

NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID



RPH-håndboka

ANBEFALINGER BASERT PÅ NASJONALE RETNINGSLINJER
OG TI ÅRS ERFARINGER MED RASK PSYKISK HELSEHJELP

Rapport nr 1/2022

Utgitt: 2022, 1. utgave

Utgiver: NAPHA – på oppdrag fra Helsedirektoratet

Redaktør: Marit Mørch Jacobsen

I redaksjonen: Lisbeth Christensen, Anne Kristiansen Rønning, Turid Møller Olsø, Terje Petter Leiros, Solrun Steffensen, Kristin Mjåset Hjertø, Kjetil Orrem, Trond Asmussen

Takk til: Arve Lauvnes

ISBN: 978-82-7570-686-5 (web)

ISBN: 978-82-7570-687-2 (trykk)

Forside illustrasjonsbilde: ©Adobe Stock

Design/layout: Melkeveien Designkontor

RPH-håndboka

ANBEFALINGER BASERT PÅ NASJONALE RETNINGSLINJER
OG TI ÅRS ERFARINGER MED RASK PSYKISK HELSEHJELP

INNHold

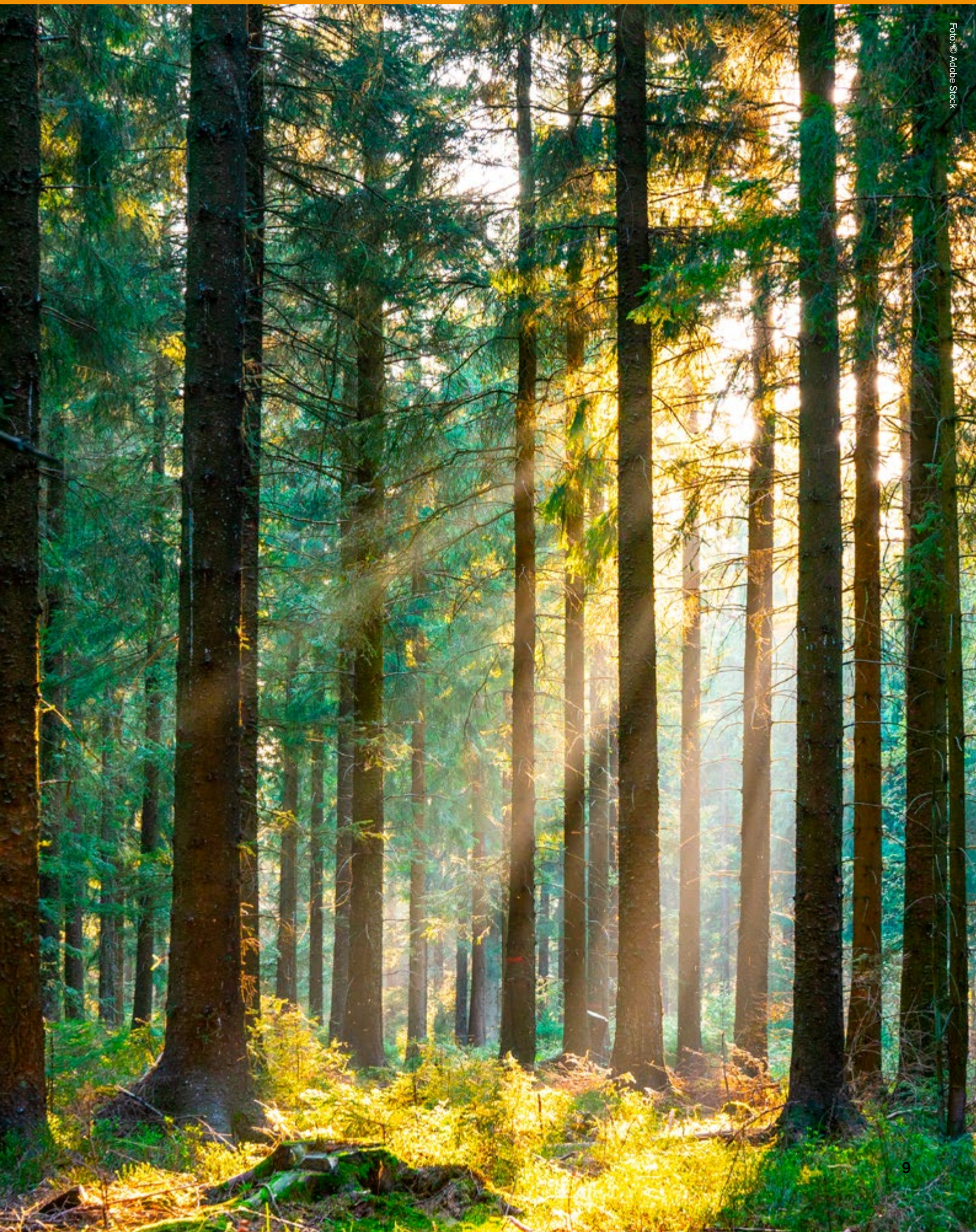
FORORD	11	1.4 RPH-team er tverrfaglige team av selvstendige behandlere	23
1 INTRODUKSJON TIL RASK PSYKISK HELSEHJELP	12	Selvstendig behandlingsansvar i RPH	23
1.1 Formål og bakgrunn	12	RPH og tverrfaglig samarbeid	23
Skal bidra til hjelp til selvhjelp	13	Tverrprofesjonelle team	24
Gode forskningsresultater	13	Anbefalinger	24
RPH er kostnadseffektivt med høy behandlingsskapasitet	13	2 FORSKNING OG EVALUERING AV RASK PSYKISK HELSEHJELP	25
Forskning på veiledet internettbehandling	14	2.1 Forskning er en del av kunnskapsgrunnlaget for RPH	25
Etabler RPH med ny tilskuddsordning	14	Stor reduksjon av angst og depresjon	25
Bakgrunn for satsingen	14	Lavintensive behandlingsformer kan brukes mer	26
Nedprioritert område over tid	15	Mye større tilfriskning i RPH-gruppen	26
Underbehandling er et betydelig problem for folkehelsen	15	Har fått en større sikkerhet	27
Rett behandling på rett sted til rett tid	15	Trenger å vite mer om arbeidsdeltakelse	27
Viktig folkehelseiltak	15	Forhold som kan påvirke forskningsresultat	27
En proaktiv og tverrfaglig helsetjeneste	16	Behov for mer forskning	27
1.2 Målgruppe for RPH	17	RPH fungerer neppe like godt i alle kommuner	28
Store negative konsekvenser	17	Aktuelt å hente monitoreringssystem fra England	28
Når livet blir krevende	18	3 KARTLEGGING OG BEHANDLING I RASK PSYKISK HELSEHJELP	29
Forebygger tilbakefall	18	3.1 Legg til rette for en god informasjons- og kartleggingssamtale	30
Får hjulpet mange med relativt få ressurser	18	God kartleggingskompetanse er nødvendig	30
Viktig med felles forståelse av målgruppen	18	Skap trygge rammer	30
Nå ut til riktig målgruppe	18	Viktig informasjon i starten	30
Anbefalinger	19	God dialog og informativ nettside	31
1.3 Behandlingstilbud i RPH	20	Kartlegging av rett behandlingsnivå	31
Starter med kartleggingssamtale	20	Når vurderingen er vanskelig	31
Undervisningsbaserte kurs	21	Jobb mot felles mål	32
Veiledet selvhjelp	21	Bli enig om tilbud	32
Behandlingsgrupper	21	Når personen er utenfor målgruppen	32
Individuell psykoterapi	21	Anbefalinger	33
Anbefalinger	22		

3.2 Behandlingsforløp med «mixed care»	34	3.4 Frafall i terapi	46
Mulig å endre behandlingstilbud	35	De fleste faller ut tidlig	46
Undervisningsbasert kurs er en vanlig start.	35	Gi anslag på tidsperspektivet.	46
Inkludering av pårørende	35	Vær spesielt oppmerksom på enkelte grupper	47
Bruk av «mixed care»	35	Anbefalinger.	47
«Fot i bakken»-samtale	36	3.5 Kartlegging av arbeidsevne og jobbfokus i behandlingen	48
Avslutning av behandlingsforløp	36	Brukere ønsker å jobbe	48
Orienter fastlegen ved avslutning.	36	Gradert sykmelding og tilrettelegging på jobben	48
Anbefalinger.	37	Jobbfokuserte intervensjoner	48
Eksempler på behandlingsforløp med «mixed care»	38	Still et sentralt spørsmål	48
3.3 Kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy i RPH	42	Anbefalinger	49
Det er kanskje ikke som man tror	42	3.6 Kartlegging og handling ved selvmordsrisiko i RPH.	50
Kartleggingsverktøy gir nyttig informasjon	43	Over halvparten av de som tar selvmord har ikke vært i kontakt med psykisk helsevern	51
Manuelle og digitale løsninger.	43	Vær oppmerksom på gruppen som har milde og moderate plager	51
Kartlegging av symptombyrde og grad av helseplager	43	Viktige risikofaktorer	51
Kartlegging av generell hverdagsfungering og livskvalitet	43	Umulig å forutse hvem som tar sitt eget liv	51
Kartleggingsverktøy i informasjons- og kartleggingssamtalen	43	Aktuelle spørsmål	52
Kartleggingsverktøy underveis i behandlingsforløpet	43	Formidle håp	52
Kan oppdage behov man ellers ikke ville sett	44	Bruk direkte formuleringer	52
Tilbakemeldingsverktøy gir terapeuten mulighet til å justere	44	Observer personens tilstand	52
Øker kvaliteten og nytteverdien	44	Kartlegging eller selvmordsrisikovurdering?	53
Tilbakemeldingsverktøy i individuelle tilbud	45	Hva gjør jeg dersom personen bekrefter selvmordstanker?	53
Tilbakemeldingsverktøy i behandlingsgrupper og undervisningsbaserte kurs	45	Spesialisthelsetjenesten har lovfestet veiledningsplikt	53
Skap en tilbakemeldingskultur	45	Husk å journalføre	53
Anbefalinger	45	Lag en kriseplan	53
		Mange kan hjelpe ved selvmordstanker	54
		Oppfølging etter hendelsen	54
		Involver og ivareta pårørende	54
		RVTS er ressurs	54

3.7 Kartlegging og tiltak i RPH ved ettervirkninger av traumatiske hendelser	
Nyttig screening etter traumatisk hendelse	55
Henvise videre ved komplekse tilstander	55
Modell for kognitiv terapi ved posttraumatisk stresslidelse	55
Ulike hjelpetiltak	56
Formidle informasjon	56
3.8 Kartlegging av vold i nære relasjoner	57
Voldsutsatte skjuler ofte sin situasjon	57
Ansvarlige instanser i kommune og spesialisthelsetjeneste	57
Vær oppmerksom på varselsignaler	57
Tips til samtale ved mistanke om vold	57
Still konkrete spørsmål	58
Tiltak for voldsutsatte	58
Tiltak for voldsutøver	58
3.9 Kartlegging av rusmiddelbruk	59
Varierer hvor raskt avhengigheten skjer	59
Kartlegg og identifiser rusmiddelbruk og avhengighet	59
Se etter risikofaktorer	60
Tilby rett behandling på riktig nivå	60
Anbefalinger	60
3.10 Digital behandling er et godt supplement i RPH	61
Forbered brukeren på videokommunikasjon	61
Aktiv problemløsning	61
Mindre frafall ved digitale samtaler	62
Må kjenne til regler for personvern og informasjonssikkerhet	62
Strengt krav	62
Veiledet internettbasert behandling hjelper mot depresjon og angst	62
Nytt pilotprosjekt for veiledet internettbasert behandling	62
Podkast og apper	63
Anbefalinger	63
3.11 Alle behandlingstilbud i RPH har journalplikt	64
Bruk kommunens ordinære journalsystem	64
RPH er ikke en utredningstjeneste	64
Journalmaler kan være lurt	65
Anbefalinger	65
4 SAMHANDLING OG INFORMASJONSARBEID I RASK PSYKISK HELSEHJELP	66
4.1 Gjør RPH kjent	66
Ha god nettside	66
Felles presentasjon	67
Brosjyre og plakater	67
Vær synlige på flere arenaer	67
Bruk media	67
Sosiale medier	67
Vis RPH frem uansett	67
4.2 Brukerinvolvering i RPH.	68
Tett dialog	68
Allianse mellom terapeut og bruker	68
Å lete etter veien fremover sammen	68
Å bli sin egen terapeut	68
Fordel med avgrenset målgruppe	69
Sikre likeverd, gjensidighet og samhandling	69
Del erfaringer	70
Forbered hva du vil dele	70
Faktorer som kan påvirke behandlingsutbyttet	70
Anbefalinger	71
4.3 Erfaringskompetanse kan gjøre RPH bedre	72
Bruke erfaringene systematisk	73
Bruker- og pårørendeorganisasjoner	73
Selvhjelpsgrupper	73
Anbefalinger	73

4.4 Pårørende kan være viktige i RPH	74	Hospitering er en god idé	84
Øk pårørendes kompetanse om psykisk helse.	74	Anbefalinger	84
Kurs og informasjon.	74	4.9 RPH styrker kommunens samlede	helsetilbud 85
Hjemmeoppgaver som involverer pårørende	75	Vinn-vinn for kommunen å etablere RPH	85
Samtaler og behandlingsgrupper for pårørende	75	RPH og Frisklivssentralen kan hjelpe befolkningen	sammen. 85
Anbefalinger.	75	Anbefalinger.	86
4.5 Barn som pårørende i RPH	76	4.10 Flere måter å samarbeide på.	86
Vær oppmerksom på barna	76	RPH kan tilby undervisningsoppdrag i ulike	sammenhenger 86
Vurder omsorgsbehovet.	76	Oversikt over aktuelle tilbud RPH kan samarbeide med	og lose videre til 86
Anbefalinger	77	4.11 Samarbeid mellom ulike RPH-team sprer gode	løsninger 87
4.6 Fastlegene er viktige samarbeidspartnere	for RPH. 78	Digital behandling gir nye muligheter for samhandling	87
Avklar samarbeidsrutiner og ansvar med fastlegen . . .	78	Samarbeide om behandlingsgrupper og psykoedukative	kurs. 87
Gi fastlegen skriftlig informasjon om RPH.	78	Sjekk lovverk og retningslinjer.	87
Plager som kan synes somatiske, kan ha annen årsak	79	5 IMPLEMENTERING AV RASK PSYKISK	HELSEHJELP 88
Gi fastlegen beskjed om oppstart	79	5.1 Etabler RPH med helhetlig tjenestestøtte . . . 89	
Samhandling underveis	79	Implementeringsstøtte fra NAPHA. 90	
Når behandlingen avsluttes	79	Formidling og rådgiving	90
Avklar med brukeren hvem som skal ha	avslutningsnotatet. 79	Nettverkssamling for RPH	90
Anbefalinger	80	Kartleggingsundersøkelse	90
4.7 Samarbeid mellom RPH og Nav.	80	Opplæringsprogram i kognitiv atferdsterapi	for RPH – NFKT. 91
Arbeid som tema i behandlingen	80	Mer enn en generell videreutdanning.	91
Etabler samarbeid med NAV og fastlege rundt	tilbakeføring 80	Nasjonal veiledningsordning for Rask psykisk	helsehjelp – NFKT 92
Behov for mer samarbeid mellom Nav og RPH	81	Digital gruppeveiledning.	92
Anbefalinger.	81	Webinar om kliniske tema.	93
RPH bidrar til helsefremmende arbeid og	jobbdeltakelse 82	Fysisk veiledningsdag	93
4.8 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten	og RPH. 83		
Gjør avklaringer med spesialisthelsetjenesten.	83		
Vurder andre kommunale tilbud	83		
Henvising til spesialisthelsetjenesten	84		

Evaluering og monitorering av RPH – Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet	94	Ansett en teamleder	105
Bidrar til bedre behandlingsresultat for brukerne	94	Rekrutter ansatte.	106
Kan kvalitetssikre og gi retning	94	Avklar behov for administrativ støtte.	106
5.2 Fra kunnskapsbasert tjenestemodell til RPH i kommunen.	95	Bygg team	106
Kompetansedrivere i RPH	96	Kvalitetssikre beregninger og tidligere vurderinger	106
Organisasjonsdrivere i RPH	97	Fortsett med, og utvid informasjons- og forankringsarbeidet	106
Ledelsesdrivere i RPH	98	Søk, og kom i gang med opplæring	107
5.3 Implementer RPH trinnvis	99	Legg til rette for veiledning i eget team	107
Trinnvise tiltak tilpasset RPH	99	Finn lokaler, utstyr og lisenser	107
TRINN 1: UTFORSKNING	100	Etabler behandlingstilbudene gradvis.	107
Søk kunnskap og få på plass et mandat for forprosjektet.	100	Etabler samarbeidsrelasjoner	108
Etabler forprosjekt.	100	Utvikle fag og metode	108
Lag en implementeringsplan.	100	Samarbeid og lær av andre RPH-team.	108
Beregn størrelse på teamet	100	Involver og orienter kommuneledelsen.	108
Vurder interkommunalt samarbeid.	101	TRINN 4: FULL DRIFT	109
Kartlegg kompetansebehov	101	Evaluer og tenk videre utvikling av tjenesten	109
TRINN 2: PLANLEGGING OG FORANKRING I DETTE TRINNET	102	Utvikle nye praksiser	109
Kartlegg interessenter for RPH i en interessentanalyse.	102	Vær lojal og bevar etterlevelsen av modellen.	110
Viktige interessenter for RPH	102	Fortsett å bygg team	110
Få innsikt i mulige styrker, utfordringer, muligheter og trusler (SWOT-analyse)	104	Jobb kontinuerlig med informasjons- og forankringsarbeid	110
Kartlegg IKT-ressurser.	104	Delta i forskning	110
Beregn kostnader og sett opp et budsjett	104	Forankring er en vedvarende prosess	110
Få på plass et vedtak fra kommunedirektøren eller kommunestyret.	104	Bli inspirert og inspirer andre	111
TRINN 3: TIDLIG OPPSTART	105	Gode eksempler fra RPH-team som har lyktes med implementeringen.	111
Avklar teamorganisering.	105	VEDLEGG	113
Noen rammer bør bestå.	105	Vedlegg 1 Kartlegging av depresjon – PHQ-9.	113
		Vedlegg 2 Kartlegging av angst – GAD-7	114
		Vedlegg 3 Kartlegging av fungering i hverdagen – WSAS	115
		Vedlegg 4 Sjekkliste – implementeringstiltak for RPH	116



FORORD

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er en behandlingsmodell som er hentet fra England, og som har vist gode resultater i lavterskel behandling av angst og depresjon både i England og i Norge. Angst og depresjon er anerkjent som store folkehelseproblemer verden over, og lett tilgjengelige tjenester har vært en mangelvare. Det er viktig å anerkjenne psykisk helse som en helt sentral del av folkehelsearbeidet. Satsingen på RPH er et sterkt og viktig bidrag i dette arbeidet.

Da RPH ble introdusert i Norge i 2012, ble det satt av tilskuddsmidler kommunene kunne søke på, det ble utarbeidet en håndbok, Norsk Forening for Kognitiv Terapi tilbød opplæring, og NAPHA fikk ansvar for annen implementeringsstøtte.

Siden 2012 er det opprettet 68 team, fordelt på 76 kommuner/bydeler, som har vist seg livskraftige. I 2020 ble det vedtatt å omgjøre tilskuddsordningen, og å bygge opp en mer omfattende implementeringsstøtte for teamene. Norsk Forening for Kognitiv Terapi fikk igjen tilbudet på opplæring, i tillegg til ansvar for en veiledningsordning for teamene. NAPHA fikk utvidet sitt oppdrag om implementeringsstøtte. Å utarbeide en revidert og utvidet håndbok har vært en viktig del av dette oppdraget.

I denne håndboka blir tjenestemodellen for RPH presentert på et overordnet nivå, og enkeltelementene i modellen blir beskrevet mer inngående. Aktuell forskning beskrives, og det blir gitt gode råd om implementering.

Vi har ikke gjort dette arbeidet alene! Alle kapitlene i håndboka har vært til gjennomlesning hos ulike samarbeidspartnere. Enkelte kapitler er i sin helhet skrevet av andre enn oss i NAPHA. Svært mange har vært involvert, og vi vil takke alle for samarbeidet: ansatte i RPH-team, samarbeidspartnere til RPH, ulike bruker- og kompetansemiljø, Folkehelseinstituttet, og Norsk Forening for Kognitiv Terapi ved Torkil Berge. En spesiell takk til Helsedirektoratet ved prosjektleder Anette Jørve Ingjer, som har gitt oss tillit og støtte i dette arbeidet.

Håndboka blir publisert som en digital bok. Det gjør den lett tilgjengelig og muliggjør rask oppdatering av innholdet, i tråd med ny kunnskap og utvikling på fagfeltet. I de fleste kapitlene finnes eksplisitte anbefalinger i grønne faktabokser. Vi er glade for innspill fra dere som leser. Håndboka er skrevet slik at det ikke er nødvendig å lese den fra perm til perm, hvert kapittel kan leses for seg. Bruk innholdsfortegnelsen, og les det som er mest relevant for deg. Vi håper håndboka vil være nyttig både for dem som jobber i et RPH-team, og for deres samarbeidspartnere.

Lykke til med et viktig arbeid!

Marit Mørch Jacobsen

Faglig rådgiver og redaktør for håndboka
NAPHA

Ellen Hoxmark

Leder
NAPHA

1 INTRODUKSJON TIL RASK PSYKISK HELSEHJELP

RPH er en viktig og godt dokumentert kunnskapsbasert tjeneste. Tilbudet er etterspurt og ettertraktet av brukerne, og har vist seg å kunne inngå som en supplerende del av kommunens helsetilbud til sine innbyggere. Helsemyndighetene oppfordrer nye kommuner til å etablere Rask psykisk helsehjelp.

Den første delen av håndboka gir en oversikt over bakgrunn for satsingen, hvem tilbudet retter seg mot, de ulike behandlingstilbudene og kompetansen til de tverrfaglige teamene.

1.1 Formål og bakgrunn

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et korttids behandlingstilbud i kommunen for personer over 16 år med angstlidelser, mild og moderat depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker (insomni).

RPH er et lavterskeltilbud, lett tilgjengelig og gratis. Henvvisning fra lege kreves ikke, og befolkningen kan selv oppsøke tilbudet. Det legges vekt på tett samarbeid med fastlege og andre helsetjenester, og tilbudet skal bidra til å styrke det samlede psykisk helsetilbudet i kommunene.

Ikke alle som har behov for hjelp for psykiske lidelser, trenger langvarig behandling. Korttids kognitiv atferdsterapi i form av veiledet selvhjelp, kurstilbud, individuelle samtaler og gruppebehandling kan være svært effektivt for mange.

RPH er organisert etter en «mixed care»-modell, der den som søker hjelp, sammen med en terapeut, blir enige om hvilket tilbud en skal starte med ut fra prinsippet om rett behandling på riktig nivå, både ved oppstart og underveis i behandlingen. Tilbudet tilsvarer en total maksimumsgrense på 15 behandlingstimer, se kapittel 1.3.

Behandling og oppfølging skjer i tverrfaglige team med selvstendige behandlere, og det er minst én psykolog tilknyttet hvert team. Alle terapeutene i RPH gjennomfører videreutdanning i kognitiv atferdsterapi for RPH i regi av [Norsk Forening for Kognitiv Terapi \(NFKT\)](#). [Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(NAPHA\)](#) gir implementeringsstøtte i form av rådgiving og nasjonale nettverkssamlinger.

RPH er bygd på den britiske modellen [Improving Access to Psychological Therapies \(IAPT\)](#). I Storbritannia er IAPT en nasjonal satsing for å gjøre psykologisk behandling av angstlidelser og depresjon lett tilgjengelig for befolkningen, og resultatene av dette tverrfaglige helsetilbudet har vært gode.



Foto: © Colourbox

Skal bidra til hjelp til selvhjelp

RPH skal gi direkte hjelp til en stor del av befolkningen uten lang ventetid, slik at problemene ikke utvikler seg. Behandlingen skal gi hjelp til selvhjelp ved å lære brukerne metoder for å styrke funksjon og livskvalitet, samt redusere symptomene. Man tar utgangspunkt i situasjonen til den enkelte her og nå, og retter blikket fremover, mot behandlingsmålet. Dessuten skal hjelpen bidra til å forhindre langtidsfravær for dem som er i jobb eller studier.

Et overordnet mål for RPH er å forbedre tilgangen til kunnskapsbaserte behandlingstilbud innenfor psykisk helse i Norge. Konkret skal tiltaket føre til:

- Økt livskvalitet og bedret arbeidsevne
- Redusert nivå av symptomer på angst og depresjon
- Høy brukertilfredshet
- En styrking av det samlede tilbudet innenfor psykisk helse i kommunene

Gode forskningsresultater

Det er gjennomført to store evalueringer av RPH. Den første evalueringen var basert på et observasjonelt forskningsdesign og benyttet både kvantitative og kvalitative metoder. Den andre var en randomisert kontrollert studie (RCT) med kontrollgruppe.

Begge evalueringene viste en stor nedgang av angst- og depresjonsplager i løpet av behandlingen samt en betydelig forbedring i livskvalitet. Antall behandlingstimer per bruker hadde en median på 5 (Smith et al., 2016; Knapstad et al., 2020).

Den randomiserte kontrollerte studien viste at tilfriskningsraten var 63,5 prosent i RPH-gruppen og 38,3 prosent i «omsorg som vanlig»-gruppen. Det ble også funnet vesentlige positive effekter på generell fungering og livskvalitet, mens det ikke ble funnet effekt på selv-rapportert arbeidsdeltakelse. En senere studie har vist at de positive effektene av intervensjonen vedvarte ved 12 måneders oppfølging (Knapstad et al., 2020). RPH anses derfor som et nyttig og viktig supplement til eksisterende helsetjenester. Tilbudet øker tilgangen til effektiv behandling for personer med angstlidelser og depresjon.

RPH er kostnadseffektivt med høy behandlingsskapasitet

En suksessfaktor ved RPH har vært at tjenesten består av et bredt spekter av behandlingstilbud som til sammen utgjør et helhetlig behandlingstilbud. RPH er organisert etter en «mixed care»-modell, der de som søker hjelp, sammen med en terapeut blir enige om rett behandling på riktig nivå. Se [kapittel 1.3](#) for beskrivelse av de ulike behandlingstilbudene og [kapittel 3.2](#) om behandlingsforløp.

Oversikten under viser at RPH-teamene kan gi mye hjelp med relativt lite bruk av ressurser. For eksempel kan en person starte med et undervisningsbasert kurs og gå videre til et individuelt tilbud med veiledet selvhjelp. Da vil vedkommende få 11 timer behandling, mens personalbruken tilsvarer bare 4 timer og 37 minutter.

Behandlingstilbud i Rask psykisk helsehjelp	Brukertid per bruker	Personaltid per bruker	Samlet brukertid	Samlet personaltid
Undervisningsbaserte kurs (4 x 2 timer, to kursledere og 25 deltakere)	8 timer	1 time og 7 minutter	200 timer	28 timer
Veiledet selvhjelp (6 veiledninger à 20 minutter)	3 timer	3 timer og 30 minutter	3 timer	3 timer og 30 minutter
Behandlingsgrupper (6 x 2,5 timer, to kursledere og 8 deltakere)	15 timer	5 timer og 15 minutter	120 timer	42 timer
Individuell psykoterapi (6 samtaler à 45 minutter)	4 timer og 30 minutter	6 timer	4 timer og 30 minutter	6 timer

Oversikt over ressursbruk: Tallene i oversikten kan avvike noe mellom RPH-team og tilbud. Personaltiden inkluderer forarbeid, brukertid og etterarbeid. Kartleggingssamtalen er ikke medregnet.

Forskning på veiledet internettbehandling

Helsedirektoratet har satt i gang et pilotprosjekt for å prøve ut en veiledet internettbasert behandling for angst og depresjon i primærhelsetjenesten, utviklet av Assistert Selvhjelp AS.

Målene med denne randomiserte kontrollerte studien, som gjennomføres av Folkehelseinstituttet, er å belyse effekten av veiledet internettbasert behandling sammenlignet med tradisjonell samtalerterapi eller omsorg som vanlig i Rask psykisk helsehjelp.

LES MER

Du kan lese mer om forskningsprosjektet her:

- [Utprøving av veiledet internettbasert behandling for angst og depresjon i primærhelsetjenesten – FHI.](#)

Etabler RPH med ny tilskuddsordning

Helsemyndighetene oppfordrer nye kommuner til å etablere Rask psykisk helsehjelp. Fra 2012 til 2021 har Helsedirektoratet stimulert kommuner til å opprette RPH-team, gjennom å gi etablerings- og lønns-tilskudd. Dagens ordning med tilskudd til etablering av RPH er under en gradvis omstilling.

Kommuner som etablerer RPH, får nå gratis videreutdanning av terapeuter, støtte til implementering av NAPHA og tilgang til følgeevalueringer. Etter at terapeutene har fullført utdanningen, får de delta i en nasjonal veiledningsordning der ansatte fra ulike RPH-team blandes i grupper med en ekstern veileder.

På den måten kan de dele erfaringer og lære av hverandre på tvers av landet.

NAPHA fortsetter med tjenestestøtte til RPH-teamene, også etter at etableringsperioden er over. Denne støtten skal styrke kvaliteten på tjenesten og bidra til at kriteriene for etterlevelse av modellen og de faglige nettverkene opprettholdes. I tillegg jobbes det med å få på plass en monitoreringsordning, det vil si at man registrerer resultatene av behandlingen og samler inn andre viktige data for å forbedre tilbudet for brukerne. Les mer om den nye ordningen på [Helsedirektoratets nettsider](#).

Å etablere RPH gir kommunene et kompetanseløft, med tanke på rekruttering, kunnskap og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i tråd med Kompetanseløft 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Bakgrunn for satsingen

Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) vil omtrent halvparten av den voksne norske befolkningen få en psykisk lidelse i løpet av livet. Angstlidelser og depresjon har store samfunnsmessige konsekvenser, nettopp fordi de rammer så mange. Disse psykiske plagene fører til tap av livskvalitet for mange mennesker. De er en viktig årsak til økt grad av utenforskap, nedsatt arbeidsførhet, sykefravær og uførepensjonering. Behovet for mer forebygging, lavterskeltilbud og kunnskapsbaserte tjenestemodeller, som RPH, er beskrevet i mange helsepolitiske normerende produkter, både nasjonalt

og internasjonalt. Se for eksempel *Mestre hele livet*. Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017–2022. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) og *World mental health report: transforming mental health for all* (WHO, 2022).

Nedprioritert område over tid

Forskningsrådet pekte i *evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse* (Brofoss & Larsen, 2009) på at forebygging av psykiske lidelser og styrking av behandlingstilbudet til mennesker med vanlige psykiske vansker og lidelser, har vært et av de svakest utviklede områdene fra 1998 til 2008.

Evalueringen av opptrappingsplanen slo fast at angstlidelser og depresjon rammer en stor del av befolkningen og medfører betydelige kostnader for den enkelte og dennes familie og for samfunnet som helhet. Rapporten konkluderte med at det er nødvendig med helsepolitiske føringer for organisering og innhold av tilbudet til disse gruppene.

Underbehandling er et betydelig problem for folkehelsen

Angst og depresjon er henholdsvis nummer to og tre på listen over sykdommer som gir flest år med helsetap i Norge, og er to av de største truslene mot folkehelsen (Reneflot et al., 2018). Samtidig viser flere studier at disse lidelsene er underbehandlet.

Både norske og utenlandske studier viser at et flertall av personer med vanlige psykiske lidelser ikke hadde vært i kontakt med helsetjenesten og fått hjelp for plagene sine (Alonso et al., 2018; Thornicroft et al., 2017; Torvik et al., 2018). Det er anslått at 75 prosent av deprimerede personer ikke får behandling (Wittchen & Jacobi, 2005). Resultater fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viste at bare 13 prosent av dem med symptomer på depresjon og 25 prosent av dem med symptomer på angst hadde søkt hjelp for plagene sine (Roness et al., 2005).

Retten behandling på rett sted til rett tid

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) påpekte at kommunale helse- og omsorgstjenester skulle styrkes. Det skulle satses sterkere på forebygging og tidlig intervensjon i sykdomsforløp.



Foto: © Colourbox

Tilsvarende fremhever primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014–2015)) behovet for forebygging, tidlig innsats gjennom lavterskeltilbud, og oppfølging av personer med lettere og moderate lidelser.

I rapporten «Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser» (Helsedirektoratet, 2015) trekkes RPH frem som et viktig virkemiddel for forebygging og tidlig intervensjon. Rapporten nevner at OECD i 2011 konstaterte at Norge hadde fragmenterte tjenester og reduserte muligheter for sysselsetting for personer med vanlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

Viktig folkehelseiltak

I de senere årene har det vært en økt etterspørsel etter hjelp for lette til moderate psykiske plager og lidelser i befolkningen, og spesielt etter covid-19 (Regjeringsoppnevnt ekspertgruppe, 2021; IHME, 2021). Det er en krevende oppgave for kommunene å møte behovet for hjelp til denne store andelen innbyggere. Erfaringer fra flere RPH-team er at de raskt får kapasitetsutfordringer etter hvert som tilbudet blir mer kjent. Det har særlig vært mye pågang etter pandemien.

Det er behov for kostnadseffektive tiltak som benytter kunnskapsbaserte metoder i behandlingen, og som gir likeverdig tilgang til hjelp for hele befolkningen. Rask psykisk helsehjelp er løftet frem som et tiltak for å bedre folkehelsen i rapporten *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen* (Helsedirektoratet, 2018).

En proaktiv og tverrfaglig helsetjeneste

Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022) viser til at bærekraften i helse- og omsorgstjenesten er utfordret av mangel på tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, særlig i kommunene. For å kunne møte behovet for helse- og omsorgstjenester og sikre likeverdig tilgang til helsetjenester i hele landet, må tjenestene ta i bruk nye, effektive arbeidsmetoder. Man må redusere uberettiget variasjon og kunne vise til dokumentert effektive arbeidsmåter og effekt av tilbudet.

RPH er en tverrfaglig helsetjeneste som legger til rette for at brukeren blir en aktiv deltaker i sin egen behandling. Tjenesten bidrar til forebygging og

mestring. Den tar i bruk nye måter å jobbe på og utnytter de muligheter ny teknologi og digitalisering gir for å styrke helsehjelpen.

En slik organisering samsvarer godt med det som løftes fram i Perspektivmeldingen 2021 (Meld. St. 14 (2020–2021)). Helsetjenestene må søke mot nye og mer bærekraftige løsninger som sørger for mer effektiv og bedre ressursbruk.

LES MER

- [Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter \(Meld. St. 19 \(2014–2015\)\)](#)
- [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\)](#).

KILDER

Alonso, J. et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 47–54.

Brofoss, K.E. & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009) Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norges forskningsråd.

Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport). Folkehelseinstituttet.

IHME/COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021) Estimating the global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. doi: 10.016/S0140-6736(21)02143-7

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

Helsedirektoratet. (2018). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*. [IS-2810]. Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Kompetanseløft 2025. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025*. [Handlingsplan].

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022*.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

Knapstad, M., Lervik, L.V., Sæther, S.M.M., Aarø, L.E. & Smith, O.R.F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian version of Improving Access to Psychological Therapies: A randomized controlled trial.

Psychotherapy and Psychosomatics, 89(2), 90–105.

Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet.

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

Regjeringsoppnevnt ekspertgruppe. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Utfordringsbilde og anbefalte tiltak*. Regjeringen.no.

Roness, A., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51–58.

Smith, O.R., Alves, D.E. & Knapstad, M. (2016). *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

St.meld. nr. 47(2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Thornicroft, G. et al. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(2), 119–124.

Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., Aggen, S. H., Kendler, K. S. & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 54–64.

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.

WHO. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. [Report]. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



Foto: © Adobe Stock

1.2 Målgruppe for RPH

RPH er et tilbud rettet mot en spesifikk målgruppe. Kommunen har hovedansvar for å tilby behandling til disse personene.

Rask psykisk helsehjelp er et lavterskeltilbud for personer over 16 år som har angstlidelser, mild og moderat depresjon, begynnende rusmiddelproblemer, og/eller søvnvansker (insomni). Dette er vanlige psykiske lidelser som er utbredt i befolkningen, og som svekker både livskvalitet og funksjon.

Angstlidelsene som RPH-terapeutene har opplæring i å behandle, er sosial angstlidelse, panikklidelse, agorafobi, spesifikke fobier og generalisert angstlidelse. Behandlingen bygger i høy grad på brukernes personlige ressurser og mulighet for støtte i eget nettverk.

Ifølge den nasjonale veilederen [Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne](#), har kommunen hovedansvaret for å tilby psykologisk behandling til personer med milde og kortvarige problemer (hovedforløp 1), så vel som psykologisk behandling til mange med kortvarige alvorlige problemer og lidelser eller langvarige mildere problemer og lidelser (hovedforløp 2) (Helsedirektoratet, 2014).

Store negative konsekvenser

Angstlidelser, depresjon og søvnvansker (insomni) er vanlige psykiske lidelser. Ifølge [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\)](#), vil rundt en firedel av den norske befolkningen få en angstlidelse i løpet av livet, og ca. 15 prosent i løpet av et år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Én av fem vil få en depresjon i løpet av livet, og én av ti i løpet av 12 måneder. Depresjon og angstlidelser kan få store negative konsekvenser for personen selv og for familie og nettverk. Funksjonsnivået kan bli påvirket i betydelig grad. Mange står i fare for å bli sykmeldt eller oppleve vansker med å komme tilbake i arbeid etter lengre tids sykefravær.

Når livet blir krevende

Det kan være mange grunner til at folk søker hjelp i RPH. De som tar kontakt, beskriver ofte at de ønsker hjelp med lav selvfølelse, slitenhet og nedstemthet, stress og uro, skam og skyldfølelse, isolasjon og tilbaketrekning, tankekjør, søvnvansker eller fysiske plager.

Eksempler på utløsende faktorer er krevende rolle som pårørende, belastninger forbundet med sykdom, konflikter, økonomiske vansker, endringer i livsfase som overgang til å bli pensjonist eller forelder, høyt arbeidspress over tid, begynnende rusmiddelavhengighet eller ensomhet.

Forebygger tilbakefall

Mange som tidligere har hatt perioder med depresjon, tar kontakt med RPH fordi de har fått et tilbakefall. Antall tidligere episoder med depresjon er den største prediktoren for nye episoder.

Risikoen øker for hver gang man har vært deprimert, og det skal ofte mindre belastninger til for at man blir deprimert. Tilbakefallsforebygging både for depresjon og for angstlidelser er et viktig mål for behandlingen i RPH.

Får hjulpet mange med relativt få ressurser

RPH baseres på at ikke alle som søker hjelp for psykiske plager og lidelser, trenger langvarig behandling. Personer innenfor målgruppen til RPH har mange ressurser. De er ofte vant til å tilegne seg ny kunnskap og nye ferdigheter og har gjerne et sterkt ønske om å klare seg selv.

Ved hjelp av relativt få personalressurser kan derfor mange nyttiggjøre seg kognitiv atferdsterapi i form av psykoedukative kurs, veiledet selvhjelp, behandlingsgrupper eller individuell psykoterapi. Som et hjelpemiddel for å vurdere om en person er i målgruppen, anbefales systematisk bruk av kartleggingsverktøy, se [kapittel 3.3](#).

Viktig med felles forståelse av målgruppen

Deltakelse på opplæringsprogrammet for RPH er viktig for at teamet og dets faglige og administrative ledelse skal få en felles forståelse av målgruppen. Utdanningen gir god forståelse for hvem tilbudet skal rettes mot, og hvorfor, og for hvilke vurderinger som legges til grunn for beslutning om inntak eller ikke. Utgangspunktet er at RPH er et lavterskeltilbud med psykologisk behandling av begrenset omfang og varighet.

Metodene det undervises om i opplæringsprogrammet for RPH, har sin dokumentasjon og evidensbase for denne målgruppen. Det er metoder som anbefales i nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer for behandling for nettopp disse psykiske helseproblemene. Gjennom opplæringsprogrammet får terapeutene kompetanse i bruk av relevante kartleggingsverktøy og hvilke vurderinger som legges til grunn for beslutning om rett behandling på riktig nivå, enten innenfor eller utenfor RPH.

Nå ut til riktig målgruppe

Erfaringskunnskap fra terapeutene, tilbakemelding fra brukere og forskning på RPH viser at tilbudet har god effekt. Samtidig skal man merke seg at dette i stor grad skyldes at teamene har gitt hjelp til de målgruppene som evidensgrunnlaget for RPHs terapitilbud er bygget på. Det er ikke grunnlag for å si at RPH gir god behandling til personer utenfor målgruppen.

Å tilby behandling i RPH til personer som har behov for spesialisert behandling, kan i verste fall føre til forverring hos noen. Det er derfor viktig at teamene etterstreber å nå ut til riktig målgruppe.

ANBEFALINGER

1. PLANLEGG HVORDAN DERE

KOMMUNISERER: RPH skal gi hjelp til mange som tidligere ikke har hatt et kommunalt tilbud. Lag en kommunikasjonsplan for å informere om tilbudet til befolkningen, fastlegene, internt i kommunen og med eksterne samarbeidspartnere. Beskriv hva tilbudet inneholder, og hvem det er rettet til. Utarbeid en informativ nettside og bruk media. Se kapittel 4.1 for nærmere beskrivelse.

2. JOBB FOR Å NÅ MÅLGRUPPER SOM IKKE

ER SÅ SYNLIGE: Erfaringer fra flere team viser at det er noen grupper innenfor målgruppen som en må jobbe mer for å nå ut til. Eksempler er ungdom, eldre, personer med minoritetsbakgrunn og menn. Noen ganger skyldes det at disse gruppene har andre hjelpetilbud de benytter seg av. Forsøk derfor å registrere hvem som tar kontakt, og lag en kommunikasjonsplan for å informere flest mulig i målgruppen om at RPH-tilbudet finnes.

3. HOLD PÅ MÅLGRUPPEN: RPHs mandat er å gi helsehjelp til den store delen av befolkningen som har vanlige psykiske lidelser, og som tidligere har hatt et begrenset tilbud om psykologisk behandling. Åpner man opp for personer med alvorlige og sammensatte lidelser, som trenger en mer omfattende og spesialisert bistand, svekkes kvaliteten og effektiviteten av RPH-tilbudet. Det oppstår fort lange ventelister, med alle de negative konsekvenser det har. Eksempler er redusert mulighet for tidlig intervensjon og til å kunne forebygge langvarig sykmelding og frafall fra skole og studier.

4. MINN HVERANDRE PÅ HVEM

MÅLGRUPPEN ER: Felles forståelse mellom terapeutene av målgruppen er viktig for å unngå at det blir for stor variasjon i vurderingen innad i teamet. Bruk veiledning eller inntaksmøte til å drøfte saker der dere er i tvil. Dersom dere velger å gi hjelp til noen dere er i tvil om, gi tilbakemelding til teamet om hvordan behandlingen går, og om dere klarer å holde dere innenfor rammene til RPH.

5. BRUK KARTLEGGINGSVERKTØY: Bruker dere slike skjemaer i informasjons- og kartleggings-samtalen, har dere et godt hjelpemiddel for å vurdere rett behandling på riktig nivå, enten i RPH eller utenfor.

6. REGISTRER HVEM SOM TAR KONTAKT: Lag systemer for dette, og undersøk om det er noen grupper i befolkningen dere ikke når ut til. Så lenge personen er innenfor målgruppen, skal RPH tilby behandling til hele befolkningen.

7. INKLUDER SAMARBEIDSPARTNERE TIDLIG I ETABLERINGSFASEN: Slik sikrer dere en felles forståelse av målgruppen. Bruk tid på grenseoppganger mellom tjenestene, og lag arenaer for samarbeid og diskusjon.

KILDER

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. [Nasjonal veileder]. Oslo: Helsedirektoratet.

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

1.3 Behandlingstilbud i RPH

Behandlingen i RPH baseres på kognitiv atferdsterapi. Tilbudet gis i form av undervisningsbaserte kurs, veiledet selvhjelp, behandlingsgrupper og individuell psykoterapi.

Kognitiv atferdsterapi er en terapiform der brukeren og terapeuten er aktivt involvert i et felles samarbeidsprosjekt. Brukeren er ekspert på sitt liv og sine erfaringer, mens terapeuten har en faglig ekspertise og erfaringer med å hjelpe andre med lignende problemer. Det overordnede målet er hjelp til selvhjelp, og hver bruker definerer sitt mål for behandlingen. Tilbakemelding fra brukerne er en fast del av strukturen i kognitiv atferdsterapi og etterspørres i alle tilbud i modellen for å sikre brukerinvolvering og tilpasset hjelp. Behandlingen skal redusere symptomer, bedre funksjonen i hverdagslivet og gi økt livskvalitet for dem som mottar hjelp.

Erfaringer fra teamene er at kognitiv atferdsterapi er en terapiform som både psykologer og helse- og

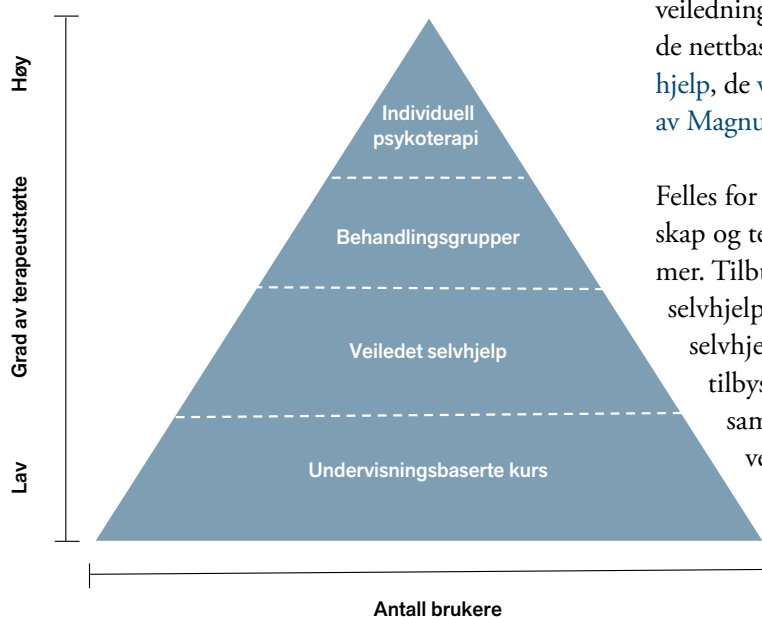
sosialfaglig personell med bachelorutdanninger relativt raskt kan tilegne seg og ta i bruk da den bygger på mye av kunnskapen og kompetansen de har fra før. Dersom det allerede finnes kompetanse i teamet på andre evidensbaserte behandlingsmetoder, kan disse brukes i individuelle forløp der det er hensiktsmessig.

Starter med kartleggingsamtale

RPH skal organiseres etter en «mixed care»-modell. Personen som tar kontakt, har først en informasjons- og kartleggingsamtale med en terapeut. På bakgrunn av denne samtalen blir man enige om målet for behandlingen og hvilket tilbud man skal starte med ut fra prinsippet om rett behandling på riktig nivå

Det at man starter med en slik vurdering, innebærer at personen ikke automatisk starter på laveste omsorgsnivå. Dessuten kan type tilbud variere i løpet av et behandlingsforløp. Alle tilbudene i modellen kan tilbys som et selvstendig tilbud eller i kombinasjon med andre tilbud. Som hovedregel mottar hver enkelt bruker ett eller to tilbud i RPH da det tilsvarer en total maksimumsgrense på 15 behandlingstimer.





Figur: Behandlingstilbud i RPH

Undervisningsbaserte kurs

Mange RPH-team har utviklet undervisningsbaserte kurs basert på kognitiv atferdsterapi. Disse selvhjelpskursene har et fast innhold og ledes vanligvis av to kursholdere. Rammene for slike kurs kan være fire samlinger à to timer i uken, med alt fra 8 til 40 deltakere. I tilknytning til slike kurs kan en lage kompendium eller arbeidsbok som kursdeltakerne får utdelt, med kursinnhold, forslag til øvelser de kan gjøre mellom samlingene, og informasjonsskriv om aktuelle temaer.

Deltakerne trenger ikke si noe i løpet av kurset, noe som for mange senker terskelen for å delta. Det gir samtidig mulighet til å invitere med pårørende, samarbeidspartnere og andre aktuelle deltakere. Noen steder møtes kursdeltakerne etter at kurset er ferdig, for å jobbe med metodene de har lært. Det er også mulig å arrangere en oppfølgingssamling én eller to måneder etter siste samling.

Veiledet selvhjelp

Veiledet selvhjelp er et tilbud der personen som søker hjelp, sammen med sin terapeut finner et aktuelt behandlingsprogram å jobbe med ut fra problemer, behov og mål for behandlingen. Brukeren jobber med programmet over en gitt periode, med ukentlig

veiledning fra sin terapeut. Mange RPH-team bruker de nettbaserte selvhjelpsprogrammene i *Assistert selvhjelp*, de *videobaserte selvhjelpsprogrammene utviklet av Magnus Nordmo*, eller utvalgte selvhjelps bøker.

Felles for disse programmene er at de gir økt kunnskap og teknikker for å mestre ulike psykiske problemer. Tilbudet er fleksibelt ved at man kan jobbe med selvhjelpsmaterialet når det passer. I motsetning til selvhjelp alene, hvor man ikke har terapeutstøtte, tilbys det her ukentlig strukturert veiledning fra samme terapeut på omtrent 20 minutter, med vekt på modulen man har jobbet med og erfaringene brukeren har gjort siden sist. Veiledningen foregår vanligvis på telefon, men kan også gjennomføres i form av videosamtaler eller fysiske møter.

Behandlingsgrupper

Behandlingsgrupper skiller seg fra undervisningsbaserte kurs ved at de vanligvis har færre deltakere, noe lengre varighet og at det legges opp til mer diskusjon rundt erfaringene med ulike øvelser deltakerne har gjort mellom samlingene. Vanligvis holdes gruppene av to terapeuter, som har ansvar for å lede gruppen og gi noe undervisning. Omfanget for behandlingsgruppene kan være 6–8 samlinger à 2,5 timer, med 6–10 deltakere. RPH-team kan utvikle behandlingsgrupper selv, de kan kjøpe ferdig utviklede gruppetilbud, eller de kan gi deltakerne tilgang til samme selvhjelpsprogram og tilby veiledet selvhjelp i gruppeformat.

Det finnes behandlingsgrupper i RPH for blant annet mestring av stress- og belastningsplager, lav selvfølelse, søvnproblemer (insomni), angstlidelser og depresjon og gruppetilbud som kombinerer undervisning om psykisk helse med fysisk aktivitet.

Individuell psykoterapi

Kognitiv atferdsterapi i form av samtaler gir rom for mer individuelle tilpasninger enn de andre trinnene i modellen, når det gjelder både innhold og tempo. Samtalene følger en fast struktur for å sikre at brukeren får snakket om det som er viktig for vedkommende, samtidig som man jobber målrettet og endringsfokusert mot målet for behandlingen. Innledningsvis forhører terapeuten seg om hvordan det har gått siden

sist, og hvordan brukeren har det. Bruk gjerne kartleggingsverktøy. Deretter får brukeren sette agenda for timen, og erfaringer med hjemmeoppgavene drøftes.

Med utgangspunkt i brukerens agenda blir brukeren og terapeuten enige om aktuelle metoder de kan benytte i timens hoveddel. Før timen avsluttes, blir de enige om ny hjemmeoppgave for å hjelpe brukeren til å nyttiggjøre seg nye verktøy og få erfaringer i sin hverdag. Avslutningsvis gjøres det en oppsummering av timen, og terapeuten ber om tilbakemeldinger på hva som har vært nyttig, og hva som bør endres i kommende timer for å øke nytteverdien for brukeren. Her kan man gjerne ta i bruk tilbakemeldingsverktøy, se [kapittel 3.3](#). Rammen for samtalene er 2–15 timer à 45–50 minutter. Det kan være lurt å forsøke å tilpasse samtalene til andre trinn i modellen for å bedre utbyttet av «mixed care».

ANBEFALINGER

- 1. FÅ EN GOD START:** Kom raskt i gang med «mixed care» i tråd med prinsippet om rett behandling på riktig nivå.
- 2. SKAP MANGFOLD:** Tilby et bredt spekter av behandlingstilbud for å imøtekomme mangfoldet i målgruppens behov.
- 3. VURDER SAMARBEID MED NABOKOMMUNEN:** Dersom det er vanskelig å rekruttere nok deltakere til kurs eller behandlingsgrupper, kan man samarbeide med andre kommuner for eksempel ved å gjennomføre digitale kurs eller behandlingsgrupper sammen. Les mer om digital behandling i [kapittel 3.10](#).
- 4. ALLE TERAPEUTER BØR HA SAMME ANSVAR:** Dersom alle terapeutene har ansvar for både kartleggings- og informasjonssamtaler og for de ulike tilbudene i «mixed care»-modellen, sikres et fleksibelt og sterkt behandlingstilbud.
- 5. SAMMEN ER MAN MINDRE ALENE:** Som terapeut jobber man mye alene med brukerne, noe som kan oppleves som krevende i lengden. Ved å drive kurs og gruppebehandling sammen, får terapeutene mulighet til å bli bedre kjent og lære av hverandre, noe som også kan styrke tilhørigheten til teamet.

6. ALLE TERAPEUTENE BØR HA GOD

KJENNSKAP TIL TILBUDENE:

Når alle terapeutene kjenner godt til innholdet i de ulike tilbudene, sikrer man at brukerne får tilstrekkelig informasjon i oppstarten av behandlingen, og at de får best mulig effekt av «mixed care». For brukerne er det en forutsetning at alle terapeutene kan vurdere og informere om alle tilbud i modellen, for å tilpasse hjelpen til den enkelte. *Eksempel: Dersom en bruker tar kontakt i etterkant av et undervisningsbasert kurs og ønsker søvnbehandling, er det en fordel at terapeuten kjenner til hva personen allerede har lært på kurset. Da kan terapeuten tilpasse den videre hjelpe, samt gjøre en vurdering av om personen skal fortsette behandlingen med søvnkurs, individuelle samtaler eller veiledet selvhjelp.*

7. SKAP FELLESSKAP:

Hvis man inviterer pårørende eller samarbeidspartnere med på undervisningsbaserte kurs, bør de delta på lik linje med de andre kursdeltakerne. En slik inkludering kan motvirke stigma og skape fellesskap. Hospitanter bør informeres om dette på forhånd og få utdelt kompendium eller arbeidsbok som de fyller ut samtidig som de andre kursdeltakerne.

8. HOLD PÅ METODEN:

Ta utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi når tjenesten utformes. Kognitiv atferdsterapi er en terapiform som har gode resultater for behandling av angst, depresjon og søvnvansker (insomni) (Butler et al., 2006; Hofmann et al., 2012; Nathan & Gorman, 2007). Tilbakemelding fra brukere er at de setter pris på den jordnære tilnærmingen som denne terapiformen har, og at de lærer hvordan de kan håndtere sine psykiske plager både nå og i fremtiden.

KILDER

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Nathan, P.E. & Gorman, J.M. (2007). *A guide to treatments that work*. (3. utg.). New York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/med/psych/9780195304145.001.0001



1.4 RPH-team er tverrfaglige team av selvstendige behandlere

Ansatte i RPH har minimum bachelorgrad i helse- og sosialfag. Mange har videreutdanning eller master i psykisk helse- og rusarbeid, og psykolog skal være en del av teamet.

Samtlige terapeuter skal gjennomføre opplæringsprogrammet i kognitiv atferdsterapi for Rask psykisk helsehjelp som er utviklet for dette tjenestetilbudet og finansiert av Helsedirektoratet.

Norske kommuner har et lovbestemt behandlingsansvar også innenfor rus- og psykisk helsetjeneste. Med *behandling* forstås tiltak for å fjerne eller lette symptomer på eller årsak til lidelse og sykdom og å bidra til å styrke funksjon. Bruk av kognitiv atferdsterapi for å fjerne eller lette symptomene på en depresjon eller en angstlidelse er et eksempel på et behandlingstiltak. Det samme er utøvelse av et kurs for mestring av depresjon, angst eller søvnvansker (insomni).

Selvstendig behandlingsansvar i RPH

Behandling er ikke bare rettet mot en diagnose og lindring av symptomer. Begrepet inkluderer også et mest mulig likeverdig samarbeid mellom behandler og bruker for å styrke opplevelse av livskvalitet og god funksjon i ulike sosiale roller i familie, arbeid og nærmiljø.

Alle terapeuter i RPH har uansett profesjonstilhørighet et selvstendig behandlingsansvar i utøvelsen av individuell behandling, gruppebehandling og veiledet selvhjelpsbehandling. Hver terapeut møter som oftest brukeren alene.

RPH og tverrfaglig samarbeid

Samtidig som alle terapeutene har et selvstendig behandlingsansvar, er behandlingstilbudet ved RPH preget av tverrfaglig samarbeid. Flere yrkesgrupper jobber sammen som en helhet for å ivareta brukerens psykiske helse og funksjon. Man samarbeider om kliniske vurderinger og valg av behandlingstiltak. Det krever tett kommunikasjon mellom de ulike aktørene, og at man har organisert regelmessige samarbeidsmøter der behandlinger evalueres og drøftes.

Ved behov må terapeutene kunne møte brukeren sammen. Da drar man nytte av at forskjellige profesjoner har ekspertise innenfor forskjellige områder. Noen behandlere har dessuten erfaring fra og interesseområder på ulike fagfelt. Psykologen i teamet bør ha en veilederrolle i psykologiske metoder for kartlegging og behandling av psykiske plager og lidelser.

Tverrprofesjonelle team

Et relevant begrep for RPH-teamet er «tverrprofesjonelt team». Det er et team med profesjonsutdannede medlemmer som arbeider så nært sammen at de profesjonsmessige grensene for hvilke roller man tradisjonelt har hatt, til en viss grad utviskes i arbeidet for det felles målet (Willumsen et al., 2014). Teammedlemmene jobber så tett sammen at man utvikler en felles forståelse ved å innpasse faggruppens kunnskap. Man beveger seg som team og ikke bare som enkeltpersoner.

Et viktig faglig bindemiddel her er at teammedlemmene har gått gjennom samme opplæringsprogram, og at alle har kompetanse i utøvelse av kognitiv atferdsterapi for vanlige psykiske lidelser.

Teammedlemmene har dessuten god kjennskap til den spesielle tjenestemodellen som ligger til grunn for lavterskeltilbudet RPH.

ANBEFALINGER

Viktige faktorer for å lykkes som RPH-team

- Ha felles lokaler, en støttende ledelse og faste møter.
- Få på plass felles visjoner og mål.
- Gjennomfør regelmessig evaluering av praksis med kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy.
- Tilrettelegg for god kommunikasjon, både formelt og uformelt.
- Skap gode rutiner for koordinering.

Skap et godt fellesskap innad i RPH-teamet

- Bygg et miljø med gjensidig respekt og tillit, positive holdninger og et klima for åpne faglige diskusjoner.
- Kjenn hverandres faglige styrke, og vær flinke til å fremsnakke hverandre.
- Sett av tid til å utvikle den tverrfaglige felleskompetansen, gjennom refleksjon, evaluering og metodeutvikling.

KILDE

Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2014). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget.

2 FORSKNING OG EVALUERING AV RASK PSYKISK HELSEHJELP

Folkehelseinstituttet har gjennomført to store studier av RPH. Resultatene fra evalueringene tydet på stor nedgang av angst- og depresjonsplager i løpet av behandlingen samt en betydelig forbedret livskvalitet. En slik evaluering har gitt nyttig informasjon til videre utvikling og kvalitetssikring av tilbudet. Samtidig er det behov for mer forskning.

2.1 Forskning er en del av kunnskapsgrunlaget for RPH

Forskning viser at RPH er en effektiv metode. Likevel er det aspekter ved tjenesten som må forskes videre på.

TEKST: FOLKEHELSEINSTITUTTET

Det gjøres lite forskning i kommunehelsetjenesten sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Dette til tross for at omfanget av disse tjenestene er relativt likt. For å møte fremtidige utfordringer knyttet til demografiske endringer og økt behov for tjenester, er det svært viktig å sikre et bedre kunnskapsgrunnlag for hjelpen som tilbys på kommunenivå.

Når man bruker ulike forskningsmetoder i uavhengige evalueringer, kan man finne ut om og hvordan RPH fungerer, for eksempel med utgangspunkt i de retningslinjene som Helsedirektoratet har gitt.

Et overordnet mål for RPH er å forbedre tilgangen til psykisk helsehjelp i Norge. Konkret skal tiltaket føre til:

- Redusert nivå av symptomer på angst og depresjon
- Økt livskvalitet og bedret arbeidsevne
- Høy brukertilfredshet
- En styrking av det samlede tilbudet innenfor psykisk helse i kommunene

Stor reduksjon av angst og depresjon

Så langt har det blitt gjennomført to store evalueringer av RPH, i tillegg til noen mindre undersøkelser.

Folkehelseinstituttet fikk i 2013 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å evaluere de første 12 kommunene som prøvde ut RPH.

Evalueringen var basert på et observasjonelt forskningsdesign og benyttet både kvantitative og kvalitative metoder. Gjennom spørreskjemaundersøkelser

var målet med den kvantitative delen å finne ut i hvilken grad behandlingen i RPH bidro til nedgang i symptomtrykk, økning i livskvalitet og forbedring av arbeidsevne.

Målet med den kvalitative delen var å gjennomføre en systematisk undersøkelse av RPHs praksis sammenlignet med Helsedirektoratets retningslinjer for tiltaket. Dessuten skulle man beskrive erfaringer med RPH fra ulike perspektiver (bruker, prosjektleder, terapeut, samarbeidspartner) både innad og på tvers av piloter.

Mellom oktober 2014 og desember 2016 deltok over 1500 RPH-brukere i evalueringen.

Resultatene fra evalueringen tydet på en stor reduksjon i angst- og depresjonsplager i løpet av behandlingen samt en betydelig forbedring i livskvalitet. De observerte forbedringene var omtrent like gode som resultatene fra de første evalueringene av et tilsvarende lavterskeltilbud, IAPT, i England. Det ble også observert en vesentlig økning i arbeidsdeltakelse.

Lavintensive behandlingsformer kan brukes mer

Evalueringen viste at tjenestemodellen for RPH så ut til å fungere i tråd med målet om å være et lavterskeltilbud som øker tilgangen til behandling. Halvparten av brukerne tok kontakt med RPH selv, og ventetiden for å få behandling var vesentlig lavere enn for andre hjelpetilbud for målgruppen.

Samtidig ble det pekt på at lavintensive behandlingsformer (veiledet selvhjelp, gruppekurs) og

jobbfokusert kognitiv atferdsterapi burde benyttes i større grad for å nå RPHs mål.

Resultater fra denne evalueringen var imidlertid basert på et relativt svakt forskningsdesign. Det var vanskelig å fastslå med sikkerhet i hvilken grad de observerte endringene kunne tilskrives selve behandlingen.

Mye større tilfriskning i RPH-gruppen

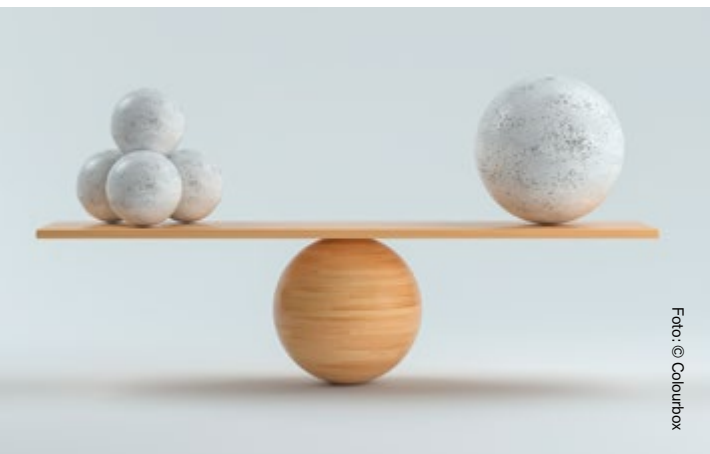
Av den grunn satte Folkehelseinstituttet i 2015 i gang en evalueringsstudie i Kristiansand RPH og Sandnes RPH, basert på et eksperimentelt design. I denne evalueringen ble deltakere i studien tilfeldig delt inn i én gruppe som fikk behandling ved RPH, og én gruppe som fikk omsorg som vanlig. Med omsorg som vanlig menes her alle andre hjelpetilbud enn RPH som var tilgjengelig i kommunen i evalueringsperioden. I praksis betydde det ofte hjelp fra kommunal psykisk helsetjeneste, fastlege, privat psykolog eller ingen hjelp.

I perioden november 2015 til august 2017 oppsøkte til sammen 1188 personer RPH i Kristiansand og Sandnes. Av disse var det 414 som ikke oppfylte inklusjonskriteriene for å kunne delta i studien, 35 avviste RPH-behandlingen, og 26 ønsket ikke å delta i studien.

Totalt ble 774 brukere randomisert til en av de to betingelsene i studien.

I likhet med den første evalueringen ble alle deltakende brukere bedt om å besvare spørreskjemaer ved starten, under og ved slutten av behandlingen. Hovedresultatmålet i studien var tilfriskningsraten ved seks måneders oppfølging (det vil si andelen som regnes som frisk igjen seks måneder etter baseline-målingen) og var basert på scorene på Patient Health Questionnaire (PHQ-9) og Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7).

FHI fant at tilfriskningsraten var 63,5 prosent i RPH-gruppen og 38,3 prosent i «Omsorg som vanlig»-gruppen. Det ble også funnet vesentlige positive effekter på generell fungering og livskvalitet, mens det ikke ble funnet effekt på selv-rapportert arbeidsdeltakelse. En senere studie har vist at de positive effektene av intervensjonen vedvarte ved 12 måneders oppfølging.



Har fått en større sikkerhet

Resultatene fra den andre evalueringen har bidratt til at en med større sikkerhet kan si at RPH er effektiv i behandling av angstlidelser og lett til moderat depresjon. Samtidig er det viktig å påpeke at også den andre evalueringen har sine svakheter, som medfører risiko for at effekten av RPH har blitt over- eller underestimert.

Typiske faktorer som kan ha påvirket resultatet, er ikke-deltakelse ved seks måneders oppfølging (det manglet oppfølgingsdata for omtrent en tredjedel av deltakere i begge gruppene), mangel på blinding (at både brukere og terapeuter var klar over hvilken av de to gruppene en ble plassert i) og bruk av spørreskjemaer (basert på subjektive vurderinger i motsetning til mer objektive resultatmål).

Trenger å vite mer om arbeidsdeltakelse

Det er også andre aspekter knyttet til mål for RPH som den andre evalueringen ikke har klart å gi svar på. Mest iøynefallende er effekten på arbeidsdeltakelse.

Selv om effekten på dette resultatmålet basert på registerdata ikke er kjent enda (i motsetning til effekt basert på selv-rapportering), er det sannsynlig at studien ikke er dimensjonert for å avdekke en effekt på arbeidsdeltakelse, selv om det faktisk var en slik effekt.

Det er gjerne tilstrekkelig med et lite utvalg for å avdekke en stor effekt, for eksempel en stor nedgang i psykiske plager hos brukere i RPH. Men det trengs vanligvis et stort utvalg for å avdekke en liten effekt, i dette tilfellet en antatt liten effekt på økt arbeidsdeltakelse. Om en liten effekt har praktisk betydning, er avhengig av type resultatmål. Selv en liten effekt på arbeidsdeltakelse vil ha betydning fordi det ville medført store økonomiske besparelser for samfunnet, og trolig også bedret livskvalitet for den det gjelder.

Forhold som kan påvirke forskningsresultat

Selv om evalueringene har blitt satt opp så praktisknært som mulig, kan det ikke utelukkes at etterlevelsen av retningslinjene og behandlingsprinsippene for RPH var bedre *under* evalueringen enn etterpå.

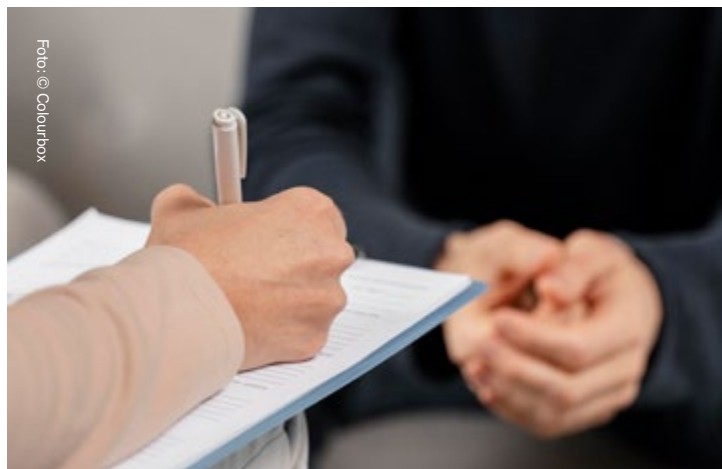


Foto: © Colourbox

Dessuten er gyldigheten av forskningsfunnene forbundet med definisjon av målgruppen, selve behandlingen og den tilgjengelige terapeutkompetansen. Når en eller flere av disse forholdene endres sammenlignet med hvordan de var under evalueringene, kan det påvirke effektiviteten av RPH. Et eksempel er at RPH kanskje ikke vil ha like gode resultater dersom målgruppen for behandlingen blir endret til brukere med mer alvorlige og sammensatte psykiske lidelser.

Flere av terapeutene som deltok i den andre evalueringen, nevnte dette poenget som en bekymring for den fremtidige utviklingen av RPH. De lurte på hvor mye av den opprinnelige tjenestemodellen for RPH som ville være igjen hvis det gjøres endringer i målgruppe, behandlingssinnhold og krav til terapeutkompetanse, og hvordan slike endringer ville påvirke effektiviteten av RPH.

Behov for mer forskning

Det er behov for mer forskning på og en kontinuerlig evaluering av RPH. Det er spesielt viktig å forske mer på de aspektene ved RPH som vi har lite kunnskap om. Evalueringer bør være uavhengige, gjennomføres av forskningsmiljøer med høy kompetanse og være basert på det best mulige forskningsdesignet. Et aktuelt eksempel er utprøvingen av Assistert Selv-hjelp. En uavhengig institusjon, Folkehelseinstituttet, legger opp til en randomisert kontrollert studie. Her vil effekten av veiledet internettbasert behandling bli sammenlignet med andre behandlingalternativer i RPH.

RPH fungerer neppe like godt i alle kommuner

Mange kommuner tilbyr RPH, men vi mangler en systematisk oversikt over hvordan de ulike RPH-tjenestene jobber per i dag. Vi vet også lite om hvordan effektiviteten av behandlingen varierer på tvers av kommunene.

Mangel på slike data svekker muligheten til å forbedre og videreutvikle RPH. En studie fra det engelske lavterskeltilbudet IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) viste at andelen som kan regnes som frisk igjen etter terapien, varierte mellom 18 og 65 prosent, på tvers av engelske kommuner, i perioden 2014–2015. Ulike organisatoriske faktorer kunne forklare noe av denne variasjonen.

Et eksempel på en slik organisatorisk faktor er at IAPT-sentrene med gode resultater hadde fleksible overganger fra nettbehandling til ansikt-til-ansikt-behandling, når det var behov for det. Et annet eksempel er at IAPT-sentre som hadde gode rutiner for å bruke kartleggingsskjemaer for spesifikke angstlidelser, som sosial angstlidelse og generalisert angstlidelse, hadde bedre behandlingsresultater for disse angstlidelsene.

IAPT-dataene viste også at forbedring av disse organisatoriske faktorene førte til vesentlig bedre behandlingsresultater i IAPT i perioden 2015–2016. IAPT-sentrene med gode resultater fungerte her som forbilder for sentre med svakere resultater.

Aktuelt å hente monitoreringssystem fra England

I IAPT er slike data tilgjengelige fordi det brukes et unikt registrerings- og monitoreringssystem. Dette systemet samler IAPT-resultatdata for 98 prosent av behandlede brukere. Et tilsvarende system er ønskelig i Norge. Systematisk og standardisert innhenting av data vil kunne bidra til å sikre og forbedre kvaliteten i RPH. Flere brukere vil kunne få bedre hjelp.

I kombinasjon med enkelte, mer omfattende evalueringer, når det skjer vesentlige endringer i RPH-praksis, vil et slikt monitoreringssystem kunne bidra til at tjenesten blir kunnskapsbasert også i fremtiden. Les mer om monitoreringssystem i [kapittel 5.1](#).

LES MER

- [6 av 10 fortsatt friske tre år etter Rask psykisk helsehjelp](#) (fhi.no)
- Smith, O.R.F., Sæther, S.M.M., Haug, E. & Knapstad, M. (2022). Long-term outcomes at 24- and 36-month follow-up in the intervention arm of the randomized controlled trial of Prompt Mental Health Care. *BMC Psychiatry* 22, 598. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04227-0>
- Sæther, S. M. M., Knapstad, M., Grey, N. & Smith, O.R.F. (2022). “Moderators of treatment effect of Prompt Mental Health Care compared to treatment as usual: Results from a randomized controlled trial.” *Behaviour Research and Therapy* 158:104198. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104198>

KILDER

- Clark, D.M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S. & Janecka, M. (2017). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679–686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)
- Heiman, G.W. (1999). *Research methods in psychology*. Houghton, Mifflin and Company.
- Helsedirektoratet (2013). *Rask Psykisk Helsehjelp – 12 pilotkommuner. Veiledende materiell*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Knapstad, M., Lervik, L.V., Sæther, S.M.M., Aarø, L.E. & Smith, O.R.F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian version of Improving Access to Psychological Therapies: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90–105. doi: 10.1159/000504453. Epub 2019 Dec 3. PMID: 31794968; PMCID: PMC7158231.
- Knapstad, M., Nordgreen, T. & Smith, O.R.F. (2018). Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry*, 18, 260 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1838-0>.
- Lervik, L.V., Knapstad, M. & Smith, O.R.F. (2020). Process evaluation of Prompt Mental Health Care (PMHC): the Norwegian version of Improving Access to Psychological Therapies. *BMC Health Serv Res*, 20, 437 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05311-5>.
- Myrtveit, S.M.S., Knapstad, M., Grey, N., Rognerud, M.A. & Smith O.R.F. (2020). Long-term outcomes of Prompt Mental Health Care: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 135:103758. doi: 10.1016/j.brat.2020.103758. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33129157.
- Smith, O.R., Alves, D.E. & Knapstad, M. (2016). *Rask Psykisk Helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Aarø, L.E. (2007). *Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: En innføring i survey-metoden* (2. utg.). HEMIL-senteret og Grieg-akademiet, Universitetet i Bergen.



3 KARTLEGGING OG BEHANDLING I RASK PSYKISK HELSEHJELP

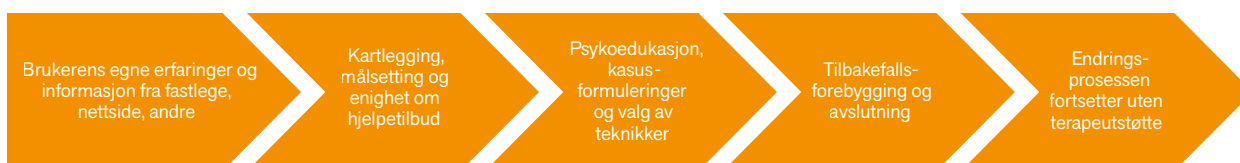
Denne delen av håndboka er spesielt rettet mot behandlere i RPH. Noen av temaene som berøres, er «mixed care», tilbakemeldingsverktøy, ulike former for kartlegging, selvmordsrisiko og digital behandling.

RPH skal legge til rette for rett behandling på riktig nivå og gi hjelp som oppleves nyttig for den enkelte. Ansatte i RPH må kartlegge bredt og grundig, både ved oppstart og underveis i behandlingen.

Endringsprosessen er som regel allerede i gang når en person velger å søke hjelp. Behandlingen i RPH må ses på som en del av denne prosessen, sammen med mange andre faktorer som spiller inn.

Det overordnede målet i kognitiv atferdsterapi er hjelp til selvhjelp, og det legger grunnlaget for hvordan hjelpen i RPH gis. Etter behandlingen skal personen ha fått mer kunnskap om sin psykiske helse og kunne ta i bruk flere metoder for å øke sin livskvalitet.

Hovedelementer i en endringsprosess med Rask psykisk helsehjelp

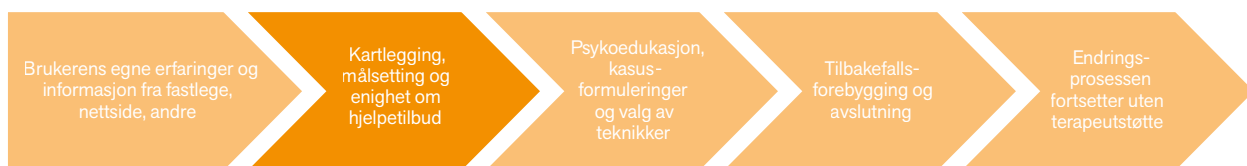


3.1 Legg til rette for en god informasjons- og kartleggings samtale

Kartleggings samtalen er det første møtet med RPH for den som søker hjelp. Mange forhold skal avklares, og grunnlaget for mye av det videre samarbeidet legges.

Et av målene for samtalen er å bli enig om rett behandling på riktig nivå, enten det er i eller utenfor RPH. Terapeuten må få en forståelse av hjelpebehovet til personen som tar kontakt, og hvor vedkommende er i sin endringsprosess. Brukeren må få grundig informasjon om aktuelle hjelpetilbud.

Informasjons- og kartleggings samtalen som en del av endringsprosessen



God kartleggingskompetanse er nødvendig

Folk tar kontakt med RPH på ulike måter. Noen ganger gjennomføres informasjons- og kartleggings samtalen på telefon, andre ganger på kontor eller i videomøte. Det hender at det ikke er tilstrekkelig med én telefonsamtale. Avtal da tidspunkt for å videreføre samtalen på kontoret eller som videomøte med lengre tid og flere kartleggingsverktøy disponibelt.

Siden RPH er lett tilgjengelig uten behov for henvisning, vil det være personer både innenfor og utenfor målgruppen som søker hjelp. Denne åpenheten stiller krav til god kartleggingskompetanse hos terapeuten. Dessuten er det viktig med god samhandling med samarbeidspartnere, og oppdatert kunnskap om andre aktuelle hjelpetilbud, for å finne et nyttig tilbud til den enkelte.

Skap trygge rammer

Når personer tar kontakt med RPH, er endringsprosessen ofte i gang allerede. De har tatt et valg om å søke hjelp for noe de opplever som så vanskelig at de ikke klarer å komme videre på egen hånd. Noen ganger har denne prosessen vart noen dager, andre ganger over flere år.

Ofte er dette første møte med psykisk helsehjelp for den som tar kontakt, så det er viktig å skape trygge rammer og legge til rette for et godt samarbeid. Gi

informasjon om hvilke hjelpetilbud som finnes, og hva som skiller dem fra hverandre. Prøv å etablere en felles forståelse av hva som vil være nyttig hjelp.

Viktig informasjon i starten

Enkelte som søker hjelp har en formening om hva de trenger for å bli bedre, mens andre stiller seg helt åpne. Uansett type problemer og varighet av problemene er det viktig å forklare hva endringsarbeid innebærer. Erfaring fra RPH-teamene viser at personene som søker hjelp, ofte mangler kunnskap om psykisk helse og sentrale faktorer for behandling av angst, depresjon, søvnvansker (insomni) og begynnende rusproblemer.

Før oppstart er det lurt å informere om årsaken til at en ofte må rette søkelyset mot faktorer som bidrar til å opprettholde problemene, for eksempel unn-gåelsesatferd ved angst, og ikke bare mot hva som har vært utløsende faktorer. Dessuten bør en snakke om hva som kan kreves for å få til endring, for eksempel eksponering for fryktede situasjoner. Det samme gjelder behovet for at brukeren setter av tilstrekkelig tid til å få gjennomført endring. Noen ganger er det aktuelt å dele erfaringer med å hjelpe andre med lignende problemer, tilbakemeldinger fra brukere og hva forskning viser. Gjennom en slik samtale kan personen bli bedre i stand til selv å vurdere rett behandling på riktig nivå.



God dialog og informativ nettside

De fleste som søker hjelp, har blitt anbefalt å ta kontakt av sin fastlege eller av andre i hjelpeapparatet. Ha derfor god dialog med fastlegene og andre samarbeidspartnere, slik at de formidler informasjon om RPH på en måte som er i tråd med det som blir gitt i informasjons- og kartleggingssamtalen. For nærmere beskrivelse, se [kapittel 4](#) om samhandling og informasjonsarbeid.

Andre som tar kontakt, har funnet tilbudet selv etter å ha søkt på nett eller blitt tipset av noen i sitt private nettverk. En informativ nettside om RPH kan hjelpe befolkningen og andre deler av det offentlige hjelpeapparatet til å forstå hvilket tilbud RPH er, og ikke er, og dermed sette i gang tanker om aktuelt hjelpe tilbud på et tidlig stadium.

Kartlegging av rett behandlingsnivå

Når en skal kartlegge rett behandling på riktig nivå, er det viktig å få forståelse av hva personen ønsker hjelp til, og hva som er grunnen til at vedkommende tar kontakt. Videre bør en undersøke hvor godt personen kjenner til RPH, og om vedkommende har gjort seg noen tanker om på hvilken måte dette behandlingstilbudet kan være nyttig. Det vil gi et bilde av motivasjon, forventinger og om rammene for RPH er tilstrekkelige.

Noen ganger kan det være hensiktsmessig å be personen lese mer om tilbudet på nettsiden før samtalen

fortsetter. Be personen beskrive hvordan problemene har utviklet seg. Prøv å få frem hva som opprettholder plagene og hvordan de påvirker fungering i hverdagen, for å avdekke et eventuelt funksjonsfall hjemme og på jobb. Mange personer presser seg til å gå på jobb og opplever at de er helt utslitt når de kommer hjem. Kartlegg familiesituasjonen og arbeidssituasjonen.

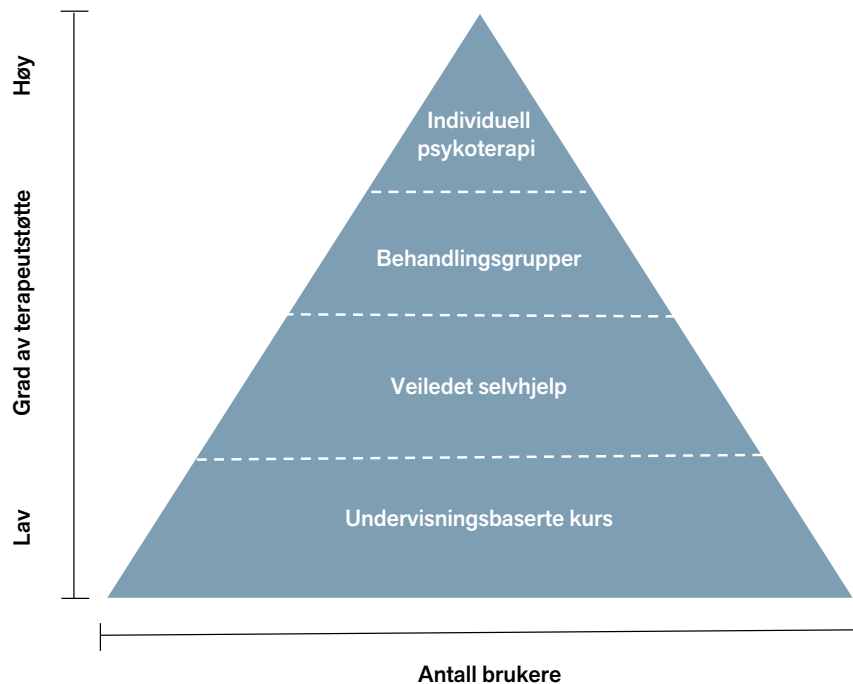
Undersøk om personen har hatt lignende problemer tidligere, og om vedkommende har mottatt hjelp før. Spørsmålene her kan gi informasjon om plagene nylig har oppstått, eller om de er av lengre varighet, og om de kan forstås som et tilbakefall, for eksempel som tilbakevendende depresjon. Spørsmålene kan også gi kunnskap om hva som har hjulpet før, og om hva som eventuelt ikke har hjulpet før. Få frem personens ressurser, verdier og interesser da det vil være nyttig for å tilpasse behandlingen til den enkelte.

Kartlegg arbeidsevne, traumatiske opplevelser, bruk av rusmidler og selvmordsrisiko i henhold til det som står beskrevet i egne kapitler i denne håndboka. Det kan da vise seg at andre tilbud vil være mer hensiktsmessige og gi mer spesialisert hjelp, og man kan vise personen som søker hjelp videre til disse, eventuelt via fastlege. I tillegg må man sjekke at personen er over 16 år og bosatt i kommunen.

Når vurderingen er vanskelig

Noen ganger er det vanskelig å vurdere rett behandling på riktig nivå og om en person vil kunne nyttiggjøre seg tilbudet i RPH. Terapeuten må foreta en helhetlig klinisk vurdering av både symptombelastning og funksjonsnivå samt diskutere med vedkommende om aktuelt hjelpe tilbud synes nyttig.

Dersom man er i tvil, anbefales det å avtale nytt møte for å fortsette kartleggingen der man tar i bruk kartleggingsverktøy, som PHQ-9 (depressive symptomer) og GAD-7 (angstsymptomer). Hvis en etter denne samtalen fremdeles er usikker på om vedkommende er innenfor målgruppen og vil kunne nyttiggjøre seg et tilbud innenfor rammene for RPH, er en god regel å drøfte problemstillingen med en kollega eller på et inntaksmøte før personen får et endelig svar på om vedkommende får hjelp i RPH.



Figur: Behandlingstilbud i RPH

Jobb mot felles mål

Dersom personen som tar kontakt, vurderes å være innenfor målgruppen, kan en gå videre med å utforme behandlingsmål, for å sikre at brukeren og terapeuten jobber mot et felles mål. Det er i høy grad personen selv som definerer sine mål, innenfor de rammene som tilbudet ved RPH omfatter. Terapeuten kan hjelpe brukeren med å koble disse målene til personens verdier og ressurser, foretrukne aktiviteter og nettverk.

Siden RPH skal legge vekt på tiltak rettet mot å styrke jobbfunksjonen og forebygge langvarig sykdom, kan det i tillegg være lurt å knytte målene til arbeid, der det er relevant.

Bli enige om tilbud

Etter at terapeuten har fått et bilde av hva personen søker hjelp for, og av målet for behandlingen, må terapeut og bruker forsøke å bli enige om hvilket behandlingstilbud i RPH personen skal starte med. Gi grundig informasjon om de ulike tilbudene, og unngå at noen tilbud oppleves bedre eller dårligere enn andre. For å forebygge alliansebrudd og misforståelser bør en snakke om at samarbeidet forutsetter innsats fra begge parter for at hjelpen skal ha effekt. Hvis det er ambivalens og usikkerhet, kan en bli enige om at en starter med ett tilbud, og at en evaluerer underveis og blir enige om videre behov.

Når informasjons- og kartleggingssamtalen er ferdig og en har blitt enige om hvilket tilbud personen skal starte med, bør behandler informere fastlege, etter samtykke fra brukeren. Si gjerne at det er vanlig praksis ved RPH å informere fastlegen siden denne ofte følger sine pasienter over mange år og har et koordinerende medisinsk ansvar. Se [kapittel 4.6](#) for oversikt over hvilke opplysninger fastlegen ønsker ved oppstart.

Når personen er utenfor målgruppen

Det kan være ulike grunner til at personer vurderes å være utenfor målgruppen for RPH. For å unngå at personen føler seg avvist, bør en bruke tid på å forklare vurderingen som er gjort. Mange setter pris på en slik ærlighet og er glad for at dette blir avklart før de har etablert en nær behandlingsrelasjon.

En viktig funksjon ved RPH er å ha oversikt over aktuelle tilbud som en kan lose personer utenfor målgruppen til. Slike tilbud kan være frisklivssentraler, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner, pårørendetilbud, fastlege eller andre.

Samtidig er det viktig at dette ikke er hovedfunksjonen til RPH da denne jobben kan bli tidkrevende og gå ut over hjelpen til den primære målgruppen. Det er heller ikke et krav at terapeuten eller RPH-teamet må finne et alternativt tilbud til alle. Dersom man er i tvil, kan man lose videre til fastlegen.

ANBEFALINGER

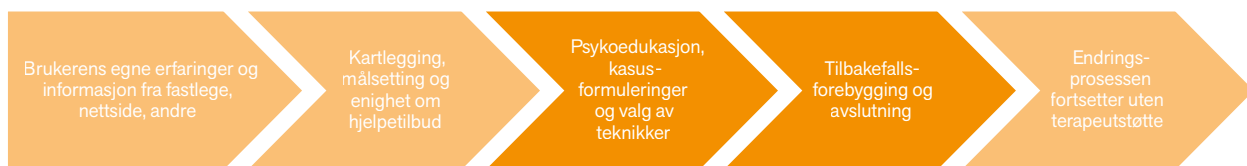
1. **LEGG TIL RETTE:** Lag trygge rammer, slik at personer som tar kontakt, kan snakke åpent om hvordan de har det og hva de ønsker hjelp til. Ved å planlegge tidspunkt for informasjons- og kartleggingssamtalen får de som søker hjelp, anledning til å sette av tid og forberede seg.
2. **GI GRUNDIG INFORMASJON:** Forklar hvilke hjelpetilbud som finnes i og utenfor RPH, og forsøk å få en felles forståelse av hjelpebehov.
3. **SE NETTSIDE FØRST:** Dersom en person tar kontakt uten å kjenne til RPH, kan det noen ganger være lurt å be personen lese om tilbudet på nettsiden for seg selv først, for lettere å kunne gjøre seg noen tanker om dette kan være et passende tilbud. Så kan man avtale ny tid for informasjons- og kartleggingssamtalen etterpå.
4. **FELLES FOR TERAPAUTENE:** God informasjon om de ulike tilbudene i RPH forutsetter god kjennskap til innholdet, rammene og erfaringer med hvem som nyttiggjør seg de ulike tilbudene. Det er derfor viktig at alle terapeutene i RPH-teamet er godt kjent med de ulike tilbudene og gjennomfører informasjons- og kartleggingssamtaler.
5. **VED USIKKERHET:** Informasjons- og kartleggingssamtalen kan gjennomføres på telefon, men dersom man er i tvil om rett behandling på riktig nivå, anbefales det å avtale tidspunkt for å fortsette samtalen på kontor eller video. Hvis man fremdeles er usikker etter denne samtalen, anbefales det å drøfte saken med kolleger eller på et inntaksmøte før vedkommende får et endelig svar på om han eller hun får et tilbud i RPH.
6. **KARTLEGGINGSVERKTØY:** Bruk av kartleggingsverktøy gir opplysninger som supplerer det brukeren forteller og den kliniske vurderingen, og kan gi et bedre grunnlag for vurdering av hjelpebehov. Noen ganger kommer det frem tanker og/eller planer om selvmord ved utfylling av PHQ-9 som ikke har blitt nevnt i samtalen.
7. **LAG SKJEMA:** Utarbeid et skjema med punkter som må med i informasjons- og kartleggingssamtalen, for å sikre at dere kommer inn på viktige tema, og at samtalen gjennomføres noenlunde likt, uavhengig av terapeut. Eksempler på slike skjema kan du se her: 1, 2, 3, 4.
8. **AKTUELLE TILBUD:** Utarbeid en oversikt over tilbud en kan lose videre til. Denne oversikten kan være et levende dokument som oppdateres jevnlig.
9. **ØVELSE GJØR MESTER:** Øv på å gi informasjon om ulike tilbud, og diskuter følgende spørsmål i teamet:
 - *Hva trenger brukerne av informasjon om aktuelle tilbud?*
 - *Hvordan kan en legge til rette for terapeutisk allianse i kartleggingssamtalen?*
 - *Hvordan sikre brukerinnvolving innenfor rammene for RPH?*
 - *Hvordan jobbe med usikkerhet rundt, eller motstand mot, å delta på kurs, veiledet selvhjelp eller i behandlingsgruppe?*
 - *Hvordan sørge for at RPH blir et godt tilbud for målgruppen som tilbudet er definert for, og samtidig bistå personer som faller utenfor med annen hjelp?*

3.2 Behandlingsforløp med «mixed care»

Hjelpen i RPH tilpasses hver enkelt bruker, ut fra tidligere erfaringer og ressurser, de psykiske plagenes alvorlighetsgrad og tilbudet i det aktuelle RPH-teamet.

Siden alle tilbudene i RPH bygger på kognitiv atferdsterapi, kan brukeren veksle mellom ulike tilbud samtidig som vedkommende følger stegene i et behandlingsforløp. En slik tilrettelegging kalles «mixed care».

Behandlingsforløp med «mixed care» som en del av endringsprosessen



Hovedelementene i et behandlingsforløp basert på kognitiv atferdsterapi, starter med undervisning og informasjon om psykisk helse. Et sentralt tema er hvilke faktorer som kan bidra til å opprettholde plager og problemer. Det undervises både generelt om psykisk helse og konkret med utgangspunkt i brukers erfaringer. Mange brukere gir tilbakemelding om at denne kunnskapen er ny for dem, og at de ser egne utfordringer i et nytt perspektiv. Det gir håp.

Ut fra en felles forståelse av hva som er med på å opprettholde plagene, blir brukeren og terapeuten enige om metoder og øvelser de kan jobbe med for å snu negative spiraler og nå behandlingsmålene. Endringsarbeidet foregår både i timene og mellom timene i form av relevante hjemmeoppgaver. Hjemmeoppgavene utformes sammen med brukeren. Hensikten er at personen får øve på å bli bevisst på og velge nye mestringsstrategier i reelle situasjoner i sitt dagligliv.

Når en nærmer seg målet for behandlingen, oppsummerer brukeren hva som har fungert og ikke i en selvhjelpsplan som han eller hun fortsetter å jobbe med etter at behandlingen er avsluttet. Denne planen kan også virke forebyggende mot tilbakefall, så det anbefales at brukeren har planen tilgjengelig selv om plagene opphører.

Som oftest består behandlingen i RPH av ett eller to tilbud til hver enkelt da det tilsvarer en total maksimumsgrense på 15 behandlingstimer.

10 punkter som må være med i alle tilbudene i RPH for å lykkes med «mixed care»

1. Brukeren jobber for å nå sitt mål, uavhengig av trinn i modellen.
2. Terapeuten legger til rette for at brukeren føler seg respektert, forstått og ivaretatt. Avklar forventninger og roller ved oppstart av alle tilbud.
3. Legg til rette for hjelp til selvhjelp ved å dele kunnskap og konkrete metoder brukeren kan ta i bruk enten alene eller med veiledning fra terapeuten.
4. Bruk et folkelig språk både muntlig og skriftlig i de ulike tilbudene slik at flest mulig skjønner innholdet.
5. Ivareta pårørendes behov.
6. Ha arbeid som tema innbakt i tilbudene, med spesiell vekt på å forebygge eller redusere langvarig sykmelding og arbeidsfravær.
7. Bruk samme kartleggingsverktøy på tvers av tilbud, for å se progresjon eller manglende progresjon i behandlingen. En slik kartlegging vil kunne gi indikasjon på å justere hjelpen og bidra til at man unngår mislykket behandling.
8. Bruk tilbakemeldingsverktøy tilpasset hvert tilbud. Innhent tilbakemelding fra brukeren på hjelpen som gis, og gjør justeringer basert på disse tilbakemeldingene.
9. Lag rutiner for gode overganger mellom ulike tilbud.
10. Forebygg tilbakefall ved å utforme en skriftlig selvhjelpsplan på slutten av de ulike tilbudene. Dersom en person har behov for flere tilbud, kan samme selvhjelpsplan brukes.

Forebygg tilbakefall ved å utforme en skriftlig selvhjelpsplan på slutten av de ulike tilbudene. Dersom en person har behov for flere tilbud, kan samme selvhjelpsplan brukes.

Mulig å endre behandlingstilbud

For å lykkes med «mixed care» må alle terapeutene ha god kjennskap til innholdet i de ulike behandlingstilbudene i RPH. En slik kunnskap gjør informasjonen til brukeren og vurderingen av behandlingsnivå mer treffsikker både ved oppstart og underveis. Vurder gjerne flere mulige alternative behandlingsforløp allerede ved oppstart.

Avtal at det kan være mulig å endre tilbud i løpet av behandlingsforløpet. Mange som søker hjelp, har et ønske om individuelle samtaler for å «få snakket ut», mens terapeuten kan gjøre en annen vurdering av rett behandling på riktig nivå. Det kan være krevende å finne en balanse mellom brukerens første ønsker og terapeuten kliniske vurdering av type behandling. Som regel er det mange veier til målet, så her må en forsøke å bli enige om å prøve et tilbud og evaluere nytteverdien underveis.

Undervisningsbasert kurs er en vanlig start

I mange RPH-team starter de fleste som tar kontakt, med et undervisningsbasert kurs, men det er også mulig å ta dette kurset i midten eller på slutten av et behandlingsforløp. Søvnvansker, angst og depressive symptomer henger nært sammen, så det kan derfor være hensiktsmessig å lære mer om dette og få teknikker for å endre uhensiktsmessige tanke- og handlingsmønstre i ett kurs.

Erfaringer fra flere RPH-team viser at omtrent halvparten av dem som deltar på undervisningsbaserte kurs, ikke hadde behov for mer hjelp etterpå. Erfaringene fra dem som tar kontakt i etterkant av slike kurs med ønske om mer hjelp, er at det har blitt tydeligere for dem hva de trenger hjelp til. Man har da mulighet til å fortsette behandlingen på et annet sted i behandlingsforløpet.

Inkludering av pårørende

Dersom en inviterer pårørende eller samarbeidspartnere med på undervisningsbaserte kurs, er det viktig



at de deltar på lik linje med de andre kursdeltakerne for å fremme normalisering og unngå et tydelig skille mellom hvilke roller de ulike deltakerne har på kurset.

Et alternativ er å ha egne møter for pårørende, for eksempel en totimers samling med informasjon om psykiske lidelser og behandlingstiltak samt informasjon om hva pårørende kan gjøre for å ta vare på seg selv og eventuelt barna.

Bruk av «mixed care»

Hvis en starter med individuelle samtaler, kan det være lurt å tenke at behandlingsforløpet kan avsluttes med et annet tilbud. Forsøk da å tilpasse innholdet i samtaler slik at disse passer med neste tilbud. Dersom brukeren er deprimert og har søvnvansker, kan en starte med å endre uhensiktsmessige handlingsmønstre i individuelle samtaler og siden la vedkommende lære seg metoder for å snu negative tankemønstre og søvnvansker på et kurs eller med et selvhjelpsprogram.

Veiledet selvhjelp kan tilsvarende tilbys selvstendig eller i kombinasjon før eller etter andre tilbud. Det finnes mange ulike selvhjelpsprogrammer. Terapeuten må ha kjennskap til innholdet i programmene og opplæring i hvordan en jobber med denne behandlingsmetoden.

Noen team tilbyr veiledet selvhjelp i gruppe, noe som gir deltakerne mer tid til å dele og drøfte erfaringer

med å jobbe med de ulike metodene i modulen de har jobbet med, samt gi og motta støtte fra hverandre. Gruppetilbud gis ofte som et selvstendig tilbud, men kan dersom det vurderes hensiktsmessig, kombineres med andre tilbud i for- eller etterkant.

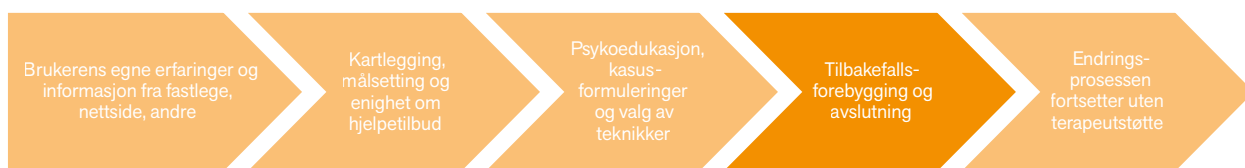
«Fot i bakken»-samtale

I overgangen mellom de ulike tilbudene i RPH-modellen kan man ta en samtale der terapeuten

undersøker hvordan brukeren har det, hva vedkommende har lært, og hva som har vært nyttig og mindre nyttig, samt hvor han eller hun er nå, og hva som gjenstår for å nå behandlingsmålet.

Ut fra denne informasjonen foretar brukeren og terapeuten en ny vurdering av aktuelt tilbud i modellen eller ser om det er andre tilbud utenfor RPH som kan være mer passende.

Avslutning av behandlingsforløp



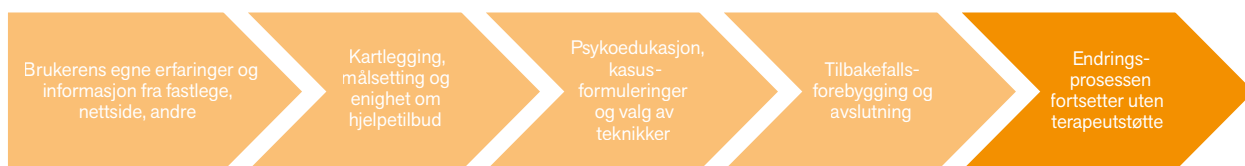
Før man avslutter behandlingen er det viktig å sette av tid til å forebygge tilbakefall. Slik forebygging er et element i alle behandlingstilbudene i RPH, enten det er undervisningsbaserte kurs, veiledet selvhjelp, behandlingsgrupper eller individualterapi.

Nå er oppgaven å forberede brukeren på egen hånd å anvende den kunnskapen og de verktøyene som vedkommende har lært. Det anbefales at brukeren, med veiledning, utarbeider sin egen selvhjelpsplan, som han eller hun tar med seg etter endt behandling.

Noen ganger er det hensiktsmessig å avtale en boostersamtale noen uker etter at behandlingen egentlig er ferdig.

Husk at det viktigste ved avslutningen ikke er at alle symptomene er borte, men at personen har fått en bedre forståelse av sine helseplager, hva som gjør dem verre, og hva vedkommende selv kan gjøre for å få det bedre. Bedringsprosessen fortsetter, men nå uten terapeutstøtte.

Orienter fastlegen ved avslutning



Før avslutning er det også viktig å orientere fastlegen.

Noen ganger oppdager man at tilbudet i RPH ikke er tilstrekkelig, eller det kommer frem opplysninger underveis i behandlingen som tilsier at personen kan ha andre hjelpebehov. Det er da viktig å forsøke å hjelpe vedkommende videre til fastlege og/eller annet aktuelt tilbud. I en slik situasjon bør man være fleksibel og sikre gode overganger.

Uavhengig av grunn til at behandlingen blir avsluttet, er det viktig å orientere fastlegen. Mange team har utviklet journalmaler for avslutningsnotat som brukes som utgangspunkt for å fylle i mer spesifikk informasjon om brukeren og behandlingen som er gitt. Se [kapittel 4.6](#) om hvilke opplysninger fastlegen ønsker i et avslutningsnotat.



ANBEFALINGER

1. **SKAP SAMMENHENG:** Utform behandlingstilbudene i RPH slik at hovedelementene i et behandlingsforløp er med. Siden alle behandlingstilbudene i RPH baseres på kognitiv atferdsterapi, gir det brukeren anledning til å veksle mellom tilbud, samtidig som en får helhetlig behandling. For brukerne blir det mindre forvirrende når samme begreper og terapiform brukes i ulike tilbud, og for terapeutene gir det en felles plattform. På den måten kan en terapeut starte et behandlingsforløp med for eksempel individuelle samtaler og være trygg på at det blir en helhet i tilbudet til brukeren, selv om det er andre kolleger som overtar behandlingen dersom brukeren går over til en behandlingsgruppe eller et kurs. Mange brukere forteller at de opplever en rød tråd i tilbudene, selv om de møter flere terapeuter i løpet av behandlingen.
2. **NYTTIGE VERKTØY:** Bruk kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy systematisk gjennom hele behandlingen for å tilpasse hjelpen. Slike hjelpemidler vil gi nyttig informasjon for kontinuerlig å arbeide for å finne rett behandling på riktig nivå. Les [kapittel 3.3](#) for mer informasjon.
3. **STOPP OPP:** Ha rutiner for å gjøre vurderinger underveis, og gi rom for å kunne veksle mellom trinnene i RPH. For eksempel pleier mange RPH-team å be deltakerne på undervisningsbaserte kurs om å jobbe videre på egen hånd i noen uker med metodene de har lært på kurset, samtidig som det understrekes at dersom de opplever å ha behov for mer hjelp, kan de ta kontakt i en tidsperiode fra to uker til seks uker etter kursslutt.
4. **ALLE MÅ HA KJENNSKAP:** For å lykkes med «mixed care» er det en forutsetning at alle terapeutene kjenner godt til innholdet i hele RPH.
5. **HJELP VIDERE:** Dersom det kommer frem opplysninger knyttet til voldsrisiko, suicidalitet, traumer eller andre problemer som ikke kan behandles i RPH, må brukeren hjelpes videre til et mer passende tilbud. Det anbefales at terapeuten opprettholder kontakten frem til personen har fått tilbud et annet sted.

Eksempler på behandlingsforløp med «mixed care»

Kasper, 17 år

Kasper søker hjelp da han den siste tiden har hatt magesmerter, pustevansker og svimmelhet. For noen dager siden toppet det seg da han plutselig kjente en kraftig hjerterbank, svimmelhet og synsforstyrrelser. Han følte ingen kontroll, og trodde han fikk hjerteinfarkt i klasserommet. De kroppslige reaksjonene roet seg da han kom seg ut og hjem. Han fikk time hos fastlegen, som etter å ha undersøkt ham vurderte at han hadde hatt et angstanfall. Fastlegen anbefalte ham å ta kontakt med RPH.

Kasper grubler en del over hva de andre i klassen tenker om ham etter denne hendelsen, og gruer seg til å fortelle dem at det «bare» var angst. Han blir nedstemt og tenker at dette kommer til å ødelegge for skolegangen og fremtiden hans, og han skjønner ikke hva han kan gjøre for å bli kvitt angsten.

Etter han var hos legen, har han hatt flere sterke angstanfall, og han bruker mye energi på å forsøke å kontrollere angsten. Han er konstant redd for nye angstanfall, så han følger nøye med på hvordan kroppen føles, har sluttet å drikke kaffe og unngår

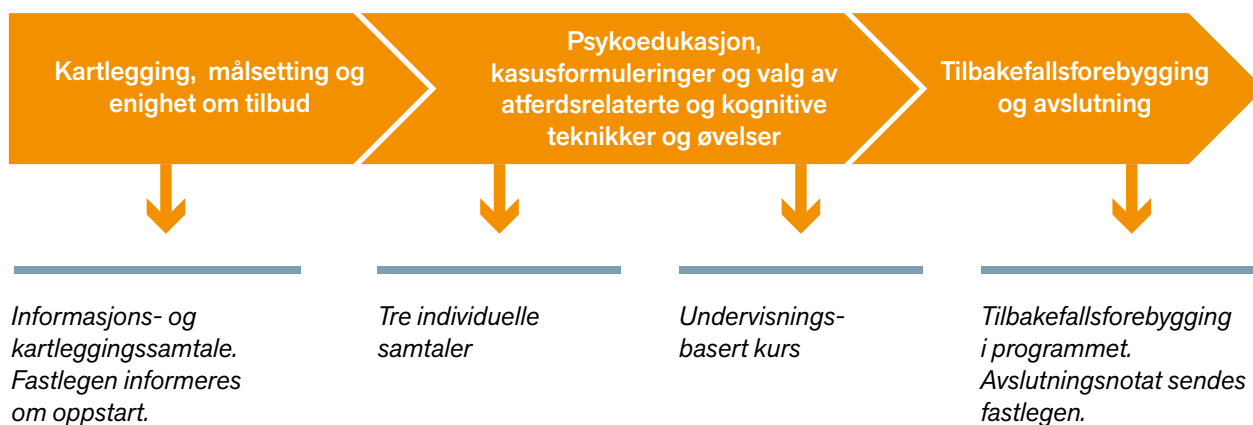
steder og situasjoner der han er redd for å få angst. Han har ikke vært på skolen etter episoden med angstanfall da han frykter at det vil skje på nytt.

Målet til Kasper er å fortsette på skolen og tørre å gjøre det han tidligere har likt, som å spille fotball og være med venner. Han ønsker å lære mer om angst og få metoder for å mestre angsten på en mer hensiktsmessig måte.

Vurdering av tilbud i modellen

Her kunne flere tilbud vært aktuelle, men siden Kasper har så høy grad av angst og blir lett aktivert, er nedstemt og ung, blir terapeuten og han enige om å starte med individuelle samtaler. I samtalene får Kasper psykoedukasjon om angst og hjelp til å se dette sammen med erfaringene hans i en kasusformulering. Videre utformes det en plan for eksponering, der han skal møte angsten uten å bruke sikringsstrategier. Som en del av denne planen blir han og terapeuten enige om at han deltar på et undervisningsbasert kurs, der han, i tillegg til å få mer kunnskap om psykisk helse, kan bruke kurset som arena for eksponering. Han ville utfordre seg med å sette seg langt unna utgangen, drikke mye kaffe og ikke gå ut i pausen.

Behandlingsforløp i RPH



Henrik, 46 år

Henrik tar kontakt, da han de siste månedene har hatt lite energi og motivasjon og problemer med stress, tankekjør, kort lunte og dårlig søvnkvalitet. Han beskriver å ha hatt en god barndom. I informasjons- og kartleggingssamtalen kommer det imidlertid frem at han ble mobbet på skolen, og han har alltid følt at foreldrene har favorisert broren fremfor ham. På skolen og i studiene har han klart seg godt faglig, og han har nå en lederstilling i et stort firma. Han har alltid vært opptatt av å gjøre ting grundig, jobbe hardt og klare seg selv, både i jobbsammenheng og privat. Det har gitt ham økt selvtillit.

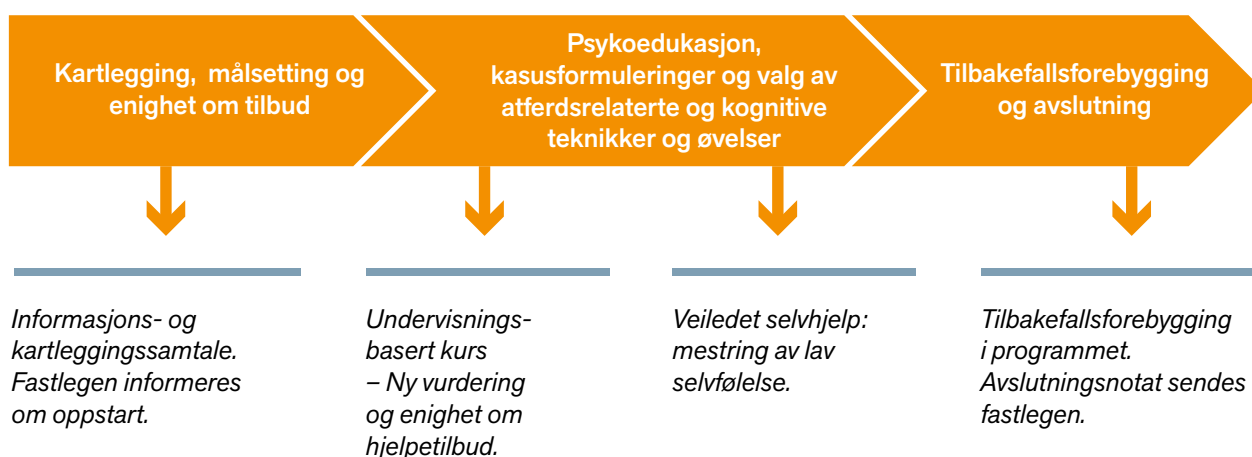
I det siste har han merket at han ikke har orket dette «jaget», og han har da blitt sittende uten å gjøre noe. Han grubler mye og kjenner på dårlig samvittighet og skyldfølelse for alt han ikke får gjort, og merker at hans psykiske helse påvirker både barna, kona og jobben. Selv om han elsker sine barn, blir han fort irritert over ting de gjør, noe som har ført til mer kjefting. Han merker at særlig hans yngste sønn har begynt å trekke seg mer unna ham, noe han synes er fryktelig vondt, og han føler seg som en dårlig far. Tanker om at de andre ville hatt det bedre dersom han var død, dukker stadig opp.

Målet til Henrik er å bli mindre selvkritisk og kunne ha en mer fleksibel holdning til at ikke alt trenger å være 100 prosent perfekt, ikke jobbe etter kl. 16 og heller bruke mer tid med familien samt spille tennis sammen med kamerater én kveld i uka.

Vurdering av tilbud i modellen

Henrik sier det satt langt inne for ham å søke hjelp, og han vil helst ha individuelle samtaler digitalt. Samtidig syntes han innholdet i det undervisningsbaserte kurset traff ham, og det er betryggende for ham at han ikke trenger å dele noe med de andre deltakerne. Han blir enig med terapeuten om å starte med selvhjelpskurset da han ønsker å få mer kunnskap og lære teknikker knyttet til ulike temaer som nedstemthet, grubling og bekymring, søvnvansker, stress og selvfølelse.

I løpet av kurset blir det mer tydelig for ham hva som er hans største utfordringer. Han har valgt seg noen av metodene som ble presentert i kurset som han jobber med på egen hånd, men han synes delen om styrking av selvfølelsen er vanskelig. Han tar derfor kontakt noen uker etter kursslutt og blir enig med terapeuten om at han kan få jobbe videre med selvfølelse i et program for veiledet selvhjelp.

Behandlingsforløp i RPH

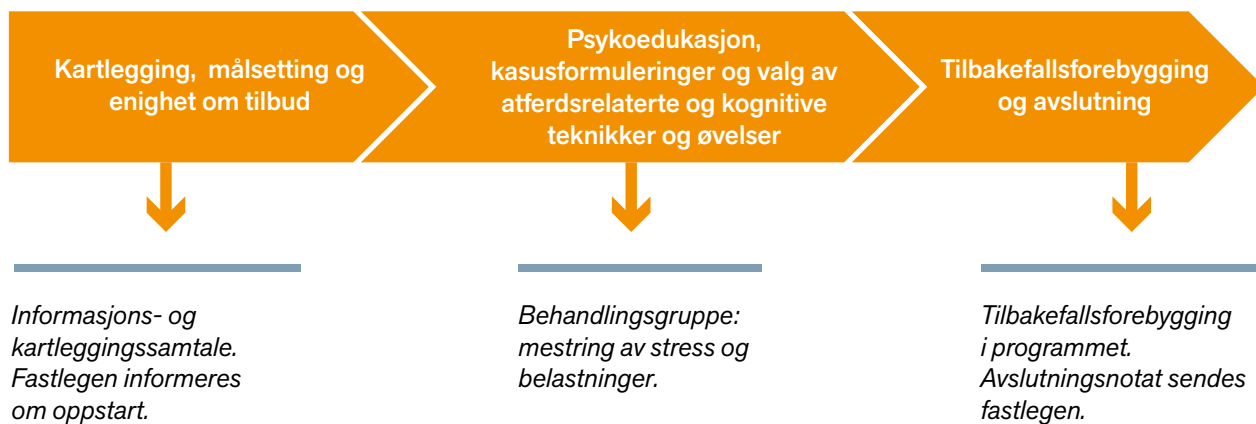
Fariha, 70 år

I det siste året har Fariha kjent på ensomhet, uro og kroppslige smerter i nakke og rygg. Hun føler seg sliten og utilfreds. Etter at mannen hennes døde for ett år siden, har hun isolert seg mer, og hun opplever at nettverket forsvant med mannen. Hun har krevende omsorgsoppgaver med sin gamle og syke mor og synes det er vanskelig å si nei til å hjelpe barn og barnebarn. Av og til får hun tanker om at andre utnytter henne, og at ingen ser eller skjønner hennes behov.

Målet til Fariha er å lære seg å ta hensyn til egne behov og våge å si nei til oppgaver hun ikke har energi eller lyst til. Hun ønsker å være mer aktiv og gjøre ting hun tidligere har likt, men som hun har sluttet med etter at mannen døde. Hun kunne tenkt seg å jobbe frivillig én dag i uken som besøksvenn for Røde Kors.

Vurdering av tilbud i modellen

Fariha sier hun er usikker på hva som kan hjelpe henne, og vil gjerne høre terapeutens vurderinger og anbefalinger. Hun får støtte på at det høres ut som om hun er i en krevende situasjon, samt informasjon om hva som kan være nyttig å bli bevisst på og lære metoder for. Deretter blir hun og terapeuten enige om at hun kan delta på behandlingsgruppen for stress og belastninger. Grunnen til at hun blir anbefalt behandlingsgruppe fremfor andre tilbud med samme tema, var at hun da får møte andre som har tilsvarende problemer. Hun kan se at hun ikke er alene, og få støtte og inspirasjon til å gjøre flere aktiviteter som kan gjøre henne godt.

Behandlingsforløp i RPH

Line, 31 år

Line har tatt kontakt med RPH etter anbefaling fra fastlegen da hun nylig har fått avslag fra DPS. Hun forteller at hun har hatt det vanskelig etter at hun ble mor for to år siden, og at hun er svært usikker i morsrollen. Hun sammenligner seg mye med venninner som har barn, og er bekymret for om hun og samboeren klarer å dekke datterens behov godt nok. Hun presser seg på jobb ved å ta på seg en «maske» og sier at alt er fint, mens alt rakner når hun kommer hjem. Når masken går av, kommer tristheten og angsten. Hun kjenner på en tomhetsfølelse. Hun blir da enten sittende helt stille med mobilen og orker ikke bidra med noe, eller så tar hun seg en lang løpetur for å slippe å kjenne de vonde følelsene. Det siste halvåret har hun og samboeren kranglet mye da han syns hun klager over alt han gjør, mens hun selv bare sitter med mobilen og gjør ingenting. I en av kranglene sa han at dersom hun ikke endret seg, var han usikker på om han ville klare å fortsette forholdet. Hun føler seg alene.

I samtalen spør terapeuten om hun tidligere har vært plaget med angst eller nedstemthet, og det kommer frem at hun har slitt med dette store deler av livet og som barn fikk hjelp fra BUP. Hun husker ikke så mye av hva de snakket om på BUP, men grunnen til at hun fikk hjelp der, var at moren hadde store alkoholproblemer. Hun er nå redd for at hun vil bli som

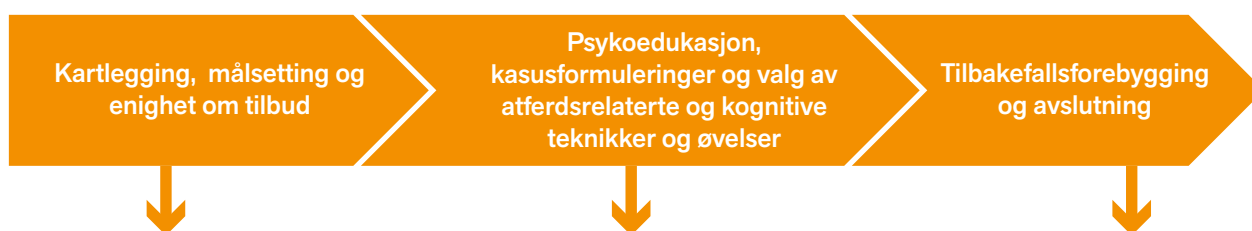
sin mor, og at hun heller ikke vil klare å være nok til stede for sin datter. I to runder gikk hun til psykolog i spesialisthelsetjenesten, som hun syntes hjalp der og da, men kort tid etter at behandlingen var ferdig, kom de vonde følelsene tilbake.

Vurdering

Terapeuten syns det er vanskelig å vurdere om hun skal gi henne et tilbud eller ikke, og avtaler derfor at hun vil drøfte saken anonymt med en kollega, og at hun vil ringe henne etter det.

Drøfting med kollega

I drøftingen mellom terapeutene er de enige i at det er viktig at Line får hjelp. Det at hun har hatt disse plagene i lang tid, og at de fremdeles kommer tilbake etter hun har fått hjelp av psykolog i to omganger, gjør dem usikker på om tilbudet i RPH er tilstrekkelig. Mange av hennes vansker er knyttet til familien, både hennes samboer og datter, men også foreldre. Terapeutene undersøker ulike tilbud, og finner ut at Line trolig kan få bedre hjelp hos Kompasset eller på familievernkontoret. Terapeuten ringer tilbake til Line etter denne drøftingen og forklarer hvilke vurderinger de har gjort, og hvorfor de anbefaler disse tilbudene. Etterpå får hun informasjon om nettsidene og kontaktinformasjon til Kompasset og familievernkontoret.

Behandlingsforløp i RPH

Informasjons- og kartleggingssamtale. Fastlegen informeres om oppstart.

3.3 Kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy i RPH

For å kvalitetssikre behandlingen, øke brukerinvolveringen og forebygge frafall anbefales det å bruke anerkjente kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy i RPH.

Kartleggingsverktøy kan gi informasjon om grad av helseplager, symptombilde og fungering i hverdagen, noe som er nyttig når man skal vurdere hjelpebehov, både ved oppstart og underveis i behandlingen.

Det er viktig å fange opp samarbeidsproblemer mellom bruker og terapeut så tidlig som mulig. Da har man mulighet til å iverksette tiltak som gjør at personen opplever å bli møtt på en god måte (Berge & Repål, 2022). Ved bruk av tilbakemeldingsverktøy kan man på en systematisk måte innhente tilbakemeldinger om hva som hjelper og ikke hjelper i behandlingen, og hvordan personen opplever det terapeutiske samarbeidet.

Kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy må inngå som en del av en helhetlig klinisk vurdering og brukes som et hjelpemiddel i tillegg til muntlige tilbakemeldinger fra brukeren. Terapeutens holdninger og forståelse av hensikten med slike verktøy er avgjørende for nytteverdien.

Det er kanskje ikke som man tror

Mange terapeuter har en urealistisk positiv oppfatning av effekten av sitt behandlingstilbud (Walfish et al., 2012). Det vil alltid være en del brukere som ikke viser bedring ved avsluttet terapi. Enkelte blir faktisk verre (Lambert et al., 2019). Systematiske tilbakemeldinger kan motvirke mislykket behandling og bidra til endret behandlingsstrategi, styrket allianse og bedre resultater.

Her er strukturerte spørreskjemaer nyttige hjelpemidler, både skjemaer som fanger opp endringer i psykiske plager og funksjon, og skjemaer som måler alliansen og tilfredshet med terapien.



Foto: © Adobe Stock

Kartleggingsverktøy gir nyttig informasjon

Kartleggingsverktøy er systematiserte spørreskjemaer som er hjelpemidler for å sikre innhenting av relevant informasjon. Kartlegging handler om å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte (Helsedirektoratet, 2012).

Bruk av kartleggingsverktøy er ikke det samme som utredning eller diagnostisering, men det gir et bilde av nåværende symptomer eller opplevelse av egen psykiske helse.

Svarene må ses i sammenheng med personens muntlige beskrivelse og terapeutens kliniske vurdering. Hvordan terapeuten presenterer kartleggings skjemaene og drøfter resultatene med brukeren, avgjør hva man kan få ut av dem.

I opplæringsprogrammet for RPH gis ansatte innføring i de mest relevante kartleggings skjemaene for angst, depresjon, søvnvansker og uheldig rusmiddelbruk. Terapeutene lærer hvordan de kan dele og drøfte resultatene av disse spørreskjemaene på en konstruktiv måte med brukeren.

Manuelle og digitale løsninger

Det anbefales rutinemessig bruk av kartleggings skjemaer, samtidig som terapeutene må foreta en selvstendig vurdering av når og hvilke skjemaer som skal brukes. Utfylling av kartleggings skjemaer tar tid, og for enkelte kan det oppleves krevende å fylle dem ut. Det tar også tid for terapeutene å registrere informasjonen i pasientjournalen, særlig ved undervisningsbaserte kurs, der det er mange deltakere.

Noen RPH-team bruker sikre digitale løsninger for kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy som Checkware og NORSE. Da kan terapeuten be brukeren fylle ut tildelte skjemaer før og etter samtaler eller kurssamlinger.

Kartlegging av symptombilde og grad av helseplager

Kartleggings skjemaene PHQ-9 og GAD-7 bør benyttes både ved oppstart og underveis i behandlingen i RPH. PHQ-9 måler grad av depressive symptomer, og GAD-7 måler grad av angst.

Det anbefales å bruke egne skjema ved spesifikke angstlidelser, som panikk lidelse, sosial angst lidelse og posttraumatisk stress lidelse, da bruk av disse er forbundet med bedre behandlingsresultater i det engelske lavterskeltilbudet IAPT (Clark et al., 2017).

LES MER

Du kan lese mer om disse kartleggings skjemaene, og skåringen av dem, på kognitiv.no

Kartlegging av generell hverdagsfungering og livskvalitet

Det er viktig å foreta en helhetlig vurdering av fungering på alle viktige livsområder, herunder sosial fungering og hvordan man ivaretar daglige gjøremål og rutiner. Mange RPH-team bruker FIT (Feedback Informed Treatment), og da kan «Outcome Rating Scale» (ORS) brukes for å få en samtale rundt personens opplevelse av sin situasjon.

«Work and Social Adjustment Scale» (WSAS) er et annet kartleggings skjema der brukeren selv rapporterer om egen yrkesmessig og sosial fungering. WSAS måler praktisk fungering i hjemmet, i arbeid og studier, i fritiden, sosialt og spesielt i nære relasjoner.

Kartleggingsverktøy i informasjons- og kartleggingssamtalen

Terapeuten må foreta en selvstendig vurdering av hvilke kartleggings skjemaer som er aktuelle for den enkelte brukeren ved oppstart av behandlingen. Denne informasjonen vil være et viktig supplement til den mer åpne samtalen om personens utfordringer, behov, ressurser, ønsker og personlige mål når en skal vurdere rett behandling på riktig nivå).

Til sammen vil denne informasjonen danne et godt grunnlag for en felles vurdering mellom bruker og terapeut av aktuelt hjelpetilbud, enten innenfor eller utenfor RPH.

Kartleggingsverktøy underveis i behandlingsforløpet

RPH har som mål å bidra til redusert symptomtrykk, økt mestring opplevelse og forbedret arbeids- og aktivitetsevne og hverdagsfungering. Systematisk bruk av relevante kartleggingsverktøy er viktig for å vurdere om, og i hvilken grad, hjelpen bidrar til at

behandlingsmålene nås. Terapeuten må foreta en selvstendig vurdering av hvilke skjemaer som er relevant for den enkelte bruker. Jevnlig bruk av kartleggings-skjemaer gir informasjon om det skjer endringer i symptombilde og funksjonsnivå, og gir dermed et utgangspunkt for å drøfte skåren opp mot tidligere skårer. Slike skåringer kan gi grunnlag for å videreføre behandlingen uten store endringer, eller gjøre justeringer.

Kan oppdage behov man ellers ikke ville sett

Bruk av kartleggingsverktøy i undervisningsbaserte kurs kan gi informasjon om endringer i symptombilde og fungering som er nyttig for kursleiderne. Noen ganger kan du som kursleder oppdage skåringer som gjør at man tar kursdeltakere til side og undersøker nærmere om det er behov for å justere til et høyere omsorgsnivå.

Motsatt kan du se endringer i skåringene i positiv retning fra gang til gang i løpet av kurset, noe som ofte motiverer kursdeltakere til å fortsette endringsarbeidet. Det er vanskelig å sammenligne hvordan en har det nå med hvordan en hadde det for noen uker siden, og da kan bruk av kartleggingsverktøy gjøre endringene mer visuelle og synlige.

Kartleggingsverktøy kan altså være nyttige virkemiddel, men det viktigste er hele tiden at brukeren jobber for å oppnå sine egne, definerte behandlingsmål. I praksis vil en ofte se at symptomlette, økt livskvalitet og oppnåelse av behandlingsmål henger tett sammen.

Tilbakemeldingsverktøy gir terapeuten mulighet til å justere

Tilbakemeldingsverktøy er en fellesbetegnelse på en arbeidsmåte som opprinnelig ble utviklet for samtalebehandling, men som nå også benyttes i ulike tilbud i psykisk helsetjenesten og rustjenesten. I tillegg er tilbakemelding fra brukeren en fast del av strukturen i kognitiv atferdsterapi.

Det viktig å be om tilbakemelding på relasjonen, metodene som benyttes, og om det jobbes i retning av et felles mål. Enighet om mål, metoder og en empatisk holdning hos terapeuten er sentralt i en terapeutisk allianse, som er et av hovedprinsippene i kognitiv atferdsterapi.



Foto: © Colourbox

Bruk av tilbakemeldingsverktøy er en systematisk måte å innhente tilbakemelding fra brukeren på, om hva som hjelper og ikke hjelper, om behandlingen som gis, samt om relasjonen mellom bruker og terapeut. På denne måten kan man tilpasse hjelpen i tråd med tilbakemeldingene og forsøke å forhindre at personer faller ut av tilbudet. En rekke studier viser at slik regelmessig tilbakemelding kan styrke behandlingseffekten og motvirke uvirksom behandling (Lambert et al., 2019).

Øker kvaliteten og nytteverdien

Selv om behandlingen i RPH starter med en informasjons- og kartleggings samtale der terapeuten og brukeren blir enige om aktuelt behandlingstilbud i RPH, hender det at brukeren opplever at tilbudet ikke er til hjelp.

Det kan skyldes at terapeuten gjorde en feilvurdering ved oppstart, at brukeren ikke oppga relevante opplysninger, eller at det har skjedd ting underveis som har påvirket hjelpebehovet. Da er det viktig å ha systemer som kan fange opp dette, enten det er i individuelle samtaler, behandlingsgrupper, veiledet selvhjelp eller undervisningsbaserte kurs.

Gjennom jevnlig og systematisk tilbakemelding kan man få informasjon om behov for tilpasninger man kan gjøre innad i det aktuelle tilbudet, eller det kan komme frem at det er behov for annen type hjelp, enten i eller utenfor RPH. På den måten kan bruk av tilbakemeldingsverktøy øke kvaliteten og hjelpens

nytteverdi for den enkelte. Tilbakemeldingsverktøy bør derfor være med i alle tilbudene i RPH. Type verktøy man bruker, må tilpasses hvert tilbud.

Tilbakemeldingsverktøy i individuelle tilbud

Når du skal velge tilbakemeldingsverktøy, er det nyttig å tenke gjennom hva som er hensikten. I individuelle tilbud som individuell psykoterapi og veiledet selvhjelp, kan du bruke tilbakemeldingsverktøy som gir informasjon om nytteverdien og terapeutisk allianse.

Eksempler på slike verktøy er «Gjensidig evaluering av samtalen», som er tilgjengelig på kognitiv.no, eller «Session Rating Scale» (SRS), som er en del av FIT (Feedback Informed Treatment).

Tilbakemeldingsverktøy i behandlingsgrupper og undervisningsbaserte kurs

I gruppetilbud og kurs kan det være mer hensiktsmessig å bruke et evalueringsskjema, der deltakerne kan angir i hvor stor grad innholdet var relevant, kursholderens formidling, kvaliteten på kursmaterieell og en fritekstboks der de kan trekke frem hva som var særlig nyttig, og hva som var mindre nyttig.

Fritekstboksen vil kunne gi terapeutene viktig informasjon om hva som ligger bak brukerens vurderinger. Hvis evalueringene ikke gjennomføres anonymt, vil du som kursleder også kunne bruke denne tilbakemeldingen til å vurdere brukerens opplevelse av utbytte og eventuelt behov for tilpasninger, enten i det aktuelle tilbudet eller utenfor.

Eksempel

Her finner du eksempler på [evalueringsskjema](#) og [tilhørende regneark](#).

Tilbakemeldingene fra evalueringsskjemaene kan føres inn i et regneark eller tilsvarende, og man kan regne ut gjennomsnittsskår og modus for hvert punkt i evalueringsskjemaet. Det vil være en kvalitetssikring som kan si noe om innholdet treffer deltakerne, om kurset eller gruppetilbudet oppleves nyttig, og i så fall hva som oppleves nyttig og mindre nyttig. Denne informasjonen bør videre brukes i revidering av tilbudene.

Skap en tilbakemeldingskultur

Det bør være et mål i RPH å utvikle en tilbakemeldingskultur. Her benytter man rutinemessig kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy i kvalitetssikring av behandlingstilbudet. Man deler informasjonen som samles inn med brukeren, og i samarbeid tilpasses behandlingen i tråd med evalueringen.

Brukeren er en aktiv partner i denne prosessen, med store muligheter til å påvirke tilbudet. Som behandler er du hele tiden åpen for å justere kursen i tråd med evalueringen av hva som er til hjelp eller ikke, og ut fra dialogen med brukeren om vedkommendes utbytte av ulike tiltak.

ANBEFALINGER

- 1. SYNLIGGJØR NYTTEVERDI:** Bruk samme kartleggingsverktøy gjennom hele behandlingsforløpet da det kan gi en sammenlignbar fremstilling av brukerens endringer underveis i behandlingen. Systematiske tilbakemeldinger kan motvirke mislykket behandling og bidra til endret behandlingsstrategi, styrket allianse og bedre resultater.
- 2. TILPASS BRUKEN:** For individuell oppfølging er det viktig å få tilbakemelding på brukerens opplevelse av alliansen, innhold, mål og andre forhold som påvirker behandlingen. I kurs og behandlingsgrupper anbefales det å bruke evalueringsskjema for å be om tilbakemeldinger på deltakernes opplevelse av blant annet nytteverdi og kursledernes formidlingsevne. Tilbakemeldingene danner grunnlag for revidering og tilpasning av tilbudene samt vurdering av endring på hjelpetilbud til den enkelte.
- 3. DEL AV EN HELHET:** Å be om tilbakemeldinger ved å bruke kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy er ikke virksomt alene. Slike hjelpemidler må inngå som en del av en helhetlig klinisk vurdering og brukes som et supplement i tillegg til muntlige tilbakemeldinger fra brukeren. Terapeutens holdninger og forståelse av hensikten med slike verktøy er avgjørende for nytteverdien.

LES MER på napha.no

[Temaside om tilbakemeldingsverktøy.](#)

KILDER

Berge, T. & Repål, A. (2022). Behandlingsalliansen i kognitiv atferdsterapi. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi* (3. utg., s. 41–55). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Clark, D.M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S. & Janecka, M. (2017). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679–686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*. [Nasjonal faglig retningslinje]. Oslo: Helsedirektoratet.

Lambert, M.J., Whipple, J.L. & Kleinstäuber, M. (2019). Collecting and delivering client feedback. I J.C. Norcross & M.J. Lambert (red.), *Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3. utg., s. 580–630). New York: Oxford University Press.

Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M.J. (2012). *An investigation of self-assessment bias in mental health providers*. *Psychological Reports*, 2012 Apr;110(2):639–44. doi: 10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644. PMID: 22662416.

3.4 Frafall i terapi

Frafall fra terapi er vanlig, også i RPH. Frafall er kostbart for tjenesten og er demotiverende for både brukere og terapeuter. Derfor er forebygging av frafall en viktig oppgave.

TEKST: FRIDA RØVIK OG ELIN HANEVIK

En studie av Rask psykisk helsehjelp fra Hanevik og Røvik (2022) viste et frafall fra behandlingen på ca. 25 prosent. Dette funnet stemmer overens med funn av frafallsrate ved lignende tjenester (Furlong-Silva, 2020; Swift & Greenberg, 2012). Om lag hver fjerde bruker avslutter terapi uten at dette er avklart med terapeuten. En stor andel av disse personene opplever ikke betydelig bedring, noe som fører til økt risiko for vedvarende plager og gjentatte behandlingsforløp (Cahill et al., 2003).

De fleste faller ut tidlig

Det er vanligst å falle fra i terapi tidlig i forløpet, hyppigst mellom første og andre time. Dette understreker viktigheten av å forebygge frafall allerede i informasjons- og kartleggingsfasen.

Forekomsten av frafall varierer mellom terapeuter (Saxon et al., 2017), noe som delvis kan tilskrives forskjeller i terapeutens evne til å etablere en terapeutisk allianse (Sharf et al., 2010). Å gi klare rammer for behandlingsforløpet og bruke tid på å snakke om forventning og motivasjon i informasjons- og kartleggingsfasen, kan ha en sterkt forebyggende effekt.

Gi anslag på tidsperspektivet

Noe av det viktigste terapeutene i RPH kan gjøre for å forebygge frafall, er å gi et anslag på hvor lenge behandlingen kommer til å vare (Ogrodniczuk et al., 2005). Siden behandlingsforløpene varierer i lengde, kan det være en idé å sette opp et bestemt antall timer til å begynne med, for eksempel fire timer. Så kan man vurdere det videre behovet senere. Slik blir brukeren inkludert og kan påvirke sin egen behandlingsprosess.



Foto: © Adobe Stock

Vær spesielt oppmerksom på enkelte grupper

Noen brukergrupper har vist seg å være mer sårbare for frafall fra RPH enn andre (Hanevik & Røvik, 2022, s. 38). Dette gjelder særlig yngre, personer med lavere utdanning og ved dårlig sosial støtte.

Det er spesielt viktig å være oppmerksom og fleksibel i møte med disse personene. For personer med lavere utdanning og svakt sosialt nettverk bør det vurderes samarbeid med andre tjenester som kan bidra til å bedre sosioøkonomisk situasjon, for eksempel arbeidsrettet oppfølging via Nav, hvis brukeren mener at det er relevant.

ANBEFALINGER

- 1. GI KLARE RAMMER:** Avklar alltid forventninger med nye brukere. Sett av nok tid til en god og åpen dialog om antatt behandlingstid, brukerens motivasjon, realistiske mål og arbeidsmetode.
- 2. VÆR OBSERVANT PÅ DET PRAKTISKE:** Drøft mulige praktiske barrierer for å møte opp, som problemer med transport, økonomiske vansker, problemer med å få fri fra jobb, tidspress, ansvar for barn og andre forpliktelser (Marshall et al., 2016).
- 3. FÅ RESPONS JEVLIG:** Bruk tilbakemeldingsverktøy jevnlig gjennom behandlingsforløpet som beskrevet i [kapittel 3.3](#).
- 4. FÅ KONTAKT:** Innkallingsmetode bør tilpasses brukerens behov ved fleksibel bruk av telefon eller SMS. Dersom en bruker sjeldent responderer på meldinger, kan terapeuten ringe for å få bekreftet at innkalling er kommet frem, og at tidspunkt passer.
- 5. MINN KLIENTEN PÅ TIMEN:** Gjør dette 1–2 dager før hver time/kursdag. Påminnelse tidligere enn dette kan føre til at timen likevel glemmes.
- 6. STANDARDISER OPPFØLGING VED FRAFALL:** Ha rutiner for når brukeren mister plassen sin i tilbudet. Det er alltid lurt å forsøke å kontakte personen en gang for mye enn en gang for lite. Her er et eksempel på en slik rutine:
Brukeren mister tilbud etter tre mislykkede forsøk på kontakt over tre uker. Et av forsøkene burde være en skriftlig orientering om at man mister tilbudet dersom man ikke svarer innen en gitt tidsfrist. Her kan det understrekes at brukeren er velkommen til å ta kontakt igjen med tjenesten på et senere tidspunkt.

LES MER

Client predictors of therapy dropout in a primary care setting (Hanevik & Røvik, 2022).

KILDER

- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Rees, A., Shapiro, D.A., Stiles, W.B. & Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 133–143. <https://doi.org/10.1348/014466503321903553>
- Furlong-Silva, J. (2020). *Exploring factors related to, and predictors of, dropout in Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) services: A systematic review and secondary analysis of the PRaCTiced data* [Unpublished doctoral dissertation]. Faculty of science, University of Sheffield. https://etheses.whiterose.ac.uk/27699/1/Furlong-Silva_%20J._%20170149293_%20Redacted%20Thesis%20Final.pdf
- Hanevik, E. & Røvik, F. (2022). *Client predictors of therapy dropout in a primary care setting*. [Master's thesis]. Universitetet i Bergen.
- Marshall, D., Quinn, C., Child, S., Shenton, D., Pooler, J., Forber, S. & Byng, R. (2016). What IAPT services can learn from those who do not attend. *Journal of Mental Health*, 25(5), 410–415. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101057>
- Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S. & Piper, W.E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 57–70. <https://doi.org/10.1080/10673220590956429>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. & Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 24(3), 575–588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Sharf, J., Primavera, L.H. & Diener, M.J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Swift, J.K., & Greenberg, R.P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>

3.5 Kartlegging av arbeidsevne og jobbfokus i behandlingen

Rask psykisk helsehjelp skal bidra til å bedre arbeidsevnen og hindre langtidsfravær og uførhet. I opplæringsprogrammet undervises det om vurdering av og samtalemetoder rundt arbeidsevne.

Eksempler er symptomenes innvirkning på fungering i jobb, personens opplevelse av arbeidsmiljø og sosial støtte på jobben, og relasjonen til egen leder.

For mange personer med depresjon og angstlidelser blir arbeidsevnen nedsatt, og fulltids sykmelding fremstår som eneste løsning. Samtidig vet man at arbeid generelt sett er godt for den psykiske helsen. Hjelp til arbeidsdeltakelse er viktig, ikke bare for økonomien, men også for helse og livskvalitet. Arbeid fremmer helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening til dagene, mens langvarig sykefravær bidrar til å forverre psykiske helseproblemer.

Brukere ønsker å jobbe

Depresjon er den lidelsen som fører til flest tapte arbeidsår i befolkningen. Sykefraværet varer lengre enn ved andre lidelser og den er en hovedårsak til uførhet (Knudsen et al., 2012; OECD, 2012). Tilsvarende er angstlidelser en av de viktigste helsemessige årsakene til tap av arbeidsdager, og til at man blir værende i en jobb man er overkvalifisert for (Alonso et al., 2004).

Når brukere av psykiske helsetjenester blir spurt om hva som er deres prioriterte mål i behandlingen, kommer hjelp til styrket funksjon, ikke minst i jobb, høyt opp på lista.

Personer som tar kontakt med RPH vil ha ulik jobbstatus. Noen er fullt sykmeldt, enkelte mottar arbeidsavklaringspenger eller har mistet jobben sin, og andre er i fullt arbeid eller studier.

Gradert sykmelding og tilrettelegging på jobben

I hjelpeapparatet har man tradisjonelt fulgt en sekvensiell modell med sykmelding mens plagene behandles, og tilbake til jobb når pasienten er frisk. I jobbfokusert terapi legges det vekt på integrerte og parallelle tiltak. Det bør ikke gå for lang tid før

personen starter med tilbakevending, med gradert sykmelding og dialog med arbeidsplassen som virkemiddel.

Full sykmelding basert på fravær og hvile kan være nødvendig i mange tilfeller. Ved depresjon og angstlidelser er imidlertid nærvær og aktivitet viktig. Full sykmelding kan over tid ta form av unngåelsesatferd som forsterker problemene og reduserer muligheten for mestring på arbeidsarenaen. I den sykmeldtes situasjon vil de negative tankene og følelsene lett råde grunnen, når andres korreksjon og nyansering uteblir.

En årsak til at mange blir langtidsykmeldte, er at de selv ikke ser at det finnes alternativer. De kan ha angst for å gå på jobb, eller depresjonen forteller dem at de ikke har noe å bidra med, ikke er ønsket eller at det uansett ikke nytter.

Jobbfokuserte intervensjoner

De jobbredde tiltakene innlemmes i behandlingen for problemene som personen søker hjelp for. Som terapeut kartlegger og reflekterer du rundt personens forventninger om å vende tilbake til jobb. Så utforsker du personens antagelser om sykmelding, dens fordeler og ulemper, og drøfter barrierer for tilbakevending. Deretter ser dere på muligheter for tilrettelegging og dialog med jobben.

Noen venter for lenge med å vende tilbake, noe som gjør returen vanskeligere. Andre starter for tidlig eller påtar seg for store arbeidsbelastninger. I terapien legges det til rette for mestringsopplevelser ved å sette realistiske mål, med støtte og veiledning fra deg som terapeut underveis i prosessen.

Still et sentralt spørsmål

Hvis personen er skeptisk til å ta kontakt med arbeidsplassen eller til gradert sykmelding, er det viktig å få kartlagt nærmere hvorfor personen er skeptisk og kanskje umotivert. I tillegg til de begrensninger som psykiske plager setter for jobbutførelsen, kan det også være andre forhold som trekker en hjemover, som private problemer og for store omsorgsoppgaver. Motsatt kan det være forhold som skyver en bort fra jobb, som trakassering eller konflikter på arbeidsplassen.



Foto: © Colourbox

Et sentralt spørsmål i starten av terapien er: «Tror du at du har mulighet for å vende tilbake til jobben i løpet av noen uker?». Det er en direkte sammenheng mellom forventninger til muligheten for retur og faktisk retur ved vanlige psykiske lidelser (de Viries et al., 2017). Spør også om hva personen konkret opplever som hindre for å komme tilbake til jobb. Et nært samarbeid med sykmeldende lege er selvsagt avgjørende. Det sikrer at rådene til personen går i samme retning.

Opplæringsprogrammet for RPH gir kompetanse i jobbfokusert terapi, med følgende intervensjoner (Berge et al., 2019):

- Kartlegging av arbeidssituasjonen
- Viktig informasjon som kan gis om forholdet mellom psykisk helse og arbeid
- Kartlegging av fordeler og ulemper ved sykmelding
- Utforsking av personens forventninger til retur til jobb
- Utforsking av personens antagelser om barrierer for retur til jobb
- Utforming av jobbrelaterte mål for terapien
- Utforsking av muligheten for dialog med jobben om tilrettelegging
- Innpass av jobbtemaer i terapien
- Forebygging av tilbakefall og ny sykmelding

ANBEFALINGER

- **VED FULL SYKMELDING:** Drøft barrierer for retur til arbeid og skisser en plan for tilbakevending. Jo lenger man er borte fra jobb, desto større og flere blir barrierene for å vende tilbake til jobb.
- **VED GRADERT SYKMELDING:** Situasjonen er mindre prekær, men fortsatt er det viktig å diskutere tiltak for å redusere langtidssykmelding og å fremme jobben som arena for mestring. Har brukeren mistet jobben, ta opp spørsmålet om mulighet for retur til arbeidslivet, og for støtte og oppfølging fra Nav.

KILDER

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demeyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 38–46.

Berge, T., Heier, E. B., Wright, D., Hannisdal, M. & Gjengedal, R.G.H. (2019). *Jobbfokusert terapi ved depresjon og angstlidelser – en behandlingsveileder*. Diakonhjemmet Sykehus.

de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2018). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 393–417.

Knudsen, A. K., Øverland, S., Hotpf, M. & Mykletun, A. (2012). Lost working years due to mental disorders: An analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. *PLoS ONE* 7(8): e42567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042567>

OECD (2012). *Sick on the job?: Myths and realities about mental health and work*. *Mental Health and Work*. OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264124523-en

3.6 Kartlegging og handling ved selvmordsrisiko i RPH

En RPH-terapeut kan ta konkrete grep for å forebygge, avverge og følge opp selvskading og selvmordsforsøk.

TEKST: RESSURSSENTER OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFOREBYGGING (RVTS)

Selvmondsforebygging er et komplisert tema som ikke kan oppsummeres i et kort kapittel. Det er likevel noen elementer du må kjenne til i ditt kliniske arbeid med mennesker som kan være i risiko for å begå selvmord.

I 2017 lanserte [Helsedirektoratet veiledningsmaterieil for kommunale helse- og omsorgstjenester for forebygging om selvmord og selvskading](#). Her finner du en trinnvis veileder for hva som er viktig å tenke på når du møter brukere med selvmordsrisiko (Helsedirektoratet, 2017). Informasjonen i dette kapitlet er basert på dette veiledningsmaterieilet.



Over halvparten av de som tar selvmord har ikke vært i kontakt med psykisk helsevern

Psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er risikofaktorer for både selvskading, selvmordsforsøk og gjennomførte selvmord. Som ansatt i RPH bør du derfor kjenne til sentrale risikofaktorer for selvmordsatferd, hvordan du skal gjennomføre en kartleggings-samtale, samt hvordan du bør følge opp en person som bekrefter at han eller hun selvskader seg eller har selvmordstanker.

Ifølge en nyere kartlegging av selvmord i spesialisthelsetjenesten hadde 43 prosent av dem som tok livet sitt i perioden 2008-2015, vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året før selvmordet skjedde (Walby et al., 2018). Dette funnet betyr også at rett over halvparten av selvmordene i perioden skjedde blant personer som ikke var i kontakt med psykisk helsevern.

Vær oppmerksom på gruppen som har milde og moderate plager

Andre undersøkelser har funnet at 45 prosent av dem som tok sitt eget liv, hadde hatt kontakt med primærhelsetjenesten i løpet av en måned før selvmordet skjedde (Luoma et al., 2002). Tre av fire hadde hatt kontakt i løpet av det siste året. En av fem hadde hatt kontakt med psykiske helsetjenester i løpet av en måned før selvmordet, og en tredjedel hadde kontakt i løpet av året før.

Menn under 35 år var de som i minst grad hadde kontakt med hjelpeapparatet, tross at rundt 70 prosent av dem som tok livet sitt i Norge i 2020, var menn (tall fra Dødsårsaksregisteret). Kontakten med hjelpeapparatet dreide seg ofte om helt andre årsaker enn selvmordstanker. Andre undersøkelser av gjennomførte selvmord har funnet at halvparten av dem som tok sitt eget liv, kunne defineres som personer med lav selvmordsrisiko (Large et al., 2016). Det er altså viktig å være oppmerksom på selvmordsrisiko hos personer med milde til moderate psykiske plager.

Viktige risikofaktorer

To viktige risikofaktorer for selvmordsatferd er tidligere selvmordsforsøk og selvskading. Dessuten er det økt risiko ved skadelig bruk av rusmidler, det å ha en fysisk sykdom som svekker funksjon og livskvalitet, langvarige smerter, dersom en har vært utsatt for traumer i barndommen samt ved livskriser og brudd i nære relasjoner. Dersom personen gir uttrykk for en sterk psykisk smerte i kombinasjon med en følelse av håpløshet, er det viktig å spørre om selvmordstanker da forskning viser at denne kombinasjonen henger sammen med at selvmordstanker kan oppstå (Klonsky & May, 2015).

En bør kartlegge selvmordstanker hos «personer som har behov for psykiske helsetjenester, både ved første kontakt og ved forverring av den psykiske helsetilstanden» (Helsedirektoratet, 2017).

Gjennomfør kartlegging ved:

- Ved mistanke om at personen har selvmordstanker, skader seg selv eller har gjort selvmordsforsøk, for eksempel hvis vedkommende kommer med utsagn i retning av at han eller hun «ikke orker mer», det observeres arr etter selvskading, eller lignende.
- Der personen har kaotiske tanker, kjærlighetssorg og fremstår trist. Det bør her være en lav terskel for å spørre.
- Hvis personen har opplevd sterk belastning enten akutt eller over lengre tid.
- Hvis det er kjent at personen har opplevd vold, overgrep eller andre mulige traumatiserende hendelser.
- Hvis personen har endret atferd, for eksempel viser tegn til tilbaketrekning (fra venner, familie og samfunn), humørsvingninger, likegladhet, sterk angst, sinne eller agitasjon.

Umulig å forutse hvem som tar sitt eget liv

Selv om det er viktig å kjenne til risikofaktorer, har de sine begrensninger. Det er ikke mulig å forutse hvem som kommer til å ta sitt liv. Det er mer vanlig å ha selvmordstanker enn det er å ta sitt eget liv. Selv om depresjon er en viktig risikofaktor for selvmordstanker, tar de aller fleste som har depresjon, ikke sitt eget liv.

Det viktigste du som terapeut kan gjøre for en person som bekrefter selvmordstanker, er å kartlegge deres risikofaktorer og aktuelle livssituasjon og iverksette tiltak spesifikt rettet mot personens vansker. Informasjonen som kommer gjennom en god kartlegging, legger grunnlag for hvilke tiltak du iverksetter.

Aktuelle spørsmål

Når du skal kartlegge selvmordstanker, bør du stille spørsmål samtidig som du observerer personens tilstand. Undersøk hva som har skjedd og hva som gjør at selvmordstankene kommer nå. Kartlegg risikofaktorer. Still direkte spørsmål om selvmordstanker og selvmordsplaner.

Å snakke med mennesker om selvmord gjør noe med oss følelsesmessig. Vi kan bli redde, og det kan gå ut over vår evne til å lytte. Er det slik at du er uerfaren eller opplever det krevende, ta med deg en erfaren kollega inn i samtalen.

Når du spør personen om hva som har skjedd, er det viktig å gi personen tilstrekkelig tid til å fortelle om sin egen situasjon. Vær oppmerksom på å lytte. Forsøk og sett deg inn i personens situasjon, og uttrykk forståelse for at personen strever og har det vanskelig nå. Det er viktig å møte personen med en ikke-dømmende holdning.

Formidle håp

For mange er det skambelagt å snakke om selvmordstanker, så det er en tillitserklæring at personen åpner seg for deg. Vis forståelse for personens følelser, samtidig som du forsøker å gi håp om at situasjonen kan endre seg og bli bedre. Du kan for eksempel si: «Det høres ut som at du står i en kjempekrevende situasjon, og du sier at du (... bruk personens ord). Det er forståelig ut fra alt du har opplevd. Samtidig har jeg sett hos flere som er i din situasjon, at dette kan endre seg til det bedre.»

Som hjelper vil man gjerne komme med forslag til hva personen kan gjøre for å løse problemet. Kommer man derimot med løsningsforslag for raskt, uten å la personen prate seg ferdig først, kan det oppleves som om man ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor. Da kan personen lukke seg.

Det å hjelpe personer med å løse problemene som gjør at de tenker på å ta sitt eget liv, er selvsagt en viktig del av oppfølgingen. Men la dem først fortelle med egne ord hvordan de opplever situasjonen, og vis forståelse for deres følelser.

Bruk direkte formuleringer

Bruk direkte formuleringer som ikke kan misforstås av personen, og unngå ledende spørsmål.

Spør for eksempel slik: «Er det sånn at du har selvmordstanker», i stedet for: «Det er vel ikke sånn at du har tanker om å skade deg?» Det siste eksemplet er ledende og kan misforstås som et spørsmål om selvskadning. I tillegg kan denne måten å stille spørsmålet på, gi en opplevelse av at det ikke er rom for å snakke om temaet selvmord. Du finner eksempler på gode formuleringer i veiledningsmateriellet (for eksempel i [kapittel 4.2](#)).

Observer personens tilstand

Når du møter personen, bør du se etter om vedkommende virker urolig, apatisk, nedstemt, mentalt fraværende, engstelig, desorganisert eller påvirket av rusmidler (Helsedirektoratet, 2017). Det er også viktig å spørre om tegn på psykose (stemmer, hallusinasjoner osv.).

Depressiv psykose er forbundet med risiko for å gjennomføre dødelige handlinger, uten at personen nødvendigvis vil svare bekræftende på direkte spørsmål om selvmordstanker (Fredriksen et al., 2017).

Vær oppmerksom på følgende når du møter brukeren:

- Hvordan fremstår personen i møte med deg?
- Er det noen tegn til psykose, ruspåvirkning eller forvirringstilstand?
- Endrer personens tilstand seg i løpet av samtalen (f.eks. mindre håpløshet)? Hvordan?

Kartlegging eller selvmordsrisikovurdering?

Det er vanlig å skille mellom kartlegging og selvmordsrisikovurdering. En kartlegging kan gjennomføres av alle som har kontakt med brukere. En selvmordsrisikovurdering skal gjøres av en fagperson som har diagnostisk kompetanse og henvisningsrett. Som regel er dette lege eller psykolog.

Dersom det gjennom en samtale kommer frem informasjon om økt selvmordsrisiko og du ikke selv har denne fagkompetansen, er det viktig å koble på lege eller psykolog. Gjør deg kjent med prosedyrene på din arbeidsplass for hvem du skal kontakte når, både internt i egen organisasjon og eksternt.

Hva gjør jeg dersom personen bekrefter selvmordstanker?

For å yte forsvarlig helsehjelp skal du iverksette tiltak hvis en person bekrefter selvmordstanker. Hvilke tiltak du iverksetter, vil avhenge av hva som kom frem i kartleggingssamtalen, samt hvor akutte du vurderer at selvmordstankene- eller planene er.

De viktigste tiltakene du må vurdere, er om du skal innhente en selvmordsrisikovurdering, og om du skal henvise videre til spesialisthelsetjenesten eller ikke.

Henvis til spesialisthelsetjenesten ved:

- Mistanke om alvorlig psykisk lidelse
- Alvorlig selvmordsrisiko
- Vedvarende alvorlig selvskading

Spesialisthelsetjenesten har lovfestet veiledningsplikt

Å vurdere om det er nødvendig å henvise videre, kan være vanskelig. Her er det viktig at din tjeneste har gode og tydelige prosedyrer, samt at det er lav terskel for drøfting. Aktuelle drøftingspartnere kan være kollegaer, fagpersoner med henvisningsrett eller spesialisthelsetjenesten (for eksempel BUP eller DPS).

Spesialisthelsetjenesten har lovfestet veiledningsplikt ovenfor kommunale tjenester (jf. lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3). Du anbefales å bruke føre var-prinsippet ved vanskelige vurderinger. Ta heller kontakt en gang for mye enn en gang for lite. Husk



Foto: © Colourbox

at en god og grundig kartlegging gjør det lettere for deg i samråd med dine samarbeidspartnere å vurdere hva som er riktig nivå av helsehjelp.

Husk å journalføre

Det er viktig å sette seg inn i lover knyttet til taushetsplikt og avvergeplikt. Denne kunnskapen er særlig viktig dersom du vurderer at det er nødvendig å hente inn eksternt hjelp og personen motsetter seg dette. Det er også viktig å merke seg at det er forskjeller i reglene for taushetsplikt for personer som er mellom 16 og 18 år, og dem som er over 18. I kapittel 1.9 i veiledningsmateriellet kan du lese mer om dette.

Husk å journalføre det som kommer frem i kartleggingen og hva du har iverksatt av tiltak på en grundig måte.

Lag en kriseplan

To generelle tiltak for personer som bekrefter selvmordstanker (Helsedirektoratet, 2017):

- 1) Utvikle kriseplan/sikkerhetsplan
- 2) Videre oppfølging

Å lage en kriseplan sammen med personen er et lavterskeltiltak som de fleste kan få til. Dersom personen allerede har en kriseplan, kan det være lurt å gå igjennom denne planen og snakke om mulige hindre for at personen vil bruke den i en krise.

En kriseplan bør inneholde følgende:

- Faresignaler: Hva er dine faresignaler?
- Indre mestringsstrategier: Hvilke aktiviteter kan du gjøre selv når du får selvmordstanker?
- Ytre mestringsstrategier: Hvem kan hjelpe meg hvis jeg får selvmordstanker?

(Helsedirektoratet, 2017; Stanley & Brown, 2012)

Mange kan hjelpe ved selvmordstanker

Det er viktig å sikre seg at personene vet hvilken del av hjelpeapparatet de skal henvende seg til når de får selvmordstanker. Eksempler er fastlege, psykisk helse- og rustjeneste, legevakt, spesialisthelsetjenestens øyeblikkelig hjelp-tilbud, psykososialt kriseteam, eventuelt ACT-team, FACT-team og øvrige tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg kommer krisetjenester som Kirkens SOS og Mental Helses hjelpetelefon.

I [kapittel 4.4](#) i veiledningsmaterialet kan du finne mer informasjon om hvordan du kan lage en kriseplan, og hva den bør inneholde. På nettsiden til Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) kan du finne en [demonstrasjonsfilm](#) om hvordan du lager en sikkerhetsplan (søkeord: demonstrasjonsfilm sikkerhetsplan NSSF).

Oppfølging etter hendelsen

I den videre oppfølgingen av personen bør det foretas en løpende kartlegging av nye selvskadingsepisoder og eventuelle selvmordsforsøk, uten at dette nødvendigvis blir hovedtema i samtalen.

Du kan gjerne spørre om selvmordstanker innledningsvis, før du går videre til andre temaer i samtalen. Det viktigste er å hjelpe personen til å håndtere sin følelsesmessige smerte og bidra til god problemløsning.

Involver og ivareta pårørende

Samarbeid med pårørende der dette er mulig. Pårørende kan være en viktig støtte i en krisesituasjon, men de har også selv behov for informasjon og oppfølging fra helsetjenestene.

Det er særlig viktig å spørre om personen har barn og hvordan disse blir ivaretatt for å danne seg et bilde av deres omsorgssituasjon. I [kapittel 1.9](#) i veiledningsmaterialet (Helsedirektoratet, 2017) kan du lese mer om ivaretagelse av pårørende samt hva du kan gi av informasjon dersom brukeren ikke samtykker til dette. Det gjelder her egne regler for personer mellom 16 og 18 år.

For noen kan det være uaktuelt å skulle involvere enkelte pårørende, som ved risiko for vold eller overgrep. Spør personene hvem de selv ønsker at man kontakter. Ved mistanke om at personen har blitt utsatt for eller står i fare for å bli utsatt for vold eller overgrep, finner du mer informasjon i listen over ressurser i [kapittel 3.8](#).

Å involvere og ivareta pårørende er både til hjelp for personen med selvmordsatferd og forebyggende for at pårørende ikke skal utvikle psykiske helseplager.

RVTS er ressurs

Som ansatt ved RPH har du mange muligheter til å forebygge selvmord og hjelpe personer som står i fare for å ville ta sitt liv.

Om din arbeidsplass har behov for kompetanseheving på problemstillinger knyttet til selvmordsforebygging, kan du kontakte ditt lokale Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

LES MER

- [Nasjonal veiviser ved vold og overgrep](#) (dinutvei.no)
- [Informasjon om krisehjelp](#) (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)).
- [Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging](#) (RVTS)

KILDER

- Fredriksen, K.J., Schoeyen, H.K., Johannessen, J.O., Walby, F.A., Davidson, L. & Schaufel, M.A. (2017). Psychotic Depression and Suicidal Behavior. *Psychiatry*, 80(1), 17–29.
- Helsedirektoratet. (2017). *Selvskadning og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. [Nasjonale faglige råd]. Oslo: Helsedirektoratet (sist oppdatert 27. april 2021).
- Klonsky, E.D. & May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the «Ideation-to-Action» Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 114–129. 10.1521/ijct.2015.8.2.114.
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P. & Ryan, C. (2016). Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS one*, 11(6), e0156322.
- Luoma J., Martin C. & Pearson J. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American journal of psychiatry*, 159(6), 909–916.
- Stanley, B. & Brown, G.K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, (19)2, 256–264.
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø. & Kildahl, A.T. (2018). *1910 døde pasienter. Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

3.7 Kartlegging og tiltak i RPH ved ettervirkninger av traumatiske hendelser

Traumatiske hendelser kan gi grunnlag for depresjon og angstlidelser. Terapeutene i Rask psykisk helsehjelp har kompetanse i å behandle ettervirkninger av traumer.

Mange opplever traumatiske hendelser uten å få senskader. Ulike faktorer som personlig sårbarhet, aspekter ved traumehendelsen og mestringsstrategier og støtte etterpå virker inn her. Selv sterke krise-reaksjoner vil vanligvis avta etter noen uker. Men dersom reaksjonene vedvarer, for eksempel etter 2–3 måneder, kan personen ha utviklet posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

Posttraumatisk stresslidelse kjennetegnes ved plagsomme minnebilder, tanker eller sanseinntrykk knyttet til traumehendelsen, i våken tilstand eller i form

av mareritt. I tillegg opplever personen ofte sterk kroppslig aktivering og har en opplevelse av pågående trussel. Ettervirkningene kan vedvare i flere år og medføre betydelig svekket funksjon i hverdagen.

Nyttig screening etter traumatisk hendelse

I kartleggingssamtalen som gjennomføres i RPH, bør man som hovedregel spørre alle som søker hjelp om de har opplevd traumatiske hendelser. Man kan vise til at tidligere belastninger kan spille en rolle for hvordan vanskelige hendelser senere i livet påvirker en her og nå, og traumatiske belastninger kan ha psykiske plager som ettervirkning.

Dersom det er indikasjoner for det, anbefales man å be brukeren fylle ut «Traume og PTSD screening» (TRAPS). Skjemaet med bruksanvisning er tilgjengelig på nettsiden til [Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress](#).

Henvise videre ved komplekse tilstander

Ved omfattende posttraumatiske problemer, for eksempel etter gjentatt seksuell eller fysisk mishandling i oppveksten, bør man vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten via fastlege.

Kjennetegn på komplekse posttraumatiske tilstander er, i tillegg til ovennevnte reaksjoner, problemer med å regulere følelser, tanker om seg selv som mindreverdig eller verdiløs og vansker med å opprettholde nære relasjoner til andre.

Ved avgrensede traumehendelser, som for eksempel trafikkulykke, traumatisk fødsel, hendelser forbundet med akutt og livstruende sykdom eller skade hos en selv eller nære pårørende og voldsepisoder, kan det være aktuelt med et tilbud ved RPH.

Modell for kognitiv terapi ved posttraumatisk stresslidelse

Arbeid med avgrensede traumehendelser uten spesielle sårbarhetsfaktorer kan gjøres i løpet av fire til tolv timer (Stenmark, 2022) og vil slik falle innenfor rammene for RPH.

Ved behov kan partner eller andre pårørende tas med i en samtale for å få informasjon og råd.

Ved posttraumatisk stresslidelse forholder personen seg til hendelsen og dens etterreaksjoner, som om det er en vedvarende trussel i nåtid. Opplevelsen av trussel skyldes to prosesser: hvordan minnet om hendelsen er lagret i hukommelsen, og hvordan personen tenker om traumehendelsen og sin egen mestring av situasjonen i ettertid.

Dessuten opprettholdes symptomene av unngåelse, sikringsatferd, påtrengende grubling og forsøk på tankeundertrykking (Ehlers et al., 2022).

Ulike hjelpetiltak

En slik modell åpner for hjelpetiltak som anvendes i RPH for angstlidelser generelt, som:

- Psykoedukasjon om angst- og traumereaksjoner
- Tiltak for å «gjenerobre livet», for eksempel retur til arbeid og gjenopptakelse av tidligere verdsatte sosiale aktiviteter
- Samtale om traumehendelsen og opplevelsen der og da, etterfulgt av refleksjon rundt og eventuelt oppdatering av minnet ut fra kunnskap i ettertid
- Identifisering av utløserer for flashbacks og mestringsstrategier for å skille mellom fortid og nåtid

Formidle informasjon

Terapeut og bruker kan drøfte fremtidige stressituasjoner og hvilke strategier som kan benyttes om slike oppstår. I tillegg har man tiltak for å motvirke følgende:

- Unngåelse, sikkerhetsatferd og forsøk på tankeundertrykking
- Påtrengende grubling rundt traumet og dets ettervirkninger
- Gjentatte mareritt og andre søvnproblemer
- Overdrevne og u hensiktsmessige følelser av skyld og skam

Å formidle informasjon for å normalisere posttraumatiske reaksjoner er sentralt. Slike reaksjoner er ikke tegn på at man holder på å miste kontrollen eller forstanden.

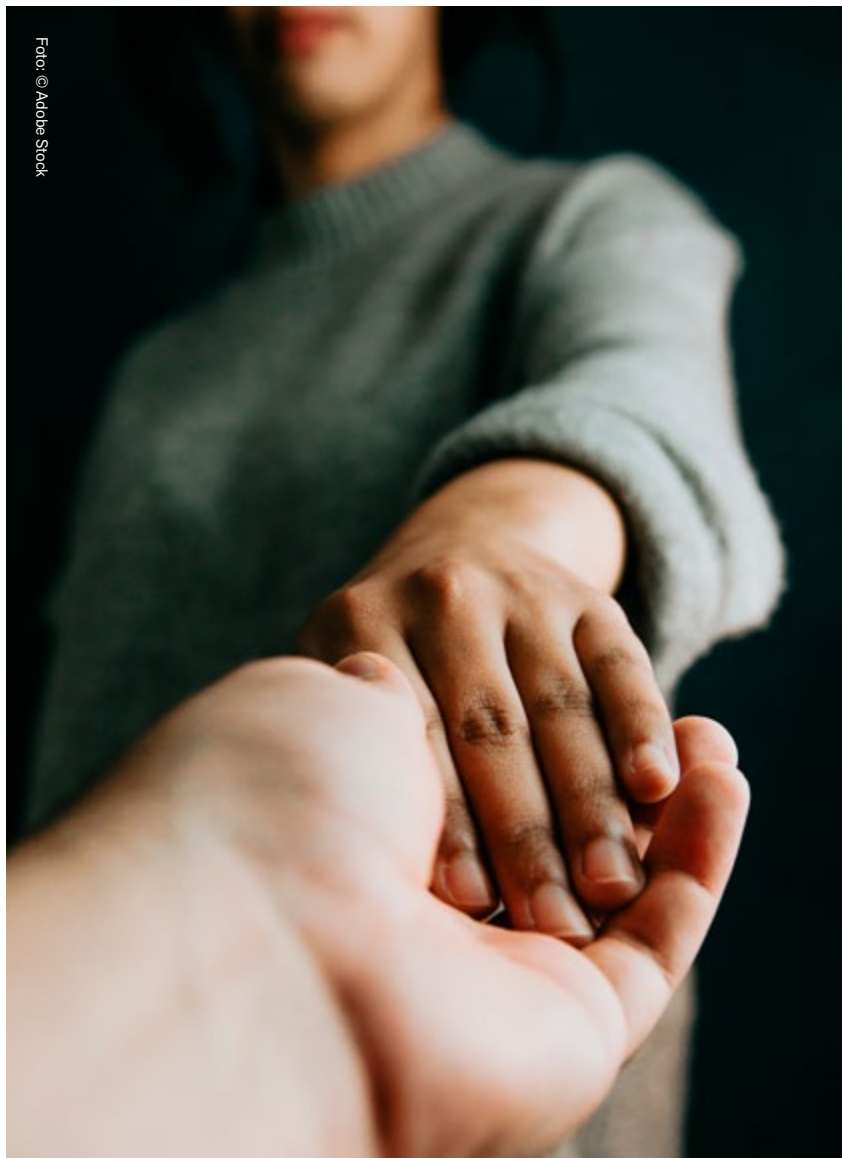


Foto © Adobe Stock

LES MER

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har nyttig informasjon for helsepersonell, og for brukere og pårørende på [sine nettsider](#).

- [Veiledere og håndbøker – NKVTS](#)
- [Kartleggingsverktøy – NKVTS](#)
- [Publikasjoner – NKVTS](#)

KILDER

Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Wild, J., Warnock-Parkes, E. & Stott, R. (2022). *Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: a therapist's guide*. www.oxcadatresources.com

Stenmark, H. (2022). Posttraumatisk stresslidelse. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi* (3. utg., s. 163–177). Oslo. Gyldendal Akademisk.

3.8 Kartlegging av vold i nære relasjoner

Som terapeut i Rask psykisk helsehjelp er det viktig å være oppmerksom på risikoen for at de som søker hjelp kan være i et pågående mishandlingsforhold.

TEKST: REGIONALT KOMPETANSESENTER FOR SIKKERHETS-, FENGSELS- OG RETTSPSYKIATRI

Vold i nære relasjoner er ikke bare fysisk vold, men også psykiske, seksuelle og økonomiske overgrep. Det kan være vold fra nåværende eller tidligere partner eller vold mot andre i nær relasjon, både barn, unge, voksne og eldre. Vold mot familiens kjæledyr kan være en del av voldsbildet.

Ifølge regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner viser flere studier at slik vold har et stort omfang i Norge (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021). Både kvinner og menn kan utøve vold eller bli utsatt for vold fra sin partner. Når det gjelder mindre alvorlig fysisk vold, er det ingen forskjell i voldsut-satthet mellom kvinner og menn. Kvinner utsettes imidlertid i større grad enn menn for alvorlig og gjentatt vold.

I tillegg kan blant annet alder, etnisitet, funksjonsnedsettelse, kjønnsuttrykk, kjønnsidentitet og seksuell orientering påvirke risikoen. Også forhold som sosioøkonomisk status, migrasjon, nasjonal minoritetsbakgrunn, rus og graviditet kan ha betydning for utsatthet. Flere av disse faktorene kan virke sammen og bidra til økt risiko.

Voldsutsatte skjuler ofte sin situasjon

Det å bli utsatt for vold i nære relasjoner medfører alvorlige og langvarige fysiske og psykiske helseplager som posttraumatisk stresslidelse, angstlidelser, depresjoner, skadelig rusmiddelbruk, spise- og søvnforstyrrelser, selvskading og selvmordstanker. Volden kan føre til isolasjon, økonomiske problemer, mangelfull utdanning og arbeidsledighet.

Det kan være vanskelig å bryte ut av et voldelig forhold. I mange tilfeller holdes volden skjult gjennom frykt, skam, isolasjon, manipulering og fornektelse.

Den voldsutsatte vil ofte forsøke å skjule sin situasjon, og voldsutøver benekter at volden finner sted.

Ansvarlige instanser i kommune og spesialisthelsetjeneste

Kommunene har ansvar for en stor del av tjenesteapparatet i arbeidet mot vold i nære relasjoner. Aktuelle instanser er fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, psykisk helse- og rustjenester, psykisk helsevern, arbeids- og sosialtjenesten, barnevernstjenesten og familievernnet.

I tillegg kommer spesialiserte tjenester som overgrepsmottak, krisesentertilbud og sentrene mot incest og seksuelle overgrep, som har hjelp til volds- og overgrepssutsatte som sin oppgave. En rekke kommuner har laget egne eller interkommunale handlingsplaner for å koordinere den lokale innsatsen.

Vær oppmerksom på varselsignaler

For en RPH-terapeut, er det viktig å være oppmerksom på eventuelle varselsignaler. Dette kan for eksempel være at personen har hyppige besøk på legevakten eller har skader. Det bør være lav terskel for å stille spørsmål om personen har vært eller er utsatt for mishandling, trakassering og vold.

Som helsearbeider har du et selvstendig ansvar for å vurdere om det er nødvendig å melde fra til politi eller barnevern om pågående vold, se [plikt.no](https://www.plikt.no).

Tips til samtale ved mistanke om vold

Fremstå på en rolig måte i en samtale ved mistanke om vold, og vær støttende. Forbered personen på at dere i RPH er særlig oppmerksom på vold i nære relasjoner, siden voldsutsatthet eller voldsutøvelse er nær knyttet til psykiske vansker. Derfor er det rutine hos dere å stille spørsmål som omhandler konflikter i familien.

Hva mennesker definerer som vold, er forskjellig, det gjelder også for dem som utsettes for vold. Start derfor en samtale der du tror det kan foreligge vold i nære relasjoner, med hva RPH forstår med begrepet:

«Vi forstår vold som handlinger som får deg til å bli redd, nedbrutt eller at du endrer måten du er på, for å unngå at partneren din blir sint.

Det kan være at partneren din sjekker mobilen din, eller at du ikke får ha eget minibankkort. Det kan også være at partneren din 'forhører' deg om hvor du har vært, hvem du har vært sammen med, eller snakker nedsettende om deg i andres påhør. Fysisk vold kan være å bli slått eller dyttet, eller å bli presset til å ha sex mot sin vilje. Det er viktig for oss å vite om noe av dette kan gjelde for deg, slik at vi kan gi deg best mulig hjelp.»

Still konkrete spørsmål

Du kan stille spørsmål som: «Har det hendt at du har blitt redd partneren din? Hva skjedde da? Hvordan endte det? Har det skjedd flere ganger? Har du fortalt det til noen? Hvor har barna vært når dere har kranglet? Har du noen i familien eller venner du kan betro deg til? Er det noen du kjenner som du vet vil støtte deg hvis du skulle ha behov for det? For eksempel hvis du ønsker å forlate partneren din? Hva tror du selv vil være den beste hjelpen akkurat nå?»

I møte med kvinner og menn fra land hvor tradisjoner om ære står sterkt: Hvis personen forteller om vold fra et eller flere familiemedlemmer, spør hvem andre som vet om det, og vær nøye med hvem du forteller det videre til (færrest mulig må vite om det). Det er spesielt viktig å ikke fortelle det til andre i den voldsutsattes familie fordi det kan føre til ærestap for storfamilien, med alvorlige konsekvenser for den voldsutsatte.

Et viktig spørsmål til sårbare grupper, for eksempel kvinner fra minoritetsfamilier: «Kjenner du til hvilke rettigheter du har til hjelp fra det offentlige?» Hvis nei: «Det kan vi hjelpe deg med.»

Tiltak for voldsutsatte

Hvordan du bør håndtere en situasjon der du har avdekket vold mot personen og/eller dennes barn, kommer an på hvor alvorlig situasjonen er. Det beste er å lage en handlingsplan sammen med den voldsutsatte. Du finner gode tips på [NKVTS' voldsveileder for helse- og omsorgstjenesten](#).

Har du holdepunkter for at barn utsettes for pågående vold i familien, skal du melde bekymring til barnevernstjenesten.

Dersom du tilbyr videre hjelp i RPH, vær oppmerksom på at det er vanskelig å oppnå positiv endring i psykisk helse når man er utsatt for vold hjemme. Du må kontinuerlig vurdere risikoen for vold og samtidig hjelpe personen til å vurdere sin livssituasjon. Det å bryte med voldsutøver er ofte en prosess som tar tid, og den voldsutsatte trenger plass i samtalen med deg for å komme frem til sin egen beslutning.

Hvis du vurderer at situasjonen er prekær og at det er fare for liv og helse, snakker du med din nærmeste leder om det er grunnlag for avvergeplikt (se [plik.no](#)). I så fall ringer dere til politiet. Det er i tillegg relevant å kontakte krisesenteret, som har plass til voldsutsatte av begge kjønn.

Tiltak for voldsutøver

Det å innrømme overfor andre at en utøver vold mot dem en er mest glad i, er skambelagt. Det kan derfor være vanskelig selv å ta initiativ til å søke hjelp. Tilby deg å hjelpe personen med dette, og si at erfaringsmessig er det lite sannsynlig at vedkommende vil klare å slutte å bruke vold uten hjelp.

Personer som utøver vold i familien, kan ha behov for sammensatte tjenester, som til sammen kan redusere risikoen for gjentatt vold. Det kan være aktuelt å henvise voldsutøver til rusbehandling eller til vurdering av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det vil være fastlegens ansvar, så be voldsutøveren om tillatelse til å kontakte fastlege. I tillegg bør du informere om aktuelle hjelpetilbud spesifikt rettet mot voldsutøvelse.

Det er holdepunkter for at kognitiv atferdsterapi rettet mot voldsatferd kan ha god effekt, se for eksempel [littsint.no](#) og [sinnemestring.no](#). Her vil du finne oversikt over hvilke tjenestesteder som tilbyr denne behandlingen.

KILDER

Justis- og beredskapsdepartementet (2021). *Fribet fra vold. Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024*. [Handlingsplan]. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

3.9 Kartlegging av rusmiddelbruk

Det finnes verktøy for å kartlegge, identifisere og følge opp personer som har begynnende rusutfordringer eller diagnoser knyttet til avhengighet av ulike rusmidler i RPH.

TEKST: KOMPETANSESENTER RUS (KORUS)

I arbeidet med RPH er alkohol det rusmidlet som vil være mest aktuelt. Alkohol brukes av ca. 90 prosent av voksenbefolkningen i Norge. De fleste av disse håndterer alkohol på en fornuftig måte, men det er beregnet at ca. 20 prosent av voksenbefolkningen står for ca. 80 prosent av alkoholinntaket. Disse er storforbrukere som det i mange tilfeller kan knyttes ekstra bekymring til.

Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet er de vanligste gruppene av psykiske lidelser i den norske befolkningen (Hole, 2014).

Etter alkohol er cannabis det mest brukte rusmidlet i Norge. Cannabisbruken vil også være relevant for tidlig intervensjon. Ca. fem prosent av voksenbefolkningen bruker cannabis jevnlig, og det er god grunn til å anta at flere av disse vil være i målgruppen til Rask psykisk helsehjelp (Sandøy, 2022).

Som en del av opplæringsprogrammet for RPH får terapeutene kunnskap og kompetanse i å kartlegge og følge opp personer med begynnende rusavhengighet.

Variere hvor raskt avhengigheten skjer

Det er mange gode grunner til å kartlegge inntaket av rusmidler. Personers rusavhengighet er ofte vevd inn i kompliserte biopsykososiale forhold som kan opptre ulikt fra person til person. For noen handler det om å oppleve en «dempende» effekt, for andre handler det om å oppleve en «stimulerende» effekt. Ofte kan rusmidler brukes i et forsøk på å mestre en utfordrende tilværelse.

Hos noen personer ses en rask utvikling av avhengighet, mens det for andre er en negativ spiral som utvikler seg sakte over år. Uheldig rusmiddelbruk opptrer i mange tilfeller parallelt med ulike former for psykiske problemer, men også i tilknytning til vold og selvskading (Hole, 2014).

Kartlegg og identifiser rusmiddelbruk og avhengighet

Som en del av kartleggingen som gjøres når en person søker hjelp i RPH, bør en spørre om rusmiddelvaner og forbruk av ulike rusmidler. Det kan være mye skam knyttet til dette, så det er viktig å si noe om hvorfor en spør om det. Alkohol er det rusmiddelet som fører til mest helseskader og tap av leveår (Sandøy, 2022).

Gjennomfør kartleggingssamtaler om alkoholvaner, medikamentbruk og bruk av illegale rusmidler. På den måten kan man få et helhetlig bilde av situasjonen. Kartleggingen bør gjennomføres ved hjelp av validerte og enkle verktøy som AUDIT-C/AUDIT og DUDIT-C/DUDIT. På snakkomrus.no finner du disse kartleggingsverktøyene samt informasjon om beregninger og hvordan et forbruk vurderes med tanke på råd om tiltak.

Råd ved ruskartlegging

1. Dersom verktøyene viser et høyt forbruk, bør det vurderes hvilke konsekvenser dette forbruket kan ha for behandlingen som gis, og om det er behov for en videre utredning av rusavhengighet.
2. Positivt utslag på AUDIT er knyttet til antall alkoholenheter og inntak av mange enheter i en drikkeepisode og bør følges opp av en generell veiledning om reduksjon uten å stigmatisere.
3. Skap rom for at temaet kan belyses ut fra en helsekontekst.
4. Forsøk å identifisere personer med begynnende rusproblemer. Mange av disse har kanskje ikke blitt spurt om sine rusvaner tidligere. Ta høyde for at rusbruk for mange kan være skambelagt. Det kan være et tema personen ønsker å unngå.

Se etter risikofaktorer

- 1) Repeterende inntak av rusmidler, eventuelt episoder med høyt inntak og konsekvenser av disse episodene
- 2) All bruk av illegale rusmidler
- 3) Vedvarende bruk av vanedannende medikamenter som beroligende og smertestillende
- 4) Eventuelle konsekvenser rusbruken har for den psykiske helsen, og hvordan dette henger sammen
- 5) Eventuelle konsekvenser av eller problemer forbundet med rusbruk for arbeidsliv, familie, samvær med barn (meldeplikt til barnevern ved bekymring om omsorgssvikt) og bruk av kjøretøy (meldeplikt til statsforvalteren hvis det er grunnlag for avhengighetsdiagnose)

Tilby rett behandling på riktig nivå

RPH kan identifisere rusmiddelproblemer i en tidlig fase. Veiled brukeren, velg gode intervensjoner, og hjelp vedkommende til å se mønster og sammenhenger. Slike tiltak kan hjelpe vedkommende på rett vei.

Vær bevisst på at noen personer som tar kontakt, vil ha behov for et høyere eller mer spesialisert behandlingstilbud. Derfor er det viktig å kartlegge rusbruk tidlig i kontakten for å vurdere om vedkommende vil nyttiggjøre seg et tilbud i RPH, eller om det er behov for å løse videre til andre, mer aktuelle tilbud. Det samme gjelder dersom man følger opp en bruker der man ser at rusbruket vedvarer med uendret eller økt intensitet.

ANBEFALINGER

- 1. KARTLEGG:** Utforsk rusens funksjon for den enkelte.
- 2. JOBB MED MOTIVASJON:** Rusbruk kan være knyttet til vaner og situasjoner det krever motivasjon for å komme ut av. Bruk gjerne teknikker fra motiverende intervju.
- 3. UTFORSK:** De fleste som bruker rusmidler, er ambivalente til det. Utforsk ambivalensen.
- 4. VÆR NYANSERT:** Unngå ensidig argumentasjon og rådgivning for eksempel om skadevirkninger.
- 5. JOBB MED MESTRING:** Understøtt mestring, og utforsk hva som fungerer.
- 6. FINN MØNSTER:** Hjelp personen til å se mønster og sammenhenger. Bruk gjerne kognitive modeller i samtaler og psykoedukasjon.
- 7. SJEKK:** Vurder behovet for å melde fra til barnevernstjenesten og om personen oppfyller helsekravene til førerkort.
- 8. SAMHANDLE:** Ha kjennskap til og skap godt samarbeid med tjenester som tilbyr behandling for rusmiddelproblemer.

LES MER

- [Rusogvold.no](https://rusogvold.no)
- [Nettressurs om spillavhengighet – KoRus Øst](#)
- [Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg](#)
- [Nasjonal alkoholstrategi \(regjeringen.no\)](#)
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bretteville-Jensen, A.L. & Bramnes, J.G. (red.). (2019). *Cannabisboka*. Oslo: Universitetsforlaget.

KILDER

- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandøy, T. (2022, 9. februar). *Narkotikabruk i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/>



3.10 Digital behandling er et godt supplement i RPH

Alle behandlingstilbud i RPH kan gjennomføres digitalt. Flere team har gode erfaringer med bruk av videokommunikasjon i individuelle samtaler, behandlingsgrupper og undervisningsbaserte kurs.

Videokommunikasjon bør tilbys som et supplement til fysiske møter. En gjennomgang av en rekke studier konkluderer med at videokonsultasjoner egner seg godt til psykoterapi, og at både pasienten og terapeuten ofte opplever høy grad av allianse (Simpson et al., 2021).

Digital behandling kan øke tilgjengeligheten for helsehjelp og gi nye muligheter for samhandling, men forutsetter også gode rutiner for å ivareta personvern og informasjonssikkerhet.

Forbered brukeren på videokommunikasjon

Selv om store deler av befolkningen nå er vant med digitale samtaler, er det viktig å forberede brukeren på det som er annerledes fra fysiske terapitimer. I tillegg til den ordinære informasjonen terapeuten gir ved oppstart av behandling, må en ved videokommunikasjon også informere om personvern og sikkerhetstiltak.

Kognitiv atferdsterapi egner seg godt som behandlingsmetode ved bruk av videokommunikasjon. Ved å dele skjerm kan en gi psykoedukasjon og fylle ut kasusformuleringer eller andre aktuelle skjemaer. En kan planlegge og gjennomføre atferdsekspirer og eksponeringsøvelser, samt gi hjemmeoppgaver personen kan utføre rett etter samtalen.

Aktiv problemløsning

I tillegg er det mange muligheter til å hjelpe med aktiv problemløsning digitalt, som for eksempel å kommunisere med offentlige instanser som Nav. Bruk av videokommunikasjon kan senke terskelen for å invitere med pårørende i en eller flere samtaler.

Flere brukere har gitt tilbakemeldinger om at videokommunikasjon i de ulike tilbudene har fungert bra. Mange har fortalt at dette har gjort hjelpen mer

tilgjengelig ved at de har spart verdifull tid på å slippe å komme seg til og fra kontoret. Noen har satt pris på å kunne sitte hjemme i trygge omgivelser og snakke om vanskelige temaer.

Mindre frafall ved digitale samtaler

Mange team har hatt mindre frafall i behandlingen ved digitale samtaler. Det har blitt færre opphold i behandlingsforløpet, selv om brukeren har reist bort eller av andre grunner ikke har kunnet møte på kontoret. For eksempel har studenter som har reist hjem til sitt hjemsted i perioder av året, fortsatt oppfølgingen uten at det har gått utover kontinuiteten i behandlingen.

Behandlingsgrupper og undervisningsbaserte kurs kan også gjennomføres digitalt, men her stilles det enda strengere krav til å informere deltakerne om sikkerhetsvurderinger knyttet til videokommunikasjon. Lag grupperegler som er særlig tilpasset videokommunikasjon, og knytt disse til aktuelt lovverk og rutiner.

Må kjenne til regler for personvern og informasjonssikkerhet

Før en starter med videokommunikasjon, må både ledelsen og de ansatte sette seg inn i gjeldende lovverk og retningslinjer og utarbeide rutiner knyttet til disse. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har utarbeidet «[Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon](#)». Denne gir en god beskrivelse av hva som må til for å iverksette videoløsninger.

Direktoratet for e-helse har flere artikler om krav og retningslinjer knyttet til «[Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren](#)». Her finnes også en oversikt over godkjente videoløsninger, forslag til rutiner og praktiske tips for gjennomføring av digitale samtaler.

Strengt krav

Det er strenge krav til videoløsninger. Samtalen skal være kryptert, og innholdet må ikke lagres i videoløsningen. En må ha kontroll over hvem som har adgang til og hvem som deltar i samtalen, samt sikre at taushetsplikten blir ivaretatt (Direktoratet for

e-helse, 2022). Be brukeren sitte på et egnet sted, og sørg for at brukeren vet at terapeuten sitter alene. Ansatte må få opplæring i både lovverk og rutiner og må videre kunne gi opplæring og informasjon om videokommunikasjon til brukerne.

Før en starter med videokommunikasjon, bør en sjekke hva som allerede finnes i kommunen av godkjente videoløsninger. Dersom det ikke allerede er gjort, anbefales det å følge stegene i «[Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon](#)», herunder ROS-analyse (risiko- og sårbarhetsanalyse) og DPIA (Data Protection Impact Assessment).

Veiledet internettbasert behandling hjelper mot depresjon og angst

Veiledet selvhjelp i form av internettbaserte selvhjelpsprogrammer og annen digital behandling er tiltak som har god effekt på depresjon og angst, og ifølge en rekke studier er slike tiltak mer kostnads-effektive enn vanlig behandling. En svensk studie rapporterer at kostnadene per behandlet pasient reduseres med 80 prosent (Hedman et al., 2016). Studier av internetttøttet behandling viser at effekten i gjennomsnitt er like stor som for tradisjonell behandling, forutsatt veiledning (Carlbring et al., 2018).

Erfaringer fra eMeistring i Bergen viser at de kan behandle tre–fire ganger så mange pasienter som ved tradisjonell behandling (Strand, 2015). En studie ved DPS Vestfold av effekten av internettbasert kognitiv atferdsterapi (iCBT) mot panikkklidelse viser også til god effekt (Gjervan & Walderhaug, 2019).

Nytt pilotprosjekt for veiledet internettbasert behandling

Helsedirektoratet har satt i gang et [pilotprosjekt](#) for å utprøve veiledet internettbasert behandling for angst og depresjon i primærhelsetjenesten, utviklet av Assistent Selvhjelp AS. Målsettingene til denne randomiserte kontrollerte studien, som gjennomføres av Folkehelseinstituttet, er å kunne si noe om effekten av veiledet internettbasert behandling sammenlignet med effekten av tradisjonell samtalerterapi eller omsorg som vanlig i RPH, der det tilbys en kombinasjon av veiledet selvhjelp, gruppetilbud, kurs og samtalerterapi.

Podkast og apper

Det fins også andre digitale hjelpemidler som kan komme til god nytte i RPH. En kan bruke nettbaserte selvhjelpsprogrammer, apper med aktuelle behandlingsteknikker eller podkaster som belyser relevante temaer.

Før en anbefaler slike hjelpemidler, er det viktig at terapeuten er godt kjent med innholdet og har vurdert kvaliteten og nytten for den enkelte bruker.

ANBEFALINGER

- 1. NATURLIG:** Tilrettelegg rammene for samtalen slik at den blir mest mulig lik en fysisk samtale. Snakk om hvor en sitter, kameravinkel, lysforhold og bakgrunn ved oppstart.
- 2. MENTALT ROM:** Anbefal gjerne brukeren å ta en liten pause før og etter samtalen, for å forberede seg til og bearbeide samtalen.
- 3. EN BAKSIDE:** Erfaringer viser at antall frafall reduseres ved digitale samtaler. En ulempe er imidlertid at brukeren kan møte til samtaler eller kurs der det egentlig hadde vært best å utsette, for eksempel når en er hjemme med syke barn. Informer om mulighet til å endre timer i starten av behandlingen.
- 4. ALLE SKAL KUNNE DET:** Sørg for at alle terapeutene i RPH har eller skal tilegne seg kompetanse i å tilby samtaler ved hjelp av videokommunikasjon.
- 5. VÆR FORBEREDT:** Lag en digital mappe med tomme kasusformuleringer og andre skjemaer en bruker i behandlingen, som en kan hente frem og fylle ut i samtalen ved å dele skjermen.
- 6. HA EN PLAN B:** Kvaliteten på nettet og datautstyret bør være god hos begge parter, men ha en alternativ plan dersom koblingen skulle bryte. Avtal å ha telefon og telefonnummer tilgjengelig slik at dere kan nå hverandre.
- 7. TRYGG SENDING:** Kartleggings- og tilbagemeldingsverktøy kan sendes digitalt ved bruk av sikre systemer som ivaretar personvernet.
- 8. PASS PÅ:** Ha rutiner for å ivareta problemstillinger knyttet til selvmordsrisiko og andre forhold som gjør at personen kan ha behov for mer hjelp.
- 9. INFORMER:** Det anbefales å sende ut et informasjonsskriv om bruk av videokommunikasjon som beskriver sikkerhetstiltakene som er gjort, særlig før oppstart av behandlingsgrupper og kurs. Presiser her at det ikke er lov å gjøre opptak eller ta bilde underveis, samt andre krav knyttet til personvern.
- 10. INDIVIDUELLE SAMTALER:** Disse kan tilbys fysisk, vekselvis fysisk og digitalt, eller hel-digitalt.
- 11. KURS OG BEHANDLINGSGRUPPER:** Det anbefales at disse holdes enten digitalt eller fysisk, og at en ikke kombinerer slik at noen deltar fysisk og andre digitalt. Gi deltakerne opplæring i bruk av videoløsningen før oppstart av kurs og behandlingsgrupper. Vis hvordan de kan slå av og på mikrofonen, rekke opp hånda, skrive i chatten og ha på kameraet. Undervisningsmateriell, praktisk informasjon og lenke til videomøtet kan sendes deltakerne per e-post før oppstart. Mye kan gjøres likt som ved fysiske behandlingsgrupper, og i mange videoløsninger er det mulig å dele deltakerne i mindre grupper, for eksempel for å diskutere. Kurslederne påser at alle er logget ut før de selv logger ut.
- 12. DIGITAL SELVHJELPSINFORMASJON:** Lag en oversikt over aktuelle apper, podkaster og nettsider som kan anbefales til brukerne. Det finnes veldig nye informasjon, men når en anbefaler noe, er det viktig at man gjør en vurdering av nytteverdien for den enkelte.

LES MER

- Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon
- Lover og regler | Datatilsynet
- Minimumskrav til generelle løsninger for videosamtale
- Normen – Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren
- Personopplysningsloven

KILDER

Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1–18.

Direktoratet for e-helse. (2022, 22. januar). *Korona: Minimumskrav til generelle løsninger for videosamtale*. <https://www.ehelse.no/aktuelt/minimumskrav-til-generelle-losninger-for-videosamtale>

Gjervan, K. & Walderhaug, L.P. (2019). Effekten av internettbasert kognitiv adferdsterapi (iCBT) mot panikk lidelse i Vestfold. *Tidsskrift for kognitiv terapi*.

Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., Lekander, M. & Ljótsson, B. (2016). Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 209(5):407–413. doi: 10.1192/bjp.bp.116.181396. Epub 2016 Aug 4. PMID: 27491531.

Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G. & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(2), 409–421. doi: 10.1002/cpp.2521. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33037682; PMCID: PMC7675483

Strand, N. (2015). Effektiv og nær på nett. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(8), 644–645. <https://psykolog-tidsskriftet.no/na/2015/08/effektiv-og-naer-pa-nett>

3.11 Alle behandlingstilbud i RPH har journalplikt

Helsepersonelloven § 39 slår fast at den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Dette kravet gjelder også for RPH.

Videre heter det i helsepersonelloven § 40 at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i samsvar med lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Når det gjelder hva som regnes som helsehjelp, og som dermed utløser journalplikten, fastslår samme lov, § 3: Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell.

Bruk kommunens ordinære journalsystem

Alle tilbud innenfor RPH, inkludert undervisningsbaserte kurs og behandlingsgrupper, faller innunder denne definisjonen og utløser derfor journalplikt.

For oppdaterte retningslinjer for journalføring vises det til pasientjournalforskriften. Rask psykisk helsehjelp skal benytte kommunens ordinære journalsystem.

RPH er ikke en utredningstjeneste

Det er viktig at RPH ikke skal være en utredningstjeneste. Noe kartlegging er imidlertid nødvendig, både for å kunne vurdere hva som er mest hensiktsmessig behandling, og for å kunne måle effekten av tiltaket. Nødvendig informasjon skal derfor registreres, blant annet for å sikre at tilbudet kan evalueres.

Skåringer på ulike kartleggingsverktøy skal føres i journal. Det kan være nyttig å utarbeide maler som beskriver de ulike kartleggingsverktøyene.

Journalmaler kan være lurt

Det er viktig å understreke at journalplikten ikke innebærer krav til omfattende journalføring i hvert enkelt tilfelle. Ved deltakelse på undervisningsbaserte kurs kan det for eksempel være tilstrekkelig med et kort notat om hvordan brukeren skårer på utfylte kartleggingsskjema, innholdet på dagens kurssamling og en registrering av hvorvidt vedkommende deltok eller ikke.

Mange RPH-team har utformet journalmaler for hvert enkelt tilbud der man kan skrive inn informasjon som gjelder spesifikt for den enkelte brukeren.

Eksempler på journalmaler:

- Oppstartsnotat
- Avslutningsnotat

ANBEFALINGER

- 1. FØR JOURNAL:** Journalfør ved alle tilbudene brukeren mottar i RPH.
- 2. KORT OG GODT:** Man trenger ikke nødvendigvis skrive så mye. Finn nyttige overskrifter for å standardisere og kvalitetssikre innholdet.
- 3. FORENKLE:** Utarbeid journalmaler som kan suppleres med relevant informasjon om den enkelte der det er hensiktsmessig.
- 4. BRUK DET VANLIGE:** Anvend kommunens ordinære journalsystem.

LES MER

- [Pasientjournalforskriften](#)
- [Helsepersonelloven med kommentarer \(helsedirektoratet.no\)](#)
- «Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering». Rundskriv I-4/2017. ([regjeringen.no](#))

KILDE

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

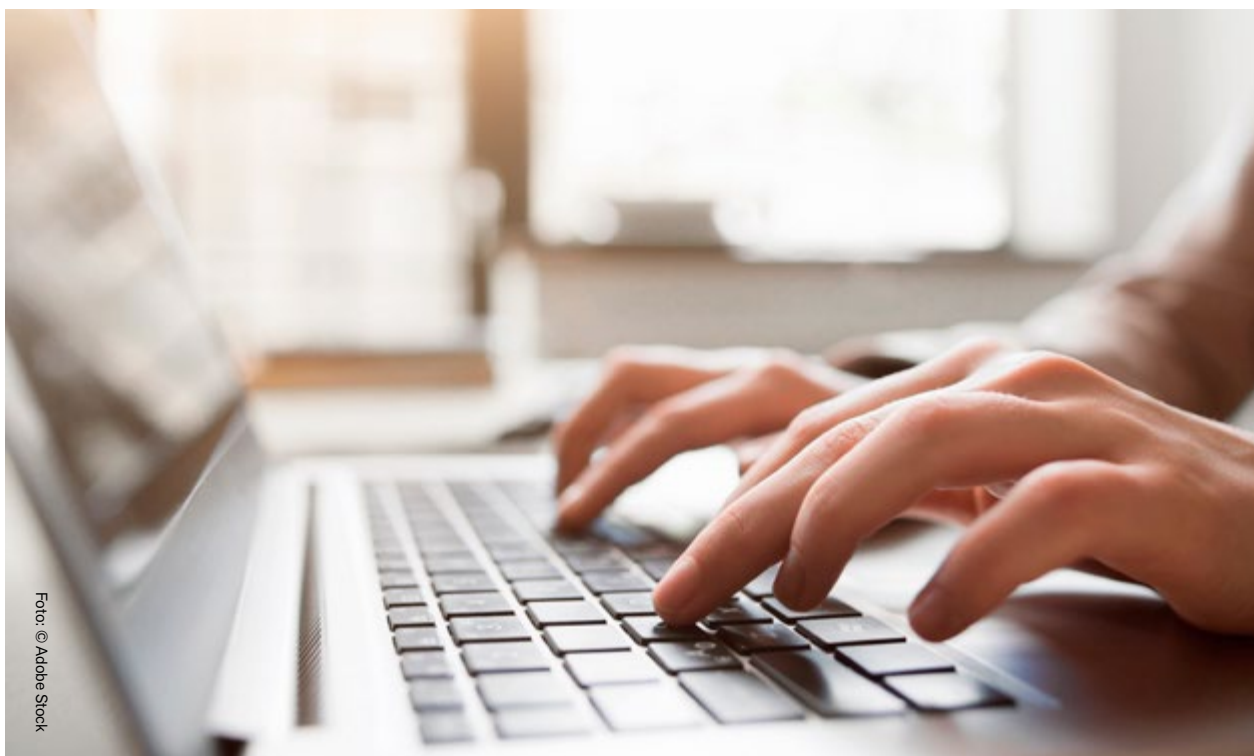


Foto: © Adobe Stock

4 SAMHANDLING OG INFORMASJONSARBEID I RASK PSYKISK HELSEHJELP

Samhandling er en stor del av jobben i RPH, og terapeutene må være bevisst på hvordan de samhandler, både med dem som trenger hjelp, og med menneskene og tjenestene rundt dem.

RPH er et supplement til de øvrige tjenestene og skal bidra til å styrke det samlede tilbudet innenfor psykisk helse i kommunene. For å bli en del av en helhet, er det viktig å samhandle, både når en jobber på individnivå og på systemnivå. Her handler det om å gjøre RPH kjent og skape gode samarbeidsarenaer mellom ulike tjenester. Ved å samhandle øker kvaliteten på den samlede helsetjenesten til befolkningen.

Arbeidet RPH-teamene gjør i kommunene, har flere gode synergieffekter. Gjennom utviklingen av RPH har det oppstått en delingskultur, der innovative løsninger, erfaringer og rutiner har blitt delt både mellom RPH-team og til andre tjenester i kommunene. Da oppstår læring og nye muligheter for utvikling. Mye av innholdet i denne håndboka er et resultat av denne flotte delingskulturen.

4.1 Gjør RPH kjent

God informasjon om tilbudet må gjøres tilgjengelig, både for befolkningen og for samarbeidspartnere. Det er mange måter å gjøre dette på.

Ha god nettside

Nettsiden bør beskrive hvilket tilbud RPH er, målgruppen, de ulike behandlingstilbudene, hvem som jobber der, og rammene. Informasjonen må skape forventninger som er i tråd med tjenestene som tilbys.

Beskriv de ulike tilbudene, med undervisningsbaserte kurs, veiledet selvhjelp, behandlingsgrupper og individuelle samtaler, og hva som skiller dem fra hverandre. Da kan brukerne selv begynne å gjøre seg noen tanker om hva som kan være nyttig for dem. En slik bevisstgjøring er en viktig del av bedringsprosessen.

Ha med praktisk informasjon som adresse, oppstart av ulike tilbud og kontaktinformasjon på nettsiden.

Noen team har egne kontaktskjema for samarbeidspartnere, der de kan ta kontakt for å høre mer om tilbudet eller drøfte saker anonymt før de anbefaler en person å ta kontakt.

Felles presentasjon

Lag en PowerPoint-presentasjon av deres lokale RPH som kan brukes i ulike sammenhenger. Tilpass presentasjonen til hvem dere snakker til, og lag lysbildene slik at de er anvendelige i ulike sammenhenger. For å få en felles forankring i teamet anbefales det at alle terapeutene er med på dette informasjonsarbeidet.

Eksempler

- Presentasjon av RPH bydel St. Hanshaugen, Oslo
- Presentasjon av RPH Trondheim kommune
- Brosjyre om RPH Modum og Sigdal kommuner

Brosjyre og plakater

Noen RPH-team lager brosjyrer og plakater med informasjon om tilbudet. Unngå å skrive for mye på disse siden disse ikke kan oppdateres, men må trykkes på ny når det skjer endringer. Skriv om rammene som er faste over tid, og vis til nettsiden. Her kan du se eksempel på en flott brosjyre Modum og Sigdal RPH har laget.

Vær synlige på flere arenaer

Takk ja dersom dere får mulighet til å delta på arrangementer som konferanser og fagdager. Bruk gjerne deler av presentasjonsmaterialet dere allerede har, for eksempel fra undervisningsbaserte kurs og presentasjonen av RPH.

Det er også mulig å ha stands med informasjon om RPH på videregående skoler, arbeidsplasser, kjøpesenter, idrettsarrangement og andre steder der man treffer befolkningen. Ikke vær beskjedne. Vis fram det gode tilbudet som RPH er.

Bruk media

Ta kontakt med lokalavisen, radio og tv. Media krever ofte å få med en bruker som er villig til å stå fram og dele sin erfaring, så det kan være lurt å tenke på, før en tar kontakt.

Sosiale medier

Noen team bruker sosiale medier for å nå målgruppen, for eksempel Facebook og Instagram. Her kan dere informere om oppstart av nye kurs, dele små videoklipp med informasjon om psykisk helse og vise at tilbudet finnes.

Vis RPH frem uansett

Mange kommuner opplever stor pågang av folk som søker hjelp fra RPH, samtidig som de har relativt få ressurser tilgjengelig. Enkelte RPH-team kan kvie seg for å gå bredt ut og fortelle om tilbudet fordi de er usikre på om de vil klare å gi hjelp til alle som henvender seg. Da risikerer man imidlertid at målgruppen ikke får god nok informasjon om at tilbudet finnes.

Det er forståelig at en ikke ønsker venteliste. Samtidig er det uheldig at informasjonen om tilbudet ikke når ut til dem som trenger det. Vær bevisst på denne problemstillingen. Knappe ressurser bør ikke hindre hele befolkningen i å få hjelp.

LES MER på napha.no

[Herdis fortel om si erfaring med RPH](#)

4.2 Brukerinvolvering i RPH

I RPH rettes oppmerksomheten mot den enkeltes ressurser. Personen som søker hjelp involveres aktivt i behandlingen fra første stund.

Aktiv involvering av brukeren¹ i valg av behandling og tjenester er en demokratisk rettighet og både et politisk og et faglig mål.

Hvis man skal lykkes med å utvikle mer brukerorienterte tjenester i RPH, må man legge til rette for at erfaringer og synspunktet fra innbyggere, brukere og pårørende blir en del av kunnskapsgrunnlaget når tilbudet skal utformes.

Innbyggerne skal få et godt tilbud, tilpasset sitt behov. Både brukere og deres pårørende skal kunne ta i bruk egne ressurser, delta og medvirke. Derfor er det viktig å organisere RPH etter en «mixed care»-modell, der den enkelte utformer sitt mål for behandlingen og blir enig med terapeuten om hvilket tilbud som kan være nyttig å starte med. For å lykkes med en slik enighet er det viktig med god informasjon. Se [kapittel 3.1](#) «Legg til rette for en god informasjons- og kartleggingssamtale» og [kapittel 3.2](#) «Behandlingsforløp med 'mixed care'».

Brukere som medvirker i planer og oppfølging av tjenestene, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser.

Tett dialog

Det å medvirke og ta valg underveis styrker selvbildet og gir motivasjon for endring og utvikling. Erfaringsperspektivet tilfører helse- og omsorgstjenestene vesentlig kompetanse og bidrar til å forbedre tjenestene.

En slik medvirkning krever tett dialog med brukerne. Innhent tilbakemeldinger fra brukerne om hjelpen oppleves nyttig, samt en vurdering av relasjonen til terapeuten. Slike tilbakemeldinger er en viktig del av den enkeltes brukermedvirkning, og for tjenesteutviklingen av RPH. Se [kapittel 3.3](#) om kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy.

¹ Begrepet *bruker* benyttes i denne sammenheng om en person som mottar tjenester fra Rask psykisk helsehjelp.

Allianse mellom terapeut og bruker

Behandlingsalliansen mellom terapeut og bruker kjennetegnes ved enighet om behandlingens mål og hvilke metoder som skal benyttes for å nå målene. Alliansen kjennetegnes også ved kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom terapeut og bruker, som grad av gjensidig tillit, aksept og forståelse. Det er først og fremst brukers opplevelse av behandlingsrelasjonen som kan knyttes til et godt resultat, og det er viktig at en god relasjon etableres tidlig i behandlingen.

Personen som tar kontakt med RPH, skal føle seg trygg og oppleve å bli sett som et helt menneske.

Behandling preget av aktivt samarbeid mot tydelig definerte mål fungerer best. Behandlerens faktiske kompetanse i metodene som benyttes, betyr mye for resultatet av behandlingen. Mange brukere melder tilbake at de kjenner seg igjen i det som blir formidlet av helseinformasjon i RPH, og at de får et nytt perspektiv på egne problemer. Det gir håp.

Å lete etter veien fremover sammen

Det er veldig individuelt hva bedring er for den enkelte. Derfor er det viktig å lete etter veien fremover sammen med den det gjelder. Noen kan oppleve bedring ganske raskt, mens andre kan ha vedvarende symptomer og plager som kan komme og gå. Bedring kan også handle om å leve et godt liv på tross av dette.

Mange som har delt egne erfaringer med psykisk helse- og rusproblem, har beskrevet at bedring ofte handler om å kunne høre til samfunnet, å ha et håp om å få ha et bra liv, å ha et liv som oppleves meningsfullt, å ha en personlig identitet, og selv kunne ta valg og beslutninger på egne vegne (Leamy et al., 2011).

LES MER

Hvis du ønsker å vite mer om hvordan man kan støtte opp om personlig bedring og recovery, kan du lese om det i heftet «[100 råd som fremmer recovery](#)».

Å bli sin egen terapeut

Mange har god hjelp av RPH på veien mot å få et bedre liv. De som søker hjelp, ønsker ofte å få hjelp til å føle seg mindre nedstemt, urolig eller engstelig, eller til å få avklart en vanskelig livssituasjon. Å få



Foto: © Adobe Stock

opplæring i bruk av ulike metoder og verktøy gjør at man etter hvert, på egen hånd, bedre kan håndtere vanskelige situasjoner i hverdagen. Man blir i større og større grad «sin egen terapeut». For mange fungerer verktøyene som en støtte i hverdagen og et viktig skritt på veien mot å utfordre seg selv, bli mer selvstendig og få økt livskvalitet.

Etter hvert som behandling og egeninnsats reduserer plager og symptomer vil dette også påvirke opplevelsen av å få til ting, og gi håp om bedring. For eksempel vil mindre depressive symptomer påvirke evnen til å løse problemer og gi en større opplevelse av mestring og håp. Og tilsvarende vil mindre sosial angst øke muligheten til å delta og oppleve mestring i sosiale sammenhenger, og kunne gi en sterkere opplevelse av å høre til.

«Da jeg kom til RPH, ble jeg møtt og hørt som den jeg er og ikke satt i bås. De som jobbet med meg, gav meg optimisme og tro på behandlingen og egen aktivitet. Jeg ble involvert på en slik måte at jeg kunne være med å ta riktige beslutninger på riktig nivå, samt at jeg fikk verktøy og lærte hvordan jeg kunne hjelpe meg selv.»

(Sitat fra deltaker i RPH)

Fordel med avgrenset målgruppe

I RPH involveres brukeren aktivt i sin egen behandling. Uansett om personen deltar på kurs, i behandlingsgruppe, får individuelle samtaler eller gjennomfører nettbasert veiledet selvhjelp, blir den enkeltes ressurser tatt i bruk fra første stund.

En fordel med å ha en avgrenset målgruppe er at tilbudet kan bygges rundt en del felles ressurser hos brukerne. Ved å gi hjelp til å mestre typiske reaksjoner på ulike belastninger, øker sannsynligheten for at informasjonen og metodene brukerne lærer, er gjenkjennbare og relevante. Da kan de komme raskt i gang med å ta i bruk egne ressurser på nye måter, slik at de kan mestre sine problemer best mulig selv. For eksempel klarer personer som får veiledet selvhjelp eller som deltar på et undervisningsbasert kurs, å gjøre generell informasjon om psykisk helse relevant for seg, samt velge ut og ta i bruk teknikker de opplever som nyttige for dem på egen hånd.

Sikre likeverd, gjensidighet og samhandling

For mange er det et vanskelig valg å søke hjelp for psykiske problemer. Prosessen som leder frem til beslutningen, tar ofte tid, med overveielser for og imot. Mange er usikre på hva behandlingen vil innebære. Terskelen for å ta kontakt med RPH må gjøres lav, slik at det ikke hindrer befolkningen i å bruke tilbudet.



Noen skammer seg over sine psykiske plager, og andre har tidligere hatt negative erfaringer med behandling. Som terapeut i RPH må du sikre opplevelse av likeverd, gjensidighet og samhandling.

Del erfaringer

Bruk et enkelt språk og enkle forklaringer når du som terapeut snakker om psykisk helse. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte jf. pasient- og brukerrettighetsloven, 1999. Del gjerne eventuelle egne erfaringer med psykiske plager eller fra rollen som pårørende.

Formålet med å dele slik personlig informasjon kan være å normalisere opplevelser, vise at du har erfaringer som gir økt mulighet til å forstå problemene, og skape et grunnlag for åpenhet og tillit dere imellom.

Tilbakemeldinger fra brukere viser at når terapeutene deler noe av det de selv har erfart av psykiske vansker, gjør det noe med stemningen i rommet. Skammen avtar.

«Spesielt nyttig at dere bruker dere selv som eksempel, med egne utfordringer.»

«Eksempler fra livet. Kursholder forteller at dette er normalt, og det gir trygghet.»

«Veldig ok med egne eksempler fra kursholder som understreker poengene.»

(Siterer fra deltakere på et undervisningsbasert kurs i RPH)

Forbered hva du vil dele

Tenk gjennom på forhånd hva du vil dele, og hva som er hensikten med å dele. For eksempel kan man i kurssammenheng dele hvilke tanker og følelser man hadde rett før kurset startet, som at en var nervøs for om det kom til å bli nyttig for deltakerne.

Når man skal forklare hva angst er, kan man bruke eksempler fra ting man selv er eller har vært redd for, som edderkopper, høyder eller det å snakke foran folk. Selv om eksemplene kan skille seg fra brukernes, er mekanismene og mønstrene som opprettholder vanskene, ofte like og gjenkjennbare.

Når man deler egne erfaringer, må det være ekte og troverdig. Man skal ikke føle seg presset til å dele noe man er ukomfortabel med, men bruk noe som kan være gjenkjennelig, og som samtidig poengterer budskapet.

Faktorer som kan påvirke behandlingsutbyttet

Forskning på Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) i Storbritannia viser at både relasjonelle og organisatoriske faktorer påvirker behandlingsresultatet.

De relasjonelle faktorene omfatter behandlingsallianse og bruk av systematiske tilbakemeldinger. Organisatoriske faktorer er knyttet til tjenestetilbudets tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning.

Professor David M. Clark og kolleger ved University of Oxford har analysert offentlig tilgjengelige data fra IAPT i Storbritannia (2017). Artikkelen «[Transparency about the outcomes of mental health services \(IAPT approach\): an analysis of public data](#)» kan leses på nettsiden til Lancet.

ANBEFALINGER

1. **GI REELL INNFLYTTELSE:** Sikre at brukere og pårørende har reell innflytelse i samarbeid med terapeuten innenfor rammene av behandlingsmodellen. Når behandlingsmålene utformes, kan en ta utgangspunkt i personens verdier for å få en bevisstgjøring av hva som er viktigst for at vedkommende skal ha god funksjon og et godt liv.
2. **TO EKSPERTER I ROMMET:** Både brukerens og terapeutens kompetanse skal tas i bruk i behandlingen. Terapeuten har faglig kunnskap og erfaring med å hjelpe personer med lignende problemer. Brukeren har kompetanse i form av ulike erfaringer og ressurser. De to må bli enige om hva som er realistiske mål, og hvilke metoder som kan være nyttige for å nå målene. Felles forventninger kan hindre misforståelser og at en jobber i ulike retninger.
3. **HUSK FUNDAMENTET:** Kognitiv atferdsterapi, som er grunnlaget i RPH, har som hovedprinsipp at terapien skal gjennomføres i et gjensidig samarbeid mellom hovedpersonen og terapeuten. Ideologien er dypt forankret i et humanistisk menneskesyn, med «empowerment», eller mobilisering av egne krefter og ressurser, som et grunnleggende fundament. Empowerment defineres som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (WHO, 1998, sitert i Helsedirektoratet, 2017).
4. **HJELP TIL SELVHJELP:** Felles forståelse av den enkeltes problemer, behov og mål er viktig for å etablere et samarbeid. Det samme gjelder lik forståelse av psykiske vansker, hva som opprettholder dem, og hva som kan være nyttige tiltak og verktøy for å nå brukerens mål. Hjelp til selvhjelp forutsetter at terapeuten deler av sin teoretiske kunnskap og erfaringer for å hjelpe andre. Terapeutene i RPH bruker ofte tavle, enten det er i individuelle samtaler eller i kurs. Med vektlegging av formidling av kunnskap blir brukeren bedre i stand til å ta selvstendige valg for å få det bedre nå og forebygge tilbakefall.
5. **ALLE HAR EN PSYKISK HELSE:** Terapeuter som er åpne og på en tilpasset måte deler noen av sine egne erfaringer med å ha kjent på psykiske vansker, kan bidra til å normalisere og ufarliggjøre det man snakker om. Undervisningen kan bli mer praktisk og lettere å forstå.

LES MER på napha.no

- [Temaside om brukermedvirkning i tjenesteutvikling](#)
- [Temaside om recovery](#)

KILDER

Clark, M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S. & Janecka, M. (2017). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679–686.

Helsedirektoratet. (2017). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* [Nasjonal faglig retningslinje]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. februar 2019).

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199(6), 445–52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733. PMID: 22130746.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

4.3 Erfaringskompetanse kan gjøre RPH bedre

Lytt til dem som selv har bruker- og pårørende-erfaring, i arbeidet med å utvikle et RPH-tilbud. Innbyggere med relevant erfaringskompetanse kan komme med gode råd.

Brukerinvolvering skjer når hver bruker utformer behandlingsmål, velger metoder som skal benyttes for å jobbe mot målet og blir bedt om å gi tilbakemelding etter hver samtale eller kurs. Men også når befolkningen blir involvert og spurt om sine ønsker og behov ved opprettelse av tilbud.

Kommuner, bydeler eller interkommunale samarbeid som skal planlegge og etablere RPH, kan hente kunnskap fra egne innbyggere med erfaringskompetanse innenfor vanlige psykiske helseplager. Befolkningen kan ha gode råd om for eksempel åpningstider, beliggenhet, organisering, hvordan en kan unngå stigma, og hvordan en kan lykkes.

For å sikre reel brukermedvirkning på systemnivå er det viktig å dra nytte av erfaringskompetanse som

er relevant og tilgjengelig lokalt. Noen steder finnes det etablerte brukerpanel, erfaringspanel eller lignende, som kan være en viktig kilde for å involvere befolkningen i forkant av at RPH etableres, eller når tilbudet videreutvikles. Det er vesentlig at erfaringskompetansen er relevant for målgruppen.

RPH kan etter hvert knytte til seg personer som selv har hatt nytte av tilbudet. De kan ha viktig kunnskap om hvordan tilbudet kan forbedres. Personer som har mottatt hjelp fra RPH kan delta i møter med tjenestetilbudet, der evaluering og tjenesteutvikling er tema.

Erfaringer fra flere RPH-team er at tidligere brukere gjerne stiller opp og deler sine erfaringer kort tid etter de har mottatt hjelp. Etter hvert gir de ofte beskjed om at de ikke lenger ønsker å delta, da de har gått tilbake til sitt vanlig hverdagsliv og ikke lenger identifiserer seg som en bruker. I stedet for å tenke at man skal hente erfaringer fra samme person over lang tid, kan en heller trekke inn flere personer som deler sine erfaringer for kortere perioder. På den måten får man en større bredde av erfaringer, som kan gjenspeile en større del av befolkningen som mottar hjelp i RPH.



Foto: © Adobe Stock

Bruke erfaringene systematisk

Erfaringskunnskapens styrke ligger i de jevnlige og systematiske tilbakemeldingene fra dem som benytter tjenestene. For eksempel kan tilbakemeldingene som gis på evalueringsskjema etter kurs, brukes for å gjøre justeringer når kurstilbudet skal revideres. Se [kapittel 3.3](#), om regelmessig og systematisk bruk av kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy i RPH.

Bruker- og pårørendeorganisasjoner

Pårørende- og brukerorganisasjoner kan se tjenestene fra et annet perspektiv og være viktige for brukere som har et lite nettverk. De kan også tilby brukerne hjelp på ulike stadier av tilfriskningsprosessen.

De fleste som benytter RPH, kommer seg tilbake til et liv uten vedvarende psykiske lidelser. For andre kan det være interessant å få kontakt med brukerorganisasjoner, selvhjelpsgrupper, brukerstyrt senter eller andre frivillige organisasjoner. Da kan terapeuten bidra til å opprette kontakt. Slike organisasjoner kan gi støtte og motivasjon og bidra til økt sosialt nettverk.

Det finnes flere brukerorganisasjoner innenfor rus- og psykisk helsefeltet. Mange har sosiale tiltak for grupper og enkeltmedlemmer og kan bistå personer med å finne frem i tjenesteapparatet. Organisasjonene driver et utstrakt likepersonsarbeid.

Her finner du oversikt over relevante [bruker- og interesseorganisasjoner](#) innen psykisk helsearbeid for voksne.

Selvhjelpsgrupper

[Selvhjelp Norge](#) er et nasjonalt kompetansemiljø for selvorganisert selvhjelp. De kan være behjelpelig med å finne hva som er tilgjengelig av selvhjelpstilbud, støttegrupper og andre relevante tilbud i kommunen. Selvhjelpsgrupper eller selvorganisert selvhjelp skiller seg fra veiledet selvhjelp ved at gruppene er lederløse, og ved at de drives på initiativ fra menneskene det gjelder. Et slikt støttende fellesskap kan bidra til mestring i hverdagen og være et positivt supplement til behandling.

ANBEFALINGER**1. ERFARINGSKONSULENTER PÅ KORTERE**

OPPDRAK: Personer som har erfaring med å få hjelp fra RPH, bidrar ofte med å dele erfaringer kort tid etter de har fått hjelp. Ved å inkludere personene over en kortere periode får man tilbakemeldinger fra flere personer, og sjansen for å kunne speile en større del av målgruppen øker.

2. BRUKERORGANISASJONER: Hent gjerne inn perspektiver fra brukerorganisasjoner eller sørg for brukerrepresentasjon i råd og utvalg når dere skal utvikle eller forbedre tjenesten. Brukerorganisasjoner kan gi støtte og motivasjon til den enkelte som ønsker det.

3. FLERE FORMER FOR BRUKER-

MEDVIRKNING: Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og dermed ikke noe som helsepersonell kan velge å forholde seg til eller ikke. Mennesker som søker hjelp, skal få styre over sitt eget liv, motta hjelp på sine egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet som menneske. Brukermedvirkning skjer når hver bruker utformer sitt behandlingsmål, velger hvilke metoder som skal benyttes for å jobbe mot målet og når vedkommende blir bedt om å gi tilbakemelding etter hver samtale eller kurs. Men også når befolkningen blir involvert og spurt om sine ønsker og behov ved opprettelse av tilbud, dreier det seg om brukermedvirkning i form av innbyggerinvolvering.

LES MER

- [Kom i gang med innbyggermedvirkning – KS](#)
- [Brukte erfaringskompetanse for å skape Rask psykisk helsehjelp - NAPHA.](#)

LES MER på [napha.no](#)

- [Temaside om brukermedvirkning i tjenesteutvikling](#)
- [Temaside om erfaringskompetanse og erfaringskonsulenter](#)



Foto: © Adobe Stock

4.4 Pårørende kan være viktige i RPH

Pårørende er ofte brukers viktigste støtte. Men de kan også ha behov for støtte og mer kunnskap om psykisk helse.

Mange som benytter RPH, er bekymret for hvordan familie, kjæreste, venner, kolleger og andre personer i nettverket berøres av problemene de har. Husk å kartlegge personens familie og nettverk. Kanskje kan en venn være en god støttespiller og delta på et undervisningsbasert kurs? Ha i bakhodet at det er brukeren selv som bestemmer hvem som eventuelt skal involveres.

Ofte ønsker pårørende å hjelpe. De kan være viktige ressurser. Men det er alltid brukeren som bestemmer hvem, og eventuelt hvordan, pårørende involveres.

Øk pårørendes kompetanse om psykisk helse

Selv om målgruppen til RPH er personer med vanlige psykiske helseplager, er det ikke nødvendigvis enkelt for pårørende å vite hvordan de skal støtte den som

har det vanskelig. Mange er redde for å si eller gjøre noe feil, og de kan bli usikre på hvordan de skal forholde seg til vedkommende.

Derfor er det viktig å gi pårørende informasjon om hva som kjennetegner, opprettholder og reduserer psykiske helseplager som angst, depresjon og søvnvansker. Det som hjelper på kort sikt, er ofte en opprettholdende faktor på lang sikt, så det er viktig at pårørende får samme forståelse av hva endringsarbeidet innebærer, og hvorfor dette er viktig.

Kurs og informasjon

I flere kommuner har RPH undervisningsbaserte kurs der de tilbyr deltakerne å ta med seg pårørende, enten det er samboer, venn, foreldre, lærer, helsesykepleier, leder eller andre. Disse kursene er ikke behandlingsgrupper, noe som betyr at kurslederne ikke legger opp til at deltakerne skal dele egne erfaringer med de andre på kurset.

Kursene tar sikte på å øke kunnskapen om depresjon, angst og søvnproblemer. Når alle lærer mer om disse temaene, kan man støtte de som står en nær på en enda bedre måte.

Hjemmeoppgaver som involverer pårørende

I individuell behandling kan terapeut og bruker utforme hjemmeoppgaver, der brukeren selv forteller sine nærmeste om hvordan en har det og hva en trenger. Man kan også dele informasjonsmateriell om psykisk helse til pårørende. På [nettsiden](#) til Norsk Forening for Kognitiv Terapi finner du eksempler på informasjonsskriv som kan deles med pårørende.

Samtaler og behandlingsgrupper for pårørende

Det kan være krevende å leve sammen med en person som har det tøft. Flere pårørende forteller at de selv kan bli slitne av å sette egne behov til side, av bekymringer og av en gjentakende følelse av maktesløshet.

Det er flere måter å møte pårørende på i RPH. Man kan tilby individuelle pårørendesamtaler med eller uten bruker, eller man kan arrangere egne bolker i et kurs bare for pårørende.

Flere som søker hjelp i RPH, er selv i en pårørende-rolle. De kan kjenne seg utmattet og tomme og kan trenge hjelp til å ta vare på seg selv og egne behov, samtidig som de er omsorgsperson for andre som sliter. Personer som opplever dette, kan ha stor nytte av å delta i en behandlingsgruppe i RPH for å mestre stress og belastninger.

Det finnes også egne tilbud for pårørende utenfor RPH som det kan være aktuelt å løse videre til.

ANBEFALINGER

- **GI MULIGHET:** Kartlegg brukerens nettverk. Informer om at det kan være nyttig å involvere pårørende som en del av tilfriskningen. Hjelp eventuelt brukeren til å åpne seg for pårørende og nettverk.
- **RESSURS:** Om bruker ønsker å involvere pårørende, må de møtes som en samarbeidspartner, ut fra sin rolle. De kjenner hovedpersonen godt og er ofte en ressurs.
- **SIKRE RESPEKT OG BESKYTTELSE:** Hovedpersonen velger selv hvor mye pårørende involveres, og hvor mye informasjon de skal få.
- **KURS:** Tilby kurs hvor det er mulig å ha med pårørende. Da får pårørende mer kunnskap om psykiske helse og sentrale behandlingsprinsipper, noe som kan hjelpe dem med å forstå plagene og gi enda bedre støtte.
- **ULIKE BEHOV:** Noen ganger kan rollen som pårørende bli så krevende at de selv får behov for hjelp. Da kan tilbud i RPH være nyttig. De kan for eksempel lære metoder for å bli bevisst på og ta valg som hjelper dem å ta vare på seg selv ved å sette grenser, samtidig som de også er en støtte for andre. Dersom de ikke ønsker behandling, men heller støttesamtaler, kan det være aktuelt å løse videre til andre pårørendetilbud utenfor RPH.

LES MER

- [Pårørendesenteret.no](#) – rådgiving for pårørende
- [Piosenteret](#) – rådgiving for pårørende
- [Helsenorge.no](#) – råd til pårørende
- [Lærings- og mestringsaktivitet](#)
- [Pårørendeveileder](#)
- [Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan](#)

LES MER på [napha.no](#)

- [Kurs når mange samtidig og tidlig](#)
- [– Det å anerkjenne pårørende er veldig viktig i tilfriskningen](#)



4.5 Barn som pårørende i RPH

Når den som mottar tilbud fra RPH har mindreårige barn eller søsken, bør barnas situasjon være et tema. Helsetilstanden kan påvirke barns omsorg for kortere eller lengre tid.

Psykisk uhelse i familien kan virke negativt inn på barna. Da må man som terapeut være bevisst på hvordan man forholder seg.

Barn som pårørende defineres som barn under 18 år som har nærstående som er syke, eller har funksjonsnedsettelse eller rusproblemer.

Vær oppmerksom på barna

Siden 2010 har helsepersonelloven § 10a pålagt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende.

Formålet er å fange opp barn som pårørende og bidra til å ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehovet

de måtte ha. Fra 2018 har helsepersonell også plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende til søsken med alvorlige helseproblemer (psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade) (Helsedirektoratet, 2018).

Vurder omsorgsbehovet

Ansatte i RPH skal forholde seg til gjeldende lover og regler i helsepersonelloven, herunder § 10a om helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende og § 33 om opplysninger til barnevernstjenesten. De skal kunne vurdere omsorgssituasjonen og et eventuelt behov for oppfølging som barn av brukere av RPH. I opplæringsprogrammet for RPH undervises det i å ivareta pårørende, både dem som er under 18 år, og dem som er over.

Det anbefales at ansatte gjør seg kjent med kap. 3.2 «Barn som pårørende» i Helsedirektoratets pårørendeveileder (2017).

ANBEFALINGER

- 1. BARNAS BEHOV SOM TEMA:** Alle som jobber i RPH, skal ha et familie- og barneperspektiv, med vekt på åpenhet og ivaretagelse av barns behov. Temaet barn som pårørende tas opp i alle hjelpetilbud, både i undervisningsbaserte kurs, i behandlingsgrupper og i individuelle samtaler.
- 2. KOMMUNIKASJON MED BARN:** Noen foreldre synes det er vanskelig å vite hvordan de skal ordlegge seg når de snakker med barna om psykiske plager, og kan trenge veiledning. Dersom en forelder ikke får til å gjennomføre en slik samtale med barnet, kan man invitere barnet til en samtale. Bruk et enkelt språk slik at det enkelte barn får tilstrekkelig informasjon ut fra egne behov og får mulighet til å stille spørsmål.
- 3. BARN HAR BEHOV FOR INFORMASJON:** For barn kan det å få informasjon være mye bedre enn at de blir overlatt til sin egen oppfattelse og tolkning av situasjonen. Informasjon kan for eksempel bidra til at tanker om at foreldres tilstand er barnets skyld, ikke får feste seg hos barnet.
- 4. FANGE OPP TIDLIG:** Man skal sikre at barna ved behov blir fanget opp tidlig. Dessuten skal man bidra til å forebygge problemer hos barn og foreldre.

LES MER

Verktøy og ressurser

- [Familieverntjenesten](#) (Bufdir)
- [Hvordan ivareta barn og unge?](#) (Pårørendeprogrammet)
- [Barn som pårørende – e-læringskurs](#) (Barns Beste og Helsedirektoratet)
- [Barnespor for helsepersonell – guide til foreldre og barnesamtaler](#) (St. Olavs Hospital og Helsedirektoratet)
- [Foreldreveiledning ved depresjon – en guide for behandlere og rådgivere](#) (Diakonhjemmet sykehus)

Offentlige dokumenter

- [Informasjon og støtte til barn som pårørende – Pårørendeveileder](#) (Helsedirektoratet, 2019)
- [Barn som pårørende – Rundskriv](#) (Helsedirektoratet, 2010)
- [Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge – Nasjonal faglig retningslinje](#) (Helsedirektoratet, 2019)
- [Skal gi barn og unge bedre hjelp – om endringer i kommunenes plikt til å samordne tjenestetilbudet til barn](#) (Regjeringen.no, 01.08.22)
- [Endringer i velferdstjenestelovgivningen \(samarbeid, samordning og barnekoordinator\) – Prop. 100 L \(2020–2021\)](#) (Regjeringen.no)

LES MER på napha.no

- [Må tørre å spørre foreldre om barna](#)
- [– Vi har en plikt til å se pasientenes barn](#)
- [Nye endringer i velferdslovene tydeliggjør ansvar og plikt om samhandling](#)
- [Endringer i velferdslovene](#)

KILDER

Endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator). (2021). *Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)*. (LOV-2021-06-11-78). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-78>

Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder*. [Nasjonal veileder]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. januar 2019).

Helsedirektoratet (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 4. mai 2022).

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>



4.6 Fastlegene er viktige samarbeidspartnere for RPH

Terapeuter i RPH må kjenne til fastlegenes arbeidsmåter og behov og utvikle god samhandling og informasjonsutveksling med dem.

God informasjon er en forutsetning for godt samarbeid for alle parter. Den enkelte kommune og det enkelte tjenestetilbudet har ansvar for å etablere gode rutiner for samarbeid med fastlegene.

Fastlegen har ansvar for både somatisk og psykisk helse og har en sentral rolle når det gjelder å identifisere, behandle og koordinere den medisinske oppfølgingen av innbyggerne. I kommuner uten RPH kan det i praksis være fastlegene som står alene om å yte et behandlingstilbud til personer med vanlige psykiske lidelser. Fastlegene er presset på tid og har hverken ressurser eller kompetanse til å yte tilsvarende tilbud som RPH.

Selv om personer som søker hjelp ikke trenger henvisning fra lege, er det viktig at fastlegene kjenner tilbudet og målgruppen godt. Slik kan man forsøke å hindre henvendelser fra personer som har behov for annen hjelp enn det RPH tilbyr, samt at fastlegen tidlig kan hjelpe pasienten til å finne riktig behandlingstilbud.

Avklar samarbeidsrutiner og ansvar med fastlegen

Når RPH etableres, og senere ved behov, kan fastlegenes allmennlegeutvalg være en god arena for å gi informasjon og ha dialog med fastlegene. Her kan samarbeidsrutiner og ansvarsforhold mellom fastlegene og RPH avklares. Kommuneoverlegen er en sentral person å kontakte. Aktuelle tema er inklusjons- og eksklusjonskriterier, rutiner for samarbeid og sykmeldingsoppfølging.

Gi fastlegen skriftlig informasjon om RPH

I møte med fastleger er det nyttig å bruke Power-Point-presentasjon som beskrevet i [kapittel 4.1](#), med relevant informasjon om tilbudet, målgruppe og forslag til rutiner for samarbeid. Det kan være lurt å sende presentasjonen, samt informasjon om formålet med møtet, til legene i forkant. Tips fastlegene om jevnlig å bruke nettsiden til det lokale RPH.

Tydlig inklusjons- og eksklusjonskriterier kan hjelpe legene med å anbefale RPH til personer som faktisk kan nyttiggjøre seg dette tilbudet. Dersom fastlegen er i tvil om RPH vil være et aktuelt tilbud, anbefales det å legge til rette for at man kan ta kontakt for å drøfte pasientsaker før en person blir anbefalt å ta kontakt. På den måten kan man forhindre at noen personer føler seg som en kasteball i systemet.

Flere RPH-team har god erfaring med å få hjelp fra fastlegene til å legge frem de ulike tilbudene i RPH som likestilte for sine pasienter. Det er for eksempel ikke slik at individuelle samtaler nødvendigvis er bedre enn behandlingsgrupper, selv om det er en mer kjent form for hjelp. Når fastlegen har gitt grundig informasjon om RPH og «mixed care», er det mye enklere å bli enig med pasientene om rett behandling på riktig nivå når de kommer til RPH.

Plager som kan synes somatiske, kan ha annen årsak

De fleste personer som er i målgruppen for RPH, vil først oppsøke fastlegen med sine symptomer. Psykiske plager kan være fulgt av kroppslige symptomer som hjertebank, brystmerter, pusteproblemer, magesmerter, slapphet og muskelsmerter. Redusert hukommelse og sviktende konsentrasjonsevne er vanlig ved depresjon. Mange oppfatter at slike kroppslige reaksjoner skyldes somatisk sykdom og kun det. I noen tilfeller er det nødvendig å gjøre en medisinsk utredning for å finne ut av om plagene har en somatisk årsak. Om man ikke finner en somatisk årsak, er det viktig at legen vurderer om RPH er aktuelt.

Gi fastlegen beskjed om oppstart

Innbyggere kan kontakte RPH direkte. Ved oppstart av behandling bør fastlegen få beskjed om at personen har tatt kontakt.

Mange RPH-team har utarbeidet journalmaler der en fyller ut relevant informasjon om den enkelte bruker. Denne informasjonen kan sendes som elektronisk melding via journalsystemet til fastlegen. I en slik mal er det lurt å skrive litt om hvilket tilbud RPH er.

Informasjon som er nyttig for fastlegen å ha ved oppstart:

- bakgrunn for kontakt (hva som er grunnen til at brukeren har søkt hjelp)
- hvilke vurderinger som er gjort, og hvilket tilbud i RPH vedkommende starter med
- brukerens behandlingsmål
- kontaktinformasjon til ansvarlig terapeut i RPH og invitasjon til samarbeid underveis
- at det vil bli sendt avslutningsnotat når behandlingen avsluttes

Samhandling underveis

I de tilfellene der det vurderes som aktuelt, innhentes vanligvis utfyllende medisinske opplysninger hos fastlegen i etterkant av en kartleggingssamtale. Da kan man enten sende melding via journalsystemet eller ringe. For eksempel kan det oppstå behov for samarbeid mellom terapeut og personens fastlege, ved sykmelding, dialogmøter med arbeidsgiver, manglende effekt av behandlingen og uavklarte somatiske symptomer.

Når behandlingen avsluttes

Behandlingen avsluttes enten når det terapeutiske målet er oppnådd, hvis det kommer frem behov for annen type hjelp og henvisning videre, eller ved frafall. Uavhengig av årsak til avslutning er det viktig å ha rutiner for å sende avslutningsnotat til fastlege.

Avklar med brukeren hvem som skal ha avslutningsnotatet

Helsepersonell har i utgangspunktet ikke plikt til å innhente et eksplisitt samtykke, men ved tvil bør pasienten forespørres. Avklar med brukeren under kartleggingssamtalen hvem avslutningsnotatet skal sendes til, slik at vedkommende er informert og eventuelt kan motsette seg dette.

Utlevering av avslutningsnotat kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. I praksis vil «tungtveiende grunner» være situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade.

Epikrisen skal inneholde opplysninger som er nødvendig for videre oppfølging av pasienten, jf. forskrift om pasientjournal § 9. Pasienten har rett til å motsette seg utlevering av epikrise, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3.

Punkter i et avslutningsnotat:

- Bakgrunn for kontakt og behandlingsmål
- Sammenfatning av behandlingen som er gitt
- Hvilke metoder brukeren har opplevd som mest nyttig (hvis en har informasjon om det)
- Skåringer på kartleggings skjema ved oppstart og avslutning
- Nåværende status og vurdering av videre behov, vis gjerne til innhold i brukerens selvhjelpsplan

ANBEFALINGER

- 1. KONTINUERLIG ARBEID:** Ha jevnlig informasjonsmøter med fastlegene. Målet er at legene skal få god kjennskap til RPH, både ved etablering og senere. Når fastleger informerer sine pasienter om de ulike tilbudene i RPH og viser dem nettsiden, får pasientene anledning til å vurdere om dette er et tilbud de ønsker. Da kan man også slippe å måtte bruke mye tid på å kartlegge og løse videre personer som er utenfor målgruppen. Mange team har god erfaring med å invitere seg inn til et lunsjmøte med legene. Fastlegenes allmennlegeutvalg er også en god arena for å treffe mange fastleger samtidig.
- 2. INFORMER LEGEN:** Ha rutiner for å informere den enkelte brukers fastlege om oppstart og avslutning av behandling i RPH. I journalen kan man gi en kort beskrivelse av rammene for RPH, slik at det blir tydelig hvilket tilbud RPH er og ikke er. RPH er kun inne i en persons liv i en kort periode, mens fastlegen ofte følger opp personen over flere år.

KILDER

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Pasientjournalforskriften. (2019). Forskrift om pasientjournal. (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

4.7 Samarbeid mellom RPH og Nav

Mange som tar kontakt med RPH, har det å mestre jobben som et behandlingsmål. Da kan Nav være en viktig samarbeidspartner.

Arbeid kan gi mestringsfølelse, tilhørighet og mening også i en periode med sykdom. God dialog mellom bruker, fastlege, Nav, RPH og arbeidsgiver øker muligheten for riktig avlastning slik at personen kan mestre jobben, med for eksempel gradert sykmelding.

Også myndighetene er opptatt av at arbeid blir et tema i behandlingen. Noen ganger er det riktig med sykmelding, men full sykmelding over tid kan føre til flere negative konsekvenser. Om personen blir overlatt til seg selv og tankene sine, kan det føre til passivitet og isolasjon og mer grubling og bekymring, søvnvansker og ensomhet.

Arbeid som tema i behandlingen

Å jobbe betyr mye for den enkeltes identitet og følelse av å være anerkjent. Derfor er det viktig å løfte frem arbeid som tema i behandlingen og undersøke problemer forbundet med å stå i eller med å vende tilbake til arbeidet.

Langvarig sykmelding bidrar ofte til å forverre psykiske lidelser. Gradert sykmelding er vanligvis et bedre alternativ enn full sykmelding. Behandling av psykiske lidelser og hjelp til å komme tilbake til arbeidet bør skje parallelt og ikke sekvensielt. Godt samarbeid med instanser som Nav, fastlege, arbeidsgiver eller videregående skole kan føre til at personen blir fortere frisk.

Etabler samarbeid med NAV og fastlege rundt tilbakeføring

RPH skal bidra til å bedre arbeidsevnen til deltakerne og forhindre langtidsfravær og uførhet. RPH-terapeutene får opplæring både i å vurdere arbeidsevne og i samtalemetoder rundt arbeidsevne og arbeidssituasjon, se [kapittel 3.5](#). Et annet tema i opplæringen er innhenting av informasjon om arbeidstilrettelegging og bruk av avventende eller gradert sykmelding. Hvis brukeren samtykker, kan tilrettelegging av arbeid gjerne skje i dialog med arbeidsstedet.

For sykmeldte personer som har et ansettelsesforhold, er det viktig at det etableres et samarbeid mellom den sykmeldte, RPH-terapeuten, veilederen fra Nav og fastlege rundt tilbakeføring.

Lag rutiner for samarbeid mellom Nav og RPH. Hvert fylke har en fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse som eventuelt vil kunne være behjelpelig med å etablere samarbeid mellom Nav og RPH. Kontaktinformasjon finnes på Psykiske helseproblemer – nav.no

Behov for mer samarbeid mellom Nav og RPH

Et spørsmål som stadig dukker opp, er om behandling i RPH kvalifiserer som godkjent behandling i Nav-systemet. Foreløpig er det ulik praksis på dette hos de forskjellige Nav-kontorene. Noen Nav-kontor godkjenner behandlingen i RPH, mens andre krever en uttalelse fra fastlege.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet ga i 2018 noen utvalgte kommuner i oppdrag å opprette et samarbeid mellom Nav og RPH. Oslo Economics har kartlagt erfaringene med samarbeid i disse kommunene og i andre kommuner med RPH. Kartleggingen viser at det var lite samarbeid i fire av fem pilotkommuner per sommeren 2020.

Studien har samlet inn data basert på intervjuer med Nav og RPH i fem pilotkommuner og tre andre kommuner, spørreundersøkelser rettet mot samtlige RPH-team og Nav-kontor i kommuner som har et RPH-tilbud, i tillegg til innspill og diskusjoner med en referansegruppe. Til tross for dette hadde deltakerne i kartleggingen et behov for økt samarbeid. Det ble ansett som viktig for å klare å tilrettelegge og koordinere oppfølging og behandling av «felles» brukere på en god måte. I tillegg hadde de behov for å øke kunnskapen om hverandres tilbud og målgrupper og for å få en felles forståelse av oppgaver og mål.

Rapporten peker på barrierer for samarbeid. Dette er blant annet avklaringer av taushetsplikt, mangel på tid og kapasitet til samarbeid og oppfølging av enkeltbrukere hos Nav (Oslo Economics, 2020). Rapporten finner du her: [Samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp i kommunene](#).

ANBEFALINGER

- 1. FELLES FORSTÅELSE:** Gi god informasjon til Nav om RPH og målgruppen for tilbudet. Slik kan ansatte i Nav forstå hvem målgruppen er, og anbefale dem å ta kontakt.
- 2. FINN RETTE FORUM:** Få innpass på større Nav-møter, hvor mange er samlet.
- 3. LAG GOD INFORMASJON:** Sørg for å utarbeide en god nettside om RPH samt en presentasjon eller brosjyre om tilbudet og kontaktinformasjon. Bruk gjerne presentasjon av RPH som beskrevet i [kapittel 4.1](#).
- 4. SYKEFRAVÆRSOPPFØLGINGSTEAM (SYFO):** Enkelte Nav-kontor har egne team for oppfølging av sykefravær. Det er mer naturlig å knytte seg opp mot disse teamene enn mot jobbspesialister, som gjerne har brukere med mer alvorlige lidelser.
- 5. SATS PÅ INTEGRERTE OG PARALLELE TILTAK:** Vær opptatt av at personen relativt raskt starter med gradvis tilbakevending til arbeid. Undersøk muligheten for gradert sykmelding, og vurder om det er hensiktsmessig med dialog med arbeidsplassen. Ansatte i RPH får opplæring i en slik integrert tilnærming, som kan bidra til å redusere sykefraværet.

KILDER

- Krokstad, S. (2021). Hva skal til for å få flere i arbeid? *Tidsskr Nor Legeforen*, 141(3). doi: 10.4045/tidsskr.20.0760.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S. & Reme, S.E. (2013). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ open*, 4(3), e004321. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004321>
- Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (2022). Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og god helse. Fra *Veileder for arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Arbeidoghelse.no (sist oppdatert 19.03.21)
- Oslo Economics. (2020). *Samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp i kommunene*. [Kartlegging]. Oslo: Oslo Economics.
- Reme, S.E., Grasdahl, A.L., Løvvik, C., Lie, S.A. & Øverland, S. (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. <https://oem.bmj.com/content/72/10/745>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet. (2021). *Strategi for fagfeltet arbeid og helse* [Strategi IS-3023]. Oslo: Helsedirektoratet.



RPH bidrar til helsefremmende arbeid og jobbdeltakelse

I sin strategi for fagfeltet arbeid og helse presenterer Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet fem grep for at alle skal delta i arbeidslivet og oppleve arbeid som helsefremmende.

Strategi for fagfeltet arbeid og helse slår fast at aktører på det lokale nivået bør ta en tydeligere rolle i å lage gode koblinger mellom arbeid, velferd, helse og omsorg for den enkelte. RPH nevnes her som et eksempel:

«2.3.3. Alle kommuner bør kunne tilby lavterskeltilbud til personer som står i fare for å bli sykemeldt med deltakelse i arbeid som et sentralt mål. Slike tilbud kan gjerne ta utgangspunkt i eksisterende ordninger som for eksempel Frisklivs-sentraler og Rask psykisk helsehjelp.»

Må samarbeide bedre

Strategien peker på at man trenger å koble sammen tjenester og skape flyt, og at helsetjenestene og Nav må samarbeide bedre for å kunne møte brukernes behov for tjenester. Også her er RPH nevnt:

«2.4. En kartlegging av samarbeid mellom NAV og helsetjenesten representert ved Rask psykisk helsehjelp viser et uutløst potensial for samarbeid mellom NAV og helsetjenestene. IPS og HelseArbeid er eksempler på modeller for samordnet innsats mellom helsetjenestene og NAV.»

Fem viktige grep

Strategien er delt i to, hvor del én handler om utfordringsbildet og del to tar for seg virkemidler og pågående prosesser av betydning for fagfeltet arbeid og helse. Videre beskriver strategien fem grep med tilhørende tiltak. Disse tiltakene kan tas på forskjellige nivå, avhengig av ulike aktører, roller, funksjon og tilgjengelige virkemidler.

For at strategien skal bli virkningsfull, poengteres det som avgjørende at mange og ulike aktører innen arbeid og helse får et eierforhold til og bruker den. Se hele strategien her: [Strategi 2021 – Strategi for fagfeltet arbeid og helse.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

KILDE

Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet. (2021). *Strategi for fagfeltet arbeid og helse*. [Strategi IS-3023]. Oslo: Helsedirektoratet.

LES MER på napha.no:

- [Tro flytter fjell for sykmeldte](#)
- [Rask psykisk helsehjelp var avgjørende for å stå i jobb](#)

4.8 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og RPH

RPH skal ikke sette diagnoser, men vurdere om personen som søker hjelp er i målgruppen eller ikke. I arbeidet med å gi befolkningen hjelp fra riktig nivå, er det viktig med gode rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Det er mange gode grunner til å etablere samarbeid mellom RPH og ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Tjenestene og ansatte kan ha mye å lære av hverandre og trenger rutiner som sikrer gode overganger for personer som har behov for å endre hjelpetilbud mellom disse tjenestene.

Ved å ha jevnlig samarbeidsmøter kan man få tydeliggjort ønsker og forventninger fra hverandre. Noen RPH-team har god erfaring med å ha faste møter med ansatte på poliklinikker ved lokale distriktpsyrkiatriske senter for å bli enige om rutiner for samarbeid og grenseopp ganger.

Gjør avklaringer med spesialisthelsetjenesten

Det kan være gråsoner mellom når en person kan få hjelp i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og RPH. Derfor er det viktig med gode arenaer for samhandling der man blir kjent med hverandres målgruppe og måte å jobbe på. Erfaringer viser at samarbeidspartnere ikke alltid forstår hvem som er målgruppen til RPH, eller kan ha ønske om at RPH utvider sin målgruppe og hjelper flere.

Gi god informasjon om tilbudet og målgruppen, som vist i [kapittel 4.1](#). Gjør det enkelt for samarbeidspartnere å ta kontakt for å drøfte en sak anonymt dersom de er i tvil.

Vurder andre kommunale tilbud

RPH har en avgrenset målgruppe og kan ikke gi helsetilbud til alle som får avslag i spesialisthelsetjenesten. Kommunen har ansvar for å gi hjelp til

hele befolkningen, og hver kommune har flere ulike tilbud. RPH er bare en av flere kommunale tjenester.

Dersom en person har fått avslag fra spesialisthelsetjenesten og vurderes å ikke kunne nyttiggjøre seg et tilbud i RPH, kan det være aktuelt å vurdere om personen kan få andre tilbud i kommunen.

Faktorer som tilsier aktiv behandling i primærhelsetjenesten:

- Fem depresjonssymptomer eller flere
- Depresjon i personens eller familiens anamnese
- Lite sosial støtte
- Selvmordstanker
- Funksjonstap

Faktorer som tilsier henvisning til spesialisthelsetjenesten/DPS:

- Dårlig eller ufullstendig utbytte av behandling
- Tilbakefallsepisode innen ett år
- Høy selvmordsrisiko
- Pasientens uttrykkelige ønske om henvisning
- Nedsatt evne til egenomsorg

Faktorer som tilsier hastehenvisning til akutt psykisk helsevern:

- Selvmordsplaner / alvorlig risiko for suicidal atferd
- Psykotiske symptomer
- Sterk uro samtidig med en rekke alvorlige symptomer
- Alvorlig nedsatt evne til egenomsorg

LES MER

Retningslinjer som beskriver ansvar og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

- Voksne med depresjon – Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009)
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008)

Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Noen ganger oppdager man at en person som har startet behandling i RPH, kan ha behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Da kan det være nyttig å lage et vedlegg til en henvisning som fastlegen kan sende. Det er ikke ønskelig med en «bestilling» av en spesifikk behandling. Denne vurderingen gjøres i spesialisthelsetjenesten.

Beskriv i et henvisningsvedlegg:

- Hvilke symptomer - og eventuelt diagnoser – personen har
- Utløsende og opprettholdende faktorer
- Hvilken hjelp som er gitt i RPH, og hvilken effekt behandlingen har hatt
- Brukerens behandlingsmål
- Andre opplysninger som er viktige å kjenne til for en ny terapeut, sånn at personen slipper å fortelle alt på nytt

Hospitering er en god idé

Noen team har erfaring med å hospitere ved tilbud i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel firedagers-behandlingen ved Angst- og OCD-team. Det kan også tenkes at hospitering og samarbeid med terapeuter i spesialisthelsetjenesten som tilbyr eMestring, vil være nyttig. Motsatt er det også fint å ta imot terapeuter fra spesialisthelsetjenesten for å vise hvordan man jobber i kommunen. Det finnes også RPH-team som mottar fast veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

ANBEFALINGER

- 1. FASTE MØTER:** Opprett faste møtepunkter med DPS hvor dere informerer om RPH som beskrevet i [kapittel 4.1](#), og avklar videre samarbeid.
- 2. KOMPETANSEHEVING:** Hospiter hos hverandre.
- 3. VEILEDNING:** Etterspør veiledning fra spesialisthelsetjenesten.
- 4. GODE OVERGANGER:** Ved gjennomføring av behandling i RPH hvor vesentlig bedring uteblir, kontaktes fastlege for vurdering av henvisning til DPS. Utform gjerne vedlegg til henvisning som beskrevet over. Tilby ny behandler å ta kontakt for å sikre god overlapping ved endring av tilbud.
- 5. SAMARBEID VED AKUTTE SITUASJONER:** Ha klare rutiner for samarbeid med ambulant akutteam (AAT) i situasjoner der det vurderes å være akutt fare for selvmordsrisiko eller andre behov for rask hjelp.

KILDER

- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. [Nasjonal retningslinje IS-1561]. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. [Veileder IS-2076]. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Psykisk helsevern for voksne*. [Prioriteringsveileder]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

4.9 RPH styrker kommunens samlede helsetilbud

En kommune som etablerer et RPH-tilbud, kan se mange synergieffekter. Kompetansen de ansatte får kan bli brukt også i andre deler av kommunehelsetjenesten.

De kommunale tjenestene vil bli stadig viktigere i årene fremover for å møte befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.

Kommunehelsetjenesten har ansvar for å yte hjelp til alle kommunens innbyggere, jmfør helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. RPH er en av mange tjenester, og det kan ta tid å avgjøre når en person har best nytte av hjelp i RPH, og når andre kommunale tilbud gir best nytte.

Også internt i kommunen er det viktig at RPH gjøres kjent. Hvilke tilbud den enkelte kommune har fra før, varierer, så her vil det være lokale ulikheter. RPH skiller seg fra andre kommunale tilbud ved at det er tydeligere rammer. Ansatte i RPH aktivt drive implementeringsarbeid ved siden av sitt kliniske arbeid med brukerne. Bruk tid, og informer kolleger i kommunen om likheter og forskjeller mellom RPH og for eksempel vedtakstjenester, og om hvordan en kan dra nytte av hverandres erfaringer og finne gode arenaer for samhandling.

Vinn-vinn for kommunen å etablere RPH

Det er flere måter å samhandle på med kolleger i andre kommunale tjenester innenfor psykisk helse og rus. Når RPH etableres i en kommune, gir det flere synergieffekter. RPH gir et kompetanseløft for kommunene med tanke på rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i tråd med Kompetanseløft 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

En stor del av kommunens innbyggere som søker hjelp, vil kunne ha nytte av RPH, og terapeutene der får raskt god trening i å kartlegge og vurdere behovene. Denne kartleggingskompetansen kan være nyttig også for andre deler av kommunehelsetjenesten. Rutiner for drift og skjemaer som brukes i

kartleggingsamtaler, har blitt delt og brukt av andre tjenester i kommunene. Flere RPH-team har gitt veiledning og undervist kolleger i andre deler av kommunehelsetjenesten for eksempel om hvordan en kan få til gode samtaler om felles forventninger ved oppstart og avslutning av behandlingsforløp. Deltakelse på undervisningsbaserte kurs i regi av RPH har også vært nyttig for andre ansatte for å få både faglig påfyll og inspirasjon til å drive helsetjenester på nye måter.

Noen RPH-team har erfaring med å samarbeide i enkeltsaker der det er overlappende problemstillinger som for eksempel voldsproblematikk. Da har en terapeut fra RPH og en terapeut fra kommunens voldsteam sammen gitt hjelp til personer som kan ha en underliggende depresjon som kommer til uttrykk gjennom sinne og vold. På den måten får kommunens fagfolk anledning til å bli bedre kjent og lære av hverandre.

RPH og Frisklivssentralen kan hjelpe befolkningen sammen

Mer fysisk aktivitet og endring av levevaner kan være viktig for mange RPH-brukere. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) har gitt ut **nye råd om fysisk aktivitet**, blant annet for å redusere angst og depresjon samt forbedre søvnkvalitet.

Frisklivssentralene har mange tilbud som RPH kan dra nytte av, og motsatt. Frisklivssentralen er en kommunal, forebyggende helsetjeneste som har tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner. Frisklivssentralen gir



strukturert oppfølging, primært gjennom helsesamtale, og tilbud om fysisk aktivitet, kostholdsendring samt snus- og røykeslutt. Videre kan Frisklivssentralen tilby kurs i mestring av depresjon, endring av alkoholvaner og annet som fremmer mestring av egen helse.

Selv om målgruppen til Frisklivssentralen er noe videre enn målgruppen til RPH, er det også rom for samarbeid. Ha jevnlig møter hvor dere blir kjent med hverandres tilbud, både for å kunne samarbeide om den enkelte bruker og for å se om det er mulig å lære av hverandres kompetanse. For eksempel kan man delta på hverandres kurs, enten som foredragsholder om et spesifikt tema eller som hospitant for å lære.

ANBEFALINGER

- 1. BLI DEL AV EN HELHET:** Selv om mange terapeuter i RPH har jobbet i andre deler av kommunen tidligere eller de har deler av sin stilling i andre tjenester, kan det være nyttig å ha jevnlig møter der en orienterer hverandre om status og erfaringer. Vær nysgjerrig og lær av hverandre.
- 2. DEL ERFARINGER:** Det kan være vanskelig for ansatte utenfor RPH å forstå hva som skiller RPH fra andre kommunale tilbud innenfor psykisk helse og rus. Noe av hovedforskjellene er omfanget av personer som tar kontakt, og at hjelpen gis over relativt kort tid. Fortell om erfaringene med å gi helsehjelp ved hjelp av andre metoder enn individuelle samtaler. Det kan for eksempel inspirere til at flere kurs og gruppetilbud utvikles i andre deler av kommunehelsetjenesten, og at tilbudene kvalitetssikres ved systematisk bruk av kartleggingsverktøy og evalueringsskjema.
- 3. FYSISK AKTIVITET:** Fysisk aktivitet er ofte en del av behandlingen i RPH. For personer som har ekstra behov for livsstilsendringer, kan samarbeid med Frisklivssentralen eller tilsvarende tilbud være nyttig.

KILDER

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Kompetanseløft 2025*. [Handlingsplan 11/2020]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet (2019). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* [Nasjonale faglige råd]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 09. mai 2022).

4.10 Flere måter å samarbeide på

I tillegg til å gi individuell hjelp, kan RPH samarbeide med andre tjenester og aktører, og bidra i folkeopplysning. Undervisnings- og veiledningsoppdrag er en spennende måte å bli kjent med andre aktører på, samtidig som det kan gi inspirasjon og avbrekk fra den daglige driften.

Slik RPH er organisert nå, er det verken ressurser eller kompetanse til å utvide målgruppen og gi hjelp til alle som har ulike psykiske lidelser. Samtidig finnes det mange eksempler på gode samarbeid der RPH bidrar på andre måter.

RPH kan tilby undervisningsoppdrag i ulike sammenhenger

Flere RPH-team har undervist og veiledet om vanlige psykiske helseplager i ulike sammenhenger. Eksempler på det er undervisning om angst for ansatte på legevakten, om søvn og søvnbehandling for veiledere på Nav eller stressmestring for ansatte i kommunen. Noen team har hatt åpne foredrag for alle interesserte om psykisk helse.

Andre RPH-team har, enten alene eller sammen med andre hjelpetilbud, deltatt i enkeltoppdrag og undervist for personer utenfor RPH-målgruppen. På den måten får en mulighet til å bli bedre kjent med og lære av andre hjelpetilbud. Det øker også oversikt over, og innsikten i, aktuelle tilbud en kan løse videre til.

Oversikt over aktuelle tilbud RPH kan samarbeide med og løse videre til

Det fins en jungel av hjelpetilbud, og det er ikke lett verken for befolkningen eller for hjelpeapparatet å ha full oversikt. Tjenestene endrer seg, og det er en kontinuerlig jobb å holde seg oppdatert om hvilke tilbud som finnes til enhver tid. Bli kjent med andre tilbud og utarbeid en liste over aktuelle tilbud en kan løse personer utenfor målgruppen videre til. Ha oversikten og kontaktinformasjon lett tilgjengelig i kartleggingssamtalen.

Eksempel

- RPH-teamet i Trondheim kommune har laget denne [oversikten over aktuelle tilbud i Trondheim](#).

4.11 Samarbeid mellom ulike RPH-team sprer gode løsninger

Siden oppstarten av RPH har det vært en god delingskultur på tvers av RPH-team. Denne delingen har ført til at innovasjoner og gode løsninger har blitt spredt.

Teamene har delt alt fra kurs- og gruppetilbud til rutinebeskrivelser og erfaringer knyttet til organisering. NAPHA har opprettet en nasjonal Facebook-gruppe for ansatte i RPH-team og organisasjoner med særlig interesse for tilbudet. Her kan man stille spørsmål og komme i kontakt med andre som kan ha nyttige erfaringer å dele.

Digital behandling gir nye muligheter for samhandling

Erfaringene viser at RPH-team i mindre kommuner har problemer med å tilby samme bredde av kurs og gruppetilbud som de kan gjøre i større kommuner. I en liten befolkning, der innbyggerne har ulike roller overfor hverandre, kan terskelen for å delta i en behandlingsgruppe være høyere enn i mer tettbefolkede områder. Det kan føre til at det tar tid å rekruttere nok deltakere til kurs- og gruppetilbud, noe som igjen innebærer at deltakerne må vente lenge før de kommer i gang og får hjelp.

Dersom RPH-team samarbeider om digitale kurs- og gruppetilbud, vil deltakerne komme fra flere

kommuner, og en kan starte opp flere ulike kurs og gruppetilbud med hyppigere intervall. Det vil kunne bedre bruken av «mixed care», som er en god måte å utnytte ressursene på, og legge til rette for mindre forskjeller i helsehjelpen mellom kommunene.

Samarbeide om behandlingsgrupper og psykoedukative kurs

For å redusere forskjellen i behandlingstilbudet i RPH mellom store og små kommuner, anbefales det å undersøke muligheten for å samhandle med andre kommuner om felles behandlingsgrupper og psykoedukative kurs.

Dette kan for eksempel organiseres slik at en tar kartleggings- og informasjonssamtalen (og eventuelt individuelle samtaler) fysisk i hjemkommunen, mens behandlingsgruppen eller det undervisningsbaserte kurset blir holdt digitalt, sammen med et annet RPH-team. Da vil en kunne få flere kursdeltakere, noe som gir grunnlag for hyppigere oppstart og flere gruppetilbud. En annen fordel ved en slik samhandling, er at kursdeltakere fra små kommuner kommer i gruppe med personer de ikke kjenner fra før.

Sjekk lovverk og retningslinjer

Før en går i gang med et slikt samarbeid, må man undersøke gjeldende lovverk og retningslinjer.

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

LES MER på napha.no

- – Mer likeverdig psykisk helsetilbud når kommuner går sammen om tjenester
- Interkommunalt samarbeid til felles nytte

KILDE

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



Foto: © Adobe Stock

5 IMPLEMENTERING AV RASK PSYKISK HELSEHJELP

Mye må på plass når Rask psykisk helsehjelp skal etableres i en kommune. Behandling og implementering må ses i sammenheng. Denne delen av håndboken handler om hvordan man kan jobbe i tråd med anerkjent kunnskap om implementering for å etterleve tjenestemodellen for RPH.

Forskning og erfaringer viser at RPH kan gi god hjelp til mange (se [kapittel 2](#)). Å implementere en kunnskapsbasert tjenestemodell som RPH, krever planlegging og systematisk arbeid. En kombinasjon av implementeringstiltak øker sannsynligheten for å etterleve tjenestemodellen for RPH og gi bedre behandlingsresultat for brukerne (Damschroder et al., 2009).

I arbeidet med å etablere og drifte RPH får kommunene helhetlig tjenestestøtte. Ti års erfaringer med RPH og anerkjent implementeringsteori danner grunnlaget for denne støtten.

LES MER

- [Kunnskapsbasert praksis](#) (helsebiblioteket.no)

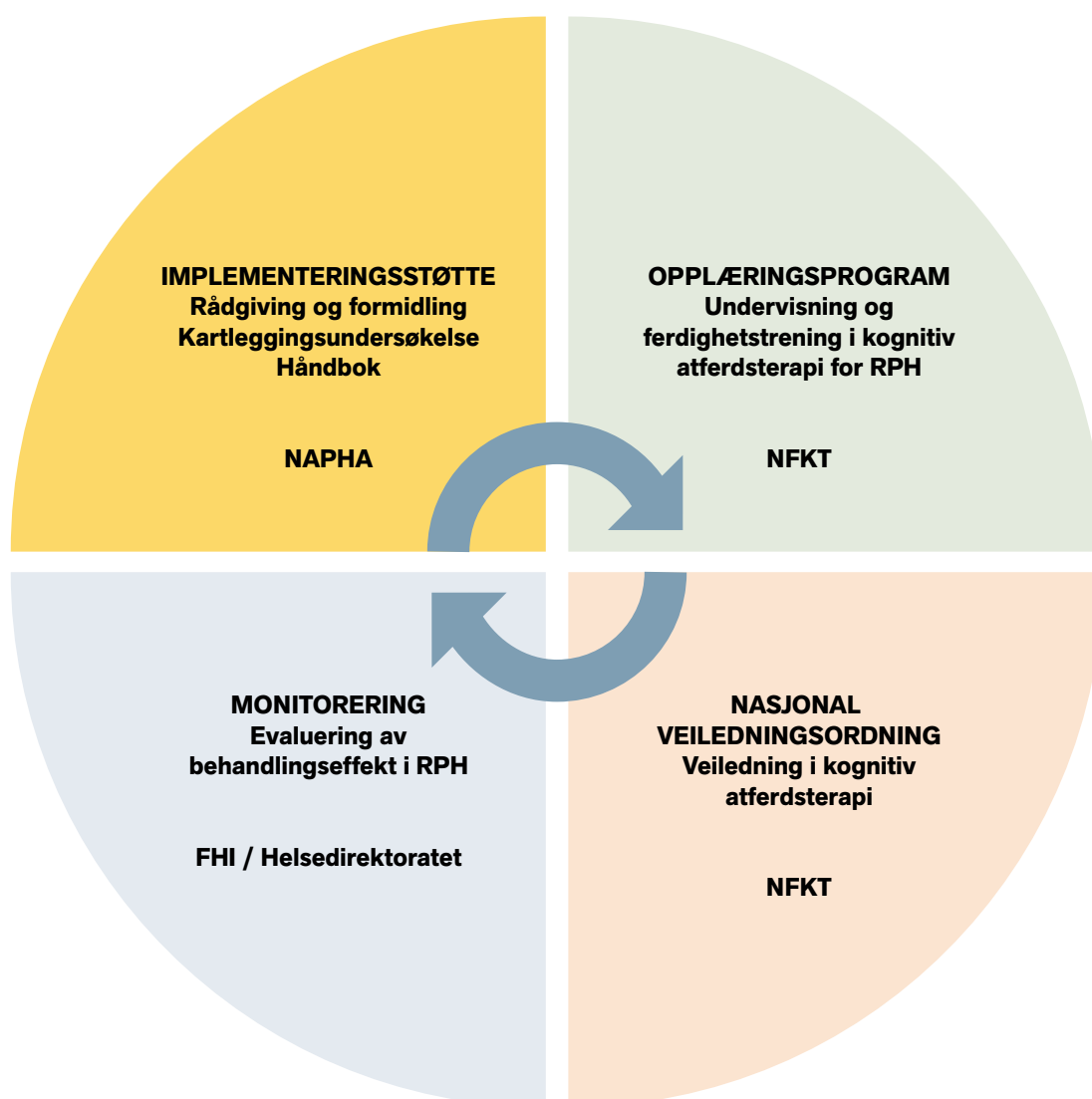
KILDE

Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

5.1 Etabler RPH med helhetlig tjenestestøtte

Mange aktører bidrar for at kommunene skal kunne etterleve tjenestemodellen for RPH og gi god behandling. Kommunene får tjenestestøtte blant annet i form av opplæringsprogram, veiledning, håndbok, rådgiving, forskning og evaluering av behandlingseffekt.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT) og Folkehelseinstituttet (FHI) bistår Helseidrettsrådet i RPH-satsingen. Sammen får kommunene tjenestestøtte som kan bidra til mer helhetlig implementering av RPH. Alle terapeuter får opplæring om tjenestetilbudet og sentrale implementeringstiltak.



Figur: Helhetlig tjenestestøtte for Rask psykisk helsehjelp.

Implementeringsstøtte fra NAPHA



Formidling og rådgiving

NAPHA skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Kompetansesenteret skal tjene som brobygger og rådgiver på tvers av RPH-team og delta i utvikling av tjenestetilbudet.

Formidling og rådgiving er en viktig del av NAPHAs arbeid, blant annet gjennom nettsiden napha.no. RPH har der en egen [temaside](#). Her finnes forskningsbasert kunnskap, praksiseksempler, brukererfaringer og andre nyttige ressurser. NAPHA har også ansvar for RPH-håndboka, som inneholder tips og råd om etablering og drift av RPH. På Facebook administrerer NAPHA en gruppe for ansatte i RPH-team. NAPHA vil dessuten arrangere webinarer for RPH som tar for seg ulike problemstillinger knyttet til implementeringsarbeid. Ved å delta på disse webinarerene kan teamene få mer kunnskap om hva som er viktig for organisering og drift. Et tema for webinarerene kan for eksempel være utdyping av innhold fra RPH-håndboka, men det kan også være temaer som RPH-teamene selv foreslår.

I tillegg gir NAPHA råd og følger opp direkte henvendelser fra team.

Nettverkssamling for RPH

Hvert år arrangerer NAPHA en nettverkssamling for alle RPH-team. Her får de som jobber i teamene mulighet til å bli kjent med hverandre på tvers av kommuner, bli oppdatert på viktig implementeringsarbeid og få faglig påfyll tilpasset RPH. I løpet av nettverkssamlingen kan teamene

utveksle erfaringer, drøfte konkrete problemstillinger og lære av hverandre. Ansatte får tilgang til hva andre har gjort for å lykkes, og hvordan oppgaver kan løses underveis. Nettverkssamlingen er nyttig for både nye og erfarne team.

Kartleggingsundersøkelse

Jevnlig kartlegging gir muligheter for kvalitetssikring, videreutvikling og forskning. En gang i året sender NAPHA ut en undersøkelse til alle RPH-teamene. Dataene fra undersøkelsen gir kunnskap om hvordan RPH organiseres og praktiseres, for eksempel innhold i behandlingstilbudet, tilgjengelighet, antall henvendelser, kompetanse i teamet, i hvilken grad man når ut til målgruppen m.m.

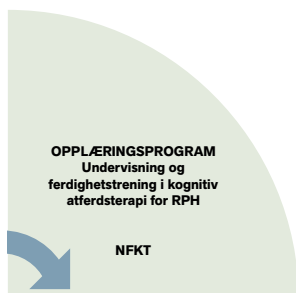
Informasjonen fra undersøkelsen blir oppsummert i en nasjonal statusrapport for RPH som gjøres tilgjengelig for bl.a. teamene og Helsedirektoratet. Hvert team får også tilgang til sin egen besvarelse. Slik kan det enkelte teamet sammenligne sine data med nasjonale tall og få en oversikt over hvordan teamet ligger an på enkeltområder, i forhold til andre team. Undersøkelsen gir teamene et bedre grunnlag for kvalitetssikring og forbedring av tilbudet, samtidig som den viser hva teamet lykkes godt med.

Nøkkeltall fra undersøkelsen kan brukes opp mot beslutningstakere, både nasjonalt og lokalt, eller formidles til media eller andre interessenter i RPH. Man kan for eksempel vise til hvor mange som har mottatt et tilbud fra RPH i løpet av en periode, eller at man når ut til en målgruppe som før ikke fikk et tilbud i kommunen.

Dataene fra undersøkelsen vil også gi aktørene som jobber med implementering av RPH, som Helsedirektoratet, NAPHA, NFKT og FHI, et bedre grunnlag for å tilpasse sin tjenestestøtte til kommunene.

På napha.no kan du lese mer om NAPHAs samfunnsoppdrag generelt og om oppgaver spesielt rettet mot RPH.

Opplæringsprogram i kognitiv atferdsterapi for RPH – NFKT



Norsk Forening for Kognitiv Terapi har ansvar for et opplæringsprogram for alle terapeuter i RPH. Opplæringsprogrammet er en videreutdanning for helsepersonell som er kvalifisert for å jobbe i RPH. Terapeutene får opplæring og trening i bruk av kognitiv atferdsterapi tilrettelagt spesielt for dette tjenestetilbudet. De får opplæring i undervisningsbaserte kurs, veiledet selvhjelp, behandlingsgrupper, individuell psykoterapi og «mixed care» (se kapittel 1).

Opplæringen skal sikre at alle som arbeider i RPH, har nødvendige kunnskaper og ferdigheter slik at de

kan kartlegge og behandle personer i målgruppen. I tillegg får deltakerne kompetanse i å kartlegge og fange opp hjelpebehov for personer utenfor målgruppen, for å kunne bistå dem med å finne et passende hjelpetilbud (se kapittel 3). Opplæringen er lik for alle, uavhengig av profesjon og rolle i teamet.

Mer enn en generell videreutdanning

Opplæringsprogrammet bygger på tilsvarende opplæring for IAPT-team i England.

Kunnskapsbaserte metoder og verktøy, kartlegging, terapeutisk allianse og samhandling med brukerne er gjennomgående temaer. Det legges vekt på teamutvikling og tverrprofesjonelt samarbeid. Derfor er det ekstra viktig at alle ansatte i teamet deltar i samme opplæringsprogram. Det gir et helt annet utbytte enn at terapeutene deltar på andre videreutdanninger i kognitiv atferdsterapi, hver for seg. Samhandlingsmetoder med samarbeidspartnere for RPH er også et tema under utdanningen. Den tilpassede RPH-opplæringen videreutvikles kontinuerlig i tråd med behovet til RPH-teamene.



Det benyttes ulike pedagogiske metoder som forelesninger, modellering, ferdighetstrening og refleksjon over klinisk praksis. Ferdighetstreningen gjennomføres i form av demonstrasjoner i plenum, etterfulgt av at deltakerne øver to og to. I løpet av utdanningen skal deltakerne ta med minimum to video- eller lyd-båndopptak av terapitimer til en ferdighetstreningdag. Mellom samlingene praktiserer terapeutene det de lærer i egen praksis, og tar med problemstillinger fra praksis tilbake til ferdighetstreningen. Det er også en ordning med kollegaveiledning, som innebærer at alle vil ha en annen deltaker å lære sammen med.

Det er totalt 26 dager med undervisning og 11 dager med ferdighetstrening, fordelt på 13 samlinger over ett år. Enkelte samlinger gjennomføres digitalt. Opp-læringen avsluttes med en eksamen.

Innhold i opplæringen:

- prinsipper for kognitiv atferdsterapi ved angst, depresjon, langvarige søvnproblemer og lettere rusmiddelproblemer
- kartlegging av hverdagsfungering, symptomer på depresjon, angst og søvnlidelser
- kartlegging av arbeidsevne, jobbfokusert terapi og arbeidsrettede tiltak
- grunnleggende prinsipper for vurdering av hvem som er i målgruppen for RPH, og hvem som bør henvises videre
- kartlegging og vurdering av behandlingseffekt, herunder bruk av kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy
- identifisering og kartlegging av risiko for selvmord og rutiner for rask henvisning til mer spesialisert oppfølging
- metoder for veiledet selvhjelp
- psykoedukative kurs
- bruk av telefon, video og nettbaserte tilbud i behandlingen
- tilpasning av behandlingstilbudet til ulike målgrupper, eksempelvis etniske minoriteter og eldre
- samtaler med deprimerte foreldre om barnas situasjon og vurdering av støttetiltak for foreldrene

Du finner mer om [opplæringsprogrammet og studieplan](#) på kognitiv.no



Nasjonal veiledningsordning for Rask psykisk helsehjelp – NFKT



Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT) har ansvar for en nasjonal veiledningsordning for Rask psykisk helsehjelp. Veiledningsordningen er en del av implementeringsstøtten, en forlengelse av opplæringsprogrammet og et supplement til veiledningen som skjer lokalt i teamene. Formålet er å bidra til økt fellesskap, kvalitet og videreutvikling av Rask psykisk helsehjelp. Siden oppstarten av RPH har det vært en god delingskultur på tvers av RPH-teamene. Med veiledningsordningen får terapeutene en ny arena for å dele erfaringer og lære av hverandre på tvers av kommuner. Det er gratis for kommunene å delta i veiledningsordningen.

Digital gruppeveiledning

Gruppeveiledningen inneholder fire veiledninger årlig à 90 minutter. Hvert år settes det opp nye veiledningsgrupper med terapeuter fra ulike RPH-team for bedre å kunne utveksle erfaringer og bygge relasjoner på tvers. Gruppene har inntil seks deltakere og en fast veileder. Veilederne har fullført utdanning som veileder i kognitiv atferdsterapi og har god kjennskap til RPH.

I starten av året lager hver terapeut sitt eget veiledningsmål, som det jobbes mot både i og mellom veiledningene. Før hver veiledning fyller terapeutene ut et [forberedende skjema](#) med en problemstilling de ønsker å ta opp i veiledningen. Ut fra disse skjemaene settes agenda for hver veiledning.

I veiledningen brukes Join Helseneett som er en sikker plattform godkjent av Direktoratet for e-helse. Veiledningsgruppene får også tilgang til et eget digitalt grupperom i Teams, der terapeutene kan samarbeide, utveksle ulike dokumenter og legge inn forberedende skjemaer før hver veiledning. Opplæring i Join Helseneett og Teams blir gitt før oppstart.

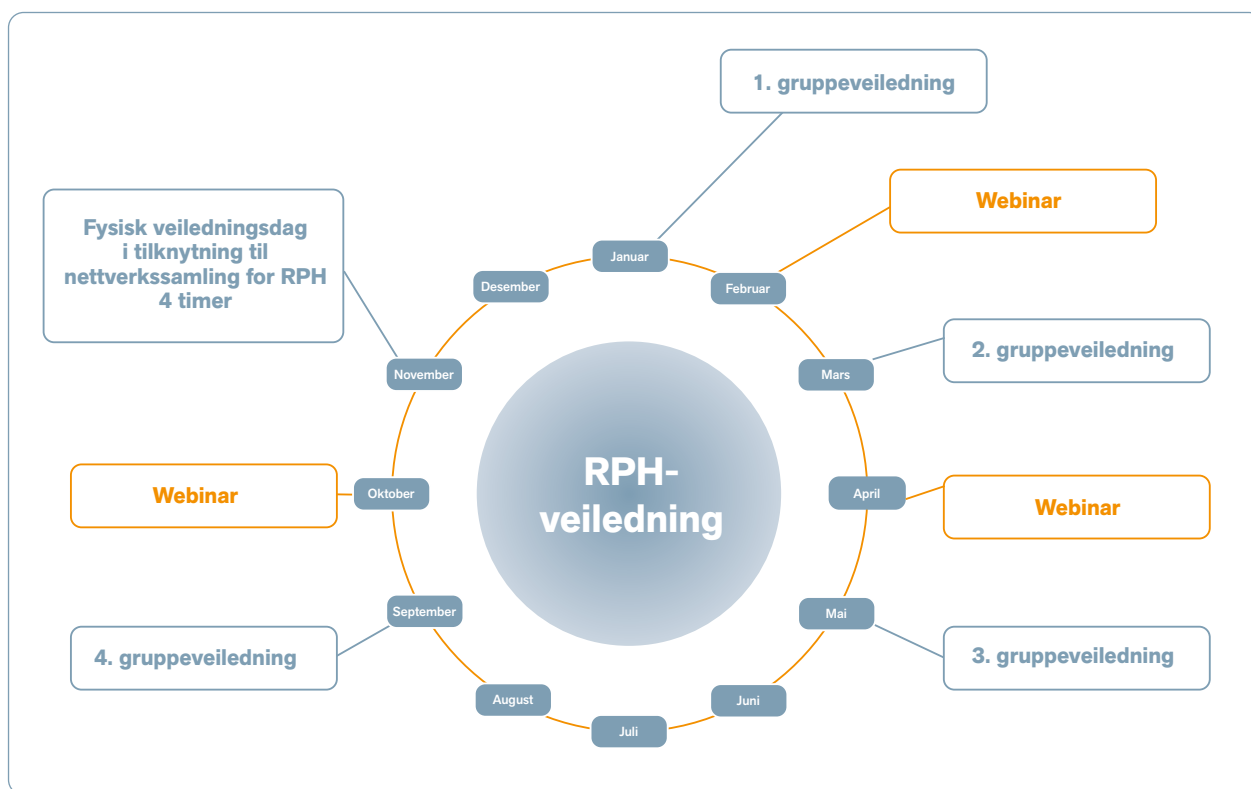
Webinar om kliniske tema

Det gis faglig påfyll i form av webinarer for deltakerne i veiledningsordningen med vekt på kliniske problemstillinger. Ulike fagpersoner holder foredrag tilpasset RPH, med mulighet for drøfting i

smågrupper og i plenum. Før hvert webinar blir det sendt ut invitasjon, og terapeutene deltar på webinarne de ønsker og ser som relevante i sin arbeids hverdag.

Fysisk veiledningsdag

En gang i året samles alle veiledningsgruppene til en dag med veiledning i storgruppeformat. Det vil bli flere parallelle veiledninger med ulike temaer. Veiledningsdagen vil være i tilknytning til den årlige nettverkssamlingen for RPH som Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) arrangerer.

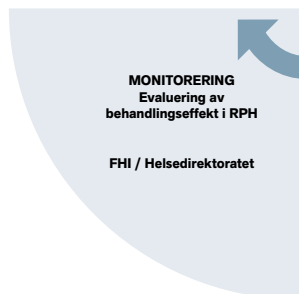


Figur: Årshjul for veiledningsordningen.

Hvem kan delta i veiledningsordningen?

Hver høst sendes invitasjon til neste års veiledning. Alle ansatte som jobber klinisk med brukere i RPH, og som ikke samtidig går på RPH-utdanningen, oppfordres til å delta. For å sikre kontinuitet og kvalitet på veiledningen må den enkelte terapeut tenke gjennom om hun eller han vil prioritere deltakelse i gruppeveiledningen. Det er uheldig for veiledningsgruppen dersom deltakelsen blir for ustabil, og det påvirker selvsagt også muligheten til å lære av hverandre. Det er viktig at ledelsen legger til rette for at terapeutene får delta i veiledningsordningen.

Evaluering og monitorering av RPH – Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet



Helsedirektoratet utreder muligheten for en nasjonal monitoreringsordning av alle RPH-team i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI). Regelmessig registrering kan bidra til å kvalitetssikre og forbedre det enkelte RPH-teamet og modelltrofasthet. Dessuten kan et nasjonalt datagrunnlag benyttes til å evaluere, forske på og utvikle tjenesten. Utredningen ferdigstilles våren 2023.

Bidrar til bedre behandlingsresultat for brukerne

Forskning fra IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) i England viser at behandlingsresultatene henger tett sammen med graden av modelltrofasthet i teamene. Et viktig bidrag til bedre modelltrofasthet og bedre behandlingsresultat har vært en rutinemessig innhenting av resultatdata. Det er samlet data for så å si alle brukere i IAPT, i overkant av 600 000 hvert år.

Registrering av resultater i norske RPH-team skjer per i dag ikke systematisk, og praksisen er ulik på tvers av kommunene. Det er dermed ikke mulig å følge utviklingen i kvaliteten på helsetjenesten i landet som helhet. Et system tilsvarende det som brukes i IAPT, kan gi en systematisk og standardisert innhenting av data og bidra til forbedring av RPH.

Kontinuerlig og systematisk innsamling av data gjør det mulig å følge med mer systematisk på både modelltrofasthet og behandlingsresultat. Det gir informasjon om effekten av behandlingen i tjenestetilbudet RPH og gjør det mulig å identifisere faktorer

som henger sammen med god praksis. Informasjonen kan brukes til å forbedre og videreutvikle tjenesten. Tilbakemeldingene vil være et godt utgangspunkt for dialog og utviklingsarbeid i teamet, mellom team og mellom teamene og ulike ressursmiljøer.

Kan kvalitetssikre og gi retning

Dersom en monitoreringsordning blir etablert, vil aktiviteten i teamet kartlegges, og innhenting av data vil skje digitalt. Noe av det som vurderes, er å bruke en app som gjør datainnsamlingen mer effektiv. Som del av opplæringsprogrammet for RPH får teamene opplæring i bruk av kartleggings skjemaer. En vil trolig bruke de samme skjemaene som benyttes i England for henholdsvis depressive plager (PHQ-9), angstplager (GAD-7) og fungering i hverdagen (WSAS) (se [vedlegg](#)).

Informasjon om bedring eller forverring av depressive plager og angstplager bør brukes aktivt i de terapeutiske samtalene for å få en mer målrettet behandling. Se [kapittel 3.3](#) for mer informasjon om bruk av kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy i RPH.

Forutsetninger som må oppfylles for at en monitoreringsordning i RPH skal lykkes:

- Ordningen må brukes av alle eller nesten alle kommuner som tilbyr RPH.
- Løsningen må være digital, brukervennlig, tidseffektiv og nyttig for både brukere og terapeuter.
- Løsningen må kunne baseres på passivt samtykke (deltakelse uten signert samtykke, men med muligheten til å reservere seg), slik det gjøres i IAPT. Bruk av et aktivt samtykke vil kunne være mer tidskrevende og føre til uheldig seleksjon av brukere. En slik ordning kan realiseres gjennom å opprette et eget register, som også kan gjøre det mulig å koble RPH-dataene til andre registre.
- Systematisk innhenting av data om organisering og implementering av RPH på kommunenivå, for eksempel gjennom årlige kartleggingsundersøkelser fra NAPHA.



LES MER

Hvis du ønsker å lese mer om forskning som er gjort på IAPT, kan du lese disse artiklene:

- [Transparency about the outcomes of mental health services \(IAPT approach\): an analysis of public data - The Lancet](#)
- [Establishing a service improvement network to increase access to care and improve treatment outcomes in community mental health: a series of retrospective cohort studies - ScienceDirect](#)
- [Talk therapy could improve mental health of people with dementia | UCL News – UCL – University College London](#)
- [Samleside over studier på nettbasert terapi](#)

LES MER på napha.no

- [England viser vei for Norge i Rask psykisk helsehjelp](#)
- [Å evaluere psykiske helsetjenester er fremtiden, sier David Clark, som står bak IAPT, Englands versjon av RPH](#)
- [– Nå blir det lettere å nå målet om Rask psykisk helsehjelp i alle kommuner](#)

5.2 Fra kunnskapsbasert tjenestemodell til RPH i kommunen

Kompetanse, organisering og ledelse er viktig for vellykket implementering. Når man skal etablere en kunnskapsbasert tjenestemodell som RPH, kan det være nyttig å se på noen sentrale pådrivere for implementering.

Implementeringsdrivere vil hver for seg, sammen og delvis kompenserende for hverandre, øke sannsynligheten for modelletterlevelse og bedre behandlingsresultat (Bertram, Blase & Fixsen, 2015).

Når man skal etablere RPH, er alle implementeringsdriverne viktige. Implementeringsrådene for RPH er derfor inspirert av teorien bak disse driverne. Rådene bygger dessuten på ti års erfaring og kunnskap fra RPH-etableringer i et bredt spekter av kommuner og bydeler. Rådene kan fungere som en sjekkliste for det enkelte RPH-team og kan bidra til en mer enhetlig praksis på tvers av kommuner.



Foto: © Adobe Stock

Kompetansedrivere i RPH

Kompetansedrivere handler om hvordan en rekrutterer og velger ut ansatte til arbeidet, hvordan øvelse, veiledning og evaluering bør gjennomføres, og hvordan man bør jobbe målrettet og strategisk med opplæring og vedlikehold av kompetanse.

- 1) Ansett personer som er godt egnet, som både kan ta en selvstendig terapeutrolle, holde kurs og jobbe som en del av et behandlingsteam. Ansatte må ha en indre motivasjon for å delta i utviklingsarbeid, følge opplæringsprogrammet for RPH og jobbe med samhandling og implementering.
- 2) Legg til rette for deltakelse i opplæringsprogrammet for RPH for alle ansatte i teamet.
- 3) Arbeid sammen med de ansatte om teamutvikling. Teamidentitet og stolthet over å delta i teamet gir evne til å stå i en behandlerrolle over tid. Det bygger også tillit og trygghet for kunnskapsdeling og utvikling.
- 4) Etabler et system for regelmessig intern og ekstern veiledning. Organiser ferdighetstrening lokalt i teamene.
- 5) Gjennomfør kartleggingsundersøkelsen og ta imot implementeringsstøtte fra NAPHA.
- 6) Ta i bruk nøkkeltall fra kartleggingsundersøkelsen. Det gir nyttig informasjon til oppstart, drift og utvikling av RPH.
- 7) Vurder dimensjonering, kapasitetsbehov og behov for utvikling av kompetanse.
- 8) Evaluer bruk av metode og behandlingsresultat jevnlig, ved årlige kartlegginger og eventuelt ved bruk av monitoreringsordningen for RPH. Monitorering og evaluering øker sannsynligheten for at man tilbyr kunnskapsbasert praksis og får gode resultater. Bruk informasjonen som samles inn aktivt i veiledning og utviklingsarbeid.

Organisasjonsdrivere i RPH

Organisasjonsdrivere handler om hvordan man bygger støttesystem og gode strukturer som skaper forutsetninger for endring i hele organisasjonen. Dette kan være å sikre tilstrekkelig ressurser, finansiering og anskaffelser. Man bør sørge for kontinuerlig og databasert registrering av behandlingsresultat som kan understøtte gode beslutninger og legge til rette for nødvendig utviklingsarbeid, og gjøre nødvendige anskaffelser.

- 1) Sørg for at kunnskapsgrunnlag og begrunnelse for RPH er godt nok kjent og forankret i organisasjonen. Argumenter for betydningen av å etablere en kunnskapsbasert og effektiv praksis. RPH er et økonomisk effektivt, kunnskapsbasert behandlingstilbud som gir hjelp til mange, og som kan gi store gevinster i form av bedre folkehelse og livskvalitet og færre psykiske helseproblemer hos innbyggerne.
 - 2) Knytt RPH-etableringen til strategier og kommunale planer som kan understøtte denne.
 - 3) Tenk over hvem som kan komme til å argumentere mot etablering av RPH, og lag en oversikt over relevante motargumenter.
 - 4) Gjør en interessentanalyse. Identifiser og kartlegg viktige interessenter, og følg opp de viktigste ut fra kommunikasjonsplanen. Se [kapittel 5.3](#) om hvordan en interessentanalyse kan gjøres.
 - 5) Vurder styrker, svakheter, muligheter og trusler for etablering og drift av RPH i kommunen.
- Undersøk hvem og hva som kan være bidragsytere i etableringen av RPH, og hva som kan hemme etablering. Man kan gjerne benytte en såkalt SWOT-analyse (se [kapittel 5.3](#)).
- 6) Legg til rette for kontinuerlig forbedringsarbeid og kompetansehevende tiltak.
 - 7) Jobb proaktivt med påvirkning og med å få på plass nødvendig administrativ og politisk støtte, samt støtte hos ledere på alle nivåer.
 - 8) Utarbeid budsjett med faglige og økonomiske argumenter for mulige gevinster av en RPH-etablering. Budsjettet kan gi godt grunnlag for politiske og administrative drøftinger og beslutninger.
 - 9) Vurder om samarbeidet med andre relevante samarbeidspartnere er godt nok. Ta initiativ til dialog med andre kommunale tjenester, fastleger, Nav og spesialisthelsetjeneste.
 - 10) Etterlev modellen og legg til rette for implementeringsstøtte, veiledning og eventuelt bruk av monitoreringsordningen.
 - 11) Sørg for tilgang på nødvendige datasystemer, lisenser og digitalt utstyr som trengs for å kunne gi helsetjenester digitalt.
 - 12) Ta i bruk et journalsystem som gjør det mulig å hente ut styringsdata for tjenesten. Bruk data aktivt til rapportering og evaluering av tjenestetilbudet.



Foto: © Adobe Stock

Ledelsesdrivere i RPH

Ledelsesdrivere handler om hvordan ledere bør støtte sin virksomhet gjennom endringsprosessen, og hvordan de bør møte behov og reaksjoner som oppstår underveis.

- 1) Ta aktive grep i implementeringsarbeidet. Sett retning, og skap klare visjoner og mål. Legg en plan for god fremdrift, og gjør tydelige prioriteringer.
- 2) Lag en strategi for å rekruttere og beholde ansatte. Legg til rette for og vær en pådriver for kompetanseutvikling.
- 3) Bruk tid sammen med de ansatte for å få på plass et team som er preget av trygghet og tillit. Støtt de ansatte, vær tilgjengelig og gi kontinuerlige tilbakemeldinger, særlig når arbeidet er krevende. Vær lojal overfor felles beslutninger.
- 4) Informer og søk aktivt samarbeid med andre tjenester i kommunen og eksterne samarbeidspartnere. Begrunn hvorfor det er nødvendig og nyttig å etablere RPH. Argumenter med at det kan gi mange flere bedre hjelp på en kostnads-effektiv måte. For å gjøre gode beslutninger trenger ledere på alle nivåer å forstå tjenestemodellen for RPH og kjenne til det kunnskapsgrunnlaget modellen bygger på.
- 5) Sørg for at etableringen av RPH er forankret i kommunens administrative og politiske ledelse og andre viktige interessenter, både før, under og etter oppstart.
- 6) Sørg for at kommuneledelsen får anledning til å sette seg inn i hva som kreves for å etablere RPH. Sett ned en prosjektgruppe som planlegger og sørger for at nødvendige beslutninger tas. Informer ledelse og politikere regelmessig, og ha fortløpende dialog. Ha jevnlig møter for å gi informasjon og ta imot spørsmål.
- 7) Søk kunnskap om hva som må til av ressurser, kompetanse, tilrettelegging og endringsarbeid for å få etablert RPH. Sørg for en bred implementeringsstrategi som legger til rette for involvering og for at alle blir inspirert til å bidra i endringsarbeidet.
- 8) Vær aktivt støttende, også når teamet ikke lykkes eller opplever motgang.
- 9) Inkluder en merkantil ressurs i teamet eller hent administrative ressurser utenfor teamet.
- 10) Bidra til at RPH finner sin plass i organisasjonen. Samarbeid med andre tjenester og samarbeidspartnere, og sørg for å holde samarbeidet ved like over tid.
- 11) Vær oppmerksom på press og forventninger om utvidelse av målgruppen. Ikke alle har like nytte av RPH. Korttidsbehandling i RPH er først og fremst tilpasset den tiltenkte målgruppen og som den er dokumentert virksom for. Se beskrivelse av målgruppen for RPH i [kapittel 1.2](#).



Foto: © Adobe Stock

LES MER

- Les mer om implementeringsdrivere på utdanningsforskning.no.
- Modellen om implementeringsdrivere er beskrevet i mange internasjonale artikler om implementering, for eksempel i [en artikkel](#) av Bertram, Blase & Fixsen (2015).

KILDER

Fixsen, D. L., & Blase, K. A. (2008). *Effective applications of innovations*. Paper presented at the OASAS Meetings, New York State.

Bertram, R.M., Blase, K.A., & Fixsen, D.L. (2015). Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 477–487. <https://doi.org/10.1177/1049731514537687>

5.3 Implementer RPH trinnvis

Når man skal etablere RPH, kan en trinnvis modell gjøre det lettere å få innsikt i hvor man er i prosessen, og hvilke tiltak man bør sette i gang når.

Effektiv implementering er vanligvis ikke mulig å få til med ett enkelt tiltak, for eksempel en avgrenset opplæring. Man lykkes best ved å ta i bruk et sett med tiltak over en tidsperiode, vanligvis 2–4 år. Prosessen kan beskrives i fire trinn: utforskning, planlegging og forankring, tidlig oppstart og full drift (Fixsen et al., 2005).

Vær oppmerksom på at implementering i slike trinnvise modeller kun er en skjematisk fremstilling. I virkeligheten må man ofte snu seg rundt og tilpasse ulike tiltak til situasjonen man er i. Man går tilbake til tidligere trinn, men gjør ting på en ny og bedre måte når man er lenger ute i forløpet.

Hvilke implementeringstiltak man iverksetter i de ulike trinnene, må tilpasses den aktuelle implementeringsprosessen. Implementering er også en varig og kontinuerlig prosess som ikke avsluttes på ett bestemt tidspunkt (Fixsen et al., 2018).

Trinnvise tiltak tilpasset RPH

Inspirert av de ulike trinnene i den forskningsbaserte firetrinnsmodellen, og av erfaringer fra de siste ti årene med implementering av RPH, er det utarbeidet konkrete anbefalinger for å implementere Rask psykisk helsehjelp. Tidslinjen for implementeringstrinnene starter fra en kommune begynner å tenke på etablering av RPH, til RPH-teamet har vært i drift i mer enn fem år.

LES MER på napha.no

- [Ny modell gir støtte til implementering og drift av Rask psykisk helsehjelp](#)

Foto: © Adobe Stock



TRINN 1: UTFORSKNING

Første trinn handler om å utforske om det er grunnlag for å etablere RPH, og hvordan man kan legge til rette for en god organisering.

Søk kunnskap og få på plass et mandat for forprosjektet

Få et mandat om utredning av en mulig RPH-etablering fra kommunens administrative ledelse. RPH er en ressurseffektiv tjeneste som kan svare ut kommunens ansvar for å tilby behandling og hjelp til en stor del av innbyggerne som har, eller vil få, de mest vanlige psykiske lidelsene. [Kapittel 2](#) gir oversikt over kunnskapsgrunnlaget for RPH som kan benyttes i argumentasjonen.

Bruk nettsidene napha.no, helsedirektoratet.no, kognitiv.no samt RPH-håndboka. Ta eventuelt kontakt med NAPHA og andre godt etablerte RPH-team. Mange av utfordringene er de samme på tvers av team.

Etabler forprosjekt

Mange kommuner har gode erfaringer med å etablere et RPH-forprosjekt. Forprosjektet har som mandat å kartlegge og beskrive hvordan RPH kan organiseres, forankres, etableres og driftes.

På dette tidspunktet kan det være lurt at man bruker litt tid. En for dårlig forberedt beslutning kan føre til motstand senere i prosessen.

Lag en implementeringsplan

Avklar økonomi, faglige ressurser, dimensjonering av årsverk og mulige lokaler. Utforsk muligheter og utfordringer med å etablere en ny tjeneste som RPH i et allerede eksisterende tjenestesystem. Avklar hva som bør gjøres når, og hvilke forhold som kan fremme eller hemme etableringen.

Bruk mye tid på å informere om RPH til personer og grupper som kan ha interesse av RPH, samt til mulige samarbeidspartnere. Vurder hvordan innbyggere og brukere kan involveres i planlegging og tjenesteutvikling.

Se RPH i sammenheng med det allerede eksisterende tjenestetilbudet. Vurder om det er nødvendig med omstilling eller omorganisering for at RPH kan supplere de eksisterende tjenestene på best mulig måte.

LES MER på napha.no

- [Utfyller de andre tjenestene](#)

Beregn størrelse på teamet

Behovet for antall ansatte i RPH vil avhenge av både befolkningsgrunnlag og antall innbyggere som antas å være i målgruppen. Basert på erfaringer fra ulike team og regioner rundt om i landet, anslår NAPHA at det vil være behov for ca. 4,5 årsverk per 20 000 innbyggere. Det understrekes at dette er et svært grovt estimat. Kommunene kan gjerne ta kontakt med [NAPHA](#) for å diskutere tallene og behovene i deres region nærmere.

For å kunne etablere RPH må tjenesten etableres som et eget team / en egen tjeneste med en faglig leder. Har kommunen et befolkningsgrunnlag på mindre enn 12 000 innbyggere, kan det derfor være fornuftig å vurdere interkommunalt samarbeid.

Når antall ansatte skal beregnes, er det viktig å ta hensyn til at også samhandling, implementeringsarbeid og videreutvikling av tilbudet er arbeidsoppgaver som terapeutene vil bruke en del tid på, særlig i oppstarten.



Vurder interkommunalt samarbeid

I mindre kommuner kan det være vanskelig å etablere selvstendige team på grunn av manglende tilgang til fagpersoner. Tilgjengelige ressurser og fagpersoner må brukes fleksibelt. En slik organisering kan bidra til at henvisninger, koordinering og administrasjon gjøres mer sømløst, effektivt og integrert. Ulike tjenestetilbud kan ses mer i sammenheng.

Små kommuner bør søke samarbeid med nabo-kommuner om en felles RPH-tjeneste i et interkommunalt samarbeid (IKS). Et slikt samarbeid gjør det lettere å etablere bærekraftige tjenester og fagmiljøer. Det er et stort potensial for samarbeid på tvers av kommuner om digitale kurs og behandlingsgrupper, se [kapittel 3.11](#).

LES MER på napha.no

- Samarbeid muliggjør Rask psykisk helsehjelp i små kommuner
- Interkommunalt samarbeid til felles nytte

Kartlegg kompetansebehov

Et RPH-team består av ansatte med minimum bachelor i helse- og sosialfag og minst én psykolog tilknyttet teamet. Vurder om man kan hente disse personene fra eksisterende deler av tjenesten, eller om det er behov for nyrekruttering eller omorganisering. Ta stilling til om det kan være hensiktsmessig med en administrativ ressurs tilknyttet teamet.

TRINN 2: PLANLEGGING OG FORANKRING

Alle som kan ha interesse av å etablere RPH, bør kjenne godt til kunnskapsgrunnlaget og hva som kjennetegner modellen. Både politisk og administrativt nivå i kommunen, andre kommunale tjenester, fastleger og øvrige samarbeidspartnere bør være godt informert. Innbyggere, mulige brukere av RPH og brukerorganisasjoner må også involveres.

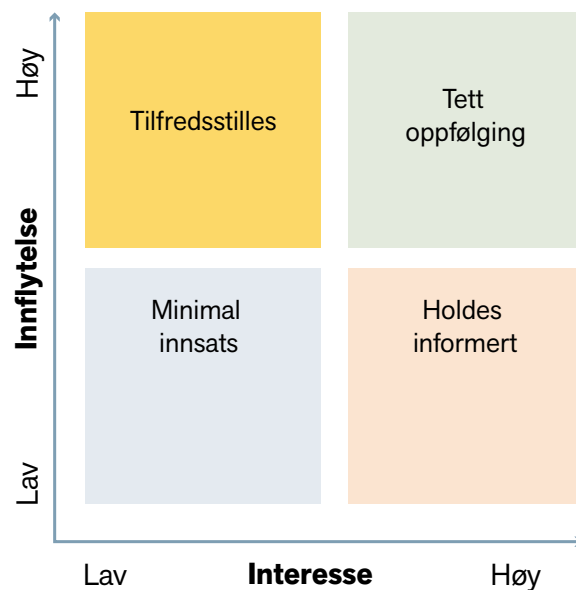
Begynn arbeidet med å forankre viktige beslutninger fra første stund. Informasjonen må ofte gjentas, bearbeides, videreutvikles og vedlikeholdes.

Kartlegg interessenter for RPH i en interessentanalyse

Utarbeid en interessentanalyse der alle som kan være en interessent for RPH, kartlegges. Sett mulige tiltak inn i en kommunikasjonsplan. Tenk over:

- 1) Hvem kan ha meninger om og kan tenkes å arbeide for eller mot etablering av RPH?
- 2) Hvilke forventninger har interessentene til RPH?
- 3) Hvilken interesse har interessentene for RPH, og i hvilken grad kan de forventes å engasjere seg i dette tjenestetilbudet?
- 4) Hvilken innflytelse har interessentene på RPHs innhold og praksis?

Angi gjerne grad av innflytelse ved å bruke skalaen ingen, lav, middels og høy i figuren under.



Figur: Interessentanalyse

Lag en plan for hvordan man skal følge opp og kommunisere med de enkelte interessentene ut fra resultatene i interessentanalysen. Kommunikasjonsplanen viser, helt konkret, hvordan teamet bør snakke med hvem, om hva, hvor ofte, og hvem som har et hovedansvar for å følge opp de ulike delene i planen.

Planen bør omfatte antatte forventninger og holdninger til RPH hos interessentene, hvilken interesse, vilje og evne de kan tenkes å ha til samarbeidet med RPH, og hvordan de kan påvirke utformingen av RPH.

LES MER

[Her](#) kan du lese mer om interessentanalyse.

Viktige interessenter for RPH

Brukerorganisasjoner

Involver tidlig brukerorganisasjoner og personer som selv har mottatt psykisk helsehjelp fra tilsvarende tilbud som RPH. En slik involvering gir tilgang til viktig erfaringsbasert kunnskap og vil gjøre tjenestetilbudet mer treffsikkert.

LES MER på napha.no

- [Brukermedvirkning når tjenester utformes](#)



Foto: © Adobe Stock

Innbyggere

Involver innbyggerne i lokalsamfunnet tidlig i prosessen, senest når man skal i gang med planlegging. Få innsikt i innbyggernes behov, og tilpass tilbudet deretter.

LES MER

Her kan du lese mer om hvordan innbyggerne kan involveres:

- [Brukte erfaringskompetanse for å skape Rask psykisk helsehjelp – NAPHA](#)
- [Det viktigste er å bli sett – Trondheim kommune](#)

Politisk og administrativ ledelse

Kommunen har hovedansvar for å tilby hjelp og behandling til målgruppen for RPH. Politikere og øverste administrative ledelse må informeres om kostnadene ved å ikke gi adekvat hjelp. Det kan føre til økt sykefravær, dårligere livskvalitet for den enkelte og deres familier samt andre negative konsekvenser på kort og lang sikt. Se [kapittel 1.1](#) om begrunnelser for å ha RPH i kommunen.

Fastleger

Fastleger må vies stor oppmerksomhet fordi de har en nøkkelrolle. Samarbeid med fastlegene er beskrevet i [kapittel 4.6](#). Informer og involver kommuneoverlege tidlig slik at RPH kan bli drøftet i legemøtene. Gjør det enkelt for fastlegene å ta kontakt med RPH.

Samarbeidende kommunale tjenester

Se kommunens tjenester i sammenheng og planlegg helhetlig. Ulike målgrupper har ulike behov. RPH er et korttids behandlingstilbud for en definert målgruppe og skal ikke gi et tilbud utover dette.

Frisklivssentraler

Utforsk muligheter og overlappende interesser mellom RPH og det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen. Ta kontakt med frisklivssentraler og ulike lærings- og mestringstilbud der dette finnes. Mange innbyggere vil ha nytte av et tilbud i begge tjenestene, og et samarbeid på tvers kan gi flere synergieffekter.

LES MER på napha.no

- [Det handler om å gripe mulighetene](#)

Spesialisthelsetjenesten

Søk samarbeid og dialog om hva som vil være riktig behandlingsnivå for ulike målgrupper. **Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne** er et nyttig hjelpemiddel for å avgjøre hvem som er innenfor og utenfor målgruppen for henholdsvis RPH og spesialisthelsetjenesten. Les også **kapittel 4.8** om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og RPH.

Få innsikt i mulige styrker, utfordringer, muligheter og trusler (SWOT-analyse)

Kartlegg styrker, problemer, muligheter og trusler som kan få betydning ved etablering av RPH. Slike faktorer kan kartlegges og analyseres gjennom en **SWOT-analyse** for å få oversikt og et bedre beslutningsgrunnlag. Når RPH har kommet i drift, er SWOT-analysen et nyttig verktøy for å identifisere områder for forbedring.

Interne styrker og svakheter kan være knyttet til mange forhold. Eksempler er ledelse, kompetanse, økonomisk situasjon, organisering, kapasitet, pågående nedbemanningsprosesser eller eventuelt andre store og arbeidskrevende satsinger som er satt i gang.

Eksterne muligheter, ressurser og trusler omfatter forhold utenfor organisasjonen som man kan støte på hvis man ønsker å etablere RPH. Diskuter i teamet hvordan dere kan bruke de sterke sidene, forbedre svakhetene, utnytte mulighetene best mulig og møte utfordringene (truslene).

Veiledende spørsmål:

- Hvordan kan vi utnytte sterke sider?
- Hvordan kan vi forbedre svakheter?
- Hvordan kan vi utnytte hver mulighet best mulig?

Både en interessentanalyse og en SWOT-analyse bør ligge til grunn når man utvikler en **kommunikasjonsplan** for prosjektet. Du kan lese mer om SWOT-analyse på helsebiblioteket.no.

**Kartlegg IKT-ressurser**

Kartlegg hva som finnes allerede, og hva som trengs av IT-utstyr. Det er behov for PC-er, nettbrett, tavle og head-set samt lisenser og programmer for nettbasert behandling. Gjør en vurdering av kapasiteten på IKT-brukerstøtte. Alle behandlingstilbud i RPH kan tilbys digitalt (se **kapittel 3.10**), så det er viktig at kommunen legger til rette for at ansatte får kompetanse til å drive nettbasert behandling og har systemer som ivaretar lovverket.

Beregn kostnader og sett opp et budsjett

Foreta en realistisk budsjettering av RPH. Det er en forutsetning for å få gjennomslag. I interkommunale samarbeid må fordelingen av kostnader beskrives, både før og etter at en endelig beslutning er tatt. Dette er tidkrevende prosesser som innebærer mye dialog og møter.

Få på plass et vedtak fra kommunedirektøren eller kommunestyret

Et endelig vedtak fra kommunedirektøren/kommunestyret er nødvendig for å sikre drift av RPH. Det er også en forutsetning for å kunne delta i opplæringsprogrammet.

LES MER på napha.no

- [Ta grep for å nå ledere og beslutningstakere](#)

TRINN 3: TIDLIG OPPSTART

Planlegg oppstart når mandatet foreligger og endelig beslutning er tatt. Nå er tiden inne for å samle alle gode krefter for å få på plass et helt nytt tjenestetilbud i kommunen. Erfaringsmessig er dette arbeidskrevende, men også svært inspirerende. Det er nå alt planleggingsarbeidet skal virkeliggjøres og bli til et godt tilbud for innbyggerne.

Avklar teamorganisering

Kommunene kan organisere alle tjenestetilbud slik det oppfattes mest hensiktsmessig. Hva som er den beste organiseringen av RPH, vil avhenge av lokale forhold, hvilke andre tjenestetilbud kommunen har, hvordan kommunens økonomiske situasjon er, hvilken tilgang det er på kompetanse, og andre praktiske forhold. For eksempel hvor det er mulig å finne egnede lokaler.

Å etablere et selvstendig team, hvor de ansatte kun jobber i RPH, kan gjøre det lettere å rendyrke RPH som tjenestemodell og kommunisere tilbudet tydeligere ut til innbyggere og samarbeidsaktører. Man kan oppnå sterkere teamfølelse, terapeutene

får mengdetrening med «mixed care»-behandling, og tilbudet kan lettere tilpasses riktig målgruppe. Ulemper kan være at det blir mer administrativt arbeid og mindre smidige og sømløse overganger til andre tilbud.

Noen rammer bør bestå

Uavhengig av organisasjonsmodell vil det være svært viktig å ha et politisk/administrativt vedtak med tydelige ambisjoner for RPH, definerte økonomiske rammer og en tilrettelagt arbeidshverdag hvor det er mulig å sette av hele dager til arbeid i RPH. Det er ikke anbefalt at ansatte jobber mindre enn 50 prosent av sin stilling i RPH, som beskrevet i avsnittet «Rekrutter ansatte». Lojalitet til modellen må opprettholdes uavhengig av organisering, slik at brukerne får god behandling.

Ansett en teamleder

Teamleder har ansvar for å ha nødvendig kompetanse, kvalitet og legge til rette for tjenesteutvikling i teamet. Vedkommende må ha støtte fra kommunens øverste administrative ledelse og må ha regelmessig dialog med denne under implementeringen.



Foto: © Adobe Stock

Implementeringsledelse og arbeidet med å øke interesse og motivasjon for RPH i hele organisasjonen er viktig i oppstarten. Det må sørges for nødvendige ressurser og rekruttering. Videre må det legges til rette for arbeid med teambygging.

Rekrutter ansatte

Avklar egnethet, motivasjon og kompetanse hos ansatte som kan tenkes å bli en del av RPH-teamet. Nødvendig kompetanse er beskrevet i [kapittel 1.4](#). Erfaringsmessig kan det være uheldig å ha ansatte med mindre enn 50 prosent stilling fordi det reduserer muligheten for teamarbeid og bærekraftige tjenester over tid.

Antall brukere øker raskt etter oppstart, og man må vurdere hvordan man kan tilby mest mulig effektive tjenester som kan hjelpe flest mulig. Terapeuter som har lavere stillingsandeler enn 50 prosent, får ikke tilstrekkelig erfaring og mengdetrening med de ulike behandlingstilbudene. Det kan svekke mulighetene til å tilby effektiv «mixed care»-behandling, se [kapittel 3.2](#). Det er også vanskelig å skulle ha en så liten prosent når man samtidig skal delta og bidra inn i teambygging, utviklings- og implementeringsarbeid og motta tjenestetøtte i form av opplæring og veiledning.

Avklar behov for administrativ støtte

Siden Rask psykisk helsehjelp er en tjeneste som tilbyr hjelp til mange, blir det naturligvis en del arbeid knyttet til administrasjon. Noen team har ansatt administrasjonskonsulenter som blant annet registrerer nye henvendelser i journalsystemet, legger inn skåringer fra kartleggingsverktøy i journal og utfører andre administrative oppgaver. Det frigir tid for terapeutene til å jobbe mer klinisk.

Bygg team

Teamet trenger å «jobbe seg sammen», etablere felles rutiner og utvikle en kultur for kollektive beslutninger og for deling av kunnskap og kompetanse.

Alle må ta ansvar for å skape et klima i teamet som kan fremme læring og utvikling. Legg til rette for medbestemmelse, arbeids glede og indre motivasjon. Den enkelte og teamet må kunne være åpen om, registrere og lære av feil. Et godt læringsklima gir et godt grunnlag for personlig utvikling på arbeidsplassen og motiverer til ekstra innsats. Bli enige om kjøreregler for hvordan samhandlingen i teamet skal foregå, gjerne i form av en teamkontrakt.

LES MER på napha.no

- [Arbeidsmiljøpris til suksessstilbudet Rask psykisk helsehjelp Modum](#)

Kvalitetssikre beregninger og tidlige vurderinger

Gå gjennom de tidlige beregningene på nytt og vurder om teamstørrelsen fortsatt stemmer. Hvor mange årsverk er det behov for? Hvordan er situasjonen nå? Har kommunen kompetanse internt, eller må den rekrutteres eksternt? Hvordan kan man gjøre eventuelle omstillinger? Har de praktiske forutsetningene endret seg fra sist? Hva med lokaler, IT og administrative støttestrukturer?

Fortsett med, og utvid informasjons- og forankringsarbeidet

Informér innbyggere og samarbeidspartnere om hva RPH er og ikke er, og hvordan tilbudet får betydning for dem. Beskriv tjenestemodellen tydelig og hva behandlingen består av (se [kapittel 4.1](#) og [1.3](#)). Presiser viktigheten av å ikke utvide målgruppen (se [kapittel 1.2](#)), slik at en klarer å opprettholde kapasiteten i teamet og kan gi rask hjelp.

Nå kan det være andre som har behov for informasjon, som man ikke har vært så bevisst på tidligere. Fang opp om noen kan være mulige ambassadører eller medhjelpere fremover, eventuelt om noen kan skape hindringer i veien.



Søk, og kom i gang med opplæring

Kom raskt i gang med [opplæringsprogrammet for RPH](#). Kontakt [Norsk Forening for Kognitiv Terapi](#) for å få informasjon og tidspunkt for opplæringen. Ta kontakt tidlig, senest når det er realistisk å tro at man kan få på plass et mandat for RPH-etablering. Samtidig bør ikke ansatte starte på utdanningen før tilbudet er etablert, da det legges opp til praktisk øving med brukere i RPH mellom hver undervisningssamling.

Krav for å delta på opplæringsprogrammet

For å kunne etablere RPH og delta i opplæringsprogrammet må kommunestyret eller kommunedirektøren ha vedtatt at RPH skal etableres som et eget team / en egen tjeneste med en faglig leder utdannet i RPH. Dokumentasjon på dette vedlegges søknaden om opplæringsprogrammet.

Øvrige krav til RPH-team:

1. Kommunen må bekrefte at alle som skal jobbe i RPH, har fullført, er under utdanning eller skal gjennomføre utdanning i RPH. Videre at de som skal veilede ansatte i team, har godkjent utdanning i RPH.
2. Kommunen må bekrefte at RPH-teamet har, eller jobber med å rekruttere en psykolog i minimum 50 prosent stilling. I områder hvor rekruttering av psykolog er vanskelig og ikke lykkes over tid, kan denne tjenesten kjøpes eksternt.
3. Kommunen bør legge til rette for at RPH-tjenesten tar imot ordning for etablerings- og implementeringsstøtte fra NAPHA (herunder årlig kartlegging).
4. Kommunen bør legge til rette for monitorering av behandlingsresultat fra RPH når et slikt nasjonalt system for systematisk måling av behandlingsresultat er klart.
5. Kommunen bør legge til rette for deltakelse i nasjonal veiledningsordning.
6. Kommunen bør legge til rette for deltakelse i og systematisk evaluering av omlegging av RPH-ordningen.

(Helsedirektoratet. (2022). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 27.10.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/rask-psykisk-helsehjelp>)

Legg til rette for veiledning i eget team

I tillegg til felles opplæring og ekstern veiledning bør det legges til rette for veiledning i det enkelte team. Kommunen må selv sørge for egne veiledere, eksempelvis fra kommunepsykolog, spesialisthelsetjenesten eller en [veileder i kognitiv terapi](#). Husk at veiledningen kan gis digitalt hvis det er vanskelig å skaffe veileder lokalt. Hvis det er problematisk å få tilgang til kommunepsykolog, kan ekstern veileder fra spesialisthelsetjenesten, med høy kompetanse i kognitiv adferdsterapi, fungere godt.

Finn lokaler, utstyr og lisenser

Finn egnede lokaler for samtalebehandling, kurs og gruppetilbud. Bruk «nøytrale» lokaler utenfor tjenestene, som ikke oppfattes som stigmatiserende i nærmiljøet. Utforsk de lokale mulighetene for samlokalisering av kurslokaler, for eksempel sammen med frisklivsentraler eller lignende. Kursrommene bør ha god akustikk og skjerming for innsyn.

Så langt det er mulig, bør terapeutene få egne kontor som også kan brukes til terapisaamtaler, da en RPH-terapeut gjennomfører mange samtaler daglig og jobber i flere dataprogrammer hvor det behandles personsensitive opplysninger. For eksempel bruker de disse i veiledet selvhjelp hvor de må ha tilgang til journalsystem, selvhjelpsprogram og programmet for kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy. Det tar uforholdsmessig mye tid hvis en må kople seg av og på programmene før og etter hver samtale, mens selve samtalen foregår i et annet samtalerom.

Gjør nødvendige anskaffelser og investeringer av for eksempel IT-utstyr, lisenser og programmer for digital behandling.

Etabler behandlingstilbudene gradvis

Legg opp til en gradvis økning i antall brukere slik at tjenesten ikke blir overbelastet i oppstarten. Prøv å unngå ventetid. Det er ulike måter å gjøre dette på.

De fleste team starter ikke opp med alle behandlingstilbudene i RPH samtidig. Lag en «opptrappingsplan» for når de ulike behandlingstilbudene skal utvikles og tas i bruk. Ta kontakt med andre RPH-team og be om å få se deres kurs- og gruppetilbud.

Sett av tid til å utforme egne tilbud. Et grundig forarbeid vil være avgjørende for å kunne håndtere stor etterspørsel og begrenset kapasitet i oppstarten. Det første året kan det for eksempel være hensiktsmessig å prioritere kun individuelle samtaler og psykoedukative kurs (se [kapittel 3](#)).

Noen team har gode erfaringer med å gjøre avtale med kun få utvalgte fastleger og kommunale tjenester i oppstarten. Andre har ikke åpnet for direkte henvendelser i oppstarten, men finner i stedet aktuelle personer som kan nyttiggjøre seg behandling i RPH fra henvendelser til kommunens ordinære tjenester.

Etabler rutiner for systematisk bruk av kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy (se [kapittel 3.3](#)), og bruk disse systematisk i utvikling og videreutvikling av tilbudet.

Etabler samarbeidsrelasjoner

Sett av nødvendig tid til informasjonsarbeid og samarbeid. Ta initiativ til samarbeid med både fastleger og spesialisthelsetjeneste, men også andre kommunale tjenester og brukerorganisasjoner (se [kapittel 4.1](#)). Informer jevnlig om tilbudet.

Vis frem resultater, og gjør det klart at RPH er et godt og nyttig supplement til allerede eksisterende tjenestetilbud. Legg vekt på god samhandling med de aller nærmeste samarbeidspartnerne. Alle i teamet bør ta del i informasjonsarbeidet og jobbe med å forankre tilbudet. Det skaper bedre eierskap, team-identitet og teamfølelse.

Utvikle fag og metode

Det tar tid å etablere de ulike tilbudene og å bli dyktig i bruken av dem med en «mixed care»-tilnærming (se [kapittel 3.2](#)). Hvis både teamleder og medarbeiderne skal opprettholde motivasjon og interesse for faglig utvikling over tid, bør alle være delaktige i

arbeidet med å utvikle behandlingstilbudet. Når en stor del av tilbudet er basert på behandlingsgrupper og undervisningsbaserte kurs, må man jobbe med brukerinvolvering på en annen måte enn i individuell behandling. Systematisk bruk av tilbakemeldingsverktøy er viktig for å kvalitetssikre behandlingen (se [kapittel 3.3](#)).

Når terapeutene har fullført opplæringsprogrammet, kan de delta i [den nasjonale veiledningsordningen for RPH](#). Her vil de få anledning til å utveksle erfaringer og vedlikeholde kompetansen sammen med andre terapeuter på tvers av RPH-team samt få faglig påfyll i form av webinarer.

Samarbeid og lær av andre RPH-team

Opplæringsprogrammet og veiledningsordningen legger godt til rette for kunnskapsdeling. Det er en etablert delingskultur på tvers av RPH-team, og terskelen er lav for å ta kontakt med andre team for å drøfte praktiske problemstillinger, dilemmaer og etterspørre praktiske tips. Det kan være god bruk av tid å hospitere på kurssamlinger ved andre RPH-team og delta i RPHs Facebook-gruppe.

Involver og orienter kommuneledelsen

Kommunens øverste administrative ledelse må som nevnt understøtte og ta del i utviklingen. Hvis det skal være mulig for disse lederne å være en ressurs, må de ha en god forståelse av tjenestetilbudet RPH og av kunnskapen som ligger bak behandlingen som tilbys.

TRINN 4: FULL DRIFT

Nå har RPH vært i drift i mer enn tre år. Kommunen driver en fullverdig RPH-tjeneste med alle behandlingstilbudene, i tråd med «mixed care» (se [kapittel 3.2](#)). Teamet jobber aktivt med å utnytte ressurser best mulig, har full drift og har kontinuerlig oversikt over behov, antall henvendelser og kapasitet, med tanke på hvor mange årsverk man har.

Evaluer og tenk videre utvikling av tjenesten

Evaluer med jevne mellomrom hva teamet har oppnådd. Forsterk og viderefør det som fungerer, og gjør endringer der det ikke fungerer. Se gjerne tilbake på tidligere trinn for å vurdere hva teamet trenger å gjenoppta eller forsterke av tidligere tiltak som kan styrke kvalitet og utvikling.

Utvikle nye praksiser

Erfaringsmessig er det nå tid for nytenkning og innovasjon. Hver kommune, bydel eller hvert interkommunale samarbeid har lokale behov og utfordringer som gjør det nødvendig å tilpasse organiseringen og tilbudet.

Prøv gjerne ut nye måter å gjøre ting på, i småskala. Man kan samle erfaringer ved å kartlegge og evaluere underveis, før tilbudet settes i full drift, i større skala. Ta i bruk erfaringer fra andre team, og søk råd fra NAPHA ved behov.

Evaluerings spørsmål:

- Er tjenesten blitt slik som ønsket? Hvorfor, hvorfor ikke? Hva skal til for å komme dit?
- Gis det tilbud til riktig målgruppe?
- Er det deler av målgruppen kommunen ikke når ut til?
- Har tjenesten god kapasitet og effektivitet?
- Er tjenesten godt nok organisert? Kan det utvikles nye innovative, og mer effektive, løsninger?
- Er det noe ved måten tjenesten er organisert på, som begrenser arbeidet eller gjør at man ikke får gitt et fullverdig tilbud til målgruppen?
- Jobbes det godt nok med teambygging?



Foto: © Adobe Stock

LES MER

Her kan du lese om lokale løsninger og innovasjon:

- Tilbyr informasjonsmøter og støttesamtaler til flyktninger i mottak – NAPHA
- Skaper samhandling gjennom Verdensdagen – NAPHA
- Oppsøker unge med forsterket RPH-team under pandemien – NAPHA
- #psyktnormalt, et kurs i livsmestring for unge – NAPHA
- Veikart for tjenesteinnovasjon – KS

Vær lojal og bevar etterlevelsen av modellen

Høy etterlevelse og lojalitet til tjenestemodellen for RPH gir grunnlag for gode behandlingsresultater. Benytt opplæringen, veiledningen, støtten fra andre team og ressursmiljøer som støtter RPH. Bruk resultater og tilbakemeldinger fra den årlige kartleggingsundersøkelsen, og monitoreringsordningen for RPH når den er etablert, for å få innsikt i status og om man er på rett vei.

Undersøk om:

- behandlingen er kunnskapsbasert, og om det er god etterlevelse av modellen
- elementene i «mixed care» brukes riktig for å oppnå gode behandlingsresultater
- riktige verktøy og behandlingsformer brukes, herunder digitale helsetilbud
- teamet har rutiner for å følge med på utvikling og forskning

Fortsett å bruk kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy som beskrevet i [kapittel 3.3](#). Det gir viktig informasjon om brukertilfredshet og hvordan behandlingen bør tilpasses og videreutvikles.

LES MER

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har en nyttig [modell for kvalitetsforbedring](#).

Fortsett å bygg team

Sett av tid til å bygge, vedlikeholde og utvikle teamet i en travel hverdag. Jo sterkere team-identitet og samhold man har, desto lettere blir det å møte vanskene som oppstår. Uten støtte i teamet står hver enkelt terapeut alene om avgjørelser og vurderinger. Man går også glipp av mye kompetanse og verdi ved å ikke dele kunnskap på tvers av profesjoner og roller.

Jobb kontinuerlig med informasjons- og forankringsarbeid

Sett fortsatt av tid til å organisere informasjonsarbeidet rettet mot administrasjon, politikere, andre tjenester og befolkningen. Del erfaringer og nytteverdien av tilbudet, som beskrevet i [kapittel 4.1](#). Ha jevnlig dialog med fastleger, psykiske helse- og rustjenester, Nav, spesialisthelsetjeneste og andre, og å få frem resultatene som RPH gir. Det er et kontinuerlig arbeid.

Delta i forskning

Erfarne team har gode forutsetninger for innovasjon og fag- og metodeutvikling. Når RPH-team deltar i forskning, er det verdifullt både for det aktuelle teamet og for kunnskapsutviklingen om RPH nasjonalt. Forskning på praksis er viktig for å utvikle enda bedre kvalitet på tjenestene i RPH.

Forankring er en vedvarende prosess

Nå har tjenesten vært gjennom alle trinnene, helt fra den spede starten, der det ble diskutert om RPH var en god idé, til at RPH er i fast drift. Fra første stund har det vært viktig å legge vekt på høy metodetrofasthet og kvalitet i form av kunnskapsbasert praksis.

Nå er det fornuftig å gjenta arbeidsoppgaver fra tidligere trinn for å sikre videre drift og utvikling. Legg til rette for at RPH-teamet arbeider videre med kunnskap, kompetanse og tjenesteutvikling. Fortsett å ta imot tjenestestøtten teamene får i form av implementeringsstøtte, veiledning og monitorering, når det kommer et system for det. Når det rekrutteres nye terapeuter, er det viktig at de får delta på opplæringsprogrammet for RPH, som beskrevet i [kapittel 5.1](#).



Bli inspirert og inspirer andre

I dette kapittelet har du lest om hvordan implementering av RPH kan gjøres i praksis basert på anerkjent teori og mange års erfaring.

Implementering av RPH er arbeidskrevende, men også veldig inspirerende og betydningsfullt. Man får ta del i et viktig utviklingsarbeid. I RPH får terapeutene lære mye om både behandling, implementering og samhandling og blir godt kjent med egen kommune. Ikke minst er det inspirerende å være en del av en stor, felles, nasjonal satsing som gir svært mange i Norge god psykisk helsehjelp.

Alle implementeringstiltakene i trinn 1–4 er oppsummert i en sjekklister ([vedlegg 4](#)).

Gode eksempler fra RPH-team som har lyktes med implementeringen

Hvert team må jobbe lokalt med implementeringsstrategier og informasjons- og påvirkningsarbeid. Dette er like viktig som annet arbeid. Det finnes mange eksempler på team som har gjort mye bra for å få etablert RPH.

LES MER

- Vil du lese mer om implementeringsrammeverket CFIR, kan du gjøre det på cfirguide.no

LES MER på napha.no

- [Her](#) kan du lese om hvordan RPH-team har lyktes godt med implementeringen.
- [RPH-arbeidere forteller om hvordan det er å jobbe med Rask psykisk helsehjelp.](#)
- [Hvordan implementere ny kunnskap i psykisk helsetjeneste](#)
- – [Ideer må oversettes til praksis](#)
- [Slik kan dere lykkes med nye prosjekter i kommunen](#)

KILDER

Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tamps, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network. <https://nirn.fpg.unc.edu/resources/implementation-research-synthesis-literature>

Fixsen, D. L., Blase, K. A., & Van Dyke, M. (2018). *Assessing implementation stages*. Chapel Hill, NC: Active Implementation Research Network. www.activeimplementation.org/resources



VEDLEGG

VEDLEGG 1 KARTLEGGING AV DEPRESJON – PHQ-9

Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste to ukene?

	0	1	2	3
	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag
1. Liten interesse for eller glede av å gjøre ting.	0	1	2	3
2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet.	0	1	2	3
3. Vansker med å sovne, sove uten avbrudd eller sovnet for mye.	0	1	2	3
4. Følt deg trett eller energiløs.	0	1	2	3
5. Dårlig matlyst eller å spise for mye.	0	1	2	3
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket, eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din.	0	1	2	3
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på tv.	0	1	2	3
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har beveget deg mye mer enn vanlig.	0	1	2	3
9. Tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv.	0	1	2	3

Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke vanskelig i det hele tatt	Litt vanskelig	Svært vanskelig	Ekstremt vanskelig

PHQ 9 er en del av Patient Health Questionnaire (Spitzer et al., 1999), består av ni ledd og måler sentrale symptomer på depresjon. Spørreskjemaet brukes både i klinisk praksis og i forskning.

Ulike oversettelser av PHQ 9 er fritt tilgjengelig på www.phqscreeners.com, og du finner det på norsk også på kognitiv.no. Her finner du også skåringsveiledning.

Spitzer, R.L., Kroenke, K. & Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1737–1744.

VEDLEGG 2

KARTLEGGING AV ANGST – GAD-7

Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste to ukene?

	0	1	2	3
	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag
1. Følt deg nervøs, engstelig eller på tuppet.			0	1 2 3
2. Ikke klart å stoppe eller kontrollere bekymringene dine.			0	1 2 3
3. Bekymret deg for mye om ulike ting.			0	1 2 3
4. Hatt vansker med å slappe av.			0	1 2 3
5. Vært så rastløs at det har vært vanskelig å sitte stille.			0	1 2 3
6. Blitt lett irritert eller ergret deg over ting.			0	1 2 3
7. Følt deg redd som om noe forferdelig kunne komme til å skje.			0	1 2 3

Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke vanskelig i det hele tatt	Litt vanskelig	Svært vanskelig	Ekstremt vanskelig

GAD-7 er en del av Patient Health Questionnaire (PHQ; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999), består av syv ledd og måler sentrale symptomer på angst. Spørreskjemaet brukes både i klinisk praksis og i forskning.

Ulike oversettelser av GAD-7 er fritt tilgjengelig på www.phqscreeners.com, og du finner det på norsk på kognitiv.no. Her finner du også skåringsveiledning.

Johnson, S.U., Ulvenes, P.G., Øktedalen, T. & Hoffart, A. (2019). General Anxiety disorder 7-item (GAD-7) scale in a heterogeneous psychiatric sample. *Frontiers in Psychology*, 10: 1713: doi: 10.3389/fpsyg.2019.01713

Spitzer, R.L., Kroenke, K. & Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1737–1744.

VEDLEGG 3**KARTLEGGING AV FUNGERING I HVERDAGEN – WSAS**

Psykiske plager og vansker får ofte konsekvenser på en rekke områder. Bedøm i hvilken grad dine psykiske plager og vansker har svekket deg i løpet av siste måned, i forhold til de fem områdene som er nevnt under. For hvert av de følgende punktene angir du din bedømmelse på en skala fra 0 til 8, hvor 0 betyr at du ikke anser deg svekket i det hele tatt, og hvor 8 betyr at du anser deg svært alvorlig svekket.

1. Min evne til å arbeide eller studere.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Mitt husarbeid (slik som å vaske, rydde, handle, lage mat, betale regninger, passe på hjemmet eller ta meg av barna).	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Mine sosiale fritidsaktiviteter (som sammen med andre å gå på bar/kafé, selskaper/fester, utflukter, stevnemøter, besøk, hjemmehygge).	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Mine private fritidsaktiviteter (som jeg gjør alene, som å lese, samle på ting, sy, gå turer alene, hagearbeid).	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Min evne til å etablere og opprettholde nære forhold til andre, inkludert dem jeg bor sammen med.	0	1	2	3	4	5	6	7	8

WSAS (The Work and Social Adjustment Scale) består av fem ledd som kartlegger hverdagsfungering.

Gjengitt etter tillatelse fra Isaac Marks, 1. juli 2022.

Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 180, 461–464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

VEDLEGG 4

SJEKKLISTE – IMPLEMENTERINGILTAK FOR RPH

TILTAK	DATO
TRINN 1: UTFORSKNING	
Søk kunnskap og få på plass et mandat for forprosjektet	
Etabler forprosjekt	
Lag en implementeringsplan	
Beregn størrelsen på teamet	
Vurder interkommunalt samarbeid	
Kartlegg kompetansebehov	
TRINN 2: PLANLEGGING OG FORANKRING	
Kartlegg interessenter for RPH i en interessentanalyse	
Få innsikt i mulige styrker, utfordringer, muligheter og trusler (SWOT-analyse)	
Kartlegg IKT-ressurser	
Beregn kostnader og sett opp budsjett	
Få på plass et vedtak fra kommunedirektøren eller kommunestyret	
TRINN 3: TIDLIG OPPSTART	
Avklar teamorganisering	
Ansett teamleder	
Rekrutter ansatte	
Avklar behov for administrativ støtte	
Bygg team	
Kvalitetssikre beregninger og tidligere vurderinger	
Fortsett med, og utvid informasjons- og forankringsarbeidet	
Søk og kom i gang med opplæring	
Legg til rette for veiledning i eget team	
Finn lokaler, utstyr og lisenser	

TILTAK	DATO
Etabler behandlingstilbudene gradvis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuell behandling ▪ Psykoedukative kurs ▪ Veiledet selvhjelp ▪ Behandlingsgrupper 	
Etablert samarbeidsrelasjoner	
Utvikle fag og metode	
Samarbeid og lær av andre RPH-team	
Involver og orienter kommuneledelsen	
TRINN 4: FULL DRIFT	
Evaluer og tenk videre utvikling av tjenesten	
Utvikle nye praksiser	
Vær lojal og bevar etterlevelse av modellen	
Fortsett å bygge team	
Jobb kontinuerlig med informasjons- og forankringsarbeid	
Delta i forskning	
Blir inspirert og inspirer andre	

©2022 NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – en avdeling i NTNU Samfunnsforskning AS

7049 Trondheim

Telefon: 48 14 54 34 – E-post: kontakt@napha.no og rph@napha.no

Nettside: napha.no