

2018:00201 - Åpen

Rapport

En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer

Forfattere

Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen og Camilla Sandvik Børve



Rapport

En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer

EMNEORD:
Psykisk helse
Kommuner
Helseforetak
Spesialisthelsetjenesten
Samhandling
Tjenester
Hovedforløp
Ansvarsfordeling

VERSJON
1.0

DATO
2018-02-19

FORFATTERE
Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen og Camilla Sandvik Børve

OPPDRAKSGIVER(E)
KS

OPPDRAKSGIVERS REF.
Anne Jensen

PROSJEKTNR
102014775

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
95

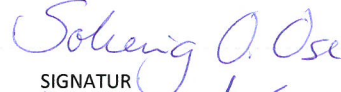
Hovedanbefalinger

SINTEF har utført en helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering av tjenestetilbudet til mennesker med lettere psykiske helseproblemer. Det er gjennomført intervjuer med ansatte i tjenestene i 12 casekommuner. Intervjuene er tatt opp, transkribert og fullkodet etter samfunnsvitenskapelig metode. I tillegg er det benyttet data fra kartleggingen i IS-24/8, der alle landets kommuner har levert data våren 2017. Rapporten inneholder også en litteraturgjennomgang, men vi finner at systemperspektiver innen psykisk helse er lite utforsket både i Norge og internasjonalt. Forskningen som finnes om lettere psykiske lidelser, handler ofte om selvhjelp, veiledet selvhjelp, gruppetilbud og nettbaserte løsninger. Dette fordi lettere psykiske helseproblemer er svært vanlig i befolkningen, og etterspørselen dermed blir for stor til å kunne dekkes gjennom tradisjonell behandling.

Funnene i rapporten viser at det er behov for lavterskeltjenester i kommunene, men det vil være feil å begrense slike tjenester til psykisk helse. Fordi 74 prosent av kommunene har færre enn 10000 innbyggere og 53 prosent har færre enn 5000 innbyggere, foreslår SINTEF at lavterskeltilbudene bør dekke både sosiale, personlige og psykiske helseproblemer. Tjenestene bør ha en sterk sosialfaglig innretning fordi mange av de psykiske helseproblemene skyldes sosiale og personlige problemer. Det er viktig at tjenestene som etableres bidrar til å utjevne sosiale forskjeller i befolkningen. Større kommuner har større befolkningsgrunnlag og kan ha grunnlag for å etablere spesifikke lavterskeltilbud innen psykisk helse, men da må tilbudet etableres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten slik at ansvarsdelingen er tydelig og faglig begrunnet.

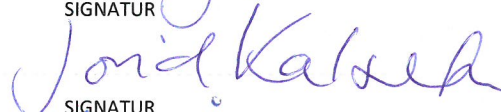
UTARBEIDET AV
Solveig Osborg Ose, seniorforsker

SIGNATUR



SIGNATUR

KONTROLLERT AV
Jorid Kalseth, seniorforsker



SIGNATUR

GODKJENT AV
Marian Ådnanes, forskningsleder



RAPPORTNR 2018:00201
ISBN 978-82-14-06658-6

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Forord

Prosjektet er gjennomført av SINTEF og RO, der SINTEF har hatt prosjektansvar. RO har blant annet gitt bidrag til kunnskapsoppsummeringen.

Vi takker de 12 case-kommunene som har deltatt i studien. Fagpersoner har bidratt med gode innspill og vi har hatt mange interessante diskusjoner i intervjuene.

Takk til KS som har finansiert prosjektet. Spesialrådgiver Anne Jensen har vært vår hovedkontakt i KS, og vi takker for et godt og konstruktivt samarbeid. KS har ikke påvirket datainnsamling, analyser eller konklusjon i rapporten.

Solveig Osborg Ose



dr.polit samfunnsøkonom/seniorforsker i SINTEF

Innhold

1	INNLEDNING	11
1.1	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	11
1.2	INTERNASJONALE FØRINGER	12
1.3	NORGE SAMMENLIKNET MED ANDRE LAND	13
1.4	HELSETJENESTER TIL MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER I NORGE, KORT HISTORIKK	14
1.5	NASJONALE FØRINGER	23
1.6	EN KOMMUNAL RAMME	25
1.7	HVA ER LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER/LIDELSER?	26
1.8	LAVTERSKELTILTAK – EKSEMPEL STANGEHJELPA	27
1.9	OPPSUMMERING	29
2	METODE OG DATAGRUNNLAG	31
2.1	INTERVJUER	31
2.2	KARTLEGGING I ALLE KOMMUNER	32
2.3	ANALYSER	32
2.4	ETISK VURDERING	32
3	KUNNSKAPSOPPSUMMERING	33
3.1	DIGITALE VERKTØY I BEHANDLING	33
3.2	FORSKNING MED STOR INNFLYTELSE I NORGE	34
3.3	ABC-MODELLEN I AUSTRALIA	35
3.4	HEADSPACE FOR UNGE VOKSNE	36
3.5	FOREBYGGINGSTILTAK	37
3.6	ULIKE KURS I NORGE	38
3.7	SENER FOR JOBBMESTRING	39
3.8	PSYKOLOGER I KOMMUNENE	39
3.9	ELDRE MED PSYKISKE HELSEPROBLEMER	40
3.10	STEPPED CARE	41
3.11	OPPSUMMERING	42
4	RESULTAT – FRA KARTLEGGING I KOMMUNER	43
4.1	FRA KARTLEGGING I ALLE KOMMUNENE	43
4.1.1	KOMMUNENES VURDERING AV EGET TILBUD TIL MÅLGRUPPEN	43
4.2	UTFORDRINGER MED TILBUDET TIL BRUKERGRUPPEN VOKSNE MED MILDE ELLER MODERATE PROBLEMER/LIDELSER	46
4.3	HVA MENER KOMMUNENE KAN GJØRES FOR Å BEDRE TILBUDET TIL MENNESKER MED LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER?	53
4.4	UTFORDRINGER INNEN HOVEDFORLØP 3	54
4.5	OPPSUMMERING	56

5	RESULTAT – FRA INTERVJUER I 12 KOMMUNER	57
5.1	DAGENS SITUASJON I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	57
5.1.1	MÅ PRIORITERE DE SYKESTE	57
5.1.2	ANSVARSFORHOLD	58
5.1.3	VRIDNING MOT FOREBYGGING	58
5.1.4	FORLØPSTENKNINGEN	58
5.2	RASK PSYKISK HELSEHJELP – LAVTERSKELE PSYKISK HELSE	59
5.2.1	BRUKERE AV LAVTERSKELETTILBUD	59
5.2.2	STOR ETTERSPOERSEL ETTER GRATIS PSYKOLOGBEHANDLING	61
5.2.3	INNHOLD I TILBUDET OG ORGANISERING	62
5.2.4	KLART AVGRENSET BRUKERGRUPPE	64
5.2.5	PRIVATE AVTALESPELISTER, SAMME GRUPPE	65
5.2.6	RPH OG SPESIALISTTILBUD	65
5.2.7	HVEM ER DET DE IKKE NÅR?	67
5.2.8	PSYKISK HELSE ELLER MESTRINGSENHET	68
5.3	TJENESTER SNUDD PÅ HODET	69
5.4	SOSIALE PROBLEMER	70
5.5	ANNET	71
5.5.1	FORVENTNINGER I BEFOLKNINGEN	71
5.5.2	SYKDOMSBEGREPET	72
5.5.3	VEDTAK, FORDELER OG ULEMPER	74
5.5.4	STIGMA	74
5.5.5	BRUK AV MEDISINER	76
5.6	OPPSUMMERING	77
6	VURDERINGER	79
6.1	PRIORITERINGER	79
6.2	HVORFOR KRAV OM BEHANDLING AV LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER?	80
6.3	TILBUD I DAG	81
6.4	BEHOV FOR TILTAK FOR PERSONER MED LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER	83
6.5	BEFOLKNINGENS PSYKISKE HELSE	84
6.6	HVILKET BEHOV DEKKES AV RASK PSYKISK HELSEHJELP?	84
6.7	BEHOV FOR EN LAVTERSKELETJENESTE	85
6.8	BEHOV FOR HALVANNENLINJETJENESTE?	86
6.9	FOLKEHELSESATSNING SOM INKLUDERER PSYKISK HELSE	87
6.10	VIDERE FORSKNING	87
7	KONKLUSJON	89
	REFERANSER	91

Sammendrag og konklusjon

Lettere psykiske helseproblemer, særlig angst- og depresjonslidelser, er trukket frem som de diagnosene som gir de største kostnadene for samfunnet. Det er derfor etablert ulike tilbud for å behandle disse pasientene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er mange planer og ulike spennende initiativ ute i kommunene, men mange er usikre på hvordan de skal bygge tjenestene for å gi et best mulig tilbud til personer med lettere psykiske helseproblemer.

I denne rapporten gjør SINTEF en kritisk samfunnsøkonomisk vurdering av tjenestetilbudet rettet mot voksne med lettere psykiske helseproblemer. Vi finner at noen kommuner har et godt etablert tilbud som når ut til befolkningen, mens andre kommuner i liten grad har etablert et tilbud til denne gruppen. Flere kommuner har nå bygget opp lavterskeltjenester for behandling av lettere psykiske lidelser. Helsedirektoratet har etablert et prosjekt kalt "Rask psykisk helsehjelp" og 44 kommuner/bydeler har nå etablert et slikt tilbud ved hjelp av tilskudd fra Helsedirektoratet¹. Rask psykisk helsehjelp er et korttids behandlingstilbud i kommunen for mild og moderat angst og depresjon. Tilbudet bygger på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi for voksne personer med angstlidelser og lette til moderate depresjonsplager. Noen kommuner har fått til effektive tjenester som hjelper mange, mens andre opplever en voldsom etterspørsel etter terapi som de har vanskelig for å dekke. Noen kommuner har et lavterskeltilbud som ikke er en del av Rask psykisk helsehjelpsatsningen.

Argumentet for opprettelse av tilbudet, er at angst- og depresjonslidelser er de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen og har betydelige konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. Dette er gode argumenter for at noe bør gjøres, men ikke for at det skal etableres en spisset tjeneste ensidig rettet mot behandling av angst- og depresjonslidelser i alle kommuner. I Norge er det over halvparten av kommunene færre enn 5 000 innbyggere og over 70 prosent har færre enn 10 000 innbyggere. Det er derfor ikke slik at alle kommunene har befolkningsgrunnlag til å opprette denne typen tjenester. Det er også store udekkede behov i kommunene for brukere med alvorlige psykiske lidelser.

Statlige tilskuddsordninger bidrar til at kommunene etablerer nye tilbud. Dette kan føre til at kommunene må drifte kostnadskrevenne tjenester når tilskuddene forsvinner, og slik lager egne budsjettrestriksjoner det er vanskelig å komme bort fra. Forventninger i befolkningen kan bidra til at det blir vanskelig å gjøre om på løsningene som er etablert. Alternativkostnaden må alltid kritisk vurderes, også når det følger tilskuddsmidler med.

Mange kommuner erfarer at spesialisthelsetjenesten skriver ut syke mennesker og begrunner dette med at pasientene ikke har "nytte av" eller ikke er "mottakelig" for behandlingen de kan tilby. Så heller enn å drive med fagutvikling og jobbe tett med kommunene for å få tjenestene til å virke best mulig for de sykeste, sender de pasientene til kommunene som ikke er spesialister.

Ett av spørsmålene som ikke er avklart er hvordan brukerne av lavterskeltjenestene skal være forskjellig fra de som får behandling for de samme lidelsene i andre tilbud. Er det alvorlighet i diagnose, er det funksjonsnivå som er viktig, eller er det de som ikke har råd til egenandelen i spesialisthelsetjenesten som skal få tilbud? Hvilke mekanismer som utløses når det etableres lavterskeltjenester uten egenandel i forhold til pasientstrømmer, finansieringsbehov og ansvar for fagutvikling synes ikke å være diskutert.

Det har i over ti år vært fremhevet at angst og depresjoner koster samfunnet svært store summer, og at det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å etablere tilbud som hjelper disse. Dette er riktig, men det mangler et godt grunnlagsarbeid som tilsier at dette skal være helsetjenester med en-til-en

¹ <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>, oppdatert 15. januar 2018

behandling. Når slike vurderinger skal gjøres, må det tas hensyn til alternativkostnad, hvor effektiv behandlingen som gis faktisk er, og dette må vektas med sykdomsbyrden til de som får tilbudet, og deretter multipliseres med antall som får hjelp. Det er et relativt lavt antall mennesker som får hjelp når det legges opp til en-til-en behandling. De kommunene som får til gruppetilbud, vil kunne nå flere. En randomisert kontrollert studie som viser at tiltaket har effekt, vil ikke gi grunnlag for beslutninger. Det er relativt lett å hjelpe de som ikke har alvorlige psykiske helseproblemer, men vanskelig å hjelpe de som har alvorlige psykiske lidelser.

Kommunene må kritisk vurdere hvordan de skal disponere finansene for å sikre best mulig tilbud til alle innbyggerne i kommunen. Da kan de ikke bygge opp tilbud som kommer kun de som oppsøker tjenestene til gode. Dette vil være de som er motivert for kognitiv terapi, og som selv mener at de har behov for det. Dette vil i større grad være høyt fungerende enn lavt fungerende, og i større grad være personer med høy utdanning enn med lav utdanning. Etablering av et lavterskelhelsetilbud basert på kognitiv terapi vil dermed føre til at kommunene bruker ressursene sine på de som har best forutsetninger for å komme seg over problemene på egenhånd. Utvikling av effektive digitale tjenester vil kunne dekke behovene til denne gruppen, for eksempel gode nettbaserte tilbud.

Et annet forhold som ikke er diskutert, er om hjelpen som skal gis til personer som er i arbeid skal organiseres i en kommunal ramme. Dersom hovedbrukerne av en lavterskeltjeneste er i arbeid, er det nærliggende å vurdere om dette tilbudet bør ligge i arbeidslivets tjenester. For eksempel holder NAV Arbeidslivssenter kurs i arbeid og psykisk helse. Disse kursene når potensielt svært mange arbeidstakere, og kursene kan videreutvikles slik at de inkluderte ulike verktøy som arbeidstakere kunne bruke når situasjonen blir vanskelig.

Kommunene har store oppgaver på mange områder, og det er urealistisk å forvente at alle kommuner skal etablere en egen spisset lavterskeltjeneste som skal drive kognitiv terapi på en selektert brukergruppe. Det er behov for lavterskeltjenester, men de bør ikke forbeholdes psykiske helseproblemer. Det er god kunnskap om at psykiske helseproblemer i mange tilfeller skyldes sosiale og personlige problemer, og det er nødvendig at innbyggerne får hjelp til å løse disse problemene for å forebygge psykiske helseproblemer. Et lavterskeltilbud bør etableres for å komme tidlig inn med hjelp til innbyggere i ulike livssituasjoner som har behov for hjelp. Tjenesten må ta imot innbyggere med alle mulige problemer. Det sosialfaglige perspektivet må ha en tung vekt i tjenesten, og det må utvikles gode metoder for å hjelpe folk med det de sliter med. Det er slik kommunene best kan forebygge psykiske lidelser. Noen vil trenge hjelp til å ordne de konkrete problemene sine, andre vil ha god nytte av en samtale med en person som ser og forstår dem, noen kan ha nytte av kognitiv adferdsterapi, mens andre kan ha god nytte av ulike mestringstilbud og kurs.

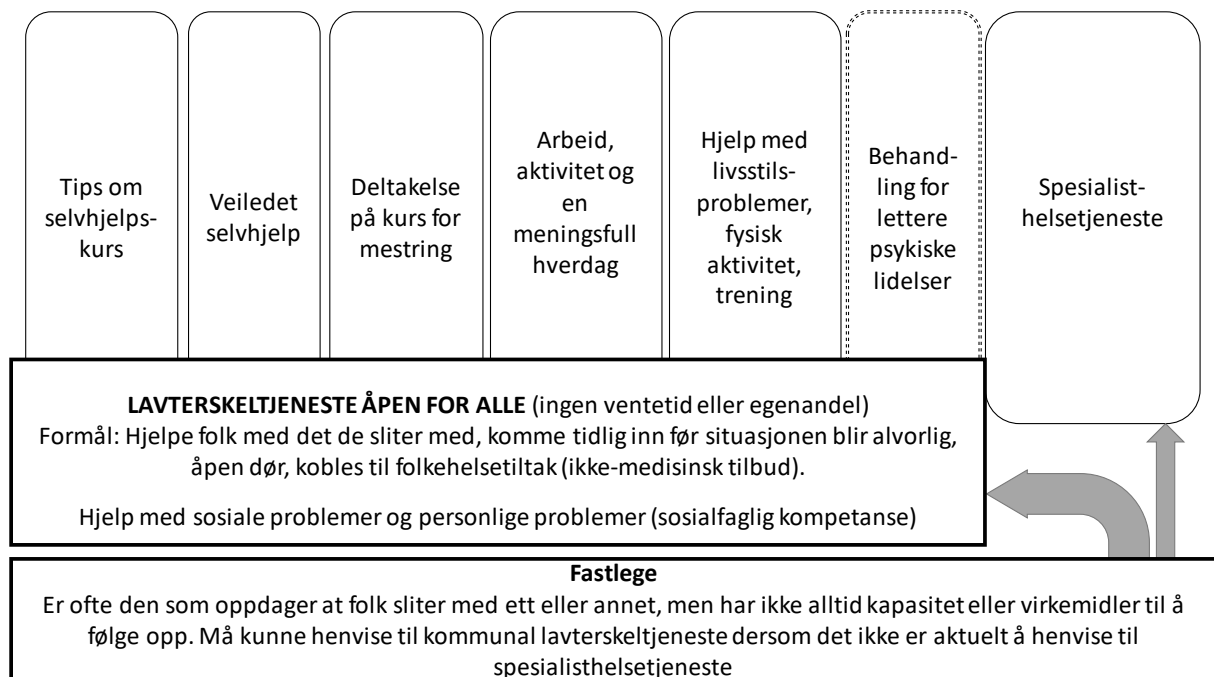
Tilbudet vil se forskjellig ut i de ulike kommunene og hver enkelt kommune bør ta utgangspunkt i det som eksisterer og fungerer lokalt, og deretter bygge ut slik at de rigger seg for å komme tidlig inn med bistand når det gjelder sosiale, personlige og psykiske problemer. Tjenester/aktører som kommuneoverlege, fastleger, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, kommunepsykologer, folkehelsekoordinatorer, frivillighetssentral eller frivillige organisasjoner, frisklivssentral, helsestasjoner, DPS, NAV og andre aktører som finnes lokalt, bør samles og diskutere seg frem til hvordan de kan etablere et lavterskeltiltak som dekker befolkningens behov for hjelp med sosiale, personlige og psykiske helseproblemer, samtidig som det sikrer at kommunene kommer tidlig inn og yter bistand på et riktig tidspunkt og i de riktige situasjonene. Hvilke aktører som samles, vil være avhengig av hvilke aktører som finnes lokalt. Deretter må kommunene etablere lavterskeltiltak med de ressursene de mener er viktig å bruke på dette. De må kontinuerlig vurdere hvordan tjenestene fungerer, og gjøre nødvendige endringer om de ser at tilbudet ikke treffer godt. Dette er et utviklingsarbeid som

kommunene selv må gjøre, og dette er oppgaver som ikke kan løses innen en snever medisinsk behandlingsmodell.

Konklusjonen i denne rapporten er dermed at alle kommunene bør opprette et lavterskeltilbud som samler flere tilbud og som gjøres tilgjengelig for hele befolkningen, heller enn å bygge en lavterskeltjeneste for enkelte brukergrupper etter en medisinsk behandlingsmodell. I noen kommuner vil det være grunnlag for å opprette behandlingstilbud til mennesker med lettere psykiske helseproblemer, men ikke i andre. Tilbudet må ses i sammenheng med spesialisthelsetjenestetilbudet og det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet.

Forskningen på lettere psykiske lidelser handler i stor grad om selvhjelp, veiledet selvhjelp, gruppetilbud og nettbaserte løsninger. Årsaken er at lettere psykiske helseproblemer er svært vanlig i befolkningen, og at etterspørselen dermed blir for høy til å dekkes gjennom tradisjonell behandling.

Det vil ikke være samfunnsøkonomisk lønnsomt å vente med å gi hjelp til innbyggerne til de har utviklet psykiske lidelser som må behandles. Det må arbeides forebyggende, og folkehelsearbeid rettet mot psykiske helseproblemer bør prioriteres, både blant barn/unge, voksne og eldre. Forebygging av psykiske helseproblemer blant personer i arbeid bør prioriteres, men det er ikke opplagt at det er kommunene som skal ha denne oppgaven og det er heller ikke opplagt at det er kognitiv terapi som bør være satsningen. Kognitiv terapi passer for noen brukergrupper, men langt ifra alle med sosiale, personlige eller psykiske helseproblemer.



Figur: Forslag til modell for lavterskeltjenester i kommunene.

Dersom kommunene ikke har et lavterskeltiltak, vil behandling for lettere psykiske lidelser kunne etableres som ett av flere tilbud (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) i lavterskeltiltaket. Men ikke som det eneste lavterskeltiltaket.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

KS sendte 17. oktober 2016 ut en tilbudsforespørsel som blant annet inneholdt følgende tekst:

KS ønsker tilbud på et FOU-prosjekt som skal utrede hva det kommunale tilbudet til mennesker med lettere og moderate psykiske helseplager omfatter, og hva som hemmer og fremmer utviklingen av et slikt tilbud. Utredningen skal omfatte arbeidsdelingen med spesialisthelsetjenesten, og relevante nasjonale satsinger på området.²

Hovedproblemstillinger som skal besvares i dette prosjektet er:

1. Hvilke aktører i det lokalbaserte rus- og psykiske helsearbeidet (i kommunen og DPS) tilbyr tjenester til voksne med lettere og moderate psykiske helseplager i dag?
2. Hva er de viktigste tjenestetilbud som gis i kommunene for disse målgruppene?
3. Hvordan fungerer samarbeidet internt i kommunen mellom ulike aktører, inkludert fastlegene?
4. Hvordan fungerer samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for disse målgruppene mht. kompetanseoppbygging og tjenesteyting?
5. Hva hemmer og fremmer kommunenes muligheter til å etablere et tjenestetilbud til målgruppene? Hva har vært – og er – viktige forhold som gjør at en del kommuner har evnet å etablere tilbud overfor disse målgruppene?

Prosjektet er avgrenset til å omhandle voksne.

SINTEF ble tildelt oppdraget i samarbeid med RO (Ressurssenter for omstilling i kommunene). SINTEF har vært prosjektleder og har hatt prosjektansvar. Forskning på tjenester til mennesker med psykiske lidelser er i SINTEF organisert i forskningsgruppen Helsetjenesteforskning, i avdeling Helse som ligger i SINTEF Teknologi og samfunn. Psykisk helse er et viktig kompetanseområde i SINTEF, og instituttet har en lang historie i forskning på helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser både på spesialistnivå og på kommunalt nivå. Dette kunnskapsgrunnlaget ligger til grunn for vurderingene som er gjort i dette prosjektet.

Prosjektet har bestått av å gjennomføre en helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering av hvordan tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer/lidelser bør etableres og organiseres.

² Tilbudsforespørsel på KS FoU-prosjekt nr. 164011: Kommunale behandlingstilbud til mennesker med lettere og moderate psykiske helseplager.

1.2 Internasjonale føringer

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) kan 14 prosent av den globale sykdomsbyrden tilskrives mentale, nevrologiske og rusmiddelrelaterte lidelser. De fleste som har disse lidelsene har ikke tilgang til den behandlingen de trenger. Dette er bakgrunnen for at WHO i 2008 startet en egen opptrappingsplan "Mental Health Gap Action Programme"³, der målet er å skalere opp tjenester til denne brukergruppen over hele verden i form av konkrete tiltak. Prioriterte områder er depresjon, schizofreni og andre psykotiske tilstander, selvmord, epilepsi, demens, rus (alkohol/narkotika-relaterte tilstander) og psykiske lidelser blant barn og unge (WHO 2008). I en nylig publisert artikkel i World Psychiatry skriver Thornicroft et al. (2016) at det nå implementeres evidensbaserte tiltak i henhold til denne planen i over 90 land rundt om i verden. Artikkelen definerer lokalt psykisk helse- og rusarbeid som de tiltak og praksiser som trengs for å ivareta den psykiske helsen i en lokalbefolkning (Thornicroft, Deb et al. 2016). Dette gjøres i form av:

- a) tilgjengelige tjenester som ivaretar befolkningens behov,
- b) tjenester som bygger på konkrete mål for hver enkelt og den iboende styrken som ligger i personer med rus- og/eller psykiske problemer/lidelser,
- c) et tilstrekkelig støttenettverk i form av ulike veldimensjonerte tjenester og ressurser,
- d) å vektlegge tjenester som er både evidensbaserte og recovery-orienterte.

I internasjonal sammenheng bruker Norge mye ressurser på å gi befolkningen de helsetjenestene de trenger, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I Thornicroft et al. (ibid.) vil Norge befinne seg i kategorien "high-resource setting" med et relativt avansert tjenestetilbud på begge tjenestenivå. Utgifter til helsetjenester utgjorde 10 prosent av brutto nasjonalprodukt i 2015 (311 milliarder kroner, ca. 60 000 kroner per innbygger⁴). Selv om budsjettene stadig øker har det likevel vært vanskelig å måle hvorvidt kvaliteten på tjenestene har blitt bedre – særlig innen psykisk helse- og rusfeltet. Skjeldal (2015) skriver i et bokessay om psykiater Trond Aarres bok *Manifest for psykisk helsevern* (2010) og psykolog Peter Kindermans bok *A Prescription for Psychiatry* (2014) om hvordan forfatterne er samstemte i hvordan hhv. Norge og Storbritannia må utvikle tjenestene sine til de brukerne psykisk helsearbeid- og rusarbeid (og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling) retter seg mot. Begge vil bort fra en biologisk forklaringsmodell på psykiske problemer og lidelser, og over til en mer psykososial forklaringsmodell, og begge har fokus på at tjenestene i all hovedsak må ytes der folk bor – i kommunene (Aarre 2010, Kinderman 2014, Skjeldal 2015). I følge Skjeldal (2015) skisserer Kinderman (2014) åtte punkter for endring i sitt manifest:

- 1) Tjenestene må baseres på at opphavet til psykiske lidelser i størst grad er sosialt betinget.
- 2) Tjenestene må erstatte "diagnoser" med rendyrkede beskrivelser av problemer.
- 3) Tjenestene bør radikalt redusere medisinerbruken, og bruke den pragmatisk heller enn å presentere medisiner som "behandling".
- 4) Tjenestene må skreddersy hjelpen til den enkeltes unike og komplekse behov.
- 5) Tjenestene må tilby omsorg, ikke tvang.
- 6) Tjenestene må bli radikalt annerledes, må være multidisiplinære, demokratiske og basert på en psykososial modell.
- 7) Tjenestene må være under lokal kontroll (lokale og fellesskapsbaserte tjenester må være kommunale).

³ http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/

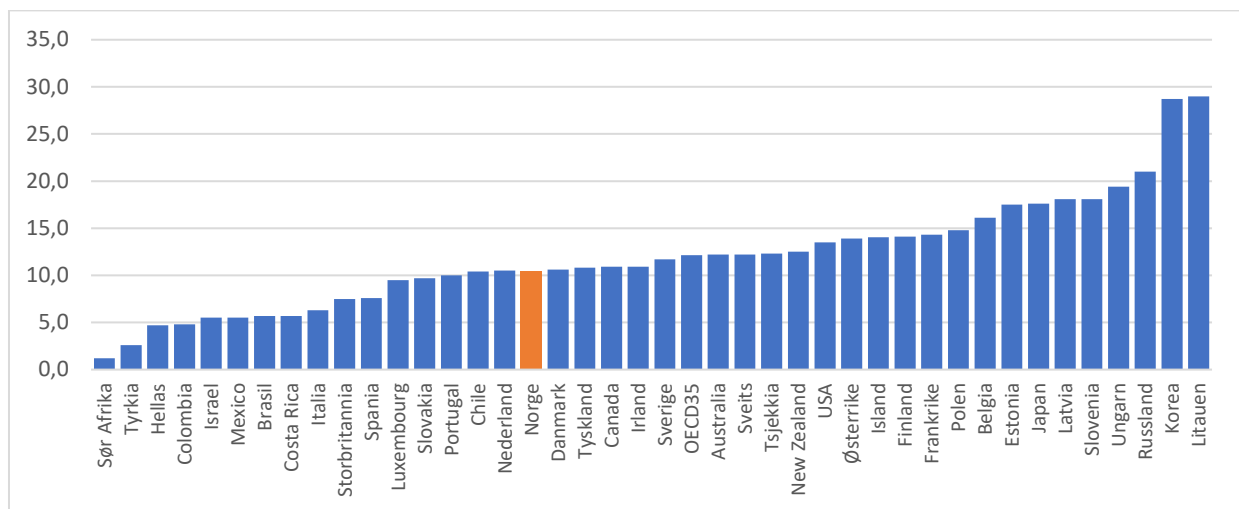
⁴ <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar>

- 8) Vi må etablere sosiale forutsetninger for ekte mental helse og velvære (beskyttelse fra mobbing, omsorgssvikt, avvisning og mishandling som er årsaken til mange psykologiske problemer).

1.3 Norge sammenliknet med andre land

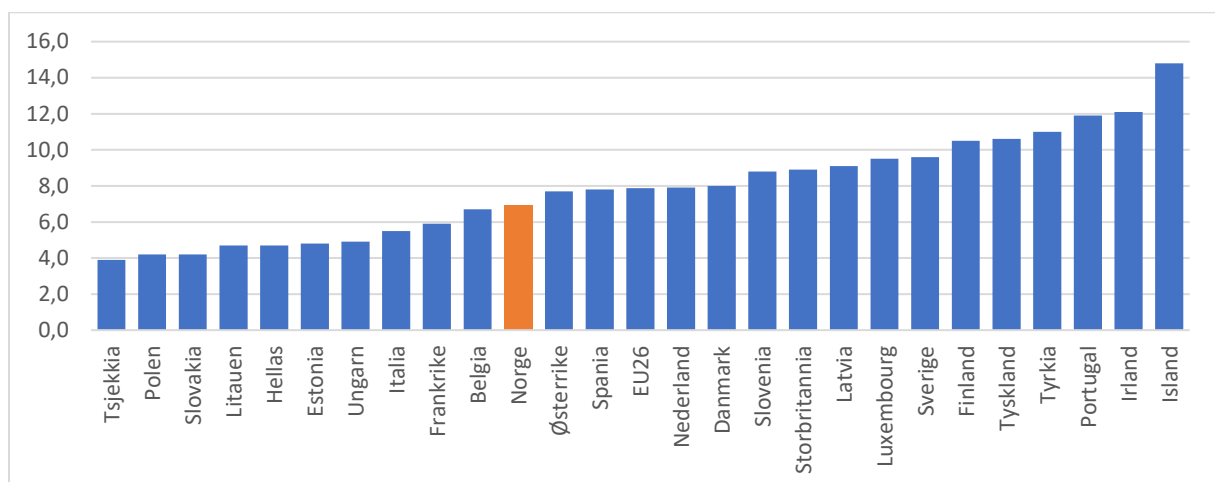
OECD utgir rapporten *Health at a Glance* hvert andre år med de nyeste tilgjengelige og sammenliknbare indikatorene innen helse i OECD land. Under overskriften Mental Health har de i 2017-rapporten med følgende indikatorer:

- Selvmord per 100 000 innbygger (se figur 1)
- Prevalens av kronisk depresjon (se figur 2)



Figur 1 Selvmord per 100 000 innbygger (aldersstandardisert), 2015 eller nærmeste år. Kilde: Health at a Glance 2017: OECD indicators, 2017

Som figur 1 viser, ligger Norge omtrent på nivå med Nederland, Danmark og Tyskland og noe lavere enn Sverige i antall selvmord per innbygger. Menn har betydelig høyere selvmordsrate enn kvinner i alle landene (15,5 blant menn og 5,7 blant kvinner i Norge).



Figur 2 Selvrapportert prevalens av kronisk depresjon i løpet av de siste 12 måneder 2015 fra Eurostat Databasen, 2017. Kilde: Health at a Glance 2017: OECD indicators, 2017

Som figur 2 viser er det færre tilfeller av kronisk depresjon blant innbyggere i Norge enn for eksempel i Sverige og Danmark ifølge disse tallene. Andelen er betydelig høyere blant kvinner enn i blant menn (4,9 blant menn og 9 prosent blant kvinner i Norge).

Ut ifra disse indikatorene som OECD har valgt, er det ikke riktig å si at befolkningen i Norge har dårlig psykisk helse. En annen OECD-rapport fra 2013, kritiserte Norge for at psykisk helsevern skrev ut døgnpasienter for tidlig uten å ha en god plan for oppfølging (OECD, 2013)⁵. De viste til at gjennomsnittlig innleggningstid i psykisk helsevern hadde gått dramatisk ned fra 2002 til 2011 (fra 48 dager til 24 dager), men at reinnleggelsene er høye blant de med alvorlig psykisk sykdom. Evalueringen fremhevet behovet for at spesialisthelsetjenesten skulle støtte opp under arbeidet innen psykisk helsearbeid i kommunene.

1.4 Helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser i Norge, kort historikk

For å gi anbefalinger om hvordan tjenestene best kan videreutvikles, er det nødvendig å ha forståelse og kunnskap om hvordan tjenestene er etablert og utviklet. Det er også nødvendig å kjenne situasjonen i dagens tjenester, og særlig å forstå hva som er hovedutfordringene i dagens tjenestetilbud.

Teksten er ikke ment å være en fullstendig beskrivelse, men vil gi et bilde av utviklingen i et langt tidsperspektiv. Teksten er i stor grad hentet fra en tidligere SINTEF-rapport (Ose and Pettersen 2014).

INSTITUSJONSOPPBYGGING (1840-1960)

Den norske legen Herman Wedel Major (1814-1854) var pioner og drivkraft innen utviklingen av norsk psykiatri, både faglig og institusjonelt (Hermundstad 2005). I 1840-årene fikk Major et stipend for å undersøke den eksisterende behandling av "sinnssyke"⁶, og resultatet av hans arbeid var utkast til *lov om sindssykes behandling og forpleining (sinnssykeloven)* og en plan for oppretting av Gaustad asyl (Vold 1999). Med små endringer ble sinnssykeloven av 1848⁷ stående helt frem til lov om psykisk helsevern kom i 1961 (ibid). Perioden med sinnssykeloven var preget av oppbygging av institusjoner og asyler, men begrunnelsen for opprettelsene av asylene var ifølge Hermundstad (2005) todelt:

I den romantiske perioden på 1800-tallet, hadde man en optimistisk tro på nytten av å løfte pasientene ut av vanskelige hjemmemiljø, og heller plassere ham eller henne i vakre, landlige og rolige omgivelser – sjelen skulle få fred og mulighet til å helbredes.

Latskap ble ansett som roten til alt ondt, og sinnslidende skulle oppdras til å bli dannede og produktive medlemmer av samfunnet. Gjennom "moralisk behandling" med fast døgnrytme, hardt arbeid og oppbyggelige fritidsaktiviteter, skulle pasientene avledes fra hallusinasjoner og vrangforestillinger, bli fornuftige og gradvis opplæres i sunne vaner. Kombinasjon av ansvarliggjøring, oppmuntring og advarsler skulle skape selvbeherskelse og kontroll over følelsene (Hermundstad, 2005).

Sinnslidelsene ble karakterisert som sykdom, men ble i praksis behandlet som moralsk svikt (ibid). I perioden 1850 – 1950, og særlig frem til 1920, ble det lagt mye arbeid i å bygge ut tilstrekkelig antall plasser i asylene, flere av dem med privatpleie i tillegg (NOU, 1995: 14 Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner). Selv om det ble gitt omsorg og pleie ved asylene, var perioden også preget av

⁵ https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/mental_health_and_work_norway_2013.pdf

⁶ Dette var institusjoner for "de gale" også tidligere. Oslo Hospital og Dollhus var den første institusjon som ble bygd spesielt for "sinnssyke" her i landet og den ble åpnet i 1779 (Hagen og Ruud, 2005).

⁷ Loven av 1848 var etter datidens forhold preget av respekt for sinnssykes menneskeverd. Den fastslo det offentlige plikt til å sørge for de sinnssyke og hadde klare bestemmelser for innskriving i og utskrivning fra asyler og vern mot uberettiget frihetsberøvelse. Loven innførte ordningen med kontrollkommissjoner som skulle overvåke pasientenes rettigheter og tarv. Legene skulle forstå behandlingen og foreta en «passende» vitenskapelig klassifikasjon av de syke. Både private og offentlige asyler skulle autoriseres av det offentlige (St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet).

prøving og feiling i behandlingen av psykisk syke, se blant annet historiene om Gaustad asyl (Steen 2005) og Sanderud asyl (Haave 2008).

Institusjonaliseringen av psykisk syke mennesker i Norge og fremveksten av asylene og faget psykiatri, fulgte samme trend som i England, Frankrike og USA - men startet noe senere i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

I de psykiatriske institusjonene levde de psykisk syke avsondret fra omverdenen for en kortere eller lengre periode, og alle fysiske, psykiske og sosiale behov skulle ivaretas innenfor institusjonen (totale institusjoner). Asylene fungerte mer som oppbevaringsanstalter enn som behandlingstilbud (Vold 2002)

På 1950-tallet begynte myndighetene å satse på oppbygging av psykiatriske sykehjem for det var store overbelegg ved de psykiatriske sykehusene (Hagen and Ruud 2004). Det ble en arbeidsdeling mellom psykiatriske sykehus, som var best stilt personellmessig og derfor kunne drive pasientbehandling, og psykiatriske sykehjem (senil demente og andre pasientgrupper med langvarig behov for pleie og omsorg) med lite og lavt utdannet personell og vekt på pleie og omsorg (Vold 2002).

NEDBYGGING AV DØGNLØSING OG DE-INSTITUSJONALISERING (1960-1998)

I 1950-60 årene kom de moderne nervemedisinene. De representerte et enormt fremskritt, men ga både leger og pasienter overdreven tro på hvilke problemer medisiner kunne løse. Resultatet var overmedisinering og neddopede pasienter - en tilværelse som for noen måtte minne om et kjemisk robotliv (St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet).

Utover i 1970-årene fikk den antipsykiatriske tankegangen fotfeste. Delvis ledet an av 1968-generasjonen ble det, i hvert fall i visse miljøer og kretser, gjort et humanistisk opprør (ibid):

- Tvangsbehandling ble bannlyst - behandling skulle bygge på frivillighet og motivasjon - ingen skulle behandles mot sin vilje.
- Medisiner ble oppfattet mer som et onde enn et gode. Medikamenter skulle være unntaket, ikke regelen.
- Bruk av diagnoser ble forlatt - koder ble erstattet med lange beskrivelser av pasientens personlighet, familieforhold, utløsende faktorer og mestringssevne - beskrivelser som ikke kunne brukes til å sammenholde og studere grupper av pasienter.

Nedbyggingen av de tradisjonelle institusjonsplassene i psykiatrien startet på begynnelsen av 1970-tallet, og gradvis mistet institusjonene sitt preg som totale institusjoner. Viktige retningslinjer for den videre utvikling ble trukket opp i "Sykehusutbygging i et regionalt helsevesen" (St.meld. nr. 9, 1974-75).

Nye institusjonstyper, som psykiatriske klinikkavdelinger ved somatiske sykehus og psykiatriske poliklinikker, fikk stadig større betydning (Vold 2002). Antall døgnplasser i Norge nådde toppen i 1973, og den faglige utviklingen innenfor psykiatrien, innføringen av nye medikamenter og behandlingsmetoder trakk i retning av en stadig mer behandlingsorientert psykiatri (ibid).

Pasientkartleggingen i november 1989 viste at det var 3 660 pasienter i psykiatriske sykehus i Norge, og dette utgjorde 42 prosent av alle pasientene i psykiatriske institusjoner (Hagen, 1992). Hele 50 prosent av pasientene ved de psykiatriske sykehjemmene ble da vurdert som kandidater for et lavere omsorgsnivå (ibid). En kartlegging av psykopatologi og funksjonsnivå blant langtidspasienter ved psykiatriske sykehjem i Sogn og Fjordane, viste at av de 107 pasientene i fylket hadde 40 pasienter videre behov for psykiatrisk sykehjemsplass, 30 pasienter hadde behov for vanlig sykehjemsplass,

mens 37 pasienter kunne skrives ut til et botilbud med kommunal omsorg (Ruud, Martinsen et al. 1998).

De samme forskerne fulgte også opp disse pasientene seks år etter, og fant at de fleste av de gjenlevende pasientene bodde på vanlige sykehjem (Martinsen et al. 1998). De fant at de som hadde flyttet ut av de psykiatriske sykehjemmene, hadde symptombedring, men endringen var ikke signifikant. De som hadde flyttet ut var fornøyd med sitt nye bosted, men de fleste trengte omfattende hjelp for å oppnå en akseptabel levestandard i lokalmiljøet. De som fortsatt var på sykehjem, hadde lavt funksjonsnivå og mange hadde også somatiske sykdommer i tillegg til psykiske lidelser. De fant liten endring i funksjonsnivå og symptomer for denne gruppen (ibid).

Nedbyggingen av psykiatriske sykehjems plasser startet tidlig på 1990-tallet og tilbudet ble redusert til en fjerdedel i løpet av en ti-årsperiode (Hagen and Ruud 2004).

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE (1999-2008)

Den kraftige nedtrappingen av døgntilbudet på 1990-tallet fortsatte i noe mindre styrke inn i de påfølgende 10 år, parallelt med Opptappingsplanen som fremmet etableringen av DPS-ene (Lilleeng et al., 2009).

I følge "Psykiatrimeldingen" ble ikke institusjonsnedbyggingen fulgt opp av en oppbygging av førstelinjetilbudet, og det var tydelig behov for økt satsning (St.meld. nr. 25 (1996-97)). En omfattende plan og konkrete tiltak ble utarbeidet for å styrke tilbudet og å legge til rette for en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser (St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006). Planen ble senere utvidet til å gå ut 2008 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)).

Satsningen skulle resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. I følge opptappingsplanens verdigrunnlag skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Sektorer og tjenesteytere skulle bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Følgende hovedgrupper av tiltak inngikk i Opptappingsplanen:

- Brukerstyring og informasjon
- Styrking av tilbudet i kommunene
- Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne
- Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom
- Stimulering av utdanning og forskning
- Styrking av tilbudet om arbeid og sysselsettingstiltak

Et hovedmål for planen var etablering av aktive behandlingenheter i lokalsamfunnet (Distriktpsykiatriske sentra eller DPS-er). Pasientkartleggingen i 2003 konkluderte med at i de fire første årene av planperioden hadde det skjedd en markert omstilling av døgntilbudet (Hagen og Ruud, 2005). Kartleggingen viste at døgninstitusjonene fortsatt tok hånd om mange pasienter som burde hatt tilbud på lavere omsorgsnivå. Det var særlig plasser i kommunale omsorgsboliger og egen bolig med tilsyn, som ble etterspurt av behandlerne på vegne av pasientene. Kartleggingen viste også at mange pasienter kunne klart seg i egen bolig uten tilsyn, med oppfølgende poliklinisk eller dagbasert tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Forskerne konkluderte med at det fortsatt var behov for en betydelig omstillingsprosess i det psykiske helsevern for voksne, samt å øke kapasiteten i kommunenes døgnbaserte omsorgstilbud for pasienter som i 2003 befant seg i institusjoner innen det psykiske helsevern (ibid).

På slutten av opptrappingsplanperioden ble det gjort flere oppsummeringer av utviklingen i planperioden. Disse viste at eldre pleiepasienter hadde blitt skrevet ut fra "øvrige institusjoner" til kommunal omsorg, behandlingstilbudet var bygget ut, og de psykiatriske sykehjemmene ble erstattet av DPS (Pedersen and Bjerkan 2008). Dette synes samtidig å redusere behovet for innleggelse i sykehus (ibid). Utbygging av DPS-avdelingene ble finansiert gjennom en hurtigere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt, poliklinikkene ved DPS-ene ble utbygd mer enn forutsatt og utdanningsnivå og personellfaktor ble vesentlig styrket (Pedersen, Lilleeng et al. 2008).

Under opptrappingsplanperioden ble det etablert om lag 75 DPS-er, som dekker alle landets kommuner. Det desentraliserte psykiatriske helsevernet skulle ha ansvar for akutt- og krisetjenester, tilby spesialisert utredning og behandling, være et bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og de spesialiserte tjenestene ved sykehusene samt ivareta kontinuiteten innad i spesialisthelsetjenesten (Lilleeng et al., 2009).

Det kan likevel ikke sies å ha vært en sterk omstilling fra sykehus til DPS-er, vurdert ut ifra antall døgnplasser fra Opptrappingsplanens start til i dag, se tabell 1. Fordelingen av døgnplasser mellom sykehusene og DPS-ene har vært relativt stabil de siste 13 årene, og antall døgnplasser er jevnt redusert både i sykehus og i DPS-er.

Tabell 1 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne ved sykehus og andre institusjoner. Antall og endring i prosent. 1999, 2003, 2007 og 2012.⁸

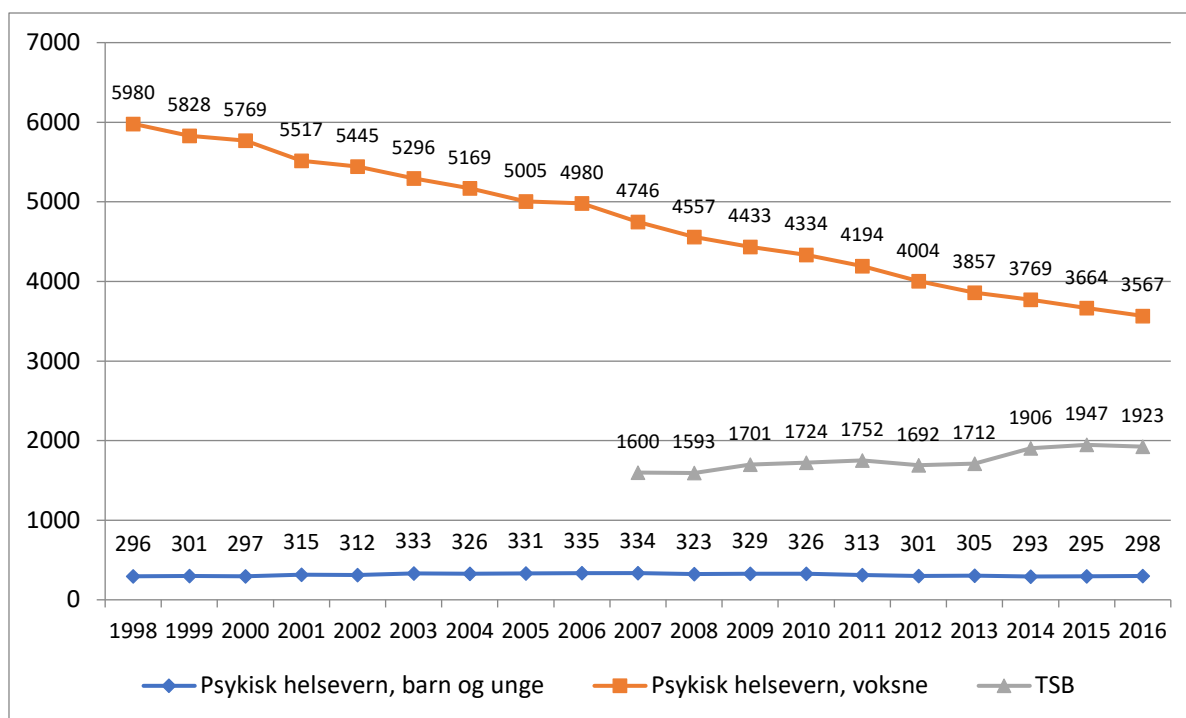
Institusjonstype	1999	2003	2007	2012
Sykehus	3 039	2 940	2 712	2 166
Andre institusjoner (DPS + andre institusjoner)	2 789	2 356	2 057	1 838
Alle institusjoner	5 828	5 296	4 769	4 004
Prosent av plassene i sykehus	52	56	57	54
Prosent av plassene i DPS + andre institusjoner	48	44	43	46

Døgnkapasiteten ble betydelig redusert fra inngangen til Opptrappingsplanen. Dette er kompensert gjennom kortere oppholdstid (median oppholdstid beregnet fra hittil oppholdstid i pasientkartleggingene er redusert fra 60 dager i 1999 til 29 dager i 2012), en sterk økning i poliklinisk behandling og et bedre rustet kommunalt tjenestetilbud.

Sykehusenes skal ivareta spesialiserte oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå. Det omfatter sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttavdelinger og noen funksjoner knyttet til alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser, alderspsykiatri og personlighetsforstyrrelser.

Utvikling i antall døgnplasser fra 1998 til 2016 er vist i figur 3. Antall døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne er redusert med 2 413 plasser, dvs. at 40 prosent av døgnplassene fra 1998 er lagt ned.

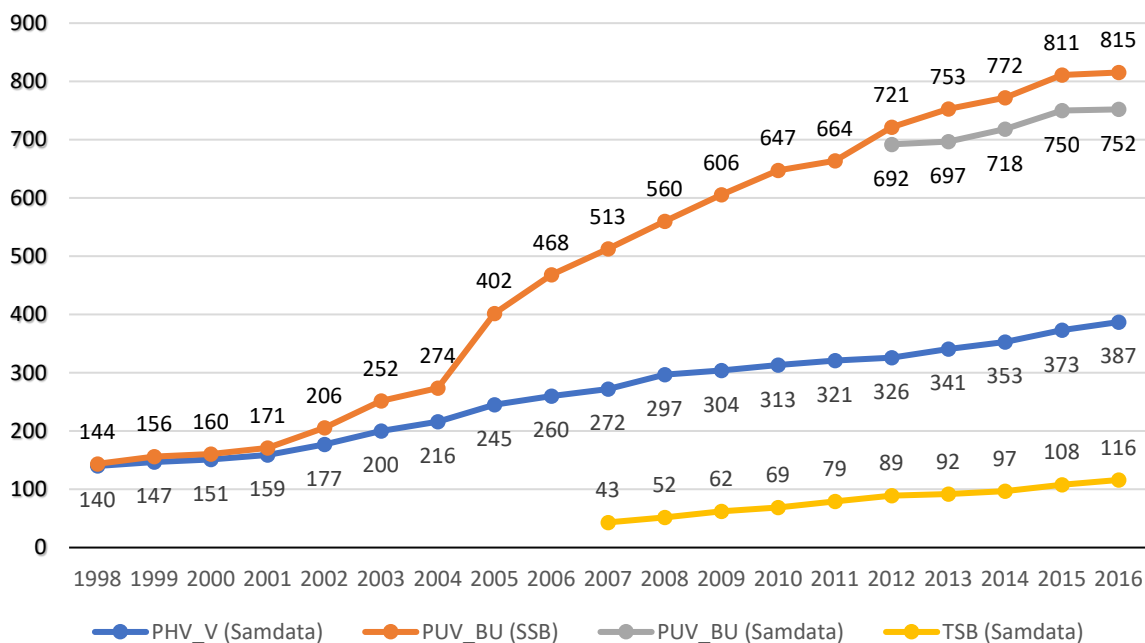
⁸ Det er ikke gjennomført pasientkartlegginger etter 2012/2013-kartleggingen.



Figur 3 Døgnplasser i PHV i perioden 1998–2016 (Kilde: Samdata)

STERK VEKST I POLIKLINISK BEHANDLING

I samme periode har det vært en betydelig vekst i kapasiteten for poliklinisk behandling, se figur 4.



Figur 4 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbygger. Kilde: SSB og Samdata

Det er interessant og relevant å se på utviklingen i hvem som behandles poliklinisk i psykisk helsevern og hos de private avtalespesialistene (psykologer og psykiatere med driftsavtale med helseforetakene).

Tabell 2 Andel pasienter etter hoveddiagnose. Offentlige poliklinikker og private avtale-spesialister. Pasientkartleggingen 2000, 2008 og 2013.

	Poliklinikk			Avtalespesialister		
	2000	2008	2013	2000	2008	2013
Stoffrelaterte lidelser	7	6	3	1	1	0
Schizofrenier	16	14	12	3	2	1
Affektive lidelser	32	33	32	41	39	37
Nevrotiske lidelser	28	25	27	37	41	45
Personlighetsforstyrrelser	12	9	9	13	9	6
Atferdsforstyrrelser fra barn/ungdomsår	1	5	5	1	2	3
Antall kartlagte pasienter (N)	13 135	24 732	23 124	6 458	11 624	12 520
Mangler hoveddiagnose (n)	657	1 042	1 575	583	144	417

Pasienter med affektive og nevrotiske lidelser utgjorde i 2013 nær 60 prosent av alle pasientene i de offentlige poliklinikkene, og over 80 prosent av alle pasientene i privat avtalepraksis. Når vi ser på underkategoriene av disse diagnosegruppene, er det mange som har hoveddiagnose mild depressiv episode (F32.0) og moderat depressiv episode (F32.1). Diagnoseene sier ikke noe om funksjonsnivå, så det er mulig pasientene med mindre alvorlige diagnoser har lav funksjon. Men med en sterk vekst i antall pasienter som får behandling i poliklinikkene jf. figur 4, vil det være betydelig flere personer som behandles i spesialisthelsetjenesten for disse lidelsene nå enn tidligere.

Det polikliniske tilbudet er i endring og nye tilbud blir tilgjengelige. For eksempel har nå Nidaros DPS i Trondheim innført en ny spesialisert poliklinikk i front- Korttidspoliklinikken for å gi personer med angst- og depresjonslidelser et faglig spisset tilbud. Poliklinikken har en tydelig faglig profil og gir hovedsakelig kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi. I tillegg etableres det nå psykoedukative kurs som skal understøtte den behandlingen som gis. Behandlingen er her og nå- og mestringsorientert, og har en ramme på inntil ti timer.⁹ Dette ser ut til å være et tilbud som i stor grad overlapper RPH.

KOMMUNENE SOM HOVEDARENA

Siste året i Opptappingsplanen (2008) mottok kommunene 3,4 milliarder kroner i øremerkede midler til psykisk helsearbeid, en realvekst på 2,7 milliarder kroner fra starten av planperioden. I følge statsbudsjettet (Prop. 1 S 2010-2011) ble det i 2009 innlemmet øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid på om lag 3,5 milliarder kroner i kommunenes frie inntekter. Rapportering fra kommunene de to siste årene av Opptappingsplanen, viste at opptappingsplanmidlene finansierte ca. 50 prosent av stillingene i psykisk helsearbeid, den andre halvparten finansierte kommunene selv. Kommunene med mest egenfinansiering hadde en over gjennomsnittlig andel uføre med psykiske lidelser og høyere skatteinntekter per innbygger, men ellers var det vanskelig å finne forhold i kommunene som systematisk var assosiert med høy egenfinansiering (Ose et al., 2009).

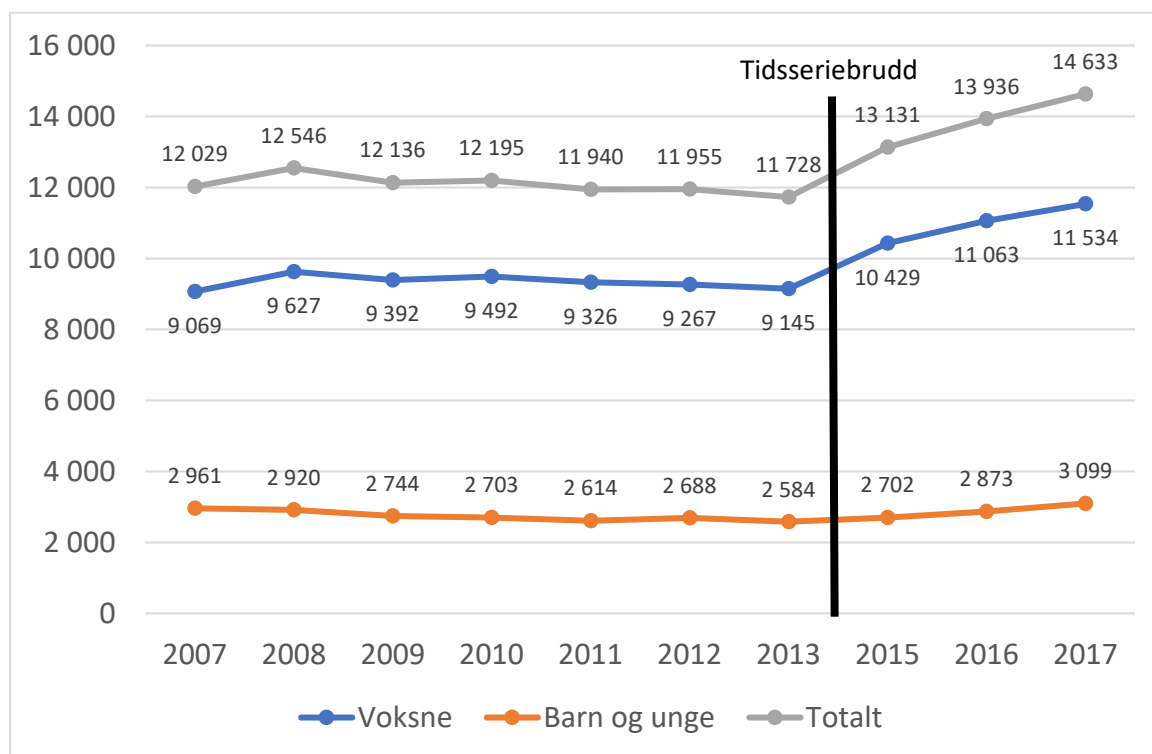
Evalueringer viste at opptappingsplanmålene for psykisk helsearbeid i kommunene ble nådd på de aller fleste områdene (Kaspersen, Ose et al. 2009). De som er rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene hadde generelt høy utdannelse (Ådnanes and Sitter 2007), noe som kan være en indikasjon på at kvaliteten i tjenestene har blitt bedre.

Behovet for økt satsing i kommunene var hovedargument for utvidelse av opptappingsplanperioden fra 2006 til 2008 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)), og fokuset på kommunehelsetjenester har økt ytterligere

⁹ <https://stolav.no/nyheter/2016/ny-korttidspoliklinikk-pa-nidaros-dps>

de siste årene. Veksten i bruk av sykehustjenester skal dempes gjennom økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, og utbygging av kommunehelsetjenesten. I Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)), og gjennom ny folkehelselov (LOV 2011-06-24-29; HOD, 2010a) og ny kommunal helse- og omsorgslov (LOV 2011-06-24-30; HOD, 2010b), løftes kommunene fram som den viktigste arenaen for forebygging, oppfølging og behandling av mennesker med psykiske lidelser og problemer.

SINTEF har hatt ansvaret for å kvalitetssikre, sammenstille og analysere det som rapporteres fra kommunalt psykisk helsearbeid. Rapporteringene viser at årsverksinnsatsen stort sett var stabil i årene etter avslutningen av opptrappingsplanen (se figur 5).



Figur 5 Antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid (2007-2013) og antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (2015-2017). Kilde: IS-24 rapporteringen (Ose og Kaspersen, 2017)

I perioden 2008 til 2014 var det altså ingen vekst i årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, det var heller en reell nedgang. Etter at rusarbeid kom med i statistikken i 2015, kan vi konkludere med at det har vært reell vekst i den samlede årsverksinnsatsen fra 2015 til 2017.

I rapporten fra 2014 konkluderte vi med at det var behov for flere årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid, og estimert behov var 1 780 nye årsverk totalt der 275 av årsverkene ifølge fagpersonene i kommunene burde være psykologer. Det er altså ikke tilstrekkelig å kun satse på psykologer i kommunene, det er behov for flere årsverk blant annet til å bemanne boliger for målgruppen. Vi fant også at det var vanskelig for kommunene å prioritere forebyggingsarbeidet i form av ulike aktivitetstilbud. Trenden var at det blir færre og færre årsverk i rettet mot aktivitet i kommunalt psykisk helsearbeid. Vi anbefalte derfor å vurdere øremerking av statlige midler til forebygging gjennom ulike aktivitetstilbud til voksne (dagsenter, fritids- og kulturtilbud tilpasset målgruppen) og til tidlig innsats mot barn og unge som står i fare for å utvikle psykiske lidelser.

I samme rapport konkluderte vi med at døgnplassene i psykisk helsevern bygges ned alt for raskt, uten at kommunene har økt ressursinnsatsen. Med en nullvekst i årsverksinnsatsen i kommunene fra 2008

til 2014 og færre døgnplasser i psykisk helsevern og kortere oppholdstid, er det vanskelig å forvente at kvaliteten i tilbudet til brukergruppen har økt. Det er kommunene som forventes å bygge tilbudet ut ytterligere, og løsningen er sannsynligvis ikke å bygge opp igjen døgntilbudene i psykisk helsevern. Vi advarte derfor mot en ytterligere nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern før kommunene har fått tid og ressurser til å bygge ut tjenestene videre. Man må også se på kostnadsdelen i overføring av oppgaver til kommunene. Samme tjenester utført av samme kompetanse vil sannsynligvis koste det samme uansett på hvilket nivå tjenesten ytes på. Det kan også bli vesentlig dyrere om hver kommune skal bygge ut tjenester som ligger innholdsmessig nært et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er stor forskjell på somatiske pasienter som ofte trenger en rask og effektiv behandling i sykehus, og mennesker med psykiske lidelser som ofte trenger et omfattende og kontinuerlig tjenestetilbud. Det er ulike virkemidler som er effektive for å få til gode tjenester for ulike brukergrupper. SINTEF har også tidligere konkludert med at innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og TSB, ikke kan anbefales. Årsaken er at det er stor usikkerhet i forhold til brukerbehov og dekningsgrad i kommunene, og at det er store gråsoner i ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (Kalseth, Ose et al. 2013).

Det handler fortsatt om å få til et godt faglig samarbeid rundt hver enkelt pasient, og til det må både spesialisthelsetjenesten og kommunene bidra. Mange har kommet langt i dette arbeidet, mens potensialet andre steder ikke utnyttes, fordi det mangler kapasitet i de kommunale tjenestene.

Vi konkluderte i 2014 med at kort og effektiv behandling i spesialiserte tjenester med et godt utbygd kommunalt tilbud og utnyttelse av spesialistkompetanse inn i de kommunale tjenestene fortsatt ser ut til å være riktig vei å gå (Ose and Slettebak 2014).

Konklusjonen i siste rapport (Ose & Kaspersen, 2017) var blant annet at det naturlig nok er stor variasjon i hvor godt tilbudene er utviklet i kommunene:

Noen av de store kommunene har bygget ut og utviklet tjenester for alle typer hovedforløp, mens andre kommuner har lite ressurser, og vil ikke være i stand til å oppfylle de store forventningene som stilles til dem.

Det forventes at kommunene skal etablere gode tilbud både til voksne og barn og unge med alvorlige psykiske helseproblemer. Dette vil i mange kommuner være urealistisk å gjennomføre med tanke på innbyggertall og heterogeniteten i ulike typer lidelser som krever spesialistkompetanse. Størrelsen på diagnosegruppene tilsier at hver kommune vil ha relativt få av de alvorlige tilfellene, og dermed ikke mulighet til å bygge kompetanse rundt en større gruppe brukere, som spesialavdelingene i spesialisthelsetjenesten kan gjøre. At mennesker med alvorlige lidelser blir overlatt til kommunene som ikke har spesialistkompetanse, eller at kommunene ikke mottar tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten, skaper store utfordringer i mange kommuner. Kommunene blir i mange tilfeller hovedansvarlig for alle forløp. Gjennom kunnskap fra tematisk tilgrensende forskningsprosjekter SINTEF utfører, samt kommentarer gitt i IS-24/8-rapporteringen, kan det også se ut til at spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse (psykisk helsevern) noen steder gradvis mister kompetanse på en del områder fordi de ikke lenger behandler de sykeste. For barn og unge, rapporterer flere kommuner at de erfarer at BUP utreder og diagnostiserer, men at de gjør lite etterpå.

Det er fortsatt svært viktig at utviklingen i spesialisthelsetjenesten er på linje med rammebetingelsene i kommunene og totaliteten i oppgavene som skal løses. Vi vil også minne om at målgruppen innen psykisk helse og rusfeltet i kommunene er relativt liten sammenliknet med andre behovsgrupper for det kommunale tjenestetilbudet, og at smådriftsulempene i små kommuner er betydelige på dette området av samme grunn.

Det er kommunene som møter befolkningens forventninger om tjenester. Da må forventningene som skapes være i tråd med det kommunene mener det er viktig å prioritere ut i fra kunnskap om befolkningens behov.

RASK PSYKISK HELSEHJELP

Rask psykisk helsehjelp er Norges satsning på lavterskel psykisk helsetjeneste i kommunene. Pilotprosjektet *Rask psykisk helsehjelp* (RPH) ble startet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 for at norske kommuner skulle tilby befolkningen lavterskeltilbud for angst og depresjon. RPH er et kommunalt tjenestetilbud for voksne over 16 år (før 2015 var nedre aldersgrense 18 år) med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg. Tilbudet er bygget på den britiske modellen IAPT (Improving Access to Psychological Therapies). I Storbritannia er IAPT en nasjonal satsning for å gjøre behandling av angst og depresjon raskt tilgjengelig for befolkningen og resultatene har vært gode ifølge Helsedirektoratet. Det var per 2017 totalt 44 kommuner/ bydeler som tilbød Rask psykisk helsehjelp.¹⁰

Utgangspunktet for pilotprosjektet var en erkjennelse av at flertallet av personer med depresjon ikke fikk noen behandling, samtidig som depresjon og angst er en vesentlig årsak til sykefravær (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Behovet for lavterskeltilbud til de med lettere og moderat angst og depresjon ble omtalt i Meld. St. 16 (2010–2011) (ibid).

På Helsedirektoratets nettside står det blant annet følgende om Rask psykisk helsehjelp:

Hjelpen gis av tverrfaglige team, og det er psykolog tilknyttet hvert team. Tilbudet baserer seg på kognitiv terapi, og følger en trappetrinns-modell. Første trinn kan være veiledning i forbindelse med bruk av selvhjelpsmateriell. De neste trinnene kan bestå av telefonkonsultasjon, gruppetilbud i form av mestringskurs eller mer tradisjonell samtaleterapi av relativt kort varighet.

Alle som jobber med rask psykisk helsehjelp har gjennomført en videreutdanning i kognitiv terapi i regi av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) arrangerer nasjonale og regionale nettverkssamlinger som en videreføring av opplæringen.

Målet med Rask psykisk helsehjelp er å øke andelen av mennesker med psykiske lidelser som søker, og mottar, profesjonell hjelp. Behandlingen skal redusere symptomene og styrke både funksjonen og livskvaliteten for de som mottar hjelp. Hjelpen skal være lett tilgjengelig, gratis, og det kreves ikke legehenviing. Det er imidlertid viktig med tett samarbeid med fastlege og øvrige relevante instanser.

Vi har vært i noen av disse kommunene, men vi har ikke evaluert Helsedirektoratets RPH-satsning. Dette oppdraget har Helsedirektoratet gitt til Folkehelseinstituttet (FHI). I følge Folkehelseinstituttets evaluering av Rask psykisk helsehjelp er resultatene lovende med hensyn til symptomlindring etter behandling, og er omtrent like gode som resultatene fra de første evalueringene av IAPT i England (Smith, Alves et al. 2016). De finner også en statistisk signifikant effekt på arbeidsdeltakelse; det ble observert en 5,6 % økning i arbeidsdeltakelse uten trygd. Arbeidsdeltakelse var imidlertid selvrapporert i denne studien, med de begrensningene det innebærer (manglende data, feilrapportering). RPH-modellen ser videre ut til å fungere etter målsetningen om å være et lavterskeltilbud som øker tilgang til behandling (Smith, Alves et al. 2016). Halvparten av klientene tok kontakt med RPH selv, og ventetiden til behandling var vesentlig lavere enn for andre hjelpetilbud for målgruppen (ibid).

¹⁰ <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>, oppdatert 15. januar 2018

En av svakhetene ved denne evalueringen, er at Folkehelseinstituttet brukte et forskningsdesign uten kontrollgruppe. Det gjør at en ikke kan si noe sikkert om hvorvidt og i hvilken grad de observerte endringene kan tilskrives selve behandlingen.

Noe av kritikken mot denne type forskning generelt, er at en viss andel vil uansett bli bedre av sine angstplager eller sin depresjon av seg selv, selv om de ikke får behandling for den. Dette kalles ofte for spontan bedring, eller "natural recovery". Clark og medforfattere (Clark, Layard et al. 2009) har oppgitt tall for spontan bedring på 50-70 % for "recent onset cases of depression and / or anxiety in primary care", for pasienter som fikk en beskjedne behandling hos fastlege ("treatment as usual"), som ikke inkluderte psykologisk behandling. For personer med mer langvarige plager (i.e. en varighet på 6 måneder eller mer), varierer spontan bedringsandel for det de kaller venteliste-kontrollgrupper mellom 5 og 20 % i henhold til samme forfattere (ibid). Ratene deres skiller imidlertid ikke på alvorlighet av plagene. De skiller heller ikke mellom kontrollgrupper som faktisk får oppfølging – selv om den er beskjedne, og de som bare står på en venteliste.

FHI har derfor satt i gang en randomisert kontrollert studie (RCT) i to av de nyere RPH-pilotene. Resultatene fra dette arbeidet er forventet i løpet av mars/april, 2018 (Smith i e-post, 18. september 2017).

Evalueringen viser imidlertid at RPH ikke ser ut til å nå alle gruppene som har behov for det; eldre (>67 år), personer med lav utdanning og personer med innvandrerbakgrunn var underrepresentert som deltakere i RPH i de 12 pilotkommunene evalueringen omfatter (Smith, Alves et al. 2016).

1.5 Nasjonale føringer

I dette avsnittet går vi gjennom noen sentrale nasjonale føringer innen fagområdet psykisk helse.

Kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Psykisk helse- og rusarbeid utføres hovedsakelig i helse- og omsorgstjenesten, men også andre sektorer og tjenester i kommunen er involvert (Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Helsedirektoratet 2014).

Fagområdet psykisk helsearbeid er nært knyttet til fagområdet rusarbeid fordi mange kommuner har felles tjenester for målgruppene. I Prop. 15 S (2015-2016) defineres *Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020* (OP-rus)¹¹. OP-rus er innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har utviklet, et rusproblem. Disse skal sikres et bedre tilbud og gode tjenester i nærmiljøet, samt at det skal ses nærmere på innsatsen etter behandling (oppfølging), og det skal skapes muligheter for mestring gjennom meningsfulle aktiviteter og fritid. Det skal også sørges for en god bolig. Planen har dermed et fokus på tjenesteyting og kommuner, og hvordan innsatsen innrettes for å samarbeide på kommunalt nivå for å yte gode tjenester, men også hvordan det samarbeides med Distriktspsykiatriske sentra (DPS) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Fylkesmannen og andre kompetansesentra, samt med frivillige organisasjoner, inkludert bruker- og pårørendeorganisasjoner.

OP-rus retter seg mot tre definerte innsatsområder: tidlig innsats, behandling og oppfølging, og fem overordnede mål og føringer. Mange kommuner mener at OP-rus også vil komme brukere med psykiske lidelser til gode.

Et annet plandokument som er relevant for psykisk helse i kommunene er Kompetanseløft 2020 (K2020), regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020. Planen ble lagt fram i del III av statsbudsjettet for 2016 (Prop. 1S (2015-2016)). K2020 er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*

¹¹ Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020.

– nærhet og helhet (primærhelsetjenestemeldingen), Omsorg 2020 (regjeringens plan på omsorgsfeltet i perioden 2015 – 2020) og Prop. 15S (2015-2016) *Opptappingsplanen for rusfeltet* (beskrevet over).

Formålet med Kompetanseløft 2020 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Regjeringen ønsker å bygge en framtidrettet helse- og omsorgstjeneste i kommunene som grunnmur i pasientens helsetjeneste i tråd med intensjoner i primærhelsetjeneste-meldingen. Brukere i kommunene har mer omfattende og sammensatte behov for tjenester enn tidligere. Dette påvirker kompetansebehovet, og det krever godt lederskap og nye måter å samarbeide og organisere tjenestene på. Kompetanseløft 2020 skal bidra til at kommunene kan møte disse utfordringene. For å skape en helhetlig tjeneste i tråd med framtidens primærhelsetjeneste er K2020 utvidet til å omfatte kompetanse-, fagutviklings- og rekrutteringstiltak for hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kompetanseløft 2020 er under evaluering av SINTEF, i samarbeid med NIBR (HiOA) og NIFU på oppdrag fra Helsedirektoratet.

I november 2016 ble det lansert en veiviser for boligstrategien www.veiviseren.no som utgjør en digital verktøykasse utviklet primært for tjenestetilbudet i kommunene, men også for ansatte i andre instanser som jobber med å bosette vanskeligstilte i boligmarkedet. Veiviseren er utviklet i et samarbeid mellom kommunene, Fylkesmannen og ulike brukerorganisasjoner. Seks direktorat står ansvarlige for Veiviseren: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Husbanken og Kriminalomsorgsdirektoratet.

I Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014-2015)) blir det lagt vekt på at psykiske helseproblemer og rusproblemer skal få høyere prioritet i helse- og omsorgstjenesten. Denne må ses i sammenheng med stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten (Meld. St. 26 (2014-2015)) der regjeringen foreslår tiltak som skal legge til rette for større vekt på forebygging og mer aktiv oppfølging av pasientene. Tiltakene involverer flere tjenesteområder i de kommunale helse og omsorgstjenestene og er knyttet til økt kompetanse, flere psykologer i kommunene (det etterlyses sterkere virkemidler til psykologrekruttering), fortsatt styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og mer tilrettelegging for flerfaglig samarbeid i tilknytning til fastlegepraksisene.

For å sette kommunene i stand til å oppfylle plikten til diagnostisering og behandling av psykisk syke og mennesker med rusproblemer, framgår det av Folkehelsemeldingen at kommunene må få økt tilgang på personell med kompetanse på diagnostisering og behandling. Det uttrykkes et mål om at psykologer i kommunene skal arbeide utadrettet, forebyggende og helsefremmende, og styrke den generelle kommunale kompetansen på psykisk helse gjennom å veilede og bistå andre yrkesgrupper både i og utenfor helsetjenesten, for eksempel i barnehage-, skole-, og i kommunal planlegging. Fra 1. juli 2015 fikk psykologer også rett til å henvise pasienter til psykisk helsevern og rusbehandling (inkl. private avtalespesialister og nevrologisk utredning).

Når det gjelder lavterskeltjenester innen psykisk helse og rus, har Folkehelsemeldingen fokus på utvikling av nettbaserte behandlingstilbud, utprøving av rask psykisk helsehjelp og en videre satsing på rekruttering av psykologer til kommunene. Kurs i forebyggende tiltak som mestring av depresjon og mestring av belastning, lavterskel behandlingstilbud og bedret tilgjengelighet til kompetent behandling og oppfølging, skal både bidra til bedre helse, økt livskvalitet i befolkning og til redusert behov for spesialisthelsetjenester.

Etter avslutningen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har ikke Norge hatt en helhetlig plan eller strategi for psykisk helsefeltet. Regjeringen Solberg besluttet derfor å legge frem en helhetlig strategi for hele psykisk helsefeltet, med særlig fokus på barn og unge, som kan danne grunnlaget for en opptappingsplan. I august 2017 ble derfor følgende strategi lagt frem: Mestre hele

livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). De fem overordnede målene for strategien er:

1. Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet
2. Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle
3. Pasientens helse- og omsorgstjeneste
4. Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene
5. Fremme god psykisk helse hos barn og unge

1.6 En kommunal ramme

Stortingsmelding 14 (2014–2015) "Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner" kommenterer psykisk helse slik:

For små fagmiljøer kan på sikt gjøre det vanskelig å levere gode og likeverdige tjenester til innbyggerne. Særlig gjelder dette for spesialiserte tjenester rettet mot utsatte grupper. Dette gjelder eksempelvis mennesker med behov for tjenester innenfor psykisk helse, rus og barnevern. Faglig kompetanse og kunnskap er avgjørende for at innbyggernes behov og rettssikkerhet blir godt ivaretatt (side 6).

I noen kommuner har de ingen egne årsverk rettet mot psykisk helse, men arbeidet dekkes innenfor andre tjenester. Mange kommuner gjør en stor jobb med små ressurser innen kommunalt psykisk helsearbeid, og får i stor grad til å gi mange et godt tilbud. Den største mangelen er å få bygget opp gode arbeids- og aktivitetstilbud for å gi brukerne en meningsfylt hverdag og et godt liv. Mange er kronisk syke, og vil være kommunens ansvar i lang tid. Døgnplassene i psykisk helsevern har blitt lagt ned mange steder, uten at ressursene i spesialisthelsetjenesten er overført til kommunene. Ressursene er heller kanalisert inn i poliklinisk behandling som sannsynligvis treffer en annen pasientpopulasjon enn de kronisk syke med alvorlige diagnoser.

Når det kommer lovkrav som gjelder alle kommuner, uavhengig av størrelse, er det viktig å forstå hvordan kommuner flest er rigget.

1. januar 2017 var det 426 kommuner i Norge.¹² Fra tabell 3 fremkommer det at 74 prosent av landets kommuner har færre enn 10 000 innbyggere, og 53 prosent har færre enn 5000 innbyggere.

Tabell 3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr 1. januar 2017. Kilde: SSB

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	94	22	22 484	2	93 351	2	115 835	2
2000-5000	131	31	87 487	8	336 552	8	424 039	8
5000-10000	88	21	132 782	12	479 715	12	612 497	12
10000-20000	56	13	181 354	16	615 443	15	796 797	15
20000-50000	41	10	261 566	23	930 736	23	1 192 302	23
50000 og større	16	4	445 378	39	1 671 469	40	2 116 847	40
Totalt	426	100	1 131 051	100	4 127 266	100	5 258 317	100

Når politikere og myndigheter planlegger tjenestetilbud og pålegger kommunene oppgaver, må de ta hensyn til at storparten av kommunene ikke har et befolkningsgrunnlag som tilsier at det blir

¹² 1. januar 2018 var det 422 kommuner.

tilstrekkelig antall personer i hver behovsgruppe. Kommuner med mange innbyggere har et mye større mulighetsrom når de skal utvikle tjenester fordi de får mange tydelige og definerte store behovsgrupper.

Når det gjelder tjenester til mennesker med psykiske lidelser, har kommuner med færre enn 2000 innbyggere (22 prosent av alle kommuner) i gjennomsnitt 3,2 årsverk til målgruppen, mens de med mellom to og fem tusen innbyggere (31 prosent av alle kommuner) har i gjennomsnitt 8,1 årsverk. Dette er altså ikke store tjenester med et stort mulighetsrom i mange av kommunene, og det vil være urealistisk at denne målgruppen skal tilføres store økninger når vi vet hvilke andre behov kommunale tjenester skal dekke og hvilke behov de har (eldreomsorg, skoler, barnehager, barnevern etc). Et godt og effektivt forebyggingsarbeid i et folkehelseperspektiv synes å være en mer fornuftig løsning enn å utvikle nye behandlingstjenester.

Tabell 4 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr 1. januar 2017.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
<2000	305	80	384	33	35	33
2000-5000	1 119	269	1 389	33	31	33
5000-10000	1 381	337	1 718	29	25	28
10000-20000	1 732	544	2 276	28	30	29
20000-50000	2 357	715	3 071	25	27	26
50000 og større	3 545	827	4 372	31	26	30
Bydeler i Oslo	1 096	327	1 423	20	25	21
Totalt	11 534	3 099	14 633	28	27	28

1.7 Hva er lettere psykiske helseproblemer/lidelser?

Når vi snakker med ulike aktører om lettere psykiske helseproblemer og lettere psykiske lidelser blir det raskt en diskusjon om hvilken type problematikk vi snakker om. Begrepene brukes og forstås ulikt og det er behov for en tydeligere definisjon. En mulighet er å definere det slik som det ofte gjøres i internasjonal litteratur¹³:

- A mild mental health problem is when a person has a small number of symptoms that have a limited effect on their daily life.
- A moderate mental health problem is when a person has more symptoms that can make their daily life much more difficult than usual.
- A severe mental health problem is when a person has many symptoms that can make their daily life extremely difficult.

Denne kategoriseringen er gjort uten å ta hensyn til funksjonsnivå, men det kan ligge implisitt at et mildt eller moderat helseproblem gir relativt høyt funksjonsnivå fordi det ikke medfører så mange symptomer. Mens en alvorlig psykisk lidelse gir så mange symptomer at funksjonsnivået blir lavt. Men dersom de få symptomene et mildere psykisk helseproblem gir, innebærer betydelig svekket livskvalitet og fungering på noen områder, vil det sannsynligvis være riktig å sette inn tiltak så tidlig som mulig. På samme måte kan enkelte ha alvorlige psykiske helseproblemer men likevel høyt funksjonsnivå, og derfor behov for et lavere behandlingsnivå.

¹³ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/ifp/chapter/common-mental-health-problems>

Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne; "Sammen om mestring" definerer tre ulike hovedforløp basert på problemene/lidelsenes alvorlighetsgrad og varighet:

- Hovedforløp 1 omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige.
- Hovedforløp 2 omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser.
- Hovedforløp 3 omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

Denne rapporten omhandler i hovedsak forløp 1, og om dette forløpet sier veilederen:

Kommunen bør ha hovedansvaret for å ivareta personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige. Siden slike problemer sjelden har alvorlige konsekvenser eller medfører normbrudd som fører til stigmatisering, vil innsatsen primært rettes mot de psykiske vanskene eller rusproblemene. Spesialisthelsetjenesten bør bare unntaksvis ha en rolle i disse bruker- og pasientforløpene, fortrinnsvis hvis problemene utvikler seg til å bli mer langvarige eller alvorlige. I slike tilfeller er det rimelig å be om en spesialistvurdering. Hovedansvaret for behandlingen bør fremdeles ligge hos de kommunale tjenestene.

Problemet for kommunene er at det tenkes i en medisinsk modell med behandling for ulike diagnoser, heller enn at kommunene blir bedt om å gi adekvat hjelp til de som trenger det, uavhengig av diagnoser, grundige kartlegginger og utredninger.

1.8 Lavterskeltiltak – eksempel Stangehjelpa

Mange kommuner har vært interessert i det de har fått til i Stange kommune. Bare i 2016 hadde Stangehjelpa besøk fra over 100 kommuneansatte fra 18 kommuner rundt om i landet, inkludert delegasjoner fra departement og direktorat, som kom for å lære mer om tilbudet. Det er derfor sannsynlig at Stangehjelpa er med på å påvirke hvordan det kommunale tjenestetilbudet utformes også i resten av landet. Vi har derfor valgt å samle noe informasjon om Stangehjelpa i det følgende.

Stange kommune (20 317 innbyggere 1. januar 2017) har fått mye positiv omtale for sitt lavterskeltilbud i avdeling for familiehjelp, rus og psykisk helse; "Stangehjelpa". Det er særlig den tverrfaglige og brukervennlige tilnærmingen tjenesten (under ledelse av psykologspesialist Birgit Valla) har fått oppmerksomhet for. I følge årsrapporten for 2017 besto tjenesten av 35 personer fordelt på 31,6 stillinger, der 3 av stillingene ble finansiert av statlige tilskuddsmidler. Fem psykologer ble delvis finansiert av statlige tilskuddsmidler.

Stangehjelpa er inndelt i sju ulike team; førskoleteam, barn og ungdom, forebygging voksne, aktivitet og bistand, rus, eldre og aktivitetshuset. Fire av teamene har psykolog. De hadde 790 henvendelser fra brukere i 2017 (17 prosent økning fra 2016) og ved utgangen av det samme året hadde de 477 aktive tjenestemottakere (jf. Stangehjelpas årsrapport for 2017). I årsrapporten for 2017 (s.1) heter det at:

Vi ser at økningen både gjelder lettere til moderate problemer, og problematikk som tidligere ville gått til spesialisthelsetjenesten. Målgruppa har utvidet seg. Vi er opptatt av å hjelpe folk til å finne egne løsninger på sine problemer når dette er mulig. Med et så lett tilgjengelig tilbud kan det være en fare for at vi yter hjelp for problemer folk kunne løst selv. Dette reflekterer vi over, og har gjort noen tiltak både for å håndtere økningen i henvendelser, og styrke folks egen mestringsopplevelse. Tiltakene er mer råd og veiledning over telefon, igangsetting av selvhjelpsgrupper og tidlig involvering av personens nettverk som ressurs (i tråd med åpen dialog og nettverksmøter).

I årsrapporten går det fram at 39 prosent av de som tar kontakt, gjør dette på eget initiativ. Fastlegene står for rundt 13 prosent av henvendelsene, det samme gjør foresatte til barn og unge. Spesialist-

helsetjeneste og annen kommunal tjenesten står for rundt åtte prosent av henvendelsene. Aldersmessig fordeling av henvendelsene presenteres i årsrapporten som følger (eldre > 67 år, ungdom er også unge voksne som går på videregående): voksne (49 %), ungdom (16 %), førskolebarn (15 %), barn (12 %) og eldre (8 %).

Årsaken som oppgis ved første kontakt registreres, og fordelte seg som følger i 2017: Søker selv (39 %), fastlege (13 %), foreldre/foresatte til barn (12 %), annen kommunal tjeneste (8 %), spesialisthelsetjenesten (7,5 %), skole/barnehage (5,5 %), pårørende (5 %), annen kommune (3,5 %), annet (6,5 %).

I følge nettsidene til Stangehjelpa består de av en tverrfaglig gruppe ansatte med ulik erfaring og kompetanse. De arbeider ut fra en flat struktur uten et typisk profesjonshierarki. Kompetanse og individuelle ferdigheter hos den enkelte medarbeider avgjør hvilke oppgaver og ansvarsområder vedkommende får, og det henvises til forskning som viser at det er det relasjonelle som er av betydning for effekt av terapi, ikke type profesjon, utdanning eller metodikk. De har også beveget seg bort fra den tradisjonelle medisinske modellen ved å ikke fokusere på diagnostisering. I et intervju med napha.no har leder Birgit Valla uttalt følgende om Stangehjelpas ideologi:

Psykisk helsehjelp er uavhengig av profesjoner, og egne psykologtjenester snakker vi ikke om. Vi har helt fra starten av bygget opp team hvor ulike profesjoner er representert. På samme måte som at psykologene er spredt rundt på disse, er også sosionomene, familieterapeutene og de andre faggruppene det, sier Valla.

Hun påpeker at Stangehjelpa ikke er en kommunal tjeneste som gir støttesamtaler. De driver med endringsarbeid.

– Vi gir tilbud ut fra hva den enkelte ønsker og har behov for. Psykologene trives med å jobbe slik og føler de får brukt seg her. Psykologer har alltid fokusert på endringsarbeid. På det området har psykologene brakt inn en ny dimensjon her, sier hun videre.

Tilsyn med Stangehjelpa i 2016/2017

Etter å ha lest debattinnlegg fra Birgit Valla i Psykologtidsskriftet og på NAPHA sine hjemmesider, åpnet Fylkesmannen i Hedmark tilsynssak mot Stange kommune og Stangehjelpa i april 2017. I tilsynet fremkom det at Stangehjelpa ikke diagnostiserer, anvender kartleggingsverktøy eller journalfører i henhold til regelverket. Tilsynssaken fikk stor oppmerksomhet, og er blant annet oppsummert i en artikkel i psykologtidsskriftet (Helmikstøl, 2017)¹⁴. I artikkelen framgår følgende fakta om saken:

- Fylkesmannen i Hedmark konkluderte med brudd på helselovgivningen i en tilsynssak som ble åpnet 27. april i fjor mot Stange kommune/Stangehjelpa.
- Fylkesmannen vurderer at Stangehjelpa ikke sikrer forsvarlig helsehjelp i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3–1 jf. 4–1, når det ikke systematisk brukes kartleggingsverktøy og settes diagnoser.
- Fylkesmannen finner at dokumentasjonen ikke er i tråd med helsepersonelloven § 40 jf. journalforskriften § 8. Dette utgjør ifølge avgjørelsen en risiko for at pasienter ikke får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Avgjørelsen er endelig.

Da Helse- og omsorgsdepartementet ble kjent med saken våren 2017, ble det i juni 2017 sendt ut et rundskriv (I-4/2017) som avklarer reglene om dokumentering og diagnostisering. I rundskrivet går det blant annet fram at:

¹⁴ http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=496906&a=3

For mange vil det være en forbigående fase i livet hvor de har kortvarig behov for å benytte seg av slike tjenester, mens det for andre, med mer omfattende behov, kan være et første kontaktpunkt med helse- og omsorgstjenesten. Ved å senke terskelen for kontakt med helsetjenesten, kan man tilby hjelp tidligere og løse menneskers utfordringer og helseproblemer raskt, før de blir omfattende, alvorlige og livsbegrensende. Samtidig er det slik at også pasienter med omfattende og alvorlig helseproblematikk vil oppsøke lavterskeltilbud. Det er derfor nødvendig at det gjennomføres en kartlegging og vurdering av hver enkelt pasients utfordringer og behov.

(...) I henhold til pasientjournalforskriften § 8 første ledd bokstav f skal helsepersonell blant annet dokumentere foreløpig eller endelig diagnose dersom det anses relevant og nødvendig å dokumentere dette. (...)

(...) Diagnostisering av en pasient eller brukers sykdom eller lidelse inngår som et naturlig element i den helse- og omsorgstjenesten som kommunen skal sørge for, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nummer 4 og helsepersonelloven § 3 tredje ledd. En diagnose eller foreløpig diagnose kan tjene flere formål. Den kan si noe om pasientens prognoser, gi en retning for hva som anses som riktig behandling, planlegging av tjenester som tilbys i kommunen, forebyggende tiltak som må iverksettes og sykdomsovervåking. En diagnose kan også danne grunnlag for en målrettet samtale om hva som er viktig for brukeren for å få til en endring. En foreløpig diagnose kan også endres senere som følge av pasientens utvikling og ny kunnskap hos helsepersonellet. Diagnostikk er dermed en sentral del av den helsehjelpen som en mottaker av tilbudet skal kunne forvente.

Og videre vedr. journalføring:

Det fremgår av helsepersonellovens § 39 at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient.

Dokumentasjonsplikten gjelder i alle typer virksomheter uavhengig av hvilken form for helsehjelp som tilbys. Som nevnt over, vil flere av tjenestene ved lavterskeltilbud innenfor helse- og omsorgstjenestefeltet kunne falle inn under definisjon av helsehjelp. Dette vil typisk gjelde dersom pasienter eller brukere oppsøker lavterskeltilbud i den hensikt å få hjelp for somatiske eller psykiske sykdommer eller lidelser som lavterskeltilbudet gir konkret helsehjelp for.

Det var særlig journalføring og diagnostisering som ble fulgt opp med nytt tilsyn fra Fylkesmannen i november 2017. Saken er, oss bekjent, ikke avsluttet p.t.

1.9 Oppsummering

Tjenester innen psykisk helse har i stor grad vært rettet inn mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser, både i Norge og i resten av verden. Lettere psykiske lidelser har derfor tradisjonelt ikke vært en del av psykiatrien eller nå psykisk helsevern. Med en sterk omstrukturering av spesialisthelsetjenestene med nedbygging av døgnplasser og oppbygging av kapasiteten for poliklinisk behandling, er det mange flere som får behandling enn tidligere. Det er også poliklinikker som bygger opp korttidsbehandlingstilbud for angst- og depresjoner, og det er viktig å undersøke om dette er i tråd med helsemyndighetenes føringer når det samtidig bygges kommunale tilbud for den samme pasientgruppen.

2 Metode og datagrunnlag

Prosjektet er gjennomført etter en metode som er utviklet av SINTEF. Metoden kalles Samfunnsøkonomisk vurdering. Dette er en metode som benyttes dersom det ikke er grunnlag for eller er hensiktsmessig å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse. Metoden er utviklet for anvendt forskning på store problemstillinger. Sentralt i metoden ligger strukturering av store mengder kvalitative data, typisk innhentet gjennom intervju. Metoden er særlig benyttet i arbeidslivsforskning, velferdstjenesteforskning og helsetjenesteforskning. En samfunnsøkonomisk vurdering gjøres gjennom å: 1) Identifisere de viktige aktørene for temaet som studeres 2) Systematisk innhenting av erfaringer fra alle relevante aktører 3) Systematisk gjennomgang av all informasjon 4) Identifisering av sentrale situasjonsbilder 5) Utvikle forslag og anbefalinger til endringer.

De viktigste aktørene for temaet som studeres i denne rapporten inkluderer først og fremst ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid og fastleger. Det er også mange andre relevante aktører, som DPS, frisklivssentraler, RPH, folkehelsekoordinatorer etc. Vi har intervjuet ulike aktører i de ulike kommunene, alt etter hvem kontaktpersonen vår mente var relevant for problemstillingen. Innen psykisk helse har vi kontaktpersoner i alle kommuner gjennom IS-24/8 rapporteringen¹⁵.

Totalt er det intervjuet i 12 kommuner, og spørsmålene som er hentet fra IS-24/8 rapporteringen er besvart av 80 prosent av kommunene.

En gjennomgang av forskningslitteraturen gis i kapittel 3, resultatene fra kartleggingen i kapittel 4 og fra intervjuene i kapittel 5.

2.1 Intervjuer

Dette forskningsprosjektet involverer både kvalitative og kvantitative data. Vi har intervjuet i 11 anonyme case-kommuner og en bydel. Kommunene i utvalget er delt i to grupper. Den første gruppen ble tilfeldig trukket og inkluderer både store og små kommuner (9 kommuner). I tillegg valgte vi ut noen kommuner som vi visste hadde et godt tilbud og de utgjorde den andre gruppen (3 kommuner). De fleste kommunene er besøkt (8 kommuner), mens resten av kommunene er intervjuet over telefon.

Intervjuene er mer diskusjoner enn tradisjonelle intervjuer. Målet med intervjuene er å få kunnskap vi mangler for å kunne gjøre en helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering. Alle intervjuer er tatt opp på digital opptaker, transkribert og fullkodet etter en metode utviklet av SINTEF. Dette er en metode for å analysere store tekstmengder, og metoden er forklart og gjort tilgjengelig for alle gjennom en open access artikkel i internasjonalt tidsskrift (Ose 2016). Metoden presenteres kort i det følgende.

Fullkoding av kvalitative data betyr at alle sitater er kodet etter en kodeliste som genereres parallelt med kodingen. Metoden er utviklet for og tilpasset prosjekt med bredt definerte problemstillinger. Dette er en tematisk koding på detaljert nivå som gjøres ved hjelp av standard Microsoft Office-program. Teksten kodes og sorteres etter ulike tema. Deretter sorteres teksten i hovedtema og undertema. Metoden sørger for at datagrunnlaget utnyttes godt, og at det ikke er tilfeldig hva som tas med innenfor samme tema. På noen av spørsmålene får vi til en kvantitativ kartlegging av de åpne svarene, og kan vise fordelingen i en tabell eller i en figur. Det varierer i hvilke tilfeller vi velger å gjøre hva, og beslutningen styres av kompleksitet i svarene og vurderinger som for eksempel om det er det mulig å sammenlikne svarene med det andre har svart. Noe er typisk småkommuneproblematikk, mens annet er mer generelle funn. Noen ganger kommer det frem noe nytt, mens andre ganger

¹⁵ Dette er et prosjekt som SINTEF har gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet i over ti år. Prosjektet følger årlig utviklingen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i alle kommunene.

bekrefter funnene tidligere funn. I dette prosjektet har bruk av metoden resultert i et strukturert Microsoft Word dokument på 352 sider som grunnlag for analyser.

2.2 Kartlegging i alle kommuner

Gjennom prosjektet "IS-24/8 Kommunalt psykisk helsearbeid", som SINTEF årlig utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet, ble det i 2017 tatt med følgende spørsmål i kartleggingen¹⁶:

- Egenvurdert kvalitet på tilbudet (forløp) (94%)
- Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser? n=370 (84%)
- Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? n=317 (72%)

Antall og prosent av kommunene som har svart på disse spørsmålene er angitt over i parentes.

Det ble også spurt tilsvarende spørsmål i forhold til brukergruppen voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser, men dette er mindre relevant i denne rapporten. Det er likevel kunnskap som er med i vurderingen. Tilsvarende spørsmål er også stillet for barn og unge, men dette prosjektet er avgrenset til å gjelde voksne innbyggere. I IS-24/8-rapporten fra 2017 fremkommer svarene på alle spørsmålene (Ose & Kaspersen, 2017).

2.3 Analyser

Analysen av kvalitative data er utført som en innholdsanalyse tilpasset en samfunnsøkonomisk vurdering. Det betyr at tema som insentiver, mekanismer, finansiering, asymmetrisk informasjon, prioriteringer, produksjon og verdiskaping, produktivitet, konjunkturer, aktørtilpasning (spillteori), alternativkostnad og ressursbruk er sentrale. Etter å ha fullkodet alle intervjuene, fremkommer naturlig temaene det er relevant å ta med i analysen. For eksempel er bakgrunnsinformasjon om kommuner/bydeler mer kontekst i diskusjon enn resultater som presenteres. Dette prosjektet har ikke omfattet statistiske analyser, men det kvantitative datagrunnlaget utgjør en del av analysegrunnlaget.

2.4 Etisk vurdering

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste som et forskningsprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter) i januar 2017. Personvernombudet vurderte prosjektet og gav tillatelse til gjennomføring før intervjuene startet våren 2017 (prosjekt 52323).

¹⁶ Disse spørsmålene ble inkludert for å besvare problemstillinger i dette prosjektet heller enn å gjennomføre en separat datainnsamling blant de samme respondentene i samråd med Helsedirektoratet.

3 Kunnskapsoppsummering

Innen psykisk helse finnes det mange kliniske studier og tradisjonelt særlig innen fagfeltet psykiatrisk rehabilitering. Men det finnes få studier som handler om strukturering og organisering av tjenestene på ulike tjenestenivå. Det finnes også lite forskning på ressursbruk i forhold til effekt av tjenestene både nasjonalt og internasjonalt.

Ut over offentlige plan- og styringsdokumenter er det få publikasjoner om ressursbruk (årsverksinnsats) og prioritering i disse tjenestene – både internasjonalt og i Norge. Selv om det er mye forskning på psykisk helse, er dette ofte kliniske studier som involverer bestemte diagnosegrupper eller epidemiologiske studier av utbredelse av ulike psykiske lidelser. Forhåndsbestemte søkestrenger resulterer dermed i få treff. For eksempel gir et søk på "Mild mental health problems" fem treff i litteraturbasen PubMed, og søk på "Moderate mental health problems" i PubMed gir 21 treff. Vi har gått gjennom disse artiklene og de som er relevante er beskrevet i det følgende. Flere av artiklene handler om selvhjelp eller veiledet selvhjelp, fordi lettere psykiske helseproblemer er svært vanlig i befolkningen. Utgangspunktet er at etterspørselen blir for stor til å dekkes gjennom tradisjonell behandling.

3.1 Digitale verktøy i behandling

En artikkel handler om lavintensiv kognitiv adferdsterapi for behandling av obsessiv-kompulsiv lidelse¹⁷ i Storbritannia (Knopp-Hoffer, Knowles et al. 2016). Dette er en kvalitativ studie av brukererfaringer (36 voksne personer) med veiledet selvhjelp (6 timer med profesjonell støtte) og databasert kognitiv adferdsterapi (1 time profesjonell støtte). De fant at det var stor individuell variasjon i erfaringene blant brukerne, og at det er behov for stor bredde i tilbudet grunnet ulike preferanser blant brukerne. Forskerne konkluderer med at den største utfordringen i dagens system er å balansere brukernes tjenestebehov og tjenestenes effektivitet. En tidligere artikkel fra Storbritannia om online kognitiv adferdsterapi for depresjon i en arbeidsplasskontekst, viste at ansatte med diagnostiserbar depresjon kan ha nytte av cCBT (Schneider, Sarrami Foroushani et al. 2014).

En annen artikkel handler om implementering og bruk av online verktøy for lettere psykiske helseproblemer og barrierer for bruk av slike løsninger i nederlandske primærhelsetjenester (van der Vaart, Atema et al. 2016). Gjennom en spørreundersøkelse til ansatte innen psykisk helse i primærhelsetjenesten, finner de at både bruken og intensjon om å bruke ulike eHelse-verktøy innen psykisk helse er relativt høy i Nederland, og at slike verktøy har høy tilgjengelighet i primærhelsetjenesten. De konkluderer med at det er behov for mer forskning for å finne ut hvordan slike verktøy best kan tas i bruk og gi effekt.

En artikkel fra New Zealand tar utgangspunkt i at milde og moderate psykiske helseproblemer er vanlig, men at primærhelsetjenesten har få tilgjengelige behandlingstilbud (Collings, Mathieson et al. 2015). De har utviklet en "ultra-brief intervention" (UBI) for primærhelsetjenesten til bruk ved milde og moderate helseproblemer, som de har funnet å være anvendelig og tilfredsstillende både for klinikere og pasientene. De er i gang med en stor randomisert studie av bruk av UBI blant allmennleger (GP). UBI er et strukturert og veiledet selvhjelpsprogram som legene kan tilby sine pasienter. Metoden er basert på strukturert problemløsning, kognitiv adferdsterapi og selvhjelpshefter som handler om relasjoner, kroppsstress, bryting av dårlige vaner og stresshåndtering.

¹⁷ Samlebetegnelse for et sykdomsbilde kjennetegnet av langvarige tvangstanker (obsesjoner) og/eller tvangshandlinger (kompulsjoner) som debuterer i løpet av de første tiår i en persons liv (Store medisinske leksikon).

Veiledet internettbehandling kan være en mulig tilnærming for å nå pasientgrupper som ellers har høy terskel for å søke hjelp. Veiledet internettbehandling kan også være et kostnadseffektivt tiltak, ettersom det kan øke behandlingsskapasiteten til hver terapeut. Slik kan en øke tilgjengeligheten til kunnskapsbaserte tjenester for mennesker med psykiske lidelser. I Norge tilbys allerede slik behandling ved Helse Bergen, Solli DPS¹⁸, Søndre Vestfold DPS, Nordre Vestfold DPS og i Bærum kommune, under navnet eMeistring. eMeistring skal styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, og tilbys til personer som har panikklidelse, sosial angst eller depresjon. De samme kursene tilbys også som en del av «raskere tilbake», sammen med arbeidsrettede moduler.

Det er lite forskning som er publisert på effekten av veiledet internettbehandling i Norge; én artikkel har sett på effekten av eMeistring for panikklidelse (Nordgreen, Gjestad et al. 2017). Denne studien viser at panikkbehandlingen i eMeistring er effektiv både for panikksymptomer og for tilleggssymptomer som depresjon.

Studier gjennomført av eMeistring sin søsterklinikk i Sverige (internetpsykiatri.se) har vist at effekten av internettformidlet CBT-behandling med minimal behandlerbistand er sammenliknbar med effekten av både individuell behandling og behandling i gruppe for depresjon (Hedman, Ljótsson et al. 2014), for panikklidelse (Hedman, Ljótsson et al. 2013) og for sosial angst (El Alaoui, Hedman et al. 2015).

Internasjonalt er det gjennomført noen få metaanalyser på effekten av veiledet internettbehandling: Andersson og medforfattere sammenliknet effekten av veiledet internettbehandling (ICBT) med effekten av standard CBT (terapi ansikt-til-ansikt), enten som individualterapi eller i gruppe i en systematisk oversikt, der de også gjennomførte en metaanalyse (Andersson, Cuijpers et al. 2014). De fant 13 studier som møtte kriteriene for å bli inkludert i oversikten, med ulike lidelser og diagnoser som fokus; sosial angst (3), panikklidelse (3) og depressive symptomer (2), men også kroppsbildeforstyrrelse (2), tinnitus (1) etc. De konkluderte med at veiledet internettbehandling og standard CBT hadde ekvivalente behandlingseffekter (ibid).

Anderson og medforfattere har også sammenliknet effekten av standard CBT med veiledet internettbehandling (ICBT) for depresjon hos voksne i en nyere metaanalyse, der totalt fem primærstudier ble inkludert (Andersson, Topooco et al. 2016). De fant en liten, ikke-signifikant effekt som favoriserte ICBT, men som ikke har implikasjoner for klinisk praksis, ifølge forfatterne (ibid).

3.2 Forskning med stor innflytelse i Norge

I 2006 ble Layard-rapporten¹⁹ publisert i England (London School of Economics and Political Science 2006). Den endret måten den psykiske helsetjenesten i England ble organisert på (Clark 2011). I rapporten ble det slått fast at angst og depresjon var et stort problem, at svært mange som var rammet ikke fikk behandling, og at lidelsene hadde store, økonomiske konsekvenser. Men, det fantes effektive, kortvarige behandlingsformer som kunne hjelpe; kognitiv atferdsterapi. Layard og medforfatterne forslø dermed å utdanne 10.000 nye terapeuter som skulle jobbe i team, og rulle ut en implementeringsplan over sju år.

Rapporten dannet grunnlaget for innføring av programmet Improving Access to Psychological Therapy (IAPT) i Storbritannia. IAPT er en nasjonal satsning for å gjøre behandling av angst og depresjon raskt tilgjengelig for folk flest. Hovedtilnærmingen i IAPT er kognitiv atferdsterapi og veiledet selvhjelp. Effektene av piloteringen av IAPT var gode (Clark, Layard et al. 2009); dermed ble programmet etablert

¹⁸ Solli DPS er en privat, ideell virksomhet, som tilbyr behandling til personer over 18 år med psykiske lidelser. Solli har driftsavtale med Helse Vest RHF. DPS-et dekker primært kommunene Os, Fusa, Samnanger, Austevoll og Fana bydel i Bergen.

¹⁹ Rapporten hadde tittelen «The Depression Report – A new Deal for Depression and Anxiety Disorders».

i så godt som alle helsekommuner i England (Smith, Alves et al. 2016). RPH-tilbudet i Norge er basert på denne modellen.

Imidlertid er det flere forskere i England som også har vært kritiske mot IAPT, blant annet karakteriserer Jay Watts, som selv har arbeidet som psykolog i ett av de to områdene der pilotstudiene ble gjennomført, IAPT som et samlebåndsprosjekt, og beskriver gapet mellom det hun kaller et «glossy image» av IAPT og hvordan terapien utføres i praksis (Watts 2016).

Paul Barrett er en annen forsker som har vært kritisk til den økonomiske rasjonaliseringen som ser ut til å ligge bak IAPT. Han hevder at helsemyndighetene i England har «rushet» gjennom IAPT, uten å vente på en mer solid kunnskapsbase, og uten å ta etiske, politiske og arbeidsmessige perspektiver fullt i betraktning da beslutningen om å rulle ut IAPT ble tatt (Barrett 2009). Blant de kritiske stemmene er også Nick Bolsover, som hevder at NICE guidelines, som beslutningen bygger på, langt fra er så objektive og evidensbasert som de framstilles i Layard-rapporten, og at politisk innflytelse er like viktig som evidens i den endelige beslutningsprosessen (Bolsover 2007).

3.3 ABC-modellen i Australia

I Australia har en de siste 10 årene jobbet med mental helse ut fra ABC-modellen (Act–Belong–Commit).²⁰ ABC er et populasjonsbasert, universelt program som har som formål å fremme befolkningens psykiske helse, med en kunnskapsbasert basis, som har vist seg mulig å implementere, og det dekker universelle prinsipper for god mental helse og livskvalitet (Koushede, Nielsen et al. 2015). Programmet har fokus på de positive aspektene av psykisk helse, og søker å fremme aktiviteter som folk kan utføre for å bygge og styrke psykisk helse. I tillegg oppmuntres organisasjoner og grupper i lokalsamfunnet til å bygge partnerskap med programmet for å bidra til å gjøre psykisk helse til «alles anliggende».

Anwar og kollegaer (Anwar-McHenry, Donovan et al. 2012) har gjennomført en studie på effekten av ABC i Australia, ved å intervjuv voksne (>1000; tilfeldig utvalg) om programmets utbredelse, effekten av ABC-programmet på holdninger og atferd, og hvorvidt programmet har hatt en innflytelse på stigma / åpenhet knyttet til psykisk helse og psykiske lidelser. Studien viste at ABC-programmet hadde nådd 75 % av befolkningen, og 25 % av disse rapporterte at de hadde endret måten de tenkte om psykisk helse og psykiske lidelser. 20 % rapporterte også noe atferdsendringer. Programmet ble vurdert til å ha en effekt i å gjøre folk mer åpne om psykisk helse, og i forhold til å redusere stigma knyttet til psykiske lidelser. Studien konkluderte med at programmet bidrar til å øke befolkningens kunnskap og forståelse om psykisk helse (mental health literacy).

Det har også blitt gjennomført en studie av effekten av programmet for personer som enten hadde en diagnostisert psykisk lidelse, eller en nylig oppstått psykisk helseplage, som viste at programmet så ut til å gi disse personene styrke til å handle på egen hånd for å forbedre egen psykisk helse (Donovan, Jalleh et al. 2016).

I Irland har det blitt gjennomført en prospektiv studie, der en så på sammenhengen mellom indikatorene for ABC-programmet (aktivitet, sosial tilhørighet og engasjement) baseline, og forekomst av depresjon, angst og kognitiv svekkelse to år senere, for et utvalg på over 6000 irer ≥ 50 år. Denne studien viste at økende deltakelse i aktivitet reduserte sannsynligheten for depresjon, angst og kognitiv svekkelse, og at det å være godt integrert i sosiale nettverk var en signifikant beskyttende faktor for å utvikle depresjon, angst eller kognitiv svekkelse, mens engasjement hadde bare beskyttende effekt for å redusere depresjon og angst (Santini, Koyanagi et al. 2017).

²⁰ A for act - aktivitet, både fysisk, sosial, mental og kognitiv aktivitet; B for belong – tilhørighet; C for Commit- engasjere seg i aktiviteter som gir en følelse av mening og formål i livet.

Statens Institut for Folkesundhed i Danmark er i ferd med å introdusere en tilpasset versjon av ABC-programmet i Danmark (Nielsen and Koushede 2015). I Norge er Helsedirektoratet i dialog med Statens Institut for Folkesundhed og ABC-partnerne om å teste ut programmet (Departementene 2017). Folkehelsealliansen i Trøndelag kjører seminar om modellen, og inviterer kommunene (inkl. Frisklivssentralene), NAV og psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag til seminaret.

3.4 Headspace for unge voksne

For unge voksne (12-25 år) er *Headspace* en lavterskel intervensjon som er prøvd ut i flere land. Headspace startet i Australia, som en utvidet modell for psykisk helsearbeid for ungdom i primærhelsetjenesten (McGorry, Bates et al. 2013). Mandatet Headspace fikk, var å etablere ungdomsvennlige, lett tilgjengelige sentere som rettet seg mot unges kjernebehov innen helse – tverrfaglig og med én dør inn; ikke *istedenfor* eksisterende tilbud i primærhelsetjenesten, men som et tillegg, for å oppmuntre ungdom til å ta kontakt så tidlig som mulig når de har problemer.

Headspace er et samlokalisert tilbud som både retter seg mot fysisk og psykisk helse, alkohol- og rusbruk, og tilbyr sosial og yrkesmessig støtte (Muir, Powell et al. 2009). Siden 2006 er det åpnet 97 Headspace-sentre i Australia.²¹ Muir og medarbeidere evaluerte de 30 første Headspace-sentrene i 2009, og viste at ungdommene som brukte sentrene i større grad enn andre ungdommer opplevde psykiske vansker og problemer, og i større grad hadde behov for hjelp og støtte på andre livsarenaer, som økonomisk deltakelse i samfunnet og rusbruk (Muir, Powell et al. 2009). De fant også at flesteparten av ungdommene rapporterte bedret mental helse, og lavere nivå av psykiske vansker og problemer, i tillegg til redusert bruk av alkohol og andre rusmidler, og bedre relasjoner med familie og venner etter å ha brukt tilbudene hos Headspace (Muir, Powell et al. 2009). I tillegg rapporterte om lag halvparten av deltakerne at Headspace hadde bedret deres evne til å delta på skole, videre yrkesrettet utdanning eller universitet, eller til å finne arbeid (ibid).

Rickwood og medarbeidere har undersøkt endringene i psykiske vansker og problemer for over 24.000 australske ungdommer 12-25 år, som brukte Headspace i 2013/2014. De fleste fikk CBT som behandling ettersom symptomene deres i hovedsak var knyttet til angst og / eller depresjon. Rickwood og medarbeidere fant at 60 % av deltakerne rapporterte betydelig bedring enten i psykiske vansker / problemer eller for psykososial fungering (Rickwood, Mazzer et al. 2015). Oppfølgingsperioden i studien var imidlertid kort (3 måneder), ungdom har gjerne større svingninger og variasjon i humør og sinnstilstand enn voksne, og manglende bruk av kontrollgruppe gjør at en ikke vet om forbedringene ville ha kommet uansett (som resultat av spontan bedring), eller om de er resultat av tilbudet ved Headspace.

Headspace-modellen er også prøvd ut i Irland (O’Keeffe, O’Reilly et al. 2015), og i Danmark. I Danmark er det åpnet 12 Headspace-sentre og fire satellitter siden 2013.²² Siden oppstarten har Headspace i Danmark vært i kontakt med over 27 000 ungdommer (per august 2017).²³ Økonomer uten grænser har gjennomført en Social Return On Investment-analyse av Headspace, og rapporterer at driften av et gjennomsnittlig Headspace-senter i ett år, genererer en samfunnsmessig verdi på 13,9 millioner kroner over en fem-års periode. Hvis man betrakter dette som en ”social benefit”-cost ratio er denne 7; for hver krone, som blir brukt på driften av et gjennomsnittlig Headspace-senter i ett år, får samfundet 7 kr. igjen. Dette tilsvarer en årlig avkastning på 40 % (Økonomer uten grænser 2017).

²¹ <https://www.napha.no/content/21392/Samhandling-og-lavterskeltilbud-trengs-for-unge-som-sliter-psykisk>

²² <https://www.headspace.dk/find-dit-headspace>, hentet 25. oktober 2017

²³ <https://www.headspace.dk/nyheder/headspace-skaepper-i-statskassen-frivillig-raadgivning-sparer-samfundet-for-millioner>, hentet 25. oktober, 2017.

I Norge åpnet nylig *UngArena* i Oslo, som er basert på basert på Headspace, og variantene i Danmark og Irland. UngArena er et lavterskeltilbud med fokus på psykisk helse, for barn /ungdom 12-25 år, som har lagt vekt på at ungdom selv skal sette premissene, at det er en dør inn, ingen ventetid, lett tilgjengelig for alle, det er gratis og ungdommene kan være anonyme. For UngArena i Oslo er det psykolog tilstede hver dag.²⁴ Mental Helse og Mental Helse Ungdom, som står bak UngArena i Norge, har planer om å etablere flere slike sentre i norske byer, bydeler og større kommunesentra.²⁵ Foreløpig er det ikke publisert noen forskning på effekten av denne norske varianten.

3.5 Forebyggingstiltak

I august 2017 publiserte *Public Health England* en rapport som går gjennom og anbefaler kostnadseffektive tiltak for å fremme god mental helse og forebygge psykisk uhelse på åtte ulike områder (Public Health England 2017). Forfattergruppen skriver at det eksisterer en rekke tiltak som både er kostnadseffektive, og som har vist seg å fremme god psykisk helse, og redusere noen av de negative følgene av dårlig psykisk helse. Mest relevant i vår kontekst, er universelle tiltak som presenteres for bruk på arbeidsplassen for å fremme god mental helse; individbaserte tiltak på arbeidsplassen for å forebygge problemer knyttet til stress, depresjon og angst (basert på kognitiv atferdsterapi), og tiltak som skal forebygge sosial isolasjon og ensomhet, og fremme god mental helse hos eldre («signposting service» kombinert med lokale, sosiale aktiviteter for eldre 65 og over, som ikke er i lønnet arbeid). I tillegg rapporteres det at å tilby gjeldsrådgiving overfor mennesker som i utgangspunktet ikke har psykiske helseproblemer, men uhåndterbar gjeld, er kostnadseffektivt (ibid).

Thornicroft, Deb og Henderson (2016) har gått gjennom status for tilbudet innenfor kommunalt / lokalt psykisk helsearbeid på verdensbasis. Deres tilnærming til lokalt psykisk helsearbeid er populasjonsbasert, og de ser pasienten/brukeren i en sosioøkonomisk kontekst. De er opptatt av at forebygging må være både individrettet og befolkningsrettet, og har et systembasert syn på tjenestetilbudet, som bør være team-basert, og lett tilgjengelig. De mener videre at fokus bør være ikke bare på sykdom og plager, men også på recovery og mestring, og at lokalt psykisk helsearbeid må kunne blande kunnskapsbaserte tiltak med en praktisk etikk, som også inkluderer brukerstemmen i en felles beslutningsprosess (shared decision making).

Deres hovedanliggende globalt sett, er at brorparten av befolkningen som har psykiske plager eller sykdom, ikke får behandling i det hele tatt. Løsningen er å tilby behandling i primærhelsetjenesten, i kommunen og i lokalsamfunnet (Thornicroft, Deb et al. 2016), slik også Norge har valgt å prioritere og styrke tilbudet i kommunehelsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Thornicroft og kollegaer har også sett på prioriteringen mellom tyngre og lettere brukere for ulike settinger, der de ser på den relative fordelingen i offentlig ressursbruk mellom spesialisthelsetjeneste /mentalsykehus, dagtilbud, og andre tilbud utenfor sykehus (poliklinisk behandling) og i primærhelsetjenesten, for henholdsvis høyinntektsland, mellom-inntektsland og lavinntektsland (Thornicroft, Deb et al. 2016). De viser at mens høyinntektsland bruker om lag 30 % av ressursene på sykehus/spesialisthelsetjeneste, og ca. 35 % på behandling utenfor sykehus og primærhelsetjeneste, er fordelingen for lavinntektsland 80 % til sykehus / spesialisthelsetjeneste og kun 10 % på behandling utenfor sykehus og i primærhelsetjenesten.²⁶

²⁴ <https://www.napha.no/content/20934/Nytt-lavterskeltilbud-for-unge>

²⁵ <http://ungarena.no/>

²⁶ Mellominntektslandene har en relativ ressursfordeling på litt over 50% til sykehus / spesialisthelsetjeneste, og i underkant av 40% på behandling utenfor sykehus og i primærhelsetjenesten. Denne grupperingen brukte i snitt totalt 2,59 \$ per capita på helsetjenester til personer med psykiske plager og lidelser i 2013/2014.

3.6 Ulike kurs i Norge

I Norge har en valgt å tilby ulike *typer kurs for voksne*, for å mestre depresjon eller belastning. Disse kursene tilbys enten som en del av kommunenes helse- og omsorgstjeneste, eller gjennom enkelte Frisklivssentraler. I tillegg er det noen private tilbydere på markedet. Rapporten «Bedre føre var...», utgitt av Folkehelseinstituttet i 2011, nevner gruppetilbud, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon, som ett av de 10 viktigste helsefremmende/ forebyggede tiltakene innen psykisk helse, og mener slike grupper og programmer bør være tilgjengelige i alle kommuner (Major, Dalgard et al. 2011). Major og medforfattere mener også at skoleprogrammer og bedriftsprogrammer mot angst og depresjon bør videreutvikles og testes med utgangspunkt i de mest vellykkete nordiske programmene, og gjøres tilgjengelige for skoler og arbeidsplasser (Major, Dalgard et al. 2011, s.10).

Kurs i Depresjonsmestring (KiD-kurs), er beregnet for voksne over 20 år. Kurset bygger på kognitiv atferdsteori, og går over ti uker, med 2 ½ time hver gang. Det er Fagakademiet som utdanner kursledere for KiD. KiD er blitt utprøvd som tiltak mot unipolar depresjon blant voksne, og evaluert i en randomisert, kontrollert studie (Dalgard 2004, Dalgard 2006). Deltakerne i gruppen som fikk kurset (intervensjonsgruppen) viste større bedring enn kontrollgruppen seks måneder etter kursets start. Denne effekten vedvarte også 1 år etter kursets start. Studiene konkluderte med at kurset er effektivt mot depresjon, og egnet til bruk i både primærhelsetjenesten og i psykisk helsevern, ettersom gjennomføring av kurset ikke krever bruk av høyt kvalifiserte ansatte som psykologer / psykiatere (Dalgard 2006).

Nord og Dalgard har også gjort en helseøkonomisk vurdering av KiD, der de fant at dersom 200 personer gjennomgår kurset, vil den samlede forbedringen i livskvalitet være like verdifull som at én pasient vinner ett leveår. Kostnaden ved å kurse 200 personer anslås til mellom 200.000 og 400.000,- kr i artikkelen, noe som er lavere enn samfunnets betalingsvilje for å vinne leveår (Nord and Dalgard 2006).

I Norge finnes det i dag totalt 551 aktive kursholdere for KiD, fordelt på 193 kommuner.²⁷ I 2016 ble det solgt i overkant av 2100 kurshefter for dette kurset (Elin O. Jahrsengene i e-post, 20. september 2017), noe som tilsier at i hvert fall like mange personer deltok på et slikt kurs i løpet av fjoråret.

For ungdom mellom 14 og 20 år er det utviklet et eget kurs, som også går over ti uker, 1 ½ time hver gang. Kurset heter *mestringskurs for ungdom* (DU), og er bygget over samme lest som KiD, men tilpasset ungdom i forhold til språkbruk osv. i kursheftet, og med tematikk som er relevant for aldersgruppen. Kurset er et strukturert, kognitivt basert tiltak ved lett til moderat depresjon, og et tiltak for å forebygge utvikling av depresjon hos unge med sub-kliniske depresjonsskårer.

Garvik og medforfattere har evaluert effekten av dette kurset i en real-world setting, hos i overkant av 100 norske ungdommer 16-20 år, med subklinisk eller mild til moderat depresjon. Studien fant middels til store reduksjoner i depresjonssymptomer etter gjennomført kurs (Garvik, Idsoe et al. 2014), og små til moderate positive endringer i sosiale relasjoner på skolen for disse ungdommene (Garvik, Idsoe et al. 2016). Effekten var like stor eller større 6 måneder etter gjennomført kurs som rett etterpå, og effektstørrelsene var tilsvarende eller større enn i internasjonale studier (Garvik, Idsoe et al. 2014). Heller ikke denne studien er gjennomført med kontrollgruppe.

²⁷ Hentet fra: <https://psykiskhelse.no/kid-kurs>, 18. september 2017.

Det finnes 195 aktive kursholdere for DU i Norge, fordelt på 84 kommuner.²⁸ I 2016 ble det solgt i overkant av 1000 kurshefter for DU (Elin O. Jahrsengene i e-post, 20. september 2017), noe som indikerer at minimum 1000 ungdommer gjennomførte DU-kurs i året som gikk.²⁹

Kurs i belastningsmestring for voksne (KiB) er laget for voksne som opplever stor belastning, enten privat eller i jobbsammenheng, med hensikt å mestre belastning og stress, og evt. forebygge depresjon. Kurset er basert på kognitiv atferdsterapi. Som for KiD går kurset over 10 uker, med 2,5 timers undervisning hver uke. Kursledere må ha gjennomgått kurslederopplæring i KiD, og har i tillegg et todagers opplæringskurs med fokus på belastning, mestring og stress. Sælid og medarbeidere har evaluert effektene av KiB gjennomført på ansatte i fire kommuner på Østlandet, der deltakerne ble fulgt over fire år. Etter gjennomført kursdeltakelse ble depresjonssymptomer redusert (Sælid, Czajkowski et al. 2016), mens mestringsforventning, selvfølelse og vitalitet økte (Sælid, Czajkowski et al. 2016), og holdt seg høyt over fireårsperioden kursdeltakerne ble fulgt. I denne studien ble det benyttet et RCT-design, med forsinket intervensjon i kontrollgruppen.

Det er 245 aktive kursholdere for KiB i Norge, fordelt på 197 kommuner.³⁰ Med 1600 kurshefter solgt for 2016 for KiB (Elin O. Jahrsengene i e-post, 20. september 2017), er et forsiktig anslag at totalt har om lag 5000 personer i Norge gjennomført ett av disse kursene i løpet av 2016.

3.7 Senter for Jobbmestring

Det har vært lite tradisjon i Norge for å drive evalueringsforskning på norske kommunale tiltak (Ose and Kaspersen 2015, Smith, Alves et al. 2016). For NAV-tiltaket "Senter for jobbmestring" ble det imidlertid gjennomført en multi-senter RCT, der hovedfokus i tiltaket var jobbfokusert kognitiv atferdsterapi (Reme, Grasdahl et al. 2015). Tiltaket oppnådde både økt jobbdeltakelse, og klinisk signifikante endringer i symptomnivå for depresjon og angstsymptomer ved oppfølging etter ett år. I tillegg hadde intervensjonsgruppen signifikant bedre skårer på helserelatert livskvalitet ett år etter at intervensjonen var ferdig (ibid). Det var bedre effekt for mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP) enn for sykmeldte.

3.8 Psykologer i kommunene

En av målsettingene i opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) var å rekruttere *flere psykologer til kommunene* (Major, Dalgard et al. 2011) Dette målet ble imidlertid ikke oppnådd. For å bidra til å nå målsettingen ble bl.a. prosjektet "Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak" gjennomført (Rodal and Frank 2008). Som en oppfølging ble det gitt stimuleringsmidler til kommuner som ønsket å ansette psykologer kommunalt, enten på helsestasjon eller i skolehelsetjenesten, i Familiens hus, ved fastlegekontor eller i kommunens enheter for psykisk helsearbeid (Major, Dalgard et al. 2011).

Arbeidsforskningsinstituttet evaluerte modellutprøvingen av psykologer i kommunehelsetjenesten i 2013, i samarbeid med SINTEF (Fossestøl and Skarpaas 2013). Evalueringen konkluderte med at tilskuddsordningen hadde bidratt til økt rekruttering av kommunepsykologer, økt samarbeid mellom tjenester, bedre kvalitet på tjenestene og økt tilgjengelighet til psykisk helsehjelp.

Evalueringen viste videre at sammenliknet med andre psykologansatte i kommunene, samarbeidet «modellforsøk-psykologene» mer med andre aktører, men mindre med NAV, rustjenesten og somatiske sykehusavdelinger (ibid). Psykologene intervenserte i det øvrige hjelpeapparatet og kvalitetssikret arbeidet, bidro inn i mange ulike tverrfaglige sammenhenger og hadde en liaison-rolle

²⁸ Hentet fra: <https://psykiskhelse.no/du-kurs>, 18. september 2017.

²⁹ Salg av kurshefter blir et underestimat for det reelle antallet kursdeltakere for KiD, KiB og DU fordi det er kjent at langt fra alle kursdeltakere kjøper kursbøker, noen private kursholdere trykker sitt eget materiale osv.

³⁰ Hentet fra: <https://psykiskhelse.no/kib-kurs>, 18. september 2017.

overfor spesialisthelsetjenesten, der de både bisto med henvisning til spesialister, og når pasienter kom tilbake fra spesialistopphold (Fossestøl and Skarpaas 2013).

I forkant av evalueringen ble det uttalt at det knyttet seg særlig interesse til modellen for samlokalisering av fastlege og psykolog (Major, Dalgard et al. 2011). Imidlertid viste evalueringen at denne modellen var den færrest kommuner valgte, og at den framsto som den mest krevende modellen å gjennomføre i praksis, idet fastlegene forventet at psykologene skulle benyttes til konsultasjoner og terapi, og i mindre grad arbeide systemrettet eller med veiledning av fagpersoner (Fossestøl and Skarpaas 2013).

3.9 Eldre med psykiske helseproblemer

I følge Langballe og Evensen (2011), er forekomsten av angst- og depresjonslidelser forholdsvis jevnt fordelt gjennom livet i voksen alder. Forekomsten går litt ned etter pensjonsalderen, mens det er en liten økning igjen mot slutten av livet (ibid). Tap av nære personer, svakt sosialt nettverk og ensomhetsfølelse er risikofaktorer for angst og depresjon som er spesielt viktige blant eldre (Strand, Eriksen et al. 2014).

Internasjonal forskning har vist at psykologiske intervensjoner kan ha god effekt også hos eldre (Brunvold and Lunde 2014). Nordhus og Pallesen (2003) gjennomførte en meta-analyse allerede i 2003 av psykologisk behandling av angst hos godt voksne (55 +), og fant at psykologiske intervensjoner beviselig hadde bedre effekt enn ingen behandling, både for selvopplevd angst, og for klinisk vurderte mål for angst. Cuijpers og kollegaer fant tilsvarende at psykologisk behandling hos godt voksne (50+) for depresjon hadde moderat til stor effekt. De fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom individuell terapi eller gruppeterapi, og heller ingen forskjell mellom kognitiv atferdsterapi (KAT) og andre typer psykologisk behandling (Cuijpers, van Straten et al. 2006).

Brunvold og Lunde (2014) skriver at eldre med psykiske lidelser kan ha god effekt av terapi, men at de som gruppe er storforbrukere av psykofarmaka samtidig som de er underrepresenterte innenfor psykologiske helsetjenester. I sin studie finner de at få eldre henvises til psykolog av fastlegen, fordi fastlegen opplever at det ikke finnes et godt nok tilbud. Psykologene som deltok i denne studien indikerte også at de hadde begrenset kunnskap når det gjelder psykoterapi med eldre (her definert som personer >60 år). På den andre siden ble alle eldre personer som hadde vært inne til førstegangssamtale hos deltakende psykologene siste 30 dager, vurdert til å kunne nyttiggjøre seg psykoterapi, og 53 av 58 fikk tilbud om påfølgende terapi (Brunvold and Lunde 2014).

Forebyggende tiltak på eldresentre var et annet tiltak som ble omtalt i rapporten «Bedre føre var», som et av de 10 viktigste forebyggende / helsefremmende tiltakene innenfor psykisk helsearbeid (Major, Dalgard et al. 2011). «Lyst på livet» kan være en aktuell tilnærming her; det er et mestringsfokuseret, forebyggende tiltak som har som målsetting å styrke egen helse og livskvalitet for deltakerne, og det har pensjonister som sin primære målgruppe (Konsmo, de Vibe et al. 2015): Konsmo og medforfattere skriver at opplegget også kan tilpasses grupper med psykiske helseutfordringer.

Livsglede for Eldre (LfE) er en annen tilnærming som kan være nyttig for å forebygge psykiske vansker og fremme bedre psykisk helse hos eldre. LfE er en ideell stiftelse som skal utløse frivillighet og engasjement. Organisasjonen er religiøs og politisk uavhengig, og arbeider for at alle eldre skal ha en god og meningsfull hverdag. LfE ønsker å stimulere de sosiale, åndelige og kulturelle behovene til den enkelte gjennom gode opplevelser.³¹ Organisasjonen driver med innovativ tjenesteutvikling innen eldreomsorgen, og eier og driver sertifiseringsordningen Livsgledehem. Gjennom sertifiseringsordningen får sykehjemmene verktøy som hjelper dem med å skape en mer meningsfylt hverdag for

³¹ <http://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/>

hver enkelt beboer, samtidig som det kan brukes som et systemverktøy for å oppfylle lovpålagte krav fra myndighetene.

Organisasjonen følger en nasjonal utrullingsplan for Livsgledehem (tidligere livsgledesykehjem), utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet.³² Dette er altså et arbeid som kan redusere ensomhet og øke trivsel og livskvalitet for den enkelte beboer i sykehjem. Det er så langt vi er kjent med, ikke forsket på effekten av Livsglede for Eldre, eller sertifiseringsordningen Livsgledehem.

3.10 Stepped care

Det som på engelsk kalles "Stepped care" betyr å tilby den mest effektive³³, minst intensiv og minst innskrenkende behandlingen for hvert individ. Det er fem steg:

Steg 1: Erkjennelse/opdagelse av et problem i primærhelsetjenesten

Steg 2: Møte med en psykisk helsearbeider

Steg 3: Møte en psykolog eller en kognitiv atferdsterapeut

Steg 4: Få hjelp fra en spesialisthelsetjeneste eller et lokalt psykisk helseteam

Steg 5: Døgnbehandling i psykisk helsevern

Tanken er at dersom det ikke er klinisk bedring på ett steg, blir personen det gjelder "stepped-up".

Selvhjelp er i denne sammenhengen at pasienten lærer KAT-teknikker gjennom skriftlig materiale eller informasjonsteknologi. Pasienten kan enten gjøre dette på egenhånd (selvhjelp) eller med støtte fra ansatte i primærhelsetjenesten (veiledet selvhjelp).

En relevant studie fra Irland viser at en-til-en kortfattet kognitiv adferdsterapi kan ha god effekt for behandling av milde og moderate helseproblemer i primærhelsetjenesten (McHugh, Brennan et al. 2013). Studien konkluderer med at en strengere praktisering av "stepped care" modellen gjennom å tilby lav-intensive intervensjoner med høy gjennomstrømming, bør tilstrebes i det fremtidige tjenestetilbudet.

Rask psykisk helsehjelp organiseres i Norge etter en "mixed care"-modell, som er et alternativ til "stepped care".³⁴ På bakgrunn av en vurderingssamtale og i samråd med klienten bestemmes plassering til beste effektive omsorgsnivå på trinnmodellen (jfr. BEON-prinsippet: Beste Effektive Omsorgs-Nivå). Dette innebærer til forskjell fra den engelske modellen at klienten ikke automatisk starter på laveste omsorgsnivå. (jf. LEON prinsippet³⁵).

Bakgrunnen for Stepped care modellen var ressursbruken i tjenestene. Ved å starte innsatsen på lavest mulig nivå, ville dette gi en samfunnsøkonomisk gevinst fordi de mange som klarte seg med bare litt hjelp hvis de fikk tilgang til dette, og sparte samfunnet for ressurser på mange plan.

³² <http://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/>

³³ Effective means "producing a result that is wanted". Efficient means "capable of producing desired results without wasting materials, time, or energy"

³⁴ <https://www.napha.no/content/14610/Utproving-av-quotRask-psykisk-helsehjelpquot-IAPT-i-Norge>

³⁵ Verdens helseorganisasjon (WHO) har innført prinsippet om næromsorg; LEON-prinsippet. LEON står for Lavest Effektive Omsorgsnivå og er et prinsipp om at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig. I begrepet næromsorg ligger ønsket om å kunne utnytte de mulighetene og ressursene som en finner i tilknytning til nærmiljø og sosiale nettverk. Prinsippet er nedfelt som kommunal og fylkeskommunal forpliktelse gjennom gjeldende lovverk og i en rekke offentlige utredninger og planer, og er knyttet både til behandlingstiltak i rusmiddelomsorgen og til rusmiddelforebyggende virksomhet (<http://www.forebygging.no/Ordbok/L-P/LEON-prinsippet/>)

3.11 Oppsummering

Lettere psykiske helseproblemer forekommer hyppig, og må derfor sies å være vanlig i befolkningen. Fordi det gjelder så mange, blir etterspørselen for stor til å dekkes gjennom tradisjonell behandling for mer alvorlige psykiske lidelser (individuell behandling, samtalerterapi, medisiner). Alternativene er gode selvhjelpsverktøy, effektive digitale verktøy og ulike forebyggingstiltak. Fagfeltet er lite utviklet, og det er ikke mulig å si hva som er de mest effektive virkemidlene basert på eksisterende forskning. Men det er naturlig at det er kommunene som har hovedansvaret for fagutviklingen i Norge, og som vi kommer tilbake til i kapittel 6, må psykiske helseproblemer ses i tett sammenheng med sosiale og personlige problemer.

4 Resultat – fra kartlegging i kommuner

I kapittel 4 går vi gjennom resultatene fra IS-24/8-kartleggingen som ble gjennomført våren 2017, mens resultatene fra intervjuene i de 12 case-kommunene er presentert i kapittel 5.

4.1 Fra kartlegging i alle kommunene

Alle kommunene i landet har deltatt på hoveddelen av kartleggingen (Del 1 om årsverksinnsats), men færre har deltatt i den delen som datagrunnlaget her er hentet fra.

Svarene på følgende spørsmål er gjennomgått i denne rapporten:

- Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med ulike hovedforløp? (Svaralternativer: Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig)
- Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser? Åpent spørsmål
- Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? Åpent spørsmål

I IS-24/8 kartleggingen, henvises det til ulike hovedforløp jf. veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.³⁶ Hovedforløpene er:

- Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer
- Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

De tre hovedforløpene skiller seg fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighetsgrad og varighet, relevante mål og tiltak, ansvarsplassering og samarbeidsrelasjoner. I denne rapporten er det særlig Hovedforløp 1 som er relevant, men det er viktig å se det i sammenheng med de andre forløpene. I IS-24/8 rapporteringen, er det stort sett ledere for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som svarer.

4.1.1 Kommunenes vurdering av eget tilbud til målgruppen

Det er 94 prosent (399 av 426 kommuner) av kommunene som har svart på spørsmålene om egen vurdering av tilbudet til de ulike målgruppene. I dette datagrunnlaget rapporterer Oslo som eneste kommune på bydelsnivå. Dette er nødvendig når vi fordeler enhetene på helseforetaksområde (HF-område) fordi Oslo er den eneste kommunen som er delt mellom ulike HF-områder. Dette betyr at det er 416 respondenter fra 399 ulike kommuner har svart på disse spørsmålene. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

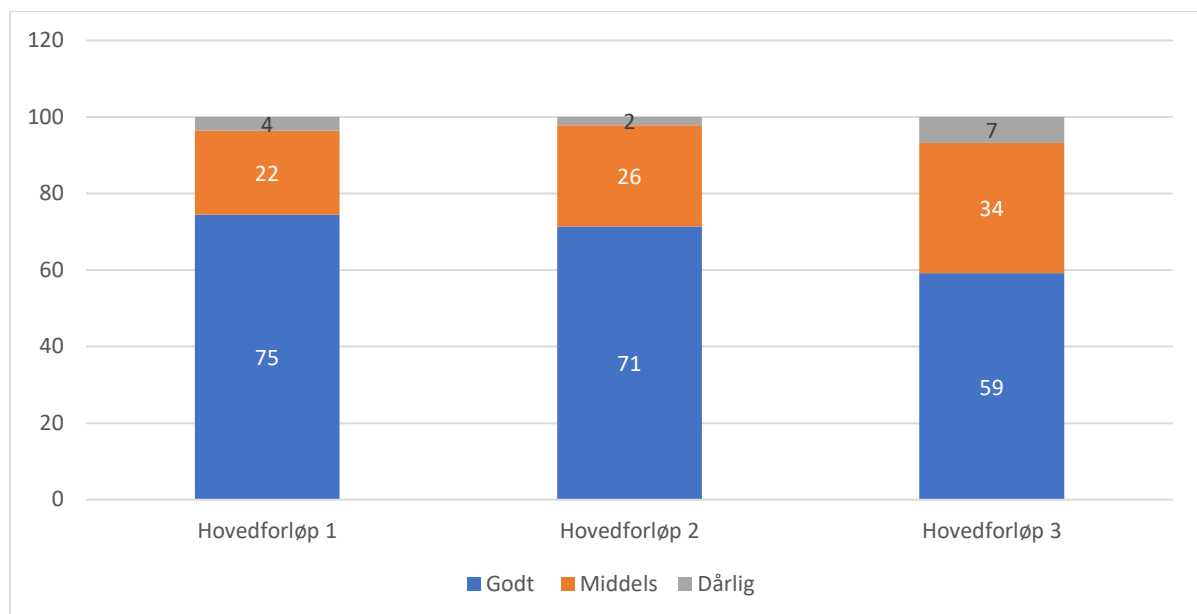
³⁶ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Tabell 5 Antall kommuner/bydeler etter hvordan de vurderer det samlede tilbudet til ulike hovedforløp, våren 2017.

	Hovedforløp 1	Hovedforløp 2	Hovedforløp 3
Svært godt tilbud	83	41	53
Godt tilbud	227	256	192
Middels	91	110	141
Dårlig tilbud	15	8	27
Svært dårlig tilbud	0	1	1
Totalt antall kommuner/bydeler	416	416	414
Svar mangler	26	26	28
Totalt antall kommuner/bydeler	442	442	442

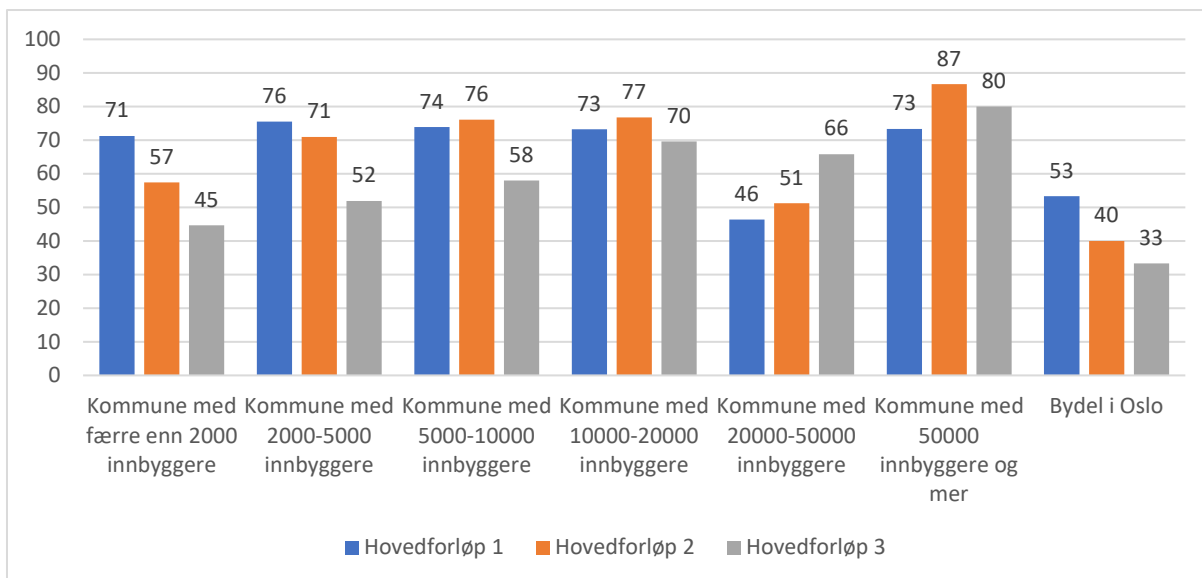
Det kan være mange årsaker til at kommunene svarer som de gjør, og særlig handler dette om hvilke referanser de har til et "godt" eller "dårlig" tilbud. At et tilbud er svært godt kan for eksempel for noen bety at de ikke har venteliste, men for andre at det er stor effekt av hjelpen som gis. I figuren under har vi gruppert kommunene i tre kategorier, der de to nederste og de to øverste kategoriene er slått sammen.

Fra figur 6 ser vi at det er færre kommuner som vurderer tilbudet som godt for hovedforløp 3, sammenlignet med hovedforløp 1 og 2.



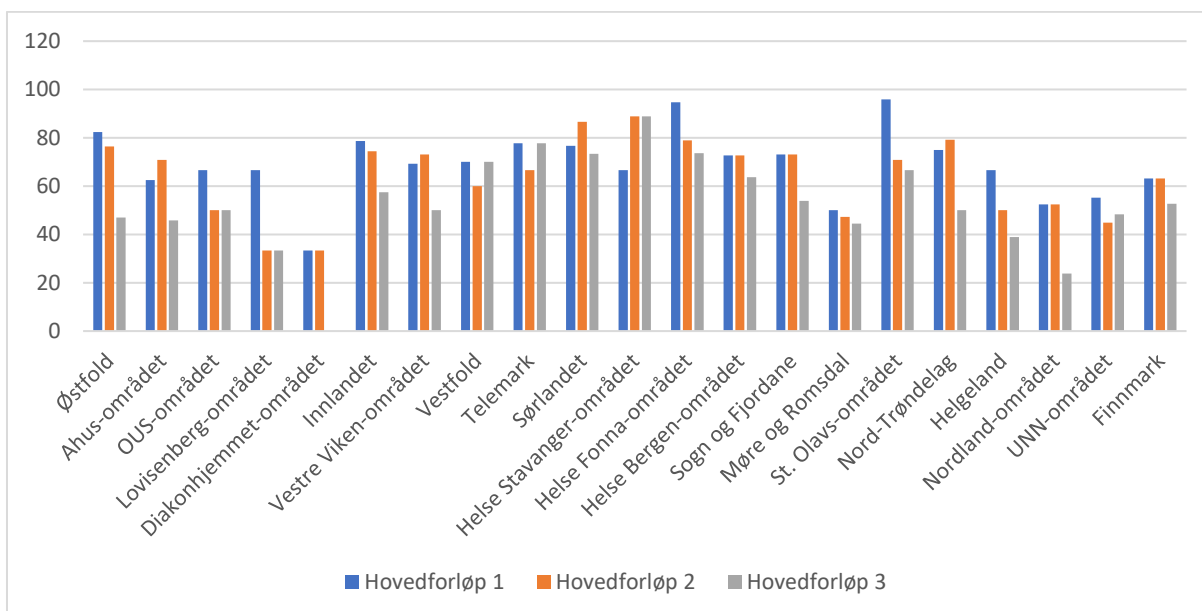
Figur 6 Andel kommuner/bydeler etter hvordan de vurderer eget tilbud etter hovedforløp.

Vi undersøkte om det er noen sammenheng mellom egenvurdert kvalitet på de ulike forløpene, altså om det er slik at en kommune som vurderer at de har et godt tilbud til hovedforløp 3 også har et godt tilbud til hovedforløp 1. Vi rekoder variablene til verdien 1 om de har svart at de har et "Svært godt tilbud" eller "Godt tilbud", og 0 ellers. Dvs at de som ikke har svart, antas å ikke ha et godt tilbud. Vi finner at 40 prosent av kommunene svarer at de har et godt tilbud for alle forløpene. Andel kommuner med godt tilbud er vist etter kommunestørrelse og HF-område i de to neste figurene.



Figur 7 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har et godt tilbud til ulike forløp.

Fra dette ser vi at i kommuner med færre enn 10 000 innbyggere er det flere som vurderer at de har et dårlig tilbud til hovedforløp 3 enn til hovedforløp 1 og 2. For kommuner med mellom 10 og 20 000 innbyggere, er det ikke betydelige forskjeller mellom forløpene, mens kommuner med mellom 20 og 50 000 innbyggere vurderer tilbudet til hovedforløp 3 som bedre enn forløp 1 og 2. Av bydelene i Oslo er det færrest som mener at de har et godt tilbud til hovedforløp 3. Men igjen, dette er en egenvurdering og det vil være ulikt hvilke referanser eller mål den enkelte kommune eller bydel setter seg. Kanskje har for eksempel bydelene i Oslo en høyere forventninger om hvordan tjenestene kan bli. Svarene har også sammenheng med hvilket helseforetak de samarbeider med fordi vi spør etter det samlede tjenestetilbudet til målgruppen. Andelen kommuner/bydeler i hvert helseforetaksområde som svarer at de har et godt tilbud for ulike forløp, er vist i figur 8.



Figur 8 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har et godt tilbud til ulike forløp.

4.2 utfordringer med tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser

Det er gitt 370 svar på spørsmålet om utfordringer knyttet til voksne med milde og moderate problemer/lidelser og dette utgjør 84 prosent av alle kommunene og bydelene. Mange av svarene inneholder flere tema og de er kodet i henhold til dette. Dvs. at om en kommune for eksempel har kommentert både mangel på aktivitetstilbud og kapasitetsproblemer generelt, er svaret tatt med i begge kodene.

ULIKE REFERANSER TIL HVA SOM ER MILDE ELLER MODERATE

Når vi spør hvilke utfordringer kommunene erfarer i forhold til tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser, ser vi tydelig fra svarene at det vurderes ulikt hvilken brukergruppe det er snakk om. En hypotese er at de tradisjonelle psykisk helse- og rustjenestene i større grad refererer til en gruppe med mer omfattende behov (langvarig moderate, der noe er psykisk helse og noe er sosiale problemer):

Liten kommune med begrenset tilbud utover det som det kommunale hjelpeapparatet har å tilby. Eksempler på utfordringer kan være et begrenset marked for å komme i aktivitet, arbeidsutprøving og få tilbud av sosiale, fysiske og kulturelle aktiviteter/møteplasser. Utfordringer kan også være at pasienten i liten grad vil benytte spesialisthelsetjenesten, da det er belastende med lang reisetid. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Mens de som har etablert en lavterskeltjeneste, snakker mer om psykiske helseproblemer og livshendelser som skaper problemer heller enn diagnostiserte lidelser:

Samtaletilbud til voksne i "normale" livskriser. Fagmiljøet er lite, alle kjenner alle, familiekontor er langt unna. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Det er også problematisk at spørsmålene ikke skiller mellom rus og psykisk helse, da det kan være ulikt hva brukerne har behov selv om noe er felles:

Vi har fått på plass rus/miljøterapeut. Utfordringen ligger i lavt tilbud på aktiviteter, fritidstilbud, dagsenterplasser og ettervern. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

I det følgende ser vi på de noen av de mest nevnte utfordringene.

Tabell 6 viser antall kommuner som har rapportert om utfordringer på de ulike temaene. Mer detaljer finnes i siste IS-24/8-rapport (Ose and Kaspersen 2017). Det flest kommuner trekker frem at det handler om at de mangler dagtilbud, aktivitetstilbud og arbeidstilbud. Dernest rapporterer de at det kan være utfordrende å komme tidlig nok inn og å komme i posisjon til å hjelpe. Dette kan gjelde både de med lettere psykisk helseproblematikk (hvem tar kontakt) og de med mer langvarige og moderate lidelser som det må arbeides oppsøkende mot over tid.

Det er også en del kommuner som oppgir, både implisitt og eksplisitt, at de må prioritere de mest alvorlige og at de ikke har ressurser til å ta inn de med lettere problematikk. Andre kommuner kommenterer at de ikke har særlige utfordringer, og at fastlegen tar seg av de med lettere problematikk.

Mange kommuner opplever stor og økende etterspørsel fra gruppen med lettere psykiske helseproblemer, men har ikke kapasitet til å dekke etterspørselen. De kommunene som har etablert

Rask psykisk helsehjelp (RPH),³⁷ svarer at de behandler mange og at etterspørselen er stor. Flere oppgir at de sliter med å få til effektive tjenester, særlig med å etablere gruppetilbud og tilby effektive selvhjelpsverktøy.

Tabell 6 Kvantifisering av svar på spørsmål om hvilke utfordringer de ser når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser, 2017

	Antall kommuner
Mangler dagtilbud, aktivitetstilbud, arbeidstilbud – motivering til daglig aktivitet og sosialisering	48
Ingen eller moderate utfordringer, fastlegen ivaretar disse	32
Utfordringer med å komme tidlig nok inn, fange opp gruppen, komme i posisjon	31
Må prioritere de mest alvorlige, har ikke tilbud til de med lettere problematikk	30
Stor og økende etterspørsel, men ikke kapasitet	25
Høy terskel for spesialistbehandling, omstrukturering	22
Klarer ikke å fange dem opp	18
For lite fagmiljø/kommune, stigma	16
Mangler lavterskeltiltak, gruppetiltak	14
For lite fagmiljø, rekrutteringsproblemer, sårbart, lite ressurser, kompetanse	13
Økt etterspørsel (ikke noe om kapasitet)	11
Uklart om hvem som har ansvaret	11
Informasjon om tjenesten ut til befolkningen, synlighet	11
Har noe tilbud, men for lav kapasitet (ressursmangel)	10

I det følgende ser vi nærmere på noen av de temaene som flest kommuner tar opp.

MANGLER DAGTILBUD, AKTIVITETSTILBUD, ARBEIDSTILBUD – MOTIVERING TIL DAGLIG AKTIVITET OG SOSIALISERING

Flest kommuner svarer at den største utfordringen deres når det gjelder målgruppen, er at de mangler arbeids- og aktivitetstiltak:

*Mangler arbeidstiltak i kommunen, samt flere dager med aktivitet/dagtilbud.
(Kommune med 5000-10000 innbyggere)*

Utfordringene er å finne andre aktiviteter/arbeid som de kan greie å gjennomføre i hverdagen i tillegg til oppfølging/behandling (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Arbeidstilørighet. Liten kommune, og vi arbeidsgivere "brukes opp" (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Kommentaren fra den ene kommunen, gir en indikasjon på hvor problemet ligger:

Det er for få muligheter for denne pasientgruppen til et aktivt liv i forhold til aktivitet/arbeid. Aktivitetslinjen i Nav er fullstendig borte, og dette gir denne

³⁷ Rask Psykisk Helsehjelp er et lett tilgjengelig kommunalt tilbud til voksne over 18 år, med angstlidelser og lette til moderate depresjonsplager, samt søvnnvanser. Hjelpen er basert på kognitiv terapi og veiledet selvhjelp. Det er 18 kommuner som har RPH.

målgruppen få muligheter til å kunne gå videre mot et liv uten oppfølging fra våre tjenester. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Flere kommuner påpeker at passivitet kan gi store konsekvenser på lenger sikt:

Aktivitetstilbud og arbeidstilknytning. De kan fort falle ut av arbeidslivet og bli passive i forhold til aktiviteter utenfor hjemmet. Kommer inn i en ond sirkel. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Begrenset aktivitetstilbud til denne gruppen. Vanskelig å komme seg inn på arbeidsmarkedet. Mangel på meningsfylt aktivitet, som leder til forverring av problematikk. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Vi får inntrykk av at dette gjelder personer med definerte psykiske lidelser som har mer langvarige problemer, jf. innledningen. Flere nevner for eksempel tilrettelagte arbeidsplasser og kapasitet til følge enkeltpersoner over i arbeid:

Ikkje nok tilrettelagte arbeidsplassar (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Utfordring å ha gode nok økonomiske rammer til at en har nok folk til å følge opp deltakere som skal ut i arbeidslivet. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Det er stor bredde i hva som etterlyses og ønskes innenfor arbeids- og aktivitetstilbud. Noen ønsker generelle trivselsskapende aktiviteter, mens andre savner "Ut på tunet" eller generelle aktiviserings- og samholdstiltak. Andre nevner at de burde hatt tilbud på kveld og helg eller tiltak som bedrer fysisk helse.

UTFORDRINGER MED Å KOMME TIDLIG NOK INN, FANGE OPP GRUPPEN, KOMME I POSISJON

Mange gir uttrykk for at de ønsker å komme tidlig nok inn i forhold til at problemene ikke skal bli for omfattende:

Vi ser at vi burde kommet tidligere inn slik at vanskene ikke har etablert seg. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Viktig å komme tidlig inn og ha fokus på endrings- og mestringsstrategier for pasienten. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

En kommune utdyper hvorfor det kan være vanskelig å komme tidlig nok inn:

Det er utfordrende å kunne komme tidlig inn før utfordringen til den enkelte blir for store, for å lettere kunne hjelpe brukerne til å finne måter å mestre sine utfordringer på. Det oppleves at det fortsatt er tabu-belagt å ha problemer i fht psykisk helse og rus, noe vi tror hindrer noen brukere i å oppsøke hjelp tidlig nok til å kunne forhindre at problemene blir vanskelige å få bukt med. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Andre ser andre årsaker:

Avdekke problem på tidleg stadium. Manglande sjølvinnsett og motivasjon for å søkje hjelp. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Å nå ut til de aktuelle. Fange opp de aktuelle for behandling og oppfølging. Dette er en brukergruppe som til dels fungerer i hverdagen. Noen av de bagatelliserer, ser ikke sitt eget hjelpebehov... (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Eller om at brukerne ikke henvises tidlig nok fra andre:

Utfordringen ligger i å få henvist brukeren rask/tidlig nok. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Manglende ressurser er en hyppig nevnt årsak:

Dessverre har vi ikke godt nok tilbud til disse. Vi har KID og KIB grupper samt Nada og mediyoga. Vi er opptatt å komme inn så fort som mulig, har ulike lavterskel aktiviteter, men har ikke nok ressurser til å arbeide så forebyggende som vi hadde ønsket (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Utfordringen er å ha nok ressurser til å gi rask psykisk helsehjelp for å forebygga forverring og auka symptomtrykk (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Noen brukergrupper kan være vanskeligere å nå frem til enn andre:

Kan av og til være vanskelig å avdekke svangerskapsdepresjoner og andre milde til moderate lidelser tidsnok (Bydel i Oslo)

Begrunnelsen for at de ønsker å yte tjenester på et tidligere stadium, er ofte at dette kan gi lavere belastning for den enkelte, men også at dette er ressurseffektivt for tjenestene:

Ofte ser vi at en samtale eller to kan være det som gjør at pasienten klarer å håndtere sine problemer. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Økt årsverksinnsats i en avgrenset periode, og en avtrapping etter tilfriskning. Vi gir et for lite differensiert tilbud. Tjenestene gis over for lang periode, fremfor tidlig inn med mere ressurser (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

MÅ PRIORITERE DE MEST ALVORLIGE, HAR IKKE TILBUD TIL DE MED LETTERE PROBLEMATIKK

Mange kommuner rapporterer at brukergruppene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid direkte eller indirekte konkurrer om de kommunale ressursene, både i forhold til lettere/mer alvorlige og mellom voksne/barn og unge.

Vanskelig å prioritere gruppen da vi har knappe ressurser og mange brukere med tyngre lidelser (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Pr. i dag er bemanningen klart for dårlig, med tanke på behovet i befolkningen. Det er fremdeles ikke klart hva behovet reelt er, i og med at antall henvendelser hele tiden øker. Dette til tross for at det i liten grad er åpnet opp for henvendelser fra den eldre befolkningen. Pr. i dag har tjenesten måttet hente ressurser fra psykologer som jobber med barn og unge for å kunne bemanne voksne i noe større grad. Dette er imidlertid ikke en langvarig løsning. Tjenesten har utviklet en rekke kurs for å kunne ta unna klienter i grupper, fremfor at alle får et individuelt tilbud. Dette hjelper noe, men er ikke tilstrekkelig. Klientene får også tilbud om introkurs og veiledet selvhjelp i ventetiden (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Etter en prioriteringstanke er det naturlig at de sykeste skal få hjelp først:

Dei tunge/omfattande brukarane fortrenger denne gruppa. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

At det kan bli for lite tid/ressurser til dem fordi de aller dårligste må prioriteres. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Samhandlingen med DPS-ene kan være utfordrende fordi det er glidende og uklare overganger mellom ansvarsfordelingen mellom kommune og DPS. De fleste av kommunale ressurser går til den tyngste brukergruppa, og det innebærer en vanskelig prioritering rundt mer forebyggende og tidlig innsats. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

Som disse sitatene viser, erfares denne problematikken i kommuner av ulik størrelse og ikke for eksempel bare i de minste kommunene.

Noen kommuner sier at de ivaretar alle med rett til nødvendig helsehjelp, og at de ikke har ressurser til å prioritere andre brukergrupper. Andre påpeker at dersom de med lettere og moderate lidelser blir avvist, vil de ikke senere oppsøke hjelp. Noen sier at denne gruppen blir henvist til "Friskliv og NAV", mens andre reflekterer over utfordringene som kan oppstå når de forsøker å dreie tjenestene over mot de mindre alvorlige problemene:

Utfordringene er i første rekke knyttet til kapasitet til å følge opp den enkelte i det omfang de trenger. Har i dag prioritet på lavterskel tilbud uten behov for henvisning. Kan miste dette dersom "trykket" på tjenesten blir større fra pasienter med alvorlige og langvarige lidelser. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Det kommer også frem at selv om kommunene skal prioritere også lettere psykiske helseproblemer, er de økonomiske insentivene gitt fra myndighetene knyttet til brukere med alvorlig sykdom:

Mange har godt tilbud gjennom fastlege og kommunale tjenester. Men videre vekst i bevilgninger er knyttet til de mer alvorlig syke, jf. statlige føringer gjennom bl.a. døgngbyr og raskere utskrivning. Ofte er etterspørselen om lavterskeltjenester større enn det som kan leveres; dette tilbudet må kanskje ytterligere svekkes for å ivareta de alvorligste syke. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Andre trekker inn fastlegen og at kommunene må få til mer forebyggingsarbeid i tidlig fase:

Fastlegene bør ha mer kunnskap om psykisk helse. Det kommunale tilbudet virker i for stor grad å være innrettet mot personer med mer alvorlige lidelser, som får tjenester gjennom enkeltvedtak. Det bør gjøres mer for å forebygge videre sykdomsforløp for personer i tidlig fase av psykisk sykdom/plage. (Bydel i Oslo)

Men det er også tanker ute i kommunene om at det er vanskelig å si hvordan innsatsen skal måles, og at det kan bli fokus på sykdom heller enn på mestring:

Hvordan måle innsatsen for denne brukergruppen? Annen utfordring er dreining i bestillinger hos brukere, hvor svært mange bestiller kommunepsykolog. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Økt fokus på sykdom, diagnose og problemer i stedet for mestring, aktivisering og aktiv brukermedvirkning skaper et kanskje unødig behov for kommunale tjenester.

Åpenhet og økt fokus på psykiske lidelser har ført til en STOR økning i antall henvendelser som tar mye ressurser - på bekostning av de med alvorlig psykisk lidelse / ROP-lidelse som ikke er de som ber om hjelp, men de som trenger det mest. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Stor økning i antall henvendelser om kommunal hjelp overfor gruppen; voksne med milde lidelser. Det er skapt forventning om hjelpetiltak som tar mye ressurser - på bekostning av personer med alvorlige lidelser. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

STOR OG ØKENDE ETTERSPORSEL, MEN IKKE KAPASITET

En del kommuner oppgir at etterspørselen øker, men at de ikke har kapasitet til å møte etterspørselen:

Brukergruppen øker i omfang uten at ressursene styrkes tilsvarende. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Kommunen har fått et økt behandlingsansvar og en generell økning i søkermassen uten flere ressurser. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Mange ser ut til å ha en antagelse om at personer i betydelig grad beveger seg mellom forløpene:

Gjennom samhandlingsreformens overføring av behandlingsansvar for milde til moderate lidelser til kommunehelsetjenesten, får kommunen økt pågang. Gjennom økt pågang innenfor alle hovedforløp, er det viktig å sette i gang tiltak tidlig nok i forhold til hovedforløp 1, slik at det ikke utvikler seg til hovedforløp 2 eller 3 med økt ressursbruk og store konsekvenser for bruker. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Kommuner som har etablert lavterskeltjeneste, får mange henvendelser:

Enorm pågang til tilbudet. Snitt på 70-80 enkeltsaker i måneden, hvilket er mye mer enn ressursene som er tilgjengelig pr. i dag i lavterskeltilbudet. Henvendelsene øker fra måned til måned (økning også fra år til år, de senere årene), ettersom tilbudet har blitt mer kjent blant befolkningen og hos fastlegene. Dette medfører uønsket ventetid. Det foretas imidlertid fortløpende vurderinger av alle som henvender seg. Det er med andre ord ikke ventetid for vurdering relatert til om vedkommende som tar kontakt med tjenesten er innenfor målgruppen (milde til moderate vansker) eller skal henvises til andre tjenester. Tjenesten opplever pr i dag ikke at folk tar kontakt uten god grunn for dette. Tendensen er heller at klientene har ventet for lenge/har slitt lenge før de tar kontakt. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Andre knytter denne pågangen til at spesialisthelsetjenesten avslår mange henvisninger fra fastlegene:

Kapasitet. Stor etterspørsel etter tjenestene grunnet ulike årsaker. Mange får avslag på DPS etter henvisning fra fastlege og blir etter avslaget på DPS henvist til kommunal tjeneste. Tidligere utskrivninger fra DPS øker også behovet for oppfølging av denne målgruppen i kommunen. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

En del kommuner har etablert venteliste fordi de ikke har kapasitet til å ta alle henvendelsene, selv om de mener det hadde vært mer effektivt om de kunne få hjelp direkte når de henvendte seg:

Disse blir i noen tilfeller stående på venteliste, selv om de kunne fått kortvarig og effektiv hjelp, dersom en kom inn med tilbud raskere. Dette kan i en del tilfeller føre til at de får et mer langvarig og alvorlig forløp. P.t. har vi ikke et tilstrekkelig volum på de tjenestene som kan ta inn og behandle brukere direkte. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Dersom mange etterspør kognitiv terapi, kan dette føre til en prioritering mellom grupper i målgruppen i RHP:

Etterspørselen er større enn vår kapasitet. Vi har foreløpig måtte prioritere depresjon fremfor angst i forhold til kortidskognitiv terapi (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Flere kommuner med lavterskeltilbud oppgir at de har en stor økning i etterspørselen:

Kapasitet. Det er stor etterspørsel etter tjenester og en formidabel økning i antall henvendelser. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

Kapasitet er hovedproblemet. Behovet for individuell oppfølging er større enn kapasitet. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Noen ser ut til å mene at pasientene skal utredes før de mottar en kommunal lavterskeljeneste:

At det er mange nye henvisninger. Det er stor pågang. Henvisningene er uspesifikke og pasienten er ikke godt nok utredet før (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen tilbud krever henvisning, mens tilbud i andre kommuner er åpent ved at alle kan henvende seg til tjenesten.

Arbeidsdelingen mellom forløp, jf. innledningen, er ikke tydelig, og dette skyldes trolig at kommunene ikke får tilstrekkelig bistand fra spesialisthelsetjenestene når det gjelder brukere i hovedforløp 3:

For lite resursar og kompetanse i tenesta. Vi er i ferd med å styrke det psykiske helseteamet ved å tilsette psykolog i tillegg til å opprette ei ny fagstilling. Etterspørselen etter psykiske helsetenester i kommunen har hatt ein veldig auke siste par åra. I tillegg merker vi auka forventningar frå spesialisthelsetenesta om kva oppgåver og ansvar vi skal ta på oss. Ikkje lenger berre dei med alvorleg, langvarige og ROP- pasienter, men ein stor auke i brukarar i hovudforløp 1 og 2. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Fokus på oppbygging av psykologtjenester i kommunene og økt åpenhet om psykiske lidelser fører naturlig nok til økte forventninger til behandling og hjelp. Uten friske ressurser, vil nye brukergrupper med høye forventninger om tjenester kunne fortrenge andre brukergrupper. Særlig vil dette trolig ramme arbeidet rettet mot de som i liten grad selv søker hjelp - et arbeid som krever langsiktig innsats fra kommunene for å komme i posisjon til å hjelpe.

Noen kommuner, særlig de som har mange brukere i hovedforløp 3, blir litt oppgitt over at de også skal ha tilbud til hovedforløp 1:

Skal kommunen virkelig ha oversikt over disse? De går stort sett til fastlegen sin, eller finner løsninger selv. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Den viktigste tilbakemeldingen når det gjelder tilbudet til voksne med milde til moderate helseproblemer er at kommunene sliter med å komme tidlig nok inn, at de ikke har et tilbud til denne gruppen fordi de må prioritere de med mer alvorlig problematikk, og at mange kommuner opplever en stor og stadig økende etterspørsel uten at de har kapasitet til å ta unna denne etterspørselen. De hyppigst nevnte manglene i tilbudet er dagtilbud, aktivitetstilbud og arbeidstilbud, og vi må gå ut i fra at dette gjelder voksne med moderate problemer og ikke de med lettere problematikk som er i arbeid.

4.3 Hva mener kommunene kan gjøres for å bedre tilbudet til mennesker med lettere psykiske helseproblemer?

På spørsmål om hva som kan gjøres for å bedre tilbudet til voksne med milde eller moderate problemer, er det noen som svarer at de er i gang med å bygge ut nye tjenester og å øke kompetansen:

Det utlyses en ny stilling innen psykisk helse nå (2017). I tillegg må det økes bevissthet rundt hvem vi tilbyr tjenester til og formen på disse. Dette arbeidet er påbegynt de siste årene, blant annet gjennom økende siling av søknader til kurs. Det planlegges å utvide tilbudet til rusavhengige gjennom prosjekter og opptrappingsplan for rus hvor bl.a helsestasjon for rusavhengige og lavterskeltilbud inngår. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Andre sier at de trenger økt kapasitet og at det er flere måter å oppnå dette på:

Økt kapasitet dersom det blir overført ressurser gjennom opptrappingsplan. Styrke samhandlingene med Frivillig sektor, NAV og hjelpeinstansene. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

Vi signaliserer i økonomi- og handlingsplan at brukergruppen øker, og det er behov for økt bemanning. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Andre kommuner er mer opptatt av at det er behov for at prosjektene som er gjennomført blir implementert i drift, eller at det blir bedre koordinering og en tydeligere rollefordeling og bedre samhandling mellom tjenestene.

Noen sier at det ikke er så mye som skal til, og at de har kommet ganske langt:

Ikke så mye. Kanskje forkorte behandlingsforløpet til gruppe 1. Prioritering av kurs og grupper til denne gruppen vil gå på bekostning av individuell oppfølging eller få konsekvenser for de andre brukergruppene. Samarbeide mer med spesialisthelsetjenesten. Viderehenvise dit raskere. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Andre sliter med tilgang på gode lokaler:

Vi har svært uegnede lokaler mtp å fange opp denne brukergruppen. Utvikle gruppetilbud og kurs (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Noen kommuner sier at de har bra tilbud, men at det vil være nyttig om tilbudet ble mer kjent i kommunen. Andre kommuner mener tilbudet hadde blitt bedre om de fikk etablert ulike gruppetilbud:

Få i stand flere og bedre grupper samt ha grupper hvor mor/barn med lite nettverk kan komme. Vi har ikke åpen barnehage lenger så dette er tenkt som en slags erstatning for dette. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Etablere møteplasser. Etablere flere gruppetilbud. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Økt gruppetilbud, kortere vedtak, slik at flere kan få tjenester. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Andre sier de må opprette lavterskeltilbud, øke kompetansen og etablere flere aktivitetstilbud, arbeidstilbud og kulturtilbud til målgruppen. En kommune tenker å søke midler til jobbspesialist og aktivitetskoordinator, mens en annen planlegger mer i RPH-retningen. Andre tenker heller økt bruk av KID-, KIB, DU-kurs og andre kurs. Flere kommuner nevner at de skal innføre FIT, mens andre ønsker å opprette turnus for miljøarbeid. Noen kommuner har tydelige tanker om hva som skal til:

Standardiserte metoder og gruppetilnærming uansett hjemkommune. Mer frihet til å bruke tilbudene på tvers av kommuner/samarbeid på tvers av kommunegrensene, da gruppebasert tilnærming gjør at lokalmiljøet kan bli for lite.

Bruke ny metodikk, sosiale medier, chat mv for å nå målgruppen på et tidlig tidspunkt. Dreie dagens tilbud over til behandling og lavterskeltilbud uten ventetid åpent for alle uten vedtak. Innføring av FIT. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

1: Omstrukturere oppfølging fra individ- til mer gruppebaserte tilbud. Vil minske behov for individuelle forløp i større grad. 2: Bedre kartleggingsmetodikk og fokus på samhandling. 2: Satsing på kognitiv terapi og recoverykompetanse. 3: Rus: Økt satsning på aktivitet og utdanning. Økt satsing på selvhjelpgrupper. 4: Økt samarbeid med Frivilligsentral, samt private aktører innen feltet. 5: Erfaringskompetanse (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Det er altså en stor bredde i planer og tanker innen kommunalt psykisk helsearbeid som må lyttes til når myndighetene legger planer. Det er disse som kjenner brukernes utfordringer og behov.

4.4 Utfordringer innen hovedforløp 3

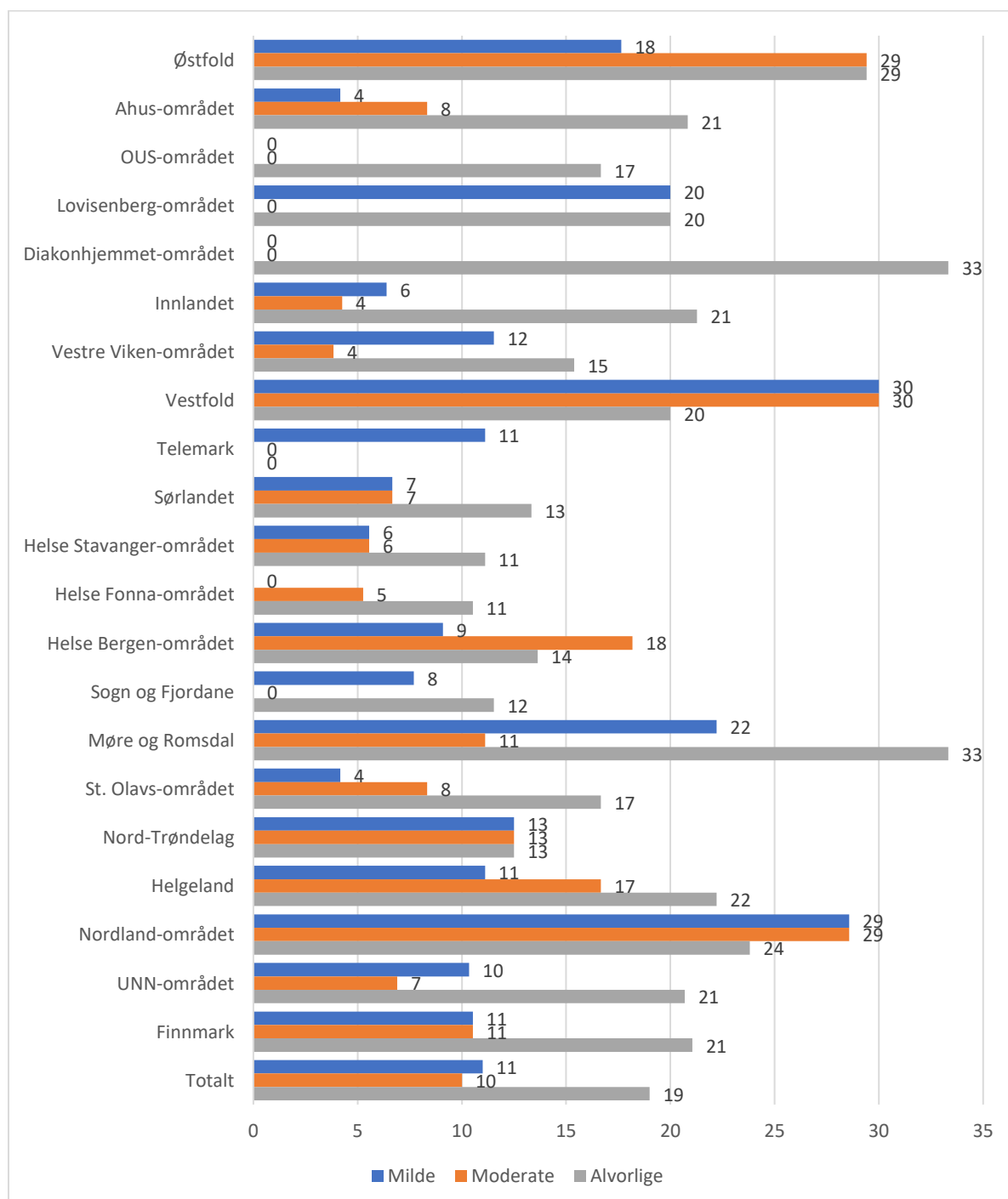
Basert på svarene er det mindre grad av heterogenitet i hvem kommunene inkluderer når det gjelder voksne med langvarige problemer/lidelser enn for voksne med lettere/moderate problemer. Dette er naturlig, fordi dette er målgruppen for hovedinnsatsen i de fleste kommunene i dag. På samme måte som for de med lettere/moderate problemer har vi kodet alle svarene for å se hvilke hovedutfordringer som flest kommuner opplever å ha.

Svarene er også mer homogene, dvs. at det er mange kommuner som opplever det samme. Men dette er kjent problematikk, og utfordringene har vært tydelig fremhevet i tidligere rapporter fra IS-24/8 prosjektet. Vi konstaterer at utfordringene i stor grad er de samme som tidligere år i dette fagfeltet:

- Mer langvarig og sammensatt problematikk nå, store forventninger til kommunene
- Mangler tilbud innen arbeid, aktivitet og meningsfylt fritid
- Mangler tilrettelagte boliger og boligoppfølging, også døgnbemannede boliger
- Kommunen har ikke fått bygget opp et godt nok tilbud til forløp 2 og 3

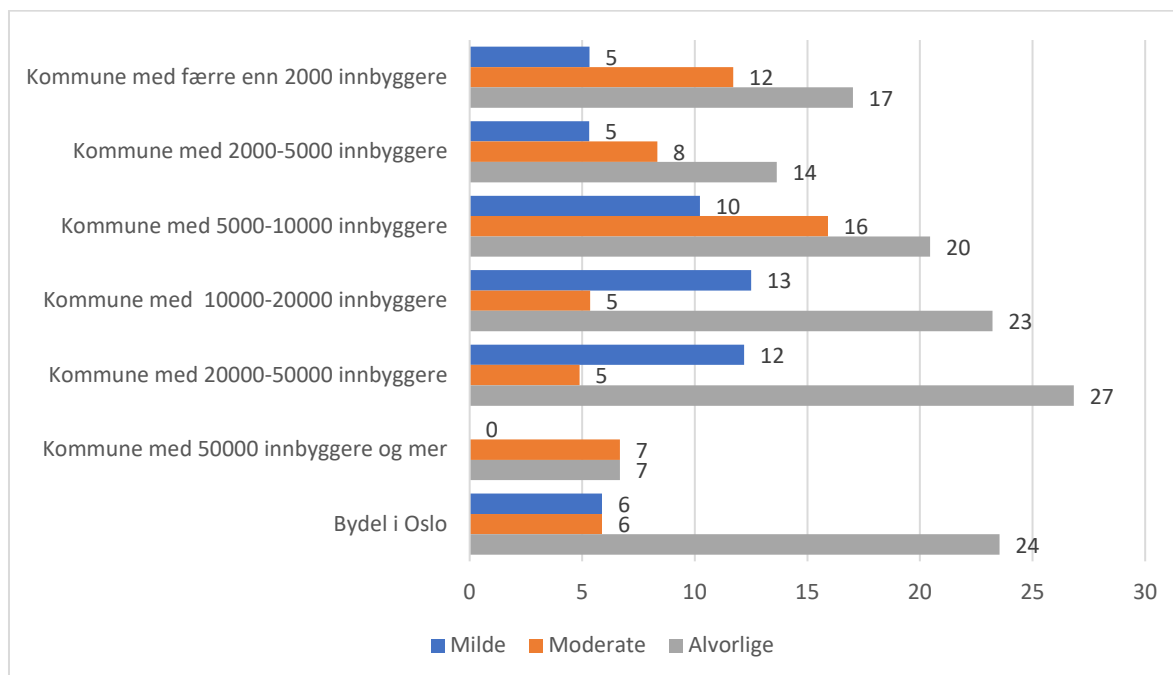
Svarene på hva som bør gjøres, går tydelig i retning av behov for økte ressurser og at spesialisthelsetjenesten må ta et større ansvar når det gjelder denne målgruppen.

Det er 10 til 19 prosent av kommunene som oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder voksne med psykiske helseproblemer. Andelen er høyest for voksne med alvorlige lidelser (19 prosent), og lavest milde (11 prosent) og moderate (10 prosent). Det er store forskjeller mellom helseforetaksområder, se figur 9.



Figur 9 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med psykiske helseproblemer, prosentvis fordeling, HF-område 2017

Som vist i figur 10 er det i alle kommunegrupper flest kommuner som ikke mener at ansvarsfordelingen er klar for forløp 3.



Figur 10 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med psykiske helseproblemer, prosentvis fordeling, kommunestørrelse 2017

4.5 Oppsummering

Kommunene er i stor grad enige om hva det er størst behov for, både for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og med milde og moderate lidelser. Det handler om å gi tilbud om arbeid, aktivitet og en meningsfylt hverdag. Mange opplever stor og økende etterspørsel fra personer med ønske om individuelle samtaler, men kommunene har i liten grad kapasitet til å ta unna for dette. Kommunene som har Rask psykisk helsehjelp, har et mer helhetlig tilbud som dekker alle forløpene. Om de klarer å organisere tilbudet effektivt, vil de hjelpe mange med behov. Men det vil også være mange som ikke får et lavterskeltilbud, fordi de ikke er i målgruppen for tilbudet. Mange andre kommuner ønsker å bygge opp noe liknende som Rask psykisk helsehjelp, men det vil sannsynligvis være klokt å utvikle eksisterende tilbud heller enn å etablere helt nye tilbud spissede tilbud til en relativt selektert brukergruppe. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 6.

5 Resultat – fra intervjuer i 12 kommuner

Vi har intervjuet i 12 kommuner, der tre er pilotkommuner for Rask psykisk helsehjelp (RPH) og én kommune hadde lavterskel mestringstilbud som hadde elementer av RPH uten at de var pilotkommune. De øvrige kommunene hadde ikke et lavterskeltilbud spesifikt rettet mot psykiske helseplager, men hadde likevel en del andre tilbud til målgruppen. I dette kapittelet går vi gjennom hovedresultatene fra intervjuene i kommunene.

Dette er ikke en sosiologisk analyse av et kvalitativt datagrunnlag, men en presentasjon av kommunenes innspill som er relevante i en samfunnsøkonomisk vurdering. Temaene som er tatt med i dette kapittelet fremkommer etter en fullkoding og strukturering av teksten som beskrevet i kapittel 2.1. Sitatene som er tatt med reflekterer viktige sider ved dagens tilbud og erfaringer og refleksjoner respondentene i case-kommune har delt i intervjuer og diskusjoner med forskerne.

5.1 Dagens situasjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Case-kommunene uten lavterskeltilbud for lettere psykiske helseproblemer, bekrefter bildet som kommer frem i IS-24/8 rapporteringen; mange kommuner får lite støtte fra spesialisthelsetjenesten for de med mest alvorlige psykiske lidelser, det er vanskelig å få prioritert forebygging når de får eneansvar for de tyngste, og de mangler et godt aktivitetstilbud for de sykeste for å øke funksjonsnivå og redusere tjenestebehovet. Mange av brukerne er kronisk syke og trenger hjelp og bistand i lang tid.

5.1.1 Må prioritere de sykeste

For de som arbeider i hovedsak med brukere i forløp 3, kan det være provoserende at helsemyndighetene tenker at kommunene skal bygge ut lavterskeltilbud for forløp 1, heller enn å videreutvikle tilbudet til de sykeste:

Politikerne tar noen beslutninger om hvordan helsetilbudet skal se ut, uten å vite hva de egentlig driver med. Jeg synes de har bygd institusjonene alt for raskt ned, uten å bygge helsetilbudet i bydelene eller kommunene opp. På grunn av at det har vært uklart hvem som har hvilke ansvarsforhold. Det er min opplevelse, både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, at det er noe som mangler midt i mellom. Og at vi kunne snakket mer om det (K1_Leder)

Denne lederen forklarer at kommunene og spesialisthelsetjenesten ofte havner i maktkamper heller enn at de får til å videreutvikle halvannenlinjetjenesten. Kommunen ønsker mer konstruktiv dialog på dette området og respondenten avslutter med å si litt oppgitt:

*[...] vi har egentlig ikke noe myndighet og makt over hva politikerne gjør.
(K1_Leder).*

Flere av respondentene i de andre kommunene støtter dette synet, og ønsker mer fokus på forløp 3 og styrking av tjenestetilbudet til denne gruppen. En av kommunelegene vi intervjuet sa det slik:

Så sitter man ute i kommunene, og man skal rigge én og én kommune for ekstremt komplekse brukere som har behov som egentlig ligner på rene institusjonstilbud, som vi skal manne oss opp til og rekruttere fagfolk til. Så ser man at det ender opp med at de ikke får behandlingstilbud offentlig, for det er kanskje bare private aktører som jobber på tvers av hele fylket og hele regioner, som klarer å rigge seg for å gi et godt nok tilbud. Det er på en måte sirkler, så da har de statlige, sentraliserte kjempefinansierte helsetjenester som skal kverne rundt psykiatri, så skal hver enkelt kommune sitte og rigge seg for de aller mest

komplekse brukerne, og som likevel ikke ender opp med å få et lokalt tilbud, fordi de må flyttes til noen som har muskler til å takle det (K11_ Gruppeintervju).

5.1.2 Ansvarsforhold

Case-kommunene er i stor grad enige om at det bør være slik at kommunen håndterer de lettere tilfellene, mens spesialisthelsetjenesten tar de mer alvorlige:

Det som kanskje er i ferd med å snu seg litt, er vel på et vis at kommunene jobber mye med de tyngre innen rus og psykiatri, mye av det kroniske, tunge pasienter og andrelinja faktisk, poliklinikken har da hatt veldig mye av det som er litt lettere, behandling angst, depresjon, livskrise og kanskje det er i ferd med å forandre seg litte grann- At kommunene nå får mer av det og bygger opp et system rundt det da, som forså vidt kanskje er ganske fornuftig (K7_ Gruppeintervju).

5.1.3 Vridning mot forebygging

Den ene kommunen forklarer litt nærmere om hvorfor det er vanskelig å få til en vridning av tjenestene mot forebygging:

Vi vil jo selvfølgelig hjelpe alle... Ja, det kan jo være vanskelig i forhold til prioriteringene, for det er litt det tospannet mellom å skulle hjelpe de sykeste syke samtidig som du tenker forebygging, og at du i en endringsfase kanskje må på en måte ri på to hester og gjøre begge deler. Og det koster! Før du forhåpentligvis kan bruke mindre tid på og alle ressursene på de sykeste syke, fordi du har lyktes i forebyggingsarbeidet. (K6_ Gruppeintervju).

Case-kommunene som ikke har tjenester til de med lettere problematikk, tenker ofte forebygging for folk som allerede har store problemer jf. kapittel 4.2 og ikke de typisk brukerne av RPH (Smith, Alves et al. 2016).

5.1.4 Forløpstenkningen

Flere blir usikre når vi ber dem forklare resonnetet bak lavterskel for forløp 1, altså lettere psykiske helseproblemer, fordi det ikke nødvendigvis er noen overlapp mellom forløp 1 og forløp 3:

Nei, jeg tenker at det er forskjellig etologi og forskjellig bakgrunn for de [Forløp 1 og Forløp 3], men det kan være ganske overlappende symptombylde. Og jeg har troen på tidlig intervensjon i forhold til psykosesyntomer, som ofte kan bære ganske sterke preg av angstlidelser. Men det er jo ikke sånn at hvis du bare doserer angstlidelsen høyt nok, så blir det til en psykose. Folk kan lett tenke sånn. Sånn er det jo ikke vanlig å forstå det (K11_ Gruppeintervju).

Andre tenker at lavterskel forebygging må handle om at de skal få hjelp med det samme symptomene oppstår, og at hovedpoenget med forløpstenkningen er at populasjonen beveger seg gjennom de ulike forløpene:

Jeg tenker at alle de som er i forløp 3, de har jo begynt i forløp 1, også har de ikke fått det som de skulle ha. (K4_ Gruppeintervju).

Når vi spør direkte om sammenhengen mellom forløp 1 og forløp 3 får vi noen eksempler på tilfeller som gir en sammenheng, uten at det er tydelig overlapp mellom populasjonene på et gitt tidspunkt:

[...] hvis vi tenker på en måte på lidelser på et kontinuum, ikke sant, fra plager over til lidelser. At du starter med et symptomtrykk som blir mer og mer plagsomt

for deg, og til slutt så er du diagnostiserbart som en lidelse. Så starter du med en angstplage da, som gjør at du begynner å prøve å finne løsninger som gjør at det skal bli mindre vondt for deg, for eksempel begynne å røyke cannabis da, som gjør at du får mindre ... Du opplever at du får mindre angst der og da, men i realiteten så øker angsten. Den her bruken av cannabisen kan være den utløsende årsaken for at det genet som du har for schizofreni utløses og dermed så har du på en måte, så blir du psykotisk og så blir du da i en utredning diagnostisert med schizofreni. Da startet det på en måte et sted med en plage. Det er det jeg tenker.
(K4_ Gruppeintervju)

Så i noen tilfeller vil man kunne bevege seg mellom forløpene, men om en begrenser problematikken i forløp 1 til psykiske helseproblemer, er det mye av forebyggingsarbeidet som ikke forebygger mer alvorlige psykiske lidelser nettopp fordi det treffer helt andre målgrupper enn de med høy risiko for alvorlige psykiske lidelser. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 6.

5.2 Rask psykisk helsehjelp – lavterskel psykisk helse

I dette kapittelet ser vi nærmere på erfaringene med tilbudet RPH i case-kommunene.

5.2.1 Brukere av lavterskeltilbud

Når vi spør om hvem som er den typiske brukeren av lavterskeltilbudet, får vi følgende svar:

De fleste er mellom 30 og 40, kvinner. Alder. Det er sånn som det har vært. Det er ikke helt likt sånn på landsbasis, men når vi leste statistikk så var den fra vår kommune lik de andre pilotene på rask psykisk. Den største gruppen er kvinner rundt 40. (K2_ Gruppeintervju).

Vi har vel en overvekt av damer mellom 30 og 55, eller 50. Dessverre (K3_ Gruppe).

Det er relativt høyt utdannede kvinner, i 40 til 50-årene i forbindelse med samlivsbrudd. (K11_ Gruppeintervju).

Altså statistisk sett, så er den typiske brukeren kvinne, 38 år i lønna arbeid, ikke sykemeldt. Det er den typiske brukeren ut i fra tallene (K4_ Gruppeintervju)

Vi spør hvorfor det er slik, og den ene informanten (fastlege) svarer slik på dette:

Det er jo den målgruppen som er disponert for akkurat det. Det er jo og forsket på det. Det er de som har forekomst av utroskap og sånne ting, og det er høyst blant de som har høgskole eller universitetsutdannelse. Det er jo midt i den demografiske målgruppen.

Noen av respondentene er usikre på om det er denne gruppen som i størst grad bør få hjelp:

Hva er det rette tilbudet og til hvilken kostnad? Å ha et samfunnsperspektiv. Skal disse gå i et gratis tilbud med folk med profesjonsutdannelse? Eller kunne de hatt bedre med kortvarig inngripen som er mindre dybdepsykologisk kanskje? Jeg vet ikke (K11_ Gruppeintervju).

En av RPH-kommunene sier at den nest største gruppen de har er unge, men at det også blant disse er flest damer. Vi spør om tjenestene er best tilpasset kvinner, og flere av kommunene mener at tjenesten passer best kvinner. Kanskje særlig kursene de tilbyr:

Min erfaring med stressmestringskurs er at voksne damer mellom 30 og 40 som kanskje har vært sykmeldt og er tilbake i jobb, og så har de gått det kurset (K2_ Gruppeintervju).

I en av kommunene forteller de at de også har menn som bruker tjenesten:

Ja, det er få, men det blir flere og flere fordi det er tydelig at ... Hva grunnen er til at de har kommet, men det er jo noen som har hørt om noen som har fått hjelp, og det er nødvendigvis ikke så flaut. Jeg har jo hatt med politi med angst, jeg har hatt pilot som fikk angstanfall i fly, ikke sant, og trudd han fikk hjerteinfarkt og alt det her (K3_ Gruppeintervju).

Den ene kommunen har også et sinnemestringstilbud organisert sammen med lavterskeltilbudet innen psykisk helse:

[...] vi har en større andel menn enn det man ellers har i lavterskeltjenesten. Så det handler jo sikkert om sinnemestringstilbudet vårt, at det er flere menn som gir et mer maskulint tilsnitt på tjenestene våre. Og det som er fint, er at vi oppdager da disse mennene. At de kanskje har litt angst og så vil de ha andre ting i tillegg da. Så de kan kanskje gå et sinnemestringskurs og kanskje ha behov for noen samtaler etterpå, rettet mot angst eller hasj avvenning og så ha behov for å snakke litt om depresjon eller sorg over ting som de har opplevd tidligere. (K4_ Gruppeintervju).

Dette kan være et tips til de andre RPH-kommunene dersom de vil rekruttere flere mannlige brukere av tjenestene. Felles for alle kommunene med lavterskeltiltak i utvalget, ser ut til å være at de fleste brukerne er i arbeid. I den ene kommunen har de en del kommunalt ansatte:

Jeg tror jeg har hatt minst en ansatt fra hver eneste barnehage i hele kommunen, som i utgangspunktet fungerer godt og som er altså godt fungerende, men som har havnet i en klinsj med enten sjefen eller med andre ansatte. Men der igjen, det er gjerne prosesser som går over lang tid så da med de fem samtalene... De trenger gjerne oppfølging kanskje et helt år de. (K3_ Gruppeintervju).

Respondenten legger til at det ikke bare er ansatte fra barnehager, men også andre områder i kommunen. Ofte har de gått lenge før de tar kontakt, og kanskje prøvd å finne andre alternativer som har vist seg å ikke virke.

Mange av de som får hjelp fra RPH er altså i arbeid. Flere kommer inn på at det er vanskeligere å gi effektiv hjelp innen RPH-rammen til de som ikke er i arbeid, eller til de som har vært lenge borte fra jobb:

Hvis det er en utsikt til å komme seg i arbeid eller arbeidsrettet tiltak, samtidig som en går i terapi så tror jeg absolutt at dette er en vei å gå. Hvis du ikke har et arbeid å gå til, så mangler du på en måte en mestringsarena. Og der ser vi at det blir veldig tungt, at du går og grubler og bekymrer deg i din egne boble, og så kommer du liksom ikke i gang med ting. Så noen av de er veldig tunge å jobbe med, og det er kanskje folk som har møtt veggen og sånn, at de har veldig sånn utmattelse i kroppen i tillegg da. (K2_ Gruppeintervju).

Når vi spør hvor disse skal få hjelp, mener de at det er spesialisthelsetjenesten som må hjelpe disse.

5.2.2 Stor etterspørsel etter gratis psykologbehandling

Lavterskeltjenestene skal være gratis, så det blir naturlig nok stor etterspørsel når alternativet er lang ventetid og betaling:

Intensjonen ved dette prosjektet er nettopp det å få til kognitiv terapi på kommunenivå der de skal slippe å betale. Det vil si å åpne opp for at hele befolkningen kan ta direkte kontakt og de får raskt tilbud. Og det tror jeg vi har greid å ivareta, for du slipper den betalingen. I (navn på kommunen) i dag, i hvert fall hvis du har avtale med spesialister, så er det lang ventetid, så betaler de- Jeg vet ikke, opp i en 1500 kroner timen. De tar 1500 kroner timen (K2_ Gruppeintervju).

I en annen kommune har de samme erfaring:

Ja, vi er lavterskel, men det har blitt så stor etterspørsel. Min hverdag er veldig fylt opp med avtaler, så jeg er nødt til, sånn som det er nå, å putte de fram i tid. Men i tillegg så har jeg drop-in. Jeg har drop-in to dager i uken. Da kommer det gjerne nye uten avtale. Men de begynner av og til å bli litt halvbooket da. Fordi de prøver å skvise inn folk som sier det haster... Da er det ikke bra å vente for lenge. (K9_ Gruppeintervju).

En kommunepsykolog beskriver det slik:

Vi drukner i individuelle konsultasjoner og vi opplever at pasientene er for dårlige til at vi kan få gjort noen ting. Og det har jeg jo sagt noe om også, at med venteliste på fire måneder og 30 stykker som står og venter og på en måte 50 prosent klinikk, det er meningsløst i forhold til behovet. (K3_ Gruppeintervju).

Denne kommunen hadde ansatt en kommunepsykolog. Etterspørselen var svært høy og økende, og vedkommende hadde en svært stor arbeidsbelastning som ikke var bærekraftig. Det var politikerne i kommunene som hadde bestemt at kommunepsykologen skulle arbeide klinisk.

Vedkommende satt med mange kompliserte saker, for de vanskeligste sakene ble sendt til psykologen. Denne psykologen hadde mye erfaring fra spesialisthelsetjenesten, men mente at mange av sakene var for vanskelig til å løses med korttidsbehandling.

Det kan også være brukere som har svak økonomi, som kanskje heller ikke går til fastlegen:

Men det vi ser er at en ting som er til hjelp da, det er at det er en tjeneste som ikke krever betaling. For det krever faktisk betaling å gå til fastlegen, men det krever ikke betaling å komme hit. Så det ser vi at det er noen som blir veldig lettet over, når de finner ut at de trenger ikke å betale for å være her. Å få den her hjelpen da. (K4_ Gruppeintervju).

Felles for disse kommune er at de opplever en sterk økning i etterspørselen:

De fastlegene som er kjent med oss de sender alle min vei. Jeg burde nok sagt til fastlegen hvem vi skal ha og hvem vi ikke skal ha, nå sender de jo alt. (K9_ Gruppeintervju).

5.2.3 Innhold i tilbudet og organisering

I tråd med modellen og rammeverket for RPH er det angst og depresjoner som har hovedfokuset i tjenesten. Men også i kommuner som ikke har RPH, men et liknende tilbud, er det den samme problematikken folk tar kontakt for:

Det er nok angst, depresjon, livskriser og traumeproblematikk. (K8_ Gruppeintervju).

Og de henviser dem videre om det er mer alvorlige problemer:

Hvis vi tenker at det er behov for å utrede PTSD, hvis vi tenker at det er en psykisk lidelse, mistenker at det er en psykisk lidelse, da henviser vi til spesialisthelsetjenesten. Så er det ikke alle som har en psykisk lidelse sånn sett, at de har en livskrise eller noen traumer, at de har behov for en korttidsoppfølging, så får de det i kommunene, også blir de ferdig behandlet, av oss. (K8_ Gruppeintervju).

Den ene kommunen argumenterer godt for behovet for lavterskeltjenester for angsthåndtering:

Jeg tenker at den letteste delen med sosial angst som går på presentasjon, som kanskje 90 prosent av oss har, den har jo ikke så stor innvirkning på livskvaliteten på den enkelte. Men de som har mer generell sosial angst, hvor det påvirker livskvaliteten, at de isolerer seg og gjerne er sykmeldt og så videre, de må en jo ta mye mer seriøst og gi adekvat behandling til. Og det som er litt spennende i forhold til psykisk helse er at vi kommer i kontakt med folk som har slitt med sosial angst siden de var barn, og så hører de om et tilbud og tar kontakt i voksen alder og får hjelp - Altså ting kan snu, ofte med angstlidelser. Det er akkurat som om (knipser med fingrene) knekke en kode, på en måte. Så får de det ofte bedre. (K2_ Gruppeintervju).

Informantene i en annen kommune fremhever at det viktigste er at de med behov får tilgang på noen verktøy de kan bruke når angsten oppstår.

Noen av RPH-kommunene mente de lyktes bedre med angstbehandling enn med depresjon, mens andre mente at de lyktes best i forhold til depresjon:

Mmm, synes vi har rimelig godt resultat med depresjon og, eller depressive symptomer eller symptomtrykk som er litt over det som er normalt da. Men det er jo enklere å jobbe med den målgruppen min, ikke sant, for de har sånn egendrive for å bli frisk og, ikke sant. Så om det butter litt imot så vet de at de må ta å presse seg ut allikevel. (K3_ Gruppeintervju).

I en annen kommune, opplevde de at mange skåret høyt på både angst og depresjon:

Nei, jeg tenker at... I hvert fall hvis det er sånn at man har symptomer både på angst og depresjon så starter vi oftest med depresjon fordi det er lettest å få gjort noe med. Hvis depresjonen letter så kan det påvirke de andre områdene også, ikke sant. Vi starter der da. (K6_ Gruppeintervju).

Når vi spør hva de gjør for å få depresjonen til å lette, forklarer de:

Det... Tja... Det er sånn som fysisk aktivitet, dagslys... Det er en egen modul det med fysisk aktivitet hos oss da. Det å tvinge seg selv litt i gang, være ute en gang

om dagen. Det er sånne ting som kan hjelpe. Så får vi til å følge opp dette fra gang til gang. (K6_ Gruppeintervju).

De forklarte litt mer om modulene de hadde:

Vi starter bestandig på den første modulen og det er for å gi en innføring i kognitiv terapi, litt om depresjon og formulering av mål. For det er det første modulen. Så går det an å gå litt sånn fritt videre da. Ja. (K6_ Gruppeintervju)

Og forklarer at de starter med å sette både generelle og spesifikke mål for den enkelte bruker.

En av kommunene som har RPH, forteller at de har funnet måter å arbeide effektivt på slik at de kan gi mange et tilbud:

Det er nokså rendyrket hos oss. Det vil si at det er kognitiv terapi vi gir, og alle de som trenger mer enn kognitiv terapi sender vi videre. På disse to og et halvt årene har vi hatt brukere, det var et halvt år vi drev og prosjekterte dette her, og la det til, - og da har vi hatt 1200 henvendelser på fire hele stillinger. Og da er det sånn at vi har vært nødt til å være effektive (K2_ Gruppeintervju)

Denne kommunen får til en del kurstilbud, og forteller at mange klarer seg selv etter kurset:

Og dette er og en gruppe som viser seg å kunne ta psykoedukasjon på en god måte, som gjør at ca. 50 prosent av de som går på kurs hos oss, de greier seg selv etterpå. De blir sine egne terapeuter. Og så har vi og funnet ut det at når de har gått på det kurset, og må tilbake igjen- For vi har alltid åpning for at om de trenger noe mer enn dette kurset, tar de kontakt med terapeuten og så får de noen en til en [samtaler], eventuelt veiledning til selvhjelp (K2_ Gruppeintervju).

En annen kommune som har etablert RPH, forklarer hvordan de arbeider på denne måten:

Jeg jobber i Rask psykisk helsehjelp og i vår kommune behandler vi ca. 200 pasienter i året i Rask psykisk helsehjelp, og det er jo mild til moderat angst, depresjon, søvnproblematikk vi behandler. Gjennomsnittspasienten er vel sånn 7-8 timer til oss. Det betyr vel at noen bruker 2 og noen kanskje 12 (K3_ Gruppeintervju).

I den ene kommunen hadde de organisert RPH i Oppfølgingstjenesten som også har ansvar for hovedforløp 2 og 3. I en annen var lavterskeltilbudet organisert som en del av et mestringstilbud. I den ene kommunen var RPH implementert i ordinær tjeneste, og begrunnelsen for å gjøre dette var:

Kommunen har implementert det [RPH] i ordinær tjeneste fordi det har vært en suksessfaktor knyttet til den her gruppen som tidligere ikke har fått hjelp. Eller begrenset hjelp da til fastlege osv. (K3_ Gruppeintervju).

I denne kommunen er det altså nye grupper, heller at det er en halvannenlinjetjeneste for mer alvorlig problematikk. Kommunen bekrefter dette.

En tredje kommune som har RPH, har fått til en virksom overgang mellom nivåene:

For i rask psykisk så er det på en måte satt en sånn begrensning på en 10-15 avtaler maks. Så hvis man kommer på forløp 2 så er det mer sånn kommunal oppfølging over tid da. (K6_ Gruppeintervju).

En liten kommune som har et lavterskeltiltak som ligner på RPH, uten at det er begrenset til å handle om angst og depresjoner og ikke kun basert på kognitiv adferdsterapi forklarer det slik:

Ja, det er ikke inne i det programmet direkte [RPH], men vi har et lavterskeltilbud og ... Altså raskt tilbake til arbeidslivet er jo hele tiden målet. Det er jo så få som bor her, 3000 innbyggere, så da har vi åpnet et tilbud for alle, egentlig. (K8_Gruppeintervju)

RPH-ene vi har besøkt, arbeider klart i tråd med føringene fra Helsedirektoratet, og den ene kommunen forklarer hvorfor:

Det gjør vi [arbeider i tråd med føringene], og der er vi aktiv hele veien. Det ligger jo der, vi trenger jo ikke å finne opp. Og da følger ofte penger med. (K2_Gruppeintervju).

5.2.4 Klart avgrenset brukergruppe

I tråd med retningslinjene skal de begrense brukergruppen. En av case-kommunen forklarer hvordan de gjør dette:

Vi har jo kartlegginger og, så de må score på depresjon, de må skåre på angst og hvis vi får tanker om at det er noe som er en vanskelig problematikk som de har med seg fra barndom og sånn, der det har vært mye vonde ting så tenker vi at de ikke hører til. Da tenker vi at de trenger lengre tid på det tilbudet som de da får, fordi at her skal det gå kortere tid. Så det kan godt hende at de hadde kunnet hatt nytte av kognitiv terapi, men vi skal gi det til mer rene depresjoner og ren angstproblematikk. Da greier vi og å gi god hjelp, mener jeg, på kort tid. (K2_Gruppeintervju).

I denne kommunen hadde de et nært samarbeid med øvrige tilbud innen psykisk helsearbeid, og det var ingen som ble avvist av tjenestene, men RPH var lavterskel og rendyrket på kognitiv terapi.

I en av de andre kommunene svarer de slik når vi spør hvem som ikke er i målgruppen:

De lette, dem skal vi ikke ha. (K9_Gruppeintervju).

Respondenten forklarer at problemene må "ha satt seg" før de kan få tilbud fordi de må skåre på angst eller depresjon.

I en av de andre kommunene har psykologen en helt annen tilnærming på sorteringsproblemet:

Jeg sorterer ikke hvem jeg vil ha og ikke, enhver som tar kontakt med meg og som er villig til å stå og vente til jeg har ledig tid, de kommer på ventelisten min. Men det har jo også ført til at jeg har en venteliste på fire måneder og, og det er heller ikke ... (K3_Gruppeintervju).

Kommunepsykologen var enig i at dette ikke tilfredsstiller kravene for lavterskeltjenester, og de var i gang med å legge om tilbudet og arbeide på en annen måte med mer kursvirksomhet.

Respondenten hadde også gode refleksjoner rundt det å ansette kommunepsykolog, og var tydelig på at problemet ikke var å finne brukere, men å dekke en enorm etterspørsel:

Altså jeg tenker jo at for det første hvis det der skal implementeres, og det skal det vel, at det skal bli obligatorisk med en kommunepsykolog, så burde det gis et anslag på hvor mange kommunepsykologer pr antall innbyggere. For hvis ikke er det veldig fort gjort at du får kommuner som ansetter en kommunepsykolog, også

har de 150 000 innbyggere -og så blir det kaos. Og det jeg ser her i kommunen, hvor mye jeg kunne ha gjort hvis jeg hadde kunne delt meg opp i flere personer...(K3_ Gruppeintervju).

RPH-ene virket generelt å være gode på å se når noen trenger mer omfattende tjenester enn de kan tilby:

Også er du veldig flink til å se de der nyansene, at nå er depresjonen for alvorlig til at du skal ta det. For det tror jeg er viktig i forhold til hvilket resultat du får også. For det er klart at enkelte trenger mer rundt seg ... (K3_ Gruppeintervju).

Det å velge pasienter som ikke er for syke eller har for komplekse livssituasjoner, er dermed en god oppskrift for å få effekt av behandlingen.

5.2.5 Private avtalespesialister, samme gruppe

I noen av case-kommunene finnes det ingen privatpraktiserende psykologer i nærheten, og det er heller ingen avtalespesialister (psykologer og psykiatere med driftsavtale med helseforetakene). Andre steder finnes det tilbud, men flere kommuner opplever at det er lite kapasitet fordi de samme pasientene behandles over lang tid:

Noen er det. Men det som er forskjellen har jeg hørt, er at om avtalespesialisten kommer inn, så blir de gående og går og går, mens her skrives de ut. (K2_ Gruppeintervju).

Men de der avtalespesialistene synes jeg er kjempeinteressante, for der sitter det psykologer og tjener en million i året og har fem pasienter. Og de samme går igjen og går igjen og går igjen. (K3_ Gruppeintervju).

Vi spurte hvordan pasientene kom i kontakt med lavterskeltiltaket:

Enten via fastlegen eller så har de vært og søkt på nett og funnet nettsiden hvor det står at det er kommunepsykolog, eller via andre som kjenner til meg. Får folk i fra ergoterapeuter, fra fysioterapeuter, det er ikke bare de som jobber her og i kommunen, men ellers også rundt i byen. Jeg har noe kontakter, eller jeg har fått sendt folk til meg i fra konfliktråd. Det er, jeg tror nesten ikke det er noen som ikke har sendt meg folk her altså ... (K3_ Gruppeintervju).

5.2.6 RPH og spesialisttilbud

I den ene kommunen hadde de flere psykologer som hadde samme arbeidsmetode som poliklinikker, der tiden gikk med til timeavtaler med enkeltbrukere. I denne kommunen omtalte de brukerne sine som pasienter. Både kommunen og flere nære DPS-er behandler angst og depresjonslidelser. Vi spurte om det er en tydelig forskjell på pasientene som de behandler i kommunen og de som får tilbud i psykisk helsevern:

Du ser jo at det vil naturligvis blir en del overlappende i målgruppen. Og på ene siden så er det noe som vi kanskje bare må leve med, men på den andre siden så er det vanskelig å vite, egentlig. For vi bruker ikke noen felles type kartlegging, så det er vel kanskje det ... Når du oppsøker hjelp i spesialisthelsetjenesten eller hos oss, så vil du møte forskjellige folk som gjør forskjellige typer vurderinger på bakgrunn av forskjellige typer briller, ikke sant? Vi har alle sammen det. Sånn at vi finner en felles grunn da, kanskje i form av mer objektive kartleggingsverktøy i alle fall. Så kunne vi kanskje på sikt klart å se litt. Hva slags type symptomtrykk og hva

*slags funksjonssvikt har de personene som havner i spesialisthelsetjenesten og de som havner til oss? At på sikt så vil det kanskje bli en trend der de ser at det er en forskjell, eller at det kanskje er likt. Men det er vanskelig å vite. Så det...
(K4_Gruppeintervju).*

Men dersom kommunene behandler de som får avslag i spesialisthelsetjenesten og ikke rekrutterer fra den friskere delen av befolkningen, vil det være som en halvannenlinjetjeneste. I denne kommunen tyder det på at det er nettopp dette som har skjedd:

Men jeg syns at vi har en ganske grei fordeling og opplever og at DPS-ene syns at vi har vært til god hjelp, at vi tar saker som de alltid tidligere har måttet avslå da. For det er det de sier, at vi tar ting som de vanligvis avslår. (K4_Gruppeintervju).

Etter en diskusjon om forskjell på pasientgruppene, konkluderte psykologene med at kommunens pasienter sannsynligvis hadde høyere funksjonsnivå enn pasienter i psykisk helsevern og at det var det heller en diagnose som var forskjellen:

Men jeg kan si sånn at DPS-en sier jo noe om at de av og til vurderer at folk har for godt funksjonsnivå til å få hjelp hos dem, og det tror jeg, vi har aldri vurdert det at noen har for godt funksjonsnivå til å få hjelp hos oss. Så der tenker jeg, der er det et skille. At du kan ha så godt funksjonsnivå du bare vil, vi hadde jo for eksempel en jurist som jobbet som på en måte var høyt fungerende, men panikkangst og anfall, som kom og fikk hjelp, som ikke ville ha fått den hjelpen på en DPS, fordi det måtte ha vært lang, lang tid hvor det skulle vært et funksjonsfall før hun skulle ha fått hjelp der. Mens at vi nok kan si at du har for stort funksjonsfall, og så sender vi videre. Så der på en måte er det et skille. (K4_Gruppeintervju).

En av de andre kommunene med RPH bekreftet at det kan handle om funksjonsnivå:

Hvis de har en god fungering i utgangspunktet, er i jobb eller stort sett klarer å stå i jobb, så tar jeg samtaler med dem. Men hvis jeg ser at her er det noen som er i ferd med å gå til grunne eller som er ganske ille belastet, så sender jeg de videre til DPS-en. (K3_Gruppeintervju).

Kommunepsykologen møter mange av de som ikke har fått tidlig hjelp:

*For veldig mange av de jeg har er sykemeldte, 100 prosent sykemeldte, og har vært det i en periode og. Og det handler kanskje ikke om så veldig kompliserte ting eller vanskelige ting, men rett og slett at de har gått for lenge uten å få hjelp. Har ventet for lenge selv, eller rett og slett ikke ha hatt noe passende tilbud.
(K3_Gruppeintervju).*

En av de andre kommunene gir noe av det samme bildet:

Hva er terskelen for å be om hjelp når man tenker at man sliter? Eller har det tungt, eller ønsker å få hjelp i forhold til psykisk helse. Den er veldig stor, det tar tid for oss mennesker før vi skjønner at kanskje den her angsten, kanskje jeg sliter eller har det tungt. Og så, ja, man må vente, eller man vet ikke. Så er det jo også sånn rent poliklinisk, på voksenpsykiatri så er det jo enormt med ventetid, sant. Hvis du er heldig og blir henvist, det vet jeg fra mange som jeg får telefoner fra, og som du sikkert møter masse av, det er folk med lett til moderat som på en måte ikke... de går til fastlege og håper å bli henvist, så får de avslag fra

*voksenpsykiatrien for at det er fullt eller at de ikke har tid. Du blir ikke fanget opp.
(K9_Gruppeintervju).*

5.2.7 Hvem er det de ikke når?

De som får avslag fra spesialisthelsetjenesten, er en naturlig gruppe å overlate til kommunene. Hovedutfordringen blir likevel å nå de som sliter, men som ikke tar kontakt. Kommunene er i stor grad enige i at de kun når ut til de som er motivert for å ta imot hjelp og som tar kontakt:

De som ikke tar kontakt i det hele tatt, de vet vi jo ikke om. Og det har vi hatt mye diskusjoner om i forhold til brukerkartleggingen. (K2_Gruppeintervju).

Vi har spurt om det å arbeide mer inn mot skolene kunne vært en metode for å få flere med behov til å ta kontakt:

*Det er jo det som har skjedd når vi har hatt helsesøstrene og pedagogisk personell fra videregående skoler, at man merker jo en endring der og.
(K2_Gruppeintervju).*

Vi kommenterer at det er 60 prosent av brukerne av tjenestene som har høyskoleutdanning og responsen er:

Ja, det er jo det. Så vi sliter jo med å nå de som absolutt hadde hatt behov for å komme. Så det er jo ikke noe tvil om. (K3_Gruppeintervju).

Vi følger opp med å spørre hva de skal gjøre for å nå de med størst behov for hjelp:

*Ja, det er tusenkronerspørsmålet, for det har vi spurt oss selv om og.
(K3_Gruppeintervju).*

Vi spør om kanskje de som i størst grad trenger hjelp, kan rekrutteres via NAV og de svarer:

Jo, men det er ganske få som kommer i fra NAV og til meg ja, det gangene de har kommet til meg så har det vært tunge saker der folk har en historikk i fra spesialisthelsetjeneste og så videre, der de på en måte har kjørt seg fast, også er det liksom hva skal vi gjøre nå? Da kan de ta en telefon til oss. (K3_Gruppeintervju).

Vi spør om det ikke er det som er poenget, å få en stor innstrømming og gjøre en riktig sortering for å hjelpe de som trenger det mest. De er enige i det, men ser ikke helt hvordan de skal nå dem som trenger det mest. De innrømmer også at det er lett å få gode resultater i RPH når de får inn en så selektert gruppe:

Ja, og da er det jo lett å få gode resultat og. (K3_Gruppeintervju).

En annen kommune kommenterer at de som ikke kommer, kanskje heller ikke går til fastlegen sin:

Jeg tenker at det her handler jo, for det første så handler det bare generelt om deres bruk av helsetjenester, ikke bare psykiske helsetjenester, men bruk av helsetjenester. Fordi når du ser på de aller fleste som kommer til oss, har jo vært innom fastlegen sin og fått vite om tilbudet. Mesteparten av informasjonen om tilbudet retter vi ut mot fastlegene, for de møter flere av befolkningen. Så der tenker jeg at det gjenspeiles på en måte av at de ikke kommer til fastlegen heller, tenker jeg. Så det er et mye større samfunnsoppdrag, tenker jeg, hvordan en skal klare å nå de på en god nok måte. (K4_Gruppeintervju).

En annen kommune ser noe av de samme brukerne som tjenesten ikke når:

Det som vi av og til snakker om, er at det finnes noen grupper her som vi ikke får så mye tak i, for eksempel unge rusmisbrukere. Spillavhengighet. Det finnes noen grupper vi ikke får tilgang til, eller som ikke søker hjelp, har vi en idé om ja. (K8_ Gruppeintervju).

Den ene kommunen argumenterer på følgende måte for at de har et representativt utvalg av befolkningen:

Ut i fra den evalueringen så vi at [...] hvis vi sammenligner det [pasientpopulasjonen] med befolkningen i kommunen, så er det veldig likt sånn som den demografiske befolkningen i kommunen er... demografien, særlig på utdanning og alder, er veldig likt (K4_ Gruppeintervju).

Den andre psykologen i intervjuet legger til:

Det er et representativt utvalg. Vi ser at vi møter ett tverrsnitt av befolkningen, bortsett fra de som har innvandrerbakgrunn, ikke norsk bakgrunn. De møter vi i mye mindre grad. Og der har vi jo ikke kommet så langt at vi har fått gjort noen tiltak, men det er noe vi har snakket om, at der må vi finne noen tiltak å gjøre noe med, så det står liksom på agendaen da, at det skal vi få til etter hvert. (K4_ Gruppeintervju).

Vi kommenterer at det å gi et tilbud som gjenspeiler befolkningen ikke er det samme som å gi et tilbud til mennesker med psykiske lidelser fordi psykiske lidelser ikke rammer befolkningen likt, og at de derfor burde ha en skjevhet i retning lav sosioøkonomi. De innrømmer at dette er et problem:

Ja, de [som oppsøker tjenesten] klarer nok å mobilisere. (K4_ Gruppeintervju).

En annen kommune bekrefter dette:

Nei, de fleste er nok i jobb. En liten del er sykemeldt. Og noen er sykemeldt bare i kortere perioder. Det er veldig få som er sykemeldt over tid. (K8_ Gruppeintervju).

Vi spør om hva som hadde skjedd om de hadde klart å redusere terskelen med at man ikke måtte ha psykiske problemer for å få hjelp, og den ene kommunen med RPH svarte slik:

Ja, for det er det vi ønsker. Vi ønsker å lære bort verktøyene, ikke sant. (K6_ Gruppeintervju).

5.2.8 Psykisk helse eller mestringsenhet

En av kommunene kaller det mestringsenheten, mens en annen kaller det mestringstilbud. Andre bruker begrepet psykisk helsehjelp. Vi har diskutert dette med flere av kommunene, og flere var enige i at de kunne kalle det noe med mestring. En av respondentene fikk med det samme assosiasjoner til andre tilbud kommunen hadde:

Og så tenker jeg at (navn på person) i Friskliv og (navn på person) på Psykisk helse hadde jo sånne læring- og mestringsstreff, kjørte noen runder med det før jul. (K6_ Gruppeintervju).

Og det var diagnoseuavhengige... Hva var det? (K6_ Gruppeintervju).

Da var det vel de langvarige sammensatte... Jeg husker ikke helt teksten på det, men det var de med langvarige plager, uavhengig av diagnose som kunne delta på kursene våre og da gikk vi etter en mal, et program vi fulgte... (K6_ Gruppeintervju).

De forklarte at dette mente de var spennende tiltak, og det var gode tilbakemeldinger fra de som deltok.

5.3 Tjenester snudd på hodet

Som tidligere nevnt er det mange som reagerer på arbeidsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er endret de siste årene:

For det som jeg ser, som sitter i den ene enden med de sykeste i hovedsak, så ser jeg ofte at de får ofte mye nødvendig og god hjelp. Det er fristende å hjelpe de som du får ut igjen, og det er lav terskel i forhold til å få hjelp... (K11_ Gruppeintervju).

Vi spør om det er riktig forstått at spesialisthelsetjenesten nå tar mange av de lettere tilfellene, mens kommunene blir stående alene med mange av de sykeste:

Dette er det noen andre enn oss som sikkert har tenkt over, sikkert, men det som det går an å oppfatte det som, er at man er i ferd med å snu helsevesenet opp ned. Du har poliklinikker rundt omkring nå hvor det skjer blant annet mer enn vi skulle ønske oss. De rigger seg for å kverne igjennom 8 til 12-samtalers, tre bokstavers terapier på lettere psykiske lidelser. Det er lett å telle, det er lett å ta betalt for. (K11_ Gruppeintervju).

Denne fastlegen mener det er behov for å løfte blikket og se på de store problemstillingene:

Så har man også polikliniske fagmiljø som er spisset, og som er litt sånn- De er spisset på en måte, men de løfter ikke blikket i forhold til de intrikate og sammensatte problemstillingene som vi som fagmiljø på løse, - men man produserer. (K11_ Gruppeintervju).

Dette gir også problemer i forhold til hvilken kompetanse spesialisthelsetjenesten etter hvert innehar:

Og så neste punktet er at det er jo direkte antirekrutterende, spesielt på psykiatersiden inn mot de sentrale fagmiljøene. Man lar seg ikke fenge av den typen produksjon. Du får ikke de skarpeste hodene inn til å sitte på DPS eller hvor enn det måtte være. [...] for de har lyst til å jobbe inn i andre type fagmiljø enn dette her. Så da er det på en måte dobbelt opp negativt. Så er det antirekrutterende ute hos oss, fordi at vi, fastlegekorpset blir sittende med en større grad av ansvar for problemstillinger, og de vi skal henvende oss til for å få råd, som skal være orakelet på DPS, de har ingen klart å rekruttere. Dette må jo være en fremstilling som andre enn vi har hatt (K11_ Gruppeintervju).

Det er ikke så mange av respondentene som reflekterer på denne tydelige måten, men i en av de andre kommuner reflekteres det over hvordan kommunenes innsats kan frigjøre tid i spesialisthelsetjenesten til å gjøre den vanskeligste jobben:

Eller kanskje de skal få lov til å være et behandlingstilbud for de som har behov for behandling på mer komplekse lidelser. Istedenfor at de bruker mye tid på angst og depresjon [...] Kanskje de skal få lov til å ha bedre tid til å behandle de som har traumer, bedre tid til å jobbe behandlende, utvikle gode behandlingsmetoder for de som har personlighetsproblematikk. (K4_ Gruppeintervju).

De tenker også at det er behov for å fornye metodene:

For nå har jo kanskje kommunehelsetjenesten på den ene siden vært litt konserverende, og på den andre siden brukt lang nok tid til at, og jobbet veldig, veldig, veldig lenge med personlighetsforstyrrelsen sånn at det har blitt en bedring, for det vet vi jo. At jobber du lenge nok, så vil det ofte bli en bedring, og jeg tenker at da Marsha Linehan kom med sin dialektiske atferdsterapi for en 10-15 år siden så var det jo revolusjonerende at man kunne behandle en borderline på syv år. Mens nå på en måte så finner man jo behandlingsmetoder som er langt mer effektive, man har begynt å tenke det at folk kunne bli frisk av denne typen lidelser. (K4_ Gruppeintervju).

5.4 Sosiale problemer

Det er også noen som reflekterer over årsaken til de psykiske helseproblemene som innbyggerne sliter med, og som fastlegen i stor grad håndterer i dag:

Men til slutt så må folk få hjelp, og jeg tenker som innbygger, hvis man da henvender seg til laveste terskel, fastlege og du finner ut at denne personen sliter med både økonomi og livspåkjenning som ikke er en behandlingssak, men som har begynt å utløse angst og sånn, depresjoner, så tenker jeg at det kunne vi egentlig ha tatt hvis man hadde hatt noen folk (K11_ Gruppeintervju)

Vedkommende tilføyer at fastlegene har for mye å gjøre, og at de trenger at andre tjenester håndterer det de kan håndtere:

Det er en ganske stor andel av fastlegehverdagen som har begynt å handle om å være livsledsager i flokete liv (K11_ Gruppeintervju)

En av respondentene forklarer godt hva arbeidshverdagen innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene består av:

Jeg tenker at vi tar det helhetlige ansvaret. Vi jobber jo mer utadrettet, vi går også i hjemmene, vi hjelper til med økonomi, få orden på økonomien, hus. Vi administrerer medisinene til pasientene, vi gir støttesamtaler og vi hjelper pasientene til å mestre dagliglivets gjøremål ved opplæringsstøtte og veiledning. Vi er ofte med pasientene på NAV hvis de trenger støtte når de skal til et møte med NAV. Mange kvier seg for å gå dit alene. Og vi er med pasientene inn til legetime ved behov. Og vi har samarbeid med andre på tvers av etatene i forbindelse med ansvarsgruppemøter eller andre behov. Vi er også med til boligkontoret for å hjelpe til med bolig. I arbeidslivet også, at vi er med der og veileder og støtter hvis de skal begynne i ny jobb, så er vi med der, tilgjengelig. (K8_ Gruppetilbud).

I en annen kommune forklarer de noe av den samme arbeidsformen:

Det kan være folk som har veldig lav standard på huset. De har ikke ordentlig bolig. De bor oppi noen. De har ikke egen bolig. Da er det ikke noe vits i å begynne å snakke om så mye annet. De har nå levd med sosiale utfordringer og det er økonomiske utfordringer. Så da må vi rydde opp i det. Så når jeg spør da, hva er viktig for deg først? Så blir det jo ofte klarere, ikke sant, og vi kan gå videre med bare litt støtte. Så det er ofte sammensatt. (K10_ Gruppeintervju).

Vi har gjennom mange års forskning på kommunalt psykisk helsearbeid, sett at tjenestene har store innslag av sosialtjenestearbeid. Vi spør om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er den nye sosialtjenesten, og respondenter fra den ene kommunen har reflektert rundt dette:

Sosialtjenestene, det er jo den vi har diskutert mye, for det er jo den oppgaven vi- Når vi snakker om den hos oss, så har den overtatt. De som kom fra tidligere sosialkontor i kommunen, de sier at de gjorde mye av dette. Men de er der ikke lengre. Derfor har vi tatt inn dette, for det er ingen som gjør det. Og NAV gjør ikke det. (K2_ Gruppetilbud).

Vi har spurt om de i RPH arbeider med behandling av sykdom og noen svarer de at de gjør det, men de fleste opplever at de arbeider med ulike former for mestringsproblemer:

Nei, jeg tenker kanskje ikke det [at de arbeider med behandling av sykdom]. Det er en belastning ut i fra krevende livssituasjon sånn som livet egentlig er. Men vi vet jo at det kan utvikle seg til å bli langvarige problemstillinger hvis du ikke greier å snu måten du tenker på i forhold til deg selv. Og vi ser jo at ca. 60 prosent av våre pasienter har høyskoleutdanning. (K3_ Gruppetilbud).

5.5 Annet

5.5.1 Forventninger i befolkningen

Som vist i kapittel 1.4 er det en sterk økning i antall polikliniske konsultasjoner. Fra 2010 til 2016 økte antall polikliniske konsultasjoner med 24 prosent i psykisk helsevern for voksne. Dette er også synlig for kommunene:

Vi har hatt en kjempestor økning i henvisninger fra cirka 90 i fjor og nå har vi hatt cirka 130-140, så vi har hatt en kjempeøkning her på siste året. Det er nå mer henvisning innen lettere psykiske helseproblematikk. Og så er det tilflytting og det er mange ting som spiller inn sikkert da, men. Og det som er interessant er at det er økning i henvisninger overalt. Også poliklinikken har nå eksplodert og så nå er oppe i 1000 henvisninger. Det er ikke mange år siden det var 600, altså, så det er veldig, veldig mye altså. Det er fastlegene som henviser og avdekker eller oppdager, og sender videre. (K7_ Gruppeintervju).

De forteller at samtidig som dette skjer, er det færre inneliggende pasienter og færre innleggelser slik at folk må få hjelp hjemme. Vi spør hvorfor det er slik at etterspørselen har økt så mye:

Jeg tror det er lavere terskel for å få hjelp. Flere synes det er greit å få snakke med noen. For eksempel. Men er ikke dette her, det er nå mange, en kan jo begynne å lure på årsakene til ting. Det er også en iboende ting at det er flere hjelpere. Det er flere som får hjelp. Altså vi skaper nå et, eller skaper ikke et behov, men en dekker et behov som kanskje er der også, sånn at det er utrolig sammensatt hva som gjør at det øker. (K7_ Gruppetilbud).

En fastlege i samme kommune, forteller at for ti år siden, var det ingen å henvise til fordi tilbudet var så dårlig. Og at styrking av tilbudet er hovedårsaken til at det henvises flere. Andre foreslår at det i tillegg er en selvforsterkende effekt av gode tilbud på etterspørselen fordi når noen opplever at de har fått god hjelp og deler dette med venner og bekjente, vil de bidra til økt rekruttering av brukere.

Vi spør fastlegen om det er noen som ikke ønsker å bli henvist til de kommunale tilbudene og får til svar:

Ja. Ja da. Det er noen som kun vil snakke med psykologer med 6 års utdannelse. Eller at de vil til ambulant team fordi at de kjenner alle som jobber i psykiatritjenesten så det blir for vanskelig for dem å ta kontakt. (K7_Gruppeintervju).

Det er opplagt at jo mer synlige tjenestene er, jo større blir etterspørselen:

Ja. For vi har jo, det har jeg sett ... Vi har jo vært ute i avisen innimellom [...] Og du kan jo si det sånn, at det var da det egentlig sa pang. Og siden da så har jeg vel egentlig ikke hatt kontroll på hvem det er som får komme inn og ikke. (K3_Gruppeintervju)

De legger til at om de skulle profilert seg mer, måtte de vært 120 ansatte for å ta unna etterspørselen. Vi spør videre om de når alle med behov for hjelp:

Vi når, Rask psykisk helsehjelp [i kommunen] når statistisk nå ca. 15 prosent av de som har behov for hjelp. (K3_Gruppeintervju).

I en annen kommune reflekteres det rundt utviklingen og om dette er bærekraftig:

Jeg tror jo at hjelpeapparatet må bli flinkere med selvhjelpsmetodikken. Jeg tror ikke helsevesenet kan klare å håndtere... Jeg tenker jo litt at det som tidligere var livsproblemer nå kommer under de her diagnosene. Og at man må hjelpe, for det er jo veldig økende. Det er jo bekymringsfullt at det er så økende med unge mennesker som melder at de har psykiske vansker. [...] Det handler jo nettopp om kognitive måter å snakke til seg selv på da, på en måte som jo da er på et forebyggende nivå. (K9_Gruppeintervju).

Respondentene i denne kommunen fremhever også det store forebyggingspotensialet som ligger i denne gruppen:

Så er det jo en oppblomstring man ser nasjonalt, det er mer fokus på det med psykisk helse. Man ser en ny dimensjon, man ser at mange sliter med angst eller lett depresjon. Jeg tror jo det at siden man lager så utrolig tungroddede veier å komme inn, hvis det er for få lavterskeltilbud, så tror jeg jo vi kommer til å få en eksplosjon med folk, hvis man kunne være tidlig ute og ha jobbet med skole og fastlege, hatt større fokus. Og fjernet det som et tabu, så tror jeg man kan jobbe enormt mye før folk er nødt til å komme. (K9_Gruppeintervju).

5.5.2 Sykdomsbegrepet

Vi har i intervjuene diskutert sykdomsbegrepet, og mange synes det er vanskelig å skille mellom hva som er sykdom og hva som er noe annet:

...Det er nå en blanding av de som har på en måte fått diagnose for lettere psykiske lidelser og de som kommer med sånne ting som ikke egentlig er sykdom

da. Jeg tror kanskje bare halvparten av populasjonen dreier seg om sånn faktisk sykdom. Og så er den andre halvparten om bekymringer og plager, altså plager i stedet for sykdom da, hvis du forstår. Sånn at vi følger nå opp alle mulige forskjellige ting der da. Det er nå veldig mange som har helseangst for eksempel eller er redd for at det skal være noe galt med helsen deres, og det også tar ganske mye av tiden vår. (K7_ Gruppeintervju).

Denne kommunen hadde ikke Rask psykisk helsehjelp, men hadde mange i samme målgruppe. De kommer inn på at det handler om hva de kaller problemene:

Og så bak der så kommer ryggsmertes, mageproblemer og nakkesmerter...sånn sett så ligger det også en del lettere psykiske lidelser da. Så det spørs litt hva en kaller det på en måte. (K7_ Gruppeintervju).

I en annen kommune responderer de slik når vi spør direkte om det er sykdom det handler om:

Det må ikke være sykdom nødvendigvis nei. Noen har livskrise... At det er mer et psykisk problem i stedet for en psykisk lidelse. (K6_ Gruppeintervju).

I denne kommunen kom de etter hvert frem til at dersom de kaller det sykdom, så blir det ofte en sykdom. En lege fra en annen kommune, forklarte forskjellen på sykdom og symptom slik:

Et bilde på det kan jo være at hoste kan være et symptom på lungekreft, men du får ikke mindre lungekreft av hostedepende (K11_ Gruppeintervju).

Legen forklarer at de fortsatt må tenke på hva årsaken er når noen hoster, men at summen av hoste ikke øker forekomsten av lungekreft. Men legen ser et stort forebyggingspotensial gjennom å arbeide folkehelserettet med psykisk helse, og særlig gjennom primærforebygging dvs. innsats rettet mot hele befolkningen før problemer oppstår.

Vi spør litt mer om sykdomsbegrepet og hvordan krevende livssituasjoner blir til noe som må behandles:

Vi har kanskje i psykiatrien rotet oss litt for mye inn og sykelliggjort det meste for å tilfredsstille industrien da som hele tiden kommer med nye sykdommer for å pushe mer tabletter på befolkningen og tjene mer penger... (K3_ Gruppeintervju).

Vi prøver også å forstå mer om Rask psykisk helsehjelp, at det ikke nødvendigvis innebærer psykiske lidelser, men livsproblematikk. Den ene respondenten forklarer nærmere:

Ja, det er mer rett å si det ja. Men konsekvensen kan jo bli ganske alvorlig hvis du har skolevegring, ikke sant. Greier ikke å komme igjennom videregående skole, detter utenfor arbeidslivet. Så konsekvensen av å ikke ha den her tjenesten, den tror jeg kan bli ganske stor da. Men det ser vi ikke i dag eller i morgen, men om ti år. (K3_ Gruppeintervju).

De forklarer litt nærmere hvem de 60 prosentene med høyskoleutdanning er:

Ja. Og helse og omsorg og skole er vel de to områdene som er størst, men det er klart at vi har hatt politiet, flygere, brannmenn, så det er klart det rammer jo hvem som helst, ikke sant? (K3_ Gruppeintervju).

5.5.3 Vedtak, fordeler og ulemper

Flere av kommunene hadde fått med seg situasjonen i Stangehjelpen, og flere reagerer på det som har skjedd der:

Og da vil de bruke fastlegen sin for å få det unna, i stedet for å begynne med vedtak. Med en gang de kommer over i godkjennelser og sånn, så blir det litt annerledes men de som skal raskt inn og raskt ut, der kunne man latt være. Men det skal jo dokumenteres likevel. Man har alltid en dokumentasjonsplikt i forhold til helsepersonale, men det er forskjell på en vedtaksstilling (K11_ Gruppeintervju).

En annen kommune har også negative erfaringer med vedtak:

Før startet en ikke opp behandlingen før en hadde fått vedtaket på hvor mye tjenester en skulle ha. Gikk det kjempelang tid så skulle de til vedtaksteam, og så gikk de ut igjen og så fikk de en time i måneden, og da hadde de ikke fått en relasjon før det hadde gått ett år. Så tenkte vi "hva er det vi holder på med?" Snudde om den, og så har jeg tre måneder, og de fleste ønsker jo å bli friske i løpet av de tre månedene slik at de ikke trenger vedtak. (K2_ Gruppeintervju).

De legger til at selv om det er arbeidskrevende med vedtak, fører det til økt bevissthet:

For vi som sitter og jobber med dette er det veldig arbeidskrevende. Når du skal inn og vedta er det mye dokumentasjon. Og når du skal ha fattet det vedtaket, og hvis du skal inn da og levere det, da må du mye mer inn og evaluere det du holder på med. Målsettinger, altså du må inn i systemet og svare på mye. Så da blir du mye mer effektiv med det du holder på med, for du blir bevisst. (K2_ Gruppeintervju).

Det vanligste ser ut til å være at de med behov for mer langvarig oppfølging får vedtak, mens de med lettere problematikk ikke får vedtak. I den ene kommunen deler de stillingene mellom brukere med vedtak og brukere uten vedtak:

Alle som jobber hos oss jobber en prosentandel av stillingen sin med vedtak fremdeles. Så det er kjempeviktig og det er noe som vi har snakket med direktoratet om at det vil vi fortsette med. For vi ser jo den nytten av at du har noen på vedtak som du trenger å jobbe langsiktig med, og du kan bruke noe av det du lærer på en måte med å jobbe kortsiktig og planmessig strukturert, kan du ta med deg over. Også motsatt da, den innsikten du har om kompleksiteten da, den psykiske lidelsen og hva det gjør med et menneske drar du med deg inn i den lavterskeljobbingen som kanskje baseres på mer individuelle samtaler. Mens på 50 prosent av tilbudene våre, altså 50 prosent som fikk tilbud av oss, fikk det i gruppetilbud og 50 prosent fikk individuelt tilbud. Jeg synes at vi er ganske godt dekket da med hvilket tilbud folk får når de kommer til oss da. (K4_ Gruppeintervju).

I en av de andre kommunene skrev de ikke vedtak på voksne i det hele tatt innen psykisk helse, kun på barn og unge.

5.5.4 Stigma

Mange er opptatt av at en egen lavterskeltjeneste for psykisk helse kan føre til at få oppsøker tjenesten fordi det er stigma knyttet til psykisk helse. En del kommuner kaller kommunalt psykisk helsearbeid fortsatt for "psykiatritjenesten" og det kan være stigma knyttet til dette:

[...] du skal ikke ta kontakt med psykiatritjenesten, det ligger på en måte noe skam bak tror jeg. Det er likedan som å ta kontakt med ja, NAV, Sosialkontoret, det ligger, det er inngrodd i en, mer i et lite samfunn enn det gjør på større plasser tror jeg. [...].Og dette tror jeg også er knyttet opp imot psykiatrien altså. At folk har psykiske problemer, så skal de være skikkelig dårlige før at de søker hjelp tror jeg. Lista er høyere på en mindre plass. Det er.. (K10_ Gruppeintervju)

Ikke alle i gruppeintervjuet var enige i at det var så mye stigma knyttet til tjenestene, men de snakket om ulike brukergrupper:

Jeg tror den [terskelen] var mye høyere før. Men bare siden 2005-06 har det skjedd veldig mye. Nå er det mye, mye lettere. Jeg har ungdommer som, altså ungdommer som har vært 17-18 år, rundt der da, som bare har kommet rett inn her. (K10_ Gruppeintervju)

I denne kommunen planla de samlokalisering med legekontor, fysioterapi, hjemmesykepleie og psykisk helsearbeid. Flere av kommunene forteller at de har problemer med å få målgruppen med i gruppetilbud og knytter dette til stigma:

Hvis de kommer på et kurs, så er sannsynligheten ganske stor for at de kjenner en god del av de andre som kommer dit og. (K3_ Gruppeintervju).

En annen respondent i samme intervju, påpeker at mange av de som kommer til lavterskeltiltaket egentlig har behov for tjenester på et høyere nivå:

Altså i veldig mange av de sakene der så tenker jeg det handler om folk som egentlig burde blitt fulgt opp på oppfølgingstjenesten med et litt forsterket tilbud der. Bare det at det her dreier seg gjerne om de som ikke vil ha oppfølgingstjenesten fordi det er skambelagt (K3_ Gruppeintervju).

Oppfølgingstjenesten i den kommunen er de som følger opp brukere i forløp 3. Andre i samme intervju opplever at spesialisthelsetjenesten har mer stigma knyttet til seg enn de kommunale tjenestene:

[...] jeg har hatt mange, eller jeg har hatt en god del som jeg ville ha henvist til DPS-en som blankt nekter på at de skal på DPS-en, fordi det er synlig, så hvis jeg går til DPS-en så ser naboen meg, så dit skal jeg ikke (K3_ Gruppeintervju).

Dette er en DPS som ligger sentralt plassert i byen.

I en annen kommune hadde en av de ansatte i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fått en kommentar fra en kollega om at skiltet på døra burde tones litt ned fordi at alle så hvem som gikk inn:

Da tenker jeg at hvis vi som jobber her mener det, så har jeg lyst å blåse det opp enda mer. For hvis ikke vi synes det er helt greit, vi har alle en psykisk helse. Så hvordan skal man få det ut til bygda, og bygdedyra? (K5_ Gruppeintervju).

Andre opplevde å få brukere fra nabokommunen:

Jeg tror nok at det er mindre skummelt for mange å få lov til å reise utenfor sin egen kommune. Det er små samfunn her. De fleste kjenner hverandre, så det er ikke akkurat når du er på ditt mest sårbare du... på en måte går til naboen for

søke hjelp nødvendigvis da. Så jeg tror nok at det er... Det er ikke slik at alle tenker sånn, men det er noen som tenker sånn at det er greit å dra til en behandler som er i en annen kommune. (K6_ Gruppeintervju).

For de som har slått sammen rusarbeid og psykisk helsearbeid kan det være andre utfordringer:

Og så er det så mange med psykiske lidelser som ikke liker at det står rus inni samme navnet og så videre... (K7_ Gruppeintervju).

Flere mener at psykisk helse som begrep fungerer godt i kommunene, iallfall bedre enn psykiatribegrepet.

Også i den nordligste delen av landet merker de at holdningene til psykisk helse er i endring:

Jeg syns det har blitt mye bedre. Jeg tror at den informasjonen som nå kommer ut om psykisk helse både i media og i forbindelse med disse verdensdagene, arrangementene, folk leser seg til mer og har mer kjennskap til psykisk helse. Jeg tror det hjelper, at også den samiske befolkningen tør søke hjelp, til og med eldre mennesker begynner nå å søke hjelp, og det, jeg syns at det er fremgang. Unge har jo lettere for å gjøre det. Men eldre gjør det også nå. (K8_ Gruppeintervju).

De forteller litt mer om hva de har behov for å styrke:

Vi hadde hatt behov for forebyggende tiltak, som å være med på turer, være litt ute sammen med dem, andre aktiviteter enn bare å sitte på kontoret og snakke sammen. Vi ser veldig stort behov for det. Å gå en tur med brukere, for man får til en helt annen type samtale når man går seg en tur. Gjør ting sammen. Da kommer det fram andre sider, andre ting. (K8_ Gruppeintervju).

Vi spør hva brukerne av lavterskeltjenesten har behov for:

Det er forskjellig. Og forskjellige tilbud, ikke sant. Aktivitetsgrupper til folk som ikke har så stort nettverk, det hadde vært fint. Det er jo vanskelig, generelt vanskelig, å finne støttekontakter for eksempel eller treningskamerater, så det hadde vært fint med sånn organisert aktivitetsgruppe, som vi kunne ha tilbudt de. (K8_ Gruppeintervju).

5.5.5 Bruk av medisiner

Den ene respondenten vi intervjuet hadde lang erfaring fra arbeid med de dårligst stilte i samfunnet, og var nå en sentral behandler i RPH-tilbudet til kommunen. Han hadde noen tydelige refleksjoner rundt bruk av Benzodiazepiner som vi mener det er behov for å løfte frem:

Det skulle vært tatt ut av felleskatalogen og kasta hele den benzodiazepiner-gruppa, det er en møkkamedisin. (K3_ Gruppeintervju).

Vi spør hvorfor:

Du blir avhengig, sånn [knipser] Og du endrer personlighet etter en liten stund så begynner du å bli mer...altså damer har den typiske tendensen til å bli mer og mer emosjonelt ustabile, mer og mer sinna, mer og mer fortvila. Det er økt angst jo lengre de går på det. Menn får etter hvert et ekstremt aggresjonsproblem hvis de går over lengere tid på Benzo. Altså, den Benzo-foreskrivingen den er så skitten at jeg blir så provosert. (K3_ Gruppeintervju).

Vi spør om ikke legene kjenner til disse bivirkningene, og får et ganske tydelig svar:

Det er mange leger som er ansatt av legemiddelindustrien. Overlege på sykehuset [navn på sykehus], også har du 800 000 i fra et eller annet legemiddelfirma, så spiller det ingen rolle om det er Sobril eller om det er noe annet du pusher da. Da er det jo det som sitter igjen i baklomma som betyr noe, før handlingene dine. (K3_ Gruppeintervju).

Han forteller videre at det er utrolig mange kvinner som får foreskrevet Sobril for irritabelt tarmsyndrom, og som ikke engang får informasjon om at det er vanedannende:

Sånn at når det gjelder akkurat Sobril, hvis du ikke er døende og hvis du ikke er ihuga rusmisbruker og har vært det de siste 40 årene, så er det ingen grunn til at du skal få det foreskrevet. Det finnes ikke en grunn til at du skal ha det. Det samme gjelder Imovane, Valium, alt det der. (K3_ Gruppeintervju).

Respondenten forklarer mer om hvorfor mange ønsker å bruke medisinen:

Alle de der som fikk det i en kortere periode mistet all motivasjon til å gå til behandling, for det er jo så himla mye enklere å svelge en pille enn å jobbe med deg selv (K3_ Gruppeintervju).

Vedkommende forklarte at han ikke tar inn folk som går på denne typen medisiner:

Og jeg tar ikke imot folk som går på Benzo heller, Hvis jeg får vite at de går på Benzo så er det på en måte en sånn, hvis de kommer for angst og de går på Benzo, så er jeg på at du skal slutte med medisin før du kan komme hit å få behandling, for det har ikke noen hensikt... Jeg hadde ei på fredagen, men jeg sa ikke at hun skulle slutte med Benzo, men jeg sa at du kan hvert fall slutte med de to du tar på morgenen og ettermiddagen, også får du heller begynne å bake boller på formiddagen. Og hvis du ikke vil det, så har ikke jeg noe å bistå deg med. Vil du ta tre om dagen, så blir livet sånn som du har det nå. (K3_ Gruppeintervju).

Dette er viktige erfaringer som bør tas med i den videre diskusjonen om tilbud til mennesker med psykiske helseproblemer.

5.6 Oppsummering

Hovedbudskapet fra kommuner som ikke har lavterskeltilbud for de med lettere psykiske helseproblemer, er at det er vanskelig å opprette et slikt tilbud fordi de må prioritere de sykeste. Når vi vet at 90 prosent av ressursinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ikke er rettet mot de med lettere psykiske lidelser, er dette et viktig situasjonsbilde. Vi har ikke gjennomført en evaluering av lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp, men vi har vært i noen av kommunene som har tilbudet. Tilbudet ser ut til å fungere godt i disse kommunene, og nye brukergrupper får hjelp. Men det er trolig ikke et rent helsetilbud det er snakk om fordi mange har livsmestringsproblemer heller enn sykdommer som krever helsehjelp. Flere av kommunene melder om stor etterspørsel etter gratis psykologbehandling i kommunene, og dette er forventninger helsemyndighetene har bidratt til å skape i befolkningen. Åpenhet om psykiske lidelser er ikke det samme som å legge nye problemer inn i begrepet psykisk helse. Arbeidet som gjøres av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid handler om sosialt arbeid heller enn behandling. Lavterskeltiltak er trolig i en god posisjon til å ta tak i overmedisinering for psykiske helseproblemer i befolkningen.

6 Vurderinger

En vurdering av tjenestetilbud til en gruppe brukere/pasienter, krever kunnskap om andre behovsgrupper, ressursbruk, hovedutfordringer og alternativkostnad. Kunnskapsgrunnlaget består også av andre samfunnsvitenskapelige vurderinger som SINTEF tidligere har utført. Yrkesdeltagelse er det som har størst samfunnsøkonomisk betydning. Tiltak som bidrar til at befolkningen er i arbeid er derfor viktig. Vi vet mye om de som er utenfor arbeidslivet både gjennom evalueringene av IA-avtalen (Ose, Bjerkan et al. 2009, Ose, Dyrstad et al. 2013) og studier av unge utenfor arbeidslivet (Ose and Jensen 2017) og av NAV og ytelsene som benyttes (Ose, Dyrstad et al. 2013, Ose and Slettebak 2013). Kunnskap fra kartlegging i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fra 2007 og hvert år til og med 2017, utgjør også en viktig del av kunnskapsgrunnlaget (Ose and Kaspersen 2015, Ose and Kaspersen 2016, Ose and Kaspersen 2017).

6.1 Prioriteringer

Norge har lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriteringsspmåål i helsetjenesten. I 2016 la regjeringen frem Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste³⁸. Hovedkriteriene for prioritering er:

Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet gis en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.

Det ble samtidig foreslått å sette ned et utvalg som skulle se særskilt på prioriteringsspmåålene i kommunen. Det har aldri tidligere vært en helhetlig gjennomgang av prioriteringsutfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det ble satt ned et utvalg for å få en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Utvalgets arbeid skal bidra til mer kunnskap og åpenhet om prioritering i helse- og omsorgstjenesten, og de skal foreslå mulige prinsipper for prioritering. Utvalget skal levere sin NOU innen 31. desember 2018.

Det er opplagt nødvendig å ha andre kriterier for prioritering i kommunen enn i spesialisthelsetjenesten, fordi kommunene har en mye større oppgave enn spesialisthelsetjenesten som i hovedsak kartlegger, utreder og behandler. Kommunene har ansvaret for resten. At spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse (psykisk helsevern) nå i mange tilfeller bruker nyttekriteriet for å skrive ut syke pasienter til kommunene uten å gi nødvendig veiledning og oppfølging, og uten at det overføres ressurser eller kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til kommunene – bør sannsynligvis løftes til politisk nivå. Dette ser ut til å være konsekvenser av endringer i prioriteringskriteriene som ikke er hensyntatt i forkant av endringen. Dersom dette hadde vært vurdert, ville spesialisthelsetjenesten blitt tildelt et tydelig ansvar for oppfølgingen av de som ble vurdert å ikke ha nytte av behandlingen. Kommunene kan ikke velge å ikke gi tjenester til mennesker etter nyttekriteriet, men må gi hjelp til alle som trenger det. Kommunene prioriterer i stor grad etter alvorlighetskriteriet innen psykisk helsearbeid, og det er naturlig at de hjelper de med alvorligst livssituasjon før de hjelper de med mer marginale problemer.

³⁸ Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 3. juni 2016, godkjent i statsråd samme dag.

Det er viktig at satsningen på tverrfaglige ambulante samarbeidsteam mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten videreføres og forsterkes, slik at det bygges gode tilbud mellom tjenestenivåene for de sykeste. Det er nå fare for at arbeidet med å bygge gode tjenester mellom nivåene nedprioriteres av flere årsaker:

- Stort fokus på å etablere lavterskeltjenester for forløp 1
- Stort fokus på psykologer i kommunene, de arbeider i liten grad med forløp 3
- Det er mye større sannsynlighet for å lykkes i å behandle lettere problematikk enn kroniske psykiske lidelser
- Forløp 1 utgjør en mye større andel av befolkningen enn forløp 3, og kommunene hjelper derfor flere som trenger hjelp ved å tilby hjelp i forløp 1 enn å bedre kvaliteten i tjenestene for forløp 3.

Men når tilbudene til brukere i forløp 3 bygges ned både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, blir det de sykeste som står med det svakeste tilbudet. I verste fall må kommunene kjøpe døgntjenester fra andre, mens både kommunene og spesialisthelsetjenesten konkurrerer om å behandle de letteste.

Det synes feil å bygge ut spesialiserte lavterskeltjenester til utvalgte grupper på bekostning av de sykeste med størst behov for tjenester. Vi vet at brukere i forløp 3 har store udekkede behov som gjør at de får lavt funksjonsnivå og behov for mange tjenester på begge tjenestenivå (Ose, Kaspersen et al. 2016). Det er særlig mangel på gode arbeids- og aktivitetstilbud som gir en meningsfull hverdag og et sterkere fokus på recovery-tenkning (Ose and Kaspersen 2016). Bedre tjenester for forløp 3 gruppen, vil kunne frigjøre ressurser i de kommunale tjenestene fordi funksjonsnivået øker og de klarer seg med mindre hjelp.

At psykisk helsevern kan nedprioritere å gi tjenester til kronisk syke mennesker fordi det ikke gir ønsket effekt, er feil på flere nivå. For det første mister spesialisthelsetjenesten fokus på fagutvikling. Det er enklere å skrive ut pasienter (med argumenter som "behandlingsudyktig", ikke nytte, for syk!) enn å utvikle effektive behandlingsmetoder i samarbeid med de kommunale tjenestene (som har resten av ansvaret). For det andre kan vi ikke snakke om "pasientens helsetjeneste". Det er ikke pasientens helsetjeneste dersom tjenestene ikke er tilpasset pasientene. Det som skjer i dag er at psykisk helsevern formidler at pasienten ikke er tilpasset tilbudet. For det tredje kan vi ikke snakke om spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern om de ikke arbeider som spesialister, dvs. med stort fokus på fagutvikling og utvikling av gode behandlingstilbud for de sykeste.

Dersom kommune får hjelp med å utvikle gode tilbud til forløp 3, vil dette kunne frigjøre ressurser til å utvikle lavterskeltjenester og få til et effektivt forebyggingsarbeid.

De kommunene som i samarbeid med spesialisthelsetjenesten gir et godt og adekvat helhetlig tilbud til forløp 3, vil ha mye større muligheter for å bidra i satsningen på lavterskeltjenester som inkluderer et tilbud for de med psykiske helseproblemer.

6.2 Hvorfor krav om behandling av lettere psykiske helseproblemer?

En av hovedutfordringene i tjenestetilbudet i dag, er trolig at samfunnet forholder seg til de store økonomiske analysene som viser at "folkesykdommene" som depresjons- og angstproblematikk koster samfunnet enorme summer. Analysene viser dette fordi det er så mange som rammes, ikke fordi det rammer hver enkelt så hardt.

Men også internasjonalt, argumenteres det med at prioritering av angst og depresjoner ut fra økonomiske argument på *samfunnsnivå*, ikke kan gå på bekostning av de enorme konsekvensene

alvorlige psykiske lidelser gir på *individnivå*. Dette handler både om menneskerettigheter, sosiale rettigheter og rett til helsehjelp (Patel 2016).

Det sterkt begrensede fokuset på kost-effekt analyser i prioriteringsdebatten kan gi perverse insentiver. Et eksempel som trekkes frem av Patel er at WHO har inkludert en ny og kostbar antikreftmedisin på listen over nødvendig medisin (WHOs Model List of Essential Medicines). Dette er ifølge Patel et stort steg i retning av at privilegerte grupper går foran individuelle rettigheter til helsehjelp og kliniske vurderinger basert på kost-nytte analyser for hele befolkningen ³⁹

Innen psykisk helse, vil bruk av kost-nytte analyser på befolkningsnivå føre til at lettere helseproblematikk prioriteres fordi det rammer mange, men gir relativt milde konsekvenser på individnivå - foran alvorlige psykiske lidelser som rammer få, men som gir svært alvorlige konsekvenser på individnivå.

Som et resultat, bygges det opp tjenester for folk med lettere psykisk helseproblematikk, og særlig lettere angst og depresjonsproblemer, fordi dette er de største gruppene i befolkningsstudiene.

6.3 Tilbud i dag

Det er etablert flere tilbud som innebærer individrettede tiltak for voksne brukere med lettere psykiske helseproblemer:

- Senter for jobbmestring (NAV): Målgruppen er personer med lett til moderat angst og/eller depresjon som arbeidshinder for de som ønsker bistand til raskt å komme i arbeid. Tilbudet finnes i 8 fylker.
- Rask psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet): Målgruppen er voksne (over 16 år) med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg. Tilbudet finnes i 35 kommuner og 8 bydeler i Oslo ved utgangen av 2017.
- Raskere tilbake (NAV og Helsedirektoratet):
 - Tilbud om individuell avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging, samt tilbud innenfor lettere psykiske lidelser
 - Behandling i spesialisthelsetjenesten, med vekt på lettere psykiatri, fysikalsk medisin og rehabilitering, samt ortoped.⁴⁰
- Spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern (poliklinisk behandling). Ca hver 8. pasient har for eksempel diagnosene mild (F32.1) eller moderat depressive episode (F32.0), ifølge Helsedirektoratet.⁴¹

³⁹ <http://usa.thelancet.com/blog/2015-05-18-who-takes-big-step-promote-cancer-treatment-worldwide>

⁴⁰ www.nav.no

⁴¹ Det kan gjøres detaljerte analyser av utviklingen i diagnosesammensetning i spesialisthelsetjenesten, men vi må ta hensyn til diagnoseglidning (mer alvorlige diagnoser benyttes for samme tilstand når pasientsammensetningen tilsier en lettere pasientgruppe).

- Private avtalespesialister (psykologer og psykiatere som har avtale med helseforetakene). Også her har om lag hver 8. pasient mild (F32.1) eller moderat depressive episode (F32.0) ifølge Helsedirektoratet.
- Frisklivssentralene kan tilby kurs i mestring av depresjon (KiD) og belastning (KiB), veiledning ved søvnevansker og samtaler om alkoholvaner.

I tillegg har tjenester/aktører som fastlegen, helsesøstertjenester, ansatte i helse- og omsorgstjenester, lærere og andre ansatte i offentlige tjenester ofte kontakt med personer med lettere psykiske problemer/lidelser, fordi det er vanlig i befolkningen.

At både NAV og Helsedirektoratet har utviklet tiltak direkte rettet mot angst og/eller depresjoner er et godt eksempel på at det ikke er opplagt at lettere psykiske helseproblemer er helsevesenet sitt ansvar. NAV etablerte Senter for jobbmestring fordi de så at det var mange som sto utenfor arbeidslivet fordi de hadde psykiske helseproblemer/lidelser. Hovedmålet i NAV er å få flest mulig i arbeid, og det er naturlig at de ønsket å behandle de psykiske helseproblemene. På nettsiden til NAV står det også at personer med lettere psykiske lidelser tilbys utredning/behandling av psykolog og/eller psykiater opptil 18 uker levert fra Norsk arbeidshelse as. Raskere tilbake ble etablert som ett av virkemidlene i IA-avtalen (Inkluderende arbeidsliv) mellom myndighetene og partene i arbeidslivet (Ose, Dyrstad et al. 2013). Målet er å unngå sykefravær og hjelpe sykmeldte arbeidstakere raskere tilbake i jobb.

Fra 2018 er Raskere tilbake-ordningen i NAV og i de regionale helseforetakene lagt om, og de øremerkede midlene for sykmeldte arbeidstakere er overført til ordinære bevilgninger for tiltak og pasientbehandling hos henholdsvis NAV og spesialisthelsetjenesten. NAV skriver også på sin nettside⁴² at fra 2018 er enkelte behandlingstilbud overført fra NAV til spesialisthelsetjenesten. Det er uklart hvilke tiltak dette er, er for eksempel tilbudene som ble kjøpt fra Norsk arbeidshelse as når det gjelder lettere psykiske lidelser⁴³. Aktuelle pasienter som tidligere ble henvist til Raskere tilbake tiltak, skal nå henvises til spesialisthelsetjenesten på samme måte som alle andre pasientgrupper.

Det ser ut til å være store overlapp mellom de ulike målgruppene for tilbudene, men kanskje har de alle til felles (med unntak av offentlige poliklinikker) at brukerne/pasientene har lettere psykiske helseproblemer/lidelser og er motivert for psykologisk behandling og har visse ressurser som gjør at de oppsøker og ønsker tilbudet. Mange av tilbudene har kvinner rundt 35 til 50 år som hovedgruppe. Men dette er kanskje ikke så rart. Forskning på ulike livsfaser, viser at stress og sinne reduseres med alderen, men at bekymringer er \cap -formet med en topp rundt 40 i høy-inntekstland for å deretter gradvis reduseres og en sterkere nedgang etter 55 års alder jf. artikkel publisert i The Lancet (Stephoe, Deaton et al. 2015), se figur 13, øverst til venstre. Kvinner ser ut til å ligge høyere i andel med bekymringer enn menn, men det er liten forskjell i aldersgruppen 34-44. Det tydeligste med dagens tjenester, er kanskje at menn ikke er bedre representert.

⁴² <https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging/Sykmeldt+arbeidstaker/Raskere+tilbake>

⁴³ Norsk arbeidshelse as skriver på sin nettside at hensikten med tiltaket er at sykmeldte skal komme raskere tilbake i jobb gjennom behandling hos psykolog. Vanlige symptomer kan være angst, depresjon og stressrelatert uhelse. <http://www.norskarbeidshelse.no/tjanster/raskere-tilbake/>



Figur 11 Andel som rapporterte at de hadde opplevd mye bekymringer dagen før de ble spurt etter alder i fire regioner. Kilde: Steptoe, Deaton et al., 2015 figur 2. Kvinner rød, menn blå linje.

6.4 Behov for tiltak for personer med lettere psykiske helseproblemer

I 2008 utarbeidet SINTEF en omfattende rapport om arbeid, psykisk helse og rus (Ose et al, 2008). Vi konkluderte der med at:

det er svært få utviklede tiltak for personer med lettere psykiske lidelser. Dette har flere årsaker. For det første var det en relativt ny erkjennelse at lettere psykiske lidelser står for en stor andel av sykmeldingene og uføretrygdingen. For det andre kan personer med lettere psykiske lidelser lettere gå inn i andre tiltak uten at behovet for egne opplegg er så tydelig. For det tredje er det begrenset kunnskap om funksjonsevne og arbeidsevne for denne store gruppen og en av årsakene til dette er den store graden av heterogenitet i målgruppen.

Forskningen på ulike arbeidsmarkedstiltak har i stor grad vært konsentrert rundt personer med alvorlige psykiske lidelser. I et samfunnsøkonomisk perspektiv kan dette likne på et paradoks. De med alvorlige psykiske lidelser er en liten gruppe – og det aller meste av ressursene i spesialisthelsetjenesten går til behandling av denne type lidelser. Dette er en riktig helsefaglig prioritering, ved at de sykeste skal behandles foran de mindre syke.

Dersom samme vurderingen skal gjøres i forhold til arbeidstiltak som i forhold til helsetiltak, må de som har størst "skade" av å være uten arbeid prioriteres først. Om dette er de alvorlig syke eller de med lettere psykiske lidelser er vanskelig å si, men det er ikke opplagt at helsetapet de alvorlig syke vil ha av å være uten arbeid er større enn det de med lettere psykiske lidelser vil oppleve dersom de faller ut av arbeidslivet eller ikke kommer inn. Selv om prioritering av alvorlig syke er riktig i

forhold til klinisk behandling, er det ikke opplagt at alvorlig psykisk syke skal prioriteres foran de med lettere lidelser når arbeidstiltak skal utvikles og iverksettes.

De samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til lettere psykiske lidelser antas å være svært høye pga sykefravær, produktivitetstap m.m. Årsaken til at kostnadene er høye skyldes at dette gjelder så mange flere enn de med alvorlige lidelser. I et arbeidslivsperspektiv, om målet er å inkludere flest mulig, redusere sykefraværet, og hindre flest mulig fra å falle ut av arbeidslivet – vil ikke tiltak rettet mot de relativt få alvorlig syke ha særlig effekt.

En vurdering på samfunnsnivå, heller enn på individnivå, vil derfor gi at tiltak for at personer med lettere psykiske lidelser og problemer skal beholde, styrke og utvikle arbeidslivstilknytningen bør prioriteres.

Vår hovedkonklusjon var at det var stort behov for mer forskning på arbeid og psykisk helse for alle forløp, inkludert rusproblematikk. Forskningsmidlene kom aldri, og Senter for jobbmestring ble etablert uten et godt kunnskapsgrunnlag som viste at dette ville redusere de høye nasjonale tallene knyttet til produksjonstapet i arbeidslivet grunnet psykiske helseproblemer. Individuell kognitiv adferdsterapi er ikke det som løser samfunnsutfordringene knyttet til dette produksjonstapet. Dette treffer for få. Det må tenkes mye bredere og det må gjøres en grundig prioritering av tiltak på ulike nivå. Tjenestene må ses i sammenheng, og det kan ikke være kostbar individuell behandling for lettere psykiske lidelser som er løsningen på disse problemene. Lettere psykiske helseproblemer og psykiske helseplager er så utbredt at det må ses i tett sammenheng med folkehelsearbeidet heller enn noe som skal løses i helsetjenestene.

6.5 Befolkningens psykiske helse

Som vist i kapittel 1.3 er det ikke slik at vi i Norge har dårlig psykisk helse. Den nye rapporten "Psykisk helse i Norge" fra Folkehelseinstituttet (januar 2018) konkluderer med at den norske befolkningen jevnt over er fornøyd med livene sine (Reneflot A, Aarø LE et al. 2018). Rapporten viser at de fleste ungdommer er fornøyd med livene og foreldrene sine, og at tre av fire tror de vil få et godt og lykkelig liv. Både lykkenivået og tilfredsheten med livet har økt noe de siste årene ifølge rapporten.

FHI konkluderer også med at det er ingen holdepunkter for å si at andelen med psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen. Derimot observerer de en økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for sine plager. Når det gjelder rusbrukslidelsene, er det med bakgrunn i økt alkoholkonsum grunn til å anta at det har vært en økning i andelen med alkohollidelser (ibid).

De skriver på side 49 at personer som opplever ensomhet, ydmykelser, mobbing eller stor grad av mellommenneskelige konflikter, har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon. Skilte personer har også høyere risiko for å ha psykiske lidelser enn gifte. Videre skriver de at belastende livshendelser og traumer øker risikoen for psykiske lidelser. Dette gjelder flere typer traumer og belastninger som for eksempel overfall, voldtekt og krig, eller å miste jobben og å oppleve dødsfall i nær familie eller omgangskrets. Omsorgssvikt og seksuelt, fysisk eller emosjonelt misbruk i barndommen er også risikofaktor for å utvikle psykiske lidelser som angst, depresjon, bulimi, personlighetsforstyrrelser og schizofreni. Referansene til forskningen bak finnes i rapporten (ibid).

6.6 Hvilket behov dekkes av Rask psykisk helsehjelp?

I de kommunene som vi har besøkt som har RPH, synes tilbudet å være godt og mange får hjelp. Vår bekymring er om de treffer målgruppen godt nok. Grunnen er at de forteller at hovedtyngden av brukergruppen er kvinner i 30-40 årene med relativ høy utdanning som er i arbeid. Dette ligner pasientgruppen som får behandling hos private avtalespesialister over lang tid. Det kan dermed se ut

som RPH blir et gratis tilbud for behandling av angst – og depresjoner som hjelper de som har lettest for å finne frem til tjenestene og nyttiggjøre seg dem. Samtidig vet vi at det er et stort behov fordi det er liten kapasitet hos avtalespesialistene. Flere av kommunene vi var i, var også selv usikker på om de traff målgruppen godt nok. Men samtidig viser figur 13 at dette er gruppen med størst bekymringer i hverdagen, slik at det treffer likevel kanskje godt for de som sliter med denne typen problemer. Å gi denne gruppen og andre grupper som har stor fare for sykmeldinger et tilbud, synes å være fornuftig. Men det er høyst usikkert om dette bør være en rendyrket psykisk helsetjeneste, eller om de heller bør basere sin virksomhet på sykefraværsforebygging i arbeidslivet. Men der er det allerede mange aktører, og den viktigste er NAV Arbeidslivssenter med betydelig kompetanse på norsk arbeidsliv, inkludert arbeid og psykisk helse.

Med dagens føringer, rekrutterer RPH i liten grad brukere fra NAV i case-kommunene. Langvarige brukere av NAV har ofte en komplisert og sammensatt problematikk som NAV ikke har kompetanse alene til å håndtere (Ose, Dyrstad et al. 2013, Ose and Jensen 2017). Men de er ikke syke nok til å få hjelp av spesialisthelsetjenesten. Et kommunalt sterkt lavterskeltilbud innen mestring av livssituasjon eller enn psykisk helse (som noen delvis beskriver tjenestene som i dag), med mulighet til å videresende vanskeligere saker til egne tjenester på et høyere nivå, kan føre til at flere får hjelp. Men tilbudet kan ikke være begrenset til en spesifikk diagnosegruppe og en type behandling eller terapi slik som i dag, selv om mange av brukerne i NAV ville kunne hatt nytte av det. Sannsynligvis er det ikke terapi denne gruppen først og fremst trenger, men arbeid og aktivitet.

6.7 Behov for en lavterskeltjeneste

Som også vist i den siste rapporten fra Folkehelseinstituttet, er det faktorer som ensomhet, ydmykelser, mobbing, mellommenneskelige konflikter, skilsmisser, belastende livshendelser, traumer (overfall, voldtekt og krig), å miste jobben, omsorgssvikt, seksuelt, fysisk eller emosjonelt misbruk i barndommen som er risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser (Reneflot A, Aarø LE et al. 2018).

For å forebygge psykiske lidelser er det derfor dette det må tas tak i.

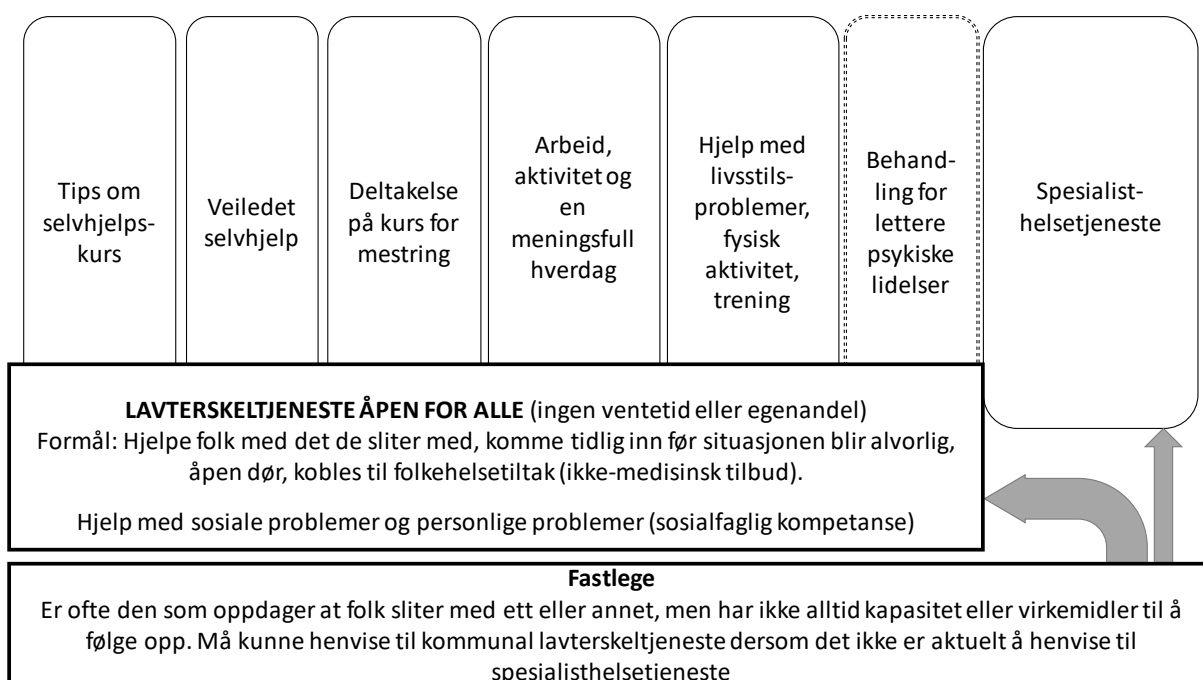
Lettere psykiske helseproblemer/lidelser har derfor nær sammenheng med sosiale problemer (for eksempel dårlig arbeidsforhold, dårlig bolig, dårlig nærmiljø, manglende sosialt nettverk, fattigdom, arbeidsløshet, familieoppløsning, mishandling, prostitusjon, misbruk og kriminalitet⁴⁴) og personlige problemer (for eksempel samlivsbrudd, arbeidsledighet, ulike livshendelser, ensomhet, søvnproblemer). På dette området er det derfor ikke riktig å operere med diagnoser, men heller å se på de reelle problemene det enkelte menneske sliter med og forsøke å finne gode og effektive løsninger.

Det er ikke samfunnsøkonomisk lønnsomt å vente til de sosiale problemene eller de personlige problemene medfører diagnostiserbare psykiske lidelser som skal behandles av helsevesenet. Det er dette vi i stor grad gjør i dag uten lavterskeltjenester innrettet mot sosiale og personlige problemer.

En kommune må tenke på hele befolkningen, og kan ikke bygge ut spissede tjenester som i stor grad bistår en selektert gruppe mennesker, typisk kvinner med høy utdanning som ut i fra en egenredering mener at de trenger psykologisk behandling. Dette vil føre til økte sosiale forskjeller og at privilegerte grupper prioriteres av kommunene.

Det logiske for en kommune å gjøre i dag, er å etablere en lavterskeltjeneste som retter seg mot både sosiale, personlige og psykiske problemer. Vi kan tenke følgende modell, se figur 14.

⁴⁴ Bruusgaard, Dag. (2017, 30. mai). Sosialt Problem. I Store medisinske leksikon. Hentet 23. januar 2018 fra https://sml.snl.no/sosialt_problem.



Figur 12 Fastlege og lavterskeltjeneste, modell for etablering av tjenester.

Behandling for lettere psykiske lidelser kan ikke etableres som eneste tjeneste utover fastlegetjenesten. Da vil alle få behov for behandling for lettere psykiske lidelser, heller enn at de får hjelp med det de sliter med. Lavterskeltjenesten kan ikke etableres etter en medisinsk modell, men RPH kan være en del av et slikt tilbud dersom det er befolkningsgrunnlag og ressurser tilgjengelig for et slikt spisset terapitilbud. Men å etablere kun RPH, ekskluderer mange grupper som har behov for hjelp, men som kommunen ikke har et tilbud for. I tillegg til den sosialfaglige kompetansen, kan det være mange yrkesgrupper som er aktuelle, også helsefaglige.

6.8 Behov for halvannenlinjetjeneste?

Dersom de som behandles for psykiske lidelser i kommunene i stor grad er de som får avslag fra spesialisthelsetjenesten, kan RPH være en riktig retning fordi det dekker et behov for halvannenlinjetjenesten. Men da kan de ikke begrense tjenestene til kun å dekke behandling for angst og depresjon, men RPH må også gi hjelp til de med alvorlige psykiske lidelser som kommunen har ansvar for og andre, som ikke får hjelp i spesialisthelsetjenesten. Med noen unntak, ser det ikke ut som psykologene i kommunen i særlig grad arbeider mot forløp 3 i kommunene, men her er vi usikre og dette bør undersøkes nærmere. Om RPH er en halvannenlinjetjeneste, vil det handle om å styrke det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet, heller enn å etablere nye tjenester som kommer en selektert gruppe til gode.

Selv om kommunene får hovedansvaret for behandling av lettere angst- og depresjonslidelser som avvises i spesialisthelsetjenesten, vil det i kommunal tenkning være unaturlig å etablere dette som et eget tilbud, uten å se det i sammenheng med de andre kommunale tjenestene og andre brukeres behov. Mange kommuner vil velge å styrke halvannenlinjearbeidet på en annen måte, da først og fremst gjennom å få spesialisthelsetjenesten mer på banen for brukere i forløp 3 som de i dag ofte får eneansvar for uten å ha spesialistkompetanse. Dernest kan kommunene bygge ut arbeids- og aktivitetstilbud som kan dekke mange grupper i befolkningen med behov for en mer meningsfylt hverdag.

Innen psykisk helse er det særlig tjenester til mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser som diskuteres. Her er det lenge anbefalt at det bør etableres spesialiserte, lokalbaserte team for tidlig

intervensjon og aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT) i høy-inntektsland som Norge (Thornicroft and Tansella 2004). I Norge var det 26 prosent av kommunene som oppgav at de har flerfaglige oppsøkende team i 2017, og andelen øker med kommunestørrelse. Det er bare fem prosent av landets kommuner som oppgir å ha ACT-team eller FACT-team, og 11 prosent har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (Ose and Kaspersen 2017). Her gjenstår altså et stort utbyggingsarbeid.

Halvannenlinjetjenester i form av kommunale institusjoner med psykolog- og psykiaterkompetanse tilsvarende det de har i Danmark, bør også diskuteres. Vi vet at de som har størst behov for tjenester fra begge nivå, har alvorlige psykiske lidelser og har sosiale problemer med lav utdanning, lav inntekt og dårlige nettverk (Ose, Kaspersen et al. 2016).

6.9 Folkehelsesatsning som inkluderer psykisk helse

I Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter, presenterer regjeringen strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg. Regjeringen vil utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter for hver enkelt av oss til å ta ansvar for egen helse. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling og det skal utvikles en moderne eldrepolitikk med vekt på aktivitet og deltakelse. Regjeringen vil styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer helse og trivsel.

Det står videre at det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid.

I ettertid er det etablert "Program for folkehelsearbeidet i kommunene (2017-2027) En satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet". Program for folkehelsearbeid i kommunene er en tiårig satsing for å utvikle kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Satsingen skal bidra til å styrke kommunenes langsiktige og systematiske folkehelsearbeid jf. folkehelseloven. Programmet skal særlig bidra til å integrere psykisk helse som del av det lokale folkehelsearbeidet og fremme lokalt rusforebyggende arbeid. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe. Det skal legges vekt på kunnskapsbasert utvikling og spredning av tiltak bl.a. for å styrke barn og unges trygghet, mestring og bruk av egne ressurser. Satsingen skal søke å hindre utenforskap ved å fremme tilhørighet, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet.

Det er stort behov for fagutvikling i forebyggingsarbeidet i kommunene, men det er kommunene som må utvikle de lokale løsningene som passer egen befolkning. Utviklingsarbeidet må ikke begrenses eller styres av statlige aktører, som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Det må benyttes et bredt spekter av kompetanse og kunnskap.

6.10 Videre forskning

Det er svært lite konkurranseutsatte forskningsmidler innen psykisk helse. Det er stort behov for forskning og analyser utover det som gjøres i dag av helseforetak og kompetansesentre om kommunene skal lykkes med folkehelsearbeidet generelt, og med utvikling av kommunale tjenester som virker forebyggende på både somatiske og psykiske helseproblemer. Det er behov for forskning på bruker/pasientstrømmer, organisering, ansvarsfordeling, finansiering og prioriteringer både mellom nivå og innen nivå. Lavterskeltjenester er ikke tilstrekkelig utforsket, men det er kommunene som må etablere tjenestene og starte et utviklingsarbeid for å kunne tilby befolkningen tjenester som bidrar til at de som trenger det, får hjelp før situasjonen blir alvorlig og ressurskrevende for alle parter. Forebygging er generelt et forskningsområde som er altfor lavt prioritert, gitt de samfunnsøkonomiske gevinstene et godt forebyggingsarbeid vil medføre.

7 Konklusjon

Kommunene har store oppgaver på mange områder, og det er urealistisk å forvente at alle kommuner skal etablere en egen lavterskeltjeneste for psykisk helse. Det er behov for lavterskeltjenester, men de bør ikke forbeholdes psykiske helseproblemer. Det er god kunnskap om at psykiske helseproblemer i mange tilfeller skyldes sosiale og personlige problemer, og det er nødvendig at innbyggerne får hjelp til å løse disse problemene for å forebygge psykiske helseproblemer. Et lavterskeltilbud bør etableres for å komme tidlig inn med hjelp til innbyggere i ulike livssituasjoner som har behov for hjelp. Tjenesten må ta imot innbyggere med alle mulige problemer. Det sosialfaglige perspektivet må ha en tung vekt i tjenesten, og det må utvikles gode metoder for å hjelpe folk med det de sliter med. Det er slik kommunene kan forebygge psykiske lidelser. Noen vil trenge hjelp til å ordne de konkrete problemene sine, andre vil ha god nytte av selvhjelpsprogrammer eller en samtale med en person som ser og forstår dem, noen kan ha nytte av kognitiv adferdsterapi, mens andre kan ha god nytte av ulike mestringstilbud og kurs.

Tilbudet vil se forskjellig ut i de ulike kommunene og hver enkelt kommune bør ta utgangspunkt i de tilbudene som eksisterer og fungerer lokalt, og deretter bygge ut slik at de rigger seg for å komme tidlig inn med bistand når det gjelder sosiale, personlige og psykiske problemer. Tjenester/aktører som kommuneoverlege, fastleger, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, kommunepsykologer, folkehelsekoordinatorer, frivillighetssentral eller frivillige organisasjoner, frisklivssentral, helsestasjoner, DPS, NAV og andre aktører som finnes lokalt, bør samles og diskutere hvordan de kan etablere et lavterskeltiltak som dekker befolkningens behov for hjelp med sosiale, personlige og psykiske helseproblemer samtidig som det sikrer at kommunene kommer tidlig inn og yter bistand på et riktig tidspunkt og i de riktige situasjonene. Hvilke aktører som samles, vil være avhengig av hvilke aktører som finnes lokalt. Deretter må kommunene etablere lavterskeltiltak med de ressursene de mener er viktig å bruke på dette. De må kontinuerlig vurdere hvordan tjenestene fungerer, og gjøre nødvendige endringer om de ser at tilbudet ikke treffer godt. Dette er et utviklingsarbeid som kommunene selv må gjøre, og dette er oppgaver som ikke kan løses innen en snever medisinsk behandlingsmodell.

Referanser

Aarre, T. (2010). Manifest for psykisk helsevern Oslo, Universitetsforlaget.

Andersson, G., P. Cuijpers, P. Carlbring, H. Riper and E. Hedman (2014). "Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis." *World Psychiatry* **13**(3): 288-295.

Andersson, G., N. Topooco, O. Havik and T. Nordgreen (2016). "Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression." *Expert Review of Neurotherapeutics* **16**(1): 55-60.

Anwar-McHenry, J., R. J. Donovan, G. Jalleh and A. Laws (2012). "Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign." *Journal of Public Mental Health* **11**(4): 186-194.

Barrett, P. (2009). "An uncertain prognosis." *Mental Health Practice* **12**(6): 12-15.

Bolsover, N. (2007). "Talking Therapies and the NHS." *Mental Health Review Journal* **12**(1): 3-6.

Brunvold, A. R. and L.-H. Lunde (2014). "Eldre i psykoterapi: en undersøkelse av fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger." *Tidsskrift for norsk psykologforening* **51**: 113-118.

Clark, D. M. (2011). "Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience." *International Review of Psychiatry* **23**(4): 318-327.

Clark, D. M., R. Layard, R. Smithies, D. A. Richards, R. Suckling and B. Wright (2009). "Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites." *Behaviour Research and Therapy* **47**(11): 910-920.

Collings, S., F. Mathieson, A. Dowell, J. Stanley, S. Hatcher, F. Goodyear-Smith, B. Lane and A. Munsterman (2015). "Clinical effectiveness of an ultra-brief intervention for common mental health syndromes in primary care: study protocol for a cluster randomized controlled trial." *Trials* **16**(1): 260.

Cuijpers, P., A. van Straten and F. Smit (2006). "Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials." *International Journal of Geriatric Psychiatry* **21**(12): 1139-1149.

Dalgard, O. S. (2004). "Kurs i mestring av depresjon - en randomisert, kontrollert studie." *Tidsskr Nor Lægeforen* **124**(23): 3043-3046.

Dalgard, O. S. (2006). "A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540)." *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* **2**(1): 15.

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

Donovan, R., G. Jalleh, K. Robinson and C. Lin (2016). "Impact of a population-wide mental health promotion campaign on people with a diagnosed mental illness or recent mental health problem." *Australian and New Zealand Journal of Public Health* **40**(3): 274-275.

El Alaoui, S., E. Hedman, V. Kaldø, H. Hesser, M. Kraepelien, E. Andersson, C. Rück, G. Andersson, B. Ljótsson and N. Lindefors (2015). "Effectiveness of Internet-based cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **83**(5): 902-914.

Fossestøl, K. and I. Skarpaas (2013). *Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten: en evaluering*. AFI-rapport. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.

- Garvik, M., T. Idsoe and E. Bru (2014). "Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course." *Emotional and Behavioural Difficulties* **19**(2): 195-209.
- Garvik, M., T. Idsoe and E. Bru (2016). "Motivation and Social Relations in School Following a CBT Course for Adolescents With Depressive Symptoms: An Effectiveness Study." *Scandinavian Journal of Educational Research* **60**(2): 219-239.
- Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo, Unipub forlag.
- Hagen, H. and T. Ruud (2004). *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003*.
- Hedman, E., B. Ljótsson, V. Kaldo, H. Hesser, S. El Alaoui, M. Kraepelien, E. Andersson, C. Rück, C. Svanborg, G. Andersson and N. Lindefors (2014). "Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care." *Journal of Affective Disorders* **155**(Supplement C): 49-58.
- Hedman, E., B. Ljótsson, C. Rück, J. Bergström, G. Andersson, V. Kaldo, L. Jansson, E. Andersson, E. Andersson, K. Blom, S. El Alaoui, L. Falk, J. Ivarsson, B. Nasri, S. Rydh and N. Lindefors (2013). "Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care." *Acta Psychiatrica Scandinavica* **128**(6): 457-467.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. Ot.prp.nr. 65*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo, Akademika AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Prop. 1 S (2011–2012) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2012. Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790. Inntektskapitler: 3703–3751, 5572 og 5631*. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hermundstad, G. (2005). "Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl." *tidsskrift for norsk psykologforening* **42**: 3-8.
- Kalseth, J., S. O. Ose, B. Kalseth, B. Paulsen and J. Magnussen (2013). *Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.
- Kaspersen, S. L., S. O. Ose and J. Kalseth (2009). *Sammenstilling av personellinnsats: Det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet 2007*. I SAMDATA sektorrappport for det psykiske helsevernet 2008 2/09 (ed P.B. Pedersen).
- Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and well-being*. . UK Palgrave Macmillan.
- Knopp-Hoffer, J., S. Knowles, P. Bower, K. Lovell and P. E. Bee (2016). "'One man's medicine is another man's poison': a qualitative study of user perspectives on low intensity interventions for Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)." *BMC Health Services Research* **16**: 188.
- Konsmo, T., M. de Vibe and A. Vege (2015). *Utvikling, spredning og resultater av Lyst på livet – et helsefremmende konsept for eldre. Notat om kvalitetsutvikling nr. 2–2015 fra Kunnskapscenteret*. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Koushede, V., L. Nielsen, C. Meilstrup and R. J. Donovan (2015). "From rhetoric to action: Adapting the Act-Belong-Commit Mental Health Promotion Programme to a Danish context." *International Journal of Mental Health Promotion* **17**(1): 22-33.
- Langballe, E. M. and M. Evensen (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Oslo, Folkehelseinstituttet.

London School of Economics and Political Science (2006). The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders. Centre for Economic Performance special papers, CEPOP15. Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science, London, UK. , London School of Economics and Political Science.

Major, E. F., O. S. Dalgard, K. S. Mathisen, E. Nord, S. O. Ose, M. Rognerud and L. E. Aarø (2011). Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo, Folkehelseinstituttet.

McGorry, P., T. Bates and M. Birchwood (2013). "Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK." *The British Journal of Psychiatry* **202**(s54): s30-s35.

McHugh, P., J. Brennan, N. Galligan, C. McGonagle and M. Byrne (2013). "Evaluation of a primary care adult mental health service: Year 2." *Mental Health in Family Medicine* **10**(1): 53-59.

Muir, K., A. Powell, R. Patulny, S. Flaxman, S. McDermott, I. Oprea, S. Gendera, J. Vespignani, T. Sitek, D. Abello and I. Katz (2009). Independent evaluation of headspace: the National Youth Mental Health Foundation. SPRC Report. Sydney, Social Policy research Centre, University of New South Wales. **19**.

Nielsen, L. and V. Koushede (2015). ABC for mental sundhed – fra retorik til handling. København, Statens Institut for Folkesundhed.

Nord, E. and O. S. Dalgard (2006). "Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon." *Tidsskr Nor Laegeforen* **126**(5): 586-588.

Nordgreen, T., R. Gjestad, G. Andersson, P. Carlbring and O. E. Havik (2017). "The implementation of guided Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts." *Cognitive Behaviour Therapy*: 1-14.

Nordhus, I. H. and S. Pallesen (2003). "Psychological treatment of late-life anxiety: An empirical review." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **71**(4): 643-651.

O’Keeffe, L., A. O’Reilly, G. O’Brien, R. Buckley and R. Illback (2015). "Description and outcome evaluation of Jigsaw: an emergent Irish mental health early intervention programme for young people." *Irish Journal of Psychological Medicine* **32**(1): 71-77.

Ose, S. O. (2016). "Using Excel and Word to Structure Qualitative Data." *Journal of Applied Social Science*.

Ose, S. O., A. M. Bjerkan, I. Pettersen, K.-G. Hem, A. Johnsen, J. Lippestad, B. Paulsen, T. O. Mo and P. Ø. Saksvik (2009). Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). SINTEF Rapport A11947. Trondheim, SINTEF.

Ose, S. O., K. Dyrstad, I. Brattlid, R. Slettebak, H. Jensberg and R. Mandal (2013). Oppfølging av sykmeldte–fungerer dagens regime? SINTEF Rapport A24297. Trondheim, SINTEF.

Ose, S. O., K. Dyrstad, I. Brattlid, R. Slettebak, H. Jensberg and R. Mandal (2013). "Oppfølging av sykmeldte–fungerer dagens regime?" Rapport, SINTEF.

Ose, S. O., K. Dyrstad, R. Slettebak, J. Lippestad, R. Mandal, I. Brattlid and H. Jensberg (2013). Evaluering av IA-avtalen 2010–2013 SINTEF Rapport A24444. Trondheim,, SINTEF.

Ose, S. O., K. Dyrstad, R. Slettebak, J. Lippestad, R. Mandal, I. Brattlid and H. Jensberg (2013). Evaluering av IA-avtalen (2010-2013).

Ose, S. O. and C. Jensen (2017). "Youth outside the labour force—Perceived barriers by service providers and service users: A mixed method approach." *Children and Youth Services Review* **81**: 148-156.

Ose, S. O. and S. L. Kaspersen (2015). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Rapporter i egen rapportserie. Trondheim, SINTEF.

- Ose, S. O. and S. L. Kaspersen (2016). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF Rapport.
- Ose, S. O. and S. L. Kaspersen (2017). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF Rapport. Trondheim. **17:00801**.
- Ose, S. O., S. L. Kaspersen and I. Pettersen (2016). "Transferring psychiatric specialist services to local authorities-Characteristics of the patients involved." *Nord J Psychiatry*: 1-8.
- Ose, S. O. and I. Pettersen (2014). Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. november 2012.
- Ose, S. O. and R. Slettebak (2013). Trondheim kommunes arbeid med oppfølging av sykmeldte: Et følgeforskningsprosjekt. Rapport A25013. Trondheim, SINTEF.
- Ose, S. O. and R. T. Slettebak (2014). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon.
- Patel, V. (2016). "Universal Health Coverage for Schizophrenia: A Global Mental Health Priority." *Schizophrenia Bulletin* **42**(4): 885-890.
- Pedersen, P. B. and A. M. Bjerkan (2008). Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III.
- Pedersen, P. B., S. E. Lilleeng and S. Marit (2008). Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport I.
- Public Health England (2017). Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health. PHE publications. London, Public Health England, Personal Social Services Research Unit.
- Reme, S. E., A. L. Grasdal, C. Løvvik, S. A. Lie and S. Øverland (2015). "Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial." *Occupational and Environmental Medicine* **72**(10): 745-752.
- Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K and Ø. S (2018). Psykisk helse i Norge. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-878-1. Tilgjengelig på www.fhi.no.
- Rickwood, D. J., K. R. Mazzer, N. R. Telford, A. G. Parker, C. J. Tanti and P. D. McGorry (2015). "Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people visiting headspace centres for mental health problems." *The Medical Journal of Australia* **202**(10): 537-542.
- Rodal, J. and K. Frank (2008). Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering. Oslo, Helsedirektoratet.
- Ruud, T., E. W. Martinsen and S. Friis (1998). "Chronic patients in psychiatric institutions: psychopathology, level of functioning and need for care." *Acta Psychiatr Scand* **97**(1): 55-61.
- Santini, Z. I., A. Koyanagi, S. Tyrovolas, J. M. Haro, R. J. Donovan, L. Nielsen and V. Koushede (2017). "The protective properties of Act-Belong-Commit indicators against incident depression, anxiety, and cognitive impairment among older Irish adults: Findings from a prospective community-based study." *Experimental Gerontology* **91**: 79–87.
- Schneider, J., P. Sarrami Foroushani, P. Grime and G. Thornicroft (2014). "Acceptability of Online Self-Help to People With Depression: Users' Views of MoodGYM Versus Informational Websites." *Journal of Medical Internet Research* **16**(3): e90.
- Skjeldal, E. (2015). "En syk psykiatri." 2016.
- Smith, O. R. F., D. E. Alves and M. Knapstad (2016). Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. Oslo, Folkehelseinstituttet.

- Steen, T. (2005). Asylet Gaustad sykehus 150 år, Aschehoug.
- Steptoe, A., A. Deaton and A. A. Stone (2015). "Subjective wellbeing, health, and ageing." *The Lancet* **385**(9968): 640-648.
- Strand, B. H., H.-M. Eriksen, K. Tambs and V. F. Skirbekk (2014). Helse hos eldre i Norge. Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. C. Stoltenberg. Oslo, Folkehelseinstituttet: 71-79.
- Sælid, G. A., N. O. Czajkowski, A. Holte, K. Tambs and L. E. Aarø (2016). "Coping With Strain (CWS) course – its effects on depressive symptoms: A four-year longitudinal randomized controlled trial." *Scandinavian Journal of Psychology* **57**(4): 321-327.
- Sælid, G. A., N. O. Czajkowski, A. Holte, K. Tambs and L. E. Aarø (2016). "Positive mental health effects of the Coping With Strain (CWS) course on employees: a four-year longitudinal randomized controlled trial." *International Journal of Mental Health Promotion* **18**(3): 158-175.
- Thornicroft, G., T. Deb and C. Henderson (2016). "Community mental health care worldwide: current status and further developments." *World Psychiatry* **15**(3): 276-286.
- Thornicroft, G. and M. Tansella (2004). "Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence." *Br J Psychiatry* **185**: 283-290.
- van der Vaart, R., V. Ateama and A. W. Evers (2016). "Guided online self-management interventions in primary care: a survey on use, facilitators, and barriers." *BMC family practice* **17**(1): 27.
- Vold, B. (1999). "Psykiatriens historie i Norge, del 1. Den store institusjonsoppbyggingen." *Psykiatri historie*.
- Vold, B. (2002). "Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling." *Statistiske Analyser (SA 56)*.
- Watts, J. (2016). *IAPT and the ideal image. The future of psychological therapy: From managed care to transformational practice.* J. Lees. London / New York, Routledge: 84-101.
- WHO (2008). *Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.* Frankrike.
- Økonomer uden grænser (2017). *Analyse af Headspace: Samfundsøkonomisk værdi og social return on investment.* København, Økonomer uden grænser.
- Ådnanes, M. and M. Sitter (2007). "Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005–Nås Opptappingsplanens mål innen 2008." *SINTEF Helse Rapport A* **851**.