

**Alicja Olkowska**

er klinisk barnevernpedagog med videreutdanning i familierapi og pedagogikk. Hun tar nå et masterstudium i familiebehandling. Hun er studieleder ved Miljøterapeutisk og ambulant arbeid for barn og unge, RBUP øst og sør, og har blant annet jobbet med miljøterapi, familie- og nettverksarbeid, undervisning og veiledning.

Den fleksible behandler



KREVENDE: Terapeu-
ten må være flyttbar
både geografisk og
mentalt. Illustra-
sjonsfoto: Colourbox.

Flyttbare terapeuter kan hjelpe barn og ungdom som ikke selv klarer å oppsøke hjelp. Og de kan være billigere enn institusjonsplasser.

>>

Ambulant behandling har vært brukt i en årrekke, uten at den tidligere nødvendigvis ble definert som «ambulant». Denne arbeidsformen er kanskje mest kjent fra legenes «hjemmevisitt», der legen reiste hjem til syke pasienter som ikke klarte å komme til legekontoret selv. Målet med denne typen tilbud var å bringe helsehjelp hjem til folk i tilfeller der pasienten ikke var i stand til å oppsøke legen selv.

Ambulant behandling kan også brukes som alternativ til institusjonsinnleggelse av barn og unge. Men hva innebærer denne arbeidsformen i praksis?

Det eneste som er felles for praksiser innen ambulant behandling er at man reiser hjem til folk. Det er problematisk at det ikke er utarbeidet en enhetlig metode som gjør at terapeutene vet hva de skal gjøre når de jobber ambulant, og at brukerne ikke vet hva de får av behandling når de tilbys ambulant behandling.

Jeg kommer hjem til Anne på 14 år. Det er en klar septemberdag, klokka er snart ett og det er stille i gatene. Alle barn i nabolaget er på skolen. Unntatt Anne. Hun har ikke klart å komme seg på skolen på snart to måneder nå. Hun klarer heller ikke å komme til BUP.

Anne har veldig vondt i magen, er kvalm og er redd for å kaste opp. Derfor er hun hjemme og ikke på skolen. Min oppgave er å hjelpe henne.

Anne åpner døren og virker usikker. Jeg kjenner meg usikker selv. Trenger hun meg? Hvordan kan jeg være til hjelp for henne? Jeg tar av meg skoene og jakka og følger etter henne.

«Gjennomgående temaer hos de ambulante terapeutene var det å være gjester i andres hjem.»

Vi kommer inn i stua, jeg hører at moren hennes vasker opp. På bordet venter det nybakte boller og saft. «De er laget til meg», tenker jeg og kjenner meg litt forlegen. Moren kommer innom for å si hei og skynder seg av gårde, slik at jeg får «ro til å jobbe».

Vi spiser boller, snakker om oppskrifter og mat. Jeg lurer på hvordan formen hennes er i dag. Anne er kvalm, og spiser forsiktig og sakte. Jeg lurer på om jeg kan se rommet hennes. Det vil hun gjerne vise meg!

På rommet hennes ser jeg et skap som virker hjemmesnekret. Et skap med mange små detaljer. Anne ser at jeg kikker nysgjerrig på skapet og sier med svak stemme:

– Det er jeg som har laget det.

Vi snakker om snekring, om hvordan det er å jobbe med å lage ting. Anne virker entusiastisk og forteller at hun alltid har vært en jente som likte bedre å gjøre ting enn å snakke. At hun synes det kan være vanskelig å være sammen med jenter, fordi det er så mye snakk om forskjellige ting, og hun vet ikke alltid hva hun skal si.

Mens vi snakker ser jeg at Anne titter gjennom vinduet og rygger bakover slik at hun står usynlig for dem som går forbi utenfor vinduet. Jeg følger blikket hennes og spør om det er noen hun kjenner. Jo, det er bestevenninnen hennes. Hun går sammen med en annen jente. De er sikkert på vei fra skolen. Man hører dem prate fort og le høyt.

Plutselig kan jeg kjenne skammen, sorgen, ensomheten i meg, og lurer på om det er slik Anne har det. Jeg ser på henne og åpner samtalen om det.

MINDRE TRO PÅ INNLEGGELSER

Tanken om å ha ambulante tilbud har en viktig ideologisk og faglig forankring. For det første dreier dette seg om et ønske om å bedre situasjonen for mennesker med psykiske lidelser (Borg & Karlsson 2010).

For det andre dreier det seg om at det har kommet ny kunnskap om manglende effekt av innleggelse og en sterk tro på nytten og nødvendigheten av å sikre at barn og unge får hjelp i sin alminnelige hverdag, der de hører hjemme (Hviding 2006).

For det tredje dreier det seg om et ønske om å utvikle mer humane tjenester forankret i et helhetlig menneskesyn, der man ønsker å se en person i kontekst (Borg & Karlsson 2010).

Til slutt kan det også dreie seg om økonomi. Man hadde en ide om at ambulante tjenester er et billigere behandlingstilbud enn sykehusinnleggelse (Karlsson, Borg & Kim 2008).

I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse 2003 tiltak 74, konkluderes det med at ambulant hjelp skal tilbys barn og unge fremfor døgnopphold. Samtidig, på bakgrunn av evaluering av arbeidsformen i norske ambulante team på initiativ fra Sosial- og helsedirektoratet, konkluderer man med følgende:

«En best mulig utnyttning av psykisk helsevern for barn og unges samlede ressurser innebærer at en ikke benytter ambulant behandling dersom like god eller bedre utredning og behandling kan ivaretas ved at klienten møter til en poliklinikk» (Furre, Jacobsen & Halvorsen, 2006, s. 33).

Dette betyr at ambulant behandling er anbefalt for de som ikke nyttiggjør seg det polikliniske tilbudet. Med ambulant behandling ønsket man å forhindre at psykiske vansker skulle sette seg og utvikle seg videre og forhindre langvarige institusjonsinnleggelse.

Ordet «ambulant» betyr flyttbar, og «å ambulere» betyr å flytte på seg, å vandre fra sted til sted (Furre 2006:4)

På engelsk brukes gjerne uttrykket «assertive community team» (ACT) istedenfor ambulant team. I Norge finnes ulike betegnelser for denne typen praksis. Noen bruker betegnelsen «hjemmebasert psykisk helsearbeid» (Borg og Karlsson 2010), andre bruker «arenafleksibel behandling» (Furre 2006, Utne 2004), «hjemme hos-behandling» eller «nærmiljøtiltak» (Hviding 2006).

ULIKE DEFINISJONER

I 2006 ble det utarbeidet to viktige dokumenter som omhandler ambulant behandling.

Det ene hadde som mål å kartlegge og vurdere ambulante tjenester i psykisk helsevern og er utarbeidet ved RBUP på oppdrag fra Helse- og sosialdirektoratet.

Det andre er utarbeidet av Kunnskapssenteret på oppdrag fra RBUP helseregion øst og sør, og mandatet var å se på effekten av ambulant behandling.

I disse rapportene definerer man ambulant behandling slik:

«Ambulant behandling vil si at behandling, utredning eller rehabilitering finner sted ved at fagpersoner oppsøker pasientene i deres eget miljø. Slik virksomhet kan skje fra et poliklinisk team eller annen enhet eller ved at det etableres egne enheter/team

som i hovedsak arbeider med oppsøkende virksomhet» (Furre m fl 2006:4).

Her avgrenser man seg til den formen for tilbud som gis av egne ambulante team. Dette innebærer at enkelte behandlingsmetoder som foregår hovedsakelig i hjemmet (som for eksempel Marte Meo, PMTO, MST) ikke blir definert her som ambulante tjenester.

«Det eneste som er felles for praksiser innen ambulant behandling er at man reiser hjem til folk.»

I rapporten fra Kunnskapssenteret definerer man ambulante tjenester som tilbud som skal foregå på pasientens arena, og at disse skal omhandle «*både akuttbehandling, oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser samt oppsøkende tidlig intervensjon*», og man inkluderer her, i motsetning til rapporten som ble utarbeidet av RBUP (Furre m fl 2006), metoder som MST, PMTO, Marte Meo (Hviding 2006:6).

Borg og Karlsson (2010:48) velger å bruke betegnelsen «hjemmebaserte tjenester» om denne formen for behandling. «Hjemmebaserte tjenester» forankres her i en humanistisk tradisjon og i et humanistisk menneskesyn.

Et sentralt element i deres måte å forholde seg til denne formen for behandling er å *kunne se og forstå atferd som menneskelige uttrykk i en konkret sosial sammenheng* (Borg & Karlsson 2010:48). De peker på at hjelpetiltakene blir mer personnære og meningsfulle for pasienten og familien når profesjonelt samarbeid og hjelp tilbys i pasientens hjem.

MANGELFULL DOKUMENTASJON

Det finnes svært lite forskning på ambulant behandling. I Rapporten fra Kunnskapssenteret har Hviding (2006) fokusert på *effekten* av ambulant behandling av barn og unge med alvorlige psykiske vansker.

De studiene hun fant vedrørende behandlingsformer som ble gitt «hjemme hos», omhandler unge i alderen 4-18 år med hovedsakelig *alvorlige atferdsvansker og antisosial atferd*. På bakgrunn av systematiske oversikter og 11 ran- >>

domiserte kontrollerte studier foretatt spesifikt på denne ungdomsgruppen konkluderer hun med at nærmiljøbaserte tiltak som Parent Management Training (PMTO), Multisystemisk Terapi (MST), Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) kan forkorte institusjonsopphold for unge kriminelle samt redusere voldelig atferd og antall lovbrudd. Samtidig understreker hun at ambulant behandling av barn og ungdom med *alvorlige psykiatriske lidelser* fortsatt er mangelfullt dokumentert (Hviding 2006).

«Man må som terapeut kunne vise fleksibilitet, medmenneskelighet og ydmykhet.»

I 2011 ble det avsluttet et forskningsprosjekt ved Høgskolen i Buskerud, der man fokuserte på blant annet *arbeidsformer* som de ambulante teamene utarbeider⁹. Den viser at gjennomgående temaer hos de ambulante terapeutene var det å være gjester i andres hjem og de etiske og faglige utfordringer som fagpersonen ble stilt overfor i det å arbeide på hjemmearenaen. De ambulante terapeutene kunne i noen sammenhenger få en opplevelse av å tvinge seg på og kjenne ubehaget ved å gjøre dette i personers hjem, der hjemmet ble omvandlet til en behandlingsarena. Dette kunne oppleves skremmende og invaderende for alle parter – både for terapeutene og for brukerne (Borg & Karlsson 2010:50).

UTFORDRINGER

Utfordringen ved å jobbe ambulant kan dreie seg om mange ulike aspekter. For det første så kan det dreie seg om selve arbeidsformen og defineringen av hva som ligger i den. I arbeidet med barn/unge der poliklinisk behandling ikke strekker til, har miljøterapi tradisjonelt vært en sentral tilnærming. Dette har for eksempel vært i forbindelse med at barnet/den unge fikk behandlingstilbud på/eller ved en institusjon.

Miljøterapi som en terapeutisk form innebærer planlagte handlinger og reflekterte holdninger til hverdagslivet og aktiviteter i eller utenfor institusjonen, hvor samhandlingen mellom den unge og personalet systematisk brukes

for å fremme den unges utvikling, mestring og kompetanse i hverdagslivet (Landmark & Olkowska 2009).

Ambulant behandling, slik jeg ser det, ligger i krysningspunktet mellom det å jobbe på institusjon og å jobbe poliklinisk.

Det å jobbe hjemme hos innebærer krav om større fleksibilitet både når det gjelder tidsavgrensning, form på tilnærming, hvem man møter og roller man har som terapeut enn det man har f.eks. i en poliklinisk kontekst.

Samtidig har ikke en ambulant terapeut strukturer å støtte seg på slik man vanligvis har på en institusjon. Man møter uforutsigbare situasjoner, og man møter mennesker både fra familien og nettverket til barnet/den unge.

For den type møter har familierapi/systemisk tenkning vært en sentral og viktig tilnærming. Det betyr at i en ambulant kontekst kan metodiske tilnærminger fra både miljøterapi og familierapi/nettverkstenkning være svært nyttige.

For det andre kan det være en utfordring for en ambulant behandler å ha tilstrekkelig fleksibilitet i forhold til de rollene hun har som terapeut (Utne 2005). I en ambulant kontekst er man som terapeut gjest i andres hjem. Som jeg viser i eksemplet mitt, er det forskjell på å snakke med pasienten på kontoret sitt eller i avdelingens stue som er terapeutens territorium (Larsen 2004) og det å møte mennesker på deres arenaer.

Det å møte uforutsigbare situasjoner kan utfordre terapeuten både personlig og profesjonelt. Det kan dreie seg om etiske overveielser og dilemmaer når det gjelder det å tilby hjelp i menneskers private hjem, spesielt der klienten ikke har bedt om det selv. Det kan dreie seg om det å være ekspert på den private arenaen, samtidig som man er gjest i andres hjem. Man må som terapeut kunne vise fleksibilitet, medmenneskelighet og ydmykhet, og samtidig være en hjelper – en som er ekspert og som har kompetanse som kan bidra til at pasienten blir frisk.

For det tredje finnes det mangfoldige former for organisering av de ambulante teamene. Brukerne av tilbudet kan være barn, ungdom eller voksne. De kan slite med psykisk helse – angst, depresjon, tilbaketrekning, eller de kan trenge ekstra oppfølging i forhold til å bli selvstendig. Det

kan være et tilbud som er tenkt å være i forkant av eventuell innleggelse på en institusjon, eller i etterkant av innleggelsen, for å hindre langvarige opphold i avdelingen. Det kan også dreie seg om akutte intervensjoner, der hjelpen trengs her og nå, eller om forebyggende tiltak, som for eksempel kommunene skal tilby sine brukere. Mangfoldet av brukerne og behovene som skal dekkes kan føre til at begrepet «ambulant behandling» kan virke tvetydig og vanskelig å definere. Dette fører med seg behov hos de ambulante terapeutene, både mht. det å vite *hvorfor* de skal jobbe på denne måten og *hvordan* de skal gjøre det.

MULIGHETER

Det å jobbe ambulant bringer også med seg mange nye muligheter i møtet med barn/unge som har psykiske vansker, noe jeg viser med eksemplet hentet fra min kliniske praksis.

I noen tilfeller dreier det seg om muligheter som ligger i det å tilby hjelp til mennesker som har vansker med å oppsøke hjelp selv. Barn og unge som trengte hjelp har ikke alltid fått den hjelpen de trengte. For noen ble det for vanskelig å søke hjelp.

I andre situasjoner låser det seg fordi barnet/den unge ikke greier å møte opp til behandlingen selv, uansett hva foreldrene eller andre gjør eller sier. For denne gruppa kan ambulant behandling være veien til å få hjelp. Det kan dreie seg om motivasjonsarbeid, eller om oppfølging av praktiske gjøremål (stå opp, spise, vaske seg, følge til skolen, fritidsaktiviteter), om behandling hjemme (eksponeringsterapi, arbeid med vanskelige spørsmål) eller om arbeidet med nettverket og de ulike kontekstene barnet/den unge er en del av (skolemøter, familiemøter, venner).

Ambulant behandling er ofte ustrukturerte møter som baserer seg hovedsakelig på samværet. Møter på hjemmearenaen har en tendens til å bli en blanding av samtale og samvær. Det betyr at den ambulante terapeuten kan arbeide med den unge via det som skjer her og nå og som er forankret i den unges hjem/liv, slik jeg viser det når jeg beskriver mitt møte med «Anne» hjemme hos henne.

Mange ambulante terapeutiske møter dreier seg nettopp om det å komme i kontakt med barn og unge

enten via spontane situasjoner, eller ved å legge til rette for en mer strukturert aktivitet/samvær, der muligheter for et terapeutisk møte og endring kan oppstå i disse spontane møtene (Stern 2007).

Ambulant behandling gir terapeuten nye muligheter. Ved å komme hjem til folk blir terapeuten mer likestilt klientene. Terapeuten er på et vis «et vanlig menneske», men som i tillegg til det å være et vanlig menneske også har en kompetanse som kan være til nytte for klienten. I denne forbindelsen kan det terapeutiske møtet bære preg av mer likeverd og utveksling av kompetanse og, ikke minst, økt brukermedvirkning (Ulvestad red 2007).

Som gjest i andres hjem blir terapeuten mer utfordret på å lytte til behovene som klientene har, deres preferanser for utformingen av behandlingstilbudet og timingen og formen på intervensjonene.

Terapeuten kan kanskje også lettere gjenkjenne følelser hos den unge eller dilemmaer foreldrene har stått i over lang tid selv, noe som kan bygge opp et gjensidighetsforhold der begge parter – terapeutene og foreldrene – samarbeider om å løse problemet sammen. Det å være ambulant i en slik setting kan dreie seg om det å være «ambulant i hodet»²⁾. Behandleren må kunne flytte på seg ikke bare fysisk, fra sted til sted, men også når det gjelder egen forståelse/forforståelse-, preferanser for bruken av spesifikke metoder, og når det gjelder måten hun samarbeider med familien og den unge.

«Ambulant behandling er anbefalt for dem som ikke nyttiggjør seg det polikliniske tilbudet.»

Denne fleksibiliteten og «flyttbarheten i hodet» kan muligens ses på som både en av de største mulighetene som ligger i det å jobbe ambulant, men også som en av de største utfordringene ved denne praksisen.

DET UFORUTSIGBARE

Det finnes ennå ingen teori om hvordan man jobber ambulant, men det finnes mye erfaringsbasert kunnskap

>>

om denne behandlingsformen (Stangeland 2009, Svantorp 2010, Borg & Karlsson 2010, Karlsson & Sjølie 2011³⁾).

Det som er spesifikt ved ambulant arbeid er å ha ferdigheter i hvordan man jobber i det uforutsigbare og tilsynelatende strukturløse, noe som er vesentlig forskjellig fra en kontekst terapeuten vanligvis jobber i. Etikk, respekt, inntoning og balansen mellom å være personlig og profesjonell er særs viktige elementer når man beveger seg hjem til noen, særlig hvis den unge ikke nødvendigvis er interessert i å motta hjelp. Derfor er det viktig å kunne bruke små øyeblikk forankret i den unges virkelige liv, og å kunne være sammen uten nødvendigvis å ha fokus på vanskelige temaer.

Samtidig vil dette kreve at terapeuten er lydhør for muligheter og åpninger som viser seg i dette samværet for å ta opp nettopp det som er vanskelig.

Til slutt vil det kreve at terapeuten har kunnskap om og ferdigheter i spesifikke psykoterapeutiske metoder som for eksempel miljøterapi, familieterapi, kognitiv terapi, kunst og uttrykksterapi, narrativ terapi eller andre metoder som er anbefalt for behandlingen av den spesifikke vansken.

Slik jeg ser det, gir ambulant behandling for det meste nye muligheter i behandling av barn og unge. Samtidig vil jeg understreke at det er uhyre viktig å få fram brukernes opplevelse og vurdering av ambulant behandling. Dette fordi denne terapeutiske formen kan innebære grenseoverskridelse i forhold til den private sfæren til brukerne. Derfor vil det være ekstra viktig å finne ut på hvilken måte, i hvilke situasjoner og i hvilken grad den er nyttig. ■

NOTER

- 1) Prosjektbeskrivelse og oversikt over forskningsartikler som viser resultatet av prosjektet finner man på <http://khhb.hibu.no/>
- 2) Sitatet er hentet fra Andy Huggins, en deltaker på seminaret «Ambulante dager», RBUP øst og sør, oktober 2011.
- 3) In press

LITTERATUR

Borg M & Karlsson B (2010) Å arbeide i menneskers hjem – dilemmaer i humanistiske praksiser i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 26/3/2010

Furre, A., Jacobsen, H. & Halvorsen, I. (2006): *Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion øst og sør

Hviding, K. (2006) Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling, *Rapport fra*

Kunnskapssenteret nr 22 - 2006

Karlsson, B., Borg, M., Kim H.S. From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nursing Inquiry*, 2008; 15(3):206-215.

Landmark, B. & Olkowska, A. (2009) Hva gjør miljøterapi til terapi, *Fontene* 9/2009

Larsen, E. (2004) *Miljøterapi med barn og unge – Organisasjonen som terapeut*, Universitetsforlaget

Stangeland, T. (2010) Relasjonelle dilemmaer i akutt ambulant arbeid, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol

46, nummer 10, 2009, side 965-969

Stern, Daniel N. (2007) *Her og nå*, Abstrakt forlag

Svantorp, T. (2011) Når noen ikke snakker, *Fokus på familien* Årgang 39 nr 2: 135-147

Ulvestad, A.K, Henriksen, A.K, Tuseth, A-G. & Fjelstad, T. (red) (2007) *Klienten - den glemte terapeut*, Gyldendal Akademisk

Utne, B. (2005) Miljøterapeutisk behandling – mangfold og muligheter *Tidsskrift for psykisk helse* 2005 nr 4 (441-443)