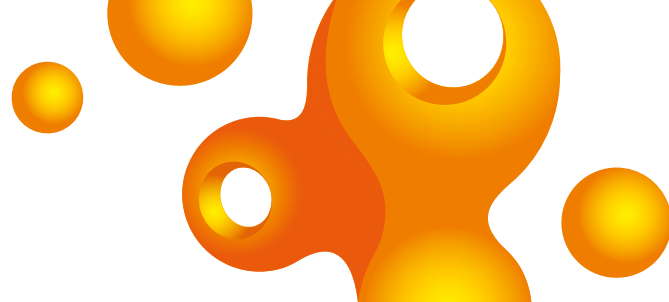


NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID



God hjelp når det trengs

Lavterskeltilbud i kommunene til voksne
med lettere psykisk helse- og rusutfordringer



Rapport nr 2/2018

Utgitt: 2018

Utgiver: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Redaksjon: Kristin Trane, Kjetil Orrem, Roald Lund Fleiner

Andre bidragsytere: Anne Jensen, Ketil Nordstrand, Anne Kristiansen Rønning, Gry Strøm, Robert Smith, Marit Knapstad, Solrun Steffensen, Trond Asmussen, Mette Smistad, Carl W. Korsnes, Møyfrid Kjøsdaal, Kari Hjertholm Danielsen, Ellen Hoxmark

Takk til: Arve Lauvnes, Lisbeth Christensen

Forside illustrasjonsfoto: AdobeStock

ISBN: 978-82-7570-547-9 (trykk)

ISBN: 978-82-7570-548-6 (web)

ISSN: 1894-3756

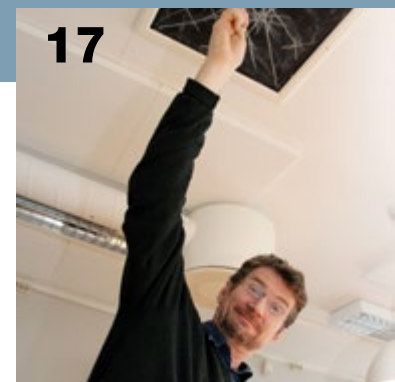
Design: Melkeveien Designkontor

Trykk: Rolf Ottesen Grafisk AS

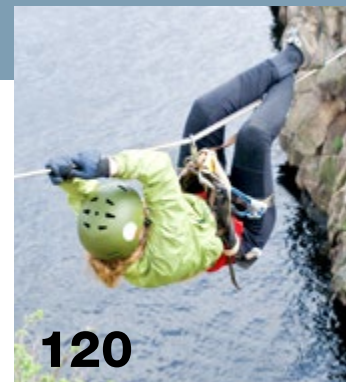
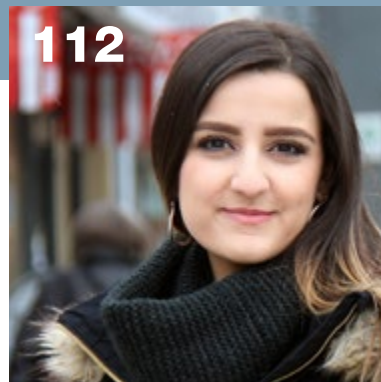
God hjelp når det trengs

Lavterskeltilbud i kommunene til voksne
med lettere psykisk helse- og rusutfordringer

INNHOOLD



1 INTRODUKSJON	6	FRA MORGEN TIL KVELD – HJELP FOR UNGE MED BEGYNNENDE RUSVANSKER	
Tilbud der folk bor		Stavanger kommune	45
<i>Kristin Trane, NAPHA</i>	6	HJELPER UNGE I OVERGANGEN TIL VOKSENLIVET	
2 BREDT TILBUD	9	Øvre Eiker kommune	48
BREDT TILBUD MED LANG ÅPNINGSTID		4 SAMARBEID I KOMMUNEN	50
Sarpsborg kommune	9	Lokalbasert psykisk helsearbeid – et samarbeids- prosjekt <i>Kristin Trane, NAPHA</i>	50
ÉN TELEFON INN TIL 18 ULIKE TILBUD		VOLD I NÆRE RELASJONER – SAMARBEID GIR BEDRE TILBUD Molde kommune	53
Trondheim kommune	14	JOBBER FOREBYGGENDE FOR ELDERE	
VEIEN TIL ET LAVTERSKELTILBUD		Lørenskog kommune	57
Tromsø kommune	24	– VANLIG AT URO OG TUNGE TANKER FØLGER I KJØLVANNET AV FYSISK SYKDOM	
ET LAVTERSKELTILBUD BASERT PÅ TILBAKEMELDINGER FRA BRUKERE		Stjørdal kommune	60
Stange kommune	28	TILBAKE I JOBB MED FRISK BRIS	
LAV TERSKEL OG MANGE TILBUD		Bamble kommune	63
Sandnes kommune	30	MANGE Å SPILLE PÅ I LILLE STORFJORD	
Mangfoldige kommuner <i>Anne Jensen, KS</i>	35	Storfjord kommune	69
Lav terskel og digital behandling er veien å gå		STRAKS-HJELP TIL FOLK I LIVSKRISE	
<i>Ketil Nordstrand, Helsedirektoratet</i>	37	Bergen kommune	72
3 TILBUD TIL UNGE	40	SAMARBEID MED FASTLEGER OG NABOKOMMUNER GIR BEDRE TJENESTER Surnadal kommune	75
UNG ARENA OSLO: – NOEN Å SNAKKE MED			
Oslo kommune	40		



5 RASK PSYKISK HELSEHJELP	78
Rask psykisk helsehjelp – et lovende tilbud til en viktig målgruppe <i>Robert Smith</i> , FHI, og <i>Marit Knapstad</i> , UiB/FHI	78
Interkommunalt samarbeid til felles nytte <i>Solrun Steffensen</i> og <i>Trond Asmussen</i> , NAPHA.....	82
UTFYLLER DE ANDRE TJENESTENE	
Modum og Sigdal kommuner	86
NETTBASERT SELVHJELPSPROGRAM	
HJELPER MANGE Kristiansand kommune.....	90
ASSISTERT SELVHJELP SKAPER SELVSTENDIGE BRUKERE Molde kommune.....	92
MESTRING AV PANIKKANGST Fjell kommune.....	94
NÅR PSYKISK HELSETJENESTEN INNTAR TRENINGSSENTERET Fjell kommune.....	97
6 GRUPPER OG KURS	100
Nasjonal satsing på selvhjelp <i>Mette Smistad</i> , Selvhjelp Norge.....	100
GIR RASK RASK PSYKISK HELSEHJELP-BRUKERE TILBUD OM SELVHJELPSGRUPPER Fredrikstad kommune.....	103
FORSKER PÅ SELVUTVIKLET SØVNBEHANDLING Oppegård kommune	105

SMITTEEFFEKT AV GODE KURS	
Bergen kommune	108
SETTER FOLK PÅ RIKTIG TANKESPOR	
Bergen kommune	110
GODE PÅ PSYKISK HELSE ETTER KRIG OG FLUKT	
Tønsberg kommune	112
SATSER PÅ KURS – I SAMARBEID MED FRISKLIVSSENTRALEN Stavanger kommune.....	116
7 TILBUD PÅ BRUKERNES PREMISSE	118
Forebygging er bedre enn kur <i>Carl W. Korsnes</i> , Mental Helse	118
Slik jobber en recoveryorientert tjeneste <i>Møyfrid Kjøltsdal</i> , NAPHA.....	120
8 BEHANDLING I KOMMUNEN	122
Kommunens ansvar for behandling av lettere rusutfordringer <i>Kari Hjertholm Danielsen</i> , KoRus-Nord.....	122
Behandling – et begrep til besvær <i>Kjetil Orrem</i> , NAPHA	125
9 AVSLUTNING	129
Veien videre <i>Ellen Hoxmark</i> , NAPHA.....	129

TILBUD DER FOLK BOR

Store deler av befolkningen vil i perioder oppleve lettere psykisk helse- og rusutfordringer. For å kunne gi dem rask og god hjelp må kommuner i hele landet ha et variert utvalg av lavterskeltilbud.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

OECD påpekte i 2014 at en av hovedutfordringene i psykisk helsetilbudet i Norge er mangler i tilbud til personer med milde og moderate psykiske helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2015). Samtidig slår Primærhelsemeldingen (2015) fast at det er bred politisk enighet om at de kommunale psykisk helse- og rustjenestene ikke er tilstrekkelig utbygd, og tilbudet til personer med lettere og moderate plager trekkes særlig frem. Dette heftet belyser hvordan kommunene kan utvikle slike tjenester. Også i *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (2015) fremheves nødvendigheten av bedre behandlingstilbud. I de fleste norske kommuner er psykisk helse- og rustjenestene samorganisert, og vi ser disse tilbudene i sammenheng.

Mange av de som strever med psykisk helse- eller rusutfordringer, vil bli bedre av seg selv eller ved hjelp

av personer i sitt nettverk. Slik er det imidlertid ikke for alle, og regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) innledes med følgende:

(...) Vi vil legge til rette for å fange opp de som trenger hjelp, og iverksette målrettede tiltak for den enkelte som er i en sårbar situasjon, før de kanskje utvikler psykiske lidelser. For de som utvikler psykiske lidelser skal tjenestene være tilgjengelige, gode og koordinerte.

Lavterskeltilbud i kommunene

Veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) anbefaler at kommunen har hovedansvaret for å gi tilbud til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige. Dette er i tråd med prioriteringsveilederen for psykisk helsevern (Helsedirektoratet,

2015b) som skriver at lettere tilstander av angst og depresjon kan håndteres i førstelinjetjenesten, og at slike utfordringer i utgangspunktet ikke gir rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Vårt hovedmål med dette fagheftet er å gi eksempler på hvordan kommunene kan bygge opp gode lavterskeltilbud til mennesker med lettere rus- eller psykisk helseutfordringer. Lett tilgjengelige lavterskeltilbud nært der folk bor, med kort ventetid og god kvalitet, er viktig for innbyggernes helse. Dette gir også mulighet for minst mulig inngripen i personens hverdagsliv, inkludert skole, jobb, familie og nettverk.

Store forskjeller mellom kommunene

Det er store forskjeller i tilbudet til denne gruppen i norske kommuner. Størrelsen på kommunen, tilgangen på fagkompetanse og økonomiske ressurser vil sammen med politisk vilje være sentrale faktorer når en skal bygge et godt tilbud. Vi ser at noen psykisk helse- og rustjenester ikke har et tilbud rettet mot personer med lettere og moderate utfordringer, mens andre har et bredt og godt tilbud.

Vårt hovedmål med dette fagheftet er å gi eksempler på hvordan kommunene kan bygge opp gode lavterskeltilbud til mennesker med lettere rus- eller psykisk helseutfordringer.

Sammen om mestrings anbefaler at kommunene tilbyr et variert utvalg av lavterskeltilbud. Det vil være større muligheter til å gi brede tilbud i en stor kommune enn i en liten. Samtidig finnes det – blant annet i dette heftet – eksempler på at psykisk helse- og rustjenestene i mindre kommuner kan gi et bredere tilbud ved å samhandle tett med andre aktører i egen kommune eller ved å inngå interkommunale samarbeid.

Det å benytte seg av frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner eller for eksempel Selvhjelp Norge vil også kunne bidra til økte muligheter.



SAMMEN OM MESTRING anbefaler at kommunene tilbyr et variert utvalg av lavterskeltilbud, skriver NAPHA-rådgiver Kristin Trane.

FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

Behov for tverrfaglig tjenestetilbud

Psykisk helse- og rustjenestene skal dekke et stort spekter av utfordringer, som angst, depresjon, søvn- og rusutfordringer. De skal bistå pårørende, personer med flyktningebakgrunn, mennesker som har opplevd vold og overgrep, og andre som av ulike grunner står i en livskrise, og de skal yte tjenester til alle aldersgrupper.

Bred faglig kompetanse i tjenestene er nødvendig for å møte de mange ulike utfordringene. En sosionom kan noe en psykolog ikke kan, en psykolog har annen kompetanse enn en psykiatrisk sykepleier, og den psykiatriske sykepleieren kan noe annet enn en fysioterapeut. Slik fortsetter det, og skal en tilby et bredt og godt tjenestetilbud, må en også ha et flerfaglig tilbud. De fleste kommunene omtalt i dette fagheftet har sosialfaglig, psykologisk og medisinsk kompetanse i tjenesten.

Les også mer i teksten *Lokalbasert psykisk helsearbeid – et samarbeidsprosjekt* i dette heftet side 50.

Grupper og kurs når flere

Mange av psykisk helse- og rustjenestene vi har vært i kontakt med, har i tillegg til individuelle samtaler

Potensialet for forebygging er stort.

også tilbud om kurs og grupper av ulik art. Dette er et viktig grep for å nå en større del av målgruppen.

Et bredt tilbud med ulike kurs eller grupper vil både kunne være ressursbesparende for den enkelte kommune, og ikke minst gi personer et tilbud spisset mot deres utfordringer. Det vil hverken være mulig eller ønskelig at alle med lettere utfordringer tilbys individuelle samtaler.

Også nettbaserte, digitale tilbud kan være ressursbesparende, effektivt og nyttig. Det er et av tilbudene som trekkes frem som viktige virkemidler i Folkehelsemeldingen (2015), i likhet med Rask psykisk helsehjelp og videre rekruttering av psykologer til kommunale helse- og omsorgstjenester. Alle disse blir nærmere omtalt i dette heftet.

Gode tjenester forebygger

Mange norske kommuner har allerede et godt tilbud til personer med lettere utfordringer. Bare et lite utvalg presenteres her. Vi håper likevel du finner informasjon og eksempler som kan være nyttige for utviklingen av tilbudet i nettopp din kommune.

Gjennom bedre utbygde tjenester er vi overbevist om at en tar et langt og viktig steg mot redusert sykefravær, bedre folkehelse og forebygging av større utfordringer. Kommunale psykisk helse- og rustjenester er også en viktig aktør i arbeidet for å redusere sosiale problemer og bedre barns oppvekstvilkår. Potensialet for forebygging er stort. ●

REFERANSER

Departementene (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (Veileder IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015a). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport IS-2314). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015b). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne* (Prioriteringsveiledere). Oslo: Helsedirektoratet.

Meld. St. 19 (2014–2015). (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 26 (2014–2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Prop. 15 S (2015–2016). (2015). *Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

LAVTERSKELTILBUD KJENNETEGNES VED AT DE

- gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandlingstid
- kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- er tilgjengelig for alle
- kan tilby tidlige og adekvate tiltak
- kan være «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- inneholder personell med kompetanse til å oppfylle tjenestenes formål
- har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- fremstår som synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne

KILDE: SAMMEN OM MESTRING, S. 71



STOLT AV JOBBEN: – Det er flott å kunne fortelle kompiser at her kan folk bare ringe, så blir de møtt og får et tilbud veldig raskt, sier spesialsykepleier Johannes Kyvik. Her sammen med (f.v.) Hilde Fredriksen, spesialsykepleier og kognitiv terapeut, Ann-Kristin Søndreli, spesialsykepleier, Eli-Anne T. Willard, ressursansvarlig/stedfortreder for enhetsleder og Berit Dahle, enhetsleder. FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA

BREDT TILBUD MED LANG ÅPNINGSTID

– Vi har en visjon om at vi skal være best i landet på rus- og psykisk helsetjenester.

AV KJETIL ORREM, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Enhetsleder Berit Dahle er ikke beskjeden når hun skal beskrive ambisjonene for Enhet kompetansesenter rus og psykisk helse i Sarpsborg kommune. Enheten har vært gjennom to større omorganiseringer siden årtusensskiftet. En av hovedtankene har vært

å gå fra det vedtaksbaserte til tjenester med lav terskel og høy tilgjengelighet.

– Omdømmet vårt skal være «Du trenger ikke å søke, og du får tjenester fort», sier Dahle.

De har også vært opptatt av å integrere rus og psykisk

helse og å skape en enhet med smidige overganger mellom de ulike tjenestene. Resultatet er en enhet bestående av fire team og cirka 95 årsverk, som hvert år gir tjenester til rundt 2300 av innbyggerne i kommunen.

Alle har ringt riktig!

Team lavterskel rus og psykisk helse har 20 ansatte og er inngangsporten til enhetens tjenester. Her kan absolutt alle ta direkte kontakt, og telefonen er betjent fra åtte om morgenen til ti på kvelden alle hverdager. På kveldstid betjenes telefonen av personalet ved Senter for rehabilitering og aktivitet, som har et åpent treffsted fra 16 til 22 mandag til fredag. Senteret er bemannet med fire personer hver kveld, slik at de også har kapasitet til å ta samtaler på kontoret eller dra på hjemmebesøk ved behov.

– Og ikke bare får alle svar, alle har også ringt riktig, understreker stedfortreder for enhetsleder, Eli-Anne Willard.

Alle som tar kontakt, får i løpet av 48 timer beskjed om når de kan komme inn til en samtale, og hvem de skal snakke med. Er det mer praktisk med hjemmebesøk, legger enheten til rette for det.

– På lengre sikt er målet at alle skal få et tilbud samme dag, sier Dahle.

– Dette skal vi ta tak i

De ansatte understreker viktigheten av at folk blir møtt på en ordentlig måte, og at man fra første stund signaliserer at man tar problematikken deres på alvor. En som har vært i kontakt med enheten, forteller NAPHA hvordan den første kontakten på telefon bidro til å gjøre tilværelsen enklere.

– Det var veldig beroligende at noen fortalte meg at «dette skal vi ta tak i», og at de bekreftet at tankene og følelsene jeg opplevde å ha i en vanskelig periode av livet, ikke var spesielt uvanlige.

Tilpassede tjenester

Avhengig av problemstilling får man tilbud om enten «ordinær» lavterskeloppfølging eller Rask psykisk helsehjelp fra lavterskelteamet. Skulle det vise seg at den første vurderingen var feil, er det ikke noe problem å endre valg av tilnærming. De aller fleste slipper også å skifte behandler siden Rask psykisk helsehjelp hele tiden har vært integrert i de ordinære tjenestene, og ingen av de ansatte jobber utelukkende med RPH-saker.

Samtlige ansatte ved lavterskelteamet håndterer også lettere og begynnende rusvansker, og de har begynt å ta denne typen problematikk inn i RPH. Folk som vil ha mest nytte av bistand fra andre av enhetens team, eller som bør knyttes opp til andre instanser, får også hjelp til dette. Ingen henvendelser blir avvist.

Integrert Rask psykisk helsehjelp

Både enhetsleder og de andre ansatte peker på den tydelige innlemmingen av RPH i tjenestetilbudet som en suksessfaktor.

– Når vi først brukte ressurser på en såpass ambisiøs satsing, var vi opptatt av at det skulle komme hele enheten til gode, forteller Dahle.

De så også viktigheten av å beholde kompetansen da de første ansatte gjennomgikk opplæringen i kognitiv terapi. Derfor gjorde de tidlig om prosjektstillingene til faste stillinger.

Siden har flere nye ansatte gjennomført opplæringen, og den kognitive tilnærmingen preger naturlig nok også andre deler av lavterskelteamet. At de fortløpende har ansatte under opplæring i metodikken, gjør at kunnskapen er oppdatert og friskt i minne, og er nyttig i de ukentlige RPH-møtene.

Sarpsborg var tidlig ute med å inkludere ungdom mellom 16 og 18 år i RPH-tilbudet.

– Selve samtaletilbudet er ikke veldig annerledes for denne gruppen. Men det hender nok litt oftere at vi møter dem på andre arenaer enn kontoret, først og fremst på skolen. I tillegg blir naturlig nok pårørende, lærere og skole oftere involvert. Vi opplever at skolene er flinke til å bidra og til å legge til rette for behandlingen der det er nødvendig, forteller spesialsykepleier Hilde Fredriksen.

Omdømmet vårt skal være «Du trenger ikke å søke, og du får tjenester fort».

BERIT DAHLE, ENHETSLEDER,
ENHET KOMPETANSESENTER RUS OG PSYKISK HELSE

Ser pårørende som en ressurs

Foruten lavterskeloppfølging og Rask psykisk helsehjelp har teamet ulike tjenester spesielt rettet mot pårørende. Hvert halvår har de en kursrekke for pårørende med der de særlig fokuserer på rusproblematikk, og de har kontinuerlig gående pårørendegrupper, hvor pårørende til mennesker med psykiske lidelser er målgruppen. Siden 2010 har de også arrangert kurs for barn som pårørende, der barn fra åtte år og oppover kan delta.

Hvert av teamene har en egen pårørendeansvarlig, med ansvar for at temaet er jevnlig på agendaen. Dahle påpeker at pårørende er en ressurs, og at det er de ansattes ansvar å motivere alle de bistår til å inkludere sine nærmeste i arbeidet. Enheten har også et aktivt samarbeid med Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse – LPP.

TVERRFAGLIG STAB: Enhet kompetansesenter rus og psykisk helse i Sarpsborg kommune disponerer en tverrfaglig stab med høyt kvalifiserte, motiverte og engasjerte medarbeidere. F.v.: Carol Jennifer Figueredo, psykologspesialist, Marianne Borgli, førstesekretær, og Ruben Grytten, spesialsykepleier og veileder.

FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA



Opplever å bli forstått

I tillegg har enheten prioritert ett årsverk til veiledning, undervisning og særskilt oppfølging av pårørende. Spesialsykepleier Ruben Grytten har derfor mulighet til å gi pårørende tilbud om individuelle samtaler, hvis de har behov for det.

For mange pårørende kan det være en lettelse å ha samtaler der det er deres egen situasjon som står i fokus. En av dem som har hatt samtaler med Grytten, sier dette:

– Ruben forstår meg og ser det jeg sliter med. Han ser meg!

– Sultne på å lære

Grytten er også koordinator for de pårørendeansvarlige i hvert team. I tillegg har han en rolle som brukerkoordinator og skal sammen med enhetens ledere bidra til at enhetens tjenester hele tiden er brukerorienterte. Sammen med flere andre ved enheten driver han dessuten jevnlig undervisning, informasjon og veiledning overfor andre kommunale enheter og instanser i Sarpsborg.

– Til å begynne med måtte vi presse oss litt på og minne folk om å fokusere på psykisk helse og at de kunne benytte seg av vår kompetanse. Nå etterspør de tjenestene våre og er sultne på å lære stadig mer, forteller Grytten med et stort smil.

Høy kvalitet i alle ledd

Berit Dahle er opptatt av å understreke at enheten disponerer en tverrfaglig stab med høyt kvalifiserte, motiverte og engasjerte medarbeidere. Ved team lavterskel rus og psykisk helse jobber spesialsykepleiere, sosionomer og vernepleiere, som alle har minimum videreutdanning i psykisk helsearbeid eller psykososialt arbeid med barn og unge, samt en rekke andre videreutdanninger og

fordypninger. I tillegg har de psykolog, psykologspesialist og en teamleder som er jurist. Dahle er også svært opptatt av kvalitet når nye folk skal rekrutteres inn.

Psykologspesialist Carol Jennifer Figueredo ble med på laget i 2017, og hun har blant annet mange års erfaring fra BUP. Hun sier at den største overgangen er at det legges mindre vekt på diagnoser og utredninger, mens det er mer rom for kreativitet og fagutvikling.

– Jeg trivdes veldig godt i BUP, men føler faktisk at jeg får brukt enda flere sider av meg selv her i kommunen, sier Figueredo.



Og ikke bare får alle svar,
alle har også ringt riktig.

ELI-ANNE WILLARD, RESSURSANSVARLIG,
ENHET KOMPETANSESENTER RUS OG PSYKISK HELSE

Prisvinnende tjenester

Nettopp fagutvikling og kvalitet har vært sentralt i alt enheten gjør. Visjonen «En foregangskommune for rus og psykisk helsetjeneste» forplikter, og det er lagt ned mye arbeid i å tilby best mulig tjenester. Da smaker det selvfølgelig ekstra godt med både nasjonal og internasjonal anerkjennelse, slik enheten har fått for SarpsborgModellen.

Modellen retter seg mot gravide og nybakte mødre som har psykiske vansker og/eller rusproblemer, og gir behandling til mødre parallelt med forebyggende arbeid overfor det nyfødte barnet. Med trygghets sirkelen som grunnprinsipp, kursing for mødre – og etter hvert også fedrene – og ukentlige samlinger for mor og barn samt individuelle samtaler ved behov, er målet å hindre en generasjonsoverføring av problematikken.

Kvalitetssikring

SarpsborgModellen har, i likhet med de øvrige tjenestene, vært gjenstand for grundig og gjentakende evaluering og revurdering. Utstrakt bruk av fokusgrup-

Vi opplever at skolene er flinke til å bidra og til å legge til rette for behandlingen der det er nødvendig.

HILDE FREDRIKSEN, SPESIALSYKEPLEIER

peintervjuer, både med brukere av tjenestene og med ansatte, er blant verktøyene for å sikre at tjenestene videreutvikles og holder høy kvalitet.

Og når man først har fått på plass et tilbud man ser at fungerer, er det viktig å sørge for videreføring.

Derfor har både Rask psykisk helsehjelp, SarpsborgModellen og det at man vedvarende legger vekt på å trekke med de pårørende, blitt en permanent del av tjenestene ved Enhet kompetansesenter rus og psykisk helse i Sarpsborg kommune. ●

Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende.

Helsedirektoratets veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (2018)



VANT PRIS: SarpsborgModellen mottok i 2017 «Best practice reward» i en innovasjonskonkurranse i regi av European Public Sector Award (EPSA). Dette bildet er fra gågata i Sarpsborg under festuka «Folk i Sarp» i juni 2018. Festivalen arrangeres for å fremme inkludering og mangfold.

FOTO: SARPSBORG KOMMUNE.

Én telefon inn til 18 ulike tilbud

Over 1000 personer kontaktet Mestringstelefonen i 2017. Fra den loses mennesker med lettere psykisk helse- og rusplager videre til rask hjelp fra 18 ulike lavterskeltilbud i Mestringstilbudet i Trondheim.

AV ROALD LUND FLEINER, KOMMUNIKASJONSRAÐGIVER NAPHA

– Jungeltelegrafan går, stadig flere fastleger får vite om tilbudet, og behovet er stort for rask og god psykisk helsehjelp, sier klinisk sosionom Kristin Hjertø.

– Hjertet i tilbudet

Sammen med 10 av sine totalt 25 kolleger i Mestrings-tilbudet deler hun på å betjene Mestringstelefonen.

– Mestringstelefonen er hjertet i tilbudet. Herfra gjør vi en kartlegging av hjelpebehovet, og de som tar kontakt, kan velge mellom 18 ulike lavterskeltilbud for lettere psykiske helseplager, sier Hjertø.

MESTRINGSTILBUDET I TRONDHEIM KOMMUNE

- 18 ulike lavterskeltilbud for voksne over 18 år med lettere psykiske plager og/eller rusproblemer
- Kort ventetid, og folk kan ta kontakt selv uten henvisning.
- Opprettet som ettårig prosjekt i 2016.
- Fra 2017 en del av kommunens faste tilbud.
- Depresjon og angst de to vanligste årsakene til at folk tar kontakt.
- Mestringstelefonen bemannet hver dag. Loser folk til riktig tilbud etter en første kartlegging.
- Doblet antall henvendelser fra 512 i 2016 til 1013 i 2017.
- Brukerevaluering oktober 2017 viser at mer enn åtte av ti syntes det var lett å få kontakt med Mestringstilbudet, uavhengig av hvor de fikk informasjon om tilbudet fra.
- Tre av fire opplever at de har fått det bedre etter hjelpen de har mottatt. 94 prosent opplever at ventetiden ikke var for lang.

Tre av fire får det bedre

Mestringstilbudet startet opp som et prøveprosjekt i 2016. Tilbudet ble en så stor suksess at kommunen etter ett år valgte å gjøre det til en del av det faste psykisk helsetilbudet.

En brukerevaluering ble gjort høsten 2017, etter halvannet års drift. Den viser at mer enn åtte av ti synes det er lett å komme i kontakt med Mestrings-tilbudet, og at tre av fire opplever å ha fått det bedre etter å ha mottatt hjelp derfra.

– Vi er godt fornøyde med disse tallene, sier psyko-logs spesialist Viviann Sandberg Larsen.

Stor bredde

Bare fra oppstartsåret 2016 til året etter doblet antallet som tok kontakt seg, fra drøyt 500 til over 1000.



TAR TEMPEN: – Vi ønsker å snakke med alle i telefonen. Jeg kaller spørsmålene vi stiller en temperaturmåling, sier klinisk sosionom Kristin Hjertø. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA



– Vi merker at henvendelsene går opp for hver måned, sier Hjertø.

Tjenesten har et stort spekter av ulike tilbud. Foruten mer tradisjonelle tilbud som kurs i mestring av

depresjon har de også kurs om spilleavhengighet og sinnemestring. De tilbyr også hasjavenningsprogram og hjelp til brukere av anabole steroider samt kurs for pårørende, blant mye annet.



KREVER ERFARING: – Å betjene Mestringstelefonen krever at du har møtt mange mennesker med psykiske helse- og rusproblemer før, sier psykolog Martin Schevik Lindberg.

FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

– Det er en stor fordel at vi er så mange ansatte, med ulik bakgrunn. Det gjør at vi kan sy sammen så mange tilbud, sier Hjertø.

– Krever erfaring

Staben består av blant annet sosionomer, psykologer, vernepleiere, psykiatriske sykepleiere og ergoterapeuter. Alle jobber en del av tiden i Mestringstilbudet og en del i øvrige psykiske helsetjenester.

– Alle har mye etterutdanning, og har jobbet lenge i rus- og psykisk helsefeltet. Hos oss jobber man veldig selvstendig. Det krever at man har litt mer erfaring og videreutdanning. Å betjene Mestringstelefonen, for eksempel, krever at du har møtt mange mennesker med psykiske helse- og rusproblemer før, sier psykolog Martin Schevik Lindberg.

Tanken er å ha et differensiert tilbud, som ikke skal komme fra interessen til fagfolkene, men ut fra folks behov.

VIVIANN SANDBERG LARSEN,
PSYKOLOGSPESIALIST.

– Temperaturmåling

Ofte vet ikke folk som tar kontakt, hva slags hjelp de vil ha.

– Vi ønsker derfor å snakke med alle i telefonen. Også de som søker hjelp via et kontaktskjema vi har på nett, ringer vi til. Jeg kaller spørsmålene vi stiller en temperaturmåling. På denne måten kan vi løse folk videre til riktigere tilbud og samtidig bli mer treffsikre i de korte intervensjonene våre, sier Kristin Hjertø.

Tidlig og riktig hjelp

Psykologspesialist Viviann Sandberg Larsen forteller at Mestringstilbudet har vektlagt å møte målgruppe-nes reelle behov og å komme tidlig til.

– Tanken er å ha et differensiert tilbud, som ikke skal komme fra interessen til fagfolkene, men ut fra folks behov. Om mange henvender seg om noe som vi ikke har kurs om, for eksempel deprimerte småbarnsforeldre, så bygger vi et kurs om det, sier Sandberg Larsen.

Det å kunne smi mens jernet er varmt, er viktig for Mestringstilbudet.

– Vår hovedmålgruppe er de som tidligere ikke fikk hjelp i første omgang, og som kunne ha fått avslag både på hjelp ved DPS og på vedtak i kommunen. Dette var folk vi ofte fikk inn senere, når problemene hadde forverret seg. I dette tilbudet jobber vi i tidlig-intervensjons-ånd, tilføyer Kristin Hjertø. ●

Fastlegene hovedporten inn til Mestringstilbudet

PSYKISK HELSE DOMINERER:

– 60 prosent av alle som kontakter meg, er innenfor stressrelaterte plager til tyngre psykiatri, sier fastlege Harald Sundby ved Kalvskinnets legekontor i Trondheim.

FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

Over halvparten av dem som får lavterskel psykisk helsehjelp av Mestringstilbudet i Trondheim, hører om tilbudet gjennom fastlegene.

AV ROALD LUND FLEINER, NAPHA

– Vi har hatt en klar strategi for å komme i kontakt med fastlegene, blant annet gjennom å være til stede på en månedlig samling de har og informere om Mestringstilbudet der. Sist vi var der, møtte full sal, og vi fikk en voldsomt positiv respons, sier psykologspesialist Viviann Sandberg Larsen.

Møysommelig innsats

De sendte brev til alle fastlegekontorene, i to omganger, for å informere. Gradvis har de bygget opp fastlegenes kjennskap til hvordan tilbudet fungerer.

– Vi får tilbakemeldinger fra fastlegene om at de synes det er bra at de kan sende pasienter uten henvisning, sier Sandberg Larsen.

60 prosent psykisk helse

Fastlege Harald Sundby ved Kalvskinnets legekontor i Trondheim har så langt samarbeidet med



SLIPPER

HENVISNING: – Vi får tilbakemeldinger fra fastlegene om at de synes det er bra at de kan sende pasienter uten henvisning, sier psykologspesialist i Mestringstilbudet, Viviann Sandberg Larsen. FOTO: ROALD LUND

FLEINER/NAPHA

Mestringstilbudet om tre pasienter. Han ser stort behov for denne typen lavterskel psykisk helsetjeneste.

– 60 prosent av alle som kontakter meg, er innenfor stressrelaterte plager til tyngre psykiatri. 70 prosent av tiden min bruker jeg på den typen problematikk, og det er en økende tendens. Vi opplever at mange søker oss først, for det er jo oss de kjenner. Men fastlegen og hennes pasient trenger noen å spille på, og Mestringstilbudet er en innertier i forhold til det behovet, sier han.

◀ Vær tilgjengelige for hverandre, og ta heller en telefon for mye enn en for lite.

HARALD SUNDBY, FASTLEGE.

– Kryss i taket for Mestringstilbudet

Sundby setter et kryss på en krittavle han har festet i taket på kontoret sitt, hver gang en pasient opplever et tverrfaglig samarbeidsmøte som nyttig og positivt.

– Mestringstilbudet har rukket å få ett slikt kryss, smiler han.

Eksempelet gjaldt hjelp til sinnemestring, som Mestringstilbudet har.

– Pasienten hadde selv kontaktet dem uten at jeg visste det, og hadde vært gjennom et sinnemestringsopplegg som hadde fungert godt. Mestringstilbudet ba om et møte med meg og pasienten og introduserte meg for det som hadde foregått. Slik informasjon gjør at jeg kan følge opp videre på en god måte, mener Sundby.

– Må spille hverandre gode


Gullstandarden for smidig samarbeid mellom fastleger og øvrige helsetjenester er ifølge Sundby å ha hverandres mobiltelefonnummer.

– Vi som jobber i helsetjenestene, må spille hverandre gode ved å samarbeide og ikke tenke «oss og



KRYSS I TAKET: Fastlege Harald Sundby setter et kryss på en krittavle han har festet i taket på kontoret sitt, hver gang en pasient opplever et tverrfaglig samarbeidsmøte som nyttig og positivt. Mestringstilbudet har rukket å få kryss. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

dem» og kjøre profesjonskamper. Det å være fastlege kan være en litt ensom rolle, og godt tverrfaglig lagspill er en sann glede i arbeidshverdagen, mener han. ●



– **HJEMMELEKSEN** var å bruke et verktøy som gikk ut på å skrive ned mine tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner før en oppgave jeg gruet meg til. Så gjorde jeg det gruet meg til. Til slutt skrev jeg på nytt ned tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner etter å ha gjennomført oppgaven, og reflekterte over dette i samtalene, sier «Henrik».

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM

Utfordret negative tanker

For å bryte ut av negative tankemønstre og motivere seg på jobb var det avgjørende for «Henrik» (29) å få rask og god hjelp i form av kognitiv terapi.

AV ROALD LUND FLEINER,
KOMMUNIKASJONSRAÐGIVER, NAPHA

– Det er ikke så ille som jeg tror, er blitt regelen min. Det sier jeg til meg selv når jeg må levere på jobb og får negative tanker. Problemet mitt har vært at jeg

overdriver hvor ille ting vil bli, og jeg har hatt en modell på hva folk tenker om meg og hva jeg gjør, som har vært negativ for meg, forteller «Henrik».

Fikk hjelp på én uke

Han manglet motivasjon til alt.

– Målet var å komme til bunns i hvorfor livet var så kjipt. Det synes jeg at jeg gjorde. Jeg hadde ikke greid det selv. De stilte litt ubehagelige spørsmål, ting jeg har unngått, sier han.

Gjennom kjente fikk han høre om

Da jeg fikk det ned på papiret, så jeg hvor mye bedre jeg scoret på både tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner i ettertid enn før det jeg gruet meg til.

«HENRIK» (29), TIDLIGERE BRUKER AV MESTRINGSTILBUDET I TRONDHEIM

Mestringstilbudet i Trondheim kommune. Én uke etter at han tok kontakt, var han inne til sin første av sju samtaler.

– Jeg søkte hjelp via et skjema de har på nett, og etter det gikk det fort, sier «Henrik».

Hjemmelekser og samtaler

De sju samtalene gikk over sju uker, med hjemmeleker innimellom.

– Hjemmeleksen var å bruke et verktøy som gikk ut på å skrive ned mine tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner før en oppgave jeg gruet meg til. Så gjorde jeg det gruet meg til. Til slutt skrev jeg på nytt ned tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner etter å ha gjennomført oppgaven, og reflekterte over dette i samtalene.

Gjorde positiv oppdagelse

Han oppdaget at det var stor forskjell på de fire momentene før og etter at han hadde gjort det han gruet seg til.

– Før hadde jeg ikke vært bevisst på å lete etter denne forskjellen. Jeg hadde bare tenkt rundt det. Da jeg fikk det ned på papiret, så jeg hvor mye bedre jeg scoret på både tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner i ettertid enn før det jeg gruet meg til. Det

ga meg regelen som jeg bruker, og som fungerer for meg, om at det er ikke så ille som jeg tror.

Kommer seg selv i forkjøpet

Han forteller at han nå kommer seg selv i forkjøpet.

– Jeg stopper opp når negative tanker melder seg, utfordrer disse og sier til meg selv at de ikke stemmer med virkeligheten.

– Har svartmalt mye

Hjelpen han har fått, er kognitiv terapi, som handler om å jobbe med hvordan hendelser, tanker og følelser henger sammen og påvirker hverandre.

– Verktøyene jeg bruker og hjelpen jeg har fått, har betydd alt for synet jeg har på ansvar og oppgaver. Jeg har svartmalt mye, gruet meg, overdrevet hvor vanskelig og slitsomt det har vært. Synet på det som ligger foran meg, har blitt endret til at det er ikke så ille, og det er ikke så slitsomt. Og til at jeg ikke skal tenke på alt på en gang, men må ta én ting om gangen, sier han.

Dårlig samvittighet ble sovepute

Der han tidligere lot sin egen dårlige samvittighet bli en unnskyldning for ikke å gjøre oppgaver han gruet seg til, har han nå en helt annen tilnærming.

– Jeg kunne tenke at det var greit ikke å gjøre det jeg skulle, fordi jeg hadde dårlig samvittighet for det, det ble en sovepute. Gjennom terapien ble jeg bevisst på at den dårlige samvittigheten ikke er til noen nytte, og at den ikke fritar meg for ansvar for å gjøre også det jeg gruer meg til, sier han. ●

Gjennom terapien ble jeg bevisst på at den dårlige samvittigheten ikke er til noen nytte.

«HENRIK»

HUMOR: – Ofte er det bagateller som gjør at ting oppstår. Når vi får inntatt metaperspektiv og sett på det utenfra, så klarer mange å se det i et komisk lys, sier Arnfinn Gullbrekken (t.h.). Her med kollega Reidun Hobbesland. FOTO: ROALD LUND

FLEINER/NAPHA



Lærer folk å mestre sinne

– Det å vite at vi utgjør en forskjell, er vår drivkraft, sier Reidun Hobbesland og Arnfinn Gullbrekken. De driver sinnemestringskurs som del av Mestringstilbudet i Trondheim.

AV ROALD LUND FLEINER,
KOMMUNIKASJONSRAÐGIVER, NAPHA

Kurset er et av 18 ulike tilbud som ligger innunder Mestringstilbudet.

– Jeg opplever at kursopplegget gir resultater. Tilbakemeldingene er veldig ålreite. Vi jobber med ting som folk ikke er stolte av å ha drevet med, sier Gullbrekken.

Sinnemestringskurset er gruppebasert og går over ti uker med tre timers sesjoner hver gang.

– Vi er bevisst på å gi folk hjemmeoppgaver, sier Hobbesland.

Verktøy mot negativ spiral

På kurset lærer deltakerne om sammenhengen mellom hendelser, tanker, følelser og handling.

– Mange er i en syklus der det oppstår en situasjon, de får negative tanker, som leder til vonde følelser og kroppssymptomer og munner ut i sinne eller vold, sier Gullbrekken.

På kurset lærer de å ta en time-out når de negative

Kvinner til menn som utøver vold, sier ofte at mennene er så snille. De er ofte lite selvhevdende og sier ja mandag til torsdag. Så tar de en øl fredag, og da er begeret fullt.

ARNFINN GULLBREKKEN, KURSLEDER

tankene kommer, stoppe opp og gi seg selv alternative beskjeder.

– I stedet for vold klarer de å snu de negative tankene og oppleve å mestre situasjonen, sier Gullbrekken.

På akkord med seg selv

Han forteller at mange som utøver vold, er unnnvilkende i kommunikasjonen og lite selvhevdende.

– Kvinner til menn som utøver vold, sier ofte at mennene er så snille. De er ofte lite selvhevdende og sier ja mandag til torsdag. Så tar de en øl fredag, og da er begeret fullt etter å ha sagt ja på ting de egentlig ikke synes er greit, sier Gullbrekken.

På kurset jobber de derfor med å være klar på egne behov og å sette grenser.

– Blant annet ved å sette ord på et større spekter av følelser. Det å fylle på med positiv energi vektlegger vi også. Treffe kompiser, dyrke hobbyer, ivareta egen kropp og fysiske helse er eksempler, sier han.

Ketchup-effekt

Han peker på at menn ofte er trege til å begynne å snakke.

– Men når de først begynner, tar det ingen ende. Da må vi sparke dem ut døra, spøker han.

Førte til nytt tilbud

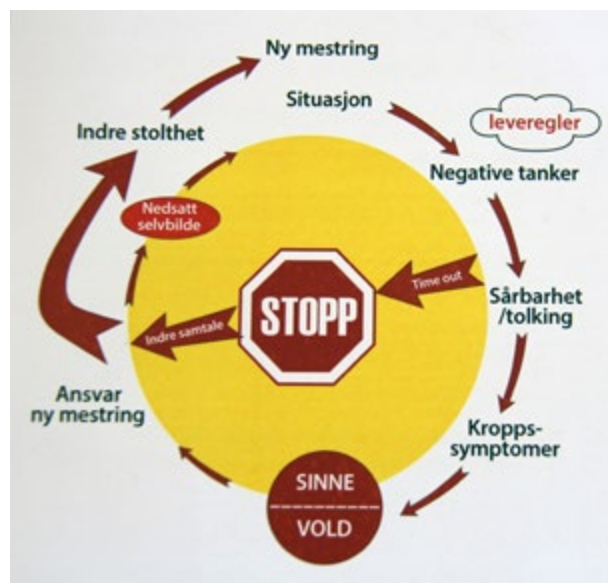
Mestringstilbudet i Trondheim baserer tilbudene sine på brukernes tilbakemeldinger og behov. Ut av sinnemestringskurset kom det for eksempel et behandlingstilbud for mennesker som bruker anabole steroider.

– Mange som kom inn på sinnemestring, hadde

problemer ned anabole steroider. De måtte av steroidene før man kunne jobbe med sinnemestring, for de er så potensielt voldelige når de går på dop. Vi fikk midler fra Helsedirektoratet, startet opp et terapitilbud og laget en håndbok om behandling av problemer med anabole-androgene steroider, sier Hobbesland.

– Ny hverdag

En av deltakerne forteller at han har fått en bedre hverdag, og nye måter å tenke på, etter å ha deltatt på sinnemestringskurset.



TIME OUT: – Det var dager da jeg kunne bli forbannet for hver minste ting. Gjennom kurset lærte jeg å stoppe, og puste, når jeg ble irritert, og spørre meg selv om det er verdt å bli sint for den tingen der, sier en tidligere kursdeltaker. En sinnemestringssirkel brukes som pedagogisk verktøy til hjelp for kursdeltakerne.



SYKLUS: – Mange er i en syklus der det oppstår en situasjon, de får negative tanker, som leder til vonde følelser og kroppssymptomer og munnner ut i sinne eller vold, sier Arnfinn Gullbrekken. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

– Det var dager da jeg kunne bli forbannet for hver minste ting. Gjennom kurset lærte jeg å stoppe, og

Det som irriterte meg før, gjør ikke det lenger.

TIDLIGERE KURSDELTAKER

raseriutbrudd siden kurset for snart ett år siden, sier han.

– Går automatisk nå

Sinnemestring handler ikke om ikke å bli sint, men om å mestre sinnet sitt, poengterer han.

– For meg går likevel alt automatisk nå, jeg gidder ikke bruke energi på å være sint lenger. Det som irriterte meg før, gjør ikke det lenger, sier han.

puste, når jeg ble irritert, og spørre meg selv om det er verdt å bli sint for den tingen der. Jeg har ikke hatt

Nyttig med gruppe

Nye måter å se ting på har hjulpet.

– Jeg kunne bli veldig irritert i trafikken, for eksempel. Nå bryr jeg meg ikke slik som før.

Å være i gruppe med andre med sinnemestringsproblemer synes han var veldig nyttig.

– Jeg fortalte om opplevelser og fikk input fra de andre, ting jeg ikke hadde tenkt på selv. Jeg kunne både kjenne meg igjen i andre og lære av dem. Jeg tror ikke det hadde fungert like godt uten gruppe, sier han.

Må ville det

Han mener motivasjon er svært viktig.

– Innser du selv at du må gjøre noe med sinnet ditt, så prøver du også, sier han. ●



NYLIG KURSET I KOGNITIV

TERAPI: F.v.: Kristine Marit Berg, Silje Elisabeth Trondsen, Linda K. Jensen Johannessen og Jin Kari Evensen Normann.

FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

Tidligere hadde vi stort sett bare individuelle samtaler, men nå blir kurs, grupper og veiledet selvhjelp viktig.

BEATE ULSETH PETTERSEN,
LEDER FOR LOSEN LAVTERSKELSENTER.



TROMSØ KOMMUNE

FOLKETALL: 75 638

Veien til et lavterskeltilbud

Inntil nylig hadde ikke Losen lavterskelsenter i Tromsø kommune noe tilbud til personer med lettere psykisk helse- og rusutfordringer. Slik er det ikke lenger.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Leder for Losen Lavterskelsenter, Beate Ulseth Pettersen, forteller at de har gått fra å anbefale de fleste som tok kontakt for lettere og moderate utfordringer, å kontakte fastlegen sin, til nå å følge opp en stor del av disse selv. Gjerne etter anbefaling fra nettopp fastleger.

– Svært mange av dem som tar kontakt med oss, er anbefalt tilbudet vårt av fastlegen sin, og tilbakemeldingene fra flere av fastlegene er at vi allerede avlaster dem, forteller Pettersen.

Både rus og psykisk helse i fokus

De har nå opprettet to team som særlig skal fokusere på personer med lettere og moderate utfordringer.

– Det ene teamet er Rask psykisk helsehjelp (RPH), mens det andre teamet skal jobbe med å komme tidligere inn til personer med begynnende rusutfordringer. Begge er tverrfaglig sammensatt, med blant annet psykiatriske sykepleiere, psykologer, ergoterapeuter, sosionomer og barnevernspedagog.

Pettersen forteller at tilbudet fortsatt er under



ENDRINGSVILLIGE: Beate Ulseth Pettersen trekker særlig frem tilskuddsmidler, samarbeid med og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, samt villighet til å endre måten en jobber på, som viktig i prosessen med å bygge opp tilbudet. FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

utvikling, men at de er god gang. I dag tilbyr de individuelle samtaler, KiD- og KiB-kurs samt kurs i mestring av sosial angst. Flere grupper og kurs er på trappene.

Tre suksessfaktorer

Pettersen trekker særlig frem tre faktorer som har vært viktige i arbeidet med å etablere tilbudet: tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet, samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten og villighet til å endre måten en jobber på.

Tilskudd fra Helsedirektoratet

Hun forteller at de i fjor søkte og fikk tilskudd til en hundre prosent stilling i RPH samt tilskudd til at fire ansatte kunne få opplæring i kognitiv terapi.

– Begge deler var viktige for å kunne starte prosessen med å endre tjenesten. Det har gitt økte ressurser

og ikke minst økt kompetanse. RPH er allerede etablert som et fast tilbud i tjenesten, sier hun.

Spesialisthelsetjenesten viktig

Pettersen trekker frem at spesialisthelsetjenesten har vært svært viktig for å få bygd opp et tilbud til personer med lettere og moderate utfordringer.

– Det er et tett og godt samarbeid mellom oss. De har gitt oss råd og veiledning, både om hvordan vi overordnet kan bygge opp et tilbud, og ved at de har bidratt med undervisning og veiledning til ansatte. Det tette samarbeidet har også bidratt til en klarere ansvarsdeling mellom dem, sier hun.

– Voksenpsykiatrisk poliklinikk hadde tidligere et lignende tilbud som vi nå har bygd opp. I samarbeid med dem har vi blitt enige om at det er vi i kommunen som i hovedsak skal gi et tilbud til dem med lettere og moderate utfordringer.

– På tilbudssiden

Også to av de ansatte i RPH-teamet, Linda K. J. Johannessen og Jin-Kari Evensen Normann, sier samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har vært viktig.

– De har virkelig vært på tilbudssiden. Vi har for eksempel fått et manual for et gruppeopplegg om sosial angst fra Kjersti Fredheim som vi har brukt for å utvikle tilbudet. De har hjulpet oss med alt fra hvordan vi skal drive gruppen, til hvordan vi skal velge ut deltagere, istemmer de.

Jobber nå mer effektivt

Måten de jobber på, har det også vært viktig å endre på, forteller Pettersen.

– Tidligere hadde vi stort sett bare individuelle

Tilbakemeldingene fra flere av fastlegene er at vi allerede avlaster dem.

BEATE ULSETH PETTERSEN,
LEDER FOR LOSEN LAVTERSKELSENTER

samtaler, men nå blir kurs, grupper og veiledet selvhjelp viktig. Opplæringen i kognitiv terapi har også gitt de ansatte bedre verktøy for å jobbe mer målrettet i de individuelle samtale. Derneft blir vi jo også mer effektive.

Bygger opp kurs og gruppetilbud

Enheten jobber nå med å bygge opp ulike typer kurs og gruppetilbud. Disse vil sammen med veiledet selvhjelp og individuelle samtaler gi et bredt tilbud. Pettersen mener prøving og feiling er en viktig del av det å utvikle en tjeneste.

– Vi er i en fase hvor vi bygger opp noe nytt, men parallelt med det er vi begynt å gi et tilbud. Jeg tror en både må ta høyde for at det tar tid, og at en vil gjøre feil underveis. For oss har også det å ha en god fremdriftsplan vært viktig.

– Stor omveltning

Særlig det å satse mer på kurs og grupper har krevd oppmerksomhet fra henne som leder.

Vi ønsker å finne måter å jobbe på som er bedre tilpasset folk som er i jobb eller skole.

BEATE ULSETH PETTERSEN

– Ansatte må få tid til å bli trygge i det å jobbe på en ny måte. Mange av profesjonene som jobber her, har for eksempel lite trening i å undervise slik vi gjør på kursene. Det er noe vi må jobbe med og rett og slett øve på.

Johannessen og Normann forteller at dette har vært en stor omveltning for mange.

– Vi har vært med på hele snumsprosessen, og det har vært veldig motiverende å starte noe nytt. Flere av oss har endret oppgaver og driver nå mer strukturerte samtaler enn vi gjorde før. Det har vært avgjørende at Beate har vært en støttende og tydelig leder i denne prosessen.

Ønsker å satse på nett

Fremover vil man fokusere på å fortsette å bygge opp tilbudet. Pettersen forteller at veiledet selvhjelp er noe de ønsker å utvikle videre, og at de nå er i en fase hvor de både ser på ulike nettbaserte selvhjelpsverktøy og på mulighetene til å bruke Skype i oppfølging av enkeltbrukere.

– Vi ønsker å finne måter å jobbe på som er bedre tilpasset folk som er i jobb eller skole. Da tenker vi at både kortere intervensjoner på kurs og nettbaserte verktøy er noe av det vi må utvikle. ●



HELSEMINISTEREN PÅ BESØK: -Alle brukerne jeg traff her i dag bekrefter at Stangehjelpa jobber slik de sier de jobber, sa helseminister Bent Høie da han besøkte Stangehjelpa i 2016. Her sammen med erfaringskonsulent Lajla Svartbekk (t.v.) og leder for Stangehjelpa, Birgit Valla (t.h.). FOTO: ARE STENFELDT-NILSEN.

Et lavterskeltilbud basert på tilbakemeldinger fra brukere

Stangehjelpa har bygget opp en tjeneste basert på tilbakemeldinger fra brukere og ideen om en lett tilgjengelig tjeneste for alle.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Stangehjelpa er et tilbud til alle innbyggerne i Stange kommune som selv opplever å ha behov for hjelp fra dem. Det er ikke behov for henvisning, det fattes ikke vedtak, og det er ingen ventelister.

Kan hjelpe flere tidligere

– Alle som tar kontakt, får hjelp hvis de ønsker det. Vi har dreid oppmerksomheten vekk fra vedlikehold, støtte eller bistand og i større grad mot endringsarbeid. Dette gjør at vi også lovmessig har endret fokus,



Alle som tar kontakt, får hjelp hvis de ønsker det.

BIRGIT VALLA,
LEDER, STANGEHJELPA

og betyr blant annet at vi ikke fatter vedtak i tilbudet vårt, forteller leder av Stangehjelpa, Birgit Valla.

Hun mener dette senker terskelen for å oppsøke hjelp og gjør at en kan hjelpe flere tidligere.

– Vi kan komme inn på et tidligere tidspunkt, før problemene har vokst seg for store eller det oppstår krise. Da er også folk i bedre stand til å være aktive i egen bedringsprosess, noe som gir bedre resultater både på kort og på lang sikt.

Sjekker om hjelpen virker

Stangehjelpa innhenter systematisk tilbakemeldinger fra brukere om hvordan hjelpen fungerer. De endrer og tilpasser tjenestene i tråd med disse tilbakemeldingene. Dette gjør de gjennom bruk av et digitalt tilbakemeldingsverktøy. Verktøyet er anbefalt i blant annet Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring* og i regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet*.

– En kan gjennom dette verktøyet både få tilbakemelding på om brukere opplever bedring, og hvordan de opplever samarbeidet med oss i Stangehjelpa. I dialog med brukerne utformer vi hjelpen på en måte som er i tråd med hva som er viktig for dem og hva de ønsker, sier hun.

Valla forteller at navnet Stangehjelpa ble valgt etter innspill fra brukere, og gir eksempler på to endringer de har gjort basert på tilbakemeldinger.

– Vi har for eksempel satset på traumekompetanse fordi folk har fortalt oss at de ikke får hjelp med de vonde opplevelsene de bærer på, og vi startet dagbehandling rus fordi vi fikk tilbakemeldinger fra brukere om at ettervernet vårt var for dårlig.

Bredt tilbud – bred kompetanse

For å kunne være fleksible og endre tjenestene etter brukernes behov, mener Valla at det er viktig med både et bredt tilbud og bred kompetanse blant de ansatte. De har blant annet ansatt sosionomer, psykologer, psykiatriske sykepleiere, vernepleier og erfaringskonsulenter.

– Når vi jobber med endring hos dem vi møter, blir kompetansebehovet mer differensiert fordi vi berører flere sider ved menneskers liv. Behovene er også forskjellige, så vi trenger kompetanse på mange områder.

Lettere og moderate helseutfordringer

I sitt tilbud til personer med lettere og moderate utfordringer tilbyr Stangehjelpa både individuelle samtaler, på eller utenfor kontoret, nettverksmøter, yoga, sykling og andre former for fysisk aktivitet, kurs i mestring av depresjon og angst samt selvhjelp.

– Basert på hva brukeren forteller i den første og senere samtaler, vil den ansatte og den som søker hjelp, i fellesskap komme frem til hva som vil være den beste og mest nyttige hjelpen for den enkelte. ●

Behovene er også forskjellige, så vi trenger kompetanse på mange områder.

BIRGIT VALLA,
LEDER, STANGEHJELPA

Lav terskel og mange tilbud

I Sandnes kommune kan en plukke mellom tilbudene som man synes passer best for en selv, enten det er individuell samtale, grupper, kurs eller Rask psykisk helsehjelp.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Mestringscenteret, som har omkring tjue ansatte med bred helsefaglig, psykologisk og sosialfaglig bakgrunn, mener selv de er lynraske. Og terskelen, ja, den er virkelig lav.

Fastlege viktig vei inn

– Kommer det en person inn døra her og trenger en samtale her og nå, ja, da kan vi faktisk ofte gi dem det. Vi som jobber her er svært fleksible og løsningsorientert, hevder leder for Mestringscenteret, Aud Skjørestad.

De som ønsker kontakt med mestringscenteret, kan ta direkte kontakt selv eller via andre tjenester. Ofte er det fastlege som har tipset om tilbudet. Senteret har et bredt spekter av tilbud, som individuelle samtaler, grupper og kurs, samt at de har et eget Rask psykisk helsehjelp-team (RPH). De har ulike typer mestringsgrupper.

Kurs i selvhevdelse og KID

– Det er stor pågang etter kursene vi tilbyr. KID-kursene kjøres for eksempel to ganger i året fast, men ofte setter vi i gang kurs mellom de fast oppsatte tidspunktene for å ta unna personer som har behov for dette. Vi opplever også at mange ser på grupper og kurs som like sentrale tilbud som individuelle samtaler, sier hun.

Et av kursene de har vært stor pågang etter, er et



LØSNINGSORIENTERT: Leder for Mestringscenteret, Aud Skjørestad, er stolt over at tjenesten virkelig har lav terskel. FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA



kurs i selvheldelse. Det går over ti uker og er basert på kognitiv terapi. Som i de fleste andre kursene Mestringscenteret tilbyr, må den enkelte delta aktivt selv, og hjemmeoppgaver er en naturlig del av kurset.

Stressmestringskurs

Et annet kurs mange har etterspurt, er om mestrings av stress. Her lærer deltagerne teknikker for bedre å kunne håndtere utfordringer i livet. Kurset består av de fire modulene mindfulness, stressmestring, affektregulering og kognitive metoder.

– Mange som tar kontakt med oss, er i en stresset fase av livet og har hatt stor nytte av stressmestringskurset. For andre igjen kan det å lære avspenningsøvelser og pustøvelser være det de har behov for, sier Skjørestad.

Kommer det en person inn døra her og trenger en samtale her og nå, ja, da kan vi faktisk ofte gi dem det.

AUD SKJØRESTAD, LEDER, MESTRINGSENTERET

Har fysioterapeut

Senteret har ansatt en fysioterapeut med mastergrad i folkehelse. Hun gir blant annet tilbud om fysisk aktivitet og kosthold både direkte og ved å øke resten av tjenestens kompetanse på området.

– Vi er glade for å ha en fysioterapeut, som for eksempel vet mye om hvilke aktiviteter som kan være lurt knyttet til ulike typer utfordringer, forteller Skjørestad.

Fysioterapeuten driver blant annet med veiledning for mennesker som er i en vanskelig periode i livet, slik at de kan komme i gang med trening. En gang i uken kan en delta på styrketreningsgruppe. Man kan få bistand til å legge opp treningsprogram og veiledning for å finne et aktuelt treningscenter. Mestringscenteret tilbyr pilates og yoga hver uke.

– Dette har vist seg å være til god nytte for pasienter med angst og depresjonsproblematikk, sier hun videre.

Å takle bekymringer

Mange av dem som tar kontakt med Mestringscenteret, har utfordringer med bekymringer. De tilbyr derfor et eget kurs i hvordan en kan lære seg å takle bekymringer.

– Dette er et kurs som to ansatte hos oss, Stig Erlend Midtgård og Kristian Nyborg Johansen, har utviklet selv. Det bygger i stor grad på kognitiv terapi, sier Skjørestad.

Stig Erlend Midtgård sier at dette er et viktig kurs for mange.

– Noen har strevd med bekymring svært lenge, og en del kan si at «jeg har ikke angst!», men de bekymrer seg svært mye. Gjennom evalueringsskjemaet vi bruker etter kursene, har vi fått veldig gode tilbakemeldinger, sier han. ●

KURS OG GRUPPER HOS MESTRINGSENHETEN:

- Kurs i depresjonsmestring (KiD)
- Styrketreningsgruppe
- Stressmestringskurs
- Søvnkurs
- Pilates
- Yogakurs
- Selvheldelseskurs
- RPH introkurs: Tankens kraft

Mye kan gjøres på e-post og telefon

Stig Erlend Midtgård i Rask psykisk helsehjelp Sandnes sier han ønsker å skape et fleksibelt tilbud i tråd med brukernes behov.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

– En god del av dem som tar kontakt med RPH, har for eksempel søvnvansker. Mange av disse er i full jobb, har travle dager, og da prøver jeg å være fleksibel i måten vi jobber sammen på, sier Midtgård.

Mange av disse er i full jobb, har travle dager, og da prøver jeg å være fleksibel i måten vi jobber sammen på.

STIG ERLEND MIDTGÅRD,
RASK PSYKISK HELSEHJELP, SANDNES KOMMUNE

Søvndagbøker på mail

Han forteller at søvnbehandlingen i stor grad dreier seg om veiledet selvhjelp, der søvndagbøker er en viktig del av dette.

– Noen ganger trenger vi bare snakkes kort om hvordan de kan justere søvnmengde, for eksempel, og da mener jeg det er unødvendig at de må komme til kontoret for en samtale. En del sender søvndagbøkene sine på e-post til meg, og jeg kan svare dem og veilede dem via e-post. Andre ganger kan vi avtale at de ringer i en pause i løpet av arbeidsdagen, eller de kan sende meg en SMS om de har spørsmål.



TILPASSER SEG: Stig Erlend Midtgård i RPH-teamet bruker e-post og telefon aktivt i behandlingen. FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

Fleksibilitet viktig

Noen ønsker ikke å dele med arbeidsgiver at de har utfordringer, og for disse har det vært særlig viktig å være fleksibel. Noen kan han for eksempel møte annenhver uke og utveksle e-post med mellom dette. Andre møter han sjeldnere.

– En stor del av dem som kommer til oss, står i jobb, og da er det viktig vi er med og bidrar slik at den oppfølgingen de får gjennom oss, går minst mulig utover jobben, mener Midtgård. ●

En av anbefalingene er at for å bedre tilgjengelighet og kontinuitet bør selvhjelpstilbud, telefon, SMS og andre informasjonsteknologiske kanaler tas i bruk.

Helsedirektoratets veileder
Sammen om mestring
(2014).

Rask psykisk helsehjelp bidro til at «Emilie» fullførte videregående skole

Fra en vond tilværelse preget av angst og stadig økt isolasjon, både fra skole, arbeid og venner, førte Rask psykisk helsehjelp til at hun fikk en hverdag og et liv som fungerte.

AV SOLRUN STEFFENSEN,
FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Tidlig i første semester av andre året på videregående skole måtte «Emilie» gjennomgå en ryggoperasjon. Dette ble et vendepunkt i livet hennes. Inntil da hadde hun vært en aktiv og glad jente. Hun trente håndball på høyt nivå, og hadde en ekstrajobb ved siden av skolen.

Fikk tips av lærer

«Emilie» slet med smerter og søvnproblemer, og gikk på sterke medikamenter for dette. Medisinene gjorde henne sløv, og det ble umulig å ha en velfungerende hverdag. «Emilie» kviet seg ofte for å gå på skolen, og det ble etter hvert vanskeligere å komme seg dit.

I starten lurte jeg på om jeg hadde noe her å gjøre i det hele tatt.

«EMILIE»

Det var tungt å stå opp, og alt opplevdes som veldig stressende.

– Selv det å være sosial og møte venner ble stadig verre, og jeg ble mer og mer isolert, sier «Emilie».

Hun brukte tre år på å fullføre det andre året og



KOGNITIV TERAPI HJALP: «Emilie» gikk på sovemedisiner, var sløv og energiløs, til hun gjennom kurset «Tankens kraft» ble mer bevisst på sammenhengen mellom tanker, følelser og hvordan hun hadde det. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM

var i ferd med å droppe ut av skolen da hun ble tipset om tilbudet «Rask psykisk helsehjelp» (RPH) av en faglærer.

Sluttet med medikamenter

«Emilie» bestemte seg for å slutte helt med alle medikamenter etter samtaler med en tante og startet en gradvis nedtrapping.

– Samtalen vekket meg på en måte, og jeg klarte det fordi jeg er sta, sier hun og smiler.

Gruppekurset «Tankens kraft» bevisstgjorde meg

I møtet med RPH møtte hun Lene H. Sunde og fikk tilbud om kurset «Tankens kraft».

Jeg fullførte det tredje året på videregående skole på normert tid. Jeg greide også å beholde jobben min, som jeg tidligere sto i fare for å miste.

«EMILIE»

– I starten lurte jeg på om jeg hadde noe her å gjøre i det hele tatt. Jeg satt der og tenkte på hvem de andre var, og skjønte ikke helt hvorfor jeg var der. Jeg grudde meg for de første tre oppmøtene på kurset, men så snudde det. Jeg kjente meg godt igjen i stoffet, og det begynte å bli interessant. Jeg ble mer bevisst på sammenhengen mellom tanker, følelser og hvordan jeg hadde det, sier «Emilie».

Aha-opplevelse

«Emilie» mener det er vanskelig å sette fingeren på hva angst er.

– Jeg fikk en aha-opplevelse hvor jeg plutselig skjønte hvordan angst kan arte seg, og at det er nettopp det jeg sliter med. Jeg fikk verktøy og lærte meg gode teknikker for å håndtere dette på kurset, sier «Emilie».

Bruker verktøyene hele tiden

– Uten tilbudet fra Rask psykisk helsehjelp tror jeg det hadde gått veldig dårlig med meg, sier hun.

– Jeg var redd for å bli slik at jeg trakk meg unna vennene mine, skolen og jobben. Nå bruker jeg verktøyene hele tiden. De gir meg støtten jeg trenger for å takle ting i hverdagen, sier hun.

Fullførte skolen

«Emilie» hadde også noen få timer med individuell oppfølging, som hun opplevde var nyttig.

– Jeg fullførte det tredje året på videregående skole på normert tid. Jeg greide også å beholde jobben min, som jeg tidligere sto i fare for å miste.

Anbefaler tilbudet

Hun er veldig glad for hjelpen hun har fått fra RPH, og anbefaler tilbudet til andre.

– Jeg tenker at det er ganske tilfeldig at akkurat jeg sitter her, og tror at det kunne vært hvem som helst. Det er så vanlig at unge mennesker sliter med livet sitt, både med skole, arbeid og venner. Det er så lett å falle utenfor, sier hun.

Lever livet

I dag har hun det veldig bra.

– Jeg har søkt jobb og vært til andregangs intervju. Jeg er sosial med venner og har det bra. Hverdagen min fungerer, sier «Emilie». ●

Uten tilbudet fra Rask psykisk helsehjelp tror jeg det hadde gått veldig dårlig med meg.

«EMILIE»

TANKENS KRAFT

- Egenutviklet introduksjonskurs laget av Rask psykisk helsehjelp Sandnes.
- Består av fire samlinger à 2 timer over fire uker.
- ABC-modellen brukes som en struktur.
- Hovedmålet med kurset er å gi deltakerne kunnskaper og ferdigheter om kognitiv terapi, slik at de skal bli i stand til å hjelpe seg selv.

Mangfoldige kommuner

Ingen kommuner kan være best i alt, men det helhetlige ansvaret gir en unik mulighet til å være skikkelig god til å se ting i sammenheng.

AV ANNE JENSEN, SPESIALRÅDGIVER, KS



Anne Jensen i KS. FOTO: KS

Kommune-Norge er øysamfunn med noen hundre innbyggere, og det er byer med hundre tusen innbyggere. I dag har landet vårt 426 kommuner. Om noen få år vil det sannsynligvis være rundt 350. Litt over halvparten av dagens kommuner har færre enn 5 000 innbyggere. Bor du i Steigen, har du kanskje en fire timers biltur til DPS-et i Bodø, mens bergensere flest har en kort trikketur til sin nærmeste klinikk. Men uansett reiseavstander og innbyggertall har alle kommuner det samme ansvaret for gode helse- og velferdstilbud til menneskene som bor der. Lokalpolitikerne har den viktige hovedrollen i å avveie ulike hensyn mot hverandre og prioritere ut fra lokale forhold samt egne politiske saker.

Kommunenes oppgaver strekker seg fra sykkelveier til heldøgns helse- og omsorgstjenester. Lokaldemokratiet skal legge til rette for en god samfunnsutvikling, og kommunene skal tilby spesialiserte helsetjenester som sykehusene tidligere hadde ansvaret for. Ingen kommuner kan være best i alt, men det helhetlige ansvaret gir en unik mulighet til å være skikkelig god til å se ting i sammenheng. Kommunene skal ha både et befolkningsblikk og et tjenesteblikk. Begge er like viktige når det skal lages gode lavterskeltilbud

som skal treffe mennesker med milde eller moderate psykiske utfordringer.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten – hvem skal gjøre hva?

Kommunene har bygget kraftig ut tjenestene til mennesker med alvorlige psykiske plager, og rundt 90 prosent av årsverksinnsatsen brukes til de sykeste. Det er likevel her kommunene oftest sier at de kommer til kort. Kommunene strever blant annet med å etablere gode aktivitets- og arbeidstilbud. Én av fem kommuner opplever også at ansvarsdelingen med spesialisthelsetjenesten er uklar, og her er det store forskjeller etter hvilket helseforetaksområde kommunen tilhører. Bare en liten andel av helseforetakenes ressurser brukes i dag til ambulante tilbud til de sykeste innbyggerne. Hvis kommunene og spesialisthelsetjenesten i samarbeid gir et godt og helhetlig tilbud til mennesker som kommer inn under forløp 3, vil kommunene få en mye bedre mulighet til å prioritere lavterskeltjenester til dem som har lette problemer.

Ikke nødvendigvis helsetjenester

Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det hensiktsmessig at kommunene har hovedansvaret for tjenestene til

Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det hensiktsmessig at kommunene har hovedansvaret for tjenestene til dem som har milde problemer.

dem som har milde problemer. Menneskers hverdagsliv leves i lokalsamfunnet, og kommunene har mange tjenester å spille på og ofte et tett samspill med frivillighet og andre private aktører. De aller fleste har ikke behov for kostnadskrevede spesialiserte helsetjenester. Ofte er det ikke behov for helsetjenester i det hele tatt. Menneskers livsproblemer har mange forskjellige årsaker. Belastninger som fattigdom, samlivsbrudd, utmattelse og andre personlige problemer kan føre til psykiske helseproblemer, men det kan ofte være andre enn helsetjenestene som gir best hjelp.

Utgangspunkt i egen lokalkunnskap

Nasjonale myndigheter har mange samtidige satsinger innen psykisk helse, og det er blant annet forventninger til at kommunene skal bygge ut behandlingstilbud til enkeltindivider og grupper. Samtidig er milde psykiske vansker så utbredt at det er vanskelig å tenke seg at alle kan få tilbud om behandling i kommunens helsetjeneste eller i helseforetakets DPS. En sterk satsing på individuell behandling i kommunene kan føre til en seleksjon av enkeltgrupper i befolkningen. Det vil si at relativt ressurssterke innbyggere lettere vil kunne benytte seg av spesifikke behandlingstilbud enn det de som har færre ressurser kan.

Fastlegene er den enkeltaktøren som kommer i kontakt med flest av de menneskene som sliter. En av informantene i SINTEFs undersøkelse sier det slik (Ose, Kaspersen & Børve, 2018, s. 72):

«Det er en ganske stor andel av fastlegehverdagen som har begynt å handle om å være livsledsager i flokete liv.»

Når sosiale og personlige forhold blir uoverkommelige for enkeltmennesker, kan kommunene gi hjelp så problemene ikke utvikler seg til alvorlige helseproblemer. Kommunenes store fortrinn er at de har et bredt perspektiv, og at de gjennom sine tilbud når fram til de aller fleste. Alle kommuner må nødvendigvis vurdere nøye hva de bruker ressursene sine på, og det

Kommunene har bygget kraftig ut tjenestene til mennesker med alvorlige psykiske plager, og rundt 90 prosent av årsverksinnsatsen brukes til de sykeste.

er få som kan bli med på alle helsemyndighetenes satsinger. Kommunene må ta utgangspunkt i sin egen lokalkunnskap, og så bygge ut lavterskeltilbud ut fra de ressursene de faktisk har.

Gjør det enkelt, men kunnskapsbasert!

Kommunene har mange ulike lavterskeljenester som ikke er spesifikt innrettet mot mennesker med lette psykiske vansker. Men det er tjenester som sammen – eller hver for seg – kan gi god hjelp med det som er årsakene til psykiske utfordringer. Når aktører og tjenester som folkehelse, frivillighetssentral, NAV, kommuneoverlege, fastleger, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, psykologer, frisklivssentral, helsestasjoner, bibliotek og andre sammen tenker at de er viktige forebyggingsaktører, ja, da er grunnlaget for et lavterskeltilbud så definitivt til stede. Vi kan bli forvante til å tenke at det alltid trengs mer ressurser, men ofte er det ikke mye som skal til. Det handler om å tenke nytt, og det handler om å utnytte det handlingsrommet kommunene faktisk har.

Kommunene kan med god grunn sette seg i førersetet for fagutviklingen på området. Med støtte fra kompetansemiljøer og statlige myndigheter kan det utvikles kunnskapsbaserte lavterskeljenester som tar utgangspunkt i de lokale forholdene, og som alltid spør de det gjelder: Hva er viktig for deg? ●

REFERANSER:

Ose, S. O., Kaspersen, S. L & Børve, C. S. (2018). *En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer* (2018:00201). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.

Lav terskel og digital behandling er veien å gå

Psykiske lidelser var i 2017 årsak til rundt 5,5 millioner sykefraværdsdagsverk, og lettere psykiske lidelser utgjør en stor del av dette. Lavterskeltilbud som Rask psykisk helsehjelp vil sammen med nye digitale løsninger kunne hjelpe de mange som i dag ikke får hjelp.

AV KETIL NORDSTRAND, SENIORRÅDGIVER I HELSEDIREKTORATET



MED RASKT TILGJENGELIGE TJENESTER

der man bor, og tidlig innsats, kan det være mulig å begrense problemene, forkorte behandlingsforløpet og redusere negative konsekvenser, skriver seniorrådgiver i Helsedirektoratet, Ketil Nordstrand.

FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA





Den teknologiske utviklingen gir muligheter til å tilby psykisk helsehjelp på nye måter og gjennom nye kanaler.

Digital behandling effektiv

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse samarbeider om et prosjekt om innføring av digitale verktøy til bruk i behandling av psykiske lidelser innen primærhelsetjenesten, kalt «Mestringsportal for angst og depresjon».

Studier av internetstøttet behandling viser at effekten i gjennomsnitt er like stor som for tradisjonell tilstedebehandling (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper & Hedman-Lagerlöf, 2018). Fordelen med å levere kognitiv terapi digitalt er at behandler bruker færre ressurser på hver pasient. I Sverige rapporterer en studie 80 prosent reduksjon av kostnader per behandlet pasient (Hedman, Andersson, Ljótsson, Axelsson & Lekander, 2016). Erfaringer fra eMeistring i Bergen viser at de kan behandle tre–fire ganger så mange pasienter som ved tradisjonell behandling (Strand, 2015).

Pilot for mestringsportal

Digitale verktøy for mestring av angst og depresjon skal bidra til å styrke kvaliteten samt øke kapasiteten og tilgjengeligheten i kommunale lavterskel behandlingstilbud.

Lavterskeltilbudene skal være et supplement til allerede eksisterende tilbud for mennesker med lettere psykiske lidelser. Flere kommuner har tatt i bruk kunnskapsbaserte modeller som Rask psykisk helsehjelp (RPH). I tillegg til å tilby individuelle samtaler skal RPH-teamene ha tilbud om kurs og ulike gruppetilbud samt assistert selvhjelp, gjerne digitalt basert.

RPH er derfor tenkt som en pilotarena for prosjektet «Mestringsportal for angst og depresjon». I likhet med det tilsvarende tilbudet i England, kalt IAPT, har RPH mulighet til å bli en sentral aktør i

det lokale psykisk helsearbeidet, som bidrar til å nå en større andel av befolkningen. I tilfelle må tilbudet utvides fra i dag, der kun om lag 55 kommuner og bydeler har RPH-tilbud.

OECD peker på forbedringsbehov

I 2014 pekte OECD på tilbud og tilgjengelighet til tjenester for personer med milde og moderate psy-



Digitale verktøy for mestring av angst og depresjon skal bidra til å styrke kvaliteten samt øke kapasiteten og tilgjengeligheten i kommunale lavterskel behandlingstilbud.

kiske helseproblemer som ett av tre nøkkelområder som må forbedres innen norske helsetjenester.

Det er i dag fortsatt stor ulikhet i tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten, til tross for at det de senere år har blitt gjennomført viktige satsinger for å bedre kvalitet og tilgjengelighet. Foruten fastlegens tilbud går kun 10 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid til personer med milde og moderate psykiske vansker. Internasjonale estimater anslår at andelen som ikke får behandling, men som har behov, er på 57,5 prosent for angstlidelser og 56,3 prosent for depresjoner (Hewlett & Moran, 2014).

Ta i bruk det som fungerer

Mange forløp innen psykisk helse skjer med en forverring over tid. Dersom man raskt iverksetter effektive tiltak, vil veien tilbake til mindre symptombelastning og høyere funksjonsnivå kunne være raskere. En metaanalyse publisert i 2014 viser at over en femtedel av episodene kan forhindres gjennom forebyggende tiltak (van Zoonen, Buntrock, Ebert, Smit, Reynolds, Beekman & Cuijpers, 2014).

I mange kommuner inngår ulike lavterskeltilbud som en del av kommunens samlede helse- og omsorgstjenestetilbud til befolkningen. Formålet er å styrke arbeidet med tidlig intervensjon. Tiltakene retter seg primært mot personer med milde og kortvarige problemer. Helsedirektoratet anbefaler at kommunen tilbyr et variert utvalg av lavterskeltilbud til personer med psykiske og rusrelaterede problemer, som del av sitt helhetlige tjenestetilbud.

Økte oppgaver og forventninger

Selv om vi mangler god informasjon om gruppen som ikke søker hjelp for psykiske lidelser, har vi god kunnskap om modeller som gir økt tilgang til virkningsfulle psykiske helsetjenester. Helsedirektoratet vil søke å understøtte at kommunenes tjenester innen psykisk helsefeltet utvikles i takt med økt oppgaveomfang og befolkningens forventninger og behov.

Det er behov for ytterligere etablering og spredning av kunnskapsbaserte tiltak som Rask psykisk

REFERANSER

- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 47(1), 1–18. doi: 10.1080/16506073.2017.1401115. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29215315>
- Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Axelsson, E., Lekander, M. (2016). Cost effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy and behavioural stress management for severe health anxiety. *BMJ Open* 6(4):e009327. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-009327. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27113231>
- Hewlett, E. & Moran, V. (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264208445-en
- Strand, N. (2015). Effektiv og nær på net. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vøl 52(nummer 8), 644–645. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=446145&ca=2
- van Zoonen, K., Buntrock, C., Ebert, D. D., Smit, F., Reynolds, C. F., Beekman, A. T. & Cuijpers, P. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *International Journal of Epidemiology* 43(2), 318–29. doi: 10.1093/ije/dyt175. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24760873>

Foruten fastlegens tilbud går kun 10 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid til personer med milde og moderate psykiske vansker.

helsehjelp og psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det behov for å utvikle digitale verktøy som bidrar til å styrke innholdet i tjenesten, og å øke kapasitet og tilgjengelighet. Med raskt tilgjengelige tjenester der man bor, og tidlig innsats, kan det være mulig å begrense problemene, forkorte behandlingsforløpet og redusere negative konsekvenser. ●



Gjennom sosiale medier får vi både gitt informasjon og hele tiden sikret innspill fra de unge.

SAME YASSIN,
ERFARINGSKONSULENT

UNG ARENA OSLO: – NOEN Å SNAKKE MED

Hos Ung Arena kan unge mellom 12 og 25 år stikke innom for en prat når de har behov for det. Fagpersoner, erfaringskonsulenter og frivillige jobber sammen for å hjelpe unge med psykiske utfordringer eller rusvansker.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Ung Arena åpnet på Grønland i Oslo 1.september 2016. Siden da er det registrert 550 personer i alderen 12 til 25 år som har benyttet seg av tilbudet. I tillegg har mange barn og unge vært innom og snakket med ansatte på Ung Arena.

– Vi har åpen dør, og barn og ungdom kan hilse på oss og komme på temakveld uten å si navnet sitt. Vi har også snakket med mange tusen ungdommer ute på skoler, og vi har hatt mange skoleklasser på besøk her, forteller prosjektleder for Ung Arena Inger Sønderland.

Drop-in med null ventetid

Når jeg spør dem om det virkelig er null ventetid, svarer de kontant ja.

– De unge kan faktisk våkne opp en dag og tenke det er i dag jeg er klar for å ta tak i utfordringene mine. Eller det er i dag jeg kan utnytte fritimene til en samtale, en samtale med noen som lytter, sier sosialfaglig koordinator Nora Mahendran Berge.

Hun siterer stortingspolitiker Hadia Tajiks begeistring over tilbudet deres.

– Når du kan få drop-in hos frisøren, hvorfor skulle en ikke kunne få det når en har psykiske utfordringer?

De unge fikk bestemme

Ung Arena er utviklet i samarbeid med ungdom. Tilbudet baserer seg på åtte hovedprinsipper, se



UNG ARENA har bare en liten PC i resepsjonen, ikke en stor skjerm. Dette etter ønske fra ungdommene, sånn at de føler seg sett og godt mottatt. F.v Erfaringskonsulent Same Samhaar Yassin og koordinator Nora Mahendran Berge. FOTO:KRISTIN TRANE/NAPHA

faktaboks. Et ungdomspanel var med på å planlegge tilbudet, og Ung Arena har fortsatt et ungdomspanel som kommer med innspill og ønsker.

– De hadde mange meninger om hvordan lokalene skulle se ut. De jobbet iherdig sammen med oss i oppussingsfasen. De sa for eksempel at det måtte være et vindu mellom resepsjonen og lokalet, slik at de unge kunne se inn uten å måtte gå inn med en gang når de kom første gang. Og det legekonto-aktige gulvet, ja, det måtte ut, forteller Berge.

Vil bli sett

Ungdommene var også opptatt av at de måtte bli tatt imot på en god måte når de kom. I resepsjonen,

som den ene dagen er betjent av leder, den neste av en frivillig, skulle ikke ha en stor pc som gjorde at en nesten ikke så den ansatte bak.

Vi ser at det er veldig mange gutter som er her.

SAME YASSIN, ERFARINGSKONSULENT

– Derfor brukes det kun bærbare PC-er i resepsjonen, og det er ingen PC-er med under noen samtaler på Ung Arena. Når en har bærbar PC, er det jo bare å lukke den når det kommer en ungdom inn døra. Dette var veldig viktig for de unge, og vi ser virkelig

poenget. Det blir jo en annen måte å møte noen på med hodet så vidt stikkende frem bak en PC, enn aktivt å vise at den unge er viktigere enn PC-en, så den lukker vi, forteller erfaringskonsulent Same Yassin.

Sosiale medier viktig

De er også klare på at skal dette stedet virkelig drives på de unges premisser, må sosiale medier være en viktig del av måten de jobber på. Ung Arena har derfor en egen chat, som for mange er den måten de først tar kontakt på. Facebook, Snapchat og Instagram er også viktige kanaler når Ung Arena kommuniserer med de unge.

– Gjennom sosiale medier får vi både gitt informasjon og hele tiden sikret innspill fra de unge. Vi spør dem for eksempel om hva som skal være tema på temakvelder, eller hva de ønsker å lage de dagene det er middag, sier Yassin.

Anonym på Snapchat

Berge forteller at Snapchat har vært en viktig kanal for å nå de unge, særlig fordi man der kan være anonym.

– Ungdommene ser hva vi legger ut, men vi følger ikke dem og kan ikke se hvem de er. Dette gjør at de

De unge kan faktisk våkne opp en dag og tenke det er i dag jeg er klar for å ta tak i utfordringene mine.

NORA MAHENDRAN BERGE,
SOSIALFAGLIG KOORDINATOR

kan kommunisere med oss og stille oss spørsmål uten å trenge å tilkjenne hvem de er. På temakveldene kan vi for eksempel ta opp temaer om alt fra seksualitet, til tristhet, ensomhet eller frykt. Da er det ok å ikke trenge å sitte der og tenke på at de ansatte vet at det var en selv som ønsket akkurat det temaet, sier Berge.

Begrepsbruk viktig

De fleste som tar kontakt med Ung Arena, har psykiske utfordringer. Mange av dem vil kunne passe inn i diagnosene depresjon eller angst. Men for Ung Arena er begrepsbruk særlig viktig, og de kaller det heller tristhet, redsel, uro, stress, søvnvansker eller lignende.

– Her har de unge vært veldig tydelige. De har for eksempel sagt at vi ikke må lansere depresjon som tema på temakveld, men heller temaet tristhet. Her følger vi de unges råd til punkt og prikke, sier Berge.

Dekker mange behov

På Ung Arena kan en avtale time på forhånd, delta på kurs, temakveld, komme på drop-in-samtale eller bare henge i lokalene. Noen kommer til én eller to samtaler og føler at dette har hjulpet dem til å rydde litt i følelser og tanker, mens andre har flere samtaler. Noen ganger vurderer de ansatte den unges utfordringer som mer omfattende enn det de som lavterskeltilbud kan hjelpe til med, så da henviser de videre i systemet.

UNG ARENAS ÅTTE HOVEDPRINSIPPER:

- Brukermedvirkning som bærende prinsipp
- Lavterskeltilbud
- Muligheter for anonymitet
- Ung-til-ung-metodikk/erfaringskonsulenter
- Frivillige er en del av bemanningen
- Samlokalisering av tjenester
- Fast kontaktperson og mulighet til å holde kontakt så lenge ungdommen ønsker det
- Sømløs overgang til spesialisthelsetjenesten



LAV TERSKEL på ung Arena. På bildet er det fra venstre: Nora Mahendran Berge, Same Samhaar Yassin og Guro Anna Wyller Odde. FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

NAV er til stede på Ung Arena en gang i uken. Likedan kommer Helsestasjon for ungdom en dag i uken, og Barnas jurist en annen dag. Alle disse tilbudene har vært godt tatt imot av de unge. Ung Arena har også en god avtale med Nic Waals Institutt, BUP i bydel Gamle Oslo, hvor de på en enkel måte kan få henvist og gitt de unge et tilbud innen kort tid.

– Noen som kommer har mindre utfordringer, mens det for andre er mer omfattende. Da er det godt å ha et tett samarbeid med andre aktører. Også det å ha psykolog ansatt opplever vi som viktig for å gi et godt tilbud til de unge, sier Berge videre.

Frivillige og erfaringskonsulenter

På Ung Arena jobber det personer med ulike bakgrunn, som psykologer, vernepleier, helsesøster, familierapeut, erfaringskonsulenter og frivillige.

– De frivillige gjør en viktig jobb. En av dem er for eksempel yoga-instruktør og har tilbud om yoga for de unge en gang i uken. En annen er musikkterapeut og bidrar en gang i uken med tilbud til dem som er interessert i musikk, forteller Berge.

Mye under ett tak

Same Yassin har jobbet på Ung Arena helt siden oppstarten. Hun synes noe av det unike ved tilbudet er at de kan være en los i systemet for de unge, som kan få hjelp med ulike utfordringer på samme tid.

– Før måtte noen av dem dra mange steder samme dag for å få ordnet opp i utfordringene de sto i, mens de nå kan få hjelp med det meste hos oss, understreker hun.

Hun forteller om en jente som kom til dem for å ta graviditetstest.

– Så begynte jeg å snakke med henne, og det viste seg at hun hadde behov for mer enn bare den testen og en samtale med meg. For henne ble Barnas jurist, som er på Ung Arena en gang i uken, NAV, som sitter i lokalene hver torsdag, og helsesøster med kontor i samme lokale, viktige. Hun trengte dem alle og kunne få dem under ett tak, sier Yassin engasjert.

Tett samarbeid med RPH

Bydelen har også Rask psykisk helsehjelp-team, som Ung Arena har et tett samarbeid med. Sammen med dem holder de blant annet et kurs i



SNAPCHAT: – Ungdommene ser hva vi legger ut, men vi følger dem ikke og kan ikke se hvem de er, sier sosialfaglig koordinator Nora Mahendran Berge. FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

depresjonsmestring spesielt utviklet for deres brukergruppe. Igjen fokuserer de på begrepsbruk og bruker begrepet sårbar i stedet for depresjon om til dette kurset.

– Rask psykisk helsehjelp er her hver mandag. Vi henviser til dem, og de henviser til oss, forklarer Berge.

Hører mest på andre unge

Det at de unge skal møte erfaringskonsulenter som selv er forholdsvis unge, er sentralt på Ung Arena.

Ungdom har høy digital kompetanse, og bruker digitale informasjonskilder aktivt. Det er derfor viktig å sørge for et godt lavterskeltilbud også i form av digitale informasjonstjenester.

Regjeringens strategi for god psykisk helse, Mestre hele livet (2017–2022).

Det å høre fra en annen ung person som har hatt det vanskelig selv, at livet faktisk kan bli bedre, gir et annet håp enn når en eldre person sier de samme ordene, mener de.

– Erfaringskonsulentene blir rett og slett ofte en brobygger inn til de unge, sier Berge.

– Mange gutter

En del tilbud og tjenester som retter seg mot unge med psykiske utfordringer, strever med å nå ut til gutter. Ung Arena har lyktes bra med dette.

– Vi ser at det er veldig mange gutter som er her. Vi har ikke helt fasiten på hvorfor det er blitt slik, men det kan nok handle om den lave terskelen, og at de unge hele tiden mottar hjelpen fra oss på egne premisser. Noen vil ha en samtale, noen bare drikke kakao, mens andre ønsker både flere samtaler og grupper eller kurs. Her er det helt opp til den enkelte selv, sier Yassin.

Hun vektlegger også det å ha ansatt menn og en ung gutt som erfaringskonsulent, og at det kan bidra til at Ung Arena er et sted hvor guttene ikke er i mindretall. ●



MINDRE ÅPNE OM RUS: – For flere unge kan det kanskje være lettere å snakke om angst og depresjoner, men de er mindre åpne om bruk av rusmidler, sier avdelingsleder i K46, Lisbeth Skibenes. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM

Fra morgen til kveld

– hjelp for unge med begynnende rusvansker

I Stavanger kommune kan unge med begynnende rusvansker, deres foreldre og andre pårørende ta direkte kontakt, få time på dagen og, ikke minst, få samtaler på ettermiddag og kveld.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

– Vi begynte som prosjekt i 2007, med finansiering også fra Helsedirektoratet. Nå har tilbudet vært i fast drift i over seks år, og den nylig gjennomførte brukerundersøkelsen viser at 76 prosent av ungdommene som har brukt tilbudet, er helt enig i at kontakten med K46 har bidratt til at de ruser seg mindre, forteller avdelingsleder Lisbeth Skibenes.

K46 inkluderer to ulike tjenestetilbud. Et dag- og kveldstilbud for unge i alderen 16–25 år med

rusproblemer og/eller dopingproblemer (anabole steroider) samt et behandlingsforberedende døgntilbud for unge i alderen 18–25 år.

I K46 sine tjenestetilbud inngår i hovedsak individuelle samtaler, familiesamtaler og foreldregrupper. K46 er organisert under avdeling for oppvekst og utdanning og skal spesielt ha kompetanse innen endringsarbeid, rusmidler/rusproblematikk, psykiske helse, anabole androgene steroider, pårørende og miljøterapi.



PÅRØRENDE VIKTIGE: Avdelingsleder Lisbeth Skibenes mener det sterke familie- og pårørendefokuset er en av suksessfaktorene i tilbudet. FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

Slipper å ta seg fri

Skibenes sier de får svært gode tilbakemeldinger på at tilbudet er tilgjengelig også på kveldstid. Unge og foreldre setter pris på at de kan benytte seg av tilbudet uten å trenge å ta fri fra skole eller jobb.

– For K46 handler lav terskel om god tilgjengelighet og rask hjelp. Mange blir sjokkerte når vi sier de kan komme til samtale allerede neste dag, og enda mer overrasket når de kan få denne på ettermiddag eller kveld. Jeg mener at skal en virkelig kalle noe lav terskel, bør vi ta dette med åpningstider på alvor, påpeker hun

– Samtaler med hele familien

Hun forteller at de hele tiden har vært opptatt av å se hele familien, og at det ofte er foreldre som tar

Mange blir sjokkerte når vi sier de kan komme til samtale allerede neste dag, og enda mer overrasket når de kan få denne på ettermiddag eller kveld.

LISBETH SKIBNES, AVDELINGSLEDER

kontakt med tjenesten først. I tillegg til individuelle samtaler og gruppe for foreldre er familiesamtaler en sentral del av tilbudet.

– Når en skal ta tak i rusproblemer hos unge, krever det samtaler med hele familien.

Råd og veiledning av foreldre kan starte allerede i første telefonsamtale.

Vi så at et så spesialisert og bredt tilbud som vårt ikke var noe de mindre kommunene ville ha mulighet til å tilby sine innbyggere, så da inviterte vi dem til å være med.

LISBETH SKIBNES, AVDELINGSLEDER

– Mange foreldre er bekymret for at de ikke skal få med seg den unge til samtale, men i de aller fleste tilfellene blir den unge med. I neste omgang ser vi at de unge i 90 prosent av tilfellene selv ønsker videre oppfølging.

En av suksessfaktorene

K46 har også tilbud om individuelle samtaler både til de unge og til deres foreldre. Den sterke involveringen av pårørende ser hun som en av suksessfaktorene i tilbudet.

– Når en mor eller far finner brukerutstyr på rommet til sin sønn eller datter, er det en krise for familien. Mange foreldre har da behov for noen å snakke med, både for råd på veien videre og for å kunne dele noe av hvordan dette oppleves for dem selv.

Hun viser til et av sitatene gitt av en pårørende gjennom den siste brukerundersøkelsen ved K46:

På K46 har jeg følt at dere anerkjenner viktigheten av de pårørende. Det er godt å kunne stille spørsmål, og få et godt og utfyllende svar, selv om svaret ikke alltid er det jeg ønsker og enkelt å forholde seg til. Det har gjort meg tryggere i min rolle. Hjelpemiddelet er ikke alltid så godt å forholde seg til, og har mange begrensninger, men dere kjenner til det og vet hvordan det kan brukes på best mulig måte, det er godt.

Samarbeid om tidlig intervensjon

K46 samarbeider tett med andre kommunale tjenester. Skibenes trekker særlig frem barnevern, politi, uteseksjonen og Helsestasjon for ungdom.

– Helsestasjon for ungdom kjenner tilbudet vårt godt. Det kan for eksempel være en ungdom de har hatt inne til samtale, og som de ser har begynnende rusutfordringer. Da tar de med seg ungdommen til oss for en samtale, gjerne samme dag. Vi ser at deres fleksibilitet er viktig for å nå de unge tidlig, før rusutfordringene blir mer omfattende.

– Det er også viktig at ansatte som jobber med ungdom, har kompetanse på rus. For flere unge kan det kanskje være lettere å snakke om angst og depresjoner, men de er mindre åpne om bruk av rusmidler. Da er det viktig at rus også blir en del av samtalene med de unge, fortsetter hun.

K46 bistår i tillegg med kompetanseheving på rus, noe Skibenes trekker frem som viktig både for å oppdage begynnende rusutfordringer hos de unge og for å bidra til nødvendig oppfølging.

Interkommunalt samarbeid

Allerede fra 2010 valgte Stavanger kommune å inngå som vertskommune i et interkommunalt samarbeid med Sola og Randaberg.

– Vi har nesten hele tiden vært et interkommunalt tilbud. Vi så at et så spesialisert og bredt tilbud som vårt ikke var noe de mindre kommunene ville ha mulighet til å tilby sine innbyggere, så da inviterte vi dem til å være med. Dette har vi opplevd som utelukkende positivt, avslutter Skibenes. ●



Hjelper unge i overgangen til voksenlivet

Ressursteam 15–24 i Øvre Eiker kommune jobber oppsøkende med unge i fare for å falle ut av skole eller jobb.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

– De unge som tar kontakt med oss, kan stå i mange utfordringer. En del har hatt en utfordrende oppvekst, noen har opplevd mobbing, noen strever med relasjoner, mens andre igjen har angst, depresjon eller begynnende rusvansker, sier leder av Ressursteam 15–24, Bjørg Tryti.

– Trenger å møte ungdommen på deres arenaer

Folkhelseparameterne viste at Øvre Eiker kommune hadde høyere frafall i videregående skole enn landsgjennomsnittet, og en større andel mennesker strevde med psykiske utfordringer. Hovedmålene til teamet er å redusere drop-out fra skole, komme tidlig inn og gi god hjelp til de unge samt være en los mellom tjenestene.

– Vi trenger å være der ungdom ønsker å treffe oss, vi kan ikke kun møte de unge på kontorene. Vi velger å

sette på forebygging, samarbeid mellom tjenestene, tett kontakt og fleksibelt tilbud til ungdommen, sier Tryti.

– NAV er en viktig samarbeidspartner

Teamet følger til enhver tid opp omkring 50 ungdommer. Tilbudet krever ikke henvisning og består av flere ulike faggrupper som familierapeut, barnevernspedagog, sosionom, psykiatrisk sykepleier, pedagog og helsesøster. Teamet samarbeider tett med ulike instanser som NAV, barnevern, skolehelsetjenesten, Unginvest, PPT og PPOT.

– For at teamet skulle bli en realitet, så kommunen allerede høsten 2013 behovet for å inkludere representanter fra ulike instanser. NAV kom tidlig på banen og er helt sentral ettersom de nesten alltid er involvert i de unges situasjon med ulike tiltak, hos ungdommer over 18 år, sier tjenesteleder for Øvre Eiker-hjelpe, Eli Jultun.

– Utfordringer innen flere livsområder – få tak i de unges drømmer og ønsker

Bjørg Tryti forteller at livet gir utfordringer på mange



områder. Slik er det også for de unge. -Vi ønsker å gi helhetlig støtte og snakker med ungdommen om alle livsområder, som skole, jobb, venner, fritid, det å bo, økonomi, psykisk og fysisk helse. Vi har som mål å få tak i de unges egne drømmer og ønsker og å motivere og støtte dem i å tro på seg selv og å realisere egne mål. Tryti forteller videre at det er viktig for dem å vise respekt for de unges ønsker og meninger, og at de jobber sammen med de unge.

– «Practice for the future»

Julton sier fleksibilitet er nøkkelordet for ressursteamet, og forteller at Nordens Velferdssenter (NVC) inviterte Ressursteam 15–24 til Nordic Day i Lisboa sommeren 2015. NVC mente at teamet var et eksempel på «best practice» og «practice for the future».

– Vi er der de unge sier de trenger at vi er, og jobber mye oppsøkende. Flexibilitet i møte med de



RESSURSTEAM 15–24

- Fast tilbud til unge mellom 15 og 24 år, som står i fare for å falle ut av ordinær skolegang eller arbeidsliv.
- Oppsøkende og tett oppfølging.
- Vektlegger fleksibilitet og samarbeid på tvers.
- Organisert under Øvre Eiker-hjelpa (psykisk helse- og rustjenesten).

unge er viktig. De som jobber i ressursteamet kan ha samtaler med ungdommene på kontoret, i bilen, på skolen eller hjemme hos den unge, forteller hun.

Gladhistorier – ressurser og muligheter i fokus

Tryti og Julton har mange eksempler som belyser fordelene med denne måten å jobbe på. De forteller om jenta som sakte, men sikkert begynte å fortelle om egne utfordringer mens de gjorde en del praktiske ting sammen, som for eksempel å rydde i klesskapet hennes. Om gutten som hadde opplevd fiasko etter fiasko, og som var på vei til å gi opp skolen da han fikk støtte og hjelp til å komme i gang med trening. De forteller om en som lå under dyna og ikke ville gå på skolen, men hvor en fagperson fra teamet klarte å få en relasjon etter tålmodig tilnærming hjemme hos gutten. Gutten ble ikke gitt opp, men fikk hjelp til å komme i gang med livet sitt igjen. De foreller om jenta som var deprimert, manglet selvbilde og ikke hadde krefter til å ta tak i dette før hun først fikk orden på økonomien. Her ble det tette samarbeidet mellom flere i teamet avgjørende for hennes endring.

Fornøyd med tilbudet

Ifølge brukerundersøkelser som er gjennomført i 2016 og 2017, har teamet hatt stor betydning for de unge, som er meget godt fornøyd med tilbudet.

Noen sitater fra ungdom på spørsmålet: «Hva er du mest fornøyd med?»

- Tilgjengelighet, positiv energi, stå-på-vilje og forståelse
- At dere fokuserer på meg og min situasjon
- At dere alltid har tid til å hjelpe meg, og at dere hører på mine meninger, at samtalen går ut på det jeg vil prate om ●



LOKALBASERT PSYKISK HELSEARBEID – ET SAMARBEIDSPROSJEKT

For å skape et best mulig lokalt basert psykisk helsearbeid bør psykisk helse- og rustjenestene samarbeide med andre relevante aktører, som andre kommunale tjenester, NAV og spesialisthelsetjenesten.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Innenfor kommunen har psykisk helse- og rustjenestene mange aktuelle samarbeidspartnere. Relatert til mennesker med lettere utfordringer vil fastlege, frisklivssentral, helsestasjon for ungdom og flyktninghelsetjenesten være eksempler på sentrale samarbeidsaktører.

Små blir sterke sammen

Det vil variere hvilken instans personer med psykiske helse- eller rusutfordringer møter først. Hvis den første enheten en møter ikke anses for å være den rette, er det viktig at man blir veiledet dit man kan få den beste hjelpen, eller at enheten samhandler med denne. Kjennskap til kommunens tilbud blir da viktig. I veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) påpekes det at sviktende kunnskap om

hverandres tjenester kan ha betydning for forsvarligheten i tjenesteytingen ovenfor den enkelte tjenestemottaker.

I mange kommuner vil det å samarbeide tett med andre være avgjørende for å kunne tilby et bredest mulig tilbud, særlig vil dette gjelde de mindre kommunene. NAPHA vil anbefale mindre kommuner uten et bredt tilbud til personer med lettere og moderate utfordringer å se på muligheten for økt samarbeid med andre aktører i egen kommune eller i nabokommuner.

Fastlege

I regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet* (Departementene, 2017), trekkes det frem at fastlegene er for dårlig integrert i de øvrige

kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fastlegene bruker omkring 8 prosent av sin arbeidstid på psykisk helse og rus (Rebnord, Eikeland, Hunskår & Morken, 2018), og er ofte de første mange brukere tar kontakt med ved slike utfordringer. Samarbeidet med øvrige psykisk helse- og rustjenester er viktig. Det er et gjensidig ansvar å sikre at fastlegene har god oversikt over hvilke tilbud som finnes.

NAPHA vil anbefale mindre kommuner å se på muligheten for økt samarbeid med andre aktører i egen kommune eller i nabokommuner.

Flere av tjenestene vi har besøkt forteller om et godt samarbeid med fastlegene i sitt område. Samtidig er det store variasjoner. Noen steder har man jobbet bevisst for å skape et godt samarbeid med fastlegene, der man sender nyhetsbrev med oversikt over kommunens tilbud, har faste møtepunkter, og for øvrig en tett og nyttig dialog. Vi mener fastlegene enda oftere kan anbefale kommunens psykisk helse- og rustjenester til sine pasienter. Det fordrer godt utbygde tilbud, og at fastlegene er kjent med disse. Jo bedre tilbud i kommunens psykisk helse- og rustjeneste, jo mer kan en også tenke at fastleger avlastes slik at de kan fokusere på andre oppgaver.

NAV

NAV er en viktig samarbeidsaktør for kommunens psykisk helse- og rustjenester. Det gjelder særlig for personer som er eller står i fare for å bli sykemeldte, og unge som har falt ut eller står i fare for å falle ut av skole eller arbeid. I regjeringens strategi for god psykisk helse (Departementene, 2017), *Mestre hele livet*, påpekes det at mange vil trenge samtidig bistand fra både NAV og helsetjenestene. I stortingsmeldingen *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet*

(Meld. St. 33 (2015–2016)) påpekes betydningen av godt samarbeid mellom aktører innenfor utdanningssektoren, helsesektoren og kommunale tjenester både i og utenfor NAV for å komme tidlig inn med god og riktig hjelp til de unge.

Frisklivssentralene

Om lag 200 kommuner har i dag en frisklivssentral. Frisklivssentralene trekkes frem som viktige for å gi et tilbud til mennesker med psykiske helse- og rusvansker i blant annet veilederen *Sammen om mestring* (2014) og Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014–2015)). En stor del av dem som benytter seg av frisklivssentralenes tilbud rapporterer om psykiske helseplager. Utvikling av tilbud relatert til psykisk helse betegnes som et utviklingsområde (Helsedirektoratet, 2015).

Ifølge *Veileder for kommunale frisklivssentraler* (Helsedirektoratet, 2016), skal frisklivssentralene rette seg mot personer som har en økt risiko for eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk eller psykisk helse. I Folkehelsemeldingen (2015) står det at det er en målsetting at flere frisklivssentraler tilbyr kurs i mestring av depresjon, kurs i mestring av belastning og hjelp til mennesker med lettere søvnvansker. En slik satsing krever en opprustning av frisklivssentralene med tanke på personell og kompetanse. Vi mener det er et potensial for økt samarbeid mellom psykisk helsetjenester, rustjenester og frisklivssentraler.

Helsestasjon for ungdom

Overgangen til voksenlivet kan være en utfordrende periode for mange unge. Det er viktig at psykisk helse- og rustjenestene har et godt samarbeid med tjenester rettet mot ungdom, som Helsestasjon for ungdom. Helsestasjonen er en sentral arena for å fange opp signaler om psykiske utfordringer hos unge. En helsestasjon på de unges premisser bør være

godt tilgjengelig og samarbeide med andre kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2018).

Helsestasjon for ungdom blir kontaktet av mange unge med psykiske eller rusutfordringer. Ved at Helsestasjonen samarbeider med aktører som psykisk helse- og rustjenester eller andre tilbud særlig rettet mot unge i overgang til voksenlivet, vil de unge kunne få raskere og bedre hjelp.

Samlokalisering

Noen av tjenestene som omtales i dette heftet har valgt å være eller er tilfeldigvis samlokaliserte. Flere beskriver at terskelen for å samhandle da reduseres, og at den enkelte får et bedre samlet tilbud. Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014–2015)) viser til at fysisk nærhet ifølge mange studier har vist seg å bedre kommunikasjon og samhandling. Videre skriver de at «*Samlokalisering av tjenester er et godt første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av dagens deltjenester*». I mindre kommuner vil dette også kunne gi brukere en opplevelse av større bredde i tilbudet, både på grunn av samlokaliseringen og fordi samarbeidet ofte blir tettere. Fagheftet presenterer flere ulike eksempler på nytten av samlokalisering.

Interkommunalt samarbeid

Vi anbefaler i dette fagheftet at psykisk helse- og rustjenester som er for små til å kunne tilby et bredt tilbud til sine innbyggere, inngår et tettere samarbeid med enten noen av de nevnte aktørene eller andre relevante samarbeidspartnere. En annen måte å kunne gi et bredere tilbud på er gjennom interkommunale samarbeid. Fagheftet presenterer ulike eksempler på hvordan dette kan gjøres. Vi ser her særlig på samarbeidsmodeller relatert til RPH, men modellene kan også brukes i andre typer samarbeid. ●

REFERANSER

- Departementene (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (Veileder IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport IS-2314). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentra. Etablering, organisering og tilbud* (Veileder IS-1896). (Revidert utg.). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2018). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* (Nasjonale faglige retningslinjer). Oslo: Helsedirektoratet.
- Meld. St. 19 (2014–2015). (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 33 (2015–2016). (2015). *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Rebnord, I. K., Eikeland, O. J., Hunskår, S. & Morken, T. (2018). *Fastlegers tidsbruk*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.



VIKTIG INNGANGSPORT: Vi mener fastlegene enda oftere kan anbefale kommunens psykisk helse- og rustjenester til sine pasienter, sier faglig rådgiver i NAPHA, Kristin Trane.

FOTO: ROALD LUND FLEINER /NAPHA



Vold i nære relasjoner – samarbeid gir bedre tilbud

Psykisk helse- og rustjenesten i Molde kommune, Ressurstjenesten, har over flere år vært opptatt av å gi et godt tilbud til personer som har opplevd vold i nære relasjoner.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA



HJELPER MENNESKER UTSATT FOR VOLD:
F. v. Jannie Rasmussen, Ragnhild Naas og Inge
Johan Baadnes. FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

For å få til dette har de blant annet satset på kompetanseheving og samarbeid med RVTS, Krisesenteret i Molde og Senter mot incest og seksuelle overgrep.

Egen handlingsplan

Molde kommune har som en av ti kommuner, i samarbeid med blant annet Krisesenteret i Molde og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), skrevet en interkommunal handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Denne har som mål å forebygge, avdekke og stoppe vold i nære relasjoner, i alle aldersgrupper.

Både Krisesenteret i Molde og Ressurstjenesten mener planen har gitt kommunen et viktig løft, og at den er godt forankret i kommunen. De trekker frem at planen har blitt et viktig dokument i de enkelte tjenestene, og at den dessuten har bidratt til et bedre samarbeid både på systemnivå og opp mot den enkelte bruker. De forteller at de i økt grad tematiserer vold i nære relasjoner i møte med brukere og samarbeider om informasjon og oppfølging, ut fra den enkeltes behov.

– Handlingsplanen hjelper oss i riktig retning og bevisstgjør oss på hva vi skal fokusere på når det gjelder personer som har opplevd vold i nære relasjoner. Denne planen ligger virkelig ikke i en skuff, sier fagutvikler i Ressurstjenesten, Inge Johan Baadnes.



BERØMMER SAMARBEID: Leder for Krisesenteret i Molde, Ingrid Horsgård, berømmer samarbeidet med psykisk helse- og rustjenesten, de andre kommunale tjenestene og RVTS om handlingsplanen for vold i nære relasjoner. FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

Handlingsplanen hjelper oss i riktig retning og bevisstgjør oss på hvor vi skal ha fokuset vårt relatert til personer som har opplevd vold i nære relasjoner.

JOHAN BAADNES, FAGUTVIKLER

Det er så godt at det finnes noen next door som kan noe vi ikke kan så godt, noe som er viktig og som vi trenger.

INGRID HORSGÅRD, LEDER FOR KRISESENTERET I MOLDE

– Nyttig spisskompetanse

Begge instansene trekker frem RVTS som nyttige i dette arbeidet.

– Den kompetansehevingen de har bidratt med i regionen vår, har gitt hele hjelpeapparatet en unik mulighet for bedret handlingskompetanse. Her har handlingsplanen og RVTS vært viktige, sier leder for Krisesenteret i Molde, Ingrid Horsgård.

Også Senter mot incest og seksuelle overgrep Møre og Romsdal har vært, og er, sentralt i arbeidet med handlingsplanen. For Ressurstjenesten er også det en viktig samarbeidsaktør.

– Vi har hatt samarbeid med dem over flere år. De har en spisskompetanse på seksuelle overgrep som er nyttig for både oss og brukerne. Vi kan slå på tråden til dem for å be om råd eller dra innom sammen med en bruker med behov for deres tjenester. Dette ser vi er nyttig for brukerne, sier leder for avdeling forebygging og tidlig innsats, Jannie Rasmussen.

Noen next door

Ressurstjenesten og Krisesenteret forteller at de ofte ringer hverandre for å drøfte problemstillinger, og sammen er de et bindeledd for brukere med behov for kontakt med begge tjenestene. Felles fagdager trekkes frem som nyttig for samarbeidet. Horsgård sier fagdage bidrar til en økt felles faglig forståelse, at de gir en unik mulighet til å bringe aktuelle problemstillinger på banen i et forum med mulighet for drøfting. En bygger opp nettverk og ned terskelen for å ta kontakt.

– Det er Ressurstjenesten som er spesialister på rus og psykisk helse, mens vi har spisskompetansen på

vold. Det at vi har felles fagdager og tett kontakt, gjør at vi finner gode løsninger sammen. Det er så godt at det finnes noen next door som kan noe vi ikke kan så godt, noe som er viktig og som vi trenger. Da kan vi finne løsninger og muligheter vi alene ikke finner, fortsetter hun.

Bedre for brukerne

Rasmussen er opptatt av den konkrete betydningen de ser at dette har for brukerne.

– Terskelen for å ta kontakt begge veier er veldig lav, og dette gjør det mye enklere. Vi vet hva vi kan forvente, og dette gjør at vi har noe mer og bedre å tilby brukerne. De ser at vi drar inn Krisesenterets spisskompetanse ved behov, og mange gir tilbakemelding om at det gjør at de føler seg tatt på alvor, at vi virkelig har lyttet til dem.

Samarbeidsavtale med krisesenteret

Ett av tiltakene i handlingsplanen var at Ressurstjenesten og Krisesenteret i Molde skulle underskrive en samarbeidsavtale. Det har de gjort, og begge tjenestene mener dette har vært med på å forsterke samarbeidet mellom dem.

– Samarbeidsavtalen er viktig, og den sier noe om hva vi kan forvente av hverandre. Med brukerne i fokus og overlappende problemstillinger er det å få en felles faglig forståelse avgjørende for et godt samarbeid, sier Horsgård.

– Kultur for å spørre

Ressurstjenesten, som har ansatte med både

Det er så godt at det finnes noen next door som kan noe vi ikke kan så godt, noe som er viktig og som vi trenger.

INGRID HORSGÅRD, LEDER FOR KRISESENTERET I MOLDE

Spørsmålet om vold og overgrep blir stilt for sjeldent. Ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene skal ha kompetanse i avdekking, avverging og håndtering av vold og overgrep.

Opptappingsplanen mot vold og overgrep (2017-2021)

medisinsk, psykologisk og sosialfaglig bakgrunn, har over flere år jobbet med vold i nære relasjoner. De forteller at alle som jobber med personer med lettere og moderate psykiske eller rusutfordringer, har god kompetanse og kultur for å snakke med

brukerne om dette.

– Vi tematiserer dette i samtaler med brukerne, og har en kultur for å spørre. Og det bør vi jo ha når vi jobber med psykisk helse og rus og vet hvor mange som har opplevd vold selv eller utsatt andre for vold. Begge grupper trenger et godt tilbud, understreker Rasmussen.

Politiet har en viktig rolle


Videre har alle politidistrikt et eget støttesenter for kriminalitetsutsatte. Nylig åpnet dette senteret for Møre og Romsdal politidistrikt, og Ressurstjenesten

og støttesenteret har allerede avtalt samarbeidsmøte.

– Dette er et tilbud vi trenger og ser frem til å samarbeide med. Vi har hatt flere saker hvor jeg har tenkt at det ville vært til stor hjelp om det hadde eksistert et slikt senter. Når en ung jente for eksempel har opplevd overgrep, kan vi gi henne et tilbud hos oss, men vi kan ikke fortelle henne om hvordan en rettsak vil foregå, eller gi henne informasjon og veiledning rundt det å anmelde, for eksempel, sier Rasmussen. ●

RVTS (REGIONALT RESSURSSENTER OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFOREBYGGING)

- Ressurs for fagpersoner som møter mennesker berørt av vold, seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk
- Bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid
- Fem RVTS i Norge, fordelt på region øst, sør, vest, midt og nord
- Finansierte av Helsedirektoratet



– **Veiledningen** har bidratt til at vi føler oss tryggere i situasjoner vi tidligere opplevde som svært vanskelige, sier f.v. . Malin Skansen, Tonje Stenstad og Trine Roska fra hverdagsrehabiliteringsteamet i Lørenskog kommune. FOTO: KJETIL

ORREM/NAPHA

Jobber forebyggende for eldre

Eldrebølgen kommer, og utgjør en ressurs samfunnet må ta vare på.

Lørenskog kommune tenker forebyggende også for den eldste delen av befolkningen.

AV KJETIL ORREM, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Forebyggende psykiske helsetjeneste (FPH) i Lørenskog kommune savnet en nasjonal satsing på psykisk helse og forebyggende arbeid for eldre. De så også behovet for å styrke sitt eget tilbud til denne målgruppen. Derfor bestemte de seg i 2015 for å søke Extrastiftelsen om midler og satte i gang et prosjekt rettet mot mennesker over 65 år.

Eldre tar kontakt

Drøyt to år senere har de hevet enhetens kompetanse betydelig og etablert et veiledningstilbud til andre kommunale tjenester som de ønsker å videreføre og utvide. De har også gjennomført diverse

undervisningsoppdrag og lagt grunnlaget for videre samarbeid med frivillige organisasjoner og institusjoner som jobber med eldre. I tillegg har de synliggjort FPHs tjenestetilbud og opplevd en markant økning i antallet eldre som søker hjelp for begynnende psykisk uhelse.

Spurte først – handlet etterpå

For å imøtekomme målgruppens behov gikk prosjektgruppen aktivt ut og rekrutterte både personer over 65 år og kommunalt ansatte som jobber med eldre, til fokusgrupper. Totalt 17 informanter i brukergruppen og åtte kommunalt ansatte fra ulike enheter

bidro med innspill for å gjøre de videre tiltakene mest mulig relevante og målrettede.

Resultatet ble at man i prosjektperioden valgte å satse på befolkningsrettede foredrag og økt tverrfaglig samarbeid samt veiledning av ansatte og frivillige som jobber med målgruppen. I tillegg ønsket man å utvide FPHs kliniske samtaletilbud, slik at man kunne nå flere eldre med behov.

Over 40 prosent opp

Gjennom forelesninger, møter med kommunale ledere og samarbeid med andre kommunale enheter har psykologene Irmelin Møystad Bjørnland og Helle Skogstad Riege lyktes med å synliggjøre at FPH er et tilbud også til den eldre delen av befolkningen. I løpet av prosjektperioden har antallet brukere over 65 år som mottar samtaletilbud fra FPH, økt med over 40 prosent.

– Noen av de eldre er avhengige av at vi kommer hjem til dem for å gjennomføre samtaler, og det er nok en noe større andel av tapsopplevelser enn i den øvrige befolkningen. Utover det er det ingen store på forskjeller på disse samtaler og de vi ellers har, hverken når det gjelder form eller innhold, forteller psykologene.

–Sushi og rockekonsserter

De kommer stadig tilbake til hvor spennende prosjektet har vært, og hvor givende det har vært å jobbe sammen med eldre.

– En av damene i fokusgruppen oppsummerte det så fint. Hun sa at alderdommen preges av de tre f-er – frisk, freidig og fantastisk, forteller psykologene og ler.

De innrømmer også at de har fått tilbakevist noen fordommer underveis i prosjektperioden.

– Det var ganske flaut da vi kom til fokusgruppen med kaffe og fyrstekake og møtte en gjeng som snakket om hvor glade de var i sushi og rockekonsserter!



ROCK OG SUSHI: – Det var ganske flaut da vi kom til fokusgruppen med kaffe og fyrstekake og møtte en gjeng som snakket om hvor glade de var i sushi og rockekonsserter, sier psykologene Irmelin Møystad Bjørnland og Helle Skogstad Riege.

FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA

Sulteføret på oppmerksomhet

I løpet av prosjektperioden har psykologene holdt foredrag for både eldre, pårørende, frivillige og kommunalt ansatte. De har samarbeidet med kommunens kulturenhet om å få annonsert foredragene og forelest blant annet på biblioteket og et sykehjem. Temaene har variert fra vold og overgrep mot eldre til livsglede og psykisk helse generelt.

Oppmøtet på foredragene har gjennomgående vært stort, og psykologene forteller at de opplever enormt engasjement blant de frammøtte.

– Vi har møtt en ressurssterk og entusiastisk del av befolkningen som er veldig fornøyd med at noen endelig setter disse temaene på dagsordenen, forteller Skogstad Riege.

Som helsearbeider er hun samtidig litt frustrert over at en stor del av befolkningen er så sulteføret på oppmerksomhet rundt sitt eget ve og vel at det ikke skal mer til enn et foredrag før de er dypt takknemlige.

– Vi må vokte oss for «alderismen», sier hun.

– Innimellom ser vi at vi som hjelpere kan bidra til at noen som har opplevd et tap, enten det er tap av funksjon, ektefelle eller omgangskrets, kan gjenvinne opplevelse av kontroll over, og mening med, tilværelsen.

IRMELIN MØYSTAD BJØRNLAND OG HELLE SKOGSTAD RIEGE, PSYKOLOGER

– Det kan ikke være slik at en betydelig befolkningsgruppe ikke får de tilbudene og mulighetene andre får, bare fordi de har nådd en viss alder.

Stod fast – fikk veiledning

FPH var opptatt av at prosjektet skulle nå ut til flest mulig. Derfor var det nærliggende å bidra med veiledning til noen av de mange som allerede jobber med eldre i Lørenskog kommune. Blant dem som fremmet dette behovet i fokusgruppene, og som var ivrig deltaker på prosjektets forelesninger, var Tonje Stenstad og Malin Skansen fra kommunens hverdagsrehabiliteringsteam. Sammen med Trine Roska utgjør de en enhet som siden 2015 har hatt i oppgave å følge opp eldre som ønsker å øke aktivitet- og funksjonsnivået – enten etter somatiske skader og operasjoner eller som følge av at de har «satt seg til» og ikke er så aktive som de har mulighet til.

– Vi opplevde at vi med jevne mellomrom ble stående fast, eller sto overfor utfordringer vi ikke visste hvordan vi skulle håndtere, og som ikke kunne forklares med fysiske begrensinger, sier Stenstad.

De siste årene har de derfor hatt jevnlig veiledning fra FPH, hvor teamet kan bringe inn enkeltsaker og utfordringer de står ovenfor.

Trygghetssirkel også for eldre

Møystad Bjørnland forteller at de gjerne prøver å bringe de enkelte problemstillingene opp på et mer generelt nivå. Ambisjonen er at teamet skal kunne ta med seg diskusjonene og læring og se at de er

overførbare til andre situasjoner og brukere. I veiledningen har de tatt utgangspunkt i trygghetssirkelen, som opprinnelig er utarbeidet med tanke på barn, men som man har erfart at med hell kan brukes på alle deler av befolkningen.

– Innimellom ser vi at vi som hjelpere kan bidra til at noen som har opplevd et tap, enten det er tap av funksjon, ektefelle eller omgangskrets, kan gjenvinne opplevelse av kontroll over, og mening med, tilværelsen. Veiledningen har bidratt til at vi føler oss tryggere i situasjoner vi tidligere opplevde som svært vanskelige, sier de tre fra hverdagsrehabiliteringen.

Forebygge – også for eldre

Prosjektet har nylig fått midler av Lørenskog kommune til videre drift og videreutvikling av tilbudet. Psykologene mener det er en god og viktig investering for kommunen at satsingen nå videreføres. Særlig er de opptatt av at veiledningen må fortsette, og at den må nå ut til en større del av kommunens ansatte. De har opplevd pågang fra flere enheter som ønsker seg samme tilbud som det hverdagsrehabiliteringsteamet har fått.

Skogstad Riege mener at vi må tenke enda mer forebyggende, også når det gjelder de eldres psykiske helse og velvære.

– Vi må nå ut til dem før de opplever funksjonsfall og tap av mening, sier hun.

– Det kommer en stor eldrebølge, og vi er avhengige av at også denne gruppen får brukt ressursene sine, til gode for både seg selv og samfunnet. ●



NYTTIG SAMARBEID: Ikke sjelden oppdager fysioterapeut Kari Margrethe Lundgren at eldre som kommer til henne for en fysisk plage, også trenger psykisk hjelp. Da er Rask psykisk helsehjelp og Rolf Mollan gode å ha. FOTO: ANNE RØNNING/NAPHA

– Vanlig at uro og tunge tanker følger i kjølvannet av fysisk sykdom

Da et Rask psykisk helsehjelp team etablerte seg samme sted som kommunefysioterapeut Kari Margrethe Lundgren, startet en ny hverdag. Både for henne og for pasientene.

AV ANNE RØNNING, KOMMUNIKASJONSRAÐGIVER, NAPHA

Kontakten mellom Lundgren og Rask psykisk helsehjelp team (RPH) startet ganske tilfeldig.

– Jeg så et nytt skilt på en dør og stakk hodet inn for å hilse på. Etter hvert ble det naturlig å drøfte pasienter med dem. Jeg setter stor pris på å ha RPH så tett på. Det betyr også at mine pasienter får et bedre tilbud enn før, sier Lundgren, som jobber med eldre i Stjørdal kommune.

Hun påpeker at den uformelle kontakten hun har med RPH, betyr mye. At de er lokalisert på samme sted, gjør det lett å kommunisere.

Kan drøfte uformelt

– Jeg kan anbefale pasienter å ta kontakt med RPH. Og når jeg har pasienter som strever, og jeg ikke helt vet hvordan jeg skal forholde meg, kan jeg drøfte



dem uformelt og anonymt med Rolf. Han gir meg da nyttige råd.

Er det psykisk eller fysisk?

Mange av pasientene til Lundgren har lunge- eller hjerteproblematikk. Symptomene de har, kan ligne på symptomer man ser hos personer som strever psykisk. Hva er egentlig hva da?

– KOLS, for eksempel, kronisk obstruktiv lunge-sykdom. Disse pasientene sliter med å få puste, og en del av behandlingen er å lære dem pusteteknikker.

– Og pasienter som har hatt hjerteinfarkt, kan ha angst for at det skal skje igjen. Hos begge disse gruppene kan man ofte oppdage lettere angst og depresjon, hvis man ser etter det, sier Lundgren.

Jobber mot samme mål

For henne har det blitt en vekker å bli kjent med RPH.

– Det har endret måten jeg ser på pasientene mine på. Ikke sjelden oppdager jeg at et fysisk problem kan være noe langt mer. Og det er nok mange som kommer til helsevesenet for en fysisk plage, som kunne trengt psykisk helsehjelp. Men så er det ingen som ser det.

Rolf Mollan var med på å starte RPH Stjørdal i 2013. Tilbudet ble fast i 2017 og driftes nå kun av kommunale midler. Mollan påpeker at RPH er glad for samarbeidet med Lundgren.

– Fysioterapi og RPH utfyller hverandre. Det ene tar utgangspunkt i det fysiske, det andre i det psykiske, men vi jobber mot samme mål. Nemlig at pasientene skal bli mest mulig selvhjulpne og takle plagene sine, sier han.

Trår varsomt

Når Lundgren oppdager at en pasient trenger hjelp fra RPH, trår hun varsomt. Å oppsøke den psykiske helsetjenesten sitter langt inne hos enkelte.

– Vi fysioterapeuter blir gjerne godt kjent med pasientene våre siden vi møter dem ofte og over lengre tid. Da har vi også muligheten til å fange opp om de strever med angst og uro. Når jeg ser behovet, pleier jeg å fortelle dem om RPH etter en tid. Jeg kan for eksempel si at vi har folk på huset som er enda mer kompetente enn meg til å hjelpe folk til å håndtere tunge tanker og uro.

– Kari finner ut om pasienten vil kontakte oss selv, eller om vi skal ringe vedkommende. Noen liker ikke å ta kontakt selv. Etter den første samtalen er vi ofte i gang i løpet av sju dager. RPH krever jo ikke henvisning, så det går sjelden lenge fra første kontakt til første time, sier Mollan.

– Tar tid å endre praksis

Mollan mener at helsevesenet ennå skiller for sterkt mellom fysisk og psykisk sykdom.

– Vi vet nå at halvparten av alle reinnleggelser etter et hjerteinfarkt ikke skyldes et nytt infarkt, men et angstanfall. Og forskning viser at rundt 50 prosent av alle personer med en fysisk plage også har en psykisk plage.

– Det psykiske og fysiske henger tett sammen, men det tar tid å endre praksis. Jeg håper dette vil endre seg. Helsevesenet må beherske å se plagene folk har, mer på tvers. Vi må ikke dele så kategorisk opp i enten *fysisk* eller *psykisk*, sier han.

– Somatiske plager kan bli bedre med RPH

Lundgren er enig. Hun tror ikke at fysioterapeuter er så vant til å tenke på eldre som brukere av psykiske helsetjenester.

Vi vet nå at halvparten av alle reinnleggelser etter et hjerteinfarkt ikke skyldes et nytt infarkt, men et angstanfall.

ROLF MOLLAN, PSYKIATRISK SYKEPLEIER

– Mange eldre går til fysioterapeut for fysiske plager, og når vi får en pasient med et hofte- eller hjerteproblem, er det nok for lett å fokusere kun på hofta eller hjertet og ikke resten av mennesket.

Selv ønsker hun nå å viderefremde vekkeren hun har fått.

– Etter at jeg begynte å samarbeide med RPH, har jeg fått blikket rettet mer mot den psykiske dimensjonen også, og jeg har nå planer om å anbefale kollegene mine å sette seg inn i hva RPH bidrar med. Det kan for eksempel være en idé at Rolf kommer og holder et innlegg på et fagmøte hos oss, sier hun.

– Og det er nok ikke bare eldre, som er gruppen jeg jobber med, som kan ha god nytte av hjelp fra RPH. Ofte kan kanskje en vond nakke eller rygg bli bedre av en god samtale eller om man lærer kognitive teknikker av en terapeut i RPH. At angst og depresjon setter seg i kroppen, er ikke ukjent kunnskap, sier hun.

En balansegang

De er fire ansatte i RPH Stjørdal, en psykolog og tre terapeuter.

– En gjennomsnittlig RPH-bruker er fra 30 til 55 år. De fleste har vi 6–7 samtaler med, og vi ser at de jevnt over har et mye lavere symptomtrykk ved slutt enn ved oppstart, sier Mollan.

Det hender han og Lundgren jobber nesten med det samme.

– Begge kan vi lære brukerne å håndtere pusten, for eksempel, men vi har ulike utgangspunkt, sier Lundgren.

– Å lære KOLS-pasienter teknikker for å mestre tung pust er en viktig del av fysioterapibehandlingen. Men på den andre siden vil vi også utfordre dem fysisk, noe som igjen medfører at man puster tungt, forklarer Lundgren.

– Når de øker hjertekapasitet og muskelstyrke, vil den fysiske yteevnen gradvis bli bedre fordi hjertet

Etter at jeg begynte å samarbeide med Rask psykisk helsehjelp, har jeg fått blikket rettet mer mot den psykiske dimensjonen.

KARI MARGRETHE LUNDGREN,
KOMMUNEFYSIOTERAPEUT

og musklene utnytter oksygenet mer effektivt. Dette gjør hverdagsaktivitetene lettere, og de blir mer selvhjulpne.

– De opplever også mestring når de ser de klarer mer. Vi vil motivere dem til å trene, samtidig som vi lærer dem å kontrollere pusten. Det er en balansegang.

RPHs perspektiv

– Når det kommer inn en KOLS-pasient med angst, kan vi kanskje ikke ta bort angsten helt, sier Mollan.

– Men vi kan lære vedkommende å håndtere pusten på en annen måte. Vi driver psykoedukasjon og kan for eksempel si at det er normalt å være redd etter et hjerteinfarkt. Vi forteller at det de føler er normalt. Og at følelsene påvirker tankene, og at tankene påvirker det vi gjør. Og så gir vi brukerne hjemmelekser, får dem til å utfordre seg på det de er redd for.

Et samspill

Det kan være krevende å jobbe kognitivt med eldre. Men slett ikke alltid.

– Det hender jeg har 80-åringer som har stor fremgang. Men om brukeren også går til Kari, er det ikke sikkert det er RPH som er årsaken til bedringen. Det kan like gjerne være det hun gjør. Hun har brukerne langt mer enn oss.

– Det er nok et samspill, sier Lundgren.

– Og jeg tenker det er samspill det burde vært mye mer av. Somatikken skulle samarbeidet mer med den psykiske helsetjenesten. ●



TEAM ETTER BEHOV: – Vi låser oss ikke til én metode eller ett fast team. Vi ser på hva brukeren har behov for, og syr sammen både team og metoder ut fra det. Eksempler kan være fysisk aktivitet, ulike gruppekurs og kognitiv terapi, sier leder Henning Weider i Frisk Bris Bamble.

FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

Tilbake i jobb med Frisk Bris

FRISK BRIS

- Etablert i Bamble kommune i 2009 som et kommunalt eid foretak.
- Har som hovedmål å hjelpe mennesker inn i arbeidsliv og aktivitet.
- Har blant annet tilbud rettet mot sykmeldte med lettere psykiske helseproblemer, unge som faller utenfor skole og arbeidsliv, og mennesker som har behov for og ønske om en livsstilsendring.
- Fikk i 2017 ni av ti sykmeldte med milde angst- og depresjonsplager tilbake i jobb.

Ni av ti sykmeldte med lettere psykiske helseplager kommer tilbake i jobb etter å ha fått hjelp fra tilbudet Frisk Bris i Bamble kommune.

AV ROALD LUND FLEINER,
KOMMUNIKASJONS RÅDGIVER, NAPHA

– Jeg tror vi lykkes fordi vi er ubyråkratiske, har lav terskel, kort ventetid og et meget godt samarbeid med andre tjenester i både kommune og spesialisthelsetjeneste, sier leder for Frisk Bris, Henning Weider.

Øverst står respekt for brukerne.

Relasjon er helt avgjørende.

SØLVI ABRAHAMSEN,
SPESIALSYKEPLEIER I FRISK BRIS BAMBLE



KURS FOR SELVHJELP: Spesialsykepleier Sølvi AbrahamSEN holder kurs om kognitiv terapi og hvordan man kan lage hjelpetanker for seg selv med ABC-modellen. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

Fleksible team og metoder

Med sine ni ansatte er det kommunalt eide foretaket rettet inn mot å hjelpe ulike brukergrupper ut i arbeid og annen aktivitet. Blant disse er mennesker med lettere psykiske helseproblemer, særlig angst og depresjon. I en evalueringsrapport fra Senter for omsorgsforskning fra 2017 omtales Frisk Bris som «the missing link», eller en stifter for brukerne i det store helsesystemet.

– Vi låser oss ikke til én metode eller ett fast team. Vi ser på hva brukeren har behov for, og syr sammen både team og metoder ut fra det. Eksempler kan være fysisk aktivitet, ulike gruppekurs og kognitiv terapi. Teamene kan for eksempel være satt sammen av fastlege, psykolog, NAV-ansatte, arbeidsgiver og oss, sier Weider.

Rask hjelp forhindrer kø

Han mener det at de kommer tidlig til med hjelp, er en av hovedgrunnene til at Frisk Bris i samarbeid med andre tjenester får så mange tilbake til jobb.

– Cirka 10 prosent kommer ikke tilbake i jobb. Det som er symptomatisk, er at disse er søkt inn i tiende, ellefte og tolvte sykmeldingsmåned. De som er søkt inn tidligere, har bedre prognoser. Vi garanterer at du får hjelp innen en uke fra innsøking. Grunnen til at vi klarer å holde ventetiden nede, er at vi i de aller fleste tilfeller kommer tidlig inn og hjelper folk raskt. Da blir de også hurtigere bra igjen, sier han.



BREV FRA ERNA SOLBERG: Frisk Bris-leder Henning Weider med hilsen fra statsminister Erna Solberg, som hun skrev etter å ha besøkt tilbudet. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

Mange vil trenge samtidig bistand fra både NAV og helsetjenestene for at målet om arbeid skal nås.

Regjeringens strategi for god psykisk helse, Mestres hele livet (2017-2022).

Utnytte samlede ressurser

Weider berømmer samarbeidet med NAV, fastleger og andre.

– Vi har klart å få til god kommunikasjon og skreddersydde team for den enkelte bruker på tvers av tjenestene. Min påstand er at det ofte ikke mangler ressurser i Helse-Norge, og at det handler om å utnytte ressursene man har gjennom godt og effektivt samarbeid der brukers beste er det bestemmende, sier han.

– Relasjon avgjørende

Frisk Bris består av ulike yrkesgrupper. Selv er Weider idrettspedagog. I tillegg har de to spesialiserte sykepleiere, fysioterapeut, enda en idrettspedagog, to arbeidskonsulenter, to miljøterapeuter og en administrativ konsulent.

Spesialsykepleier Sølvi Abrahamsen peker på senterets felles verdier som en viktig årsak til at de oppnår gode resultater.

– Øverst står respekt for brukerne. Relasjon er helt avgjørende. De må føle at denne personen tror på meg, vil høre på meg, sier Abrahamsen. ●



AUTOPILOT: – Nå slår hjelpe-tankene inn med en gang. Jeg er knapt innom de negative tankene, sier «Mona».

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM

– Reparerte min tilstedeværelse i livet

– Uten hjelpen jeg fikk fra Frisk Bris da jeg opplevde en vanskelig periode i livet, hadde jeg nå kanskje gått på medisiner i stedet for å fungere godt og jobbe, sier «Mona» som er i slutten av 50-årene.

AV ROALD LUND FLEINER, KOMMUNIKASJONS-
RÅDGIVER, NAPHA

– Jeg har sagt noen ganger at Frisk Bris reddet mine hverdagsrutiner. Jeg følte at Sølvi reparerte min tilstedeværelse i livet, sier «Mona» om sykepleier Sølvi Abrahamsen i Frisk Bris Bamble.

– Viser empati og pusher

– Jeg merket det på manglende konsentrasjon. Klarte ikke å holde orden på dagene mine på jobb, fikk ikke gjort noen ting og begynte å rote rundt meg hjemme. Jeg kjempet ett års tid, så var det bare slutt. Jeg var hos fastlegen, og ble sendt til Frisk Bris. Fra den dagen gikk alt bare fremover, forteller hun.

Hun tok en test som viste at hun var deprimert.

– Det var fantastisk at jeg kom så raskt inn. Sølvi skjønte intuitivt hva jeg ikke orket, og hjalp meg med små, praktiske ting som var viktige da. Samtidig hadde de et grep om meg som gjorde at de løftet

meg. Jeg synes de er utrolig dyktige til å lese mennesker. De viser empati og pusher samtidig, på en måte som trigger fremgangen i deg og løfter deg uten at du merker det, mener «Mona».

– Detaljerte hverdagen min

Sammen med Sølvi kartla hun de områdene av hverdagen hvor skoen trykket mest, og laget ukeplaner med gjøremål hun skulle utføre.

– Enkle ting som at jeg skulle stå opp, spise frokost, rydde bort etterpå, ta søppel. Det gikk på å detaljere min hverdag rundt sånt som vi gjør automatisk til vanlig, sier hun.

Kognitiv terapi som tankeverktøy

Fra Frisk Bris ble hun loset videre til psykolog.

– De visste at jeg som sykmeldt hadde krav på å få en psykolog. Han hadde samme filosofi rundt mennesker som Frisk Bris, om at trykking og pekefinger ikke er det som setter et menneske på beina igjen. Her fikk jeg kognitiv terapi, som hjalp meg til både å tenke, føle og handle annerledes, sier hun.

De viser empati og pusher samtidig, på en måte som trigger fremgangen i deg.

«MONA»,

TIDLIGERE BRUKER AV FRISK BRIS

– Er blitt automatisert

Hun lærte å stoppe opp når negative tanker meldte seg, og dreie dem i en positiv retning ved hjelp av hjelpetanker til bruk i slike situasjoner.

– Nå slår hjelpetankene inn med en gang. Jeg er knapt innom de negative tankene. Det er blitt automatisert, som en autopilot. Jeg klarer å forholde meg



DER SKOEN TRYKKER: Frisk Bris bruker ofte denne skoen som utgangspunkt i første samtale med brukerne, for å kartlegge hvor utfordringene er størst. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

til vanskelige ting uten å skulle ta hele ansvaret for dem. Jeg tar vurderinger og takler jobben min godt, sier «Mona».

Hjelper andre i samme situasjon

I dag sitter hun i brukerrådet til Frisk Bris, hvor hun deler sine erfaringer for å hjelpe andre i samme situasjon som hun var i.

– Der får jeg også være med på å påvirke hvordan tilbudet skal utvikle seg fremover. Alle kommuner burde hatt et Frisk Bris-tilbud, mener «Mona». ●

NAV om Frisk Bris: – Gjør noe som er riktig for brukerne

– Vi får knyttet kontakt mellom våre brukere og de på Frisk Bris enkelt og raskt. De fleste kommer i jobb, og får et bedre liv, er mitt inntrykk, sier Anne Tømmervåg Røe i NAV Bamble.

AV ROALD LUND FLEINER,
KOMMUNIKASJONSRADGIVER, NAPHA

I en travel NAV-hverdag med mange brukere og lite tid til hver enkelt synes hun det er flott å ha det kommunale tilbudet Frisk Bris som samarbeidspartner.

– De kommer fort i kontakt med noen som både har tid og kompetanse til å følge dem tett opp, både med behandling og med aktivitet. Vi på NAV er ikke behandlere på noe som helst vis. Før måtte vi kontakte spesialisthelsetjenesten, og der måtte man være nokså dårlig for å få hjelp, sier Røe.

Alltid svar samme dag

Hun jobber med oppfølging av sykmeldte i NAV Bamble og samarbeider med Frisk Bris.

– Det som er lettvisst, er at vi bare kan sende dem en e-post eller ringe dem. Vi har alltid svar fra dem i løpet av dagen, sier hun.

Hun merker en effekt av at Frisk Bris vektlegger å komme tidlig til med hjelp.

– Vi merker at folk forsvinner ut av systemet vårt mye tidligere enn før. At tidlig innsats virker, det ser vi som jobber med denne gruppa, sier Røe.



TIDLIG INNSATS: – Vi merker at folk forsvinner ut av systemet vårt mye tidligere enn før. At tidlig innsats virker, det ser vi som jobber med denne gruppa, sier Anne Tømmervåg Røe (t.h.) i NAV Bamble. Her sammen med Sølvi Abrahamson fra Frisk Bris Bamble. FOTO: NAV BAMBLE

– De er kreative

Tilbakemeldingene fra brukerne er positive.

– Frisk Bris har vært flinke til å hjelpe folk både ut i jobb og til å få det bedre. De er kreative for eksempel med å finne en ny yrkesvei, og vi får tilbakemeldinger fra brukerne som har vært hos Frisk Bris om at de har blitt hjulpet inn på et bedre spor. Det gjelder også flere av dem som ikke kommer seg i jobb, understreker hun.

Hun roser Frisk Bris for å ha god oversikt over hva andre tjenester tilbyr.

– De er også flinke til å avdekke om det er noe mer som skal til, for eksempel arbeidsrettet rehabilitering ved sykehuset. Der har de både lege, psykomotorisk fysioterapeut og psykologer, sier Røe. ●



Mange å spille på i lille Storfjord

Til tross for bare omkring 2000 innbyggere, spredt over et stort geografisk område, har Storfjord kommune skapt et internt samarbeid som gir psykisk helse- og rustjenestene flere å spille på.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

– Vi er tverrfaglig sammensatt i tjenesten, og det ser vi stor gevinst av. Samarbeidet med de andre kommunale aktørene er samtidig svært viktig for oss, sier fagansvarlig for psykisk helse, Ketil Slettlı.

Selv er han sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid og kognitiv terapi. I tillegg har tjenesten sykepleier med mastergrad i psykisk helsearbeid, sosionom, og barnevernspedagog. Disse jobber i hovedsak med å gi et tilbud til personer med lettere og moderate psykisk helse- og rusutfordringer, men gir også tilbud til mennesker med mer omfattende utfordringer.

Det kan nok være enklere å benytte seg av et tilbud i regi av Frisklivssentralen enn et tilbud i gitt av oss, litt mindre skummelt.

KETIL SLETTLI,
FAGANSVARLIG FOR PSYKISK HELSE

Flerfaglig forum

Slettlı forteller at de har et tett samarbeid med NAV. Han vektlegger at de er lokalisert i samme bygg, noe som er nyttig for samarbeidet. De har faste møtetidspunkter med NAV, og de sitter sammen i Flerfaglig forum. Dette er et forum bestående av psykisk helse- og rustjenesten, NAV, barnevernstjenesten og



STERKE SAMMEN: I en liten kommune betyr samarbeidet med NAV og andre mye, mener fagansvarlig for psykisk helse, Ketil Slettlı. FOTO: STORFJORD KOMMUNE

helsestasjonen. Forumet møtes en gang i måneden fast og ellers ved behov.

– I dette forumet kan vi drøfte både generelle tema og anonyme eller konkrete saker hvis bruker har gitt oss fullmakt til det. Forumet er særlig nyttig ved at vi

er ulike fagpersoner som drøfter og belyser saker fra flere hold, mener han.

Vi snakker med ham en fredag formiddag. Han har akkurat kalt inn til et hastemøte med forumet over helgen. Det å kunne kalle inn til møter utenom de ordinært oppsatte tidspunktene, er nemlig en mulighet alle deltagerne i forumet har der det er behov for raske drøftinger.

– Jeg fikk nylig en problemstilling i fanget som gjorde at jeg så behov for å drøfte med forumet raskt. Slike møter har vi innimellom, og det ligger litt i sakens natur at en slik mulighet må være til stede om et forum som dette skal ha en ordentlig nytte. Det kan skje mye i løpet av en måned, understreker han.

Når ut til flyktninger

Psykisk helse- og rustjenesten sitter vegg i vegg med flyktninghelsetjenesten. Sletkli beskriver samarbeidet med flyktningkonsulentene som godt.

– Vi jobber ganske tett med hverandre. Har han kontakt med noen som kan ha nytte av vårt tilbud, så bidrar vi inn. Vi har i mange år fokusert på at vi også skal være et tilbud til personer med flyktningbakgrunn, og jeg tror det tette samarbeidet med både flyktninghelsetjenesten og fastlegene er med på å gjøre at vi når denne gruppen på en god måte, mener Sletkli.

Gryende samarbeid med Frisklivssentralen

Tilbudet til psykisk helse- og rustjenesten består i hovedsak av individuelle samtaler, men de har også to gruppetilbud. Den ene gruppen fokuserer på aktivitet, mens den andre er en internasjonal kvinnegruppe. Sletkli forteller at de nå har startet et samarbeid med Frisklivssentralen, for blant annet å starte kurs i mestring av depresjon og mestring av belastning.

– Vi ser behovet for å ha et gruppetilbud som er enda mer konkret rettet inn mot utfordringer relatert til angst og depresjon, og er derfor i gang med et

samarbeid med Frisklivssentralen hvor tanken er at vi sammen skal tilby slike kurs, sier han.

Han tror at et tettere samarbeid med Frisklivssentralen kan bidra til ytterligere oppmerksomhet på fysisk aktivitet samt redusere terskelen for å ta kontakt.

– Det kan nok være enklere å benytte seg av et tilbud i regi av Frisklivssentralen enn et tilbud i regi av oss, litt mindre skummelt. Det er jo små forhold her, og mange vet om hverandre, så det å ha flere å spille på tror jeg blir veldig bra.

Når vi har tilbud kun på dag slik vi har nå, ekskluder vi mange.

KETIL SLETTLI, FAGANSVARLIG PSYKISK HELSE

Tilbud på ettermiddag og kveld

Han mener kurs kan gi noe individuelle samtaler ikke kan, og fremhever effektene av å se at en ikke er alene med sine utfordringer. En annen viktig faktor er at dette tilbudet skal være gratis og foregå på ettermiddag eller kveld.

– Vi tenker å holde disse kursene sammen med Frisklivssentralen på ettermiddag og kveld slik at vi når flere, også dem som ikke kan ta seg fri fra skole og jobb. Jeg tenker at når vi har tilbud kun på dag slik vi har nå, ekskluder vi mange.

Fremover vil de også vurdere om de skal inngå samarbeid med nabokommunen Lyngen om dette kurstilbudet.

– Vi har begynt å drøfte dette. Det kan både være positivt for rekruttering og redusere sannsynligheten for å møte naboen på kurs, sier Sletkli. ●

Fastlegesamarbeid gir bedre tilbud til brukerne

– Idet jeg får en pasient på mitt kontor med psykiske utfordringer, begynner jeg å selge inn tilbudet de gir, sier kommuneoverlege i Storfjord, Gaute Waldahl, om samarbeidet med psykisk helse- og rustjenesten.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Annenhver uke har psykisk helsetjenesten tverrfaglige møter sammen med fastlegene. De samarbeider rundt enkeltbrukere, og de ringer hverandre eller møtes for å drøfte ulike problemstillinger ved behov.

– Fastlegene er lett tilgjengelige, og gjennom å ha deres direktenummer når vi dem raskt ved behov. Legene kjenner godt til vårt tilbud og vet hvilken kompetanse vi har å bidra inn med. Ofte kan det være slik at vi og lege følger opp sammen, sier fagansvarlig i psykisk helsetjenesten, Ketil Sletli.

– Mer spisset kompetanse

Kommuneoverlege Gaute Waldahl mener psykisk helse- og rustjenestene har noe å tilby som fastlegene ikke kan gi på samme måte.

– De har en mer spisset kompetanse på psykisk helse og tema som angst og depresjon, for eksempel. Det at de gir et så godt tilbud, gjør jobben for oss fastleger lettere og tilbudet til pasientene bedre. De avlaster også oss fastleger så det holder.

Waldahl trekker også frem den lave terskelen, korte ventetiden og det at tjenesten kan gi et mer intensivt tilbud.

– Psykisk helsetjenesten har avsatt mer tid til den



AVLASTER: – De avlaster oss også fastleger så det holder, sier kommune-overlege Gaute Waldahl i Storfjord (t.v.), om Ketil Sletli og psykisk helse- og rustjenestene. FOTO: STORFJORD KOMMUNE

enkelte, og de har kortere ventetid enn oss fastleger. Det er viktig at pasientene raskt kan få en samtale i perioder med høyt symptomtrykk, og hos meg kan det være lang ventetid. De kan rett og slett gi et mer intensivt tilbud enn vi har sjans til, sier han.

– Kommer pasientene til gode

Han mener nøkkelen til det gode samarbeidet er at de har faste møter annenhver uke, som både fastlegene og psykisk helse- og rustjenestene prioriterer høyt å komme på.

– Vi prioriterer virkelig disse møtene, alle sammen. Jeg har aldri gått fra disse møtene og tenkt at dette ikke var nyttig. Egentlig forundrer det meg at ikke flere kommuner har et så tett samarbeid som vi har her, for vi ser jo at det kommer pasientene til gode, mener kommuneoverlegen. ●

Straks-hjelp til folk i livskrise

Har du mistet nære pårørende, hatt et vanskelig samlivsbrudd, fått påvist alvorlig sykdom eller mistet jobben, kan du få bistand fra Livskrisehjelpen ved Bergen legevakt. Vanligvis samme dag.

AV KJETIL ORREM, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA



SAMMENSVEISET: De seks ansatte ved Livskrisehjelpen har vært der i tre til ti år, og mener stabiliteten skyldes god kollegastøtte og en jobbhverdag som aldri blir kjedelig. F.v. Birthe Rasmussen, Jacqueline Tveit, Marie Thorkildsen, Ragnhild Isaksen, Elisabeth Fjellbirkeland og Maren Assev. FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA



– Vi er nøye med å understreke at dette ikke er et behandlingstilbud. Vi gir råd og veiledning, og kan blant annet mye om selvhjelpsteknikker, i tillegg til at vi driver en del psykoedukasjon. Ofte er mye av jobben vår også bare å høre på folk, forteller avdelingssykepleier og leder for Livskrisehjelpen, Birthe Rasmussen.

Men avdelingen har også en rekke saker av mer akutt og alvorlig art, og da er det greit at plasseringen gir rask tilgang på legekompentanse ved behov. Det kan dreie seg om bistand til avklaring og behandling av somatisk sykdom, men også om å få gjort en

Det kan være godt bare å hjelpe mennesker i krise med å normalisere deres egne reaksjoner.

MARIE THORKILDSEN,
PSYKIATRISK SYKEPLEIER

formell vurdering av selvmordsrisiko dersom dette framkommer under samtale.

– Vi er svært nøye med å kartlegge eventuell suicidalfare under første samtale, forteller Rasmussen.

I tillegg er resten av legevakten viktige støttespillere på kveldstid og i helgene, når en av de ansatte er alene på vakt ved Livskrisehjelpen. Innskriving og sortering ved ankomst til legevakten skjer ved sykepleier i motaksluken, og de kan iblant fange opp at pasienter som skal til Livskrisehjelpen, heller bør få bistand av lege.

– Behandlende effekt

Livskrisehjelpen har vært i drift siden 2005 og er altså en avdeling av legevakten som holder til i Bergen helsehus. Drøyt 1700 pasienter var i 2017 i kontakt med tjenesten, som gjennomførte nærmere 3400 konsultasjoner.

De seks ansatte har inntil tre samtaler med alle som henvender seg. Og selv om de ikke definerer det

de gjør som behandling, påpeker Rasmussen og de andre ansatte at de alle har lang erfaring med, og mye kunnskap om, psykiske plager og belastninger.

– Da blir det nok fort til at de grepene vi tar, og de intervensjonene vi gjør, likevel har en behandlende effekt. Det er selvfølgelig vanskelig å sette et absolutt skille mellom hva som er behandling, og hva som ikke er det, mener Rasmussen.

Og hvis Livskrisehjelpen ikke er riktig instans, eller de mener du trenger ytterligere oppfølging i etterkant, gjør de sitt beste for å skaffe deg den riktige hjelpen. Rasmussen understreker imidlertid at de ikke har noen henvisningsrett, slik at dette ofte forutsetter en god dialog med fastlegen eller – i mer akutte tilfeller – bistand fra lege ved legevakten.

Bredt nettverk

Det trengs ingen henvisning for å få hjelp, og pasientene tar i all hovedsak kontakt selv. En rekke ulike aktører henvender seg likevel til avdelingen. Det kan være for å spørre om de har mulighet til å ta imot noen for en samtale, eller bare for å få råd og veiledning om hvordan de skal håndtere en situasjon.

Blant instansene som henvender seg, er fastleger, helsesøstre og andre kommunale tjenester samt politiet, familievernkontoret, barnevernet og frivillige organisasjoner som Kreftforeningen og Røde Kors.

– Vi har lagt ned en del arbeid i å gjøre tilbudet kjent. Og vi har et godt, gjensidig samarbeid med svært mange aktører. De henvender seg til oss når de trenger bistand, og vi henvender oss til dem når vi har vært i kontakt med mennesker som kan trenge oppfølging fra andre, sier Rasmussen.

Seks sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid er ansatt ved Livskrisehjelpen. Vurderer de at det er behov for videre



Vi kan jo ikke kalle det krisehjelp hvis folk ikke får svar.

BIRTHE RASMUSSEN, LEDER LIVSKRISEHJELPEN



LEGE UNDER SAMME TAK: Livskrisehjelpen er en avdeling ved legevakten i Bergen, og samarbeider tett med det øvrige personalet. FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA

behandling etter at tilbudet deres er avsluttet, kan de etter avtale med pasienten lage et utfyllende skriv til fastlegen, noe som ofte kan være nyttig for å få viderehenvist til riktig instans. Pasienten kan også få med seg utskrift av journalnotat, om ønskelig.

Får alltid svar

Livskrisehjelpen har telefon- og besøkstid fra halv ni om morgenen til halv elleve om kvelden alle hverdager og fra tolv til halv ni i helgene og på helligdager. Målet er at minst mulig av tiden skal være beslaglagt av forhåndsavtalte samtaler, slik at teamet er tilgjengelig på telefon og kan håndtere henvendelser fortløpende. Mottaket i legevakten besvarer telefonen dersom ingen i Livskrisehjelpen har mulighet til å ta den. Det kan skje hvis den som er alene på kveldsvakt

sitter i samtale, og i de timene Livskrisehjelpen ikke er betjent.

– Vi kan jo ikke kalle det krisehjelp hvis folk ikke får svar, understreker Rasmussen.

Siden 2007 har Livskrisehjelpen også hatt ansvar for den psykososiale oppfølgingen ved legevaktens voldtekstmottak. Samtlige ansatte betjener også denne funksjonen, og i 2017 fulgte de opp 200 av totalt 234 pasienter som ble tatt imot på mottaket, hvor Rasmussen fungerer som koordinator. Disse pasientene får også tilbud om tre samtaler, i tillegg til den rettsmedisinske undersøkelsen og behandlingen de får fra leger og sykepleiere ved legevakten.

Ansatte som trives

Foruten Rasmussen, som har vært ved avdelingen siden oppstart, har de øvrige ansatte vært der mellom tre og ti år. De peker på at det er et meningsfullt arbeid, og at det kjennes godt å kunne gi folk et tilbud med liten eller ingen ventetid.

– Det kan være godt bare å hjelpe mennesker i krise med å normalisere deres egne reaksjoner. Ofte er det nyttig å få hjelp til å forstå at man ikke er i ferd med å gå fra forstanden, men tvert imot har en helt adekvat reaksjon på en vanskelig situasjon, sier psykiatrisk sykepleier Marie Thorkildsen.

– Det blir heller aldri kjedelig å jobbe her. Vi vet aldri akkurat hvem som kommer eller hvor mange som kommer, utfyller en av de andre.

De peker også på god, gjensidig kollegastøtte og månedlig veiledning fra Senter for krisepsykologi som faktorer som bidrar til å gjøre Livskrisehjelpen til en attraktiv arbeidsplass. ●



RASK HJELP: – For oss er den lave terskelen, og muligheten for at pasienter vi møter så raskt kan få samtale hos henne, viktig, sier fastlege Gunn Eline Børmark om samarbeidet. Her sammen med psykiatrisk sykepleier Anita Faksnes Melkild. FOTO: SURNADAL KOMMUNE

Samarbeid med fastleger og nabokommuner gir bedre tjenester

Surnadal er en liten kommune med få ansatte i enhet for psykisk helse. Det gode samarbeidet med fastlegene og nabokommunene er derfor ekstra viktig for dem.

AV GRY STRØM, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Surnadal har 6000 innbyggere. Enhet for psykisk helse og rus er organisert under helse- og omsorgstjenesten i kommunen og har bare en ansatt for å følge

opp voksne med milde og moderate psykiske eller rusutfordringer.

– Det gjør det enda viktigere å tenke utover egen

enhet og egen fagbakgrunn. Fastlegene er viktige, sier psykiatrisk sykepleier Anita Faksnes Melkild.

Lett å få tak i fastlegene

Hun er glad for det gode samarbeidet med fastlegene.

– Vi har et legesenter med fem fastlegehjemler.

Alle fastlegene har vist en genuin interesse for psykisk helse og stor samarbeidsvilje, forteller Melkild.

Videre beskriver hun dem som både tilgjengelige og gode drøftingspartnere.

– Jeg kan slå på tråden til dem eller rusle ned på legekantoret, som er bare fem minutters spasertur unna, om jeg har behov for å diskutere en problemstilling jeg står i. Det at de er så tilgjengelige for meg, ser jeg kommer brukerne til gode.

Det å samarbeide om dette kurset er nyttig for å ha stort nok befolkningsgrunnlag til å sette sammen en gruppe som fungerer.

ANITA FAKSNES MELKILD,
PSYKIATRISK SYKEPLEIER

Gjensidig nytte

Nytten av det tette samarbeidet går begge veier.

Fastlege Gunn Eline Børmark berømmer den hjelpen Melkild gir. Fastlegene ringer også ofte til henne for å diskutere faglige utfordringer eller for å fortelle at de har vært i kontakt med brukere som har behov for samtale med henne.

– Jeg har stor faglig tillit til den hjelpen hun gir personer med psykiske utfordringer. For oss er den lave terskelen, og muligheten for at pasienter vi møter så raskt kan få samtale hos henne, viktig. Det gjør det lett for oss å anbefale dem vi møter å ta kontakt med henne, sier Børmark.



SAMARBEID: Anita Faksnes Melkild er glad for det gode samarbeidet med fastlegene og nabokommunene. FOTO: GRY STRØM/

NAPHA

Hun forteller videre at det ofte er personer med angst og depresjon eller personer som enten er i eller nylig har opplevd en krise i livet, som de samarbeider om.

– Det er små og til dels oversiktlige forhold både i vår kommune og i nabokommunene. Derfor synes nok en del at det er vanskelig å motta psykisk helsehjelp i egen hjemkommune

ANITA FAKSNES MELKILD

Samarbeider med nabokommuner

Melkild samarbeider også med andre tjenester i kommunen, som NAV og ruskonsulent. Kommunen har dessuten samarbeid med to nabokommuner, og de har blant annet sinnemestringskurs sammen med Halså kommune.

– Det å samarbeide om dette kurset er nyttig for å ha stort nok befolkningsgrunnlag til å sette sammen en gruppe som fungerer, og så må en være to behandlere til stede hver gang. Så rent praktisk ser vi at det er behov for interkommunalt samarbeid. Det er også en styrke å ha med en terapeut til som ikke er fra egen kommune, sier Melkild.

Noen ganger har hun samtaler med brukere fra nabokommunene da disse kan oppleve det vanskelig å skulle snakke med ansatte i egen kommune.

– Det er små og til dels oversiktlige forhold både i vår kommune og i nabokommunene. Derfor synes nok en del at det er vanskelig å motta psykisk helsehjelp i egen hjemkommune, så da er det viktig med samarbeid, mener Melkild.

– Forhindrer utbrenthet

Hun har faste møter med psykisk helsetjenestene i Halså og Rindal kommune fire ganger årlig. Også i disse kommunene er det få ansatte innen psykisk helsetjeneste for voksne.

– Vi er fire fagpersoner som møtes for å drøfte faglige problemstillinger og få impulser fra hverandre. Vi forteller for eksempel om kurs vi har vært på, diskuterer lovverk, nye veiledere og ellers sikrer at vi henger med i det som skjer på feltet. I en liten kommune er det ikke alltid så lett å få til en skikkelig utfyllende og god diskusjon. Så slikt samarbeid er god forebyggende personalpolitikk som er med på å forhindre utbrenthet, understreker Melkild. ●

RASK PSYKISK HELSEHJELP – ET LOVENDE TILBUD TIL EN VIKTIG MÅLGRUPPE

Norske kommuner trenger et bredere tilbud til personer med lettere depresjons- og angstlidelser. Rask psykisk helsehjelp kan være et godt sted å starte.

AV ROBERT SMITH, FOLKEHELSEINSTITUTTET, OG MARIT KNAPSTAD, UNIVERSITETET I BERGEN / FOLKEHELSEINSTITUTTET

Angst- og depresjonslidelser utgjør sammen med ruslidelser de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen, og har betydelige konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. Grunnet helsetapet disse lidelsene gir, og det at de rammer så mange av oss, er angst og depresjon rangert på 8. og 9. plass over lidelser som gir størst sykdomsbyrde. De er blant de vanligste årsakene til redusert arbeidsevne, sykefravær og uføretrygd i Norge (Mykletun, Knutsen & Mathiesen, 2009; Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015; Mykletun & Knutsen, 2009).

Samtidig er tilgangen til psykiske helsetjenester, der en kan få hjelp med angstlidelser og mild-til-moderat depresjon, begrenset. Andelen som ikke får behandling for disse lidelsene selv om de har behov for det, såkalt «treatment gap», er anslått å være over

50 prosent i flere europeiske land (Hewlett & Moran, 2014). I en ny studie ble det anslått at andelen kunne være så høy som 80 prosent for angstlidelser i Norge (Torvik et al., 2018).

12 piloter evaluert

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er ett av flere initiativer med mål om å øke tilgangen til evidensbasert behandling for voksne med angst og lettere til moderate nivåer av depresjon. De 12 første RPH-pilotene som startet opp i 2012 og 2013, ble evaluert av Folkehelseinstituttet i perioden 2012–2014, etter oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet. Resultatene ble publisert i rapportform (Smith, Alves & Knapstad, 2016). De viktigste funnene kan oppsummeres slik:

- Resultatene viste en sterk reduksjon i symptomer



FORSKER PÅ RASK PSYKISK HELSEHJELP:

Marit Knapstad og Robert Smith i Folkehelseinstituttet.

FOTO: FOLKEHELSEINSTITUTTET

på depresjon og angst i løpet av behandlingen. Ved starten av behandlingen hadde 76,3 prosent av klientene klinisk signifikante nivåer av angst og depresjon. Ved slutten av behandlingen rapporterte 61,6 prosent av disse klientene å være friske igjen (såkalt «recovery rate», definert som ikke lenger å ha kliniske nivåer av angst og depresjon). Dette er godt over IAPT-målsettingen om en «recovery rate» på minst 50 prosent. Symptomletten var omtrent like stor på tvers av pilotstedene.

- Klientene fikk også en stor forbedring i livskvalitet fra før til etter behandling. Også for livskvalitet var forbedringen omtrent like stor på tvers av pilotstedene.
- Endringen i arbeidsdeltakelse var statistisk signifikant, og det ble observert 5,6 prosent økning

i andelen klienter som var i jobb uten trygd ved slutten av behandlingen. Denne prosentandelen er i tråd med funn fra de to første pilotene i England.

- Hva gjelder søvnproblemer, viste 53,6 prosent av klientene klinisk signifikante nivåer av insomni ved starten av behandlingen. Ved slutten av behandlingen rapporterte 44,5 prosent av disse å være friske igjen.
- Klientene rapporterte å være i stor til svært stor grad tilfredse med RPH-tilbudet.

Randomisert kontrollert studie

Resultatene fra evalueringen var altså lovende med hensyn til symptomlindring, forbedring i livskvalitet og økning i arbeidsdeltakelse etter behandling. De var omtrent like gode som resultatene fra de første evalueringene av IAPT i England. Ved evalueringen i de 12 første pilotene ble det imidlertid benyttet et relativt svakt forskningsdesign, noe som gjør at det er usikkert i hvilken grad de observerte endringene kan tilskrives selve behandlingen. For å kunne trekke sikrere slutninger om årsak-virkning og effekten av RPH på symptomer og arbeidsdeltakelse, og for å kunne gjennomføre kostnads-nytte-analyser, ble det

Halvparten av klientene tok kontakt med Rask psykisk helsehjelp selv.

satt i gang en randomisert kontrollert studie i RPH-pilotene Kristiansand og Sandnes. De første resultatene fra denne studien vil bli publisert i løpet av 2018.

Utfordringer

Rapporten fra evaluering av de første 12 pilotstedene konkluderte videre med at RPH-modellen ser ut til å fungere etter målsettingen om å være et lavterskeltilbud som øker tilgangen til behandling. Halvparten av klientene tok kontakt med RPH selv, og ventetiden

Klientene fikk en stor forbedring i livskvalitet fra før til etter behandling.

før behandling var vesentlig lavere enn for andre hjelpetilbud for målgruppen. Samtidig ble det i rapporten pekt på en del viktige utfordringer:

- RPH trenger i større grad enn nå å utvikle et tilbud for grupper som er underrepresenterte, som lavt utdannede, klienter over 67 år og klienter med innvandrerbakgrunn.
- Lavintensive behandlinger (veiledet selvhjelp, gruppekurs) utgjorde en for liten del av det totale behandlingstilbudet i RPH i perioden 2014–2016. Det ligger et potensial i å kunne behandle flere klienter dersom lavintensiv veiledet selvhjelp og gruppekurs for behandling av angst og depresjon blir utviklet og/eller tilgjengeliggjort i større grad for RPH.
- RPH-terapeuter kan bli enda tydeligere med hensyn til å ta opp og følge opp klientenes jobbsituasjon i behandlingen. Et tydeligere jobbfokus i behandlingen kan også ha betydning for effekt av behandlingen på arbeidslivsdeltakelse. Det er mulig at effekten kan økes for eksempel gjennom økt samarbeid med NAV samt ved å øke terapeutenes kompetanse på området arbeid og psykisk helse.
- Når det gjelder lokal videreføring av RPH, ble det funnet at prosjektlederne brukte en del ressurser på å promotere RPH overfor politikere og andre beslutningstakere. Både prosjektledere og rådmenn i kommuner/bydeler med presset økonomi beskrev manglende øremerking av tildelingene til RPH som en trussel mot lokal videreføring av dette viktige tiltaket.
- Elektronisk sesjon-til-sesjon-måling av klientrapporterte symptomer ble brukt i evalueringen for å samle inn data. I tillegg ble det anvendt i terapien

som et nyttig verktøy for tilbakemelding og monitorering av utvikling gjennom behandlingsforløpet. Forskning på dette feltet tyder på at slike tilbakemeldinger kan styrke effekten av behandlingen (Gondek, Edbrooke-Childs, Fink, Deighton & Wolpert, 2016). I tillegg kan disse dataene altså brukes til kvalitetssikring og forskning. Det anbefales derfor at nye kommuner setter av en del ressurser til systematisk, elektronisk innhenting av data underveis. ●

REFERANSER

- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, Volume 386*(No. 9995), 743-800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J. & Wolpert, M. (2016). Feedback from Outcome Measures and Treatment Effectiveness, Treatment Efficiency, and Collaborative Practice: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health, 43*(3), 325–43. doi: 10.1007/s10488-015-0710-5
- Hewlett, E. & Moran, V. (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264208445-en
- Mykletun, A. & Knutsen, A. K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd*. (Rapport 2009:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mykletun, A., Knutsen, A. K. & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Smith, O.R., Alves, D.E. & Knapstad, M. (2016). *Rask Psykisk Helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., ... Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 137*(1), 54-64. doi: 10.1111/acps.12829

Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et korttids behandlingstilbud i kommunen for voksne over 16 år med angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med begynnende rusproblemer eller søvnvansker i tillegg.

RPH er basert på det engelske programmet Improving Access to Psychological Therapy (IAPT), som i dag er etablert i de fleste helsekommuner i England, etter gode resultater fra pilotstudier.

RPH skal tilby hjelp i tre hovedkategorier:

- 1 **Veiledet selvhjelp:** Terapeuten formidler eller henviser til selvhjelpsmateriell (brosjyrer, bøker, internettbehandling). Oppfølgingsamtaler med klienten via telefon eller ansikt til ansikt brukes for å dele erfaringer med materialet og for å oppmuntre klienten til å bruke materialet systematisk.
- 2 **Gruppekurs:** Deltakerne lærer en kognitiv forståelsesmodell og teknikker for å endre tanke- og atferdsmønstre som vedlikeholder og forsterker depresjon og angst. Enkelte team har også utviklet egne kurs rettet mot mer spesifikk problematikk.
- 3 **Individuell behandling:** tidsavgrenset, strukturert psykologisk behandlingstilnærming, basert på kognitiv terapi.

Målet er å gi direkte hjelp til flere personer uten lang ventetid, slik at problemene ikke utvikler seg.

- Tilbudet er gratis og gir hjelp uten henvisning fra lege.
- RPH drives av tverrfaglige team som har ansatt eller er tilknyttet psykolog.
- Alle ansatte gjennomfører videreutdanning i kognitiv terapi i regi av Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT).
- Teamet samhandler med fastleger, spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale tjenester i samråd med bruker.
- Behandlingen skal redusere symptomene og styrke funksjonen og livskvaliteten for dem som mottar hjelp.
- Å styrke arbeidsevnen og forhindre langtidsfravær for dem som er i jobb eller studier, er et vesentlig mål.

Helsedirektoratet startet pilotprosjektet Rask psykisk helsehjelp (RPH) i 2012, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Per juni 2018 var det totalt 55 kommuner og bydeler fordelt på 49 RPH-team. Helsedirektoratet annonserer årlig tilskuddsmidler til drift og etablering av nye og eksisterende RPH-team.

Interkommunalt samarbeid til felles nytte

Nord-Salten-samarbeidet, Fosen Helse IKS og Rask psykisk helsehjelp Modum og Sigdal viser at små kommuner sammen klarer å gi et tilbud som de ikke kunne gitt alene.

AV SOLRUN STEFFENSEN OG TROND ASMUSSEN, FAGLIGE RÅDGIVERE, NAPHA

Det totale helsetilbudet i kommunene er styrket, mener Rask psykisk helsehjelp-teamene som har erfaring med interkommunalt samarbeid om å tilby denne lavterskeltjenesten.

For små alene

Mange norske kommuner er i dag for små til å kunne etablere Rask psykisk helsehjelp-team (RPH). I dag er det nærmere 50 RPH-team i Norge, og potensialet for flere team er stort, særlig om det utvikles interkommunale samarbeid flere steder. Gjennom slike samarbeid vil kommunene i større grad kunne tilby innbyggere et bredt og faglig godt tilbud, samt at det vil være positivt for rekruttering og for å beholde og utvikle kompetanse blant ansatte.

Kommunesamarbeid om å yte tjenester krever, i tillegg til fagkunnskap om RPH-modellen og metodene, også kompetanse om teamledelse og organisasjons- og systemforståelse. Kommunene må tenke helhetlig, og ulike tjenestetilbud må relatere seg til hverandre og være del av et større planarbeid. Bruk av

IT-løsninger gir mulighet til å overkomme geografiske utfordringer, og anbefales.

Kommunene har stor frihet til å finne samarbeidsordninger med hverandre, men er regulert av kommuneloven. Det finnes flere samarbeidsvarianter, fra samkommunemodell og vertskommunemodell til samarbeid organisert gjennom aksjeselskap eller interkommunalt selskap (IKS). KS har gitt ut introduksjonsheftet *Formelt interkommunalt samarbeid* (KS, 2013), hvor en kan lese mer.

Tre ulike interkommunale samarbeidsmodeller:

- **Nord-Salten-samarbeidet**

Nord-Salten-samarbeidet består av kommunene Hamarøy, Steigen og Tysfjord, med i overkant av 6000 innbyggere til sammen. De samarbeider om RPH, psykolog i kommunen, FACT-team, familiemøte og BrukerPlan. Samarbeidet er foreløpig prosjektorganisert, men ifølge prosjektleder for Nord-Salten RPH, Erik Svendsen, jobber de for å få politisk vedtak på disse tjenestene.



En av grunnene til at de tre kommunene inngikk samarbeid, var at hver enkelt av dem bare hadde to-tre ansatte innen rus og psykisk helse. Dette gjorde dem, ifølge prosjektleder, sårbare ved blant annet ferie, sykefravær og dersom noen sluttet i stillingen. Små forhold gjorde også at brukere kunne møte på personer i egen familie eller nettverk når de tok kontakt med tjenesten. De fokuserer også på kompetanseheving på tvers av kommunene og involvering av politikerne og kommuneadministrasjonen i nye prosjekter.

RPH-teamet består av fem kognitive terapeuter, som har en prosentandel av sin jobb i RPH og resten innen andre psykisk helsetjenester i kommunene. Selv om de er teamorganisert, har de fortsatt sine arbeidssteder i hver sin kommune. De er også tilknyttet en psykolog som veileder dem. De bruker Skype for Business til en del møter.

- **Fosen Helse IKS**

Fosen RPH er en tjeneste i Fosen IKS, som er et interkommunalt selskap bestående av seks kommuner på Fosen. Tilbudet Rask psykisk helsehjelp er et samarbeid med kommunene Bjugn, Roan, Ørland og Åfjord. Tilbudet er en lavterskeltjeneste for innbyggere over 16 år i de fire kommunene, med til sammen omkring 14 000 innbyggere. De har kontorlokaler i tre av kommunene og tilbyr også telefonkonsultasjoner. Samarbeidet startet som et pilotprosjekt, men er nå et fast tilbud som del av ordinær drift. I 2017 hadde RPH-teamet 1,9 årsverk, fire terapeuter og en psykolog tilknyttet prosjektet. Intensjonen er at alle terapeuter skal ha minst 40 prosent RPH-arbeid i sin stilling. Tjenesten tilbyr individuelle samtaler, veiledet selvhjelp eller gruppekurs på tvers av kommunegrenser. De jobber for å være en fleksibel og tilgjengelig tjeneste for befolkningen.

De arbeider også for at flere kommuner skal bli en del av dette tilbudet, da dette i enda større grad vil gi



Solrun Steffensen, faglig rådgiver i NAPHA.

FOTO: HEGE LANDRØ JOHNSEN



Trond Asmussen, faglig rådgiver i NAPHA.

FOTO: HEGE LANDRØ JOHNSEN

I dag er det nærmere 50 Rask psykisk helsehjelp-team i Norge, og potensialet for flere team er stort, særlig om det utvikles interkommunale samarbeid flere steder.

mulighet til å øke antall årsverk, utvikle mer robuste team og sikre tilgjengeligheten for innbyggerne.

Fosen Helse IKS utvikler og drifter tjenester som eierkommunene eller helseforetaket foretrekker å yte gjennom selskapet. Dette er tjenester som er krevende for små kommuner å ivareta alene, og som ofte krever spesialisert kompetanse. Fosen Helse IKS jobber for at regionen skal ha en langsiktig og helhetlig strategi for tjenesteutvikling til gagn for befolkningen. Den er en organisasjon i stadig endring hvor utviklingsprosjekter prøves ut, evalueres og eventuelt settes i permanent drift.

En av grunnene til at de tre kommunene inngikk samarbeid, var at hver enkelt av dem bare hadde to–tre ansatte innen rus og psykisk helse.

- **Samarbeidsarena for psykisk helse**

Kommunene Modum og Sigdal har som en del av det interkommunale samarbeidsorganet Samarbeids Arena Psykisk Helse (SAPH) et felles RPH-team. Kommunene har til sammen over 17 000 innbyggere. Teamet har i dag 3,6 stillinger fordelt på fem terapeuter, med en psykolog i full stilling.

RPH-tjenesten er et kommunalt tiltak med spesialutdannet personell fra både Sigdal, Modum og spesialisthelsetjenesten ved Modum Bad. Tilbud rettes til alle over 16 år. Teamet opplever plasseringen ved Modum Bad som gunstig. Stedet gir rom for at man kan komme dit uten at det er synlig for mange. RPH-teamet har også et utstrakt samarbeid med fastleger, NAV, bedriftshelsetjenesten, flyktningtjenesten, mestringsenheten og øvrige helse- og sosialtjenester.

Det interkommunale samarbeidsorganet SAPH er et folkehelsesamarbeid som særlig fokuserer på

psykisk helse. Samarbeidet foregår mellom kommunene Modum, Sigdal, Øvre Eiker og Krødsherad, Buskerud fylkeskommune samt Modum Bad. Til sammen har de et befolkningsgrunnlag på nesten 39 000. Øvre Eiker ble vurdert som for stor til å være en del av samarbeidet rundt RPH, mens Krødsherad kommune med sine rundt 2200 innbyggere er invitert inn. Formålet med SAPH er å skape et best mulig tilbud for befolkningen gjennom samhandling og god utnyttelse av kompetanse og ressurser. Koordinator i samarbeidsorganet SAPH, Egil Helleland, sier det er viktig å være bevisst på at det tar tid å få til strukturelt systemsamarbeid. Han mener RPH passer godt inn i samarbeidsorganet, og at det styrket kommunenes totale helsetilbud. ●

REFERANSER:

Kommunesektorens organisasjon, KS. (2013). *Formelt interkommunalt samarbeid. Introduksjonshefte*. Oslo: KS.

Utfyller de andre tjenestene

Kommunene Modum og Sigdal samarbeider om Rask psykisk helsehjelp, og ser det som et viktig og utfyllende tillegg til de øvrige tjenestene.

AV SOLRUN STEFFENSEN OG TROND ASMUSSEN, FAGLIGE RÅDGIVERE, NAPHA

– RPH-tilbudet har ikke forstyrret eller vært i konkurranse med det øvrige tjenestetilbudet, men tvert imot bidratt til å øke det samlede tilbudet innen psykisk helse i kommunene, mener tidligere teamleder Egil Halleland.

Han får støtte fra Rask psykisk helsehjelps nye teamleder, Jone Solberg Vik, og virksomhetsleder for forebyggende tjenester i Modum kommune, Hilde Øverby. De peker på at RPH har et utstrakt samarbeid med både fastleger og øvrige kommunale tjenester som mestringsenheten, skoler, flyktningtjenesten, Frisklivssentralen og barne- og familietjenesten, i tillegg til spesialisthelsetjeneste, NAV og arbeidsgivere.

Interkommunalt samarbeid

Halleland er nå koordinator for SAPH - Samarbeids-Arena Psykisk Helse, som har eksistert siden 2012, og som i tillegg til Sigdal og Modum kommuner og Modum Bad, nå også inkluderer kommunene Øvre Eiker og Krødsherad.

– Samarbeidet kom i stand naturlig siden de allerede hadde et ressursamarbeid om folkehelse. Det er også satt i gang en prosess for å inkludere Krødsherad i samarbeidet, mens Øvre Eiker er en såpass stor



MESTRE SELV:– Uansett om du deltar på kurs, får individuelle samtaler eller bruker assistert selvhjelp på nett, vil prosessen innebære opplæring i bruk av egne ressurser, slik at du kan mestre utfordringene dine best mulig på egen hånd, sier psykolog og teamleder Jone Solberg Vik. FOTO: SOLRUN STEFFENSEN/NAPHA

kommune at de i tilfelle vil trenge et eget RPH-team, sier Halleland.

Ingen ventetid, gratis og lett tilgang

Rask psykisk helsehjelp er et lavterskeltilbud til voksne og unge over 16 år med mild til moderat depresjon,



Vi kommer gjerne inn i en startfase av en sykdomsutvikling, og det er også da vi kan oppnå størst effekt.

JONE SOLBERG VIK, TEAMLEDER

Målet er å gi et tilbud innen én til to uker, slik at problemene ikke utvikler seg. Vik peker på at det er et viktig mål å styrke både livskvalitet og arbeids- og aktivitetsevnen for alle som henvender seg, samt å forhindre langtidsfravær for dem som er i jobb eller skole.

Tverrfaglig samarbeid

Han er opptatt av at alt skal skje i samråd med bruker.

– Vi skal tilby tidlige og adekvate tiltak, og hvis RPH ikke kan gi et tilbud, fungerer vi som en «los» til andre, mer passende tjenester eller behandlingstilbud. Dette er også i tråd med veilederen for tjenesten fra Helsedirektoratet, sier han.

Viktige forutsetninger for dette gode samarbeidet med andre parter har vært å ha god kunnskap og oversikt over hva som finnes av lokale helsetilbud, ulike selvhjelpstilbud og støttegrupper i kommunen.

– For personer uten skoleplass eller jobb, kan det også være behov for tett oppfølging fra NAV parallelt med behandlingen, sier Vik.

Dette er også i tråd med erfaringen fra Senter for jobbmestring, som viser at behandlingen blir mer effektiv når brukeren får hjelp til å håndtere symptomene enten i en reell arbeidssituasjon eller i en aktiv jobbsøkerprosess.

Lett tilgang for utsatte unge

For å nå ut til unge over 16 år forteller teamlederen at de har et tett samarbeid med både de videregående



angst, begynnende rusproblemer og søvnvansker. Teamet kan tilby både kurs, veiledet selvhjelp og individuelle samtaler, avhengig av brukerens ønsker og behov.

– Vi kommer gjerne inn i en startfase av en sykdomsutvikling, og det er også da vi kan oppnå størst effekt, sier psykolog og teamleder Vik.

Derfor er et bredt og tilpasset tilbud essensielt. Tilbudet er gratis og lett tilgjengelig, og man trenger ingen henvisning fra lege. Vik understreker imidlertid at de anbefaler et nært samarbeid med fastlege underveis, også hvis kontakten har skjedd uten henvisning.



NAPHA PÅ BESØK: Trond Asmussen (foran t.h.) fra NAPHA på besøk hos Rask psykisk helsehjelp Modum og Sigdal. F.v. teamleder Jone Solberg Vik, tidligere teamleder Egil Halleland og Hilde Øverby, virksomhetsleder, Forebyggende tjenester i Modum kommun.

FOTO: SOLRUN STEFFENSEN/NAPHA

skolene i kommunen, mestringsenheten for rus- og psykisk helsearbeid og NAV.

– Vi jobber nå med å lage et kurs for ungdommene i samarbeid med skolehelsetjenesten. Kurset er for dem som har begynnende psykiske utfordringer. Kurset skal være første trinn på vår behandlingsstige og pyramide og spesielt tilpasset de unge, forteller Vik.

En fast dag i uka tilbyr RPH-teamet individuelle samtaler for ungdommene ved Åmot helsestasjon, i umiddelbar nærhet av den videregående skolen.

– Dette er et grep for å være mer tilgjengelig for utsatte unge, sier Vik.

Opptatt av å nå nye målgrupper

Folkehelseinstituttets kartlegging av de første RPH-pilotene i Norge viste at de strevde med å nå enkelte av målgruppene. Det gjaldt blant annet brukere med lavere utdanningsnivå og mennesker med innvandrerbakgrunn. Vik har imidlertid en opplevelse av at det har endret seg noe etter hvert som tilbudet har utviklet seg og blitt mer kjent.

– Våre kommuner, særlig Modum, har et lavere gjennomsnittlig utdanningsnivå enn landet som helhet. Vi opplever at brukergruppen vår reflekterer dette, og at den er mer sammensatt nå enn i oppstartsfasen, sier han.

De har også tatt grep for å nå dem som er mindre tilbøyelige til å oppsøke denne typen hjelp på egen hånd. Blant annet gjennomfører RPH-teamet årlig undervisning om psykisk helse for kommunens flyktninger, i samarbeid med flyktningtjenesten, helsestasjonen og Frisklivssentralen.

Folkehelseutfordring

Halleland bekrefter at Buskerud har flere kommuner med ekstra store utfordringer innenfor folkehelse. Noen trekk ved disse kommunene, sammenlignet med landsgjennomsnittet, er at en større andel av befolkningen har grunnskole som høyeste utdanning, og at en større andel er barn av enslige forsørgere – noe som utgjør risikofaktorer for dårligere psykisk helse. Kommunene har også høyt frafall i videregående skole, flere uføretrygdete samt mange med psykiske lidelser som

behandles i sykehus, og stort forbruk av medisiner mot psykiske lidelser. Dette gjør det ekstra viktig å ha en psykisk helsetjeneste som kan ta tak tidlig.

– Lange ventetider kan føre til at problemer går fra vondt til verre, understreker Halleland.

Kurs og assistert selvhjelp

En stor andel av brukerne som kommer i kontakt med Rask psykisk helsehjelp i Sigdal og Modum, starter i dag med å gå på kurs. *Oppdrift* er et innføringskurs i kognitiv metode som går over fire uker. Deltakerne læres opp i bruk av teknikker og verktøy, og man jobber mye med normalisering av tanker og følelser. Kurset tar også opp temaer som utbredelsen av psykiske lidelser, grensesetting, kosthold, søvn, fysisk aktivitet og betydningen av arbeid og aktivitet for en god psykisk helse.

Tilbudet fra Rask psykisk helsehjelp oppleves som en gevinst for blant annet fastleger, skoler og NAV.

EGIL HALLELAND, TIDLIGERE TEAMLEDER

Foruten det planlagte kurset for ungdom i videregående skole, kan Vik fortelle at det også er planer om å utvikle et kurs for gruppen 18 til 30 år i samarbeid med NAV. I tillegg er RPH-teamet i gang med å bruke Assistert selvhjelp, som tilbyr nettbaserte programmer for angst, depresjon og søvnvansker.

– Erfaringene så langt er veldig gode, sier Vik.

Brukere som er motivert for denne typen selvhjelp, kan gjennomføre programmene enten før eller etter kurs, eller i stedet for kurs.

Han understreker at sjansen for at brukerne fullfører programmene er betydelig større hvis de blir fulgt opp via telefon underveis. Både kursene og assistert selvhjelp er effektive metoder for å nå en større del av befolkningen enn det som er mulig gjennom

individuelle samtaletilbud. Det kan også være et riktigere tilbud for mange av dem som henvender seg.

– Mestre på egenhånd

Et viktig moment ved RPH-modellen er at den legger opp til at du som bruker selv deltar aktivt i behandlingsprosessen.

– Uansett om du deltar på kurs, får individuelle samtaler eller bruker assistert selvhjelp på nett, vil prosessen innebære opplæring i bruk av egne ressurser, slik at du kan mestre utfordringene dine best mulig på egen hånd, sier Vik.

Brukernes egen motivasjon for endring er selvsagt også helt sentral, og de ansatte i RPH-teamet er opp-tatt av å skape en tett samarbeidsrelasjon også med dem som deltar på kurs.

– Et sentralt spørsmål til deltakerne kan være: «De strategiene du bruker nå, er det strategier som hjelper deg på lang sikt?», forteller Vik.

– Er svaret nei, kan vi følge opp med å spørre: Er du da villig til å prøve ut noe som kan hjelpe deg på lang sikt? Slik bidrar vi til å skape en samarbeidsallianse med en felles målsetting.

Gevinst for mange

– Tilbudet fra Rask psykisk helsehjelp oppleves som en gevinst for blant annet fastleger, skoler og NAV fordi det dekker et behov for personer med milde til moderate psykiske problemer som tidligere sto uten noe tilbud – et tomrom, mener Halleland.

Vik og Halleland er ikke i tvil om at RPH-tilbudet har resultert i færre innleggelses på sikt og bidratt til at flere har kunnet stå i jobb og skole, i tillegg til å gi færre langvarige sykemeldinger og økt livskvalitet for den enkelte. ●

Nettbasert selvhjelpsprogram hjelper mange

Kristiansand kommune satser på velferdsteknologi. Det nettbaserte selvhjelpsprogrammet Assistert selvhjelp er blitt en selvfølgelig del av behandlingen i Rask psykisk helsehjelp.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Rask psykisk helsehjelp (RPH) har i omkring to år brukt programmet Assistert selvhjelp.no systematisk og er ikke i tvil om at dette er nyttig både for tjenesten og for den enkelte bruker.

– Lært at angsten ikke er farlig

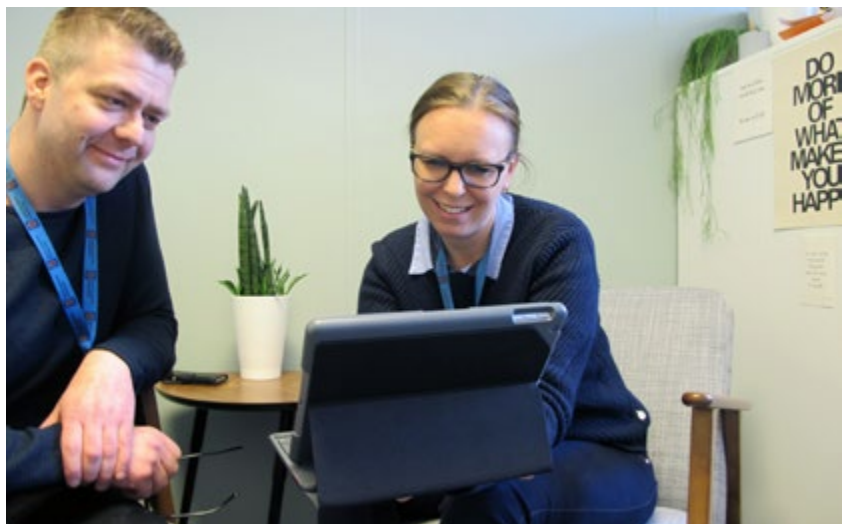
– Tilbakemeldingene fra brukerne er svært positive. Vi bruker programmet kombinert med individuelle samtaler eller telefonkontakt, forteller Ann Birgithe Eikhom i RPH.

Her er noen av tilbakemeldingene:

- *Det opplevdes som programmet snakket rett til meg.*
- *Nå har jeg lært meg at angsten ikke er farlig.*
- *Det var en lettelse å se at det ikke er jeg som holder på å bli gal.*
- *Jeg kjenner meg igjen i så mye.*
- *Nå er ikke søvn et problem for meg lenger.*

ASSISTERT SELVHJELP PÅ NETT

- Internettassistert behandling for angst, depresjon og søvnvansker
- Inneholder øvelser, oppgaver og informasjon fra kognitiv terapi
- På nett: assistertselvhjelp.no



STYRKER SAMTALENE: -Jeg bruker selvhjelpsprogrammet aktivt i timene ved å bruke temaene jeg vet de har jobbet med på nett som en slags agenda, sier Ann Birgithe Eikhom. T.v. kollega Kenneth Haugjord. FOTO:KRISTIN TRANE/NAPHA

Selvhjelpsprogrammet er en del av RPHs generelle tilbud og brukes i størst grad på dem som ikke ønsker å benytte seg av introduksjonskurset.

– Vi bruker Assistert selvhjelp på nett mye, og alle som ikke ønsker å gå på introduksjonskurset vårt, får tilbud om dette. Introduksjonskurset, hvor en får en generell innføring i angst, søvnutfordringer og depresjon, går over fire ganger. Mange benytter seg av introduksjonskurset, men ikke alle ønsker eller har mulighet til å delta, og da er vi glad for å kunne tilby et alternativ, sier Eikhom.

Både hun og Kenneth Haugjord, psykolog og rådgiver i Virksomhet Oppfølgingstjenester, trekker frem mange positive erfaringer med programmet. De nevner faktorer som at brukere i større grad



Det at kommunen har satset så tungt på velferdsteknologi gjør at vi kan hjelpe flere på en god måte.

KENNETH HAUGJORD,
RÅDGIVER I VIRKSOMHET OPPFØLGINGSTJENESTER

kan jobbe med sin bedringsprosess i eget tempo, at brukere får mye nyttig informasjon, og at de bedre forstår sammenhenger i egne utfordringer. De mener også programmet er godt tilpasset det at brukerne har ulike typer og grader av utfordringer.

– Får felles språk

Eikhom beskriver hvordan hun sammen med brukere legger opp til en kombinasjon av individuelle samtaler og bruk av selvhjelpsprogrammet.

– Jeg mener det øker kvaliteten på samtale. Jeg bruker selvhjelpsprogrammet aktivt i timene ved å bruke temaene jeg vet de har jobbet med på nett som en slags agenda. Når jeg for eksempel vet at brukeren har jobbet med modul to på angstprogrammet, vet jeg også at de har jobbet med trygghetsstrategier, har fylt ut sin egen angstsirkel og har jobbet med sikringsstrategier. Da kan jeg tematisere dette i samtale, noe jeg har fått mange tilbakemeldinger på fra brukere om at de synes er nyttig. Jeg ser også at dette er med på å gjøre at vi og brukerne raskere får et felles språk, forteller hun.

Tilbakemeldinger fra brukere er noe som er godt implementert i kommunens tilbud til personer med psykiske utfordringer. Disse innhentes systematisk gjennom bruk av et digitalt tilbakemeldingsverktøy.

Eikhom er tydelig på at det ikke holder å gi brukerne en kode til programmet uten å følge opp videre, og at god informasjon er viktig. Dette støttes av Haugjord.

– Vi mener dette virker best når vi har en oppfølging samtidig som brukerne jobber med programmet.

Hjelper flere – med færre ressurser

Han er ikke i tvil om at dette er kostnadseffektivt for tjenestene, men ikke minst at det er nyttig for brukerne.

– Det at kommunen har satset så tungt på velferdsteknologi, gjør at vi kan hjelpe flere, på en god måte. Selvhjelpsprogrammet er med på å gjøre brukeren ekstra aktiv i sin egen bedringsprosess. Teknologien koster heller ikke mye penger, så en kan med færre ressurser hjelpe flere, fortsetter Haugjord.

Ros fra fastleger

Flere tjenester i Kristiansand kommune bruker programmet. Alle tjenestene for personer med psykiske rusrelaterte utfordringer har verktøyet tilgjengelig.

– Det blir brukt blant annet i oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus for voksne og i ungdomshelsetjenesten. Vi ser at særlig helsesøstrene på videregående skoler bruker det. Et prosjekt i kommunen kalt *Mind the gap* har også vært med på å bidra til at en del fastleger bruker programmet, sier Haugjord.

Både Haugjord og Eikhom trekker frem fastlegene som viktige og forteller at de aller fleste som tar kontakt med dem, har blitt anbefalt RPH av sin fastlege. Flere fastleger har også gitt uttrykk for at de er fornøyd med tilbudet.

– Jeg har for eksempel hørt fastleger trekke frem at vi bidrar til at personer som har vært lenge sykemeldt, kommer tilbake i jobb, og at RPH dekker et viktig behov, sier Eikhom.

Også for utmattelse og stress

Programmet videreutvikles nå, og Kristiansand kommune har bidratt til å lage en modul som skal handle om utmattelse og stress.

– Så snart denne modulen er klar til bruk, kommer vi til å gå i gang med den også. Da kan vi bidra til at mennesker som strever med utmattelse og stress, får et bedre tilbud, avrunder Haugjord. ●

Assistert selvhjelp skaper selvstendige brukere

Assistert selvhjelp hjelper brukere av Rask psykisk helsehjelp i Molde til å styre egen bedringsprosess.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Som et ledd i Molde kommunes satsing på recovery, legger de til rette for at brukerne i størst mulig grad skal få lett tilgjengelig informasjon og selv være en pådriver i egen bedringsprosess. God informasjon på nett, og assistert selvhjelp som en del av tilbudet, er derfor viktig.

Egenutviklede moduler

I tillegg til kurs, individuelle samtaler og informasjon på nettsidene bruker de ansatte egenutviklede moduler med skriftlig informasjon relatert til ulike typer utfordringer, som angst, depresjon og søvnproblemer. De bruker også det internettbaserte selvhjelpsprogrammet Assistert Selvhjelp til de brukerne som ønsker det.

– Vi har laget moduler som i stor grad er basert på stoff fra Norsk forening for kognitiv terapi. Vi bruker



ASSISTERT SELVHJELP: Rask psykisk helsehjelp i Molde bruker assistert selvhjelp på nett og egenutviklede moduler for selvhjelp i møte med brukerne, forteller Ragnhild Naas. FOTO:KRISTIN TRANE/NAPHA



disse sammen med oppfølging via kurs eller individuelle samtaler i en stor del av samtalenes våre, forteller Ragnhild Naas i RPH Molde.

Fornøyde brukere

Hun forteller at de først laget modulene som en bok, men at de har sett større nytte av å sette sammen en

Hver enkelt bruker får en perm, som vi setter sammen ut fra hva den enkelte strever med.

RAGNHILD NAAS I RASK PSYKISK HELSEHJELP MOLDE

perm til hver enkelt, tilpasset hans eller hennes behov.
– Først laget vi en bok om depresjon, så en om angst. Disse har vi nå gjort om til moduler og har

også egne moduler om søvnproblemer. Hver enkelt bruker får en perm, som vi setter sammen ut fra hva den enkelte strever med. I denne kan de lese relevant stoff og gjøre oppgaver, som vi igjen følger opp i samtaler. Vi har fått tilbakemelding fra flere brukere om at dette er en nyttig måte å jobbe på.

Selvhjelp på nett

– Vi har jobbet mye med nettsiden vår. Dette for å bidra til at brukere selv kan finne god informasjon om både tilbudet generelt samt få annen relevant kunnskap. Gjennom denne måten å tenke selvhjelp på fremhever vi den egeninnsatsen som kreves av brukerne for å nyttiggjøre seg vårt tilbud på en best mulig måte. ●

iFightDepression: NYTT NETTBASERT SELVHJELPSVERKTØY PÅ NORSK

Helsedirektoratets veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvmord og selvskading (Helsedirektoratet 2017), trekker frem at svært mange med angst og depresjon har selvmordstanker.

Det veiledele selvhjelpsverktøyet *iFightDepression* blir nå implementert i Norge. Verktøyet er for voksne og ungdommer med mildere former for depresjon, og er utviklet av den Europeiske Alliansen mot Depresjon (EAAD). En egen nettside, knyttet til verktøyet, gir også relevant informasjon og tips til både fagfolk og pårørende, i tillegg til den som strever med depresjon.

Helsepersonell som ønsker å tilby verktøyet til sine pasienter, kan ta online opplæring for å bli veileder. I Norge har

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF), i samarbeid med de regionale RVTS, hovedansvar for implementering av verktøyet. Les mer om dette på www.ifightdepression.com/no eller ta kontakt med NSSF (nssf-post@medisin.uio.no).

Referanse:

Helsedirektoratet (2017) Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvmord og selvskading, <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selv-mord-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-selv-mord>

Mestring av panikkangst



LØPING I TRAPP er en av flere måter å fremkalle angstsymptom som pustebesvær, for å erfare at det ikke er farlig.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM.

Med drop-in-kurs for mestring av panikkangst ønsker Rask psykisk helsehjelp i Fjell kommune å tilpasse seg folks ofte travle hverdag og senke terskelen ytterligere.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Rask psykisk helsehjelp i Fjell kommune tilbyr både individuelle samtaler, selvhjelp og ulike typer kurs. Ett av kursene er bygd opp som et enkeltstående drop-in-kurs på to timer, som arrangeres hver uke.

– Det er jo fortsatt en del stigma rundt psykiske utfordringer, og vi mener måten vi har bygd opp dette kurset på, også er med på å normalisere. At det å kunne få utfordringer i en periode er en del av det



å være menneske, sier psykolog Kyrre Dyregrov, som også er en av dem som har utviklet dette kurset.

Interkommunalt samarbeid

Informasjon om kurset formidles via blant annet fastlegene, skolen, helsestasjon og tjenestens nettsider. Det å delta på kurset krever ingen påmelding, og en kan selv velge om en vil være med en eller flere ganger. Det er åpent for personer ned til 16 år.

Fra 2020 skal Fjell kommune slås sammen med Sund og Øygarden. De har allerede nå valgt å samarbeide om tilbudet til mennesker med psykiske utfordringer, og tilbyr kursene til innbyggerne i alle de tre kommunene samlet.

Tester seg på angstmestring

I kurset lærer deltagerne om panikksirkelen.

– Det betyr at de lærer hvordan kroppslige fornemmelser kan vekke katastrofetanker som forsterker de kroppslige symptomene og genererer mer angst og til slutt panikk. Det sentrale i en panikkklidelse er frykten for de kroppslige symptomene. Det er en viktig del av behandlingen at deltagerne får anledning til å eksponere seg for de fryktede angstsymptomene, og erfare at symptomene ikke er farlige under selve kurset, forteller Dyregrov.

Det er også muligheter til å ha med en pårørende på selve kurset, og dette er noe mange benytter seg av.

MARIT BJØRKHAUG,
PSYKOLOG I RASK PSYKISK HELSEHJELP, FJELL KOMMUNE.



KROPPSLIGE

SYMPTOMER: – Det sentrale i en panikkklidelse er frykten for de kroppslige symptomene. Det er en viktig del av behandlingen at deltagerne får anledning til å eksponere seg for de fryktede angstsymptomene, sier Kyrre Dyregrov (t.v.). Her sammen med kollega Marit Bjørkhaug. FOTO:

KRISTIN TRANE/NAPHA

De kaller kurset en blanding av gruppe og kurs, en hybrid hvor de kombinerer undervisning, dialog og praktiske øvelser.

– Vi er opptatt av å skape en løs stemning, få til en dialog og gi den enkelte kunnskap og mulighet til å møte angsten på en mest mulig hensiktsmessig måte, sier Dyregrov.

Utfordres i trygge rammer

Han kjører dette kurset sammen med blant andre psykolog Marit Bjørkhaug. De forteller at for deltagerne med behov for å gå dypere inn i utfordringene tilbyr de individuelle samtaler i tillegg. På hver kursdag jobber de også med øvelser slik at deltagerne kan utfordre seg selv i en trygg situasjon.

– Vi tar tak i symptomene deltagerne er mest redd for. For noen kan dette være hjertebank, for andre kvalme eller svimmelhet, for eksempel. Vi bruker ganske mye tid på å snakke om at disse kroppslige fornemmelsene ikke er farlige, og gjennom øvelser

Det er jo fortsatt en del stigma rundt psykiske utfordringer, og vi mener måten vi har bygd opp dette kurset på, også er med på å normalisere.

KYRRE DYREGROV, PSYKOLOG I RASK PSYKISK HELSEHJELP

kan deltagerne for eksempel få kjenne på svimmelhet uten å skulle bruke sikkerhetsatferd, nemlig å sette seg ned, forteller Bjørkhaug.

– Deltagerne har som regel ulike symptomer de er mest redd for, men alle er med på å eksponere seg for alle sine symptomer. På den måten blir det en form for likemannsstøtte i gruppen som vi ikke får i individualterapi, forteller Bjørkhaug.

Pårørende med på kurset

Kurset er bygd opp slik at deltagerne skal kunne øve hjemme på det de har lært. For noen er også pårørende deltagere på kurset.

– Det er også muligheter til å ha med en pårørende på selve kurset, og dette er noe mange benytter seg av. Ofte kan pårørende, uten å være klar over det, bidra med hjelp og støtte som fungerer mot sin hensikt og er med på å opprettholde problemet. Et eksempel kan være at man kommer med forsikringer eller hjelper pasienten med ting de helst burde øve på å klare selv. På kurset lærer både bruker og pårørende om sikkerhetsatferd, og hvordan man kan hjelpe på en måte som fører til bedring, sier Bjørkhaug videre.

La om profilen

Så hva er den store forskjellen på drop-in-tilbudet og det å gjøre andre typer kursrekker?

– Tidligere gikk dette kurset et par ganger i semesteret, over fire dager. Erfaringen var at vi måtte avlyse grunnet få påmeldte. Vi tenkte at det var rart, i og med at vi visste mange strever med denne typen utfordringer. Vi fikk også tilbakemelding fra fastlegene om at det var vanskelig å rekruttere brukere da det ofte var noen uker eller måneder frem i tid før kurset

skulle være, og de som tok kontakt strevde her og nå. Da ble drop-in-kurset svaret, forteller Dyregrov.

Fastlegen som viktig medspiller

Fastlegene har bidratt mye med å anbefale og gjøre tilbudene kjent for innbyggerne i kommunen.

– Det å ha en god kontakt med dem er viktig, både for oss og for brukerne. Vi har gitt legene mye informasjon om tilbudene våre, og ser viktigheten av at våre tilbud er forutsigbare og går kontinuerlig for at de skal anbefale personer i målgruppen å ta kontakt med oss, sier Dyregrov.

Også når fastlegene har vakt på legevakten er de en viktig samarbeidspartner.

– Det hender for eksempel at folk tar kontakt med legevakten fordi de tror de har et hjerteinfarkt, når det egentlig handler om angst. Da informerer legevakten om vårt tilbud, og vi har hatt flere som har kommet til kurset etter slike opplevelser, forteller han videre.

Kurs – like nyttig som individualterapi?

Noen av dem som først tar kontakt med fastlegen og RPH har ett mål for øyet: individuelle samtaler.

– Det er nok noen som tenker at kurs ikke er like bra som individuelle samtaler, men her ser vi en positiv endring. Det at fastlegene snakker varmt om å gå på et av våre kurs, gjør det lettere for oss å få dem som er litt skeptiske til å prøve. Det kommer selvsagt an på problemstillingen, men vi ser at mange kan ha god nytte av kurstilbud basert på kognitiv terapi. For en del er dette tilstrekkelig, mens andre kan ha behov for andre former for individualterapi i tillegg, sier Bjørkhaug. ●

DRIVER FRISKT PUST : Kommunepsykolog
Marit S. Bjørkhaug, kognitiv terapeut
Aud Eli Waage, personlig trener Henrik L.
Søreide, avdelingsleder Sissel Tangerås,
kommunepsykolog Veslemøy Vold,
treningsinstruktør Jeanette Hetlevik. FOTO: FJELL
KOMMUNE



Når psykisk helsetjenesten inntar treningscenteret

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse er godt dokumentert. Det har Fjell kommune tatt på alvor.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA



KURS PÅ TRENINGSSENTERET: Kommunepsykolog Marit Bjørkhaug snakker om temaet «Hva skal vi med følelser». FOTO: FJELL KOMMUNE

Som en del av Rask psykisk helsehjelp-tilbudet (RPH) i Fjell kommune tilbys kurset *Frisk pust*. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom RPH og trenings-senteret *Aktiv 365*. Hver uke arrangeres det kurs som inneholder både fysisk aktivitet og forelesning, med dialog rundt mestring av egen psykisk helse.

– Blir rausere

Det tilbys som et åpent kurs både for brukere av psykisk helsetjeneste og medlemmer på trenings-senteret. Psykolog Veslemøy Vold var med på å utvikle kurset, først ved Øyane DPS, så i Fjell kommune. Hun trekker frem effekten av regelmessig fysisk aktivitet i behandling av angst og depresjon som en av hovedårsakene til utviklingen av kurset. Kurset er blitt svært populært, og tilbakemeldingene er positive.

– Vi ser blant annet at flere blir mer bevisste på å ta vare på seg selv, blir rausere og mer aksepterende overfor seg selv og andre. Samtidig kommer flere tilbake i arbeid etter å ha vært sykemeldte, mange fortsetter å være fysisk aktive etter endt kurs, og terskelen for å snakke høyt om psykisk helse senkes, forteller Vold.

– Kommer raskere forbi forsvaret

Kurset *Frisk pust* går ukentlig over åtte ganger og holdes fire ganger i året. Hver kursdag starter med

At behandlingen finner sted på et trenings-senter, beskrives av flere deltagere som mindre skremmende enn å skulle motta annen og mer tradisjonell psykologisk behandling.

VESLEMØY VOLD, KOMMUNEPSYKOLOG

en spinning-økt og styrketrening eller yoga. Etter den fysiske økten er det felles lunsj. Deretter følger en time forelesning og dialog om ulike aktuelle tema inne psykisk helse, som mestring av indre uro, følelser, søvn, stressmestring og det å ta vare på seg selv. Instruktørene på trenings-senteret har også innlegg om kosthold og trening.

– Det først å være fysisk aktiv for så å ha forelesning og dialog tenker vi er et viktig poeng med kurset. Vi ser at folk er litt mer i kontakt med kroppen og følelsene sine etter først å ha trent på denne måten, og det er lettere å få til gode samtaler i gruppen. Det å trene og spise sammen skaper også en løst og god stemning, sier psykolog Marit Bjørkhaug.

Fagpersoner med på treningen

Hun er sammen med Veslemøy Vold og Kyrre Dyregrov en av kurslederne. Alle trekker de frem viktigheten av at også fagpersoner deltar i selve treningen.



SPINNING: Trening med instruktør Jeanette Hellevik.

FOTO: FJELL KOMMUNE

– Det løser nok opp på stemningen ekstra. Det å se oss som kanskje heller ikke er topp trent, være aktive, tror jeg er bra. Vi har også lært mye av å samarbeide med de ansatte på treningssenteret, og de har lært av oss. Det er en vinn-vinn-situasjon, og en normalisering av psykisk helse som er veldig fin, sier Dyregrov.

Vold legger til at det å trene sammen på denne måten også gjør noe med avstanden mellom brukere og terapeuter.

– Fra et terapeutstøsted er det interessant med tilbakemeldinger som sier at det har stor verdi at terapeutene trener sammen med dem, og at dette gir en opplevelse av mindre avstand i forholdet mellom dem og oss.

Yoga og spinning for ulike behov

Og det er ingen tilfeldighet at treningen de tilbyr er nettopp spinning og styrketrening eller yoga.

– Vi startet med å tilby spinning og styrketrening, men så ble det tydelig for oss at spinning ikke var riktig intervensjon for alle. For noen er det å få opp pulsen viktig. Øve på å kjenne at hjertet slår fort, oppdage at det ikke er farlig at hjertet dundrer, mens andre store deler av tiden er høyaktiverte og trenger hjelp til å roe ned. Da er yoga mer riktig intervensjon, mener vi, sier Bjørkhaug.

Det regnes i dag som godt dokumentert at 30 minutters fysisk aktivitet om dagen kan ha behandlende effekt på mild og moderat depresjon, på linje med kognitiv terapi og antidepressiva.

Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)

Styrer unna diagnosebegreper

Videre understreker de alle at de mener måten de legger opp kurset på er med på å normalisere det å ha psykiske utfordringer. De er også opptatt av å ikke bruke diagnosebegrepene i kurset. I stedet bruker de begreper som nedstemt, bekymret, kjenne på indre uro eller lignende.

– Når vi for eksempel snakker om indre uro på kurset, slik at de med angst kan kjenne seg igjen i dette, tenker vi at det er det viktigste, ikke at det kalles angst. Jeg tror folk føler seg friskere og mer mestrende når vi snakker om temaene på denne måten, og når vi gjør dette gjennom en kombinasjon av fysisk aktivitet, kurs og dialog, sier Dyregrov.

– Treningssenter mindre skremmende

De anbefaler også andre kommuner å gå i gang med kurs som dette, og gjerne med utgangspunkt i og gjennom samarbeid med et treningssenter.

– At behandlingen finner sted på et treningssenter, beskrives av flere deltagere som mindre skremmende enn å skulle motta annen og mer tradisjonell psykologisk behandling, avrunder Vold. ●

NASJONAL SATSING PÅ SELVHJELP

Selvorganiserte selvhjelpsgrupper kan være en nyttig arena for mange. Selvhjelp Norge kan bidra med kompetanse, støtte og veiledning til kommuner og andre som ønsker å starte opp slike grupper.

AV METTE SMEDSTAD, SELVHJELP NORGE

I Norge har vi en nasjonal plan for selvhjelp (Helse- direktoratet, 2014), som viser retning og muligheter innen satsingen på selvhjelp som del av nasjonalt folkehelse- og psykisk helsearbeid. Det er også etablert et nasjonalt kompetansesenter, Selvhjelp Norge, som jobber på oppdrag fra Helsedirektoratet. Den nasjonale planen beskriver kompetansesenterets samfunnsoppdrag og er i tillegg en veiviser for alle som ønsker å arbeide med selvhjelp.

Selvhjelp Norge samarbeider med en rekke aktører om kunnskapsformidling og tilrettelegger for samhandling i nettverk for utvikling av lokalt selvhjelpsarbeid. Senteret har solid kunnskap om hvordan arbeidet kan organiseres på en god måte, og kan være en viktig rådgiver for kommuner eller andre som ønsker å starte opp selvhjelpsgrupper.

Selvorganisert selvhjelp – en mulighet for å mestre bedre

Selvorganisert selvhjelpsarbeid er gratis for den enkelte deltaker og et supplement eller alternativ til ulike lavterskeltilbud og lærings- og mestringstjenester som kommunene har ansvar for.

Selvhjelpsforståelse gjenspeiler en anerkjennelse av at menneskets egenkraft er den viktigste ressursen i alt helsearbeid, og er en grunnleggende helseforståelse. Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser og ta ansvar for livet sitt.

Metodikken er en forståelse og arbeidsmåte som kan brukes alene eller sammen med andre. Det er av stor betydning at ansatte innen helsetjenestene bidrar til selvhjelpsforståelse og bruk av selvhjelp som mulighet. Bruk av selvhjelp vil ikke nødvendigvis føre til

En rekke kommuner samarbeider allerede med Selvhjelp Norge for å implementere selvorganisert selvhjelp.

at problemene blir borte, men gjør det lettere å leve med det som er.

Nyttig for mange

For mange mennesker er en selvorganisert selvhjelpsgruppe god å ha i møte med «hverdagsproblemer». Det kan være utfordringer i forbindelse med jobb, i møte med egne eller familiemedlemmers sykdommer eller i håndtering av ensomhet. Deltakelse i en selvorganisert selvhjelpsgruppe er en mulighet for alle mennesker, uavhengig av problem.

De fleste hjelpetiltak og lærings- og mestringstilbud, som for eksempel KID- og KIB-kurs og andre, diagnoseuavhengige kurs, foregår i en begrenset tidsperiode. Evalueringsresultater viser at mange deltakere etterspør en form for videreføring av eget endringsarbeid etter endt kommunalt tilbud, gjerne i fellesskap med andre. En selvorganisert selvhjelpsgruppe kan da være en mulighet.

Hvordan legge til rette i min kommune?

I mange kommuner finnes egne kontaktpunkter og personer som legger til rette og bidrar til oppstart av lokalt selvhjelpsarbeid. Kontaktpersonene har tilgang til opplæring, bistand og støtte fra Selvhjelp Norge. En rekke kommuner samarbeider allerede med Selvhjelp Norge for å implementere selvorganisert selvhjelp. Her beskrives noen eksempler:

Stangehjelpa

Stangehjelpa er en kommunal lavterskeltjeneste for personer med rus- eller psykisk helseproblemer i alle aldersgrupper i Stange kommune. Stangehjelpa er



SELVHJELPSFORSTÅELSE gjenspeiler en anerkjennelse av at menneskets egenkraft er den viktigste ressursen i alt helsearbeid, skriver Mette Smestad, daglig leder ved Selvhjelp Norges distriktskontor for Oslo, Akershus og Østfold.

FOTO: HILDE NØKLEBERG/SELVHJELP NORGE

opptatt av å bygge på folks ressurser, erfaringer og kunnskap om seg selv. De setter i gang selvorganiserte selvhjelpsgrupper og markedsfører dette som en selvstendig mulighet, enten før, samtidig med eller etter hjelp og behandling fra Stangehjelpa eller andre. De har opprettet en intern ressursgruppe for selvorganisert selvhjelp som utvikler arbeidet videre sammen med Selvhjelp Norge.

Horten kommune

I Horten kommune samarbeider de tre store sektorene innen Oppvekst, Kultur og samfunn og Helse og velferd om selvorganisert selvhjelp. En tverrsektoriell



Selvhjelpsforståelse gjenspeiler en anerkjennelse av at menneskers egenkraft er den viktigste ressursen i alt helsearbeid.

arbeidsgruppe informerer om selvhjelpsforståelsen bredt ut i kommunen og inn i egne sektorer. Lederen av arbeidsgruppen setter i gang og koordinerer de selvorganiserte selvhjelpsgruppene. Biblioteket er et av møtestedene for gruppene.

Fredrikstad kommune og Rask psykisk helsehjelp (RPH)

Når introkurset ved RPH i Fredrikstad er ferdig, har deltakerne ulike behov videre. For noen er det aktuelt med individuell behandling, for andre er det en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Kommunen har ansatt en egen person som samarbeider tett med RPH, og som har ansvaret for organisering og oppstart av selvhjelpsgruppene. Her får gruppene blant annet bruke møtelokalene på biblioteket og hos Frivilligsentralen.

LINK i Oslo og Trondheim

Oslo kommune og Trondheim kommune finansierer egne møtesteder for selvhjelp, såkalte LINK-er, som er sentre for selvhjelp og mestring. De organiserer og setter i gang selvorganiserte selvhjelpsgrupper fortløpende i sine egne møtelokaler. LINK driver også et utstrakt samarbeid med andre aktører innen det

offentlige og i det frivillige for å styrke og synliggjøre ulike selvhjelpsmuligheter. Å opprette et eget LINK er en mulighet over hele landet.

Styrker pårørendes situasjon

Selvhjelp Norge er også en viktig bidragsyter i arbeidet med pårørende. *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2018) legger vekt på betydningen av at pårørende får møte andre pårørende som er i omtrent samme situasjon, og viser til at helsepersonell skal sørge for opplæring, veiledning og støttetilbud til pårørende.

Selvhjelp Norge bidrar inn på arenaer der pårørende er invitert og følges opp av kommunene. De samarbeider med pårørendeorganisasjoner og pårørendesentre og bidrar med informasjon og støtte til oppstart av selvhjelpsgrupper også for pårørende. ●

REFERANSER:

Helsedirektoratet (2014). *Nasjonal plan for selvorganisert selvhjelp 2014–2018* (Nasjonal plan for selvhjelp IS-2168). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet (2018). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* (Veileder IS-2587). Oslo: Helsedirektoratet.



Gir Rask psykisk helsehjelp-brukere tilbud om selvhjelpsgrupper

Brukere i Fredrikstad kan fortsette i selvhjelpsgrupper når de er ferdige med Rask psykisk helsehjelp (RPH). – Mange setter stor pris på tilbudet, sier prosjektleder for RPH, Zeenat Rafiq.

AV ANNE RØNNING, KOMMUNIKASJONSRAÐGIVER, NAPHA



RPH-TEAMET I FREDRIKSTAD:

Fra v.: Psykolog Mari Velgaard, psykologspesialist Thomas Knutsen, igangsetter av selvhjelpsgrupper Angelica Nielsen, klinisk vernepleier Hanne Grelland, og psykolog og prosjektleder Zeenat Rafiq (bak).

FOTO: FREDRIKSTAD KOMMUNE





Det hele kom i stand ganske tilfeldig.

– Vi begynte med RPH i Fredrikstad i november 2017, og en av dem som ble ansatt, Angelica Nielsen, ledet allerede da selvhjelpsarbeidet i kommunen vår.

– Det ble naturlig for henne å informere brukerne om tilbudet om selvhjelpsgrupper da de skulle slutte med RPH, forklarer Rafiq.

– Kan fordøye det de har lært sammen med andre

Mange gir uttrykk for at de synes det er flott å få delta i en slik gruppe.

– Flere av dem som har vært i kontakt med RPH i Fredrikstad, via kurs, individuell behandling eller i gruppeterapi, har takket ja til å bli med i selvhjelpsgruppe etterpå. Og mange kommer med tilbakemeldinger om at de synes det er fint å ha mulighet til å fortsette å jobbe videre på den måten når de er ute av RPH, som jo foregår i en begrenset periode.

– Det fanger dem opp i en sårbar fase.

Nyttig å snakke med andre i lignende situasjon

Rafiq påpeker at det ofte kan være vanskelig å avslutte en behandlingsrelasjon.

– Da kan selvhjelpsgrupper fungere som en naturlig overgang. Deltakerne forteller at de synes det er nyttig å ha kontakt med personer som har stått i

lignende problemer som de har gjort selv. De opplever det som interessant og givende å snakke med andre, sier Rafiq.



Vi vil anbefale andre Rask psykisk helsehjelp-kommuner å etablere et samarbeid med Selvhjelp Norge.

ZEENAT RAFIQ,
PROSJEKTLEDER RASK PSYKISK HELSEHJELP FREDRIKSTAD.

Jobber på egen hånd

Hun føler at selvhjelpskonseptet er i RPHs ånd.

– Poenget er at man skal lære å håndtere vanskene man har. Deltakerne driver selvhjelpsgruppene selv. Angelica hjelper til i oppstarten av gruppene, med å veilede og legge til rette. Så trekker hun seg ut. Etterpå jobber gruppa selv, uten hjelp fra den psykiske helsetjenesten.

Hvor lenge er opp til den enkelte gruppa.

– Noen kan holde på veldig lenge, forteller Rafiq. Før hun slår fast:

– Vi vil anbefale andre RPH-kommuner å etablere et samarbeid med Selvhjelp Norge. For mange kan selvhjelpsgrupper være et svært godt tilbud. ●



Deltakerne forteller at de synes det er nyttig å ha kontakt med personer som har stått i lignende problemer som de har gjort selv.

ZEENAT RAFIQ



Forsker på selvutviklet søvnbehandling

En forelesning i studietiden inspirerte Iver Strandheim til å utvikle et gruppebasert behandlingstilbud for søvnvansker. Nå føler han seg trygg på at han har funnet noe som virker.

AV KJETIL ORREM, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

– Søvnbehandling krever hardt arbeid.

IVER STRANDHEIM,
PSYKOLOG

søvnvansker kan defineres som et omfattende folkehelseproblem.

«Stå opp»

Oppegård er, så vidt Strandheim vet, den første kommunen som tilbyr et rendyrket behandlingstilbud i gruppe for søvnproblematikk. Han har valgt å døpe tilbudet «Stå opp» – for å markere at nettopp det å stå opp til et fast tidspunkt hver dag er et sentralt element i behandlingen.

– Mellom 10 og 15 prosent av befolkningen sliter med insomni, forteller psykologen.

Begrepet omfatter ulike problemer med å få sove godt om natten, og omfanget indikerer at

Dokumenterer effekten

Det var psykologspesialist og forsker Håvard Kallestad som sådde en spire i Strandheim da han snakket om søvn og behandling av søvnproblematikk til psykologistudentene på NTNU.

– Kallestad påpekte at vi ofte er usikre på i hvor stor grad vi faktisk hjelper andre. Samtidig fortalte han at det er mulig å hjelpe de aller fleste med søvnproblemer, og at det er stor enighet om hva som er den beste måten å hjelpe denne gruppen på. Det appellerte til meg, forteller Strandheim.

For å dokumentere effekten har han satt i gang et forskningsprosjekt. Dette kom i stand ved at han fikk en psykologkollega til å forhøre seg blant profesjonsstudentene på Universitet i Oslo. Var det noen som kunne tenke seg å skrive oppgave om gruppebehandling av søvnvansker?

Slik kom han i kontakt med Paul Andreas Aasen, som er inne i avslutningsfasen av psykologstudiet, og som nå har jobbet tett sammen med Strandheim om prosjektet en stund. I tillegg til UiO er Folkehelseinstituttet koblet på analyse av dataene fra studiet.

Gyllen anledning

Med utgangspunkt i søvnvansker som et folkehelseproblem ville Oppegård kommune se hvordan de kunne nå en størst mulig del av målgruppen med et tilbud de følte seg trygge på at ville fungere. Man vet at det finnes effektive behandlingsmetoder for søvnvansker, men det er ressurskrevende å tilby dette på individuelt nivå.

Ettersom Strandheim allerede hadde jobbet med utviklingen av et gruppebasert opplegg i noen år, var dette en gyllen anledning til å prøve det ut i praksis.

Velprøvd metodikk

Retningslinjene i behandlingen er i tråd med grunnprinsippene for CBT-I, kognitiv atferdsterapi for søvnvansker, men de har vært gjennom en del prøving og feiling før de havnet i dagens modell. Rent praktisk består behandlingsopplegget av sju samlinger, hvorav de seks første arrangeres i seks påfølgende uker, og så er det en pause på tre uker før siste samling.

Innholdsmessig er det noe psykoedukasjon, og deltakerne lærer for eksempel om hvorfor vi sover, hvilke søvnfaser vi har, og hvordan det er vanlig å sove gjennom natten. I tillegg går man gjennom prinsippene for behandlingsopplegget. Tanken er blant annet at folk skal bli litt mindre stresset over alt som handler om søvn, å korrigere tankene de har om søvn generelt og effektene av dårlig søvn spesielt.

Atferdsterapi

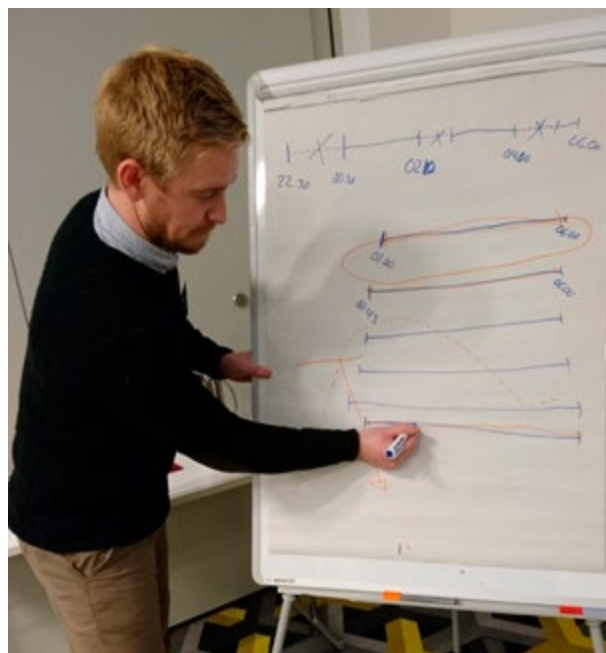
Det viktigste og mest effektive med behandlingen er imidlertid ikke det som handler om kognisjon, kunnskap og kognitiv terapi, men atferdsterapien. Strandheim sier det slik:

– Å fortelle deltakerne at «folk fungerer selv om de bare sover én time om natten, at de klarer å gå på jobb likevel», har mye mindre effekt enn at de selv får oppleve at de kan sove én time, men likevel gå på jobb og fungere tilnærmet som normalt.

Psykoedukasjonen gjøres derfor i all hovedsak unna i løpet av de første samlingene. For øvrig fokuseres det i hovedsak på deltakernes spørsmål og tanker. Selv om det er to behandlere til stede hver gang, er tanken at samlingene skal ha mest mulig grad av diskusjon, der alle involveres. Målet er også at deltakerne skal kjenne prinsippene for søvnbehandlingen like godt som behandlerne ved siste samling.

Krever hardt arbeid

Grunnlaget for den enkelte deltakers behandlingsopplegg legges allerede ved den individuelle forsamlingen. Her avklares flere viktige momenter. Ved hjelp



SYSTEMATISK: En grundig kartlegging av søvnmønster er en sentral del av behandlingsopplegget. Psykolog Iver Strandheim demonstrerer. FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA

– Mellom 10 og 15 prosent av befolkningen sliter med insomni.

IVER STRANDHEIM, PSYKOLOG

av Insomnia severity index kartlegges det om søkeren har et klinisk søvnproblem, som er en forutsetning for å få være med i gruppen. Minst like viktig er det å få avklart at brukeren er tilstrekkelig motivert for å gjennomføre behandlingsopplegget.

– Søvnbehandling krever hardt arbeid, understreker Strandheim.

– Hvis det ikke er genuint viktig for deg å få gjort noe med problematikken, klarer du heller ikke å endre søvnmønsteret ditt. Derfor prøver vi aldri å presse noen inn i behandling. Det er heller de som må argumentere for hvorfor de skal få lov til å delta.

Han sier denne tilnærmingen også bidrar til en hensiktsmessig gruppedynamikk, hvor gruppen er «på lag» mot søvnproblemene.

Få godt forhold til sengen

Etter første samling begynner deltakerne å føre søvndagbok. Den videre behandlingen tar utgangspunkt i hvor mange timer hver enkelt deltaker faktisk sover en typisk natt, ikke hvor mye tid han tilbringer i sengen eller når på natten han sover.

– La oss si at du i gjennomsnitt opplever at du sover fem timer per natt, og at du må stå opp klokken sju de dagene du skal på jobb, sier Strandheim.

– Da skal du legge deg klokken to og stå opp klokken sju hele den første uken av behandlingen. Hver dag, også i helgen.

Tanken bak søvnrestriksjonen er både å skape et hensiktsmessig søvnmønster og å gjenopprette et godt forhold til sin egen seng. Folk som har slitt med søvn over lang tid, har gjerne utviklet et anstrengt forhold både til det å legge seg om kvelden og til sengen.



HOVEDOPPGAVE: Under psykologstudiet baserte Paul Andreas Aasen (t.v.) sin hovedoppgave på søvnbehandlingen til Iver Strandheim (t.h.). FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA

Måler søvneffektivitet

Gjennom å føre en grundig søvndagbok ønsker man å avklare såkalt søvneffektivitet. Dette indikerer hvor stor del av den tiden du tilbringer i sengen du faktisk sover. Målet er at søvneffektiviteten skal ligge på minimum 85 prosent.

– Sover du minst 85 prosent av tiden du ligger i sengen i løpet av uken, får du legge deg et kvarter tidligere den neste uken, forklarer Strandheim. Tanken er gradvis å øke tiden man tilbringer i sengen, samtidig som man opprettholder søvneffektiviteten.

Lovende resultater

I 2017 gjennomgikk 32 deltakere søvnbehandlingen i «Stå opp». Ved slutten av behandlingen var de aller fleste under klinisk cut-off for insomni – de hadde ikke lenger diagnostiserbare søvnavanser. Og det aller viktigste er at forbedringen vedvarte seks måneder senere. I tillegg får de fleste reduksjon i eventuelle symptomer på angst og depresjon, noe man håpet skulle være en bonuseffekt av behandlingen.

Iver Strandheim og Oppegård kommune er innstilt på at dette er en metode som kan spres til alle kommuner som ønsker å ta den i bruk. De har allerede utviklet et deltakerhefte som deles ut på første samling, og jobber med en kursmanual som gjøres tilgjengelig for andre kommuner. ●

Smitteeffekt av gode kurs

– Tilnærmingen i KiB- og DU-kursene gir så god effekt at vi har begynt å bruke den i de andre tilbudene våre også.

AV KJETIL ORREM, FAGLIG RÅDGIVER I NAPHA

Elisabeth Samset og Randi Ilvær leder både Kurs i mestring av belastning (KIB) og Mestringskurs for ungdom (DU) ved Frisklivs- og mestringscenteret i Bergen, og de er ikke i tvil om at dette er en metodikk som fungerer.

Fleire andre ansatte, inklusiv leder Kristin Vikane, er også sertifiserte KiB- og Du-kursholdere, og erfaringene er så positive at det nå benyttes elementer og tenkning fra både kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju og positiv psykologi gjennomgående også i mange av de andre kursene tjenesten tilbyr.

Scorer bra

– På evalueringen av de siste kursene våre har deltakere i gjennomsnitt gitt oss 5,3 av 6 mulige poeng på både totalopplevelse og nytte av kursene, forteller Vikane.

– Det understreker vår egen opplevelse av at dette er en tilnærming som fungerer, og at metoden oppleves som nyttig av våre kursdeltakere.

Samset og Ilvær bruker da også mye av arbeidstiden på å lage gode kurs. De understreker at dette ikke er behandlingsgrupper, og at det ikke er lagt opp til at deltakerne skal dele sine personlige historier med hverandre. I stedet tilstreber man å løfte den enkeltes innspill opp på et generelt nivå og gjøre dem gjennkjennbare for flere, slik at gruppen blir engasjert.

En slik gruppebasert tilnærming stiller krav til god ledelse, og i forkant av kurskveldene bestreber også



EGEN MOTIVASJON er helt avgjørende for å få utbytte av kursene, sier f.v. Randi Ilvær, Kristin Vikane og Elisabeth Samset ved Frisklivs- og mestringscenteret i Bergen. FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA



kurslederne seg på å lage eksempler, kasus og problemstillinger som er gjenkjennelige for alle deltakerne. Dette bidrar til at deltakerne har mest mulig utbytte av kurset og alle diskusjonene de har underveis, samtidig som man hverken henger ut – eller henger seg opp i – den enkeltes problematikk og historie.

Ikke frisk av halve kuren

I startfasen er det viktig at deltakerne identifiserer sine egne belastninger og egne reaksjoner på disse – både mentalt og fysisk. I plenum kan man undersøke hva som er «normale» reaksjoner på ulike belastninger, og diskutere alternative måter å håndtere belastningene på. Hvilke konsekvenser kan de ulike tilnærmingene få? Hvordan kan ABC(D)-modellen for registrering og omformulering av uhensiktsmessige tanker, sammen med andre prinsipper, bidra til at man takler vanskelige situasjoner og belastninger bedre?

Hvis du bare tar halve kuren,
blir du ikke frisk!

ELISABETH SAMSET,
RÅDGIVER OG KURSLEDER

For å få de ulike teknikkene skikkelig under huden jobber deltakerne en del i mindre grupper underveis, og det er helt avgjørende at de følger opp hjemmeoppgavene som gis fra gang til gang. Elisabeth Samset sammenligner betydningen av disse oppgavene med å komme til en lege og få antibiotika:

– Hvis du bare tar halve kuren, blir du ikke frisk!

Sprer kunnskapen

Frisklivssentralen i Bergen – som fra 1. januar 2018 er en del av Frisklivs- og mestringscenteret – har de siste årene tilbudt disse kursene både i egne lokaler og eksternt i samarbeid med blant andre NAV og

skolehelsetjenestene. Med hele Bergens befolkning på 280 000 som målgruppe, og et ansvar for å fungere som regional utviklingssentral, er tjenesten opptatt av at kunnskap og ansvar formidles til flere aktører. Det er en forutsetning for at flest mulig skal kunne få et godt oppfølgingstilbud.

Derfor er de opptatt av at samarbeidspartnerne også skal sertifiseres, slik at de kan kjøre kurs på egen hånd. Det har blant annet resultert i at ti helsesøstre ved videregående skoler i Bergen nå er sertifisert i DU-kurs, og at ungdommer med behov får et kraftig utvidet tilbud. De ser også andre positive effekter, som for eksempel at kurs i samarbeid med NAV ser ut til å nå en større andel mannlige deltakere.

Leder for Frisklivs- og mestringscenteret, Kristin Vikane, forteller at det også er etablert et eget DU-nettverk i Bergen hvor en rekke tjenester er representert. Nettverket er ledet av Frisklivs- og mestringscenteret og har som hovedoppgave å sikre erfaringsutveksling, kompetanseheving og oversikt på tvers av geografiske områder, for å sikre bred rekruttering til kursene.

Må ville det selv

Senteret tilstreber også å arrangere kurs på både dag- og kveldstid, for å sikre at flest mulig kan benytte seg av tilbudet.

De er opptatt av at deltakerne selv skal ønske å delta, og poengterer at egen motivasjon er helt avgjørende for å få utbytte av kursene. Når de oppfordrer fastleger, NAV-ansatte og kommunale samarbeidspartnere til å anbefale kursene, understreker de at man ikke må bruke økonomiske «trusler» eller lignende for å få folk til å delta. De må komme fordi de selv ønsker det og har lyst til å skape en endring i eget liv. ●



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM

Setter folk på riktig tankespor

– Kurset ga meg mulighet til å lære mer om depresjon og om hvordan det påvirker livet og tankene våre. Men først og fremst ga det meg muligheten til å lære mer om meg selv.

AV KJETIL ORREM, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Det sier en av de mange deltakerne som har gjennomført Kurs i depresjonsmestring (KiD-kurs) hos Psykisk helse Arna/Åsane i Bergen.

Erfarne kursledere

Enheten har arrangert KiD-kurs i snart ti år, og kursledere Wenche Myhren Drægebø og Bjørg Ure begynner å bli ganske erfarne.

– Erfaringen har nok gjort at vi lettere kan vurdere hvem som vil ha utbytte av kurset, påpeker de to.

De forteller at forsamtalen er avgjørende for utvelgelse av deltakere til kurset. Det viktigste i denne samtalen er å informere om det praktiske rundt kurset samt informere om hovedelementene i undervisningen. Det er spesielt viktig å påpeke at KiD-kurset ikke

er gruppeterapi, men opplæring i kognitiv metode og mestringsteknikker. Dette forutsetter en viss grad av evne til konsentrasjon og motivasjon for endring.

«Trygg plass»

Selv om de understreker at det er viktig å følge kursmanualen, sier Drægebø og Ure at samlingene har en tendens til å bli mer løsevrene fra manus etter hvert som deltakerne blir tryggere og mer kjent med hverandre. Gjensidig støtte, oppmuntring og gjenkjennelse deltakerne imellom er en av de viktigste suksessfaktorene. Kurslederne må tilstrebe en balanse mellom å holde seg til temaet for møtet og å tillate spørsmål og diskusjoner som kommer spontant.

I tillegg er det helt avgjørende at deltakerne jobber

på egen hånd. Det inkluderer aktiv bruk av ABC(D)-skjemaet, hvor de registrerer egne følelser, feiltolkninger og kroppslige reaksjoner i gitte situasjoner. Målet er å bli bevisst på dette for å kunne endre eget handlings- og tolkningsmønster.

Deltakerne øver seg også på noe som kalles «Trygg plass».

– Tanken er at de skal skape seg et «pusterom». De ser for seg en reell eller konstruert positiv situasjon, og prøver å gjenskape de gode tankene og følelsene de opplevde, forteller Drægebø.

Jeg har med meg tankesettet fra kurset, og bruker ABCD-modellen.

TIDLIGERE DELTAKER KID-KURS

Terper til det sitter

Repetisjon og terping på metodene er viktig, for hensikten er jo at man skal ha med seg noen virkemidler man kan benytte, også etter at siste samling er avsluttet.

– Jeg har med meg tankesettet fra kurset, og bruker ABCD-modellen. Det har gjort det enklere å håndtere situasjoner som tidligere var svært utfordrende, sier den tidligere deltakeren.

Blir bevisst uhensiktsmessige tanker

Og de aller fleste som gjennomfører kurset, opplever det som veldig positivt. Målinger ved hjelp av Becks depresjonsindeks viser at andelen depressive symptomer synker for storparten av deltakerne, men vel så viktig opplever de selv metoden de lærer. De blir bevisst på at de tenker uhensiktsmessige tanker, og at de må «bytte ut» negative situasjoner med situasjoner som gir mer glede.

En annen deltaker understreker kursledernes betydning:

– Det er kjempeviktig hvem som leder kurset. De var flinke til å lytte og skapte et trygt og trivelig miljø. Jeg følte virkelig at de brød seg om oss som deltok.

Utfordrende rekruttering

Tross gode resultater og tilbakemeldinger er det fremdeles utfordrende å gjøre nytten av tilbudet godt nok kjent.

– Vi har gått ut med informasjon til alle samarbeidspartnere, men stort sett har deltakerne funnet fram til kurset på internett eller i avisen, forteller avdelingsleder Christine Dagnes.

– Vi har undret oss over få henvendelser fra fastlegene til våre KiD-kurs. Der er det absolutt et større potensial da vi vet at fastlegene hyppig møter mennesker med depressive symptomer. Med KID og liknende kurs kan de kommunale tjenestene gi effektiv hjelp til egen befolkning, understreker hun. ●



TERPER: – Repetisjon og terping på metodene er viktig, for hensikten er jo at man skal ha med seg noen virkemidler man kan benytte, sier f.v. psykiatrisk sykepleier Wenche Myhren Drægebø, avdelingsleder Christine Dagnes og psykiatrisk sykepleier Bjørg Ure ved Psykisk helse Arna/Åsane. FOTO: KJETIL ORREM/NAPHA

Gjensidig støtte, oppmuntring og gjenkjennelse deltakerne imellom er en av de viktigste suksessfaktorene.

Gode på psykisk helse etter krig og flukt

Med lavterskeltilbudet «Helse etter krig og flukt» hjelper psykisk helsetjenesten i Tønsberg mennesker som har med seg vonde krigsopplevelser, og som samtidig skal møte nye krav i en ny kultur.

AV ROALD LUND FLEINER, KOMMUNIKASJONSRAÐGIVER, NAPHA

– Initiativet kom fra kommunepsykolog Tanja Sæthre Ekeid og helsesøstre på Voksenopplæringen for flyktninger fordi de så at mange hadde behov for psykisk helsehjelp, forteller sosionom Ann-Christin Alsvik.

Fra krig til nye krav

Tilbudet ble opprettet fordi det under flyktningkrisen for noen år siden kom mange fra Syria og Irak til Tønsberg.

– Når de er kommet i trygghet, handler det ikke lenger om å overleve, og da kommer reaksjonene på det de har opplevd. Samtidig er de bekymret for familie og venner som er i krigssoner. Oppi dette skal de lære et nytt språk, en ny kultur og komme seg ut i jobb her, sier Alsvik.

Lærer om egne reaksjoner

«Helse etter krig og flukt» er lagt opp som en kursrekke, med grupper på inntil 15 deltakere. Elever ved voksenopplæringen kan velge dette som et temakurs på linje med andre valgfag. Eller de rekrutteres inn etter tips fra flyktningtjenesten og de som underviser flyktninger i norsk og samfunnsfag.

– Mange forstår ikke hva som skjer med dem, og

hvorfor de er ukonsentrerte og får sterke reaksjoner. På kurset snakker vi om at søvnproblemer, panikkreaksjoner, sinne og frustrasjon er normale reaksjoner på unormale hendelser, sier hun.

Mange er seg ikke bevisst hvilke hendelser eller situasjoner som utløser deres følelser og reaksjoner.

De går til legen og tror det feiler dem noe fysisk. Vi bevisstgjør dem på at dette kan være undertrykte følelser.

HILDE ARNTZEN,
PSYKIATRISK SYKEPLEIER

– Det kan være smell som fyrverkeri, sprengningsarbeid, sirener fra sykebilene. Det kan være brå bevegelser, store folketall der de kan ha opplevd at en bombe utløses, det kan være at de ser vann og forbinde dette med at de holdt på å drukne en gang. Eller det kan være lukt de kobler til tidligere hendelser. I kurset jobber de med å bli bevisst på hva som er de utløsende faktorene for sterke følelser og reaksjoner, og med å finne alternative tanke- og handlingsmåter, sier Alsvik.



UTVIKLET SELV: Kurset «Helse etter krig og flukt» i Tønsberg er laget og drives av psykiatrisk sykepleier Hilde Arntzen (t.v.), sosionom med videreutdanning i psykisk helse Ann-Christin Alsvik (midten), og kommunepsykolog Tanja Sæthre Ekeid. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

Kroppslige symptomer på psykisk stress

Kurset tar for seg gode sove- og spisevaner og hvordan dette påvirker den psykiske helsen.

– De kommer fra en krisesituasjon der det handler om å overleve, og der daglige rutiner som mat og søvn har vært underordnet, sier hun.

Mange har nytte av å lære om hvordan følelser ofte gir seg utslag i kroppslige symptomer.

– Mange har lettere for å forholde seg til smerte i brystet eller andre kroppslige symptomer. De går til legen og tror det feiler dem noe fysisk. Vi bevisstgjør dem på at dette kan være undertrykte følelser. Det er også mer tabu i en del kulturer at det kan være vansker med følelser og tanker, så vi jobber også med holdninger rundt dette, sier psykiatrisk sykepleier Hilde Arntzen.

– Ikke forberedt på ensomheten

Hvordan NAV, arbeidslivet og norsk kultur fungerer, er sentralt på kurset.

– Fra hjemlandet er de vant til å være en del av et kollektiv, og de lurer på hvordan de blir kjent med nordmenn. De er ikke forberedt på ensomheten. Det å vite noe om at norske familier har 1,8 barn i gjennomsnitt, og at begge foreldrene vanligvis må være i jobb for å kunne drive familien, gjør det lettere for dem å forstå den virkeligheten de møter, sier Arntzen.

Asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen.

Helsedirektoratets veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente (2017).

Språk åpner dører

Språk som døråpner til det norske samfunnet er også et viktig moment.

– Vi møter dem så tidlig at språket ikke er på plass ennå, og bruker tolk som snakker arabisk og tigrinia (eritreisk språk, red anm.). Vi sier til dem at språk er nøkkelen til jobb, sosialt liv, førerkort og andre viktige deler av den norske hverdagen, forteller hun.

Fra lege til vaskehjelp

Kurset forbereder dem også på et mulig statusfall.

– Vi møter alt fra analfabeter, som ikke er vant til å sitte og høre på en lærer, til andre som har høy utdanning. Mange fra Syria er velutdannet og har hatt mye penger. Syria var ganske vestlig og opptatt av utdanning. Om man er lege fra Irak, så kan man oppleve å ikke få godkjent utdannelsen sin her da Norge er streng på det området. Vi opplever at det å forberede dem på et statusfall forebygger psykiske problemer, sier Alsvik.

Lavterskel migrasjonstjeneste

I tillegg til «Helse etter krig og flukt»-kurset har det psykiske helseteamet i Tønsberg en lavterskel psykisk helsetjeneste for flyktninger.

– Henvendelsene kommer i hovedsak fra flyktningstjenesten på NAV og fastlegekontoret for migrasjon. Vi opplever at tjenesten dekker et behov, og særlig gjaldt dette den første tiden etter at det kom mange flyktninger for noen år siden, sier Alsvik. ●

I kurset jobber de med å bli bevisst på hva som er de utløsende faktorene for sterke følelser og reaksjoner, og med å finne alternative tanke- og handlingsmåter.

ANN-CHRISTIN ALSVIK, SOSIONOM



Fikk hjelp med tanker og søvn etter båtflukt

– Kurset «Helse etter krig og flukt» har hjulpet meg både til å sove bedre enn før, til å bli kjent med nordmenn og til å forstå mine egne reaksjoner på opplevelser jeg har hatt, sier syriske Layan (24).

AV ROALD LUND FLEINER,
KOMMUNIKASJONS RÅDGIVER, NAPHA

Hun kom til Norge i 2015 sammen med moren og broren sin, som har Downs syndrom.

Vi var i 15 land på 25 dager,
og havnet i vannet i fem timer.

LAYAN,

TIDLIGERE DELTAKER PÅ «HELSE ETTER KRIG OG FLUKT»

at folk er gale om de går til psykolog. Vondt i kroppen går vi til legen med og tenker ikke at det kan skyldes psykiske problemer. Derfor trenger mange arabiske mennesker et sånt kurs som forklarer om disse sammenhengene, mener Layan.

Selv sliter hun en del med å sove, men det er blitt bedre, blant annet etter gode råd på kurset.

– Nå har jeg sluttet å sove på dagen og har mer faste søvnrutiner, sier hun.

Fått norske venner

Gjennom Røde Kors' besøksvenn-ordning har hun blitt kjent med fire norske damer og fått trent på og blitt god til å snakke norsk. Det gjør det lettere for henne å skaffe seg utdanning og jobb.

– Jeg skal begynne på videregående skole til høsten og vil studere reiseliv etter det, sier hun.

Forståelse demper stress

Tiden mens familien ventet på fast opphold i Norge, opplevde hun som stressende.

– Vi har det veldig mye bedre nå. Broren min går på skole. Moren min jobbet i en skjønnhetssalong i Syria. Hun kan ikke norsk, så hun er mye hjemme og tar seg av broren min, sier hun.

For å unngå mer psykisk stress i en fra før krevende overgang når man kommer som flyktning til et ukjent land, mener hun det er viktig å lære hvordan det norske samfunnet fungerer.

– Mange som kommer hit, har mistet familie og venner og forstår ikke norsk kultur. Både kurset og de norske vennene mine har hjulpet meg til å forstå en del viktige ting. For eksempel det at alle kommer presis. I Syria er det ikke sånn, smiler hun. ●

VIKTIG: – Både kurset og de norske vennene mine har hjulpet meg til å forstå en del viktige ting, sier Layan fra Syria. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

Mistet venner

– Vi var i 15 land på 25 dager, og havnet i vannet i fem timer. I vannet tenkte jeg bare på broren min. Jeg er veldig glad jeg kunne svømme, sier Layan.

I Damaskus, hvor hun bodde, var det noen ganger bombing langs skoleveien.

– Jeg hadde mange venner som døde, det gjør meg trist, sier hun.

– Trenger et sånt kurs

Gjennom temakurset «Helse etter krig og flukt» har hun blitt mer bevisst på at det er sammenheng mellom hvordan hun har det psykisk og i kroppen, forteller hun.

– I Syria lærte vi ikke om psykisk helse. Vi tenker

Satser på kurs – i samarbeid med Frisklivssentralen

På Helsehuset i Stavanger har psykologene gått fra individuelle samtaler til å nå langt flere med mestringskurs for personer med ulike psykiske helseplager. Mye av arbeidet gjøres sammen med Frisklivssentralen.

AV KRISTIN TRANE, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Psykologtjenesten for voksne ligger på Helsehuset i Stavanger og har valgt å tilby kurs og publikumsforedrag som hovedvekten av tilbudet.

– For å nå flest mulig har vi blant annet utviklet mestringskurs som angstmestringskurs, stressmestringskurs, søvnkurs, livsmestringskurs og kurs i mestring av depresjon, sier fagleder Emmeline Krogh.

Tett samarbeid med Frisklivssentralen

Samarbeidet med Frisklivssentralen, som også er en del av Helsehuset i Stavanger, er gjennomgående i

mye av det psykologtjenesten gjør. Psykologtjenesten og Frisklivssentralen bruker hverandres kompetanse på tvers og bidrar inn i hverandres kurs og andre tilbud.

– Vi tenker at det er én dør inn, og samarbeidet er tett. Mens vi har våre kurs, har Frisklivssentralen ansvar for andre kurs som er overlappende når det gjelder psykisk helse, eksempelvis søvnkurs. De har også treningsgrupper, åpne treningstimer og andre typer kurs for livsstilsendringer. Til sammen gir dette et bredt tilbud til personer med lettere og moderate helseutfordringer, forteller Krogh videre.

Samlokalisering essensielt

Det at de er samlokalisert, har alt å si for samarbeidet, understreker Krogh og hennes to kollegaer Janette Røseth og Liss Gøril Anda.

– Det gjør det lettere å samarbeide, terskelen blir lavere, for eksempel med å bidra inn på hverandres

HELSEHUSET I STAVANGER

- Helsehuset har åtte ulike avdelinger. Frisklivssentralen og psykologtjenesten er to av disse, sammen med blant annet pårørende koordinator, avdeling for velferdspsykologi og sykepleie klinikk.
- Helsehusets tilbud er tverrfaglig sammensatt med faggrupper som blant annet ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog, sykepleier og sosionom.
- I Stavanger kommune er psykisk helsetjenesten fordelt mellom fire bydeler, mens Helsehusets tilbud er byomfattende.

Facebook og nettsiden vår er viktige kanaler som vi bruker aktivt.

LISS GØRIL ANDA, PSYKOLOG



kurs. Vi holder innlegg på et kurs de har om livsstilsendring for minoritetskvinner, mens de kommer på stressmestringskurset vårt og forteller om hvordan stress kan påvirke kroppen, sier Krogh videre.

Publikumsforedrag

Psykologtjenesten og Frisklivssentralen samarbeider også om det de kaller publikumsforedrag. Disse omhandler ulike tema om psykisk helse. Det siste året har de hatt foredrag om bedre søvn, mestring av stress, å ta vare på seg selv som pårørende og hvordan få bedre selvfølelse.

– Vi når svært mange av kommunens innbyggere gjennom våre månedlige kvelder og har hatt inntil 250 lyttende publikummere. Særlig populært har temaet stressmestring vært, forteller de engasjert.

Samlokalisering av tjenester er et godt første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av dagens deltjenester. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2015).

Satser på nett

Det å ha tilgjengelige tjenester med lav terskel handler blant annet om å nå ut til aktuelle deltagere både på kursene og med publikumsforedragene. De mener at det at de har en egen ansatt med ansvar for kommunikasjon, har vært viktig for at de har lyktes med å nå ut til så mange.

– Facebook og nettsiden vår er viktige kanaler som vi bruker aktivt. Vi har blant annet laget informasjonsvideoer om livsmestringskurset og stressmestringskurset vårt som mange har sett, forteller psykolog og kommunikasjonsansvarlig Anda. ●

Vi når svært mange av kommunens innbyggere gjennom våre månedlige kvelder og har hatt inntil 250 lyttende publikummere.



JOBBER TETT:

Psykologtjenesten i Stavanger forteller at samlokaliseringen har alt å si for det tette samarbeidet de har med Frisklivssentralen. F.v: Liss Gøril Anda, Emmeline Krogh og Janette Røseth.

FOTO: KRISTIN TRANE/NAPHA

«Det viktigste forebyggingsarbeidet gjøres lokalt, altså i kommunene.»

FOREBYGGING ER BEDRE ENN KUR

Renessansehumanisten Erasmus av Rotterdam sa det så enkelt: «Forebygging er bedre enn kur.» Budskapet er enkelt, men gjennomføringen kan være utfordrende.

AV CARL W. KORSNES, INFORMASJONSRAÐGIVER I MENTAL HELSE

Mental Helse retter søkelyset mot viktigheten av lokale lavterskeltilbud med kort ventetid, satsing på primærforebygging og økt synlig- og tilgjengeliggjøring av eksisterende tilbud.

Psykisk uhelse er landets største helseutfordring. Det innebærer helsetap, belastning på barn og pårørende, uføretrygdkostnader, frafall fra skole, tapte arbeidsår og dødelighet. Ifølge Helsedirektoratets nøkkeltall for 2015 koster psykiske uhelse Norge 185 milliarder kroner i året. Mange tror at det er de store lidelsene som koster samfunnet og individet mest, men det stemmer ikke. Det som står for mesteparten av tapte friske leveår, er de mer vanlige utfordringene, som depresjon og angst.

Verdien av forebygging og tidlig innsats ligger blant annet i at mennesker kan unnsnippe en psykisk helsetilstand som kan være vanskeligere å komme seg ut av. Forebygging kan selvsagt være krevende, men en kur vil være enda vanskeligere – for ikke å snakke om mer ressurskrevende – både for samfunnet og for individet. Det viktigste forebyggingsarbeidet gjøres lokalt, altså i kommunene.

Primærforebygging

Uansett hvor sterk viljen innad i kommunene er, så vil ressursene til å håndtere psykisk uhelse alltid ha en begrensning, både økonomisk og tidsmessig. Derfor råder Mental Helse kommunene til i større grad å satse på *primærforebygging*, som vil si å komme på banen med informasjon og rådgivning *før* psykisk uhelse er utviklet. Primærforebygging har dessuten vist seg å ha størst samfunnsøkonomisk effekt, i tillegg til at den bidrar til avtabuisering av psykiske helseutfordringer.

Primærforebygging innebærer for eksempel å informere om psykisk helse og å tilby lavterskelarenaer som kan oppsøkes av dem som ønsker noen å samtale med. Et eksempel på en vellykket lavterskelarena for «den vanskelige samtalen» er Mental Helses initiativ Arena 12–25, som kan etableres i enhver kommune som ønsker det.

I første omgang har Mental Helse i dette tilfellet konsentrert seg om ungdommen, men det er åpenbart at behovet for en liknende arena for voksne og eldre er påtrengende. Arena 12–25 er et godt eksempel på at enhver kommune kan benytte seg av

lokalmiljøets ressurser, som brukerorganisasjonene og skolerte frivillige.

Lokal tilhørighet

Omgivelser og miljø har innvirkning på menneskers mentale helse. Psykisk uhelse er ofte en følge av vanskelige situasjoner på arbeidsplassen, i hjemmet, på skolen eller på andre arenaer i lokalmiljøet. Personer med milde og kortvarige psykiske utfordringer står i fare for ufrivillig å falle utenfor i samfunnet – for eksempel ved å droppe ut av skolen eller jobben eller ufrivillig frafall fra lokalsamfunnet for øvrig. Slik kan utenforskap bidra til å forlenge og forverre den psykiske uhelsen.

Å sørge for at det finnes lokale lavterskeltilbud som tilbyr rask og lett tilgjengelig hjelp, er sentralt for å forbygge forverring av psykisk uhelse. Dersom en har det vanskelig, kan en henvisning fra fastlege være en terskel ikke alle har kapasitet eller helse til å tre over. For disse menneskene kan lavterskeltilbud være avgjørende for om de får hjelp overhodet.

Når det er sagt, er det viktig å understreke at god psykisk helse for det aller meste skapes *utenfor* helsevesenet. Derfor er det vesentlig å sørge for at kommunen har et mangfoldig kultur- og foreningsliv. Likeledes at kommunene gjør eksisterende kultur- og foreningstilbud tilgjengelig for alle, ikke bare en engere gruppe. Lokale kultur- og foreningstilbud er arnesteder for god psykisk helse.

Tilgjengelighet

Ut fra brukererfaringer rundt om i landet oppfatter Mental Helse det slik at kontaktinformasjon og opplysning om kommunens hjelpetilbud er lite tilgjengelig. Mange finner ikke frem til hvilke tilbud som faktisk finnes, hvilke telefonnumre de kan ringe, eller hvor de kan gå.

Enkle grep kan tas. For eksempel kan det opprettes en elektronisk oversikt over forebyggende tilbud for



Carl W. Korsnes, informasjonsrådgiver i Mental helse. FOTO: GRETHE ETTUNG/MENTAL HELSE

personer med mildere psykisk uhelse – alt i lokalsamfunnet samlet på ett sted, med kontaktinformasjon lett tilgjengelig. Mange av disse tilbudene vil være i regi av frivillige organisasjoner. Det er av stor betydning at også hjelpeapparatet har kunnskap om de mange tiltakene som eksisterer i kraft av frivillighe-ten, slik at brukere kan informeres om disse.

Fastleger og annet personell innen helsevesenet bør også formidle informasjon om hvilke tilbud som finnes, og hvordan ta kontakt med disse. Informasjonen bør formidles til individer, så vel som til arbeidsgivere, skoler og barnehager. Uansett hvor mange og hvor gode tilbud som finnes, er de til liten hjelp hvis folk ikke vet om dem. ●

Slik jobber en recoveryorientert tjeneste

Recovery er et perspektiv eller en filosofi som kan gjøre tjenestene mer personorientert og dermed mer brukerorientert. Dette er sterkt ønsket fra helsemyndighetene, og stadig flere kommuner har recovery som grunnlag for sine tjenester. Dette følger også en internasjonal trend.

AV MØYFRID KJØLSDAL, FAGLIG RÅDGIVER, NAPHA

Personlig recovery er, som ordet tilsier, personlig – alle har sin egen unike prosess der myndiggjøring, tilhørighet, håp, identitet og mening er viktige bestanddeler. I sentrum står brukerens ressurser og mål og hva som er et godt liv for brukeren. Dette kan ikke standardiseres.

Får prøve og feile

I en tjeneste som jobber recoveryorientert, støtter helsetpersonellet personen i denne prosessen. Relasjonen preges av likeverdighet, også når det gjelder kunnskap. Brukere og ansatte tar beslutninger sammen, og brukeren får prøve og feile som alle andre.

I en recoveryorientert tjeneste blir det satt av tid til å jobbe konkret med de ansattes egne holdninger og verdier. Dette er nødvendig for sammen med brukeren å finne hans holdninger og verdier, håp, drømmer, ressurser og mål. Videre legges det til rette for en reflekterende praksis, der erfaringer blir delt og en har en åpen og modig dialog. Fordi strukturene og rammevilkårene i tjenestene vil måtte endres, kreves det forankring i ledelsen.

Tilbakemeldingskultur

Det å ansette erfaringskonsulenter påvirker kulturen, fører til bevisstgjøring og kan utfordre praksis. Hverdagsliv, normalisering og aktivisering kommer i

fokus. Videre er det å utvikle en tilbakemeldingskultur sentralt. Det er en selvfølge at de som bruker tjenestene, er de nærmeste til å fortelle hvordan de virker, og hvordan de kan forbedres. De ansatte må få opplæring og veiledning i hvordan de kan spørre brukerne på en slik måte at de får ærlige svar, samt hvordan bruke disse tilbakemeldingene til å endre tjenestene.



Møyfrid Kjøltsdal, faglig rådgiver i NAPHA. FOTO: HEGE LANDRØ JOHNSEN

Brukere og ansatte tar beslutninger sammen, og brukeren får prøve og feile som alle andre.

Fag- og erfaringskunnskap på lag

Brukerne opplever at hjelpen blir bedre når de som skal hjelpe snakker sammen og vet hvem som skal gjøre hva. Samhandlingen må skje både innad i kommunen og mellom tjenestenivåer.

◀ Det å jobbe recoveryorientert betyr ikke at fagpersonen skal legge bort sin fagkunnskap, men at fagkunnskap og erfaringskunnskap skal brukes sammen.



FINNE TILBAKE: Å ta igjen tapte roller og interesser, som deltakelse i sport eller andre aktiviteter, kan bidra til recovery.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM.

Det å jobbe recoveryorientert betyr ikke at fagpersonen skal legge bort sin fagkunnskap, men at fagkunnskap og erfaringskunnskap skal brukes sammen. Det er ikke alltid brukeren er i stand til å bestemme alt i sitt liv. I de tilfellene der brukeren har behov for at andre tar over kontrollen for en periode, skal det gjøres.

Ta tilbake tapte roller

I en recoveryorientert tjeneste har sosiale forhold som arbeid, aktivitet, levekår, lokalmiljøet, venner, familie og antistigmaarbeid stor betydning for den enkeltes recoveryprosess. Tjenestene kan utvikle recoverycollege og lavterskeltilbud der brukerstyring og brukeransettelse inngår. Like viktig er det å orientere seg i lokalsamfunnet om hva som finnes av organisasjoner, foreninger og lag slik at brukeren kan ta tilbake eventuelle

tapte roller og interesser, som for eksempel deltagelse i kor, sport og andre aktiviteter. Inkludering av pårørende og andre nære personer er viktig, gjennom for eksempel nettverksmøter og åpne samtaler.

Behov som folk flest

Recovery har utspring fra brukerbevegelsen og har tradisjonelt vært rettet mot dem som har de største helseutfordringene. Men de samme elementene er også viktige for dem med lette og moderate utfordringer. Som Mike Slade sier: «Vi må tenke at det som er viktig for folk flest, er viktig for folk med psykisk helse- og rusproblemer.» Det vil si tilhørighet og fellesskap, håp og optimisme, mening med livet, myndiggjøring og styrking. ●

KOMMUNENS ANSVAR FOR BEHANDLING AV LETTERE RUSUTFORDRINGER

Kommunene har et definert ansvar for behandling av lettere rusproblematikk. Det er helt avgjørende at dette ansvaret ivaretas på en bevisst og gjennomtenkt måte.

AV KARI HJERTHOLM DANIELSEN, VERNEPLEIER OG RÅDGIVER VED KORUS-NORD

Nyere statlige føringer er tydelige på at hovedansvaret for kartlegging, utredning og behandling av mindre alvorlige rus- og psykisk helseproblemer skal ligge hos kommunen.

Likevel har det vært, og er til dels fortsatt, en godt etablert holdning at behandling av rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser skal skje i spesialisthelsetjenesten, i psykisk helsevern og Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB), mens kommunen skal bidra med forvern, ettervern, oppfølging, bolig, økonomi og andre tradisjonelle kommunale oppgaver. Denne holdningen finner vi både i hjelpeapparatet og hos brukere.

Derfor er det viktig at kommunens ansvar presiseres blant annet i *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid* (Helsedirektoratet, 2014). I kommunen er det en rekke faglige ressurser som kan bidra til å oppfylle dette ansvaret, blant annet fastlege, rus- og psykiatritjenestene, NAV og kommunepsykolog samt helse- og omsorgstjenestene.

KORUS (DE REGIONALE KOMPETANSESENTRENE PÅ RUSFELTET)

- Skal styrke praksisfeltet gjennom å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse
- Delt inn i sju regionale sentre: region nord, midt, vest Bergen, vest Stavanger, sør, Oslo og øst
- Finansiert av Helsedirektoratet

www.kompetansesenterrus.no

Det er flere årsaker til at kommunen bør ta behandlingsansvaret for denne brukergruppen på alvor.

Hva er behandling i kommunen?

Selv om veilederen er tydelig på kommunens ansvar for å tilby behandling til denne brukergruppen, sies det lite om hva behandling i kommunen i praksis kan være. På mange måter kan dette være en fordel da kommunene i Norge er svært ulike hva gjelder størrelse, ressurser og kompetanse. Det vil derfor være et stort spenn i hva den enkelte kommune vil ha mulighet til å tilby.

Man kan likevel tenke seg at det bør foreligge noen felles minimumsfaktorer for at et opplegg skal kunne defineres som behandling. I *Nasjonal, faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (Helsedirektoratet, 2017) gis flere anbefalinger av hvilke faktorer som bør være til stede i et behandlingsopplegg:

- Kartlegging/utredning bør danne grunnlag for innholdet i behandlingsplanen
- Det bør utarbeides en plan for behandlingen sammen med bruker
- Det bør utarbeides behandlingsmål. Målene settes av bruker i samråd med behandler
- Målene bør evalueres fortløpende
- Det skal tilstrebes sammenhengende og gode behandlingsforløp

En minimumsfaktor som bør være til stede for at et tilbud skal kunne defineres som behandling, er at det foreligger en plan med definerte mål, og at det sikres evaluering, kontinuitet og sammenheng i tilbudet.



Kari Hjertholm Danielsen, vernepleier og rådgiver ved KoRus-Nord. FOTO: CARINA KALJORD

En minimumsfaktor som bør være til stede for at et tilbud skal kunne defineres som behandling, er at det foreligger en plan med definerte mål, og at det sikres evaluering, kontinuitet og sammenheng i tilbudet. Videre er det avgjørende at den eller de som foretar kartlegging og utredning, har tilstrekkelig kompetanse og benytter anbefalte verktøyer.

Personer som oppsøker hjelpeapparatet med en problematisk bruk av rusmidler, bør også bli spurt om sin psykiske helse, og omvendt. Likeledes bør personer som oppsøker hjelpeapparatet med diffuse symptomer, som angst, depresjon eller søvnløshet, bli spurt om alkoholvaner og annen rusmiddelbruk.



Personer som oppsøker hjelpeapparatet med en problematisk bruk av rusmidler, bør også bli spurt om sin psykiske helse, og omvendt.

Viktig at kommunen tar behandlingsansvaret på alvor

Det er flere årsaker til at kommunen bør ta behandlingsansvaret for denne brukergruppen på alvor. Den mest åpenbare årsaken er at dette er en lovpålagt oppgave. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 presiserer at kommunen skal foreta utredning, diagnostisering og behandling.

En annen årsak er at man på denne måten kan tilby behandling på nærmest mulig nivå, der folk bor og lever sine hverdagsliv. Mange mennesker med mindre alvorlige rus- og psykisk helseproblemer vil med et slikt tilbud kunne opprettholde et normalt hverdagsliv, samtidig som de mottar hjelp.

For å få til dette er det imidlertid en forutsetning at kommunens helse- og omsorgstjeneste utvikler kompetanse på området. Man må også skape en bevissthet om at kommunen har et behandlingstilbud til denne brukergruppen, og hva dette innebærer. Dette krever et grundig og målrettet arbeid internt i kommunen, og i mange tilfeller må det en kulturendring til.

Når dette arbeidet er gjort, og man har etablert en godt forankret faglig plattform, vil man kunne formidle ut, både til øvrig hjelpeapparat og til brukere, at man har et fullgodt behandlingstilbud til denne gruppen. ●

REFERANSER:

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (Veileder IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (Nasjonale faglige retningslinjer). Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2017). *Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Behandling – et begrep til besvær

Norske kommuner har et lovbestemt behandlingsansvar, også innenfor rus- og psykisk helsetjenestene. Bruken og definisjonen av behandlingsbegrepet er imidlertid langt fra entydig.

AV KJETIL ORREM, FAGLIG RÅDGIVER I NAPHA

Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3 er tydelig på at kommunene blant annet skal tilby «Utredning, diagnostisering og behandling», og at dette ansvaret også gjelder for «personer med ... psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne». Veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) slår fast at kommunene bør ha hovedansvar for behandling av brukere i hovedforløp 1 – det vil si personer med rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige.

Noe av utfordringen ligger i at behandlingsbegrepet mangler en tydelig definisjon.

Like tilbud tolkes ulikt

Langt fra alle kommuner mener imidlertid selv at de tilbyr behandling. Blant nabokommuner, som har omtrent det samme tilbudet innenfor rus- og psykisk helsetjenester, kan den ene definere «alt» de gjør som behandling, mens den andre mener de ikke driver behandling i det hele tatt.



KRONGLETE: Det er langt fra alle kommuner hvor man har et felles, avklart syn på hva behandling i psykisk helsearbeid er.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX.COM

I tillegg kan kommuner som mener de tilbyr behandling, oppleve at samarbeidende instanser har en annen fortolkning. Det hender for eksempel at brukere ikke får innvilget arbeidsavklaringspenger

(AAP) fordi NAV-kontoret ikke godkjenner kommunale tiltak som «aktiv behandling».¹ Da hjelper det brukeren lite at kommunen selv fastholder at han eller hun har fått et behandlingstilbud.

Mye brukt – lite forklart

Noe av utfordringen ligger i at behandlingsbegrepet mangler en tydelig definisjon. Lovverk, retningslinjer og veiledere bruker hyppig ordet «behandling». De kan gi eksempler på, og beskrivelse av, anbefalte behandlingsmetoder. Men de gjør sjelden eller aldri noe forsøk på å definere hva begrepet «behandling» innebærer.

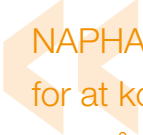
Den tradisjonelle, medisinske bruken av begrepet innebærer at behandling er spesifikke tiltak som settes i verk for å fjerne eller lette symptomer på og/eller årsak til sykdom. Det virker for eksempel klart at å bruke kognitiv terapi for å fjerne eller lette symptomene på en depresjon, må være et behandlingstiltak, om man legger denne definisjonen til grunn.

Derimot kan det kanskje være større uenighet om hvorvidt tiltak som KiD-kurs for håndtering av depresjon er et behandlingstiltak. Kurset følger en fast mal og skreddersyr ikke innhold og form til den enkelte deltakers symptombylle. Det kan gjøre det vanskeligere å se det som et målrettet tiltak, med mål om symptomlette. Dette selv om personer som går på kurset, gjerne har fått det anbefalt av sin fastlege og fagpersoner i kommunen har kartlagt symptomtrykket deres og vurdert at de faller innenfor målgruppen.

Ulike oppfatninger

Mange av fagfolkene vi har snakket med i arbeidet med dette heftet, definerer behandling med ulike varianter av utsagn som «intervensjoner eller tiltak

som er igangsatt med formål om endring og/eller be-
dring». Men det er langt fra alle kommuner hvor man har et felles, avklart syn på dette. Noen kan tenke at støttesamtaler, veiledning, råd og oppfølging er noe annet enn behandling, mens andre ansatte i samme kommune mener at alt dette glir over i hverandre og er umulig å plassere i ulike kategorier.

 NAPHA mener det er viktig at det blir aksept for at kommunene faktisk driver behandling – også overfor dem som sliter med rus og psykisk helse.

Et sted, hvor det var ganske mange fagfolk til stede, forklarte en av dem at «Jeg tenker at nesten alt vi gjør er ulike former for behandling, fordi vi er opptatt av at folk skal få det bedre». Etterpå så hun seg rundt i rommet og la til: «Men jeg vet jo ikke om dere andre er enige, for dette har vi egentlig aldri snakket om.»

Dette er ganske gjennomgående blant kommunene vi har besøkt i arbeidet med dette heftet. Få av dem har hatt en bevisst diskusjon om hvordan de bruker behandlingsbegrepet. I de tilfellene hvor dette har vært et tema, er det gjerne for å få avklart hvilke tiltak som krever forvaltningsvedtak. Noen har også bevisst valgt å definere «alt» de gjør som behandling, for å forenkle vedtaksdiskusjonen.²

Uvant tenkemåte

Et tilbakevendende tema har vært at det ikke er tradisjon for å tenke at kommunene driver behandling,

¹ Folketrygdloven (2017) § 11-1 fastslår at «Formålet med arbeidsavklaringspenger er å sikre inntekt for et medlem som på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått nedsatt arbeidsevne og a) får aktiv behandling, b) deltar på et arbeidsrettet tiltak, eller c) får annen oppfølging med sikte på å skaffe seg eller beholde arbeid.

² I *Veileder for saksbehandling* (Helsedirektoratet, 2016), kap. 3.2.2.1 «Nærmere om hvilke tjenester som krever enkeltvedtak», fastslås bl.a. følgende: «Det skal ikke fattes enkeltvedtak om følgende ... tjenestetilbud: ... konsultasjoner, behandlinger mv. som gis eller bestemmes i det direkte møtet mellom helsepersonell og den enkelte pasient/bruker, eller som ytes som følge av henvisninger fra lege eller andre med henvisningsrett.»

men at dette er noe som har foregått i spesialisthelsetjenesten. En del tenker også at begrepet er knyttet til spesifikke faggrupper som leger og psykologer. Dette bildet styrkes av at flere kommuner gir uttrykk for at de har brukt behandlingsbegrepet mer etter at de fikk ansatt psykologer. Dette til tross for at det ikke finnes grunnlag i lovtekster eller retningslinjer for å tenke at behandling innenfor feltet psykisk helse og rus utøves utelukkende i enkelte deler av helsetjenestene eller av spesielle faggrupper innenfor disse tjenestene.

Samtidig er det noen, uavhengig av fagtilhørighet, som gir klart uttrykk for at de er stolte over at kommunen yter behandling, og at det er viktig for dem å bruke det begrepet.

En sier det også slik: *«Det har blitt tydeligere at det er dette man skal gjøre, kommunen er blitt mer fortrolig med at en skal bruke behandlingsbegrepet. Ting har forandret seg.»*

Andre mener fremdeles at det er direkte uhensiktsmessig å bruke behandlingsbegrepet. Et sted fikk vi høre at *«behandling blir ofte rettet mot diagnose, det er ikke vi opptatt av. Få (av dem vi snakker med) sier de ønsker behandling. De ønsker veiledning, de er i en utfordrende situasjon nå, trenger noen å snakke med, trenger en utenforstående som lytter».*

Hensiktsmessig begrep?

Og her er vi inne på noe vesentlig. Lover, retningslinjer og veiledere er tydelige på at også kommunene skal drive behandling. Men hvor hensiktsmessig er det å ha stort fokus på bruk av behandlingsbegrepet når økt brukerinvolvering og recoveryorientering (se s. 120) av tjenestene er en uttalt målsetting fra både myndigheter, brukerorganisasjoner og i stor grad tjenestene selv? Hvor mye skal man vektlegge en tankegang som involverer at én part *behandler*, mens den andre *blir behandlet*? Den ønskede dreiningen av psykisk helse- og rusarbeid går vel heller i retning



IKKE TRADISJON: Det har ikke vært tradisjon for å tenke at kommunene driver behandling, skriver faglig rådgiver i NAPHA, Kjetil Orrem. FOTO: ROALD LUND FLEINER/NAPHA

av å definere relasjonen som et mest mulig likestilt samarbeid?

Psykisk helse- og rustjenester – ikke minst i kommunene, hvor man er tett på brukerens nærmiljø – skal også vektlegge og inkludere sosiale betingelser, levekår som arbeid og bolig, meningsfull aktivitet og antistigmaarbeid. Alt dette kan synes å stå i motsetning til den tradisjonelle, medisinske forståelsen av behandlingsbegrepet.

De samme retningslinjene og veilederne som bruker behandlingsbegrepet, peker i tillegg på en rekke ulike faktorer som er viktige for å bedre folks livskvalitet og funksjon. For eksempel vises det i veilederen

«Sammen om mestring» til betydningen av blant annet relasjonelle faktorer, tilgjengelighet, kontinuitet, individuell tilpassing, kjennskap til andre aktører og tjenester, bruk av brukers egne erfaringer, involvering av pårørende og brukervedvirkning i tjenesteutvikling.

Ingenting av dette er målrettede, behandlende intervensjoner i tradisjonell, medisinsk forstand. Men de er helt sentrale elementer for om brukeren skal ha utbytte av bistanden han eller hun mottar. Og det er vel liten tvil om at for eksempel bedre sosiale relasjoner kan ha en «behandlende» effekt, uten at man hverken kan eller ønsker å definere det å få seg en ny venn som behandling av den grunn.

Viktigst å gi god hjelp

En holdning som går igjen mange steder, er at det i det daglige psykiske helse- og rusarbeidet er uinteressant å definere hva som er behandling eller ikke. Det viktige er å finne ut hvordan man kan hjelpe folk på best mulig måte, så spiller det mindre rolle hva man kaller de ulike tiltakene.

De fleste vil kunne enes om at det sentrale er at man, i tett samarbeid med den man skal hjelpe, finner ut hva som fungerer for den enkelte. Dette samarbeidet, og den ønskede recoveryorienteringen av tjenestene, styrkes som nevnt neppe ved å framheve og bruke behandlingsbegrepet.

Derfor er det kanskje heller ikke behandlingsaspektet man skal legge vekt på i presentasjon av egne tjenester, men heller bistanden man yter brukeren i dennes egen recoveryprosess.

Likevel nødvendig

Samtidig er behandling per i dag et begrep man ikke kommer utenom, heller ikke i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. Bruk og forståelse av begrepet kan som vist være avgjørende for om folk får de ytelser og rettigheter de har behov for og krav på.

Begrepsbruken kan også være betydningsfull, både for hvordan kommunene selv ser på tjenestene de yter, og for hvordan de vurderes av samarbeidspartnere.

Det er ingen grunn til at personer skal nektes ytelser eller rettigheter fordi kommunale tiltak ikke vurderes som behandling.

Derfor mener NAPHA det er viktig at det blir aksept for at kommunene faktisk driver behandling – også overfor dem som sliter med rus og psykisk helse. Endringsfokuserte, virksomme tiltak, som foregår under veiledning og støtte fra ansatte i kommunale tjenester, bør vurderes som behandlingstilbud på linje med det som tilbys i spesialisthelsetjenesten. Det er ingen grunn til at personer skal nektes ytelser eller rettigheter fordi kommunale tiltak ikke vurderes som behandling. ●

REFERANSER:

Folketryktdloven (2017). *Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (Veileder IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2016). *Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. (Veileder IS-2442). Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2017). *Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

VEIEN VIDERE

Tidlig innsats overfor personer med lettere psykisk helse- og rusutfordringer er en god investering.

AV ELLEN HOXMARK, LEDER, NAPHA

Dette heftet handler om lavterskeltilbud kommuner tilbyr til nettopp denne gruppen. Det viser et stort spenn i tilbud, og vi håper det har vært inspirerende lesning.

En hovedutfordring

Det har vært hevdet, senest i SINTEFs rapport om lavterskel behandlingstilbud (Ose, Kaspersen & Børve, 2018), at det å gi dem med lettere lidelser et tilbud i kommunen tar av ressursene til dem med mer alvorlig problematikk. Vi ser ikke at det er publisert tall som underbygger en slik påstand. Tidlig innsats

Mennesker med brukererfaring bør inkluderes i utforming av tilbudene fra start.

er en god investering. OECD har påpekt at en av hovedutfordringene i psykisk helsetilbudet i Norge er mangler i tilbud til personer med milde og moderate psykiske utfordringer (Helsedirektoratet, 2015a).

Brukererfaring med fra start

Mennesker med brukererfaring bør inkluderes i utforming av tilbudene fra start. Brukeransettelser i tjenestene bør vurderes. Det er flere eksempler i heftet på hvordan lavterskeltilbud tar i bruk den unike kompetansen mennesker med brukererfaring kan tilføre tjenesten. De brukerstyrte sentrene og brukerorganisasjonene kan være gode samarbeidspartnere, både i diskusjonene rundt utviklingen av tjenestene og i å finne gode representanter inn i arbeidet.

Tilbud på kveld

Et spørsmål som også bør tas opp er når assistert selvhjelp, kurs eller behandling skal tilbys. Enkelte kommuner som er omtalt i dette heftet gir et tilbud på ettermiddag og kveld, og flere ser slike tilbud som viktige utviklingsområder. Vi kan tenke oss at det etter hvert vil bli stilt spørsmål om hvorfor det ikke er mulig å kunne få et lavterskeltilbud på kveldstid når vi er vant til at vi kan spise ute om kvelden, gå på konsert,



OPP TIL POLITIKERNE: Uten politisk støtte og endret ressurstilgang vil sannsynligvis ulikhetene i tilbud i norske kommuner bestå, skriver leder i NAPHA, Ellen Hoxmark. FOTO: RAGNHILD KROGVIG KARLSEN/NAPHA

svømme, gå på treningssenteret, og tilbudene retter seg mot mennesker som er i jobb eller utdanning.

Fastlegen

Fastlegen er helt sentral i kommunens tilbud til de med lettere utfordringer. Mange fastleger gjør en formidabel jobb i møte med mennesker med slike utfordringer. Samtidig vet vi at fastlegene har stor arbeidsbelastning. Dersom fastlegen blir avlastet ved at psykisk helse- og rustjenestene i kommunen bygges ut, vil det komme flere til gode og vil kunne bidra til å redusere behovet for å bygge ut fastlegehjemler. Mange steder er tilbudene allerede godt utbygget, og vi er kjent med at fastlegene på flere av disse stedene i stor grad anbefaler brukere å ta kontakt med tjenestene.

Fastlegen er helt sentral i kommunens tilbud til de med lettere utfordringer.

Arbeidet med dette heftet har tydeliggjort at det er for stor variasjon mellom kommunene. I for mange kommuner finnes det ikke tilbud til mennesker med lettere psykisk helse- eller rusutfordringer. Ekstra utfordringer oppstår når det er langt til spesialisthelsetjenestens tilbud.

Klar ansvarsfordeling viktig

Det at kommunene tar et mer systematisk faglig ansvar for sin befolkning med lettere psykisk helse- og rusproblemer, utfordrer spesialisthelsetjenesten.

Det er avgjørende med en klar ansvarfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2015b), skriver at personer med lettere angst og depresjon i utgangspunktet ikke har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Samtidig har spesialisthelsetjenesten noen steder behandlingsteam som ved første øyekast kan ligne mye på tilbud som for eksempel Rask psykisk helsehjelp i kommunene.

Det er avgjørende med en klar ansvarfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Fordelingen bør være avtalesfestet slik Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) legger opp til, slik at spesialisthelsetjenesten ikke bruker sine ressurser på tilbud som er kommunenes ansvar, og samtidig slik at kommunene får den støtten de etterspør.

Hvilken rolle spesialisthelsetjenesten skal ha i behandlingen av mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer, er et faglig og politisk spørsmål. Faktorer som lokal kompetanse og kapasitet, fremdeles ifølge Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), vil være avgjørende for arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Hvis veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) skal være retningsgivende, må deler av spesialisthelsetjenesten endre måten å jobbe på. Det er tvilsomt om dette vil skje uten økonomiske incentiver.

Bør anerkjennes som behandling

Heftet presenterer mange ulike tilbud. Vi har valgt ut eksempler vi mener kan oppleves nyttige for kommuner som ikke har slike tilbud, eller som ønsker å videreutvikle de eksisterende tilbudene. I neste instans må kommunen ta valg, ved å ta utgangspunkt i egen situasjon: størrelse, geografi, folkehelseprofiler, innspill fra brukere, brukerplanresultater og annen

informasjon om kommunen. Det trengs fortsatt satsing på kunnskapsbaserte metoder, og behovet for forskning på kommunale tilbud er stort. Endringsarbeid som gjøres i kommunen bør anerkjennes som behandling i tolkning av regelverk og rettigheter. Noen kommuner er robuste nok til å dekke tilbudene både til dem med lettere og dem med moderate utfordringer, det vil si både forløp en og to.

Små blir store sammen

Vi har i heftet særlig beskrevet tilbud om grupper, kurs og assistert selvhjelp, i tillegg til individuelle tilbud. Vi har fokusert mye på samarbeid mellom ulike aktører internt i kommunen. Interkommunalt samarbeid er beskrevet, noe som de fleste steder vil kunne gi helt nye muligheter for tjenesteutvikling.

Gjennom arbeidet med dette heftet er vi blitt minnet om hvor mye bra som skjer i norske kommuner. Samtidig må vi erkjenne at det er en vei å gå. Uten politisk støtte og endret ressurstilgang vil sannsynligvis ulikhetene i tilbud i norske kommuner bestå. Det trengs en fortsatt debatt om oppgave-, ressurs- og maktfordelingen mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. ●

REFERANSER:

- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (Veileder IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015a). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport IS-2314). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne* (Prioriteringsveiledere). Oslo: Helsedirektoratet.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L. & Børve, C. S. (2018). *En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer* (2018:00201). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

©2018 NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – en avdeling i NTNU Samfunnsforskning AS

7491 Trondheim

Telefon: 48 14 54 34 • E-post: kontakt@napha.no

Nettside: napha.no

Last ned rapporten som pdf fra napha.no

