



Allmennpsykologiske arbeidsmåter

Muligheter og handlingsrom

Allmennpsykologisk årskonferanse
2022

Anne-Kristin Imenes



§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap,
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d. psykososial beredskap og oppfølging.
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

Førstelinje - ferdigheter

- <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-a0036072.pdf>

Competencies for Psychology Practice in Primary Care

Susan H. McDaniel	<i>University of Rochester Medical Center</i>
Catherine L. Grus	<i>American Psychological Association</i>
Barbara A. Cubic	<i>Eastern Virginia Medical School</i>
Christopher L. Hunter	<i>Defense Health Agency, Falls Church, Virginia</i>
Lisa K. Kearney	<i>Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs Central Office, Washington, DC, and University of Texas Health Science Center at San Antonio</i>
Catherine C. Schuman	<i>Harvard Medical School</i>
Michele J. Karel	<i>Department of Veterans Affairs Central Office, Washington, DC</i>
Rodger S. Kessler	<i>Vermont College of Medicine</i>
Kevin T. Larkin	<i>West Virginia University</i>
Stephen McCutcheon	<i>Veterans Affairs Puget Sound Health Care System, Seattle, Washington</i>
Benjamin F. Miller	<i>University of Colorado Denver School of Medicine</i>
Justin Nash	<i>Brown University and Memorial Hospital of Rhode Island, Pawtucket, Rhode Island</i>
Sara H. Qualls	<i>University of Colorado, Colorado Springs</i>
Kathryn Sanders Connolly	<i>Veterans Affairs Connecticut Healthcare System, West Haven, Connecticut, and Yale University School of Medicine</i>
Terry Stancin	<i>MetroHealth Medical Center, Cleveland, Ohio, and Case Western Reserve University School of Medicine</i>
Annette L. Stanton	<i>University of California, Los Angeles</i>
Lynne A. Sturm	<i>Indiana University School of Medicine</i>
Suzanne Bennett Johnson	<i>Florida State University College of Medicine</i>

This article reports on the outcome of a presidential initiative of 2012 American Psychological Association President Suzanne Bennett Johnson to delineate competencies for primary care (PC) psychology in six broad domains: science, systems, professionalism, relationships, application, and education. Essential knowledge, skills, and attitudes are described for each PC psychology competency. Two behavioral examples are provided to illustrate each competency. Clinical vignettes demonstrate the competencies in action. Delineation of these competencies is intended to inform education, practice, and research in PC psychology and efforts to further develop team-based care.

(see Table 1 for a definition) is associated with improved outcomes for both health and mental health problems (Butler et al., 2008; Unützer, Schoenbaum, Druss, & Katon, 2006). Although PC psychology has been an area of focus over the past few decades, there is no generally accepted articulation of the competencies psychologists need to work effectively in PC medical settings.

Editor's note. This article is one of 11 in the May–June 2014 *American Psychologist* “Primary Care and Psychology” special issue. Susan H. McDaniel, PhD, and Frank V. deGruy III, MD, MSFM, provided the

“Primary care psychology”
er anvendelsen av psykologisk kunnskap
og prinsipper i førstelinjen
i møte med **vanlige** fysiske og mentale
helseproblemer
som oppstår hos pasienter og familier
gjennom livsløpet”

(Mc Daniel 2014)

**Oda (18 år) har angst
og går lite ut**

**Mohammed (9 år) er redd
og vil ikke på skolen**

**Lars (17 år) har
begynt
å ruse seg**

**Nina (31 år) har
søvnproblemer**

**Per (25 år) har
konsentrasjonsvansker
og sliter med å stå i jobb**





Skulder ved skulder arbeid

Gjøre den andre god

Synergieffekter av kompetansedeling

Å gjøre sammen med, i stedet for å overta

A blue ballpoint pen with a silver-colored tip and clip is positioned diagonally across the upper left portion of the image. It rests on a document featuring a bar chart with several blue bars of varying heights. The background is a light blue grid. The text 'Ferdighet' and 'Vurderingskunnskap' is overlaid in white on the right side of the image.

Ferdighet Vurderingskunnskap

Murtaghs fem spørsmål

Hva er de mest sannsynlige tilstandene?

Hvilke alvorlige tilstander må ikke oversees?

Hvilke tilstander blir ofte oversett (fallgruver)?

Forsøker klienten å formidle noe helt annet?

Når skal man gripe inn og hvordan?



Sykdomsoppsporing- "case finding"

Klinisk epidemiologiske ferdigheter

Evnen til å vurdere summen av kunnskap, symptomer, tegn, historie, kartleggingsskjema
– og effekten av igangsatte tiltak

Sannsynlighetstilstander

Tilstander som ikke bør oversees

Allmennpsykologiske oppgaver er knyttet til kommunal undersøkelsesplikt

Mennesker går rundt med **pasientrettigheter**.

Faglig og etisk ansvar for å gjøre nødvendige undersøkelser

Verktøy for å skape handlingsrom





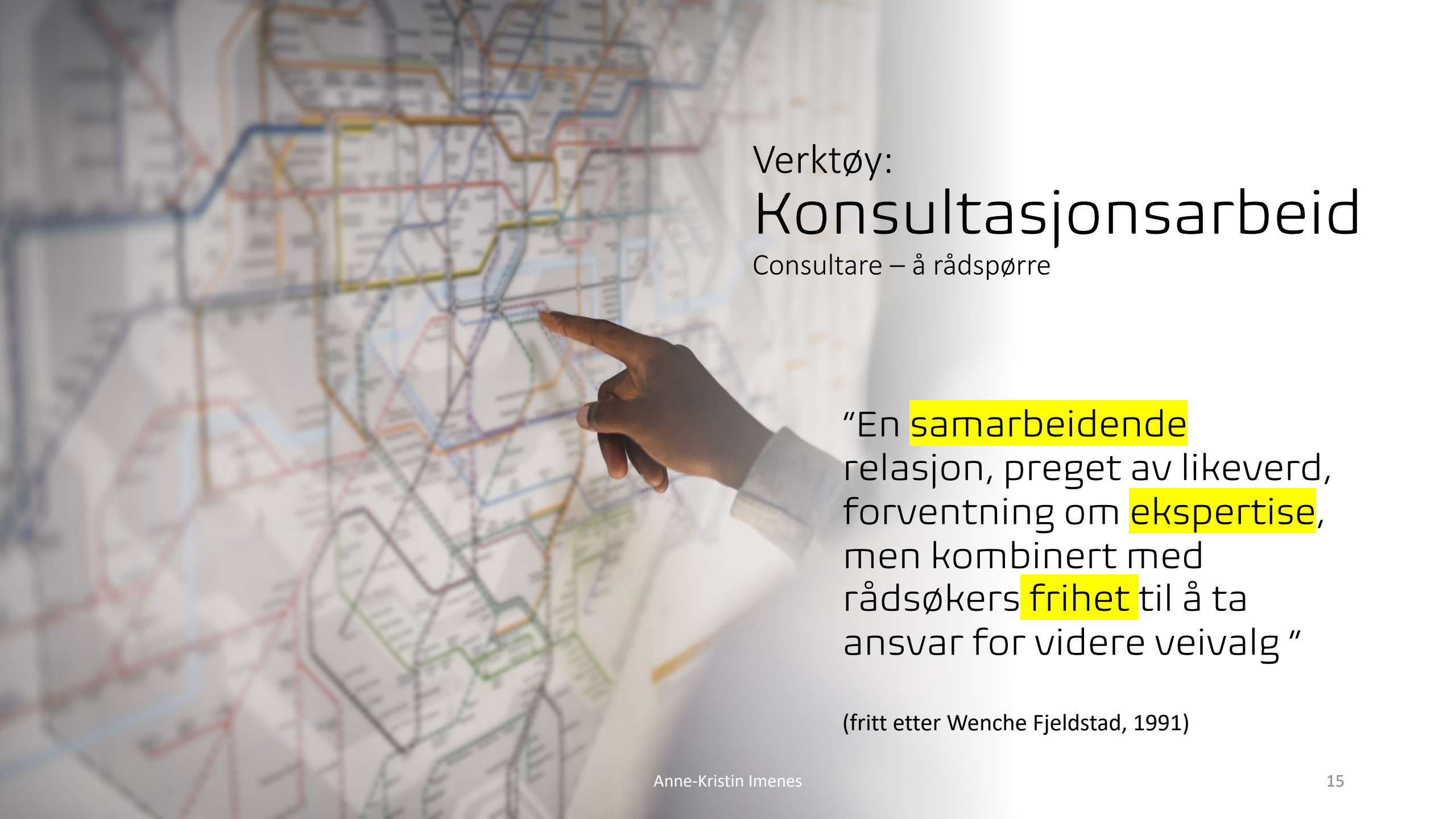
Verktøy:

Vurderingsamtaler Førstegangssamtaler

Riktig sted?

Riktig hjelpenivå?

Type innsats?

A hand in a white sleeve points towards a complex, multi-colored transit map. The map features various colored lines (blue, red, yellow, green, purple) representing different transit routes, with station names and numbers visible. The background is a light, slightly blurred version of the same map.

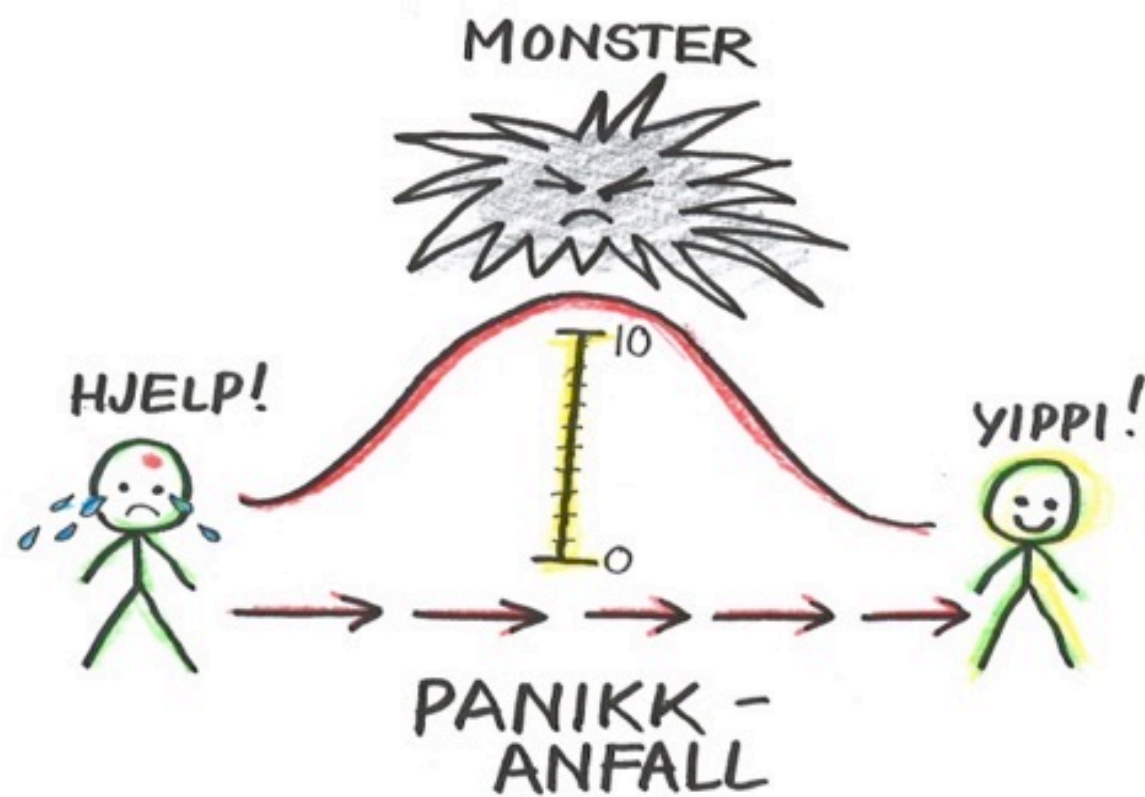
Verktøy:

Konsultasjonsarbeid

Consultare – å rådspørre

“En samarbeidende relasjon, preget av likeverd, forventning om ekspertise, men kombinert med radsøkers frihet til å ta ansvar for videre veivalg ”

(fritt etter Wenche Fjeldstad, 1991)



Verktøy - varierte tilnærminger:

Kommunal behandling er så mangt

- Psykologisk behandling
- Indirekte og veiledet behandling gjennom nærpersoner
- Veiledet selvhjelp (nettkurs, litteratur)
- Rådgivning og kunnskapsformidling
- Å gi konkret veiledning for å endre og utvikle atferd
- Igangsetting av strukturelle tiltak i miljøet



- Oppfølgingssamtaler over telefon
- Langtidsoppfølging av mennesker med kroniske behov og sammensatte vansker, kriseintervensjoner og mer sporadisk rådgivning
- Koordinering og tilrettelegging for helhetlig hjelp
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å sikre helhetlig behandling
- Veiledning og konsultasjonstjenester til andre fagpersoner om din/felles pasient
- Igangsetting av systemiske tiltak som kan gi hjelpende virkning, etter en faglig vurdering



Behandling:
Faglig målrettede intervensjoner
for å hjelpe ved
identifiserbare vansker

(Imenes, 2018)

Behandling

Tiltak rettet mot individer med symptomer utover det minimale. (Major, FHI 2011, Bedre føre var...)

Tiltak for å helbrede, bekjempe, lindre og forhindre plager, sykdom, skade eller funksjonshemming, eller evnt. konsekvenser av dette med bakgrunn i medisinsk vitenskap og kunnskap (www.volven.no)

Mer fokus på å høyne funksjon,
fremme helse og egenmestring
fremfor bedring



Laminering er validering

Å få noe på veien gjør det lettere



Verktøy:

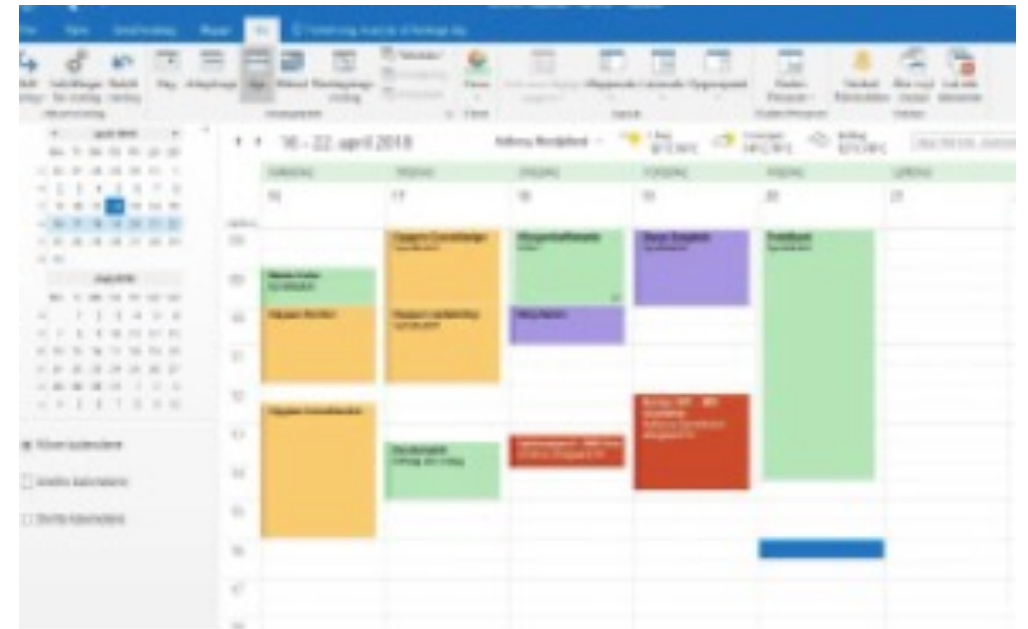
Fleksibel
tidsbruk

Tiden som
diagnostikum

Prioritere dagen

Prioritere uken

- Åpen tid
- Samarbeidstid
- Klientdager
- Skrivetid



Hvordan prioritere?

Forslag:

- Det mest alvorlige fremfor det mindre alvorlige
- Prioriterte målgrupper (se KS utenfor-regnskap
- Vurderingssamtaler fremfor behandlingssamtaler

Vurdere tematikk:

- Kriser, førstegangshenvendelser
- Sammensatte saker
- Samarbeidssaker
- Vold, overgrep og alvorlig bekymring
- Mobbesaker
- Nye tilfeller av angst og skolevegring hos barn

Verktøy:

Diagnostisk intervjuing

Angst?

- Vedvarende engstelig og urolig tilstand
- Som **ikke** varierer gjennom dagen
- Mer sannsynlig generalisert angstlidelse enn panikkangst

Depresjon?

- **Ikke** endret søvn mønster
- **Ikke** lett irritabel
- Mye å glede seg over
- Mindre sannsynlig deprimert

Verktøy Tiltaksbasert kartlegging

1. Rask kartlegging og vurdering
2. Forklare
3. Prøve tiltak
4. Evaluere



Vurderinger og hjelp på primærhelsenivå

Omfang
Nivå
Spesifisitet



Verktøy

ICPC-2

[illegible]

Journalføring. Kortere. Enklere.

03.08.2019/AKI: Konsultasjon, første

Det aktuelle:

Jente 10 år, mor følger.

Samtykker. Far?/skole/Fastlege/helses.

Bekymring psykisk helse tristhet, redsel, nylig skilsmisse

Kartlegging:

FIT endringskjema 17,2 av 40. Forteller om lav trivsel, redd.

FIT tilbakemelding: 37 av 40. For mye prat, vil tegne mer.

Strukturerte verktøy: HAD/KATE

Mål og ønsker

Vurdering:

ICPC 2 – P 01 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget

Behandling/tiltak/plan/råd: (f.eks. info og kognitiv tilnærming).

Neste avtale:

Spør: Hva syns du er viktig at jeg skriver ned i notatene mine fra i dag?

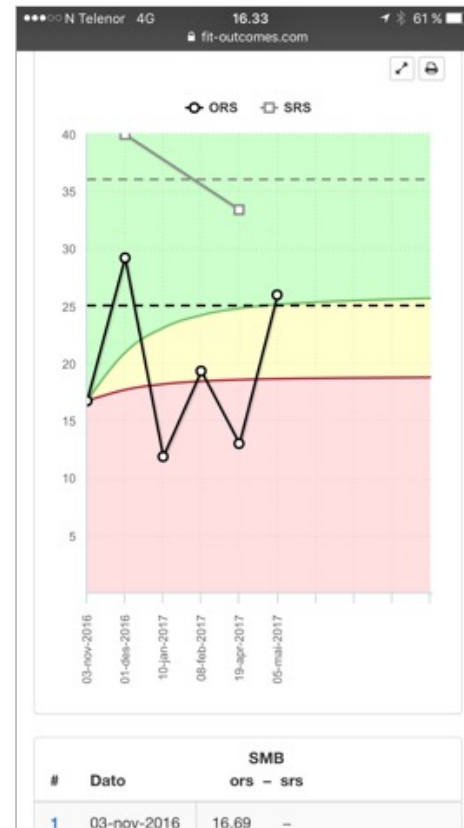
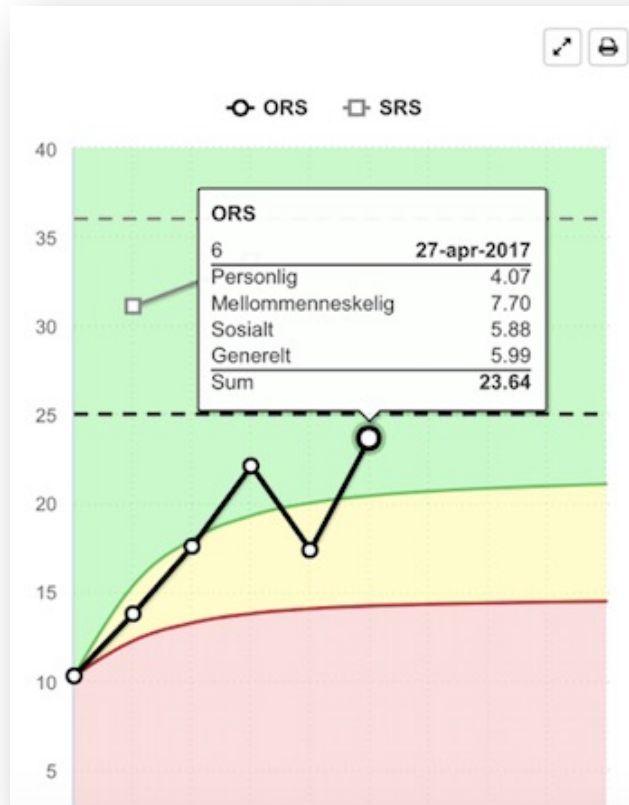
Har nok tid til god behandling

Psykologene opplever i stor grad at de gir behandling ofte nok og lenge nok når pasientbehandling avsluttes i kommunen (NPF, 2021)

Fare: overbehandling og opprettholdende behandling?

Verktøy

Systematisk følge med på endring



Hvor mye kartlegging er nødvendig?

“Kommunen skal gjøre den utredningen som er nødvendig og tilstrekkelig for å kartlegge personers tilstand, at det skal gjøres raskt, og at slik kartlegging skal danne grunnlag for videre tiltak.”



Kilde: Sammen om mestring - 2014

Verktøy: Enkel kartlegging

SCL-10 har like høy validitet
når det gjelder **angst og depresjon**
som de lengre utgavene
(SCL-25 og SCL-90).

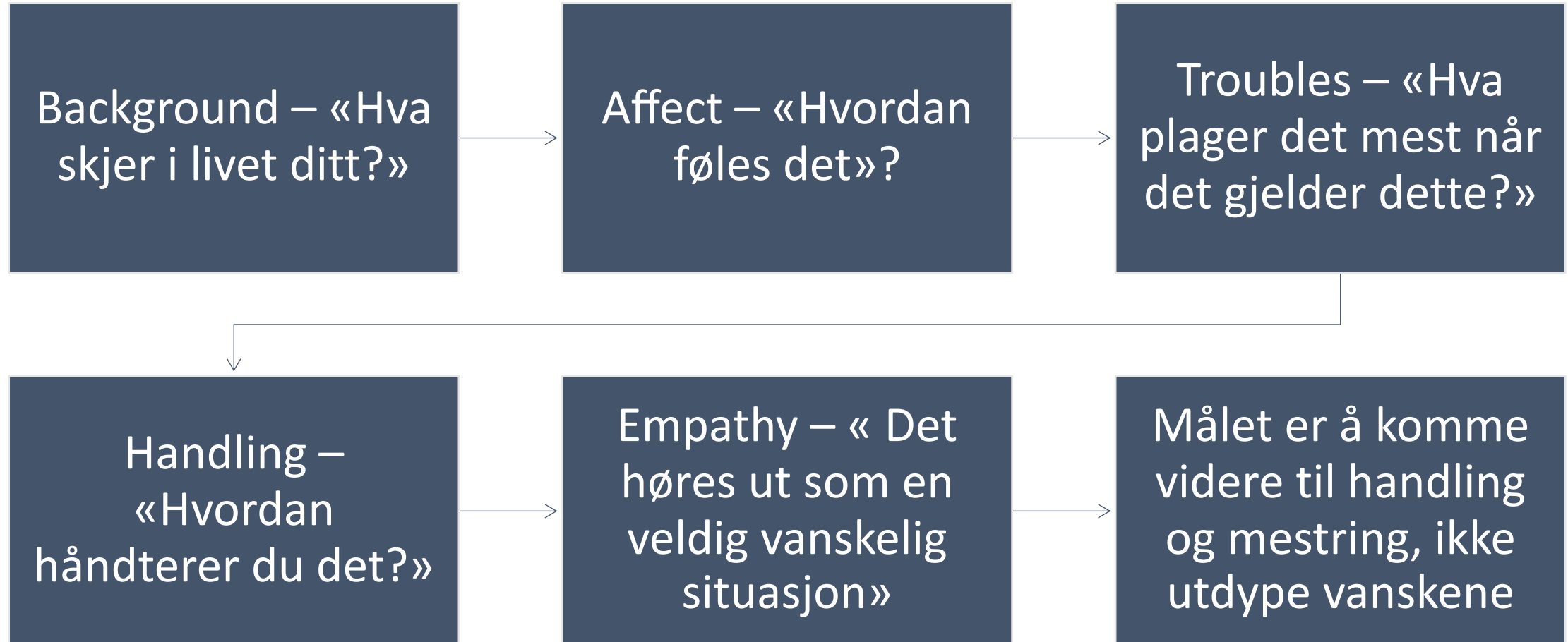
Under finner du en liste over ulike plager. Har du opplevd
noe av dette den siste uken (til og med i dag)?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye	Veldig mye
Plutselig frykt uten grunn.....	☐	☐	☐	☐
Føler deg redd eller engstelig	☐	☐	☐	☐
Matthet eller svimmelhet.....	☐	☐	☐	☐
Føler deg anspent eller oppjaget	☐	☐	☐	☐
Lett for å klandre deg selv	☐	☐	☐	☐
Søvnproblemer	☐	☐	☐	☐
Nedtrykt, tungsindig (trist)	☐	☐	☐	☐
Følelse av å være unyttig, lite verd	☐	☐	☐	☐
Følelse av at alt er et slit.....	☐	☐	☐	☐
Følelse av håpløshet mht. framtida	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.1-definisjon-av-utredning>

BATHE – kortfattet konsultasjonsteknikk



Fast rates of change - Good enough level

Rask endring **viser seg etter gjennomsnittlig fem samtaler.**

Hvis det skjer rask endring, skjer det oftest tidlig i terapiforløp.

Det er ikke mengden timer det kommer an på, men menneskers responsivitet.

En stor andel mennesker viser bedring etter syv timer, samtidig som mange alvorlig syke trenger atskillig flere timer for å oppnå behandlingsuksess.

Korte forløp er det vanlige

Et typisk behandlingsforløp i førstelinje strekker seg gjerne **fra 1 til 8 ganger** (Wilson 2004, side 183 i Primary Care Psychology 2004)

Det nasjonale gjennomsnittet i USA for terapiforløp er nært opp til 5 samtaler (Lambert, 2013).

Evalueringen av Rask psykisk helsehjelp viste en median på 5 møter per klient (Smith, Alves & Knapstad, 2016).

Snitt og timegrense er ikke det samme

Gjennomsnittlig antall samtaler: 4

1 – 2 samtaler: 41 %

3 – 5 samtaler: 37 %

6 – 10 samtaler: 16 %

Mer enn 11 samtaler: 6 %

Psyisk helseteam/psykologteam – Nøtterøy og Tjøme barn og unge 2014

Hvem er vi?

Et tilbud med lav terskel til barn og unge og deres familier i aldersgruppen 0-20 år. Tilbudet er korttidsrettet. Vi er knyttet opp mot helsestasjonen, barneverntjenesten, PPT og RMU, og skal bidra til utvikling og kvalitet for psykiske helsetjenester for barn og unge i kommunen.



Våren 2015 er vi fem personer:

Psykologspesialist Anne-Kristin Imenes (100 %:
Samhandlingsprosjektstilling 40 %)
Psykolog Ty Riva (90 %: De Utrolige Årene 40 %)
Psykiatrisk sykepleier Dyveke Sundt Frogner (90 %)
Psykologspesialist Turid Bryn (40 % vikar)
Psykologstudent Malin Kvaale Pedersen (100 % i 6 mnd)

Hva gjør vi?

1. Tidlig intervensjon/korttidsbehandling (ca 5 timer)
2. Konsultasjon/veiledning
3. Systemarbeid (tverretatlige tilbud)

Inntak:

Vi har inntaksmøte hver onsdag kl 11-12.30. Leder: Anne-Kristin Imenes
Henvendelser kan meldes på skjema, du kan sende mail eller drøfte med en av oss.

Vi har svært få henvendelser som gjelder barn 0-5 år (9 stk); dette bør være et innsatsområde i 2015.

Vi har også få henvendelser fra Tjøme.

Hva gjorde vi i 2014?

- 181 unike brukere/familier. Jevn fordeling mellom gutter og jenter.
- 739 konsultasjoner. I snitt 4 samtaler per sak.
- Ca 42 henvisninger videre (BUPA/PPT/andre)
- 4 Individuelle planer (IP)

Allmennpsykologisk praksisutøvelse

Vurdeirngs – og prioriteringskunnskap

Tempo: Hurtige vurderinger og raskere fremdrift

Mer fokus på å høyne funksjon, fremme helse og mestring fremfor bedring

Mer fokus på tiltak fremfor grundig kartlegging

Mer fokus på her og nå – og situasjon

Tiltaksbasert kartlegging: Å prøve det enkle først, for se om det hjelper og gir noe avklaring

Tidlig systemrettet involvering

”Tiden som diagnostikum” – la tiden jobbe

Frank, Mc Daniel, Bray, Heldring (2004) *Primary Care Psychology*, Searight (2011) *Primary Care Psychology*, Schei i Hunsbår, red (2010).
Lærebok i Allmennmedisin

<https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-a0036072.pdf>



ANNE-KRISTIN IMENES

Allmennpsykologi

PSYKISK HELSEHJELP I KOMMUNEN



Takk for meg!

- Anne-kristin.imenes@gmail.com
- www.psylogimenes.no
- www.robustungdom.no
- Tlf 90755410

