ikke havde dette, er derfor blevet opfordret til at implementere primære kontaktpersoner.

11.2 AAT SOM ALTERNATIV OG SUPPLEMENT TIL INDLÆGGELSE

I patientinterviewene er der blevet spurgt til, hvilken behandling patienterne foretrækker ved akut psykisk sygdom: indlæggelse eller AAT? Alle patienter siger, at de foretrækker AAT-behandling, men de siger samtidigt, at der er situationer, hvor de er så forpinte, at indlæggelse er livsnødvendigt. De siger derfor, at AAT kan anskues som et alternativ til indlæggelse, men det er mere hensigtsmæssigt at se indlæggelse som et supplement til AAT. De konklusioner, som brugerne kommer frem til, indrammer essensen i nærværende evaluering. I de tilfælde hvor udadreagerende adfærd og selvmordsrisiko kan kontrolleres, er AAT det relevante tilbud. Men i de tilfælde, hvor dette ikke er muligt, skal patienter tilbydes indlæggelse. Desuden er det essentielt, at AAT-behandling forbeholdes akut psykiatrisk behandling, således at patienter, som ikke er akutte, får behandling i mindre intensive forløb.

Fordelene ved AAT-behandling er flere. Overordnet set er fordelene knyttet til fire temaer, som er indbyrdes forbundet. Disse er:

- Høj patienttilfredshed
- Behandlingsindhold
- Forøget behandlingskapacitet
- Tværsektoriel koordination

I det følgende gennemgås de fire temaer

11.2.1 Patienttilfredshed

I interviews og i spørgeskemaundersøgelsen er det bemærkelsesværdigt hvor stor tilfredshed, der udtrykkes med AAT.

Ved en sammenligning mellem AAT-behandling, indlæggelsesbehandling og ambulant behandling er tilfredsheden med AAT-behandling på hvert eneste spørgsmål højere, eller som minimum det samme. Dette er bemærkelsesværdigt og tyder på, at AAT er et behandlingstilbud, som patienter oplever som værende meningsfuldt. I de kvalitative interviews beskriver brugerne, hvad det specifikt er, som de finder meningsfuldt ved AAT-behandling.

Det gennemgående, som brugerne fremhæver, er, at behandling hjemme bevirker, at de bedre kan fastholde hverdagslivet og vedblive med at (forsøge) at udfylde de mange roller, som de har. Dette er forskelligt fra livet som indlagt, hvor rollen som patient bliver dominerende. Desuden, at de oplever en "hjemmebane fordel", når behandlingen foregår i deres eget hjem. Dette bevirker, at AAT-personalet bliver gæster, hvilket initierer et mere ligeværdigt forhold, som gør det lettere at snakke om det, som er svært. Desuden er det også muligt for personalet ved selvsyn at se forhold, som spiller ind i patientens situation. Dette fremhæves også som en fordel af flere patienter, blandt andet fordi de har oplevet at få tilknyttet relevant kommunal støtte mv.

11.2.2 Behandlingsindhold

Fra såvel patienter som personale fremhæves, at det bidrager positivt til behandlingen, at denne foregår i borgerens hjem. Behandlingen bliver bedre fordi personalet ved selvsyn kan se og observere patientens situation, og derved får en bedre forståelse for patientens sygdomsbillede og belastninger (sociale, familiære, arbejdsmæssige, i forhold til bolig, netværk (pårørende, venner, omgangskreds) mv. I sammenhæng bidrager den mere ligeværdige relation, som opstår mellem patient og behandler, også til, at det bliver lettere for patienten at tale om svære ting, uoverkommelige problemer osv., idet behandlingen foregår i patientens hjem. Disse dynamikker i sammenhæng giver personalet en bedre forståelse af patientens situation. Derudover giver det også en mere afstemt fælles forståelse af patientens situation, patient og behandler imellem. På baggrund af den bedre indsigt og fælles forståelse kan behandlingen, og de redskaber der skal sættes i anvendelse med henblik på at opbygge mestringssevne, konkret tilpasses patientens situation. Herefter bruger patienterne redskaberne med det samme i deres hverdag, hvor de har mulighed for, sammen med deres behandler, at udvikle og tilpasse dem. Opbygningen af mestringskompetencer foregår på denne måde i den konkrete kontekst, hvor evnerne og kompetencerne fremadrettet skal anvendes.

11.2.3 Forøget behandlingskapacitet

Det har desværre ikke været muligt at få udleveret LPR-data til sammenlignelige analyser af udviklingen i indlæggelser. En endelig analyse mangler således for dette spørgsmål. Indikationer fra tilbagemeldingerne fra projekterne om udviklingen i indlæggelser tyder dog på en forøget behandlingskapacitet.

Region Nordjylland har systematisk fulgt udviklingen i indlæggelser for Frederikshavns kommune. Der dokumenteres en reduktion i indlæggelsestid. Derudover har afdelingen afviklet et betydeligt overbelægningsproblem. Dette er gjort med de psykiaterressourcer, som var til rådighed i afdelingen. Netop en optimal og effektiv udnyttelse af psykiaterressourcer fremhæves som en af de betydelige fordele ved AAT. I Region Hovedstaden har én psykiater behandlingsansvaret for op mod 60 patienter (supporteret af en specialuddannet psykolog og forvagter). Udnyttelsen af psykiaterkompetencerne er, grundet manglen på psykiatere, et forhold som bevirker, at behandlingskapaciteten kan forøges. De interviewede psykiatere beskriver, at de finder, at AAT er en meget effektiv udnyttelse af deres faglighed. Det skal dog bemærkes, at der blandt psykiaterne ikke er opbakning til shared care-modeller, hvor psykiateren ikke ser patienterne.

11.2.4 Tværsektoriel koordination

En af sundhedsvæsenets store udfordringer er den relationelle koordination mellem enheder i sundhedssystemet: Den regionale behandlingspsykiatri, kommunale tilbud (bostøtte, familieafdeling, arbejdsmarkedsafdeling mv.), privatpraktiserende læge osv. Denne problemstilling gør sig også gældende ved AAT-behandling, men ved AAT-behandling er det helt essentielt, at de øvrige tilbud, som patienten skal have, iværksættes. Dette fordi det ellers kan være problematisk, at patienten er hjemme.

Den omstændighed, at behandlingen foregår i patientens hjem, bevirker, at det bliver mere åbenlyst, hvad patienten har brug for, og ofte, udover det ovenstående, kan der være problematikker i forhold til økonomi (banken), forsikringer og arbejdsgiver. AAT-personalet beskriver, at de ofte har etableret aftaler med de relevante instanser og ofte deltaget i møder. Dette er initiativer, som patienter beskriver som en stor hjælp i forhold til at få tilrettelagt en overskuelig og overkommelig hverdag.

11.3 RECOVERY & EMPOWERMENT

Tilbage i 1970'ernes USA blev AAT-behandling udviklet som et alternativ til indlæggelse. Ambitionen var at spare penge gennem nedlæggelse af sengepladser. Det økonomiske rationale, som i udgangspunktet var berettigelsen for AAT-behandlingen, er de senere år blevet suppleret med en værdibaseret argumentation for AAT-behandling. Berettigelsen af AAT-behandling er i denne optik, at behandlingen (bedre) understøtter recovery og empowerment. I evalueringen har vi undersøgt, hvorvidt det kan hævdes, at AAT i højere grad understøtter recovery og empowerment.

Der er lavet en analyse af sammenhængen mellem arbejdsmarkedsfastholdelse og behandling som henholdsvis AAT eller indlæggelse (1). Det er Region Hovedstadens AAT-tilbud, der er sammenlignet med indlæggelsesbehandling. Det viser sig, at der er bedre arbejdsmarkedsfastholdelse ved AAT-behandling. I et recovery-perspektiv er dette helt centralt, fordi det at 'recovery' eller 'at komme sig' i høj grad er forbundet med at kunne opretholde et hverdagsliv med en tilknytning til arbejdsmarkedet. I artiklens reviewproces blev vi mødt med spørgsmålet om, hvorvidt det er AAT-behandlingen, der forårsager effekten (bedre arbejdsmarkedsfastholdelse), eller om den egentlige forklaring er, at der er mindre stigmatisering ved AAT-behandling? Dette spørgsmål kan vi ikke svare på, men spørgsmålet er også, om dette er relevant? Uanset om årsagen til bedre arbejdsmarkedsfastholdelse skyldes behandlingseffekten eller at AAT-behandling medvirker til en af-stigmatisering af akut psykisk syge patienter, er det en implikation af AAT-behandling.

Spørgsmålet om selv-stigmatisering er også centralt i forhold til recovery og empowerment. I patientinterviewene blev der spurgt til, hvordan respondenterne opfattede sig selv, dels under indlæggelse, og dels ved AAT-behandling. Ved indlæggelse er patientrollen den primære rolle. Dette påvirker selvopfattelsen og giver et fokus på sygdom og manglende ressourcer til at håndtere egen situation, og hermed opstår selv-stigmatiseringen. Dette står i kontrast til, hvordan respondenterne beskriver deres selvopfattelse, når de er i AAT-behandling. De beskriver, at når de er hjemme i AAT-behandling, så har de mange roller og funktioner, ud over at være patient, og der er fokus på at finde ressourcerne og opbygge kompetencer. Hermed bliver selvbilledet et andet med bedre plads til nuancering og en patientrolle, hvor ressourcer i højere grad er i centrum.

Dette lyder naturligvis meget positivt og taler i høj grad for AAT-behandling som et alternativ til indlæggelsesbehandling, og dermed udbredelse af behandlingsformen. Det er dog meget vigtigt at være helt skarp på, hvornår AAT-behandling *ikke* er relevant, og afslutningsvis bør vi derfor erindre, hvad patienterne siger om AAT som alternativ til indlæggelse. De siger, at det er et alternativ, som de vil foretrække, men i nogle situationer er de så forpinte, at det er livsnødvendigt med indlæggelsesbehandling. Konklusionen i et patientperspektiv er derfor, at AAT-behandling i højere grad skal ses som et supplement.

12 LITTERATURLISTE

1. Blæhr E, Madsen JV, Christiansen NLS, Vedel P. The influence of crisis resolution treatment on employment: a retrospective register-based comparative study. *Nord J Psychiatry*. 2017 Aug 24;1-8. doi: 1365377.
2. Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Regeringens udvalg om psykiatri, 2013.
3. Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Resumé af hovedrapport. København: Regeringens udvalg om psykiatri, 2013.
4. Regeringen. Ligeværd - nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014. www.sum.dk.
5. Regeringen. Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste ti år. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014. www.sum.dk.
6. Heath DS. Home treatment for acute mental disorders: An alternative to hospitalization. Philadelphia, PA: Brunner/Routledge, 2005.
7. Fenton WS, Hoch JS, Herrell JM, Mosher L, Dixon L. Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(4):357-64.
8. McCrone P., Johnson S., Nolan F., Pilling S., Sandor A., Houlst J., et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18(1):54-8.
9. McCrone P, Bhui K, Craig T, Mohamud S, Warfa N, Stansfeld SA, et al. Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(5):351-7.
10. McCrone P, et al. Model to Assess the Economic Impact of Integrating CRHT and Inpatient Services. London: Health Service and Population Research Department, King's College London, 2007.
11. Grawe RW, Ruud T, Bjorngaard JH. Alternative emergency interventions in adult mental health care. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005;125(23):3265-8.
12. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Serv Res*. 2011;11:96.
13. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. 2011;11:183.
14. Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. How Norwegian casualty clinics handle contacts related to mental illness: A prospective observational study. *Int J Ment Health Syst*. 2012 20;6(1):3.
15. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Šaltytė-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:117.

16. Glass AJ. Philosophies, not laws, determine admission practices. I. Restricting admissions will not solve problems. *Hosp Community Psychiatry*. 1967 18(8):234-6.
17. Stein LI, Test MA, Marx AJ. Alternative to the hospital: a controlled study. *Am J Psychiatry*. 1975;132(5):517-22.
18. Alternatives to Mental Hospital Treatment, The Psychiatric Halfway House: A Handbook of Theory and Practice and Not Quite Like Home: Small Hostels for Alcoholics and Others. *Social Work*. 1979; 24(4): 353.
19. California's revised community support system project to conduct a state-local demonstration and replication in a six county rural area in northern California. 1979. Report No.: 16 (1).
20. Billings A. The impact of a community screening program on psychiatric hospital admissions. *Am J Community Psychol*. 1978 ;6(6):599-605.
21. Adesanya A. Impact of a crisis assessment and treatment service on admissions into an acute psychiatric unit. *Australas Psychiatry*. 2005;13(2):135-9.
22. Bergerud T, Møller P, Larsen F, Veenstra M, Ruud T. A community short-term crisis unit does not reduce acute admissions to psychiatric wards. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009;129(19):1973-6.
23. Behan C, Cullinan J, Kennelly B, Turner N, Owens E, Lau A, et al. Estimating the Cost and Effect of Early Intervention on In-Patient Admission in First Episode Psychosis. *J Ment Health Policy Econ*. 2015;18(2):57-61.
24. Agius M, Shah S, Ramkissoon R, Murphy S, Zaman R. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team. Preliminary results. *Psychiatr Danub*. 2007;19(1-2):10-9.
25. Barker V, Taylor M, Kader I, Stewart K, Fevre P. Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *BJPsych Bulletin*. 2011;35(3):106-110.
26. Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):71-6.
27. Jethwa K, Galappathie N, Hewson P. Effects of a crisis resolution and home treatment team on in-patient admissions. *BJPsych Bull*. 2007;31(5):170-172.
28. Tyrer P, Gordon F, Nourmand S, Lawrence M, Curran C, Southgate D, et al. Controlled comparison of two crisis resolution and home treatment teams. *Psychiatrist*. 2010;34(2):50-4.
29. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5: CD00108.
30. Fenton WS, Mosher LR, Herrell JM, Blyler CR. Randomized Trial of General Hospital and Residential Alternative Care for Patients With Severe and Persistent Mental Illness. *Am J Psychiatry*. 1998;155(4):516-22.

31. Johnson S, Nolan F, Hoult J, White I, Bebbington P, Sandor A, et al. Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry*. 2005;187):68-75.
32. Hoult J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Weekes P, Briggs J. Psychiatric Hospital Versus Community Treatment: The Results of a Randomised Trial. *Australas Psychiatry*. 1983;17(2):160-7.
33. Simpson CJ, Seager CP, Robertson JA. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ*. 1992;304(6829):749-54.
34. Fenton W.S., Hoch J.S., Herrell J.M., Mosher L., Dixon L. Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(4):357-64.
35. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015;15.
36. Carlsson I, Palm A, Persson R, Wålinder E, Frederiksen SO. Treatment-home care as a complement to hospital psychiatric care. *Nord J Psychiatry*. 1997;51(1):43-8.
37. Ehmann TS, Tee KA, MacEwan GW, Dalzell KL, Hanson LA, Smith GN, et al. Treatment delay and pathways to care in early psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2014;8(3):240-6.
38. Hasselberg N., Gråwe R.W., Johnson S., Ruud T. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Serv Res*. 2011;11:96.
39. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome ? a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(10):881-92.
40. Kirchner JE, Cody M, Thrush CR, Sullivan G, Rapp CG. Identifying factors critical to implementation of integrated mental health services in rural VA community-based outpatient clinics. *J Behav Health Serv Res*. 2004;31(1):13-25.
41. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):74.
42. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry*. 2006;189(5):441-5.
43. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised Controlled Trial Of Acute Mental Health Care By A Crisis Resolution Team: The North Islington Crisis Study. *BMJ*. 2005;331(7517):599-602.
44. Hasselberg N., Gråwe R.W., Johnson S., Ruud T. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Serv Res*. 2011;11:96.
45. Karlsson B, Borg M, Eklund M, Kim HS. Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study.. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5:19.

46. Rhodes AE, Bethell J, Newton AS, Antony J, Tonmyr L, Bhanji F, et al. Developing measures of quality for the emergency department management of pediatric suicide-related behaviors. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(11):1124-8.
47. Nelson T, Johnson S, Bebbington P. Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams : A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(7):541-9.
48. Freeman J, Vidgen A, Davies-Edwards E. Staff experiences of working in crisis resolution and home treatment. *Mental Health Review Journal*. 2011;16(2):76-87.
49. Raine R, Xanthopoulou P, Wallace I, Nic A'Bhaird C, Lanceley A, Clarke A, et al. Determinants of treatment plan implementation in multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: a mixed-methods study. *BMJ Qual Saf*. 2014 ;23(10):867-76.
50. Cotton M, Johnson S, Bindman J, Sandor A, White IR, Thornicroft G, et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry*. 2007;7(1):52-.
51. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015;15.
52. Hugo M, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(4):504-8.
53. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 12:CD000088.
54. Onyett S, Linde K, Glover G, Floyd S, Bradley S, Middleton H. A national Survey of Crisis resolution Teams in England. Nottingham: The University of Nottingham Information Services, 2006.
55. Reynolds I, Jones J, Berry D, Hault J. A crisis team for the mentally ill: the effect on patients, relatives and admissions. *Med J Aust*. 1990;152(12):646-652.
56. Brimblecombe N, O'Sullivan G, Parkinson B. Home treatment as an alternative to inpatient admission: Characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10(6):683-687.
57. Hubbeling D, Bertram R. Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. *J Ment Health*. 2012;21(3):285-95.
58. Johnson S. Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry*. 2007;6(8):339-42.
59. Ferris LE, De Saito C, Sandercock J, Williams JI, Shulman KI. A Descriptive Analysis of Two Mobile Crisis Programs for Clients with Severe Mental Illness. *Can J Public Health*. 2003;94(3):233-7.

60. Winness MG, Borg M, Kim HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health*. 2010;19(1):75-87.
61. Morgan S, Hunte K. One foot in the door. *Ment Health Today*. 2008:32.
62. Middleton H, Shaw R, Collier R, Purser A, Ferguson B. The dodo bird verdict and the elephant in the room: A service user-led investigation of crisis resolution and home treatment. *Health Sociol Rev* 2011;20(2):147-56.
63. Karlsson B, Borg M, Kim HS. From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nurs Inq*. 2008;15(3):206-15.
64. Noble LM, Douglas BC. What users and relatives want from mental health services. *Curr Opin Psychiatry*. 2004;17(4):289-96.
65. Agar-Jacomb K, Read J. Mental health crisis services: What do service users need when in crisis? *J Ment Health*. 2009;18(2):99-110.
66. Schuitema I, Deprez S, Van Hecke W, Daams M, Uyttebroeck A, Sunaert S, et al. Accelerated aging, decreased white matter integrity, and associated neuropsychological dysfunction 25 years after pediatric lymphoid malignancies. *J Clin Oncol*. 2013 Sep 20;31(27):3378-88.
67. Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(3):310-8.
68. Lyons C, Hopley P, Burton CR, Horrocks J. Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(5):424-33.

