

#### Hva tilfører denne artikkelen?

Det er en kvalitativ studie som beskriver hvordan helsearbeidere i et ambulerteam (AAT) gjør sine faglige overveielser.

#### Fakta:

AAT er et tjenestetilbud til voksne over 18 år som trenger akutt hjelp i en psykisk krise. Tilbudet er under oppbygging ved alle landets distriktspsykiatriske sentre. Teamene er tverrfaglig sammen-

satt og har som hovedoppgave å forhindre innleggelse i akutt-psykiatriske avdelinger og utvikle tilbud i pasientens lokalmiljø som ivaretar personens opplevelser av integritet og verdighet.

**Bakgrunn:** Ambulante akuttpsykiatriske team (AAT) har voksne over 18 år som opplever en akutt psykisk krise som primær målgruppe. Det utvikles behandlingstilbud som søker å ivareta pasienters opplevelse av integritet og selvfølelse. Dette skjer gjennom nye samarbeidsformer i pasienters lokalmiljø i form av hjemmebehandling.

**Hensikt:** Studien beskriver teammedlemmenes forståelser av hva en psykisk krise er og hvilke implikasjoner forståelsene har for det kliniske arbeidet.

**Teoretisk perspektiv:** Det teoretiske perspektivet baseres i sosialpsykologiske aspekter ved en psykisk krise, med vekt på å forstå krise både som en

individuell, relasjonell og kontekstuell erfaring.

**Metodologi:** Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et kvalitativt, eksplorativt og deskriptivt design. Flerstegsfokusgruppeintervjuer er benyttet som dataskapingsmetode, og en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming er benyttet i dataanalysen.

**Resultater:** To hovedtemaer identifiseres: Forståelser av kriser og forhandlinger om kriser. Det empiriske materialet beskriver ulike former for psykisk krise; langvarige og akutte kriser samt individuelle og sosiale. Å være hjelper i andres hjem innebærer å stå i ulike samarbeidsforhold knyttet

til forhandlinger, forståelser og løsninger.

**Konklusjon:** Studiens funn innbyr til en annen profesjonalitet der verdifull kompetanse er å møte det uventede og å tåle det ukjente, der valg- og forhandlingsmuligheter for pasient og nettverk vektlegges og der den psykiske krisen oppfattes sosial så vel som individuell. Hjemmebehandling krever et faglig skjøn som retter seg mot pasientens hverdagsliv.

**Background:** The primary users of the crisis resolution and home treatment teams (CHHT) are persons over 18 years experiencing a mental health crisis. The teams' objectives are to develop services attending the individual's integrity and self-esteem through community based home treatment teams.

**Objective:** The objective of this study is to outline the team members understanding of mental health crisis and how these understandings are reflected into clinical work.

**Theoretical perspective:** Social psychological theories on crisis are used in expanding the theoretical perspective on mental health crisis, with emphasis on understanding crisis

both as individual relational and contextual experience.

**Methodology:** The study has a hermeneutic-phenomenological approach with a qualitative, explorative and descriptive design. Multistage focus group interviews are used as a method for generating data, followed by phenomenological-hermeneutic approach in analysing data.

**Results:** Two themes are identified: Understanding crisis and negotiations about crisis. The empirical data reveal various forms of mental health crisis; long-term and acute, individual and social. Working in people's homes means being involved in a variety of collaborative situations related to negotiations, understanding and solutions.

**Conclusion:** The results of the study invites to a new professionalism where valid competence is to encounter the unknown and unexpected, where choices and negotiations are welcomed for the patient as well as the network, and where the mental health crisis is understood social as much as individual. Home treatment requires the professional's understanding of the patients everyday life situation.

#### Nøkkelord:

- Akutt psykisk helsearbeid
- Ambulante akutteam
- Hjemmebehandling
- Psykisk krise

#### Mer om forfatterne

Bengt Karlsson, psykiatriske sykepleier og dr.polit, Marit Borg, cand san og PhD og Hege Sjølie, cand. polit og stipendiat.

Alle er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag.  
Kontakt: bengt.karlsson@hibu.no.



## >> OM KRISEHÅNTERING OG HJEMMEBEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN

# Akkurat som høy feber

Tekst: Bengt Karlsson, Marit Borg og Hege Sjølie  
Foto: Erik M. Sundt

I de senere år har modeller for ambulante tjenester blitt etablert i psykisk helsevern, der hensikt-

en er å tilby lokalbasert hjelp i folks nærmiljø. Dette gjelder krisehåndtering, rehabilitering og langtidsoppfølging. Ambulante akuttpsykiatriske team (AAT) er et slikt tilbud. Stortinget har vedtatt at alle landets distrikts-

psykiatriske sentre (DPS) skal opprette slike team innen utgangen av 2008 (1,2). Teamenes primære målgruppe er voksne personer over 18 år som opplever en akutt psykisk krise og ber om hjelp fra teamet. Det kan være

mennesker i akutte kriser som opplever suicidalitet, psykisk kaos og familie- og sosiale problemer (3). Teamene skal skape et mer helhetlig og tilgjengelig behandlingstilbud som ivaretar pasienters opplevelser av integritet og selvfølelse (4,5). Det skal utvikles nye samarbeidsformer i pasienters lokalmiljø med særlig vekt på en kontekstuell forståelse av psykisk krise og hjemmebehandling. For utdypende lesning om arbeidsformer i AAT, se (1,4,6). Artikkelforfatterne arbeider i forskningsprosjektet «Krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsearbeid». Prosjektets hovedmål er å utforske forståelser og arbeidsmetoder i et nyetablert team, samt pasienterfaringer med teamets tjenester (6). Gjennom tre delstudier utvikles forskningsbasert kunnskap om kriseerfaringer, kriseintervensjon og hjemmebehandling. Denne artikkelen bygger på delstudie 1. Hensikten er å belyse hvilke forståelser de ansatte i et tverrfaglig ambulans akutteam har av psykisk krise og hvilke implikasjoner forståelsene har for arbeidet i teamet.

#### TEORETISK PERSPEKTIV

Etymologisk stammer ordet krise fra det greske 'krisis' og betyr avgjørende vending eller plutselig forandring (7). Krise beskrives særlig i forhold til opplevelser av sorg, tap/trussel om tap, store utfordringer, krenkelser og katastrofer (8). Vår studie fokuserer på fenomenet psykisk krise. Det kan innebære at tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske livssituasjonen man befinner seg i. Cullberg (7,8) peker på fire psykososiale aspekter ved en psykisk krise; 1) den utløsende situasjon, 2) personens

biografi og utviklingshistorie, 3) den aktuelle livsperiode og 4) personens sosiale situasjon. Caplan (9) skiller mellom traumatisk krise og utviklingskrise. Traumatisk krise viser til situasjoner preget av dramatiske hendelser og opplevelser og kan dreie seg om ytre og indre forhold.

” Når en person ikke greier å ta vare på seg selv, verken fysisk eller psykisk, da er det en akutt krise.

Utviklingskrisen representerer en mulighet for personlig vekst og utvikling. Den kan også være en potensiell fare og trussel for personer som er i en sårbar situasjon.

Utviklingen av de medisinske diagnostiske klassifikasjonssystemene ICD og DSM har gjort forståelsen av psykisk krise gradvis mer medikalisert og patologisert (8). Opplevelse av psykologiske kriser og traumer er samlet i en felleskategori (PSTD); posttraumatisk stressyndrom i DSM-IV og posttraumatisk stresslidelse i ICD-10 (10). Mezzina & Vidoni (11) belyser hvordan den psykiatriske forståelsen av krise hovedsakelig knyttes til adferdsproblemer og særlig til hva som oppfattes som sosial trussel eller fare. Å knytte sammen sosial kontroll og psykisk krise, kan redusere en omfattende menneskelig lidelse og fremstille den gjennom en forenklet symptomatologi.

Studier av klinisk praksis viser begrensninger ved rådende krite- teorier, særlig i forhold til mennesker som opplever alvorlige psykiske lidelser (12,13). Klinisk

erfaring viser at krisen er nært knyttet til den psykiske lidelsen og de situasjoner hvor individet opplever en forverring. Hobbs (13) gjennomgang av forskningsartikler relatert til kriseintervensjon, viser at kriser hos personer med alvorlige psykiske lidelser ofte oppstår uten forvarsel og uten spesielle hendelser i forkant. Videre søkte ikke alle hjelp selv. Andre gjorde det på deres vegne eller krisen løste seg på ulike vis eller gikk over ved hjelp av personenes egne mestringsstrategier. I helsepolitiske føringer for AAT er det gitt liten plass til kriseforståelse. Helsedirektoratet beskriver målgruppen for de ambulante akutteam som «personer i akutte psykiske kriser av et omfang som medfører at personens, familiens og nettverkets vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Dette kan være personer med førstegangpsykososer, psykotiske sammenbrudd hos allerede kjent pasient, personer i en akutt suicidal krise, personer i rusrelaterte psykiske kriser eller andre i akutt krise» (1, s.10). I den videre utvikling av ambulante akuttpsykiatriske tjenester er det nødvendig å utforske krisebegrepet og særlig belyse fagpersoners ulike forståelser og tilnæringer.

#### HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

Artikkelen har følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver medlemmene i et AAT en psykisk krise?
2. Hvilke implikasjoner har forståelsen for arbeidet i teamet?

#### METODOLOGI

Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et kvalitativt, utforskende

og beskrivende design.

Deltakerne var de tolv medlemmene av teamet; tre menn og ni kvinner. Teamet består av en psykolog, to vernepleiere og ni sykepleiere. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer våren 2008, hvor det ble benyttet flerstegsfokusgruppeintervjuer som dataskapingsmetode, og en fenomenologisk-hermeneutisk dataanalyse (14,17). Intervjuene tilrettelegger en semistrukturert gruppediskusjon hvor hensikten er å utforske den personlige erfaring, oppfatning, ønskemål eller vanskelighet i relasjon til et fenomen eller en situasjon (15,16). Grunnlaget for intervjuene var en semistrukturert intervjuguide basert på forskningsspørsmålene. Intervjuene ble dokumentert gjennom lydbandopptak, og ordrett transkribert umiddelbart etter intervjuene. Intervjuene ble gjort av artikkelforfatterne.

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst og meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

#### ANALYSEPROSESSEN

Etter det første og andre fokusgruppeintervjuet ble det gjort en foreløpig analyse av forskerne. Analysen av det første intervjuet ble presentert for teamet innledningsvis i det andre intervjuet. Tilsvarende ble den foreløpige analysen av det andre intervjuet presentert ved innledningen av det tredje. Analysene ble gjort i relasjon til forskningsspørsmålene og ble fremstilt skriftlig. Etter det tredje intervjuet gjennomførte forskerne en fenomenologisk-hermeneutisk analyse av hele datamaterialet (17,18). Hvert intervju ble analysert i fire trinn; 1. Naiv lesning, 2. Strukturert analyse, 3. Helhetlig forståelse og 4. Formulering av resultater.

Resultatene fra hvert intervju ble samlet i temaområder som uttrykker en sammenfattende forståelse av analysen. Deretter ble alle tre intervjuene analysert på tilsvarende måte og relatert til hverandre for å kunne gi en helhetlig fremstilling av data. Resultatene ble validert gjennom samtale på to måter; mellom forskerne og intervjupersonene og mellom de tre forskerne (19). Den følgende presentasjon av resultater er basert i analyseprosessen. De uttrykker sentrale aspekter ved teammedlemmenes forståelser av hva en psykisk krise kan være og hvilke implikasjoner ulike forståelser har i det kliniske arbeidet.

#### RESULTATER

Resultatene fremstilles i to hovedtemaer: A. Forståelser av kriser og B. Forhandlinger om kriser. I fremstillingen gjøres det en veksling mellom sitater fra intervjupersonene (kursivert) og forskernes tolkninger av funnene. Sitatene tydeliggjør hvordan tolkningene er fundamentert i teammedlemmenes utsagn.

#### FORSTÅELSER AV KRISER

Teammedlemmene differensierer mellom fire forståelser av psykisk krise: 1. Den langvarige, 2. Den akutte, 3. Den individuelle 4. Den sosiale. Den langvarige krisen beskriver et menneske som er mer eller mindre i konstant krise som topper seg med jevne mellomrom: «Vi kommer bort i mennesker med en krise som har oppstått etter et langvarig forløp, men akkurat da er det såpass akutt at det står mellom liv og død.» Den langvarige krisen er en slags krise på krise som kan utløses slik: «Den vanlige mestringsstrategien fungerer ikke. Veldig ofte kan det handle om økonomi, samlivsbrudd

eller ensomhet.» En vedvarende og belastende menneskelig livssituasjon beskrives, der indre så vel som ytre forhold kan forverre kriseopplevelsen hos pasienten.

Den akutte krisen kan forstås slik: «Pasienten var veldig hjelpeløs, veldig syk. Akkurat som å ha høy feber, er urolig, sparker med beina, ligger under dyna, sukker og stønner litt. Bryr seg ikke noe særlig om oss egentlig.» En annen sier: «Når en person ikke greier å ta vare på seg selv, verken fysisk eller psykisk, da er det en akutt krise». En tredje fremholder: «For meg virker det som den akutte krise ofte handler om å dø. Enten gjøre det selv eller be andre gjøre det. Essensen er personens ønske om å bli borte, ønsker ikke livet, ganske enkelt». Situasjonen oppfattes som dramatisk og pasienten som hjelpeløs. Det er vanskelig å få kontakt og umiddelbart vite hvordan man som hjelper skal opptre overfor et lidende menneske.

Den individuelle krise beskrives som subjektiv og høyst personlig. Den personlige lidelsen uttrykker en hjelpeløshet, en overgivelse overfor den aktuelle livssituasjonen. Personen kan ha opplevd en langvarig periode av psykisk og fysisk ensomhet hvor indre stemmer og lammende redsel for andre mennesker har tatt overhånd: «Pasienten var sammensunket. Han så ikke på oss. Han visste ikke hvordan han kunne eller skulle holde ut, eller hva som kunne være til hjelp. Hjelpeløsheten var total.» En annen sier: «Det er jo pasientens opplevelse av krise. Vi drar hjem og forsøker å nøste, men de vet kanskje ikke selv hva det er. De bare kjenner en bunnløs fortvilelse og ensomhet. De bare er i følelsene og alle de vanlige tingene har ramlet sammen. De greier ikke å ta vare på seg selv.»

Den individuelle krisen vektlegger den subjektive lidelsen og de smertefulle følelsesmessige erfaringer.

Den sosiale krisen synliggjør hvordan andre mennesker berøres av krisen. Situasjonen kan oppfattes like mye som en familie – eller nettverkskrise. Andre er delaktige i utviklingen, forståelsen og arbeidet med pasientens krise. Det kan være familie, pårørende, fagfolk, venner eller arbeidskollegaer. Den sosiale krisen kan være både interpersonlig og samfunnsmessig, og ha tre sentrale dimensjoner: 1) Personen selv opplever krisens sosiale konsekvenser, 2) Familie og nettverk er direkte involvert i personens krise og 3) Helsepersonell opplever at personen er i krise. En person kan oppleve en dimensjon så vel som flere samtidig. Den første dimensjonen omtales slik: «Han så på oss og kona og sa: Jeg vil det ikke, jeg vil ikke ta livet mitt, men jeg orker ikke ha det slik».

Den andre dimensjonen viser til at det er flere enn pasienten som berøres av krisen: «Det er jo veldig få som er i en krise alene. Når man har det sånn er det jo gjerne flere til stede.» En annen beskriver: «Jeg tenker ofte på familien som har gått så lenge. Det kan være forløsende å vite at vi kan bistå med samtaler. De kan få lettet seg litt og pusset litt.» Familiens belastninger over tid blir synlige når fagpersonen drar hjem til pasientene. Samværsformer, språk, det talte og uttalte, stemningen og omgivelsene bidrar til utvidet syn og forståelse av hva som kan røre seg i et hjem. Den tredje dimensjonen knyttes til at helsepersonell kontakter teamet: «Av og til føler jeg at det er hjelpeapparatet som er i krise – ikke pasienten. Når de opplever at de ikke strek-

ker til eller at det har raknet litt. Da henvender de seg her på vegne av pasienten.» Ulike deler av helsetjenesten rammes av andres kriser. Krisen minner oss på de mellommenneskelige aspekter ved profesjonalitet; som hjelpeberøres vi av andres lidelse. Krisens innhold og uttrykk kan fremstå med en emosjonell intensitet og fortvilelse som både kan gi faglig handlingstvang og passivitet.

#### FORHANDLINGER OM KRISER

Forståelser av psykiske kriser får implikasjoner for hvordan man som hjelper trer inn i situasjoner og hvordan tillit kan utvikles. Teammedlemmene beskriver hvordan møtet mellom teammedlemmene, pasient og deres sosiale nettverk skaper et rom hvor de sammen undersøker krisen. Dette rommet blir en arena for samtaler og forhandlinger om videre kontakt og tiltak. Teammedlemmene beskriver to typer av forhandlinger. Den første er en indre forhandling hvor fagpersonen selv reflekterer over sin forståelse av krisen og situasjonen. Den andre formen for forhandling foregår mellom de tilstedeværende; kollegaer, pasient, familie og andre. Denne formen synliggjør de ulike parters forståelser av situasjonen. Teammedlemmene omtaler begge typene av forhandlinger gjennom noen sentrale fellesfaktorer i vurderingen av den psykiske krisesituasjonen; 1) Omgivelser, 2) Fysiske uttrykk og 3) Psykiske uttrykk. Faktorene kan uttrykkes slik: «Jeg ser først. Jeg ser etter omgivelsene, legger merke til ting, og så legger jeg merke til det andre som er rundt. Så begynner jeg å se pasienten. Så lytter man og hører, og etterspør hva som har skjedd.» Den samlede situasjonsvurderingen uttrykkes ofte i det teammedlem-

mene refererer til som klinisk skjønnet. Dette blir bestemmende for tolkningen av situasjonen og oppfattelsen av alvorlighetsgrad i pasientens situasjon. Det kliniske skjønnet har sin basis i behandlerens erfaringskunnskap: «Det man har sett, har erfart, det man

“ Det å vurdere en persons psykiske tilstand i hjemmet innebærer å stille seg åpen.

har med seg.»

Teammedlemmene beskriver at det å vurdere en persons psykiske tilstand i hjemmet innebærer å stille seg åpen. Både med hensyn til ulike forståelser av situasjonen og å kunne forhandle om disse. Det krever å legge fra seg endimensjonale forståelser begrunnet i medisinske sykdomskategorier og institusjonspreget tenkning og rutiner. Åpenheten innebærer å fokusere situasjonen med breddekunnskap og bruke hele sin personlige, mellommenneskelige og faglige erfaringskunnskap. Allerede i døråpningen settes åpenheten på prøve. Noen ganger er situasjonen tydelig – pasienten får ikke til å formidle noe og det er kaos i leiligheten. Andre ganger er huset helt strøket, men gir likevel en følelse av uro. Hva befinner seg bak inngangdøren: «Det kan være kaos, det kan være skittent og pasienten kan være ustelt. I dette tilfellet var alt på stell. Så det er veldig forskjell på hva som skjuler seg.» Teammedlemmene vektlegger dialogen og pasientens kroppsspråk som avgjørende i sin vurdering: «Vi tok pasienten på alvor når han sa han ikke ville ta

livet av seg. Dialogen var avgjørende for oss. Kroppsspråket og holdningen hans forandret seg. Han så oss i øynene når han sa det.» I møtet med pasienten og nettverket kan det fysiske hjemmemiljøet også være et uttrykk for pasientens mestring av hverdagen. Orden eller kaos kan forstås som en gjenspeiling av personens helhetlige situasjon: «Når ting er ryddig, ordentlig, blir vi roligere.» Betydningen av orden eller kaos kan oppfattes høyst forskjellig av fagpersonene. Orden kan formidle et positivt uttrykk for å mestre livet. Samtidig kan det også være et uttrykk for at pasienten kamuflerer sitt indre kaos gjennom ytre orden: «Det gjør noe med dem å ha det så kaotisk, så de ikke vet hvor de skal begynne å rydde. Da spør vi, om hvordan er det for deg å bo i dette?»

Krisehåndtering i pasienters hjem gir fagpersonene mulighet til å få overblikk over omgivelsene pasienten lever i. Informantene formidler at de først tar inn omgivelsene og deretter henvender seg til pasienten for å undersøke de fysiske og psykiske uttrykk som formidles: «De er der hjemme. Det er fullstendig krise og han har 40 i feber. Personen er syk, rett og slett». En annen beskriver: «Det vi ser når vi kommer inn, er at damen er veldig hjelpeløs. Hun hadde ikke omgangssyke, men hun er syk». Uttrykkene omfatter et stort spekter av kroppslige tegn, blikkontakt, stemmebruk, holdning, mimikk, men også elementer som det å stå opp av sengen, stille seg, tilstedeværelse, taushet og hvorvidt pasienten opplever som bekvem eller ubekvem.

Forhandlingene mellom behandlere, pasient og nettverk viser til ulike forståelser som alle parter legger på bordet. Dette

har betydning for hvordan og om teamet fortsetter samarbeidet: «Jeg lurte på hva som gjør at jeg skal bite på. Det er suicidalitet selvfølgelig, det er psykoseproblematikk, det er omsorg for barn, og at man kan være redd for omsorgssvikt. Det ser man vel kanskje først i møtet, men det er fraværet av håp. Det er ikke nødvendigvis knyttet opp mot suicidalitet, men fraværet av håp er jo noe som kan utvikles også. Men kanskje mest er det uttrykket som man ser.» Det kliniske skjønnet bygger på en rekke enkeltfaktorer som vurderes fortløpende i situasjonen. Pasienten har sin forståelse av hva som kan være til hjelp. Teammedlemmene kan ha en annen, som er begrunnet i det faglige mandat så vel som i sin forståelse av alvorligheten i krisen. Slik skapes dilemma og utfordringer både for pasienten, nettverket og fagpersonene knyttet til hvem som har definisjonsrett over hvordan situasjonen skal forstås og hva som skal gjøres videre.

#### DISKUSJON

Nye akuttpsykiatriske tilbud vokser fram i kontekster borte fra tradisjonelle, lukkede akuttavdelinger ved psykiatriske sykehus. Teoripresentasjon så vel som empirien viser en bredde i forståelsene av psykisk krise. Fokus kan være på psykososiale aspekter (7,8), skille mellom traumatisk og utviklingskrise (9), til diagnostiske kriterier og sosial kontroll(10). Det empiriske materialet beskriver langvarige og akutte kriser samt individuelle og sosiale. Det vises ikke til en type psykisk krise. Det er ulike former for kriser som har uensartede uttrykk, og som fremstår ulikt i forskjellige kontekster. Informantene beskriver, som faglitteraturen, det mangfold

av situasjoner som fagpersoner i et ambulant akutteam møter (1,4,5). Et viktig funn i studien er at psykisk krise blir forstått mer som kontekstuell enn individuell, og at det medisinske paradigme alene ikke er tilstrekkelig for å vurdere pasientens lidelse og situasjon.

Studien tydeliggjør videre sammenhengen mellom forståelsene av psykisk krise hos de involverte parter og forhandlingene om denne forståelsen. Sentralt er hvordan partene kan komme fram til en samstemmighet om hva krisen dreier seg om og hva som først skal gjøres. For teamet er hjemmet den kontekstuelle innramming, noe som har betydning for forståelse så vel som hjelpetiltak. Det å samarbeide i hjemmet til personer som opplever en psykisk krise utvider og utfordrer den faglige forståelsen av hva en krise er. Hjemmet gir grunnlag for en åpen og vid kriseforståelse gjennom alt det fagpersonen møter og ser. Hjemmets omgivelser, så vel som pasientens uttrykk blir styrende for fagpersonenes forståelse.

Krisehåndtering i pasienters hjem bidrar til utvikling av en annen type hjelp enn den som har vært utført i psykiatriske sykehus. Her påvirker institusjonskultur og rammebetingelser situasjonsopplevelsene, og den medisinske forståelsen og medikamentell behandling er dominerende (4). Det er sentralt for AAT å utvikle og tydeliggjøre en annen type hjelp. Teammedlemmene må i større grad rette fokus mot pasientens og nettverkets livsverden(er), forståelser og kompetanse (1). Dette krever at fagutøvelsen til fagpersoner i AAT utfordres. Fagpersonene er gjester i andres hjem, budne så vel som ubudne. Når problemene

utforskes og diskuteres i folks hjem, åpnes det for nye løsninger og muligheter. De involverte parter kan enes om at det er best for pasienten å være hjemme, på et kjent og trygt sted, sammen med kjente. Eller de kan enes om at innleggelse i kriseenhet eller på psykiatrisk akuttavdeling er nødvendig. Partene kan reflektere høyt sammen og diskutere ulike alternativer og prøve ut ulike løsninger. Det oppleves som positivt både å gi og få slik tillit. Hjelperne viser dermed konkret at de har tro på pasientens og familiens muligheter til å finne egne løsninger. En forutsetning for utvikling av denne type hjelp, slik vi ser det, er at fagpersonene i langt større grad inviteres og inspireres til å se og forstå pasientens og nettverkspersonenes hverdagsliv. De må gi seg tid til,

” **Krisehåndtering i pasienters hjem gir fagpersonene mulighet til å få overblikk over omgivelsene pasienten lever i.**

og øve seg på, å samarbeide med alle de involverte parter og ikke bli fanget i forventninger om raske intervensjoner. På denne måten kan ny kunnskap utvikles om hva som hjelper og hvordan gi god hjelp i akutt psykisk helsearbeid. Informantene beskriver at i møter og samtaler i pasientens hjem blir hverdagspråket det sentrale. Dette er et språk som undersøker muligheter for mestring og bedring i de eksisterende livsbetingelser.

Det å være hjelper i andres hjem, gå åpent inn, stå i ulike forhandlinger, forståelser og løsninger, innbyr til en annen

form for profesjonalitet. Dette er selvsagt ikke noe nytt, vil mange påpeke. Relatert til mennesker med akutte psykiske kriser er det ikke selvsagt at det oppfattes som faglig forsvarlig å gi akuttpsykiatrisk behandling hjemme. I mange fagmiljøer vil det være tradisjon for å se psykisk krise som en individuell sykdom, som best løses medisinsk, ved innleggelse og medisinering (4,6). Hjemmet som arena stiller store krav til fagpersonene. Det kreves anvendelse av andre og flere grunnlagsforståelser enn den medisinske. Det kreves psykososial kunnskap, forståelse av lokalmiljø og lokal kultur og et faglig skjønn som retter seg mot menneskers hverdagsliv. Fagpersonen må tåle å stå i utfordrende situasjoner uten trygge institusjonsrammer og en stor kollega-gruppe, der mot til å møte det uventede er en viktig fagkompetanse. Samtidig må fagpersonen fylle en tvetydig rolle i det å være gjest, kanskje en ubuden sådan, og gi faglig forsvarlig hjelp i kraft av å være det offentliges representant. Hjemmet som kontekst for forståelser og forhandlinger av kriser fremmer den personlige og situasjonelle fagkunnskapen. Krisehåndtering i hjemmet utfordrer fagkunnskap forstått som standardiserte retningslinjer og prosedyrer i møtet med mennesker i psykisk krise.

#### KONKLUSJON

Vi stilte spørsmålene: Hvordan beskriver medlemmene i et AAT en psykisk krise og hvilke implikasjoner har forståelsen for arbeidet i teamet? En vid forståelse av psykisk krise fremstår både empirisk og teoretisk. Ulike former for psykiske kriser beskrives med ulike uttrykk i forskjellige kontekster. Empirisk forstås psykisk krise i stor grad som

kontekstuell ved at det ofte ikke bare er pasienten som rammes, men hele familien. Informantene fremhever at medisinsk forståelse er begrensende for å forstå situasjonen og lidelsen som de møter hos pasienten og nettverket. Studien tydeliggjør de ulike forhandlinger om forståelser og hjelpetiltak som forgår dels hos den enkelte fagperson, og dels mellom de involverte parter.

Studier viser til at ulike forståelser av psykisk krise kan bidra til den åpenhet og fleksibilitet i hjelpetiltak som pasienter og deres familier ofte etterlyser (3,4,6). Ambulante akutteam har nytte av å ta i bruk ulike tilnæringsmåter, hvor konkret samarbeid mellom pasient, nettverk og fagpersoner er sentralt. En annen profesjonalitet utvikler seg. Fagpersonene vektlegger en lyttende og bekreftende holdning i møtet, øver seg på å tåle og å bidra til å skape trygghet. Denne fagkompetansen øker mulighetene for valg og forhandlinger, i tillegg til å se den sosiale så vel som den individuelle psykiske krisen.

Studien avdekker behov for videre forskning på hva det innebærer klinisk å arbeide i et ambulante akutteam. Et forskningsområde som bør prioriteres er beskrivelser og evaluering av ulike kliniske implikasjoner av en utvidet forståelse av psykisk krise og hvordan den uttrykker seg. Særlig gjelder dette å se krisens helhetlige lidelsesuttrykk som fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell. Det andre området bør fokusere beskrivelser og evaluering av arbeidsmåter i pasientens lokalmiljø med særlig vekt på hjemmebehandling. Sentralt er å utforske hvilke praktiske, faglige og etiske problemstillinger som aksentueres i samarbeidet i pasientens hjem.

#### REFERANSER

1. **Sosial- og helsedirektoratet (2006).** «Du er kommet til rett sted ...». Ambulante akuttenester ved distriktpsykiatriske sentre. Rapport 03/2006, IS-1358, Oslo.
2. **Sosial- og helsedirektoratet (2006).** «Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen». Veileder IS-1388, Oslo.
3. **Hultberg, KB, og Karlsson, B.** Faglige samarbeidspartneres erfaringer med et ambulante akuttpsykiatrisk team. Nordisk Tidsskrift for Helsestjenesteforskning, 2007;1:2-14.
4. **Hultberg, KB, Haugen, AR.** Ambulerende akutteam – en ny mulighet i lokalt basert psykisk helsearbeid? Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2004;2:48-55.
5. **Johnson, S.** Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry*, 6;8:339-342.
6. **Karlsson, B, Borg, M, Kim HS.** From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nursing Inquiry*, In Press.
7. **Cullberg, J.** Mennesker i krise og utvikling. Aschehoug, Oslo, 1978.
8. **Cullberg, J.** Dynamisk psykiatri. Tano Aschehoug, Oslo, 1999. Intervention and

Continuity of Care in Trieste. A Four Year Follow-up Study in a Community Mental Health Centre. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995;41:1-20.

9. **Caplan, G.** Principles of Primary Prevention. Basic Books, New York, 1964.

10. **Statens helsetilsyn.** ICD-10. Psykiske lidelse og atferdsforstyrrelse. Kliniske beskrivelser og diagnostiske forstyrrelser. Gyldendal Akademisk, Oslo 2000..

11. **Mezzina, R & Vidoni, D.** Beyond the Mental Hospital: Crisis

12. **Ball, JS, Links, PS, Strike, C. & Boydell, KM.** «It's overwhelming..Everything seems to be too much». A Theory of Crisis for Individuals with Severe Persistent Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2005;29:10-17.

13. **Hobbs, M.** Crisis Intervention in Theory and Practice: A selective review. *British Journal of Medical Psychology*, 1984;57:23-34.

14. **Hummelvoll, JK.** The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 2008;1:3-15.

15. **Krueger, RA.** Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Sage Publications Inc., London, 1994.

16. **Madriz, E.** Focus Groups in Feminist Research. I: NK Denzin og YS Lincoln (red.). *The Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, Inc., London, 2000.

17. **Lindseth, A, Norberg, A.** A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004;18:145-153.

18. **Barbosa da Silva, A.** Analys av texter. I: Svensson, P-G, Starrin, B. (red). *Kvalitative studier i teori och praktik*. Studentlitteratur, Lund, 1996.

19. **Kvale, S.** Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag, København, 1997.