



Spørsmål og svar fra webinar om kunnskapsbaserte lavterskeltilbud

Hvor tilgjengelig må et lavterskeltilbud være?

Spørsmål: Det er en utfordring å finne balansen i hva er et lavterskeltilbud og hva er et akutttilbud (som vi ikke er). Dette er en utfordring med tanke på hvor raskt vi skal være tilgjengelige når de ringer. De fleste har ikke egne sentralbord. Vi tenker mer at det er vanskelig å forsvare at vi alltid skal være tilgjengelig på telefon når vi egentlig ikke er et akutttilbud.

Svar: Det finnes ingen absolutte krav til tilgjengelighet. Det er bare fastlegen som har et forskriftsfestet ansvar for å være tilgjengelig for akutte hendelser på dagtid, og legevakten på ettermiddag/kveld/natt. Men å legge til rette for tilgjengelighet kan være å ha noe tilbud på ettermiddag, noen faste telefontider, lett å finne på nett og lett å besøke, og lett å få svar.

Hvordan avgrense lavterskeltilbud?

Spørsmål: Det vi strever med er å klare å ekskludere og samtidig være et lavterskeltilbud. Det er vanskelig å forstå alvorlighetsgrad gjennom en enkel telefonsamtale, kontra oppmøte på døren. Ofte er også henvisningene både fra pasienten selv og fastlegen uklare. Vi ender opp med å ta inn alle til individuell samtale og det blir utfordring med å avslutte. Også viktig å drøfte henvendelser fra BUP og DPS. Pas skrives ut fordi de er ferdig behandlet, skal da behandles fortsette i kommunen.

Svar: Vi er enige at det er vanskelig. Å møtes fysisk er det beste. Men telefon er også faglig forsvarlig som et aller første tilbud. Alle henvendelser bør møtes, men ikke alle kan få det de etterspør. En løsning er å løse mange inn til lett tilgjengelige tilbud raskt slik at alle får et tilbud på lavest mulige nivå, men selvfølgelig passe på at de som trenger noe mer får det. Vi kan for eksempel tilstrebe avgrensning gjennom differensierte tilbud, som åpne telefontider, god informasjon om digitale tjenester og apper, tilby introkurs til mange, og en-times terapi, samt drop in tilbud på frisklivssentralen (noen å snakke med)

Bruk av KI

Hei, apropos chat-tjenester. Hva tenker dere om KI som en reell hjelper? Har inntrykk av at mange bruker det nå, og det kan synes som effektivt for en del.

Svar: Personlig er jeg veldig glad i teknologi. Samtidig er det etter hvert mange eksempler på at KI faktisk gir veldig dårlig og uforsvarlig hjelp. KI modellene er for det første ikke trent spesifikt for å gi helsehjelp, samtidig som det er et problem med hvor helseinformasjonen pasienten oppgir blir lagret (ofte på utenlandske tjenester og datalagringssteder). På en side har pasienter lov til å oppgi hva de vil om seg selv til hvem som helst. Kravene ligger på tjenestene som skal lagre og bruke informasjonen. Mao. bryter tjenestene veldig raskt både med GDPR og Normen. For å illustrere er det ett eksempel som har gått småviralt hvor en ba

ChatGPT om hjelp til å slutte med rusbruk, hvorpå ChatGPT anbefalte at vedkommende kunne ta "litt" amfetamin siden han hadde vært så flink til å la være i en periode. Oppsummert bør det per nå være helsepersonell som betjener og svarer på henvendelser om helse i chattjenester.

Kunnskapsbaserte introkurs?

Spørsmål: De vanligste / lokalt tilpassede "introkursene" i RPH er ikke kjent for å være basert på forskning og uklart om hvorvidt de har effekt. Hva tenker dere om det og at så mange loses inn i dette som -stepped care- mange steder?

Svar: Jeg er godt kjent med den typen kurs som RPH tilbyr. Min oppfordring er at man bør forske på dem, og finne ut av effekt. Mitt ønske hadde vært som NAPHA eller liknende hadde gått foran med et slikt prosjekt 😊 Psykologer har mulighet til å sette igang forskningsprosjekter uten noen videre utdanning (mens feks legene må ta ekstra utdanning). I hpl §4 om forsvarlighet har vi som helsepersonell anledning til å tilby "ikke kunnskapsbasert hjelp", men da skjerpes kravet vårt til forsvarlig bruk av det og dokumentasjon.

Så vil jeg legge til at fleste introkurs gir psykoedukasjon basert på transdiagnostisk tilnærming. Transdiagnostisk tilnærming har solid kunnskapsgrunnlag. Det handler om å rette fokus på underliggende faktorer som er drivere bak en rekke psykiske lidelser. Som følelsesregulering, søvn, pust, sosial støtte, stresshåndtering og hvordan håndtere grubling og bekymring.

Behandlingsplan

Spørsmål: Kan behandlingsplan implementeres inn i journalnotatene for oppstartssamtaler/samtaler, eller må det være en egen behandlingsplan? Vi har de samme punktene i vår mal for journalskriving, men vi kaller det ikke behandlingsplan

Svar: Det står ikke i pasientjournalforskriften hvor behandlingsplanen skal stå. Slik jeg forstår det er det opp til oss å sørge for at det er lett å sette seg inn i behandlingen eller hva annet som er gjort. Personlig skriver jeg behandlingsplanen rett inn i journalnotatet, så snart jeg har en formening om hva den bør inneholde (dvs. hva som er problemet og hva jeg tror vil være nyttige tiltak). Det er også innafor å lage et eget notat for det 😊 Begge deler går. Gjør det praktisk: Kall det gjerne «plan videre»

Hva med brukermedvirkning på tjenestenivå og i utvikling av tjenesten?

Svar: Veldig godt spørsmål 😊 FIT Outcomes kan gi informasjon som vil være nyttig på brukernivå, tjenestenivå og systemnivå. Brukermedvirkning på tjeneste og systemnivå er mer tradisjonelt brukerpaneler, involvere brukerorganisasjoner i utviklingsarbeid. Jeg vet at UngArena-tilbudet har brukt dette aktivt i utformingen av hvordan det tilbudet fungerer. Når vi snakker om brukermedvirkning så gjelder det på alle tre nivåene: Både bruker, tjeneste og system. Slik jeg leser kriteriene på tilskuddet vi har snakket om, så forventes det at alle disse tre nivåene adresseres.

Prøv å involvere disse: Rådet for mennesker med funksjonsnedsettelse er lovpålagt i alle kommuner. Brukerorganisasjonene vil gjerne samarbeide. Ungdomsrådet i kommunen. FAUene. Elevrådene.

Se også dette tiltaket beskrevet i Forebygging.no; om hvordan en kommune har bygget opp et system for systematisk medvirkning: <https://www.forebygging.no/tiltak-i-program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/mitt-farder/>

Brukerundersøkelser som sendes ut er også en måte:

<https://faerder.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/helseforvaltningen-tidligere-tjenestekontoret/brukerundersokelser/#faqsporsmal-1045>

Finnes det gode FIT-verktøy som er tilgjengelig gratis?

Her finner du gratis papirversjon av FIT outcomes:

<https://www.scottdmiller.com/downloadmeasures.html>

Og

<https://centerforclinicaexcellence.com/fit-software-tools/>

Hva når hovedforløp 2 utgjør den største pasientgruppen?

Vår erfaring er at det er mange som er avsluttet i spht, ikke kommer inn igjen, og som ikke er milde/kortvarige, men som vi tar imot i våre lavterskeltjenester. Hovedforløp 2 sier også at de skal kunne nyttiggjøre seg av tjenester i hovedforløp 1 - Friskliv, RPH, Ung Arena. Vi opplever at moderatgruppen heller er vår hovedgruppe. De milde nedprioriteres ofte.

Svar: Dette er gjenkjennelig. Forløp 2 utgjør en stor gruppe og hovedandelen av brukerne som mottar tjenester i kommunen. Flere kommuner prøver å møte denne gruppens behov på mer kreative måter, ved å etablere gruppetiltak som kan styrke funksjon, tilhørighet og mestring. Mange i denne gruppen har årevis med samtalebehandling bak seg, og i stedet for å gi mer av det samme, bør vi kanskje tilby noe annet?