

Kunnskapsbaserte lavterskeltilbud





Anne-Kristin Imenes
Styreleder NFA
Seniorrådgiver, KORUS-Sør



Christian Sverdrup
de Verdier
Styremedlem NFA
Psykolog i Rakkestad
kommune



Program

Økt 1: Hva kjennetegner kunnskapsbaserte lavterskeltjenester?

Økt 2: Hva er nødvendig helsehjelp – og når bør den tilbys?

Økt 3: Kunnskapsbasert hjelp i kommunen – hva er det?

Lunsj

Økt 4: Brukermedvirkning og tilbakemeldingskultur

Økt 5: Verktøy og arbeidsformer i lavterskeltjenester

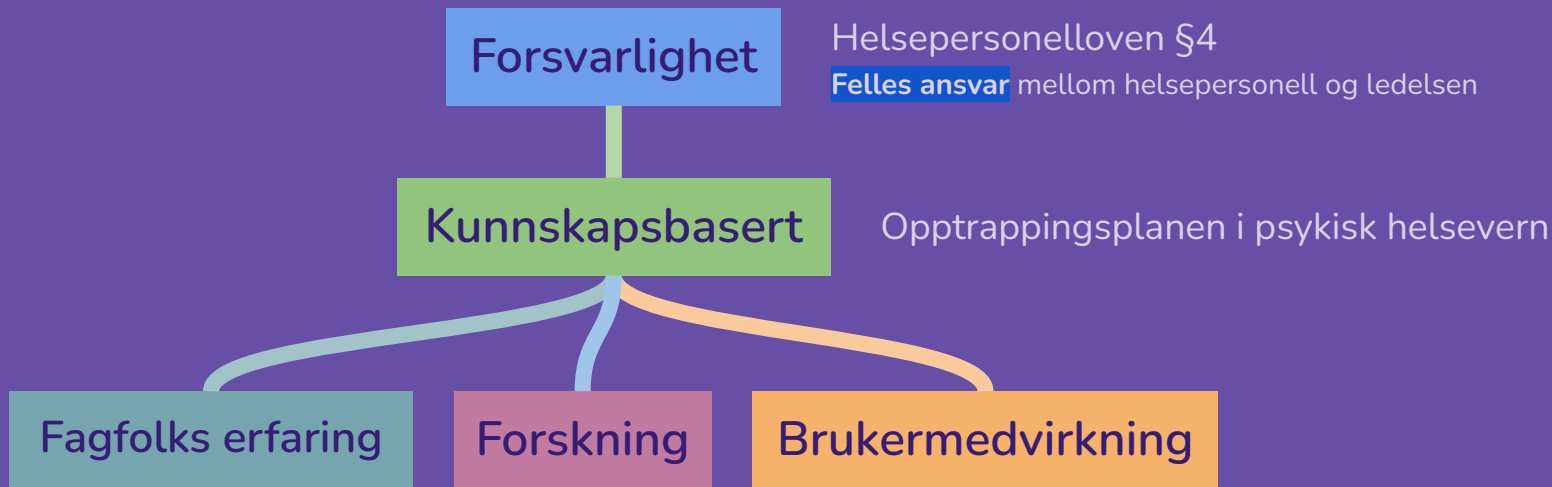


Økt 1

Hva kjennetegner
kunnskapsbaserte lavterskeltjenester?



Hva betyr kunnskapsbasert?



*“Helsepersonell **skal vurdere** hvordan bruke **forskningsbaserte tiltak** på en tilpasset måte **sammen med pasienten**”*



Kunnskapsbasert praksis er både **RAMMER** og **INNHOLD**



Ledelsesforankring, godt og trygt **arbeidsmiljø** og tilrettelegging for **fagutvikling** og **kunnskapsbasert praksis** (Opptrappingsplanen 3.8.3)

Aktivt bruk av lovverket, veiledere og retningslinjer

Være rustet med kunnskapen som trengs og ha forståelse om **hvordan omsette kunnskap i praksis**

Ha rutiner og prosedyrer som sikrer etterfølgelse (Kvalitetsforskriften)

Sikre rutiner og strukturer som ivaretar **kompetanseutvikling** og **videreutdanning**

Rutiner og **strukturer for samhandling**

Rutiner for **brukermedvirkning og pårørendearbeid**

Rutiner for **journalføring**



Vi i Norsk forening for
allmennpsykologi (NFA)
jobber for:



Høy faglighet og **grensesprengende metoder**, tett på motivasjon og klientens behov.

Kommunen skal arbeide annerledes enn en BUP eller et DPS.

Samtidig er det viktig å sikre et **minimum av god praksis**.

Vi er opptatt av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud som er **nyttige for folk**.

Vi ønsker at tjenestene skal fylles med kompetanse som **gir god helsehjelp** der folk bor.



Kunnskapsbasert praksis er **ikke bare** helsehjelp

Det kan også være:



stabil og trygg **bolig**



økonomisk stabilitet og trygghet



Mulighet for **meningsfull tilhørighet**



Stabil **døgnrytme**



Lavterskeltilbud som begrep

HDIR (2023): “Lavterskeltilbud er **ikke definert** i helse- og omsorgstjenestenloven”

Lavterskeltilbud blir definert som helsehjelp når det er **helsetjenester som tilbyr hjelpen** og at hjelpen **utføres av helsepersonell** (Helsepersonelloven §3)

Rundskriv I-4/2017 definerer lavterskeltilbud som helsehjelp.



Lavterskel - definisjon fra Helsedepartementet

Det typiske for lavterskeltilbud er at pasienter **ikke trenger henvisning** eller timebestilling for å oppsøke tjenestene eller delta på aktiviteter som tilbys.

Tjenestene skal være **gratis** og det oppleves å være lav terskel for å **opsøke tjenestetilbudene**.

Tjenestetilbudet kan variere mye, men vil ofte bestå av aktiviteter i form av gruppeterapi, nettverksmøter eller individuell oppfølging i form av enkeltsamtaler/individuell samtaleterapi m.m.



I praksis skal lavterskeltilbud:

Være **gratis og tilgjengelig**

Gi hjelp uten henvisning og **saksbehandlingstid** eller **lang ventetid**

Ha personell med **tverrfaglig kompetanse** til å oppfylle tjenestens formål

Tilby **tidlig og forsvarlig** hjelp



Lavterskeltilbud skal være pasientsentrert

Ha høy grad av brukerinvolvering og aksept for målgruppens ønsker og behov

Ha åpningstid tilpasset målgruppen og formål, tilby digitale kartleggings- og behandlingsverktøy og være "los" videre i systemet for målgruppen, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø

Bruke systematisk tilbakemelding fra brukerne aktivt i hjelpen gjennom bruk av tilbakemeldingsverktøy



Det **nye tilskuddet** for
kunnskapsbaserte
lavterskeltilbud



Kriteriene for å søke



Høy grad av brukerinvolvering

Være gratis og tilgjengelig

Gi hjelp uten henvisning og lang ventetid, ha åpningstid tilpasset målgruppen

Tilby digitale kartleggings- og behandlingsverktøy

Være los videre i systemet

Tilby tidlig hjelp

Bruke systematisk tilbakemelding fra brukerne i hjelpen



Det vil bli lagt vekt på



Presis beskrivelse av tiltaket, mål og målgrupper

Tydelig ledelsesforankring

Implementering: Iverksetting, drift, planer og budsjetter

Plan for evaluering

Hvordan ivaretas brukernes behov for helhetlige og samtidige tjenester

Hvordan måles bruker - og pårørendemedvirkning?

Hvordan tilbudet bygger kunnskapsbasert metodikk



Kriterier for å søke tilskudd **før 1. april:**

- Beskrivelse av **hvordan** tiltaket bygger på kunnskapsbasert metodikk.
- **“Med kunnskapsbasert menes at tjenestens innhold og metodikk bygger på et samspill av kunnskap fra forskning, klinisk kunnskap og erfaring fra brukere og pårørende.”**
- Kunnskapsbasert innebærer også at det kommunale handlingsrommet hensyntas fra lokale ressurser, rammer, forutsetninger og erfaringer.



Dilemmaer

Har kommunen sikret at tjenestene som gis er **tilstrekkelig kunnskapsbaserte**?

Hvilke **inklusions- og eksklusjonskriterier** bør på plass for lavterskeltjenestene?



Økt 2

Nødvendig helsehjelp
Hva er det og når bør den tilbys?



Viktige rettslige grunnprinsipper for helseretten

Menneskerettigheter

Har stor prinsipiell verdi i helseretten

Likhetsprinsippet

Likeverd

Forsvarlighetsprinsippet

Autonomiprinsippet

Konfidensialitetsprinsippet

Legalitetsprinsippet

Paternalisme



Tolkning av lover

Rettsregel er tolkningen av loven

Enkel regelanvendelse er å lese hva som står i den konkrete loven

Kompleks regelanvendelse er å tolke og vekte ulike rettskilder opp mot hverandre

Rettslig standard er en relativ størrelse
"Hva er faglig forsvarlig?"

Rettsprinsipper er gjennomgående rettsregler som går igjen i flere lover: Legalitetsprinsippet, rettssikkerhet, likhetsprinsippet osv.

Kollisjonsprinsipper

Lex superior betyr at høyere rang > lavere rang
*Grunnloven > Lover > Forskrifter > Forarbeider > Lokale regler
Høyesterett > Lagmannsrett > Tingrett*

Lex posterior betyr at nyere rettskilder > eldre rettskilder

Lex specialis betyr at spesialisert lov > generell lov

Rettskilder

Lovtekst

Forarbeider

Rettspraksis

Sedvane

Juridisk teori

Reelle hensyn

Internasjonale rettskilder

Forvaltningspraksis



Pasientens rettigheter

Forsvarlig helsehjelp

Informasjon



Medvirkning

Kun innenfor forsvarlighet

Kan ikke styre hvilken hjelp som tilbys

Journal og innsyn

Klage

Ny vurdering



Forsvarlighet



Helsepersonelloven §4

Rettslig standard

1. Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet
2. Ytes i tide
3. I tilstrekkelig omfang

Omfatter all helsehjelp
se Fusadommen



Sier noe både om hva som gis og hvordan det gis
Se verdighetsgarantien

Innholdet varierer ut ifra profesjon og erfaring

Personell skal innrette seg etter sine kvalifikasjoner



Øyeblikkelig helsehjelp

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-5

Legevakt

Kommunal akutt døgnettenhet

Psykososialt kriseteam



Hastegrad

“Påtrengende nødvendig”



Nødvendig helsehjelp

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 og 3-2
Prop.91L (2010-2011)

Skal være innenfor forsvarlig minstegrense

Det er utøvende helsepersonell som i første rekke vurderer hva som er nødvendig, samt har ansvaret og plikten. Samtidig er det et systemansvar.

Psykologer og fysioterapeuter inkluderes også i "utredning, diagnostisering og behandling"
HOL §3-2, pkt 4

Hva som ansees som nødvendig vurderes ut ifra

Den enkeltes nød
(alvorlighet)

Hva som er faglig nødvendig å gjøre
(triage+nytte)

Avveie pasientens behov mot
fellesskapets behov og ressurser
(nytte+ressurs)

Avveie hva som er rettferdig
fordeling mellom pasienter
(ressurs)



Nødvendig helsehjelp

Terskelen for hva som er nødvendig er **lav** fordi helsehjelp er definert bredt

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell.

Forvaltningsloven § 11a

Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold.

Innholdet i helsehjelpen bestemmes av helsepersonellet og kommunen
Hpl §4



«De som fyller villkårene for nødvendig helsehjelp, vil få en rett til minstestandard av hjelp UTEN hensyn til kommunens ressurssituasjon»

Helserett av Asbjørn Kjøenstad, 2007: s170

«De som fyller villkårene for nødvendig helsehjelp, vil få en rett til minstestandard av hjelp UTEN hensyn til kommunens ressurssituasjon»

Helserett av Asbjørn Kjøenstad, 2007: s170

Forsvarlig
minstegrense

Forsvarlig
minstegrense

Uforsvarlig

Svært bra helsehjelp
Optimal, fremragende, helt perfekt behandling

Meget bra helsehjelp
Klart og betydelig over middels

Bra helsehjelp
Vanlig og tilfredsstillende behandling

Nokså bra helsehjelp
Under middels, men over minstestandarden

Dårlig helsehjelp
Under minstestandarden. Culpa levissima

Simpel uaktsomhet
Klandreverdige opptreden

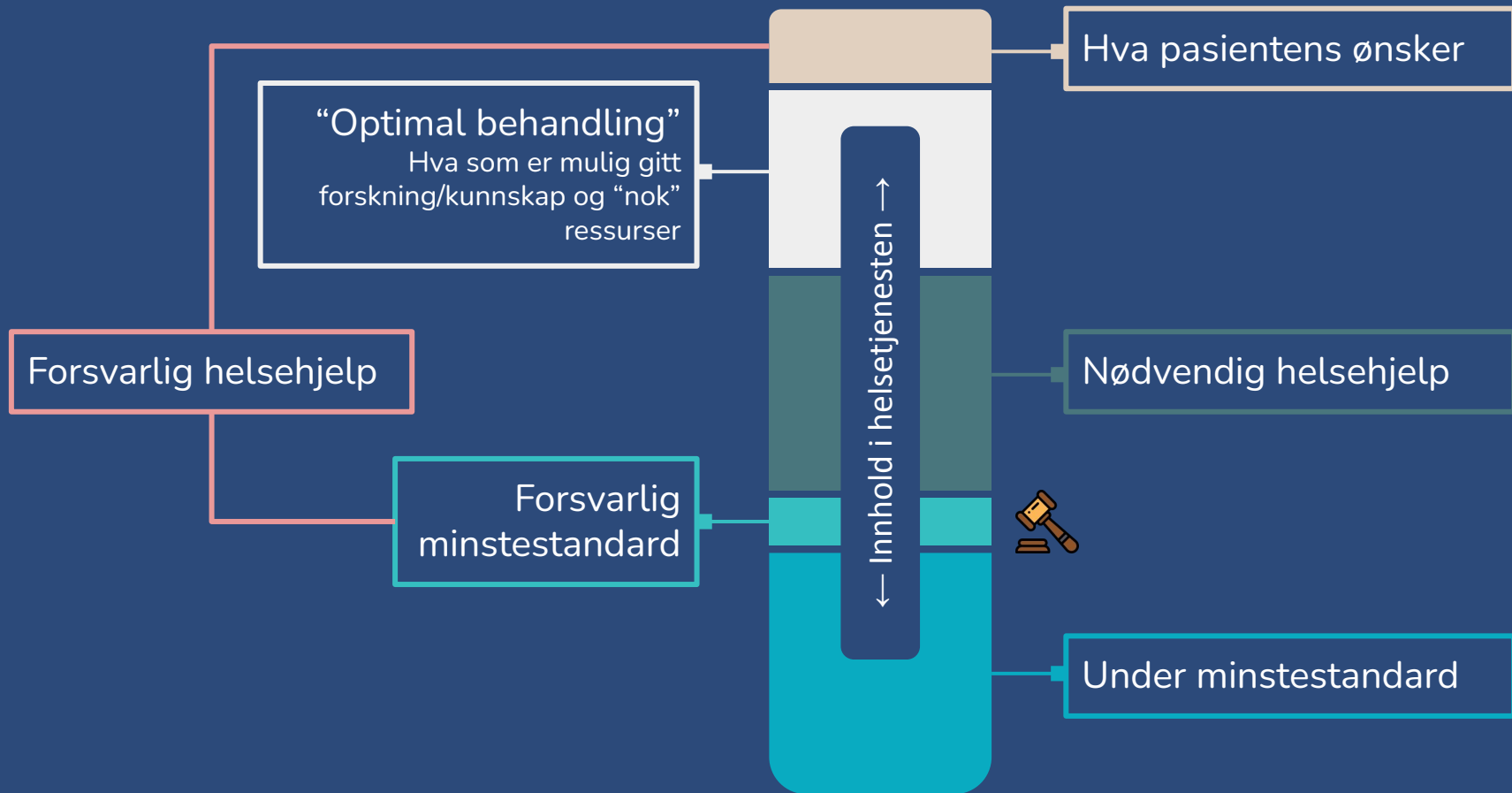
Grov uaktsomhet
Meget klandreverdig opptreden

Forsettlig skadeforvoldelse

Gjort skade med vilje

Overlagt skadeforvoldelse
Overveiet situasjon før skade ble voldt





Nødvendig helsehjelp for barn og unge

Barselomsorg

Ammehjelp

Helsefremmende og
forebyggende tiltak



Helsestasjon

Hjemmebesøk

Habilitering



Dilemmaer

Skal alle i helsetjenestene
skrive vurderinger?

Hvordan ser nødvendig helsehjelp
ut i praksis?

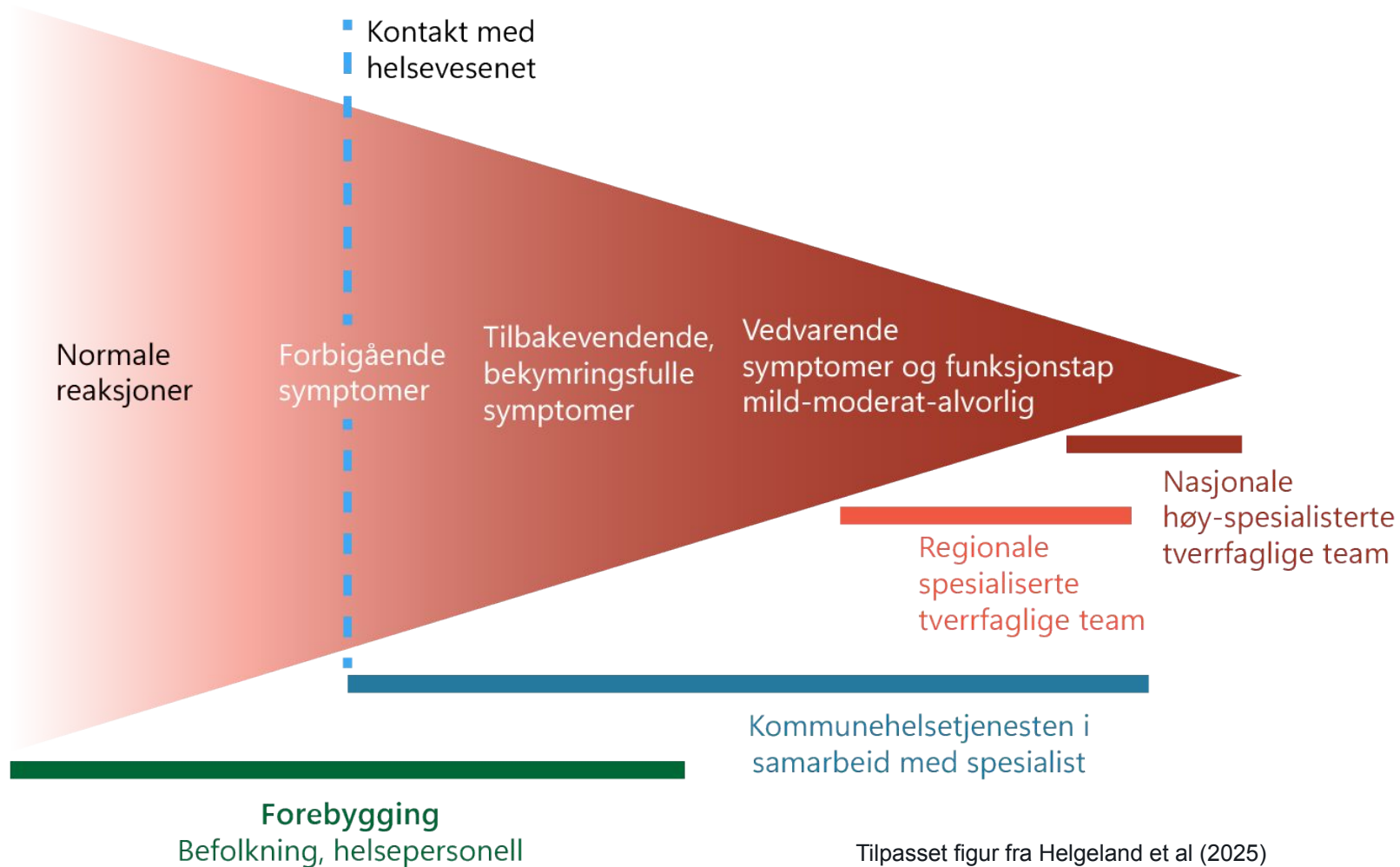
Hvor finner jeg ut hva lokalpolitikkerne
mener er nødvendig helsehjelp?



Økt 3

Kunnskapsbasert hjelp i kommunen
hva er det?





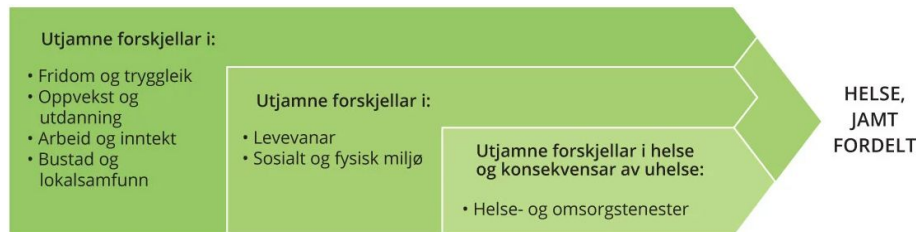
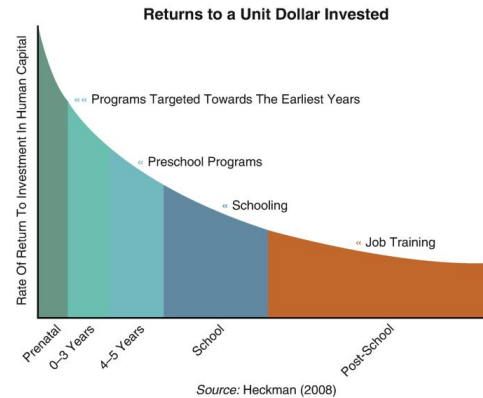
Forebygging og folkehelse

De **beste og mest lønnsomme** forebyggende tiltakene er det som treffer mange litt (Rose, 1992)

Mer behandling gir **ikke nødvendigvis lavere forekomst** av psykisk lidelse (Ormel et al, 2021)

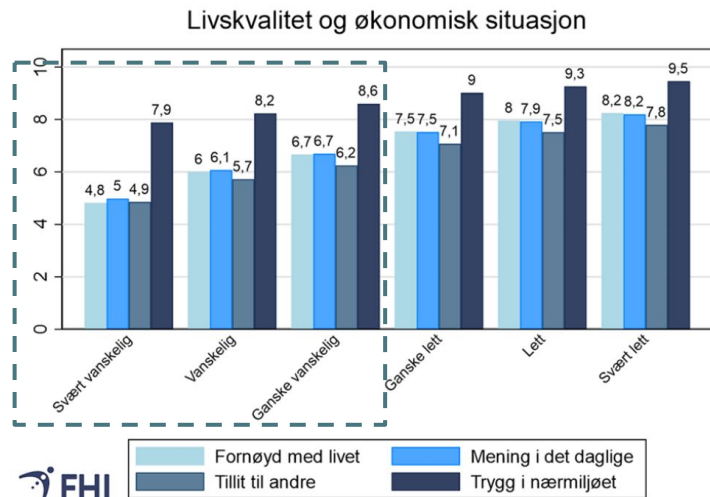
Jo tidligere forebygging skjer, desto **større gevinst** av investeringen (Heckman, 2012)

Psykisk helse bygges hovedsakelig **utenfor helsetjenesten** (sitat fra Christin Wangen Sjølie, 2024)

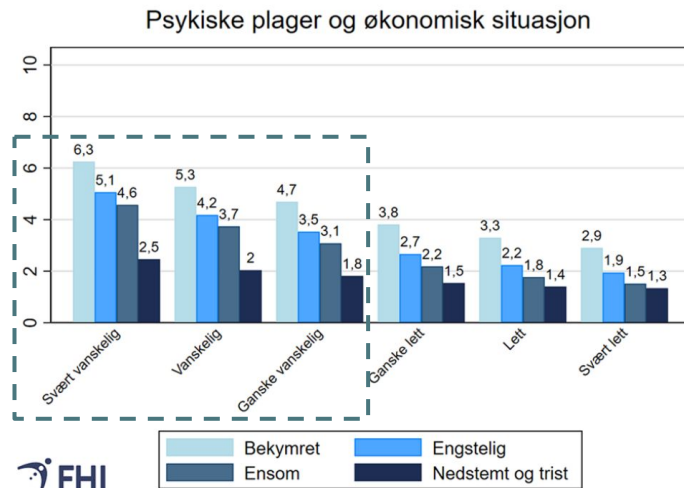


Forebygging og folkehelse

Sosioøkonomiske faktorer er feks. økonomi, bolig, sosial ulikhet og tilhørighet hører (kanskje ikke overraskende) sammen med psykisk helse og uhelse.

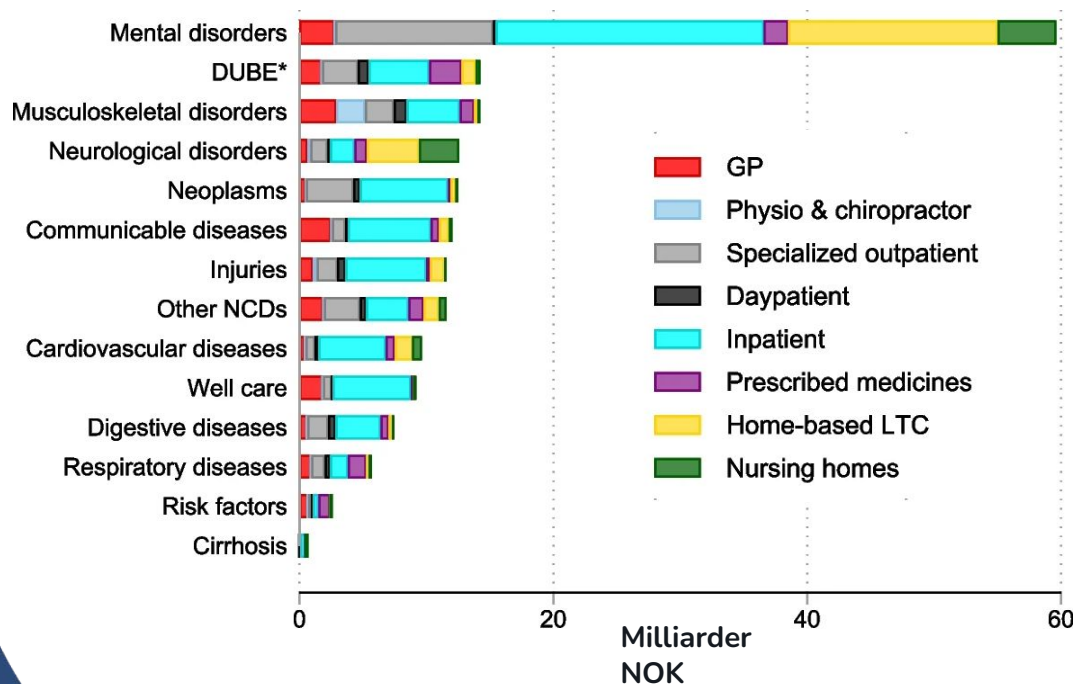


Figur 6. Livskvalitet og selvrapportert økonomisk situasjon (gjennomsnitt). Kilde: Fylkehelseundersøkelsen (FHUS) 2019, Folkehelseinstituttet.



Figur 9. Psykisk helse og selvrapportert økonomisk situasjon. Kilde: Fylkehelseundersøkelsen (FHUS) 2019, Folkehelseinstituttet.

Forebygging og folkehelse



Psykiske lidelser koster Norge ca.
340 milliarder årlig

[Kinge et al \(2023\)](#) estimerte kostnadene knyttet til helsetjenestene i 2019. Fordeling etter sykdomsgruppe og behandling. Aldersgruppe 0-69 år.



Forebygging og folkehelse

De **årlige 340 milliardene** psykiske lidelser koster samfunnet forstått i kontekst:

- Helsetjenestene står for 12% av det psykiske lidelser koster Norge hvert år.
- Hver 5. krone som brukes på helsetjenester går til psykisk helse.
- Depresjon og angst er de lidelsene som står for majoriteten av kostnadene, ikke mer alvorlige psykiske lidelser (bipolar lidelse, psykose, personlighetsforstyrrelse)
- Psykiske lidelser (60%) har større helsetap enn hjerte- og karsykdommer (11%), kreft (4%), diabetes (16%) og kols (10%) til sammen.
- Psykiske lidelser står for like mange tapte friske leveår som alle typer kreft til sammen.
- Trygdeytelser: sykefravær: 21% / AAP: 43% / uføretrygd: 33%
- Sammenliknet med andre sektorer:
 - Forsvaret koster 69 milliarder
 - Tilsvarende **halvparten** av det eldrebølgen vil koste i økte alderstrygder helt frem til år 2060.



Forebygging og folkehelse

- **Før puberteten** er det gutter som får flest psykiske lidelser.
 - Vanligst: ADHD, autisme, sengevæting, tics, Tourettes, samt språk og lærevansker.
- **I puberteten** er det jentene som dominerer med ca. 66%.
 - Vanligst: Angst, depresjon og spiseforstyrrelser.
- Påvirkning på utdanningsnivå ved sykdom:
 - De fleste fysiske sykdommer har **ingen eller ubetydelige effekter** på utdanning, mens alle de psykiske lidelsene reduserte skoleprestasjon (Nordmo et al, 2022). ADHD sto alene for mer enn 20% av av utdanningstapet (mest hos gutter), etterfulgt av depresjon. Gutter hadde størst utdanningstap.
 - Personer med depresjon i ung alder og som dropper ut av VGS tjener 60% mindre enn 200 000 kr/år og/eller mottar arbeidsledighetstrygd i en lang periode (Hetlevik et al, 2023)
 - Personer med depresjon i ung alder, men fullfører VGS tjener 35% det tilsvarende.
 - "Det er en sterk sammenheng mellom frafall i videregående og blant annet psykiske lidelser, ruslidelser, tidlig død, arbeidsløshet, kriminalitet, fattigdom og barnløshet – og selv det å klare seg så vidt gjennom videregående kan gi vesentlige fordeler." – Camilla Stoltenberg et al, 2022



Prioriteringsforskriften + Ny veileder for kommunene



Nyttekriteriet: Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om **kunnskapsbasert praksis** tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet*: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon.
- graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- Nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår
- Hvor mye det haster å komme i gang med tiltaket

***Obs! Alvorlighetskriteriet beveger seg etterhvert over på akutt helsehjelp og ut av nødvendig helsehjelp**



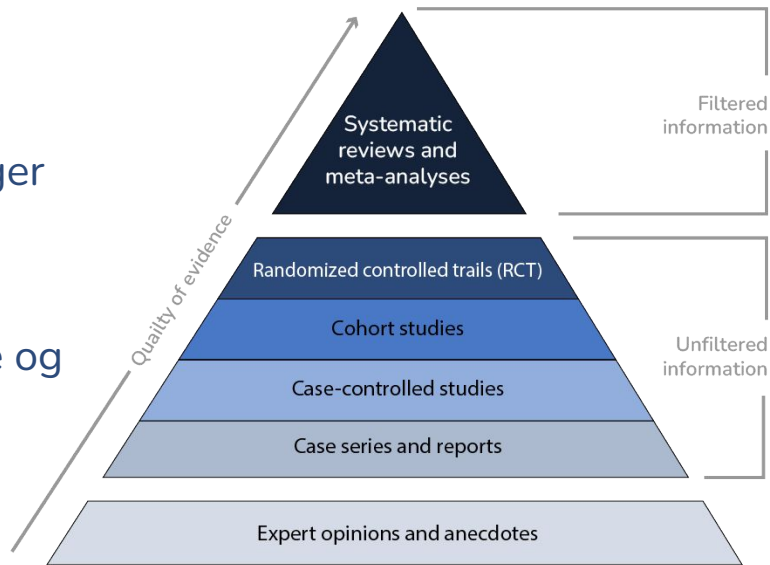
Kunnskapsbasert praksis

Praksis som baserer seg på hva forskning sier
fungerer

Bruk av kunnskapsbaserte metoder og tilnærminger
transdiagnostisk

Kommunen har stort potensial for å implementere og
bruke kunnskapsbaserte tilnærminger

Vær obs på “hjemmesnekrede” løsninger



Kunnskapshierarkiet



- Kognitiv atferdsterapi
 - inkl. psykoedukative grupper og kurs
 - KiB, KID, stabiliseringskurs
- Anvendt atferdsanalyse
- Motiverende intervju
- Unified protocol
- Emosjonsfokustert terapi
- ISTDP (korttids intensiv psykodynamisk terapi)
- Metakognitiv terapi
- Løsningsorientert terapi
- Aksept- og forpliktelsesterapi
- Dialektisk atferdsterapi
- Assistert selvhjelp
- PMTO
- Multisystemisk terapi
- Tuning into kids
- Farmakologisk (medisinsk) behandling*

** er ikke direkte tilgjengelig for oss i kommunen ettersom det er fastlege eller lege i spesialisthelsetjenesten som forskriver det.*

Kunnskapsbaserte metoder

Dette er de mest relevante terapimetodene for kommunen som også har god støtte i forskning.

Terapimetodene kan i de fleste tilfeller anvendes bredt innenfor både oppvekst og psykisk helse/mestring.

Sider som gir oversikt over forskningsgrunnlaget til ulike tilnærminger:

[Tiltakshåndboka](#)

[Ungsinn.no](#)

[PsykTestBarn](#) (R-BUP)

[Insum](#) (R-BUP)

[Society of clinical psychology](#)

[NICE guidelines](#)



Behandlingsplan

Pasientjournalforskriften §4. Krav til journalens innhold

... Journalen skal gi en **oversiktlig og samlet fremstilling** av pasientens helsetilstand slik at det er **lett for helsepersonell** å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt **videre planlagt helsehjelp**....

Pasientjournalforskriften § 6. punkt d.

Behandlingsplan for pasienten og **status i gjennomføringen** av planen



Ingen sammenheng mellom antall timer og behandlingsutfall, men det var korrelasjon mellom **hyppighet på timer og utfall**.

Korte og lengre forløp gir **tilsvarende behandlingsutfall** for de fleste.

Uklart hvorvidt pasienter med mer kronisk og alvorlig psykopatologi faktisk får bedre utfall med lengre forløp.

Pasienter som mottar psykoterapi blir i **80% av tilfellene** bedre enn personer ikke mottar psykoterapi, men de blir **bare 13% bedre** enn ved «normal» tilfriskning

Hva sier forskningen?



Flere funn indikerer at **20-35 ukentlige timer** er den mest ideelle dosen, for de fleste pasienter som responderer på lengre samtalebehandling

Graden av bedring er **kurvelinær** gjennom forløpet; økende i starten og deretter avtagende

Kun ca. **20% av pasienter** følger en mer lineær kurve hvor flere timer tilsvarer bedre utfall

Early-responders får bedring innen **3 timer**, mens late responders responderer etter **7 timer**. Vær obs om det ikke har skjedd endring innen det.

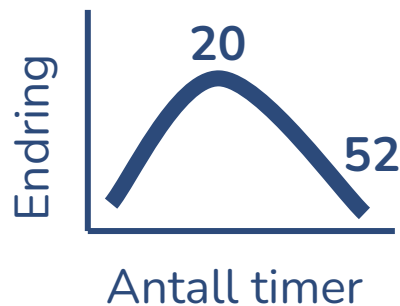
Nye funn fra Norge: Forventninger til endring og bedring i terapiforløp

Dose-respons

Antall og frekvens på timer

Mest effekt ved 20 timer

Avtagende effekt ved 52 timer



Nøkkelpunkter:

Ukentlige samtaler gir **signifikant mer bedring** enn annenhver uke; som ikke gir signifikant bedring

Pasienter med mer alvorlige symptomer responderte bedre på ukentlige samtaler enn ved mindre alvorlige symptomer

Pasienter med lavere symptomtrykk blir oftere og raskere friske



Behandlingsplan - mal

- **Det terapeutiske prosjektet:**
 - Hva pasienten sliter med
 - Hvilke intervensjoner dere skal bruke for å hjelpe vedkommende
- **Rammene for behandlingen/oppfølgingen:**
 - Hvor ofte og lenge skal timene vare?
 - Når og hvor ofte skal dere evaluere opplegget sammen? (periodeevalueringer)
- **Hvilke forventninger har pasienten på seg?**
- **Hva forventer du av bedring/endring ved gjennomføring?**
- **Hva skal til for å avbryte/avslutte forløpet?**
- **Begrunnelser for om det skal gjøres tiltak som avviker fra gjeldende retningslinjer**



Dilemmaer

Gir sammenhengen mellom lavterskel, nødvendig helsehjelp og prioritering mening?

Bør vi revurdere inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre?

Hvordan kan vi bruke lovverket til å avgrense/spisse tilbudene?



Lunsj



Økt 4

Brukermedvirkning og tilbakemeldingskultur



Hjelpere blir gjennomsnittlig **ikke bedre** med tiden

Kliniske mellommenneskelige ferdigheter
varierte mye over tid, men blir sakte dårligere
for de fleste (61%)

Noen blir **litt bedre** (39%)

Men hjelpere **TROR** de blir bedre med årene
(Orlinsky og Rønnestad 2005). Etterhvert som
terapeutens erfaring øker opplever pasientene
relativt sett **mindre bedring**



Brukermedvirkning

Pasienter og brukere har lovpålagt rett til medvirkning i egen behandling (pbrl §3-1). Medvirkningen strekker seg kun innenfor rammene av faglig forsvarlighet (hpl §4).

Helsedirektoratet viser til at retten til brukermedvirkning gjelder på **individnivå**, **tjenestenivå/tiltaksnivå** og **systemnivå**. Helsedirektoratets faglige råd rundt brukermedvirkning er samlet her: Nye faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet

Cochrane Library har oppsummert bruken av samvalgsverktøy i helsesektoren er tydelige på at samvalgsverktøy hjelper pasienter å få **mer korrekt kunnskap om tilstanden sin**, **ulike behandlinger**, får **tydeliggjort egne preferanser og ønsker**, samt er **bedre stilt til å ta informerte valg**. FHI oppsummerer funnene her.

Erfaringskompetanse.no har mye fokus på ulike sider ved brukemedvirkning: Toppmøte 2022 Arkiver - Erfaringskompetanse.no



Hinder for ærlige tilbakemeldinger

Veldig få personer (2.6%) gir tilbakemeldinger til andre (Abi-Esber et al, 2022)

Psykologiske hindre

- Skam og frykt (Faber, 2003)
- Ikke tilstrekkelig terapeutisk allianse (Faber, 2003)
- Forventning om å være en “flink pasient” som terapi fungerer på (Boza et al, 1987)

Sosiale hindre

- Mistillit (Grosse, 2009)
- Kulturelle normer (Edwards, 2014)
- Pasienten feiltolker av intensjonen til spørsmålene
- Tvetydige spørsmål fra terapeut
- Hvite løgner eller tilbakeholdt informasjon fra pasient eller terapeut (Hart, 2022)
- Personer tilslører svarene sine ofte ansikt-til-ansikt, men svarer mer ærlig og genuint til maskiner hvis et annet menneske er tilstede (Forlizzi et al, 2016)



Mål med feedback-informed treatment (FIT)

Pasientrettede mål

- **Sikre brukermedvirkning** 
 - Ettersom pasienter stort sett ikke gir tilbakemeldinger på om mål, metoder eller relasjon passer for dem.
- **Hindre dropout** 
- **Få tilbakemelding** på at tiltak vi foreslår og bruker treffer pasienten
 - Bidrar til at vi lettere kan bestemme om vi skal fortsette, endre eller avslutte med tiltak eller hele forløpet

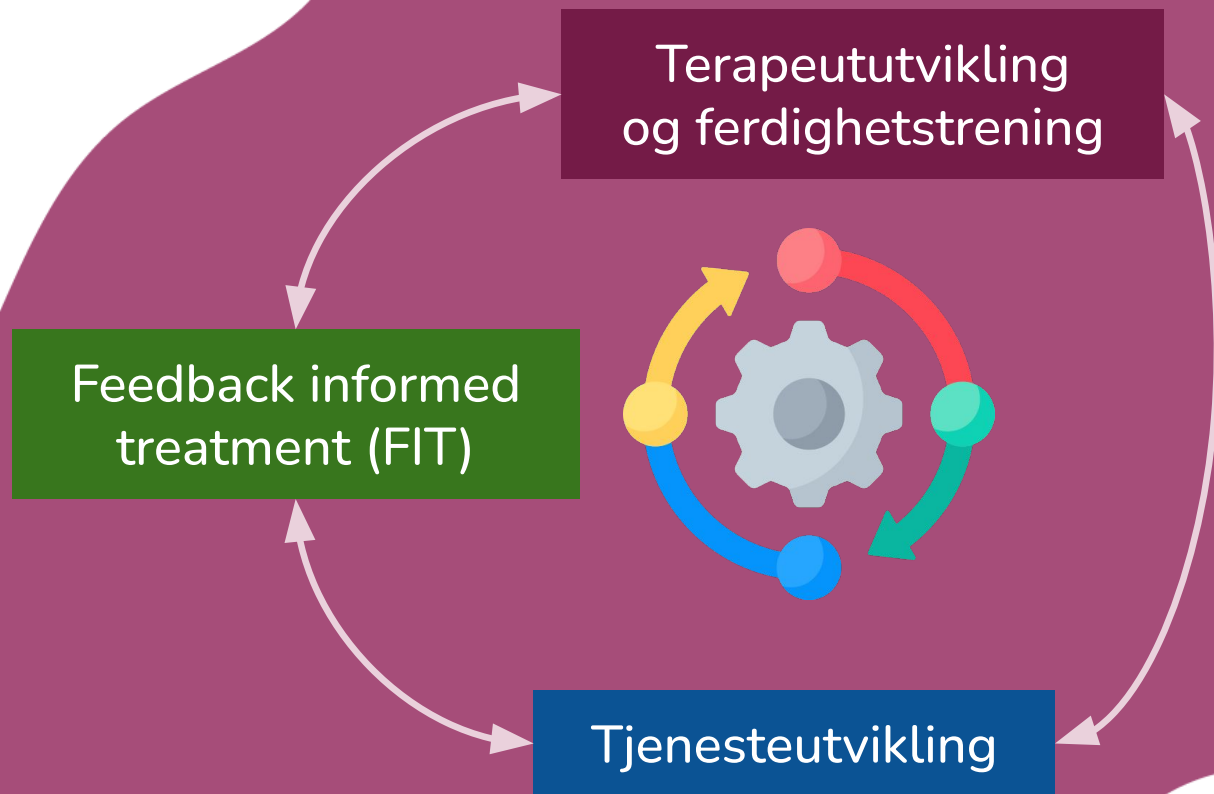
Terapeutrettede mål

- Få tilbakemeldinger over hvilke problemstillinger vi treffer **bedre** og **dårligere** på 
 - Terapeuter er lite treffsikre på å evaluere om det vi foreslår og gjør faktisk treffer

Tjenesterettede mål

- **Utvikle tjenesten** til å passe bedre med pasientenes behov





Fellesfaktorer: samskaping i helsehjelpen (40%)

Faktorer som er gjeldende på tvers av ulike terapeutiske tilnærminger.

Relasjonen (38% av utfall)

Positiv oppfatning (36% av utfall)

Empati (28% av utfall)

Allianse (mål og metode) (28% av utfall)

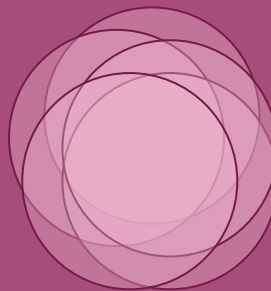
Genuinitet (23% av utfall)

Terapeutens evne til tilpasning er **viktigere for kvaliteten** av relasjonen og arbeidsalliansen enn pasienten sitt bidrag (Nissen-Lie et al, 2014)

Bordins arbeidsallianse:

- Enighet om vansker og mål
- Enighet om metode
- Relasjonelt bånd mellom terapeut og klient

Arbeidsallianse = Krakken (Janse et al, 2020)



Venn-diagram for å illustrere overlapp og forskjeller mellom de ulike fellesfaktorene

Hva pasienten bidrar med (40%)

Demografiske variabler (kjønn, alder, SØS osv)

Psykisk helse

- Symptomer/lidelser ☐
- Alvorlighetsgrad ☐

Holdninger, oppfatning og preferanser

- Tro på bedring ☐
- Forventninger til behandling ☐
- Opplevd kredibilitet til behandlingen ☐
- Preferanser til terapeuten ☐

Gir bedre utfall / Gir dårligere utfall

Intrapsyriske faktorer

- Opplevd kontroll (ekstern ☐ / intern ☐)
- Mestringsstil ☐
- Aleksitymi ☐
- Psychological mindedness ☐
- Perfeksjonisme/selvkritikk ☐
- Motivasjon (ekstern ☐ / intern ☐)

Mellommenneskelige faktorer

- Mellommenneskelige vansker ☐
- Tilknytningsstil
- Sosial støtte ☐

Til terapiprosessen

- Deltakelse/engasjement ☐
- Evne til emosjonelle uttrykk ☐
- Motstand ☐
- Fiendlighet/underkastelse ☐

Terapeutens påvirkning

Terapeutfaktorer står for **5-15% av forklart varians på utfallet** (Chow et al, 2015; Barkham et al, 2021)

- Tro på bedring ☐
- Vennlighet ☐ / fiendlighet ☐
- Selvavsløringer ☐
- Evne til å uttrykke følelser ☐
- Motoverføringer ☐
- Multikulturell kompetanse og sensitivitet ☐
- Fleksibilitet/responsivitet ☐

Gir bedre utfall / Gir dårligere utfall

Terapeutens bidrag til alliansen er **viktigere for utfallet** enn pasientens bidrag (Nissen-Lie et al, 2014). Terapeutenes negative bidrag ga større negativ effekt enn de positive bidragene ga positiv effekt.

Terapeuter som var effektive innen en terapeutfaktor var også effektive innen **de andre terapeutfaktorene**.

Tilsvarende var terapeuter som var ineffektive innen en terapeutfaktor også ineffektive innen de andre faktorene.

Terapeutens alder, utdanning, faglige kvalifikasjoner, pasientliste og terapeutisk retning klarer ikke å forutsi utfallet for behandlingen.

Dette er basert på studier i USA, UK og Sverige, med 11000+ pasientforløp og ca. 269 terapeuter.



Kunnskapsbasert bruk av FIT

En **grønn graf** behøver ikke bety at hjelpen virker

En tilstand kan bli bedre av seg selv (depresjon og belastningsreaksjoner)

En **rød graf** behøver ikke bety at hjelpen er dårlig

En god behandler kan hindre forverring (mani og begynnende psykose)

Vi må sammenlikne med **hva som trolig ville skjedd om vi IKKE hadde gjort noe**

Se på **tilstand, over tid og sammenligningsgrunnlag** (Langkaas, 2020)



Kunnskapsbasert praksis er:

“Helsepersonell **skal vurdere** hvordan bruke **forskningsbaserte tiltak** på en tilpasset måte **sammen med pasienten**”



Dilemmaer

Hvem gjør vi FIT for?

Bruker vi FIT på rett måte?

Hva med kognitivt svake eller brukere som er skeptiske til iPad og skjema?



Økt 5

Verktøy og arbeidsformer i lavterskeltjenester



Psykiske plager og ruslidelser deles inn:

Hovedforløp 1
Milde og kortvarige

Hovedforløp 2
Alvorlige/kortvarige
Milde/langvarige

Hovedforløp 3
Alvorlige og langvarige



Mål

Ansvar

Hovedforløp 1 Milde og kortvarige

Behandle plager gjennom
kortvarige lavterskeltilbud

Kommunen kan behandle disse
på egenhånd

Hovedforløp 2 Alvorlige/kortvarige Milde/langvarige

Stabilisering og lindring for å
oppnå kortest mulig forløp

Spesialisthelsetjenesten bør ha
behandleransvaret

Hovedforløp 3 Alvorlige og langvarige

Skadereduksjon, bedring av
levekår og livsmestring

Det skal være et samarbeid
mellom kommunen og
spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal
ha behandleransvaret



Psykisk helsetjeneste for barn og unge kan organiseres i **5 forløp**

Korttidshjelp / enkle råd og veiledning

Kurs og grupper

Terapeutisk endringsarbeid

Langvarig hjelp ved sammensatte behov

Nasjonalt forløp for barnevern

(Jf. Lillestrøm psykisk helse og familiestøtte)



Veileder for psykisk helsearbeid
barn og unge (2023) beskriver
fire nivåer av tiltak

Psykisk helsehjelp

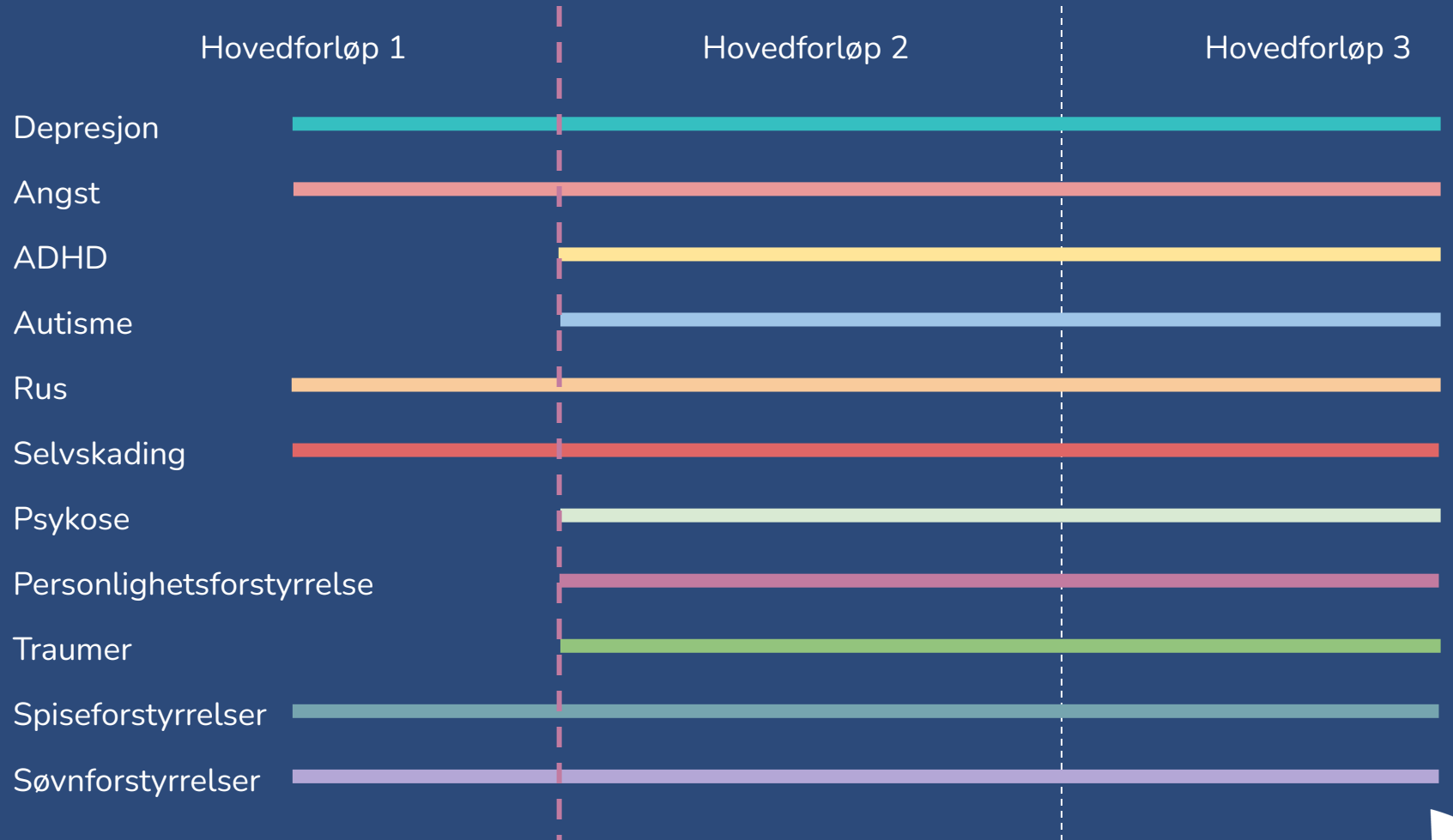
Langvarig og
sammensatt

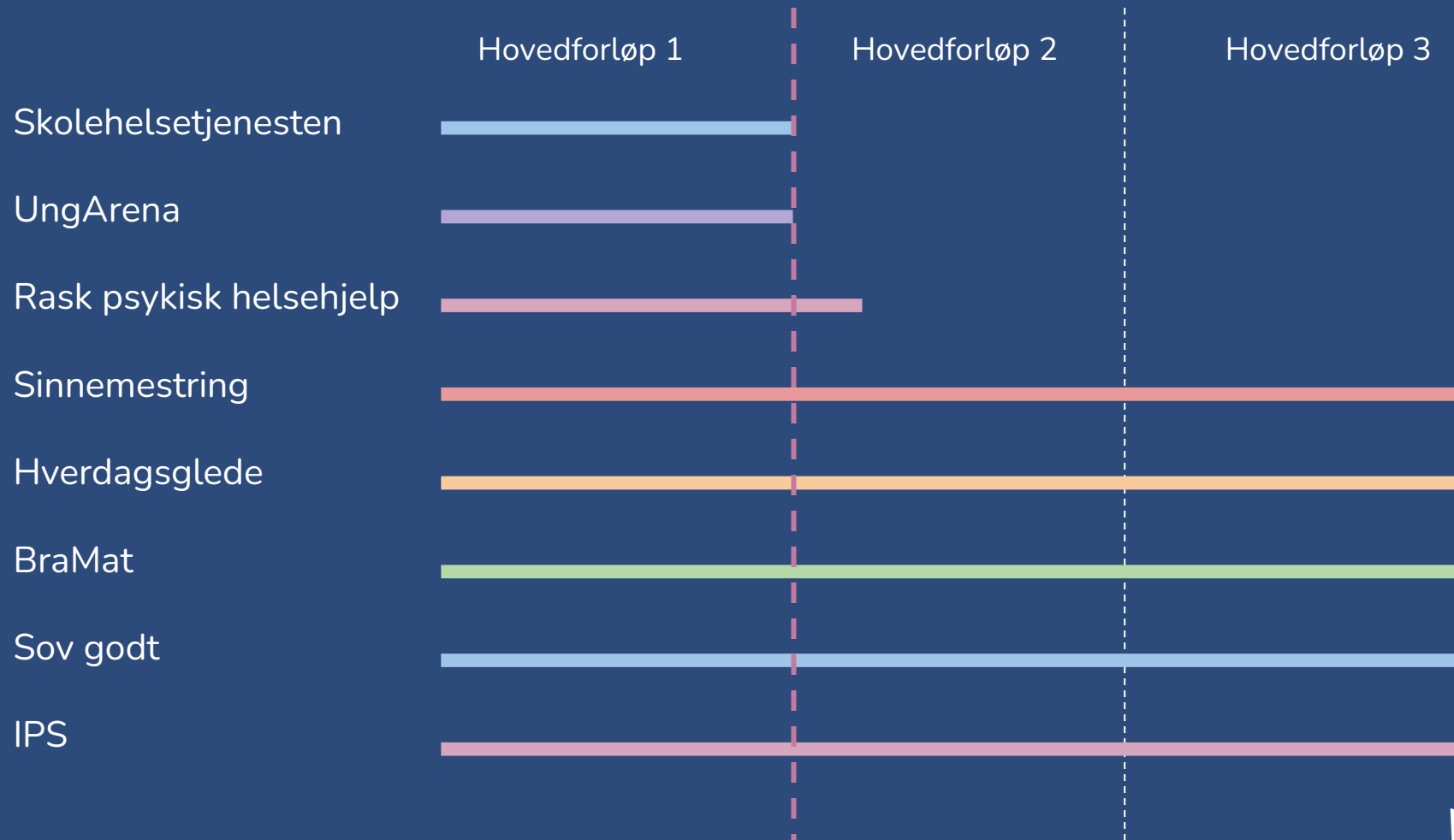
Behandling og
oppfølging

Tidlig
innsats/samarbeid

Helsefremming
Forebygging







Veilederen for barn og unge om kartlegging:

“Kommunens psykiske helsetjeneste skal på bakgrunn av det barn, unge og familier ønsker hjelp til, **kartlegge utfordringsbildet** og **vurdere behov** for videre behandling og oppfølging.

Kartleggingen bør

- ta utgangspunkt i det barnet, ungdommen og familien ønsker hjelp til, og være basert på samtykke
- ikke være **for omfattende og standardisert**
- ha et **helhetlig perspektiv** og si noe om barnets og ungdommens plager i lys av familiens livssituasjon, oppvekstforhold, personlige egenskaper og ressurser hos den enkelte og i nettverket”
- være **tilpasset** barnets og familiens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn
- **sikre nødvendig og tilstrekkelig informasjon** for å iverksette rask og målrettet hjelp på rett nivå
- ikke til hinder for **iverksetting av nyttige og nødvendige tiltak**



"I de fleste tilfeller er det **tilstrekkelig med en enkel kartleggingssamtale** for å avklare utfordringer og hjelpebehov. Ved mer sammensatt eller langvarig problematikk kan det være behov for en bredere tverrfaglig kartlegging, eventuelt i samarbeid med andre instanser. En kombinasjon av **åpne kartleggingssamtaler og standardiserte kartleggingsverktøy** er et godt utgangspunkt."



Sjekk hva som er kunnskapsbasert

Tiltakshåndboka

Barnets behov i sentrum

PsykTestBarn

Ungsinn.no

Insum

Society of clinical psychology

NICE guidelines



Tiltakshåndboka: Hva er kunnskapsbasert tilnærming til ADHD?

ADHD: Hva virker?

God effekt - pålitelig forskning

Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet har trolig god effekt på ADHD-symptomer, hyperaktivitet og impulsivitet, oppmerksomhet, sosiale problemer og eksekutive funksjoner. →

Medikamentell behandling med metylfenidat har muligens bedre effekt på hyperaktivitet og uoppmerksomhet enn fysisk aktivitet.

Kognitiv atferdsterapi

Tiltak basert på kognitiv atferdsterapi kan gi en reduksjon i ADHD-symptomer og eksternaliserende problematferd. →

Psykoedukasjon

Programmer som inneholder psykoedukasjon ser ut til å ha positiv effekt på ADHD-symptomer, atferdsproblemer og sosiale ferdigheter. →

Søvntiltak

Atferdsrettede søvntiltak for barn med ADHD gir trolig forbedret søvn. Ved individuell tilpasning er effekten bedre enn når tiltaket blir gitt i en standardversjon. →

Tiltakshåndboka: Hva virker ved angst?

Angst: Hva virker?

God effekt - pålitelig forskning

Digitale tiltak

Digital kognitiv atferdsterapi hjelper trolig godt mot barn og unges hoved-angstlidelse, og har trolig noe effekt på andre angstlidelser og symptomer – spesielt slik foreldre og klinikere vurderer det. Når barna selv rapporterer hvordan de har det, er det muligens liten eller ingen bedring.



God effekt - mangelfull forskning

Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi (KAT) har muligens god effekt på angstsymptomer, allmenn fungering og behandlingsrespons. Sammenlignet med annen aktiv behandling gir KAT trolig noe bedre effekt på selvrapporterte, men ikke foreldrerapporterte angstsymptomer. Det er muligens liten eller ingen forskjell i effekt mellom intensiv og standard KAT, men høy foreldreinvolvering gir trolig bedre effekt av behandlingen. Hos barn i risikogruppe kan KAT muligens forebygge utvikling av angst. Forebyggingsprogrammer med KAT kan muligens redusere risiko for angstlidelser. KAT kombinert med sertralin har muligens noe bedre effekt enn sertralin alene.



 **RBUP** Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør

Kunnskapsbasert praksis: Hva er de beste verktøyene for å undersøke, forebygge og behandle psykiske vansker?

Ved
Helene Eng (Ungsinn),
Karianne Hammerstrøm Nilsen
(IN SUM/Tiltakshåndboka)
Siri S. Helland (PsykTestBarn)

[Link til webinar](#)

Kunnskapsbasert praksis



Kunnskapsbasert praksis er å ta faglig basert på systematisk innhentet forsk kunnskap, erfaringsbasert kunnskap ønsker og behov i den gitte situ

[Link til webinar](#)

 **RBUP** Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør

Nye nettsider for: Kunnskapsmodellen «Barnets behov i sentrum» og Tiltakshåndboka

Ved
Karianne Hammerstrøm Nilsen,
redakter Tiltakshåndboka

Håkon Winje
Prosjektleder nettressurs for kunnskapsmodellen
«Barnets behov i sentrum»

[Link til webinar](#)



Opplæring til følgende skjemaer

Barn/ungdom: SDQ, RCADS-47, 5-15, KATES 2, WFIRS, RAADS-R

Voksne: CORE-OM, LPFS-BF, PHQ-9, GAD-7, TRAPS 1, WURS/ASRS, WFIRS, RAADS-R og AUDIT/DUDIT.

Det blir laget **opplæring** (presentasjoner og video) og **skåringsverktøy** (i Excel)



Link til opplæring



Eksempler på apper og digitale kurs

- Assistert selvhjelp
 - Både selvhjelpsprogram og PHQ-9/GAD-7 integrert.
- CheckWare nettbaserte behandlingsprogram
 - Primært for spesialisthelsetjenesten, men har nettløsning som kan brukes i kommunene
- Grubl (app) ungdom og voksne, grubling og bekymring
- SMART (app) stress hos voksne
- ZuperSmart
- Tankevirus (app)
- Mamma mia (app) graviditet og fødsel
- E-RISK (app) angst 12- 18 år
- HAP (hasjavvenningsappen)
- NettOpp (app) (takle digitale uønskede hendelser)
- Hjelpehånden (app, spill) (barn/unge) Øvelse i å takle utfordrende situasjoner og emosjoner
- Tiimo (app) barn/unge/voksne
- Frida (nettside) hvor man kan trene på å snakke om selvmord med ungdom



Dilemmaer

Har vi tilbud idag som både er **kunnskapsbaserte** og **lavterskel**?

Hvilke **verktøy og arbeidsmåter** trenger vi for å bli kunnskapsbaserte, gitt hvordan det er idag?



Kunnskapsbasert praksis er:

“Helsepersonell **skal vurdere** hvordan
bruke **forskningsbaserte tiltak** på en
tilpasset måte **sammen med pasienten**”



Evaluering av webinarret



<https://forms.gle/YA5Zf93Vpj39cNV6A>

