



Rask psykisk helsehjelp - 12 pilotkommuner



Utgitt: april 2013

Innhold

1	Innledning: formål med veiledende materiell	3
2	Bakgrunn for Rask psykisk helsehjelp	4
3	Innhold i tilbudet (jfr. opplæringen som skal gis)	8
3.1	Informasjons- og vurderingssamtale	8
3.2	Veiledet selvhjelp – Litteratur, internett, oppfølging	8
3.3	Gruppetilbud	9
3.4	Strukturert psykologisk behandling	9
4	Organisering av tjenesten	10
4.1	Forankring	10
	Kommunen	10
	Interkommunalt samarbeid	10
4.2	Bemanning	10
4.3	Kompetanse – formell og generell	11
4.4	Opplæring	11
4.5	Praktisk organisering	15
4.5.1	Lokaler	15
4.5.2	Tilgjengelighet	15
4.5.3	Utstyr – kartleggingsverktøy, IKT utstyr	15
5	Samhandling	16
5.1	Samhandling med sentrale aktører	16
5.1.1	Samhandling med fastlege	16
5.1.2	Samhandling med NAV	17
5.1.3	Samhandling med DPS	18
5.1.4	Samhandling med andre lokale aktører, bl.a. Frisklivssentralen	19
5.1.5	Samhandling med avtale-spesialistene	20
5.2	Faste møteplasser, kontaktpunkter osv.	20

6	Rapportering/registrering	21
6.1	Registrering/journalføring	21
6.2	Registreringsverktøy, kartleggingskjemaer	22
6.3	Hva skal den registrerte informasjonen brukes til?	23
7	Relevant lovverk	24
8	Brukerperspektivet	26
9	Rutiner - mottak, vurdering, valg av behandlingsform, viderehenvisning	29
9.1	Vurderingssamtale	29
9.2	Rutiner for viderehenvisning	29
9.3	Oppfølging av barn av foreldre i rask psykisk helsehjelp	32
10	Evaluering av Rask Psykisk Helsehjelp	36
10.1	Forskning/evaluering	36

1 Innledning: formål med veiledende materiell

Gratulerer med etableringen av et nytt tilbud innen kommunens psykiske helsetjeneste!

Dette veiledende materialet skal være en støtte i etableringen av tilbudet Rask psykisk helsehjelp i pilotkommunene. Vi ser for oss at dette materialet vil være et "levende dokument", som kan korrigeres og videreutvikles etter behov.

2 Bakgrunn for Rask psykisk helsehjelp

Kort om utfordringene

Psykiske vansker og lidelser er ett av vår tids største helseproblemer. Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en diagnostiserbar psykisk *lidelse* i løpet av livet. I den norske befolkningen er angstlidelser, depresjon og alkoholmisbruk/-avhengighet de tre vanligste gruppene av psykiske lidelser (FHI 2009:8). Norske forekomsttall viser at rundt en fjerdedel av befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet, mens én av fem vil bli rammet av depresjon. Depresjon har av WHO blitt identifisert som en av hovedårsakene til sykelighet i det 21. århundre (Brundtland 2001). I tillegg har en stor gruppe mennesker psykiske *vansker*, med så mye symptomer at det går utover daglige gjøremål, trivsel og samvær med andre. Symptombelastningen ved psykiske vansker er likevel ikke så stor som ved psykiske lidelser, hvor det kan stilles en diagnose, som depresjon eller angstlidelse.

Psykiske vansker og lidelser medfører betydelige kostnader for den enkelte, familien og samfunnet. Alvorlige psykiske lidelser medfører store konsekvenser for den enkelte som rammes. Det er imidlertid psykiske vansker og milde psykiske lidelser som har de største befolkningsmessige konsekvensene fordi disse er langt vanligere.

Angst og depresjon fører til tap av livskvalitet for mange mennesker og er en viktig årsak til nedsatt arbeidsførhet, sykefravær, og er de vanligste årsakene til uførepensjonering for psykiske lidelser. Underbehandling av angst og depresjon er et betydelig problem, og det er grunn til å tro at arbeidsuførhet som følge dette vil kunne forebygges gjennom bedret og mer tilgjengelig behandling (FHI rapport 2009:8).

Den engelske modellen: Improving Access to Psychological Therapies

Det finnes en rekke gode behandlingsformer for psykiske lidelser. For helsetjenesten er utfordringen å formidle at gode behandlingsmetoder fins, og gjøre dem tilgjengelig for befolkningen. I England var dette tidligere et stort problem. Bare omkring 40 – 50 % av pasientene i primærhelsetjenesten som ble henvist til en psykisk helsetjeneste grunnet depresjon, møtte opp til behandling. Ventetiden var i tillegg lang, og mange som møtte til behandling ble ikke tilbudt evidensbasert psykoterapi. De nasjonale retningslinjene anbefalte kognitiv terapi, men dette kunne ikke implementeres da det ikke var nok terapeuter tilgjengelig. På bakgrunn av dette ble det foreslått en satsning for å gjøre evidensbasert behandling for angst og depresjon tilgjengelig for folk flest; "Improving Access to Psychological Therapies" (IAPT).

IAPT modellen ble lansert i «The Depression report – A New Deal for Depression and Anxiety Disorders» (2006). Rapporten beskrev omfang og konsekvenser av angst- og depresjonsproblemer for den enkelte og de økonomiske konsekvensene for samfunnet. Det

ble også skissert en løsning på problemet – 10 000 nye terapeuter organisert i team, og en 7-års handlingsplan for å etablere 40 nye team hvert av de 7 årene.

I tillegg til en markant kapasitetsøkning, var det også et mål at behandlingen skulle følge de anbefalinger som ble gitt i de nasjonale retningslinjene for behandling av angst- og depresjon (NICE-guidelines, National Institute of Clinical Excellence). Hovedtilnærmingen i IAPT er derfor kognitiv terapi og veiledet selvhjelp basert på kognitiv terapi. IAPT representerte også en ny måte å organisere den psykiske helsetjenesten på i England. Behandlingstilbudet ble organisert som en trappetrinnsmodell ("stepped care") – fra lav-intensiv behandling til høy-intensiv behandling. Gjennom en slik organisering kunne en tilby lav-intensive behandlingsmetoder til pasienter med milde til moderate problemer, og høy-intensiv behandling ved mer alvorlige problemer. En slik organisering gjorde det mulig å gi tilbud til langt flere pasienter. I tillegg kunne man unngå å overbehandle personer med milde og moderate problemer eller under-behandle personer med mer alvorlig problematikk.

IAPT-satsningen inkluderte også utvikling av et omfattende opplæringsprogram for å utdanne en egen arbeidsstokk til tjenesten. «The Depression report» tok til orde for 10 000 nye terapeuter. Disse nye årsverkene skulle være kliniske psykologer, men også terapeuter som skulle rekrutteres fra de om lag 60 000 årsverkene som jobbet med psykisk helse i England, herunder sykepleiere, sosionomer, rådgivere m.v. En skulle bygge på den omfattende erfaringen og kompetansen disse menneskene hadde, og gi dem ett-, eller toårig videreutdanning for å utdanne dem til profesjonelle terapeuter innenfor IAPT.

Tilbudet i IAPT er delt mellom lav-intense og høy-intense tilbud. Det lav-intense tilbudet (Trinn 1 og 2) omfatter bl.a. vurderinger, veiledet selvhjelp, psyko-educative gruppetilbud (eks. Kurs i mestring av depresjon (KiD)) og aktivisering. Tjenesten er bemannet av en såkalt "Psychological Wellbeing Practitioner (PWP)", som har gjennomført en ettårig videreutdanning. Arbeidsoppgavene omfatter blant annet å gjøre vurderinger, gi hjelp til selvhjelp, samarbeide med arbeidsformidlere og øvrig helsetjeneste m.v. Noe av hjelpen gis i direkte kontakt med brukeren, men mye av oppfølgingen foregår også via telefon og internett.

Det høy-intense tilbudet gis av såkalte High Intensity Practitioners (HIP). Disse har gjennomført en to-årig videreutdanning på deltid, hvor de mottar undervisning 2 til 3 dager i uken, og jobber med brukere de øvrige dagene. Det høy-intense tilbudet (trinn 3) omfatter mer tradisjonell kognitiv adferdsterapi (CBT) og utføres vanligvis i direkte kontakt med bruker.

IAPT-programmet har vært en suksess i England. Siden oppstart i 2008 og fram til mars 2012 har IAPT kunnet vise til følgende resultater (Department of Health, UK):

- Over 1 million pasienter/brukere har påbegynt behandling
- 680 000 har fullført behandling
- I overkant av 45 % har blitt friske og 65 % har vist signifikant bedring, de fleste har hatt problemer i lengre tid
- Over 45 000 har gått av sykepengen/trygd
- 4 000 behandlere er utdannet
- En omfattende omlegging av psykisk helsetjenester til barn og unge er initiert

Rask psykisk helsehjelp (RPH) bygger på IAPT, og henter mye av den faglige tilnærmingen og prinsipper for organisering fra den engelske modellen. Hovedtilnærmingen er også i RPH kognitiv terapi og veiledet selvhjelp basert på kognitiv terapi.

Hvorfor Rask psykisk helsehjelp? Generelle målsetninger

Forebygging av psykiske lidelser og styrking av behandlingstilbudet til mennesker med mindre alvorlige psykiske vansker og lidelser har vært en av de svakest utviklede sidene i Opptappingsplan Psykisk helse (St.prp.nr.1 2009 – 2010). Samtidig rammer lettere psykiske vansker og lidelser som angst og depresjon en stor del av befolkningen i løpet av livet, og medfører betydelige kostnader både for den enkelte, familien, og samfunnet.

Samhandlingsreformen, "Rett behandling - på rett sted til rett tid" (St.meld.nr 47 2008-2009) skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes og det legges vekt på at det er behov for å satse sterkere på forebygging og tidlig intervensjon i sykdomsforløp. Det skal etableres tjenester som gir et tilbud før, i stedet for- og etter opphold i spesialisthelsetjenesten. Videre tydeliggjør helse- og omsorgstjenesteloven kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukergrupper med psykisk sykdom.

Behovet for lavterskeltilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon er omtalt i Meld. St. 16 (2010–2011). Videre er det behov for kostnadseffektive tiltak som benytter kunnskapsbaserte metoder i behandlingen og som gir likeverdig tilgang til befolkningen. Veiledet selvhjelp, internettbaserte selvhjelpsprogrammer og internettbasert behandling er tiltak som har god effekt på depresjon og angst, og ifølge en rekke studier er slike tiltak mer kostnadseffektive enn vanlig behandling.

Rask psykisk helsehjelp skal altså være et redskap for å styrke behandlingstilbudet til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon. Målet er å komme tidlig til, for å kunne forebygge mer alvorlige lidelser, og slik redusere belastningene for den enkelte og hans/hennes familie, samt være et effektivt tiltak på samfunnsnivå.

Rask psykisk helsehjelp etableres som en tilskuddsordning fra Helsedirektoratet, hvor tilbudet skal prøves ut i et gitt antall (12) pilotkommuner i perioden 2012 – 2015.

Målsetninger for Rask psykisk helsehjelp

Overordnet mål:

- Gjøre virksom behandling av lettere og moderat angst og depresjon tilgjengelig for befolkningen. Gjennom dette søke å fremme psykisk helse i befolkningen
- Målet med RPH er å utvikle et kommunalt behandlingstilbud for mennesker med lettere- og moderate angst og depresjonsvansker/ -lidelser. Tilbudet skal benytte kunnskapsbaserte metoder i utredning og behandling. Det skal regelmessig evalueres om behandlingen er symptomdempende
- Skal være et supplement til, og styrke allerede eksisterende tilbud for mennesker med angst og depresjon
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten, fastleger og øvrige eksisterende kommunale tjenester vil stå sentralt
- Tilbudet skal være et lavterskeltilbud: det skal være gratis for brukerne, det skal være tilgjengelig for alle i målgruppen og inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål. Rask psykisk helsehjelp skal gi mulighet for direkte hjelp uten henvisning. Det oppfordres til samarbeid med fastlegen underveis dersom denne ikke er involvert fra starten. Et mål for RPH skal være å kunne gi et tilbud uten ventetid og venteliste
- Brukermedvirkning må sikres ved at brukere og pårørende gis reell innflytelse på utforming av tjenestene, både på individnivå og systemnivå

Effekt mål:

- Redusere symptomtrykk knyttet til angst og depresjon, samt bedre arbeidsevnen og livskvaliteten
- Brukertilfredshet
- Øke det samlede tilbudet innen psykisk helsehjelp i kommunene

Resultatmål for sluttbruker:

- Det skal være 12 piloter tilgjengelig for målgruppen innen 1. april –2013
- Planen er en opptrapping av tilbudet etter pilotperioden
- Vi håper at tilbudet er tilgjengelig for brukere i alle kommuner i 2020

3 Innhold i tilbudet (jfr. opplæringen som skal gis)

Trappetrinnsmodell

Rask Psykisk Helsehjelp skal organiseres som en trappetrinnsmodell ("stepped care"-modell), med 3 trinn: 1) veiledet selvhjelp, 2) kurs enten i mestring av depresjon eller angstlidelser, 3) tidsavgrenset strukturert psykologisk tilnærming basert på kognitiv terapi med en ramme på anslagsvis 15 timer.

I Rask psykisk helsehjelp skal hjelpen organiseres etter en "mixed care"-modell, som er et alternativ til "stepped care". Dette innebærer at pasienten/brukeren først har en vurderingssamtale med behandler, og at det på bakgrunn av denne og i samråd med pasienten/brukeren bestemmes plassering til beste effektive omsorgsnivå på trappetrinnsmodellen. Dette betyr at pasienten/brukeren ikke automatisk starter på laveste omsorgsnivå.

3.1 Informasjons- og vurderingssamtale

Informasjons- og vurderingssamtalen skal søke å avklare om RPH kan være et riktig tilbud for brukeren. Han/hun skal få informasjon om innholdet og hvilken metodikk som blir anvendt. Etter en vurdering av psykisk lidelse, symptomtrykk og personens situasjon og ressurser (se pkt. 8.1 om vurderingssamtalen), skal det gis tilbud om veiledet selvhjelp, gruppetilbud og/eller et tidsbegrenset behandlingsforløp med kognitiv terapi på anslagsvis 2 til 15 timer, dersom Rask psykisk helsehjelp vurderes å være riktig tilbud.

Etter samtalen er det ikke sikkert alle skal ha et tilbud i RPH. Noen kan ønske å avvente, andre kan ha bedre nytte av andre tilbud. Vurderingssamtalen vil kunne danne grunnlag for videre henvisning til andre tjenester. Fastlege bør evt. informeres om dette.

3.2 Veiledet selvhjelp – Litteratur, internett, oppfølging

Trinn 1, veiledet selvhjelp: her vil man formidle eller henvise til selvhjelpsmateriell, enten i form av brosjyrer, bøker eller elektroniske/internettbaserte programmer. En tilbyr brukeren oppfølgingssamtaler via telefon eller ansikt til ansikt der brukerens erfaringer med selvhjelpsmaterialet diskuteres, og brukeren får hjelp og oppmuntring til å bruke selvhjelpsmaterialet systematisk.

3.3 Gruppetilbud

Trinn 2, kurs i mestring av depresjon og/eller angst: kursdeltakerne lærer en kognitiv forståelsesmodell og teknikker for å endre tanke- og atferdsmønstre som vedlikeholder og forsterker depresjon og angst.

3.4 Strukturert psykologisk behandling

Trinn 3: tidsavgrenset strukturert psykologisk behandlingstilnærming basert på kognitiv terapi med en ramme på anslagsvis 2–15 behandlingstimer.

Se også pkt. 4.4 om innholdet i opplæringsprogrammet. Her beskrives mer detaljert elementer i kognitiv terapi, samt hva som kan være aktuelt innhold i behandlingen.

4 Organisering av tjenesten

4.1 Forankring

Kommunen

Det forutsettes at prosjektet forankres på politisk nivå og innarbeides i kommunens planer. Pilotene skal være en del av Helse- og omsorgstjenesten i kommunen og inngå som en del av kommunens tilbud innen psykisk helse. Tilbudet Rask psykisk helsehjelp kan etableres i tilknytning til frisklivssentraler, lokalmedisinske tjenester, familiens hus m.v. Tilskuddet skal bidra til å øke det samlede tilbudet innen psykisk helse i kommunen. Samhandling med andre aktører er omtalt under eget punkt (pkt.5).

Interkommunalt samarbeid

Ved interkommunale samarbeid forutsettes det formalisering av forpliktende samarbeid mellom samarbeidskommunene. Dette forutsetter en tydelig ansvarsfordeling og beslutningslinjer/ styringslinjer. Styring og organisering av tjenesten og ansvarsfordeling mellom de deltakende kommunene må avklares på forhånd.

4.2 Bemanning

Pilotene skal være en del av kommunehelsetjenesten. Det er en forutsetning at RPH bidrar til å øke det samlede tilbudet inne psykisk helse i kommunen. Helsedirektoratet har lagt vekt på at de aktuelle kommunene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å kunne forankre et tilbud om Rask psykisk helsehjelp.

Det skal være minimum 4 årsverk ved hver pilot. I henhold til tilskudsregelverkets punkt 7: *"Tildelingskriterier, herunder beregningsregler"*, **skal** det være psykolog ansatt i Rask psykisk helsehjelp. Helsedirektoratet forutsetter således at det er ansatt psykolog i piloten i **minimum** 50 % stilling. Det anbefales imidlertid at ett helt årsverk bemannes av psykolog (jfr. tilskuddsbrev sendt pilot-kommunene oktober 2012). Psykologen bør ha et særlig ansvar for kvalitetssikring og veiledning. Alle behandlere i RPH skal ha selvstendig behandlingsansvar.

Det skal også være merkantilt personell tilknyttet pilotene. Ett av årsverkene kan benyttes til brøkstillinger for å ivareta merkantile funksjoner.

4.3 Kompetanse – formell og generell

De ansatte i pilotene må ha minimum 3-årig høyskoleutdanning innen helse og sosialfag. Videreutdanning i psykisk helsearbeid er en fordel.

4.4 Opplæring

Helsedirektoratet vil i tillegg til driftsstøtte sørge for opplæring/videreutdanning i kognitiv terapi. Alle ansatte (med unntak av merkantilt personell) i piloten må gjennomføre videreutdanning i kognitiv terapi. Det er svært viktig at alle ansatte deltar, selv om de har utdanning i kognitiv terapi fra før. Utdanningen vil rettes spesifikt inn mot tilbudet ved Rask Psykisk Helsehjelp, med kontinuerlige drøftinger av tilrettelegging, og med utforming av en felles faglig plattform. Merkantilt personell trenger ikke å gjennomføre videreutdanning i kognitiv terapi, men bør likevel delta på enkelte av seminarene. Dette fordi kontoransatte er en viktig førstelinje som vil ha mye kontakt med personer som henvender seg, både pasienter, pårørende og fastleger. Noe kjennskap til kognitiv terapi vil kunne være nyttig bakgrunnskunnskap i denne kontakten.

Om Opplæringsprogrammet i kognitiv terapi for ansatte ved de kommunale sentrene for Rask psykisk helsehjelp:

Opplæringen skal være i tråd med arbeidsoppgavene og målgruppen, og gi kompetanse i kognitiv terapi:

Kliniske kompetanseområder

Utøvelse av kognitiv terapi berører fem kompetanseområder:

- Generelle terapeutiske ferdigheter (for eksempel evne til empati, alliansebygging og fagetisk refleksjon)
- Grunnleggende ferdigheter i kognitiv terapi (for eksempel kunne forklare rasjonalen for kognitiv terapi og strukturere samtalen ut fra en agenda som lages i felleskap med pasienten)
- Spesifikke teknikker i kognitiv terapi (for eksempel eksponeringstrening ved angstlidelser)
- Problemspesifikke modeller for intervensjon (for eksempel Clark/Wells modellen for sosial angstlidelse, Beck modellen for depresjon)
- Metaferdigheter (terapeutens evne til å knytte alle de overnevnte kompetanseområder sammen og tilpasse dem til den enkelte pasients situasjon, samt å kunne motta og dra nytte av veiledning på sitt terapeutiske arbeid)

I utdanningsprogrammene i kognitiv terapi vektlegges trening i evnen til å knytte sammen alle de ulike nivåene av terapeutiske ferdigheter, etablere en terapeutisk allianse og tilpasse behandlingen til den enkelte persons behov.

Utdanningen skal gi:

- En innføring i prinsippene for kognitiv terapi for behandling av mild og moderat angst og depresjon
- Kompetanse i bruk av kartleggingsinstrumenter og klinisk intervju for å måle symptomer på angst og depresjon, i tråd med bl.a. Helsedirektoratets (2009) retningslinjer
- Kompetanse i bruk av metoder for veiledet selvhjelp ved angst og depresjon
- Kompetanse i gjennomføring av kurs i mestring av angst og depresjon
- Kompetanse i kognitiv terapi ved søvnvansker
- Kompetanse i bruk av nye lavintensiv-metoder for formidling av kognitiv terapi, som bruk av telefon og selvhjelpsmateriell
- Kompetanse i vurdering av hvem som faller inn under tilbudet for Rask psykisk helsehjelp, og hvem som bør henvises videre til andre hjelpeinstanser
- Kompetanse i vurdering av prinsippene for å gi klienten et tilbud på egnet nivå i trappetrinnsmodellen og rask formidling videre til dette nivået
- Kompetanse i løpende vurdering av effekten av tilbudet for den enkelte pasient gjennom skjemaer for symptomkartlegging og klinisk intervju
- Kompetanse i identifisering/ kartlegging og vurdering av suicidalfare
- Kompetanse i å kombinere kognitiv terapi med metoder for hjelp til jobbmestring
- Kompetanse i jobbfokusert kognitiv terapi
- Kompetanse i vurdering av helhetlig livssituasjon særlig med tanke på familiesituasjon, inkludert barn som pårørende

Opplæringen gjennomføres i løpet av 1 år, med jevnlige samlinger samtidig som kandidatene jobber ved Rask psykisk helsehjelp, med veiledet trening i forhold til egne pasienter.

Trappetrinnsmodell

Opplæringen bygges på at tilbudet ved Rask psykisk helsehjelp tar utgangspunkt i en trappetrinnsmodell ("stepped care"-modell) med 3 trinn: 1) veiledet selvhjelp, 2) kurs i mestring av depresjon og/eller angst, 3) tidsavgrenset strukturert psykologisk behandlingstilnærming basert på kognitiv terapi med en ramme på anslagsvis 2–15 timer.

I Rask psykisk helsehjelp skal hjelpen organiseres etter en "mixed care"-modell, som er et alternativ til den engelske "stepped care"-modellen. Mixed care bygger på prinsippene for "stepped care". "Mixed care" innebærer imidlertid at alle brukere først har en vurderingssamtale med behandler, og at det på bakgrunn av denne og i samråd med klienten bestemmes plassering til beste effektive omsorgsnivå på trinnmodellen (jfr. BEON-prinsippet: Beste Effektive Omsorgs-Nivå). Dette innebærer at brukeren ikke automatisk starter på laveste omsorgsnivå.

Informasjons- og vurderingssamtale

Det gis opplæring i gjennomføring av en informasjons- og vurderingssamtale med brukeren i forkant av behandlingen. Denne samtalen kan foregå ansikt til ansikt, eller eventuelt tas per telefon.

Samhandlingsmetodikk og suicidalvurdering

Kompetanse i samhandlingsmetodikk er viktig ved etablering av et nytt tilbud i primærhelsetjenesten. I opplæringen skal det legges vekt på god samhandlingsmetodikk med andre tjenester innenfor helse- og velferdssektoren. Dette inkluderer bl.a fastleger, personell i kommunens psykiske helsetjeneste, helsesøstre, Frisklivssentraler, øvrige kommunale tjenester, psykisk helsevern og NAV.

Sentrene vil gi et tilbud til deprimerte personer, og da er kompetanse i identifisering/kartlegging og vurdering av suicidalitet viktig. Det skal gis opplæring i gode rutiner for videre henvisning av brukere der hvor risikofaktorer for suicidal adferd er av en slik alvorlighetsgrad at det er nødvendig med henvisning til annen instans for behandling og oppfølging. Det skal også gis opplæring i rutiner for videre henvisning av personer med alvorlige psykiske lidelser, og rusproblemer. Dette inkluderer kunnskap om hva finnes av lokale helsetilbud, men også hva som er tilgjengelig av selvhjelpstilbud, støttegrupper og andre relevante tilbud i kommunen.

Vurdering av symptomtrykk og arbeidsevne

Behandlingstilbudet Rask psykisk helsehjelp har som *mål å redusere symptomtrykk knyttet til angst og depresjon, samt å bidra til bedret arbeidsevne*. For å vurdere om, og i hvilken grad, hjelpen bidrar til at behandlingsmålene nås, er jevnlig bruk av relevante kartleggingsinstrumenter avgjørende. De ansatte gis opplæring i bruk av kartleggingsinstrumenter for regelmessig å evaluere om behandlingen er symptomdempende. De lærer også hvordan de kan dele og drøfte disse resultatene på en konstruktiv måte med brukeren.

Det vil gis en innføring i kartleggingsskjemaer som kan brukes rutinemessig for alle brukere, for eksempel PHQ-9 og Becks depresjonsinventorium, som måler grad av depressive symptomer. Man får også opplæring i bruk av skjemaer for måling av symptomtrykk ved spesifikke lidelser.

Rask psykisk helsehjelp skal også bidra til å bedre arbeidsevnen til brukerne, for å forhindre langtidsfravær og uførhet. Det vil gis opplæring i vurdering av og samtalemetodikk rundt arbeidsevne og arbeidssituasjon. Et annet tema i opplæringen av de ansatte er innhentning av informasjon om arbeidstilrettelegging, bruk av avventende eller gradert sykmelding etc. Dette kan gjerne skje i dialog med arbeidstedet, hvis brukeren samtykker.

Jobbfokusert terapi

Å delta i arbeidslivet er en kilde til inntekt og livsopphold, men også til opplevelse av anerkjennelse og personlig identitet. Arbeid fremmer psykisk helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening til dagene. Langvarig sykmelding vil ofte bidra til å forverre psykiske lidelser. Gradert sykmelding er derfor vanligvis et bedre alternativ enn full sykmelding. Behandling av psykiske lidelser og hjelp til å komme tilbake til arbeid bør skje parallelt og ikke sekvensielt.

Det er solid dokumentasjon for at psykologisk behandling har effekt på symptomer på depresjon og angst. Det er imidlertid færre studier av tiltakenes virkning når det gjelder å gjenoppta arbeid etter sykmelding. Det som finnes av studier, tyder på at det ikke er nok bare å rette oppmerksomheten mot reduksjon av psykiske plager, men at samtalene også må omhandle pasientens jobb og utfordringer for tilbakevending. I disse studiene har man benyttet en jobbfokusert kognitiv terapi med konkrete mål for endring knyttet til arbeid, og hvor jobbrelevante situasjoner er utgangspunkt for kartlegging og drøfting, hjemmeoppgaver og adferdsekspirimeter.

I det tradisjonelle hjelpeapparatet har man vanligvis behandlet pasienter med psykiske lidelser på linje med somatisk syke: sykmelding mens plagene behandles, og tilbake til jobb når man er frisk. Behandleren retter oppmerksomheten mot den psykiske lidelsen og tiltak for å avhjelpe denne, og er mindre opptatt av tilbakevending til arbeid. Først når symptomene har avtatt betraktelig, blir retur til jobb et viktig tema, gjerne i siste fase av behandlingen. En slik sekvensiell tilnærming, der behovet for reduksjon av symptomer i første omgang anses som viktigere enn hjelp til å komme tilbake til jobben, kan imidlertid være ugunstig. Det er vanligvis bedre å vektlegge integrerte og parallelle tiltak, der behandleren er opptatt av at det ikke må gå for lang tid før pasienten starter med gradvis tilbakevending til arbeid, og da gjerne med gradert sykmelding og eventuelt også dialog med arbeidsplassen som virkemiddel. Det er et eksplisitt mål i terapien at pasienten enten helt eller delvis returnerer til jobben eller til annet arbeid eller begynner å søke arbeid, så tidlig som mulig, slik at langvarig sykefravær ikke gjør tilbakevending til arbeid vanskelig. De ansatte på sentre for Rask psykisk helsehjelp vil få opplæring i en slik integrert tilnærming. Dette er en faglig måte å arbeide terapeutisk på, som kan bidra til å redusere sykefravær.

Opplæring i kurs i mestring av depresjon og angst

De ansatte på RPH skal få opplæring i kurs i mestring og forebygging av depresjon og angst, som skal tilpasses til de spesielle behovene ved Rask psykisk helsehjelp.

Undervisningsseminarer, veiledningsseminarer og senter samlinger

Utdanningen omfatter 12-13 *undervisningsseminarer* over 1 år. Undervisningen skal ta utgangspunkt i beskrivelsen av kompetanseområder i kognitiv terapi. I tillegg til undervisningsseminarene vil det være regelmessige *veiledningsseminarer*, hvor veiledningen tar utgangspunkt i rollespill samt video- eller lydbåndopptak som de ansatte har gjort av egne terapier. Man tenker seg også *senter samlinger* der senterlederne og de ansatte drøfter erfaringer og utfordringer, uten eksterne undervisere.

Kollegaveiledning

Det legges i tillegg opp til et system med kollegaveiledning.

4.5 Praktisk organisering

4.5.1 Lokaler

Rask psykisk helsehjelp bør etableres med egnede, universelt utformede lokaler i nærmiljøet. Lokalene bør være lydisolerte, og med mulighet for enesamtaler. Lokalene skal være utformet slik at de ikke er noe problem å ivareta taushetsplikten overfor brukerne.

4.5.2 Tilgjengelighet

Tilbudet skal:

- Gi hjelp uten venting og lang saksbehandlingstid. Helt konkret så skal brukere som henvender seg kunne få kontakt med en behandler og tilbys en kartleggingssamtale innen 48 timer. En forutsetning for å få til dette er at teamet kjenner det øvrige hjelpeapparatet i kommunene (alt fra fastlege til frivillige), og at det er god samhandling mellom de ulike aktørene. Det vil muligens være behov for en prioriteringsnøkkel med tanke på hvem som skal få komme til først
- Gi mulighet for direkte hjelp uten henvisning, selv om man oppfordrer til samarbeid med fastlegen underveis, dersom denne ikke er involvert fra starten
- Det legges opp til et tett og nært samarbeid med fastlege for derved å unngå problemer seinere dersom det avdekkes somatiske vansker, behov for sykemelding, medisinering, somatiske undersøkelser e.l.
- Være gratis, og skal dermed kunne oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- Være tilgjengelig for alle i målgruppen (lett til moderat angst og depresjon)
- Kunne tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en "los" videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Ha åpningstider tilpasset målgruppe og formål
- Ha høy grad av brukerinvolvering og aksept for pasientens ønsker/behov
- Fremstå som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte
- Ha et "empowerment-fokus"

4.5.3 Utstyr – kartleggingsverktøy, IKT utstyr

Rask psykisk helsehjelp skal benytte kommunens ordinære journalsystem, og taushetsplikten må ivaretas. I de kommunene/ bydelene hvor man har tilgang til E-link, skal dette benyttes for samhandling mellom ulike kommunale aktører. Pilotkommunene skal bidra til registrering av nødvendig informasjon i forhold til å kunne evaluere tilbudet.

Kartleggingsverktøy: Helsedirektoratet vil gi anbefalinger i forhold til registrering av informasjon i møte med den enkelte bruker/pasient. Det vises for øvrig til forskrift om pasientjournal og de krav som der fremkommer.

AV-utstyr: De ansatte i RPH bør har mulighet til å filme behandling/arbeid med pasienter. Dette er materiale som skal benyttes i veiledningsseminarene som er del av opplæringen.

5 Samhandling

5.1 Samhandling med sentrale aktører

Kompetanse i samhandlingsmetodikk er viktig ved etablering av et nytt tilbud i primærhelse-tjenesten. Dette inkluderer kunnskap om hva finnes av lokale helsetilbud, men også av selvhjelpstilbud, støttegrupper etc. i kommunen. Fastlegen vil være en viktig samarbeids-partner. Det er viktig med kjennskap til fastlegenes arbeidsmåter og behov, samt å utvikle en god samhandling og informasjonsutveksling med dem, dersom ikke pasienten motsetter seg dette. Tilbudet skal for øvrig samarbeide med øvrige kommunale tjenester, distrikts-psykiatriske sentre/ øvrig spesialisthelsetjeneste, NAV, arbeidsgivere m.m.

5.1.1 Samhandling med fastlege

Fastlegen har ansvar for både somatisk og psykisk helse. Fastlegen har en viktig rolle når det gjelder å identifisere, behandle og koordinere den medisinske oppfølgingen av personer med angst og lett til moderat depresjon. Fastlegen vil ha en sentral rolle som henvisende instans til Rask psykisk helsehjelp og ved oppfølgingen av de som mottar tilbudet. Den enkelte pilotkommune har ansvar for å etablere gode rutiner for samarbeid med fastlegene.

Fastlegens rolle i forhold til Rask psykisk helsehjelp kan bl.a dreie seg om:

Gjøre tilbudet kjent: God informasjon er en forutsetning for godt samarbeid. Ved etablering av tilbudet og eventuelt senere ved behov, kan f.eks fastlegenes Allmennlegeutvalg være en god arena for å gi informasjon og ha dialog med fastlegene. Her kan samarbeidsrutiner og ansvarsforhold mellom fastlegene og Rask psykisk helsehjelp avklares. (Aktuelle tema er inklusjons- og eksklusjonskriterier, rutiner ved henvisning, sykemelding og epikrise.) Skriftlig informasjon spesielt rettet mot fastleger bør være tilgjengelig. Tilbudets innhold og målgrupper og rutiner for samarbeid beskrives, i tillegg kan det være nyttig å si noe om hvilke pasientgrupper som ikke er målgruppe for tilbudet.

Tydlig inklusjon og eksklusjonskriterier sikrer at behandlingstilbudet i rask psykisk helsehjelp er det riktige for flest mulig av de pasientene som henvises. Enkle henvisningsrutiner, som for eksempel et standardisert henvisnings-skriv, vil kunne bidra til at terskelen for henvisning blir lavere.

Samarbeid om den enkelte pasient:

Under behandling i Rask psykisk helsehjelp kan det være behov for samarbeid med pasientens fastlege som ved spørsmål rundt sykemelding, dialogmøter med arbeidsgiver, ved manglende effekt av behandlingen og ved uavklarte somatiske symptomer. Personlige

opplysninger kan i utgangspunktet bare utleveres i den utstrekning pasienten eller brukeren samtykker til det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6. Det vises for øvrig til helsepersonelloven kapittel 5 generelt og til § 25 om samarbeidende personell spesielt. Det fremgår av denne bestemmelsen at med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

De fleste pasienter som er målgruppen for Rask psykisk helsehjelp, vil oppsøke fastlegen med sine symptomer. Disse pasientene har ofte kroppslige symptomer som ledsager deres psykiske sykdom. Det kan dreie seg om hjertebank, brystmerter, opplevelse av pusteproblemer, magesmerter, slapphet og muskelsmerter. Redusert hukommelse og sviktende konsentrasjonsevne er vanlig ved depresjon. Pasientene oppfatter ofte at dette skyldes somatisk sykdom og det er nødvendig å gjøre en medisinsk utredning for å utelukke dette.

Pasienten kan kontakte RPH direkte, utfyllende medisinske opplysninger skal da normalt innhentes hos fastlegen i etterkant.

Når pasienten har hatt vurderingssamtale i Rask psykisk helsehjelp og videre behandling er avklart, skal det sendes epikrise til oppfølgende helsepersonell og pasientens fastlege med 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. Helsepersonellet har i utgangspunktet ikke plikt til å innhente et eksplisitt samtykke, men ved tvil bør pasienten forespørres. Dette gjelder særskilt ved psykiske lidelser, og dersom epikrisen skal sendes til andre enn pasientens fastlege. Det anbefales at det avklares med pasienten under vurderingssamtalen hvem epikrisen skal sendes til, slik at pasienten er informert og eventuelt kan motsette seg utsending av epikrise. Utlevering av epikrise 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

Rask psykisk helsehjelp bør også ha regelmessig dialog med fastlegene vedrørende organisering og innhold i tilbudet.

5.1.2 Samhandling med NAV

Arbeid er viktig for den psykiske helsen. At behandlingen retter seg mot å bedre arbeidsfunksjon og å støtte opp om en rask tilbakeføringsprosess til arbeid vil derfor kunne bidra til både økt arbeidsdeltakelse og bedret psykisk helse. For å sikre måloppnåelse bør RPH etablere et samarbeid med lokalt NAV-kontor.

Viktige punkter man må være oppmerksom på i samarbeidet med NAV-kontoret er:

- For personer med et ansettelsesforhold (sykmeldte) er det viktig at det etableres et samarbeid med fastlege og NAV-kontor rundt rask tilbakeføring. Det kan være lurt å lage rutiner for dette.
- For personer uten et ansettelsesforhold vil det være viktig at brukere som har behov for oppfølging fra NAV får hjelp til å skaffe arbeid samtidig med behandlingen og at behandlere og jobbveileder samarbeider tett. Erfaring fra Senter for jobbmestring viser at behandlingen blir mer effektiv når brukeren får hjelp til å håndtere symptomene i en reell arbeidssituasjon. NAV-kontoret bør derfor oppfordres til å vurdere hvorvidt det er mulig å knytte faste arbeidsoppfølgere til tjenesten, alternativt etablere rutiner for tett samarbeid med behandlere og den enkelte brukers NAV-veileder.

Hvert fylke har en fylkeskoordinator for arbeid og psykisk helse som evt. vil kunne være behjelpelig med etableringen av samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp. Kontaktinformasjon finnes på www.nav.no/psykiskhelse.

Man kan i tillegg trenge **andre aktører** inn f.eks. til å hjelpe med bolig, økonomi etc. dersom det viser seg at dette er en del av problemet.

«Raskere tilbake»- et annet tilbud med fokus på angst, depresjon og arbeidsevne

Helsedirektoratet støtter et tilbud i *spesialisthelsetjenesten* kalt «Raskere tilbake», et tilbud som også gis ved psykiske lidelser, fortrinnsvis angst og depresjon. Her kreves det henvisning, oftest skjer dette fra fastlege. Forut for oppstart i individuell terapi får pasientene tilbud om å delta på kveldskurs om mestring av angst og depresjon, som regel strekker dette seg over 4 kvelder og skjer forut for oppstart av individuell terapi. Individuell terapi gis ved poliklinikker dels på dagtid, dels på kveldstid. Det er et tilbud rettet mot dem som har depresjon eller angstproblemer, og som er sykemeldt eller står i fare for å bli sykemeldt, hovedsakelig i form av kognitiv terapi og assistert selvhjelp. Det er et fokusert korttidstilbud, og det legges stor vekt på aktivt samarbeid med pasienten, med egenaktivitet mellom timene.

5.1.3 Samhandling med DPS

Innen Rask psykisk helsehjelp skal det ikke settes diagnoser, men gjøres en vurdering av hvorvidt pasienten er i målgruppen for RPH eller ikke, utfra symptomnivå. Hvis pasienten trenger diagnostisering/ behandling i spesialisthelsetjenesten, skal han/hun henvises dit gjennom fastlege.

Ved suicidalitetsproblematikk, se Nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalfagligretningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonalfagligretningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf>

I Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, er ansvar og oppgavefordeling beskrevet. Se retningslinjene for utfyllende informasjon:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primær-og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf>

- **Faktorer som tilsier aktiv behandling i primærhelsetjenesten**
 - fem depresjonssymptomer eller flere
 - depresjon i pasientens 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 adferd
 - psykotiske symptomer
 - sterk uro samtidig med en rekke alvorlige symptomer
 - alvorlig nedsatt evne til egenomsorg

Ved akutt behov henvender behandler ved Rask psykisk helsehjelp seg, i samarbeid med pasienten, enten til fastlege, legevakt eller direktekontakt med ambulant akutt-team ved DPS. Ambulant akutt-team samhandler nært med kommunale tjenester, herunder psykisk helsetjeneste, akuttavdeling, andre enheter i psykisk helsevern og brukerorganisasjoner.

- Ved gjennomføring av trinnvis omsorgsmodell for Rask psykisk helsehjelp, trinn 1,2 og 3, hvor vesentlig bedring uteblir, kontaktes fastlege for vurdering av henvisning til DPS. (Se også pkt. 9.2).

5.1.4 Samhandling med andre lokale aktører, bl.a. Frisklivssentralen

Frisklivssentralen er en kommunal forebyggende helsetjeneste, som har tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner. Det finnes i dag ca. 150 frisklivssentraler i Norge. Frisklivssentralen gir strukturert oppfølging, primært gjennom helsesamtale, tilbud om fysisk aktivitet, kostholdsendring, snus- og røykeslutt. Videre kan frisklivssentralen tilby kurs i mestring av depresjon, endring av alkoholvaner og andre tilbud som fremmer mestring av egen helse. Frisklivssentralen skal ha oversikt over andre helsefremmende og forebyggende tilbud i kommunen og samarbeide med andre aktører der det er naturlig.

Målgruppen for frisklivssentralen er personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse. Tilbudet ved frisklivssentralen er utviklet for å styrke individets kontroll over egen helse. Gjennom å styrke positive helsefaktorer bidrar frisklivssentralen til å øke individets mestringsfølelse, kapasitet og funksjon slik at flere kan oppnå bedre helseatferd. Frisklivssentralens tilbud skal være tilgjengelig for alle i målgruppen og åpen for personer med og uten henvisning. Frisklivssentralen samarbeider med aktuelle aktører i frivillig, privat og offentlig sektor.

Frisklivssentralen har en salutogen tilnærming. Fokus rettes mot faktorer som fremmer helse og mestring og på individuelle mestringsressurser. Det er individet selv som er den aktive og som eier endringsprosessene, og frisklivssentralen har en tilnærming som styrker deltageren som aktør i eget liv. I dette perspektivet ligger det å se hele mennesket og ulike livsområder i sammenheng. Målet er å gi deltakerne større tillit til egen mestring, bedre funksjonsevne og styrke fysisk og psykisk helse. Fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer ved lett til moderat depresjon (Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon, 2009).

5.1.5 Samhandling med avtale-spesialistene

Avtalespesialistene (psykologspesialister og psykiatere) behandler et betydelig antall pasienter hvert år, og kan være aktuelle samarbeidspartnere for Rask psykisk helsehjelp.

5.2 Faste møteplasser, kontaktpunkter osv.

Vi anbefaler faste møter for å ivareta samhandling med de ulike aktørene. Dette kan f.eks organiseres gjennom at man har faste møter med f.eks DPS, fastlege, NAV og evt andre. Man kan også tenke seg avtaler om veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

6 Rapportering/registrering

6.1 Registrering/journalføring

Rask psykisk helsehjelp skal benytte kommunens ordinære journalsystem. (jf pasientjournalforskriften).

Det er viktig at RPH ikke skal være en utredningstjeneste. Noe kartlegging er imidlertid nødvendig både for å kunne gjøre vurderinger med tanke på hva som synes å være mest hensiktsmessig behandling, samt for å kunne måle effekt av tiltaket.

Nødvendig informasjon skal derfor registreres blant annet for å sikre at tilbudet kan evalueres. Helsedirektoratet vil gi anbefalinger for hva slags informasjon som bør registreres, og eksempler på relevante kartleggingskjemaer.

Vurdering av symptomtrykk

Behandlingstilbudet Rask psykisk helsehjelp har som mål å hjelpe brukerne til lettet symptomtrykk knyttet til angst og depresjon, samt bedret arbeidsevne. For å vurdere om og i hvilken grad hjelpen bidrar til at behandlingsmålene nås, er jevnlig bruk av relevante kartleggingsinstrumenter avgjørende. De ansatte i RPH gis opplæring i bruk av kartleggingsinstrumenter for regelmessig å evaluere om behandlingen er symptomdempende i forhold til angst og depresjon. De lærer også hvordan de kan dele og drøfte disse resultatene på en konstruktiv måte med brukeren. En rekke studier viser at slik regelmessig tilbakemelding kan styrke behandlingseffekt og motvirke uvirksom behandling (Hidle, Selvaag & Berge, 2012; Lambert, 2010).

Vurdering av arbeidsevne

Rask psykisk helsehjelp skal også bidra til å bedre arbeidsevnen til brukerne, for å forhindre langtidsfravær og uførhet. Det vil gis opplæring i vurdering av og samtalemetodikk rundt arbeidsevne, for eksempel av symptomenes innvirkning på jobbfunksjon, brukerens opplevelse av arbeidsmiljø, sosial støtte på jobben og relasjon til leder. Sentralt her vil være kartlegging av negative tankemåter som kan være til hinder for arbeidstilknytning, for eksempel depressive tanker om ikke å være ønsket eller å være utilstrekkelig. Om nødvendig, hjelpes brukerne/pasientene til å stille spørsmål ved de negative tankemåtene, og til å prøve ut mer positive tankemønstre. Det skal også innhentes informasjon om arbeidstilrettelegging, bruk av avventende eller gradert sykmelding etc. Dette kan gjerne i dialog med arbeidsstedet, hvis brukeren samtykker. Det bør også etableres et tett samarbeid med NAV for å sikre måloppnåelse, se pkt.5.1.2.

Vurdering av funksjonsnivå

Det er viktig å foreta en helhetlig vurdering av funksjonsnivå. Dette innebærer bl.a å også vurdere fungering på viktige livsområder: bl.a sosial fungering og hvordan man greier å ivareta daglige gjøremål og rutiner.

6.2 Registreringsverktøy, kartleggings skjemaer

Registrering av symptomer på angst og depresjon

I opplæringsprogrammet vil det gis en innføring i kartleggings skjemaer som kan brukes rutinemessig for alle pasienter, for eksempel mål på grad av depressive symptomer som PHQ-9 og Becks depresjonsinventorium. Det gis innføring også i skjemaer for måling av symptomtrykk ved spesifikke lidelser, som sosial angstlidelse og posttraumatisk stresslidelse.

Eksempler på relevante kartleggings skjema for måling av symptomer på angst og depresjon:

PHQ-9 og GAD-7

Dette er oversatte versjoner av kartleggingsinstrumenter fra IAPT for kartlegging av henholdsvis depresjon og angst.

BDI 2 (Becks Depression Inventory) er et selvutfyllingsskjema laget for å måle de affektive, kognitive, motivasjonelle og fysiske symptomene på depresjon. Det tar vanligvis 3 - 5 minutter å fylle ut skjemaet. Spørsmålene besvares ved å sette ring rundt tallene fra 0 til 3, hvor 0 indikerer at det ikke er noen symptomer til stede.

Dette instrumentet er mye brukt av både leger, terapeuter og innen forskning. Skjemaet er egnet til å registrere endringer i depresjonsforløpet, som forbedringer eller forverring. Derfor brukes det også til å registrere effekten av behandlingene. BDI 2 kan evt. fylles ut av bruker før hver time, etter dialog med bruker om dette (husk å spørre om tillatelse til å sende ut skjemaer i det bruker tar første kontakt).

BAI (Becks Anxiety Inventory) er et 21-ledds selvutfyllingsskjema som skal måle (alvorlighetsgrad av) angst-symptomer/ angst-plager. Spørsmålene besvares ved å sette ring rundt tallene fra 0 til 3, hvor 0 indikerer at det ikke er noen symptomer til stede.

Bakgrunnsinformasjon

Vi anbefaler også at pilotene tar med følgende bakgrunnsinformasjonen i utredningen av den enkelte bruker/pasient:

Kjønn

Alder

Sivilstatus

Antall barn og alder på disse

Utdannelse

Inntekt
Fysisk aktivitet (hva, hvor ofte)
Tilfredshet med parforholdet (for dem som har partner/samboer/ektefelle)
Sosial støtte (hvor mange gode venner, hvor hyppig og god kontakt med familie, øvrig nettverk m.m.)
Alkoholvaner
Søvn

Arbeids-situasjon / arbeidstilknytning:

Student
Militærtjeneste
Hjemmeværende
I jobb (i så fall: stillingsbrøk, samt fast/midlertidig jobb/ type jobb)
Arbeidssøkende (har ikke jobb)
Ufør
Sykmeldt
AAP

Er man fraværende fra sitt vanlige arbeid nå
I så fall: hva er årsaken (sykmeldt/ permisjon/annet)

6.3 Hva skal den registrerte informasjonen brukes til?

- Journalføring for lovpålagt dokumentasjon (jf. forskrift om pasientjournal)
- Kunne yte best mulig hjelp til brukerne/pasientene
- Forskning-evaluering av tjenesten. Evaluere effekten av tjenesten. Hensikten med resultatrapportering og forskning er bl. a. å teste ut et tilbud i piloter, måle resultater/effekt, og ha noe å vise til i forbindelse med at man ønsker å utvide tilbudet
- Revurdere og justere tjenesten
- Noe rapportering vil også måtte gjøres i forhold til tilskudd/ bruk av tilskuddsmidler for at vi skal kunne vurdere om tilskuddsmidler er benyttet i forhold til mål. Vurdere måloppnåelse for tilskuddsordningen (jfr. tilskuddsregelverket)

Et system for kvalitetssikring må være innebygget i RPH, jfr IAPT. Man må evaluere behandlingen kontinuerlig underveis, og sikre at pasientene får andre tilbud (eller at man går videre ett steg opp, evt at man avslutter behandlingen) hvis tiltaket ikke virker.

7 Relevant lovverk

Kommunen må sikre at helse- og omsorgstjenestene som ytes ved Rask psykisk helsehjelp (RPH) er faglig forsvarlige. Innen RPH må man forholde seg til alle relevante lover og forskrifter gjeldende for helse- og omsorgstjenesten generelt. Under følger en kort omtale av de mest sentrale lovene.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft 1. januar 2012. Den erstattet kommunehelse- tjenesteloven og sosialtjenesteloven. Formålet med loven er blant annet å forebygge og behandle psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bedre levekårene for vanskeligstilte og forebygge sosiale problemer, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1.

Loven er diagnosenøytral og profesjonsnøytral, med unntak av fastlege. Ulike profesjonsgrupper vil kunne yte tjenester etter loven, innenfor rammene av forsvarlighetskravet.

Kommunen har et lovpålagt ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, inkludert personer med psykisk sykdom, skade, lidelse eller rusmiddelproblem. I Ot.prp. nr. 91 (2010-2011) punkt 15.5.8 «Særlig om psykisk helsetjeneste og rustjeneste» er kommunens ansvar for psykiske helsetjenester og hjelp for rusmiddelproblemer særskilt omtalt.

Kommunens helhetlige ansvar for også psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem m.m. omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Kommunen skal også ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. I tillegg til plikten til å yte individrettede tjenester skal helse- og omsorgstjenesten bidra i kommunens folkehelsearbeid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 andre ledd. Folkehelsearbeid er for øvrig regulert i folkehelse-loven.

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt tjenestetilbud innenfor helse- og omsorgstjenesten, og er dermed omfattet av helse- og omsorgstjenestelovens regler. Ordningen bidrar til å oppfylle kommunens lovpålagte ansvar for tjenester. Helsehjelpen må imidlertid virke sammen med andre helse- og omsorgstjenester for å oppfylle kommunens helhetlige ansvar overfor personer med psykiske problemer.

Kommunens tjenester skal være forsvarlige jf. § 4-1. Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Dette forutsetter tilstrekkelig og kvalifisert personell til å utføre oppgavene. Det er ikke tilstrekkelig at hver enkelt deltjeneste er

forsvarlig. Også det totale tjenestetilbudet må være forsvarlig. Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud krever nødvendig samarbeid internt i kommunen og med spesialisthelse-tjenesten. Tjenestene skal også samarbeide med andre relevante sektorer, som for eksempel NAV, jf. § 3-4. Kommunen må påse at pasienter og brukere får oppfylt sine rettigheter til koordinator og individuell plan dersom situasjonen er tilstede, jf. kapittel 7.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Helse- og omsorgstjenesteloven er en tjenestelov som regulerer kommunens plikter til å yte tjenester. Hvilke rettigheter den enkelte har til helse- og omsorgstjenester bestemmes av annen lovregulering. Det er særlig pasient- og brukerrettighetsloven som er sentral.

Pasient og bruker har rett til både øyeblikkelig hjelp og nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a første og andre ledd. Rettighetene avgjøres ut fra en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering.

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Medvirkningsretten henger nært sammen med retten til informasjon om helsetilstand og helsehjelpen, jf. § 3-2. Pårørende har rett til informasjon når pasient eller bruker samtykker til det, jf. § 3-3.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir for øvrig pasienter, brukere og pårørende ulike rettigheter ved vurdering og ytelse av helse- og omsorgstjenester. Sentrale regler er rett til fornyet vurdering etter henvisning fra allmennlege (§ 2-3), rett til innsyn i journal (§ 5-1) og klagerett (§ 7-2).

Helsepersonelloven

Hovedregelen er at alt personell som yter tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven må oppfylle pliktene i helsepersonelloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

Helsepersonelloven hjemler taushetsplikt om forhold man får kjennskap til i egenskap av å være helse- eller sosialpersonell, jf. kapittel 5. I noen tilfeller vil det også kunne foreligge en opplysningsplikt der taushetsplikten settes til side, jf. kapittel 6. Virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde taushetsplikten, jf. § 16.

Det foreligger journalføringsplikt etter kapittel 8. Det vises også til forskrift om pasientjournal og de krav som der fremkommer, særlig § 8. Enkelte personellgrupper er unntatt fra dette kravet i medhold av forskrift om helsepersonellovens anvendelse.

Helsepersonelloven inneholder også en rekke andre plikter for virksomheten og det enkelte personell.

8 Brukerperspektivet

Regjeringen har som mål å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Dette betyr at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak. Pasient/bruker skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt. Begrepet «brukerorientering» innebærer også en mer likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre siden (sitat: Meld. St. 10 2012–2013 God kvalitet – trygge tjenester).

Bedre kvalitet i tjenestene forutsetter en mer aktiv pasient- og brukerrolle. Et mer pasient- og brukerorientert fokus på helsetjenestene er også en viktig forutsetning for større pasient- og brukersikkerhet. Det overordnede målet for brukermedvirkning er at brukere og pårørende har reell innflytelse på utforming av tjenestene, både på individnivå og systemnivå.

Brukere som medvirker i planer og oppfølging av tjenestene, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser. Brukermedvirkning er både en viktig selvstyringsprosess, men det tilfører også helse- og omsorgstjenestene vesentlig kompetanse.

Konkrete tiltak for brukermedvirkning:

Brukermedvirkning er en rettighet som er nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; gjennom medvirkning i politikkutforming, påvirkning på systemnivå og individnivå.

1. Brukermedvirkning på systemnivå

Brukermedvirkning på systemnivå innebærer at brukere medvirker gjennom organer som brukerråd, brukerutvalg og høringer.

- Brukererfaringsundersøkelser som danner grunnlag for utvikling av tjenesten. Det vil si et system for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter
- Likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer, og fagkunnskap.
- Medvirkning innebærer makt til å påvirke. Det betyr at brukererfaringer skal gjenspeiles i anbefalinger av tiltak og veiledere
- All informasjon må legges opp til å være forståelig for brukerne
- Øke kommunikasjonskompetansen hos helsepersonellet slik at de kan ha et godt grunnlag til å kommunisere med brukerne
- Brukermedvirkning i utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste
- Samarbeid med brukerorganisasjoner
- Brukerrepresentasjon i råd og utvalg

2. Brukermedvirkning på individnivå

Brukermedvirkning på individnivå går ut på at brukerne gis muligheter til å gjøre selvstendige valg i forhold til egen behandling.

- Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem
- Koordinering av tjenestene rundt brukeren
- Brukerens egne mål skal så langt det lar seg gjøre være styrende for arbeidet
- Ha fokus på bedringsprosesser og egenmestring for den enkelte pasient eller bruker
- Gi brukeren verktøy og bidrag til selv å jobbe med problematikken
- Viktig med oppfølging av brukeren både under og etter behandlingen
- Brukerne må være aktive deltagere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak
- Brukeren må være deltagende i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder

Brukerperspektivet i Rask psykisk helsehjelp

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, noen skammer seg over sine psykiske plager, og andre har tidligere hatt negative erfaringer med behandling. Dette stiller store krav til terapeutene i Rask psykisk helsehjelp, om å sikre opplevelse av likeverdighet, gjensidighet og samhandling.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og dermed ikke noe som helsepersonell kan velge å forholde seg til eller ikke. Det er også et viktig virkemiddel for å sikre at brukeren av helsetjenester blir godt ivaretatt og sikres mulighet til aktiv medvirkning i utredning og behandling. Dessuten har brukermedvirkning en åpenbar egenverdi, fordi det støtter opp under at mennesker som søker hjelp, får styre over sitt eget liv, motta hjelp på sine egne premisser, og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

Tiltak skal bygge opp under og utvikle den enkeltes mulighet for å ta i bruk sine egne ressurser for å mestre tilværelsen. Søkelyset bør derfor også rettes mot personens sterke sider og egenskaper, samt ressurser og muligheter i hans eller hennes nærmiljø.

Terapeutisk allianse

Forskningen om hva som gir de beste behandlingsresultatene ved psykiske lidelser, er i tråd med brukerperspektivet. Pasienten får størst utbytte av psykoterapi så vel som av medikamentell behandling når den er bygget på en god allianse. Allianse kjennetegnes ved at pasient og terapeut er enige om behandlingens mål og hvilke metoder som skal benyttes for å nå målene, og ved kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom dem, som grad av gjensidig tillit, akseptering og forståelse. Det er først og fremst pasientens opplevelse av alliansen som er knyttet til et godt resultat, og det er viktig at en god allianse etableres tidlig i behandlingen. Behandling preget av aktivt samarbeid mot tydelig definerte mål fungerer

best, og behandlerens faktiske kompetanse i de metoder som benyttes, har en vesentlig betydning for resultatet av behandlingen.

Recovery-perspektivet

En annen faglig tilnærming som fremhever brukerperspektivet er "recovery" og forskning på bedringsprosesser. Dette er en tankegang som egner seg godt for målgruppen til Rask psykisk helsehjelp. Viktige elementer er selvstendigjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål. Veien til bedring er en dypt personlig og unik prosess med forandring av egne verdier, følelser, mål, ferdigheter og roller.

Brukerevaluering av tjenestetilbudet

Å inkludere brukere i evaluering av Rask psykisk helsehjelp er sentralt i utviklingen av tjenesten. Personer som selv har gått igjennom behandling og veiledet selvhjelp har viktig kunnskap om hvordan tilbudet kan forbedres. Helsedirektoratets "Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse" (Rapport 15–1315, 2006) beskriver ulike virkemidler for å fremme brukermidvirkning.

Det anbefales at hvert senter knytter til seg en person med erfaringskompetanse, og som har gjort bruk av tilbudet ved senteret. Denne personen vil med regelmessige mellomrom kunne delta i møter med senteret der evaluering og tjenesteutvikling er tema. Brukeren vil her kunne få veiledning av Mental helse sentralt.

9 Rutiner - mottak, vurdering, valg av behandlingsform, viderehenvisning

9.1 Vurderingssamtale

Målgruppen for Rask psykisk helsehjelp er mennesker over 18 år med lettere og moderat angst- og depresjon. Alvorlige psykiske lidelser skal ikke omfattes av RPH. Det er viktig at man har rutiner for å sikre at de som får et tilbud i RPH er i målgruppen. Alle som henvender seg til RPH skal ha en informasjons- og vurderingssamtale i forkant av behandlingen. Denne kan være ansikt til ansikt, eller eventuelt tas per telefon (jfr. metode benyttet ved Kveldspoliklinikken Raskere Tilbake (Berge & Karlsen, 2010)). De ansatte i pilotene skal ha kompetanse i vurdering av hvem som faller inn under tilbudet for RPH, og hvem som bør henvises videre til andre hjelpeinstanser. De ansatte i RPH skal etter opplæring kunne gjøre en vurdering av psykisk lidelse, symptomtrykk og personens situasjon og ressurser. For brukere som faller utenfor målgruppen, må man kunne gjøre en vurdering i forhold til hvorvidt de trenger hjelp ved andre instanser, og i så fall hvor. Dette må avgjøres i samarbeid med brukeren/pasienten.

Kartlegging med selvutfyllingsskjemaer som kan brukes rutinemessig for alle pasienter blir en del av inntaksvurderingen/ vurderingssamtalen. Her kan PHQ-9 og GAD-7 benyttes. Dette er kartleggings skjemaer som brukes i IAPT for måling av henholdsvis depresjon og angst. Becks depresjonsinventorium (BDI-II) og Becks angst-inventorium (BAI) er eksempler på andre relevante kartleggingsinstrumenter.

På bakgrunn av den samlede vurderingen skal det gis tilbud om veiledet selvhjelp og/eller følge et tidsbegrenset behandlingsforløp med kognitiv terapi på anslagsvis 2 til 15 timer, dersom Rask psykisk helsehjelp vurderes å være riktig tilbud. Dette betyr at noen personer skal gis et direkte tilbud om kognitiv terapi og ikke veiledet selvhjelp. Se pkt. 3 for videre beskrivelse av innholdet i tilbudet for de som skal få et tilbud innenfor Rask psykisk helsehjelp.

9.2 Rutiner for viderehenvisning

Det skal etableres gode rutiner for viderehenvisning av bl.a pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser, alvorlig risiko for suicidal adferd, samt store rusproblemer. Henvisning til spesialisthelsetjenesten er som hovedregel lagt til pasientens fastlege. En henvendelse fra RPH skal være slik at fastlegen eller andre som skal stå for henvisningen, kan gjøre en rask og best mulig vurdering. Det vil være av stor betydning at relevant informasjon fra Rask psykisk helsehjelp kan vedlegges henvisningen.

Følgende lidelser bør vurderes i forbindelse med inntak/valg av behandling:

Psykose: Angst og depresjon er hyppig forekommende komorbide lidelser ved alvorlig psykisk lidelse som psykose. Første tegn på en psykoselidelse kan være uspesifikke som angst og depressive symptomer (prodromal fase), problemer med søvn og det å isolere seg fra sosial kontakt. Komorbide angstlidelser ved psykose kan være posttraumatisk stresslidelse (PTSD), sosial fobi, tvangslidelse (OCD), generalisert angstlidelse eller panikklidelse. Komorbide lidelser kan ha negativ innvirkning på prognosen og effekten av behandlingen. Forekomsten av samtidig depressiv lidelse ved psykose ser ut til å være assosiert med dårligere prognose, økt fare for psykotiske tilbakefall, dårligere sosial fungering, kognitiv svekkelse, dårligere respons på antipsykotiske legemidler, rusmisbruk og økt fare for selvmordsforsøk og selvmord. Endring i angst og depresjonssymptomer kan også være tegn på endringer i psykoselidelsen.

- Ved mistanke om psykoselidelse, bør fastlege kontaktes for vurdering av henvisning til DPS.
- Angst- og depresjonsbehandling ved diagnostiserte psykoselidelser bør skje hos fastlegen eller spesialisthelsetjenesten.

Bipolar lidelse er en alvorlig lidelse. Differensialdiagnostikken er vanskelig når den bipolare lidelsen begynner med en depressiv episode. Det kan være forskjeller i det kliniske bilde mellom bipolar depresjon og andre depressive episoder. Depresjoner som senere viser seg å være ledd i en bipolar lidelse, vil statistisk sett debutere noe tidligere, komme mer brått på, være dypere og mer preget av psykomotorisk retardasjon og psykotiske symptomer. Om lag 70 % av personer med bipolar lidelse har samtidig angstlidelse, særlig vanlig er panikklidelse.

- Ved mistanke om bipolar lidelse, bør fastlege kontaktes for vurdering av henvisning til DPS.
- Ved depresjoner ved en diagnostisert bipolar lidelse, bør behandling skje hos fastlegen og/eller spesialisthelsetjenesten.

Personlighetsforstyrrelse: Mennesker med denne problematikken vil ofte søke behandling for tilbakevendende psykiske symptomer som f.eks. angst eller depresjon, mer enn for de underliggende personlighetsproblemerne. Kombinasjonen av depresjon og personlighetsforstyrrelse er assosiert med et dårligere behandlingsresultat enn depresjon alene. <http://bjp.rcpsych.org/content/188/1/13.short>

- Personlighetsforstyrrelse skal i hovedsak ikke behandles innen Rask psykisk helsehjelp, blant annet på grunn av at dette vanligvis krever behandling av mer langvarig karakter. Fastlege bør kontaktes for vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Rusproblemer/rusmisbruk: Rusmidler har helt klart innvirkning på psykisk helse. Ved rusmiddelproblematikk er angst- og depresjons-symptomer vanlig. Angstlidelsene dekker et stort spekter når det gjelder alvorlighet, fra lette spesifikke fobier uten stor betydning til invalidiserende alvorlig angst som reduserer viktige funksjoner og livskvalitet. Ved

rusmiddelmisbruk som fører til depresjon, blir mange bedre av depresjonen ved behandling av ruslidelsen. Det er mulig å skille mellom primære og sekundære lidelser (primære ruslidelser og sekundære psykiske problemer eller primære psykiske lidelser og sekundære rusmiddelproblemer), slik at behandlingen kan tilpasses. Både psykiske lidelser og rusmiddelproblemer kan ha felles utløsende faktorer. Rusproblematikk kan øke selvmordsrisiko, spesielt ved depressive tilstander.

- Om det er alvorlig rusproblematikk og samtidig angst og depresjon, bør fastlegen kontaktes for vurdering av henvisning til Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for et behandlingstilbud for rusmiddelproblematikk.
- Ved angst og depresjon der det samtidig er begrenset rusproblematikk, kan Rask psykisk helsehjelp for primærlidelsen anbefales.

Selvmondsrisiko:

Selvmondsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En vurdering av selvmordsrisiko er derfor både en vurdering av en person og en situasjon. Personell ved Rask psykisk helsehjelp skal kjenne de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. De skal ha kompetanse i kartlegging/identifisering og vurdering av suicidalfare, slik at man kan avklare hvorvidt pasientens risikofaktorer for suicidal atferd er av en slik alvorlighetsgrad at det er nødvendig med henvisning til annen instans for behandling og oppfølging.

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (se pkt. 5.1.3 for lenke) skiller mellom *kartlegging/identifisering* og *vurdering* av selvmordsrisiko.

Helsepersonell bør alltid *kartlegge/identifisere* hvorvidt det foreligger selvmordsrisiko hos mennesker med psykiske lidelser. Kartlegging innebærer å spørre om pasienten:

- har selvmordstanker og/eller selvmords-planer
- har gjort selvmordsforsøk tidligere

Dersom kartleggingen gir mistanke om selvmordsrisiko, tilsier forsvarlighetskravet at det foretas en klinisk *vurdering* av selvmordsrisiko av helsepersonell som er utdannet til dette. En slik vurdering forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorene for selvmord, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter. Oppfølgingstiltak settes i verk i tråd med graden av risiko, for eksempel i form av en støttende empatisk samtale, mobilisering av nettverk, medikamentell intervensjon eller innleggelse i psykisk helsevern.

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern gir forslag til prosedyrer for kartlegging, vurdering og tiltak. Disse skal man som ansatt ved senter for Rask psykisk helsehjelp ha satt seg inn i og fått opplæring i.

Det bør være rutiner for at man for å forebygge selvmord, råder pasient og eventuelt pårørende til å være oppmerksom på endringer i stemningsleie, negative tenkemåter, følelser av håpløshet, mye angst og selvmordstanker. Dette gjelder spesielt i høyrisikoperioder som ved økt stress, konflikt i nære relasjoner, ved utskriving etter innleggelse i døgnenheter i psykisk helsevern og ved oppstart av og endringer i medisiner. Pasienter og pårørende bør rådes til å ta kontakt med helsevesenet dersom de er bekymret,

og informeres om hvilke muligheter som finnes lokalt på ulike tider av døgnet. Man bør her vurdere om pasientene har tilstrekkelig sosial støtte. Pårørende til pasienter i alvorlig selvmords-krise bør få tilbud om støtte til bearbeiding av egne reaksjoner eller problemer i etterkant.

Det er avgjørende at man ved sentre for Rask psykisk helsehjelp har gode rutiner for å sikre at pasienten får den nødvendige oppfølgingen hos rett hjelpeinstans. Svært mange pasienter med angst og depresjon vil ha suicidale tanker, mange av disse vil kunne behandles i RPH, gitt at depresjonen ikke er for alvorlig, eller det ikke er mye annen problematikk.

Dersom vurdering av suicidalfare avdekker at pasientens risikofaktorer for suicidal atferd er av en slik alvorlighetsgrad at det er nødvendig med henvisning til annen instans for behandling, skal man henvise videre til spesialisthelsetjenesten. Dette omtales under pkt. 5.1.3, Samhandling med DPS.

I de tilfeller man har gjort en kartlegging og en vurdering av selvmordsrisiko, og det foreligger tvil vedrørende alvorlighetsgraden, bør man konferere med annet kompetent personell og evt. henvise videre til spesialisthelsetjenesten.

9.3 Oppfølging av barn av foreldre i rask psykisk helsehjelp

Når pasienten er forelder eller har omsorg for mindreårige barn, vil hans/hennes helsetilstand kunne påvirke barnas omsorgssituasjon for kortere eller lengre tid. Depressive symptomer hos en omsorgsgiver som blant annet tilbaketrekning, initiativløshet, likegyldighet eller irritabilitet kan innvirke negativt på barn.

Stortinget vedtok 19. juni 2009 endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har. Endringene trådte i kraft 1. januar 2010.

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand, jf. helsepersonelloven § 10a. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre. Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester (jr. rundskrivet «Barn som pårørende», Helsedirektoratet 2010).

Det forutsettes at ansatte i pilotstudien forholder seg til de gjeldende lover og regler i helsepersonelloven, herunder § 10a om helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende og § 33 om opplysninger til barneverntjenesten. Dette innebærer at de ansatte skal kunne vurdere omsorgssituasjonen og eventuelt behovet for oppfølging som

barn av pasienter ved Rask psykisk helsehjelp har. Det anbefales videre at ansatte i pilotstudien gjør seg kjent med blant annet rundskrivet «Barn som pårørende», utgitt av Helsedirektoratet (IS-5/2010).

Helsepersonelloven § 10a

§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet:

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Departementet kan gi forskrifter som utdyper innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen.

For ytterligere informasjon:

Barn som pårørende:

Rundskriv 5/2010 utgitt av Helsedirektoratet. Rundskrivet gir utfyllende veiledning i hvordan endringene i helsepersonelloven fra 2010 skal tolkes. Her finner du også noe informasjon om kartlegging og oppfølging av barns behov og om andre aktuelle og relevante oppgaver for helsepersonell. Diverse eksempler på skjemaer for kartlegging, innhenting av samtykke til å gi informasjon og følge opp barn, samt bekymringsmelding til barneverntjenesten er vedlagt rundskrivet.

Lenke:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-paorende/Publikasjoner/barn-som-paorende.pdf>

Barnespor for helsepersonell

Verktøyene kalt Barnespor er utarbeidet av Kompetansesenter rus Midt-Norge, med støtte fra Helsedirektoratet. Det er ment som en støtte til samtaler med foreldre som sliter med rus og/eller psykiske vansker.

Barnespor kan lastes ned på Voksne for Barn sine nettsider under når barn er pårørende:

http://www.narbarnerpaorende.no/filestore/NR_BARN_ER_PARENDE/JOBBER_MED_BARN/Ressurser_p_net/Dokumenter/Barnesporforhelsepersonell.pdf

Opplæringsprogrammet pårørende

Helsedirektoratet har utgitt "Opplæringsprogrammet pårørende", utarbeidet av PårørendeSenteret i Stavanger i samarbeid med Kjell Inge Torgersen.

E-læringsprogrammet skal være en igangsetter til refleksjon og drøfting.

"Opplæringsprogrammet pårørende" er for ansatte og ledere i kommunale og spesialiserte tjenester innen psykisk helse, rus og somatikk. Programmet viser ulike caser hvor pårørende møter hjelpeapparatet, herunder barn som pårørende.

Lenke:

<http://www6.uis.no/Fag/OP/release/>

Barns Beste:

Barns Beste er et kompetansesenter for barn som pårørende. Ressurssidene her er laget for helsepersonell, barneansvarlige og ledere i helseforetak og kommuner. På denne siden får du hjelp til å ivareta barn i tråd med lovbestemmelsene. Her kan helsepersonell gjennomføre et e-læringskurs om barn som pårørende.

Lenke: www.barnsbeste.no

Lenke til ressurssidene:

<http://www.helse-sorost.no/pasient/laeringogmestring/barnsbeste/Sider/forside.aspx>

Voksne for barn:

Organisasjonen Voksne for Barn er en landsomfattende, ideell medlemsorganisasjon.

Oppdraget er å bidra til at barn og unge får en god psykiske helse. På hjemmesiden finnes en egen ressurside om barn som pårørende for de som møter familier i jobben sin, for barn som er pårørende og foreldre som er syke eller rusavhengige. Her kan man også laste ned og bestille informasjonsmateriell til barn og foreldre.

Lenke:

http://www.narbarnerparorende.no/barn_som_parorende/jobber_med_barn/

Nærmere om opplysningsplikten til barnevernet, se:

Rundskriv om Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten utgitt av Barne- og familiedepartementet i 2005.

Lenke:

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-a-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf

Alt helsepersonell, uavhengig av profesjon, arbeidssted eller funksjon, må kjenne de grunnleggende kravene helsepersonelloven stiller til deres yrkesutøvelse. Rundskrivet «Helsepersonelloven med kommentarer» utgitt av Helsedirektoratet (IS-8/2012) skal være et praktisk oppslagsverk for helsepersonell og ledere i helsetjenesten og saksbehandlere i helseforvaltningen som har spørsmål om innholdet i helsepersonelloven.

Helsedirektoratet er ikke ansvarlig for lenkene. Vi anbefaler at dere jevnlig undersøker om lenkene er oppdaterte.

10 Evaluering av Rask Psykisk Helsehjelp

10.1 Forskning/evaluering

Rask psykisk helsehjelp skal evalueres/ følges med forskning. Helsedirektoratet arbeider for å få på plass midler til evaluering av tjenesten. Det er i denne forbindelse viktig at en del informasjon blir registrert fra oppstart av tilbudet, jfr. anbefalinger under pkt 6, samt informasjon sendt til pilotene pr. mail.