

Rapportnummer - Åpen

A28095

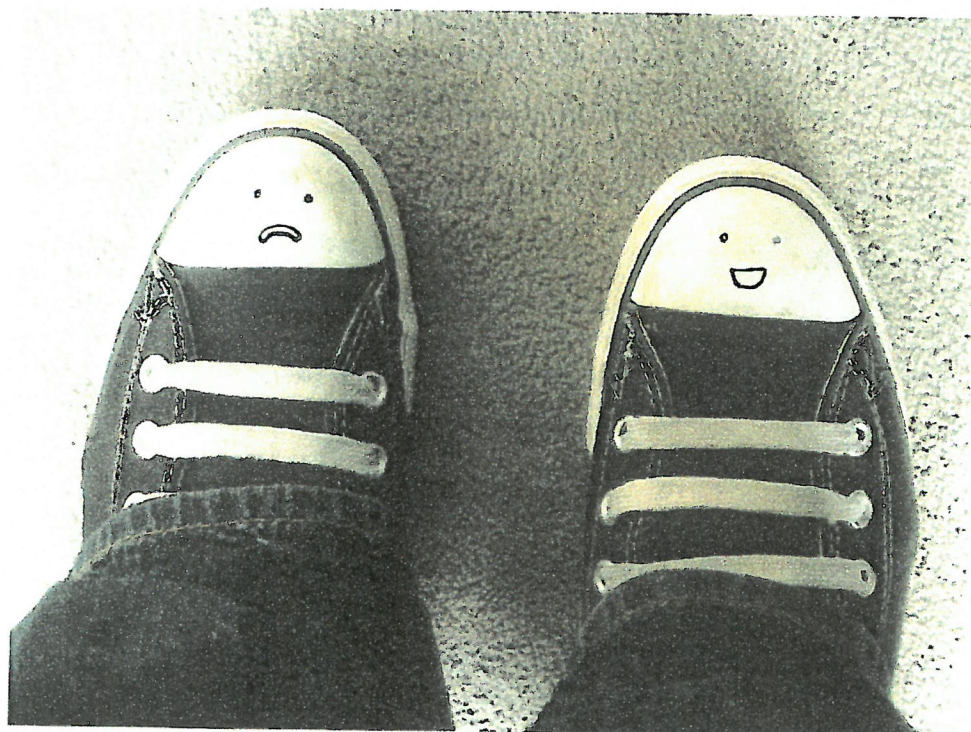
Rapport

Samhandling for bedre mestring av lettere psykiske lidelser hos unge voksne

Forfatter(e)

Nina Vanvik Hansen

Jannike Kaasbøll, Nina Vanvik Hansen, Synneva G. Storaas, Ann Kristin Forshaug



Rapport

Samhandling for bedre mestring av lettere psykiske lidelser hos unge voksne

EMNEORD:

Psykisk helse

Samhandling

Mestring

Unge voksne

Tjenesteinnovasjon

VERSJON

1.0

DATO

2016-12-21

FORFATTER(E)

Jannike Kaasbøll, Nina Vanvik Hansen, Synneva G. Storaas, Ann Kristin Forshaug

OPPDRAKSGIVER(E)

St. Olavs Hospital, Div. psykisk helsevern og Trondheim kommune, Enhet for psykisk helse

OPPDRAKSGIVERS REF.

Elin Ulleberg - Stig Antonsen

PROSJEKTNR

102010852

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

29+ vedlegg

SAMMENDRAG**Sammendrag**

Psykiske lidelser i Norge utgjør mellom 60 og 70 milliarder kroner årlig i tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger og andre trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingskostnader, og psykiske lidelser blant ungdom og unge voksne er et økende problem. Prosjekteierne Trondheim kommune ved Enhet for psykisk helse og rus og St. Olavs Hospital ved Nidaros DPS ønsket gjennom dette forprosjektet å skape et grunnlag for utvikling av bedre tjenestetilbud for unge med lettere psykiske lidelser.

Resultatene fra behovskartleggingen pekte på et stort behov og muligheter for flere innovasjonsløp knyttet til problemstillingen. Valg av fokusområde for utvikling av ideer til konsept er basert på fremtredende funn fra behovskartleggingen som omhandlet fastlegen sin viktige rolle både for brukeren/pasienten og de samarbeidende helsetjenestene. Identifisering og diagnostisering av psykisk lidelse kan være vanskelig. Fastlegene selv ønsker kompetanseutvikling med tanke på psykisk helse og mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

UTARBEIDET AV

Jannike Kaasbøll

KONTROLLERT AV

Espen H Aspnes

GODKJENT AV

Thomas Langø

RAPPORTNR

Rapportnr

A28095



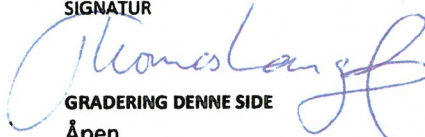
ISBN

ISBN-nummer

978-82-14-06955-6

GRADERING

Åpen

SIGNATUR**SIGNATUR****SIGNATUR****GRADERING DENNE SIDE**

Åpen

.....

Prosjekttittel: Samhandling for bedre mestring av psykiske lidelser hos unge voksne

Behovsområde: Psykisk helse

Prosjekteier i HS: St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune

Prosjektansvarlig i HS: Liv Sjøvold, divisjonssjef, Psykisk helsevern, St. Olavs Hospital og Helge Garåsen, kommunaldirektør, Enhet for helse og velferd, Trondheim Kommune

Prosjektleder i InnoMed: Nina Vanvik Hansen

Prosjektansvarlig i InnoMed: Espen Helge Aspnes

Utarbeidet av: Nina Vanvik Hansen, Jannike Kaasbøll og Synneva G. Storaas, Ann Kristin Forshaug

Dato: 21. desember 2016

.....

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Bakgrunn for prosjektet	5
3	Mål for forprosjektet	6
4	Framgangsmåte	6
4.1	Bidragstere	6
4.1.1	Prosjektgruppen	7
4.1.2	Prosjektmedarbeidere	7
4.1.3	Andre bidragstere	7
4.1.4	Masterstudenter fra NTNU	9
4.1.5	Bedriftsinvolvering	9
4.2	Behovskartlegging og ideutvikling	10
4.2.1	Intervjuer	11
4.2.2	Arbeidsmøter	12
4.2.3	Litteratursøk og observasjon	12
4.3	Etikk	12
5	Resultater fra behovskartlegging	12
5.1	Eksisterende praksis og relevante prosjekt	13
5.1.1	Mestring, selvhjelp og internettløsninger	13
5.1.2	Samhandling - kommunen, allmennlege- og spesialisthelsetjenesten	14
5.1.3	Mestringsarenaer	15
5.2	Barrierer og drivere for innovasjon (eksisterende kunnskap)	16
5.3	Resultater fra intervju og arbeidsmøter ("workshops")	18
5.3.1	Intervju med tjenesteytere	18
5.3.2	Intervju med tjenestemottakere	21
6	Konseptforslag	23
6.1	Utgangspunkt for konseptutvikling	23
6.2	Overordnet konsept: "Beslutningsstøtteverktøy for fastlegen"	23
6.2.1	KONSEPT 1 - Fastlegen (sammen med pasient) identifiserer psykiske vansker/lidelser	25
6.2.2	KONSEPT 2 - Oversikt over tilbud/tjenester	26
6.2.3	KONSEPT 3 - Samhandling	27
6.3	Markedspotensial	28
7	Videreføring av forprosjektet	29
8	Konklusjon	29
9	Vedlegg	30
10	Referanser	31

1 Sammendrag

Psykiske lidelser i Norge utgjør mellom 60 og 70 milliarder kroner årlig i tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger og andre trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingstkostnader, og psykiske lidelser blant ungdom og unge voksne er et økende problem. Prosjekteierne Trondheim kommune ved Enhet for psykisk helse og rus og St. Olavs Hospital ved Nidaros DPS ønsket gjennom dette forprosjektet å skape et grunnlag for utvikling av bedre tjenestetilbud for unge med lettere psykiske lidelser.

Forprosjektet er gjennomført med utgangspunkt i design-prosessen "Double diamond", og brukersentrerte designmetoder er blitt benyttet for å kartlegge behov hos sentrale aktører. I tillegg til observasjon og litteratursøk er det blitt gjennomført arbeidsmøter med prosjektgruppen, samt tolv intervjuer med syv tjenesteytere og fem tjenestemottakere.

Resultatene fra behovskartleggingen pekte på et stort behov og muligheter for flere innovasjonsløp knyttet til problemstillingen. Valg av fokusområde for utvikling av ideer til konsept er basert på fremtredende funn fra behovskartleggingen som omhandlet fastlegen sin viktige rolle både for brukeren/pasienten og de samarbeidende helsetjenestene. Identifisering og diagnostisering av psykisk lidelse kan være vanskelig. Fastlegene selv ønsker kompetanseutvikling med tanke på psykisk helse og mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det kan være mangfoldige mulighetsrom et beslutningsstøtteverktøy for fastlegen kan inneholde, men i dette forprosjektet har det blitt fokusert på tre områder:

- 1) Beslutningsverktøyet kan **identifisere** grad av psykiske vansker hos pasienten/brukeren
- 2) Beslutningsverktøyet kan både gi en oversikt over- og knyttes opp mot eksisterende **tilbud/behandlingsvalg**.
- 3) Beslutningsverktøyet kan innebære en **interaktiv funksjon (samhandling)**.

Det vil være aktuelt å søke på både innovasjonsprosjekt - og forskningsprosjekt midler innenfor ett eller flere av de skisserte elementene i konseptforslaget. Aktuelle utlysninger er NAV sin utlysning på forskningsmidler februar 2017, Helsedirektoratets tilskuddsmidler på psykisk helse området, InnoMed sin neste utlysning på tjenesteinnovasjon, Helse Midt Norge sin utlysning innen tjenesteinnovasjon våren 2017 samt Forskningsrådets programmer HELSEVEL og BEDREHELSE

2 Bakgrunn for prosjektet

Bakgrunnen for dette forprosjektet er at prosjekteierne Trondheim kommune, Enhet for psykisk helse og rus og St. Olavs Hospital, Nidaros DPS hadde et ønske om å skape et bedre tjenestetilbud for unge med lettere psykiske lidelser. Etter å ha tatt kontakt med andre miljø i hele landet viste det seg at de fleste miljøene slet med samme utfordringer.

Forstudien til prosjektet viste at samhandling i og mellom behandlingsnivåene, med pasienten og mestringsarenaer som jobb, skole og NAV er en overordnet utfordring for å sikre både medisinske og driftsmessige gevinster, samt gode brukeropplevelser for både pasienter og behandlere. Begge prosjekteierne opplever at det er utfordrende å få til god samhandling med dagens teknologi og organisering og at nye løsninger må til for å møte dagens og fremtidige behov. Målet for prosjektet var å få til bedre behandling på tvers av behandlingsnivå, der man kan behandle flere pasienter uten økt ressursbruk.

Problemstillingen i forprosjektet omhandler hvordan man legger til rette for utvikling av et eller flere innovasjons- og/eller forskningsprosjekt som kan bidra til bedret samhandling mellom relevante tjenester og unge voksne med lettere psykiske lidelser.

Psykiske lidelser utgjør en av de største helsemessige samfunnsutfordringer i dag, og vil trolig være den aller viktigste årsak til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020 [1]. Det er vanlig å skille mellom psykiske *plager* (vansker) og psykiske *lidelser* [2]. Psykiske plager er mentale vansker som nettopp er belastende, men ikke i så stor grad at de kan betegnes som diagnoser. Alle mennesker vil fra tid til annen kunne ha slike plager, for eksempel engstelse eller søvnløshet. Betegnelsen psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ofte, men ikke alltid, medfører psykiske lidelser høyere belastning enn psykiske plager [2]. I tillegg til personlige og sosiale belastninger, koster psykiske lidelser Norge mellom 60 og 70 milliarder kroner årlig i tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger og andre trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingstkostnader, og rundt halvparten er relatert til angst og depresjon [3].

Behandling av psykisk lidelser er kostbart. I Norge er de direkte kostnadene for behandling av depresjon alene estimert til omkring 1,5 milliarder i året, uten at kostnaden av sykefravær og uføretrygd er med i beregningen (Dalgard & Bøen, 2008). I følge Folkehelseinstituttet [4], så har ca. en tredel av voksne i Norge en psykisk lidelse i løpet av et år, mens åtte prosent av barn og unge til enhver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Det har funnet sted en sterk økning i behandling for psykiske lidelser, og samtidig blir stadig flere uføretrygdet for en psykisk lidelse. Med bakgrunn i at angst og depresjon er en vesentlig årsak til sykefravær og redusert livskvalitet for mange mennesker [5], er det et viktig helsepolitisk grep å styrke det psykiske helsetilbudet i kommunene med behandlingstilbud for personer med mild og moderat angst og depresjon [6].

Samhandling innen helse- og omsorgstjenestene kan forstås som en måte å organisere samarbeid på, der man handler sammen i fellesskap. Samhandling innebærer at helsearbeidere etterstreber å skape sammenhengende tjenester, med felles ressurser, på

tvers av sektorer og tjenestested [7]. Samhandling forutsetter også avklaringer med brukerne om deres behov og forventninger om bistand. Til tross for betydelig satsing på psykisk helsefeltet, opplever mange brukere med behov for tjenester innen psykisk helsevern at de må forholde seg til et system som består av mange deler som ikke henger sammen. Aktiv **brukermedvirkning** i utformingen av tjenestetilbudet bidrar til et bedre tilpasset tjenestetilbud, men har også en egenverdi og kan bidra til mestring av psykiske vansker eller lidelser [8]. Mange definisjoner av **mestring** innen helse peker på at mestring handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon [9].

3 Mål for forprosjektet

Hovedmålsettingen med forprosjektet var å etablere ett eller flere hovedprosjekt innenfor valgt område, på bakgrunn av en grundig behovskartlegging og konseptutvikling.

Delmål:

1. Få innsikt i pasient og pårørendes opplevelser og eksisterende og fremtidige behov
2. Få innsikt i helsepersonellens utfordringer og opplevelser relatert til håndtering av denne pasientgruppen
3. Få innsikt i mestringsarenaer som skole, jobb og NAV
4. Å identifisere drivere og barrierer for tjenesteinnovasjon
5. Å visualisere dagens pasientreise, organisering og arbeidsflyt
6. Å identifisere løsninger og modeller fra andre steder, både nasjonalt og internasjonalt
7. Å utvikle ett eller flere konsept på løsninger som imøtekommer de ulike brukernes behov
8. Å identifisere muliggjørende teknologi (egenskaper) og/ eller bedrifter som kan være med i utforming av nye løsninger

4 Framgangsmåte

4.1 Bidragsyttere

Arbeidet ble gjennomført i et samarbeid mellom St. Olavs Hospital HF, Trondheim kommune og SINTEF. Helsepersonell og en representant fra unge voksne med psykiske vansker har deltatt i forprosjektet, gjennom deltagelse i intervju og workshop. Prosjektet er finansiert gjennom InnoMed.

4.1.1 Prosjektgruppen

Ansvarlig partnere (prosjekteiere) i forprosjektet er St. Olavs Hospital og Trondheim kommune. Prosjektleder i InnoMed er ansatt i SINTEF. Prosjektmedarbeidere består av ansatte ved St. Olavs Hospital, Trondheim kommune og SINTEF. SINTEF har utarbeidet rapporten.

Prosjekteier

Prosjektansvarlig i helsesektoren

- Liv Sjøvold, divisjonsdirektør for psykisk helsevern, St. Olavs Hospital
- Helge Garåsen, kommunaldirektør Helse og velferd, Trondheim kommune

Kontaktperson i HS:

- Randolph Vågen, rådgiver, Divisjonssjefens stab, St. Olavs Hospital
- Vivian Sandberg Larsen, psykologspesialist, Enhet for psykisk helse og rus, Trondheim kommune

Prosjektleder

Prosjektleder i InnoMed:

- Nina Vanvik Hansen, SINTEF

4.1.2 Prosjektmedarbeidere

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune:

- Elin Ulleberg, avd. leder, Nidaros DPS
- Stig Antonsen, leder, Enhet for psykisk helse og rus
- Vivian Sandberg Larsen, Enhet for psykisk Helse og rus
- Brukerrepresentant fra Mental Helse

SINTEF:

- Nina Vanvik Hansen, forskningsingeniør
- Ann Kristin Forshaug, master i industriell design
- Synneva Gjertrudsdotter Storaas, master i industriell design
- Jannike Kaasbøll, forsker

4.1.3 Andre bidragsyttere

Forprosjektet hadde en referansegruppe bestående av 5 representanter, 2 helseforetak; AHUS og Haukeland, en representant fra Mental Helse, en fra NAV og en fra NAPHA. Se nedenfor. Utvalgte personer (pragmatisk utvalg) fra referansegruppen har fått informasjon om prosjektet underveis, og blitt oppfordret til å kommentere på det de eventuelt har hatt kommentarer til.

Referansegruppe

- Tom Ellingsen, leder / psykologspesialist, Øvre Romerike DPS, AHUS
- Anlov P. Mathiesen, politisk rådgiver og informasjonsleder, Mental Helse
- Stig Arthur Didriksen, ass. klinikkleder, Kronstad DPS, Haukeland Universitetssjukehus
- Thomas Mjølhus, enhetsleder NAV Østbyen (Jobbhuset)
- Trond Asmussen, faglig rådgiver, NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

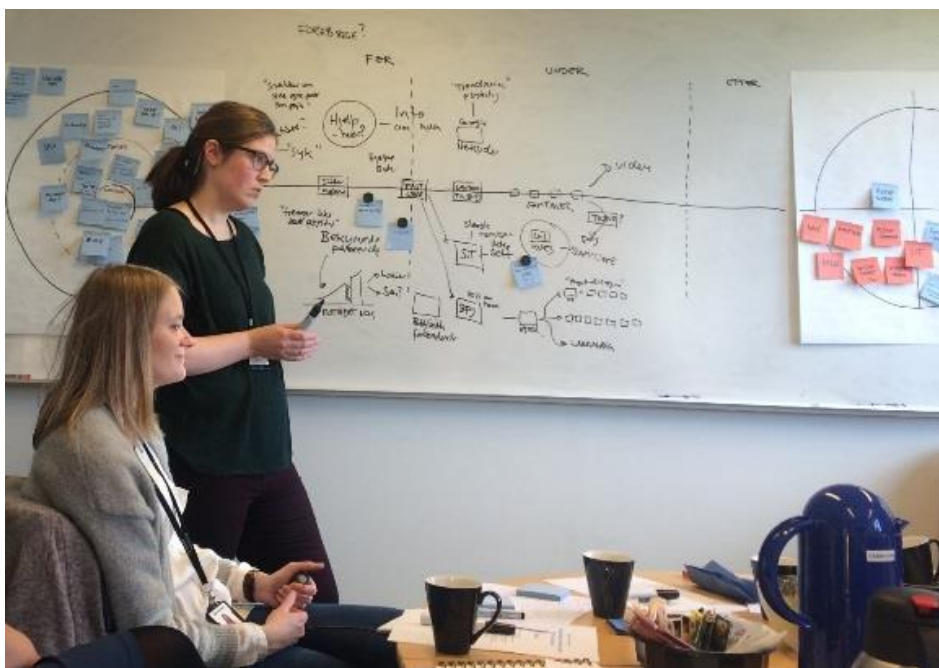
Deltagere på arbeidsmøter med eierne (workshops)

22. oktober 2015 - Oppstartsmøte

- Elin Ulleberg, avd. leder, Nidaros DPS
- Stig Antonsen, leder, Enhet for psykisk helse og rus, Trondheim kommune
- Vivian Sandberg Larsen, Enhet for psykisk Helse og rus, Trondheim kommune
- Ann Kristin Forshaug, master i industriell design, SINTEF
- Jannike Kaasbøll, forsker, SINTEF
- Merete Rørvik, forskningsleder, SINTEF
- Hanne Ekran Thomassen, master i industriell design, SINTEF
- Nina Vanvik Hansen, forskningsingeniør, SINTEF
- En psykologi student, NTNU
- Cathrine Haltstrand v/ Mental Helse – ikke møtt

16. november 2016 – Idegenererings-arbeidsmøte

- Elin Ulleberg, avd. leder, Nidaros DPS
- Stig Antonsen, leder, Enhet for psykisk helse og rus, Trondheim Kommune
- Anne Elisabeth Skjærvold, avd. leder, Tiller DPS
- Jannike Kaasbøll, Forsker, SINTEF
- Nina Vanvik Hansen, forskningsingeniør, SINTEF
- Cathrine Haltstrand v/ Mental Helse - ikke møtt



Bilde 1. Oppstartsmøte med prosjektgruppen, fasilitert av designer Ann Kristin Forshaug, SINTEF. Hanne Ekran Thomassen (SINTEF), sittende til venstre.

4.1.4 Masterstudenter fra NTNU

Live Kvelland og Siri Lønvik, to studenter ved *Institutt for produktdesign, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)*, skrev våren 2016 masteroppgave i tilknytning til prosjektet. De tok utgangspunkt i psykisk helse hos studenter på NTNU. I juni 2016 ble masteroppgaven med tittel **Tjenester for bedre mestring av psykiske vansker hos unge voksne** ferdigstilt. I masteroppgaven utviklet de et konsept relatert til forprosjektets problemstilling, en nettbasert veiviser som oppmuntrer studenter til å reflektere over sin egen situasjon, slik at de kan finne råd, samtaletilbud og kurstilbud som kan hjelpe dem i hverdagen. Løsningen legger spesielt vekt på anvendbar informasjon og på å vise et bredt tilbud. Studenter opplevde løsningen som relevant, og Sit (Studentsamskipnaden ved NTNU i Trondheim) var positive til å ta med seg innsikt fra konseptutviklingen videre. SINTEF har gitt råd og veiledning til studentene under arbeidet med masteroppgaven.

4.1.5 Bedriftsinvolvering

En sentral del av mulighetsrommet knyttet til problemstillingen vil være å avdekke muliggjørende teknologier og bedrifter som kan understøtte nye arbeidsprosesser i produksjon og distribusjon av tjenestene, men også å identifisere organisatoriske barrierer og drivere. Robuste innovasjonsprosesser vil sannsynligvis forutsette både nye anvendelser av teknologiske løsninger og organisatoriske utviklingsprosesser. Det synes å være stor avstand mellom "ståstedet" i helsetjenesten i psykisk helse og hva som muliggjøres av den teknologiske utvikling. Fremtidig tjenesteinnovasjon vil sannsynligvis skje i samspillet mellom mennesker, organisasjon og teknologi.

I løpet av forprosjektet har vi vært i kontakt med flere bedrifter som kan være aktuelle for videreutvikling av et hovedprosjekt. **Helse Midt-Norge IT (HEMIT)** har ansvar for sentral drift og forvaltning av felles IKT-systemer for alle sykehusene i helseregionen. De skal

understøtte helseforetakenes behov for IKT-tjenester både når det gjelder løpende drift, forvaltning, innovasjon og utvikling. HEMIT ved innovasjonskoordinator Ketil Thorvik har uttrykt interesse for å være med i et videre løp. **Coperio** er et tverrfaglig senter med fire fagavdelinger; lederrådgiving, innovasjon, bedriftshelse og behandling. Deres spisskompetanse gjelder individuell og kollektiv utvikling av mennesker. Vi har hatt kontakt med innovasjonsavdelingen, ved Kristin Thaulow. **WTW** er en bedrift som også kan være aktuell med tanke på videreføring av prosjektet. De har kompetanse og erfaring innen mobil teknologi. De kan bidra ved å gjøre løsningen(e) brukervennlige basert på teknologi som er best egnet til formålet. **Nice** er et design-firma som også kan være aktuelt å inkludere i en videreføring av prosjektet, spesielt med tanke på produkt- og tjenstedesign. **CheckWare** kan også være en aktuell bedrift med tanke på videreføring av prosjektet. CheckWare er utviklet spesielt for klinikker som bruker psykometriske tester og som ønsker å tilby digital selvrapporing og egenmestring til pasientene.

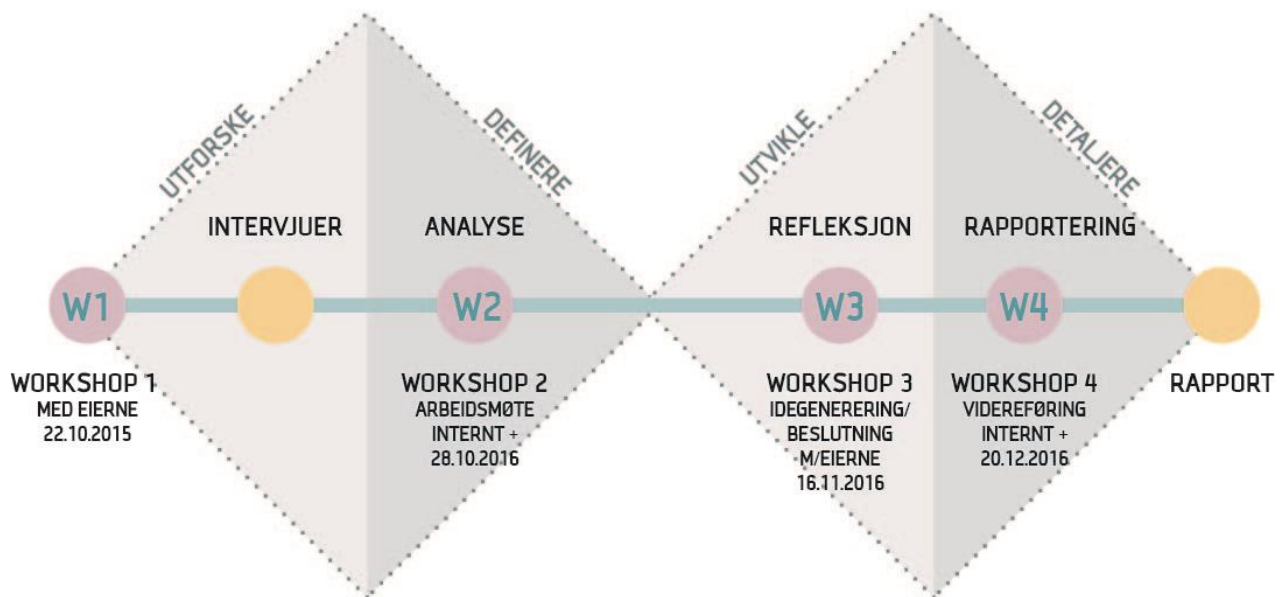
4.2 Behovskartlegging og ideutvikling

Den overordnede metodiske tilnærmingen i forprosjektet er basert på prinsipper for "design thinking" og metoder fra design [10] [11], hvor man har forsøkt å jobbe kvalitativt, iterativt, menneskesentrert, helhetlig og samskapende (*figur 1*).



Figur 1. Metode – grunnleggende prinsipper

Prosjektet er blitt gjennomført i fire faser inspirert av designprosessen "Double diamond" [10, 12]: 1) Utforske, 2) Definere, 3) Utvikle, og 4) Detaljere (*figur 2*). Designprosessen er iterativ og man har skiftet mellom de ulike fasene etter behov. Sluttproduktet i prosessen er forslag til konsept og muligheter for videreføring i et hovedprosjekt, formidlet i en sluttrapport.



Figur 2: Gjennomføring av forprosjektet, inspirert av designprosessen "Double diamond".

4.2.1 Intervjuer

Under forprosjektet er det blitt gjennomført totalt 12 **semistrukturerte intervju**. Syv av disse intervjuene var med helsearbeidere/tjenesteytere og inkluderte fire psykologspesialister (alle i lederstillinger) fra både kommune og spesialisthelsetjeneste, en leder i Enhet for helse og rus, Trondheim kommune, en fastlege, og en teamkoordinator fra NAV. Fem nåværende og/eller tidligere brukere/tjenestemottakere ble også intervjuet. Formålet med intervjuene var å få innblikk i enkelthistorier knyttet til problemstillingen. Det ble benyttet to intervjuguider som utgangspunkt for intervjuene, en for tjenesteytere og en for tjenestemottakere. I tillegg har vi fått informasjon gjennom intervju av 11 studenter utført av masterstudentene.

Temaer for intervjuene knyttet til behovskartleggingen for **brukere/tjenestemottakere** handlet litt om generell bakgrunn, men mest om møte med helsetjenesten. Hvordan de opplevde de pasientinformasjon, om de følte seg trygge i møte med tjenestene, hvordan opplevde de samhandling mellom sykehus, fastlege og bruker/pasient? Hvordan opplevde de oppfølgingen? Fikk de bestemme noe selv? Det vil si, opplevde de medvirkning og selvbestemmelse? Ble det brukt noen form for IT-verktøy? Hva med fremtidens helsetjeneste, noe som burde vært gjort annerledes? Med pasienten i sentrum – kan det stilles krav til pasient/bruker med tanke på medbestemmelse og ansvar? Hvordan er det med brukeren sine IT-kunnskaper?

Temaer for intervjuene knyttet til behovskartleggingen for **helsepersonell** omhandlet beskrivelse av tjenestetilbudet (relatert til ulike arbeidssteder). Hvordan informantene opplevde dagens helsetjeneste med tanke på pasientinformasjon, trygghet, pasientoppfølging, pasientmedvirkning og selvbestemmelse. Andre tema gjaldt bruk av teknologi og hvordan de opplevde samhandling mellom ulike tjenesteaktører, samt fremtidens helsetjeneste og barrierer og drivere for innovasjon knyttet til utvikling, implementering og spredning av nye løsninger for målgruppen (unge voksne med psykiske lidelser).

4.2.2 Arbeidsmøter

I forprosjektet ble det gjennomført to arbeidsmøter med eierne av prosjektet (se figur 2). Formålet med å arrangere disse var å bli omforent om veien videre i prosjektet. Det å sikre en felles informasjonsutveksling og ikke minst at de viktige beslutningene blir tatt av eierne selv. I det første oppstartsmøtet som ble gjennomført, ble prosjektgruppen kjent med hverandre, og det ble opprettet en felles enighet om prosjektets plan. Vi fikk her mye info om hvordan de så på utfordringene per dags dato, og de ble allerede på oppstartsmøtet oppfordret til å tenke fremtidige muligheter og løsninger knyttet til spørsmålet "*hvordan kan tjenesten bli bedre enn den er i dag?*". Det andre arbeidsmøtet, et ideutviklings- og beslutningsmøte ble utført for å informere om funn fra datamaterialet, i tillegg til å se på idéer og være med på å videreutvikle disse til konsepter. Valg av fokusområde for videreutvikling i et hovedprosjekt ble også diskutert.

4.2.3 Litteratursøk og observasjon

Mental helse og KIM-senteret i Trondheim er besøkt flere ganger, både i sammenheng med intervju og observasjoner. Det er utført nett-søk på vitenskapelige og ikke-vitenskapelige databaser med søkeord relatert til problemstillingen.

4.3 Etikk

Forprosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Midt-Norge som ikke fremleggs-pliktig (ref. 2015/1681 REK midt). Personvernombudet har vurdert prosjektet (ref. 45195 / 3 / MHM), og fant at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrådte at prosjektet ble gjennomført. Alle informanter fikk muntlig og skriftlig informasjon før intervjuet om at de kunne trekke seg både før, under og etter intervjuet. Samtlige informanter skrev under på samtykkeskjema.

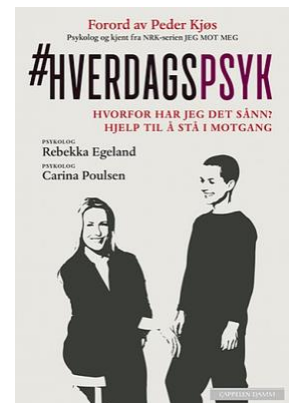
5 Resultater fra behovskartlegging

For å kunne legge til rette for utvikling av ett eller flere innovasjons- og/eller forskningsprosjekt som kan bidra til bedret samhandling mellom relevante tjenester og unge voksne med psykiske vansker, er det viktig å bygge videre på eksisterende praksis og kunnskap med fokus på barrierer og drivere for innovasjon knyttet til problemstillingen. I de følgende avsnitt vil prosjekt/praksis og relevante studier trekkes frem som eksempler som er relevante for problemstillingen.

5.1 Eksisterende praksis og relevante prosjekt

5.1.1 Mestring, selvhjelp og internettløsninger

På individnivå, så finnes det en mengde ulike selvhjelpstilbud – som det ble sagt på oppstartsmøtet i dette forprosjektet: "Det er et hav der ute"! Tilbudene er av varierende kvalitet og det kan være vanskelig å orientere seg i mengden. En bok som har fått gode tilbakemeldinger er #Hverdagspsyk (*avbildet til høyre*), skrevet av psykologene Rebekka Egeland og Carina Poulsen. I #Hverdagspsyk får man presentert psykologisk innsikt og kunnskap som kan hjelpe mennesker med å håndtere motgang og ha det bedre. I følge forfatterne, er boken et praktisk verktøy til alle som ønsker å håndtere utfordringene man står ovenfor på en konstruktiv og god måte (<http://www.hverdagspsyk.no/>).



Internettassistert behandling for psykisk helse er en samlebetegnelse for verktøy folk kan få tilgang til via internett, for selv å kunne håndtere problemer eller vanskelige livssituasjoner - før problemer blir større og setter seg. Internettprogrammene inneholder gjerne anerkjente metoder, og er interaktive i formen. Programmene består av innhold, øvelser og oppgaver fra kognitiv terapi, som man vet er god, evidensbasert behandling for angst, depresjon og søvnvansker. De kan brukes som et tillegg til samtaler og oppfølging, til de som venter på behandling, eller stå helt for seg selv. Ved å gjøre dette tilgjengelig over internett, kan man tilby god behandling til flere mennesker, og la folk komme i gang uten ventetid. Hvert av de tre programmene har seks moduler, som brukeren tar i eget tempo. Veiledet selvhjelp og bruk av internettassistert behandlingsverktøy kan passe inn som en del av et evidensbasert behandlingstilbud flere steder, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kommunene Kristiansund, Molde, Kristiansand og Notodden tilbyr gratis veiledet selvhjelp via internett, som en del av behandlingstilbudet i Rask Psykisk Helsehjelp [13].

Explorable og nettsiden Assistert selvhjelp

Assisert selvhjelp er en nettside som tilbyr ulike internettkurs - selvhjelp som man kan gjøre hjemme eller der man er. Kursene kan tas på en Laptop, nettbrett eller mobil. Kursene inneholder de vanligste teknikkene som psykologer bruker for å hjelpe personer til å mestre angst, depresjon eller søvnvansker på en bedre måte. Oskar Blakstad, psykolog og eier av Explorable og nettsiden Assistert selvhjelp, forteller at det har vært viktig for dem å gjøre innholdet så enkelt og forståelig som mulig. De har vært spesielt opptatt av at språket er enkelt og ikke et vanskelig fagspråk som lett kan bli et hinder i kommunikasjonsprosessen. Videre har de vektlagt å normalisere psykiske problemer og lidelser gjennom kunnskap og fokus på mestring og løsningsorienterte kognitive metoder [14].

Selvhjelp Norge ble etablert i 2006 som en følge av iverksetting av Nasjonal plan for selvhjelp. Selvhjelp Norge er finansiert over Statsbudsjettet. Virksomheten drives på oppdrag fra Helsedirektoratet (www.selhjelp.no). Nasjonal plan for selvhjelp gir føringene for kompetansesenteret Selvhjelp Norges arbeid (*avbildet til høyre*). Planens visjon er at alle i Norge skal vite hva

Du trenger hjelp.	Du kan hjelpe deg selv.
Snakk med en ekspert.	Snakk med mennesker som selv vet hva det handler om.
Grav i fortiden.	Se fremover.
Bli kvitt smerten.	Lær deg heller å bruke den.
Det er urettferdig.	Sånn er livet.
Sats på at det går over.	Gjør noe nå.
Det finnes ingen å gå til.	Jo.

Nasjonal plan for selvhjelp
2014-2018

selvorganisert selvhjelp er og kunne ta kunnskapen i bruk når problemer oppstår. Mange brukere har god nytte av selvhjelpsgrupper.

Selvhjelpsgrupper er brukerbaserte støttende fellesskap som kan bidra til mestring i hverdagen og være et positivt supplement til behandling [8]

DigPsyk (Psykologenes forening for digital helse, eller #digpsyk), jobber for å fremme digital helse blant psykologer. Foreningen ønsker å fremme bruken av digitale hjelpemidler i psykologisk arbeid, gjennom å spre kunnskap om de muligheter dette gir, samt god anvendelse av disse mulighetene. Foreningen er åpen for alle psykologer i Norge (<http://digpsyk.no/>).

5.1.2 Samhandling - kommunen, allmennlege- og spesialisthelsetjenesten

God samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten styrker psykisk helsearbeid. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige tradisjoner, kompetanse og virkemidler, og kan til sammen gi et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter [8]. I Statsbudsjettet for 2009 ble 50 millioner kroner stilt til disposisjon til utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller, og til etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT¹ modell.

Helsedirektoratets tilskuddsordning **Psykologer i kommunehelsetjenesten – modellutprøving** ble lansert i 2009. Målet var å rekruttere flere psykologer til kommunene som en del av kommunens lavterskeltilbud for psykisk helse. Modellutprøvingen av psykologer i kommunehelsetjenesten skapte blant annet lavere terskel for psykologhjelp, og ga økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon, ifølge Arbeidsforskningsinstituttet [15]. Et spørsmål som ble stilt i forbindelse med kommunepsykologene er om innbyggerne skal inn på psykologkontoret én etter én når de trenger det, eller om kommunepsykologene skal komme seg ut av kontoret og jobbe i systemene der innbyggerne lever livet sitt [16].

Pilotprosjektet **Rask psykisk helsehjelp** ble startet i 2012. Hensikten var at kommuner skulle tilby befolkningen lavterskeltilbud for angst og depresjon. Rask psykisk helsehjelp er et kommunalt tjenestetilbud for voksne (over 16 år) med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg [6]. Tverrfaglige team tilbyr hjelp, og det er psykolog tilknyttet hvert team. Tilbudet baserer seg på kognitiv terapi, og følger en trappetrinns-modell. Første trinn kan være veiledning i forbindelse med bruk av selvhjelpsmateriell. De neste trinnene kan bestå av telefonkonsultasjon, gruppetilbud i form av mestringskurs eller mer tradisjonell samtaleterapi av relativt kort varighet. Alle som jobber med rask psykisk helsehjelp har gjennomført en videreutdanning i kognitiv terapi gjennom Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT). Målet med Rask psykisk helsehjelp er å øke andelen av mennesker med psykiske lidelser som søker, og mottar, profesjonell hjelp.

¹ Assertive Community Treatment (ACT), "aktiv oppsøkende behandling", er en intensiv mental helse programmodell der et tverrfaglig team av fagfolk tilbyr tjenester til pasienter i lokalsamfunnet

Behandlingen skal redusere symptomene og styrke både funksjonen og livskvaliteten for tjenestemottakerne. Hjelpen skal være *lett tilgjengelig, gratis*, og krever *ikke henvisning*. Det er imidlertid viktig med tett samarbeid med fastlege og øvrige relevante instanser. Rask psykisk helsehjelp er bygd på den britiske modellen IAPT (Improving Access to Psychological Therapies). Rask psykisk helsehjelp evalueres av Folkehelseinstituttet. Foreløpige funn indikerer at Rask psykisk helsehjelp fører til like stor nedgang i symptomer på depresjon og angst blant brukere av Rask psykisk helsehjelp i Norge som i England [17].

"Samarbeid på tvers" består av ansatte fra Helse- og velferdskontor Midtbyen, Oppfølgingstjenesten Midtbyen og Østbyen, NAV Midtbyen og Byåsen poliklinikk ved Tiller DPS [18]. Bakgrunnen for samarbeidet var at de opplevde at avstanden mellom hjelperne ble større på grunn av komplekse organisasjoner, og det ble som følge av opptrappingsplanen vanskelig å vite hvem samarbeidspartnerne var. Dermed ønsket de å lage en arena hvor man kunne jobbe i fellesskap for å finne rett tilbud til riktig person. "Samarbeid på tvers er et pasientnært, tverretattlig samarbeidsforum med beslutningsmyndighet. De møtes fast én gang i måneden og diskuterer saker fra både helsetjenestene og NAV. Ledelsesforankring [19] og beslutningsmyndighet har vært viktig for at forumet skal fungere godt. I tillegg har det vært viktig med god tid til å bli kjent med hverandres kompetanse samt faste engasjerte medarbeidere [18].

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og KS samarbeider om gjennomføring av **nasjonale læringsnettverk** for å utvikle gode forløp og god samhandling, samt aktiv brukerinvolvering. Læringsnettverket "Gode pasientforløp for brukere med psykiske problemer og/eller rusproblemer", satser på å utvikle gode og sammenhengende tjenester som oppleves nyttige for brukerne. Brukerne har en essensiell rolle i å utvikle tjenestene [20].

Ett eksempel som trekkes frem i NAPHA sin artikkel om **fastleger og psykisk helse** [19] er Vinderen DPS. De har jevnlig møter med fastleger i sitt område om pasienter med psykiske problemer. Det avholdes noen ganger felleskonsultasjon med en av fastlegens pasienter, mens det andre ganger er samtaler med legene, og da ofte også med noen fra det kommunale tjenestetilbudet tilstede. Det antas at samarbeidet mellom DPS og fastlegene gjør at færre pasienter henvises unødige til spesialisthelsetjenesten.

5.1.3 Mestringsarenaer

Individuell jobb støtte (IPS²) er en kunnskapsbasert oppfølgingsmetode som går ut på å hjelpe personer med psykiske lidelser og eventuell rusproblematikk til å komme i og beholde ordinært, lønnet arbeid. IPS fokuserer på å hjelpe mennesker ut i ordinært, lønnet arbeid fremfor lengre avklaring og kvalifisering i for eksempel skjermede tiltak, før inntreden i arbeidslivet. Modellen legger opp til en formalisert og integrert samhandling mellom kommune, spesialisthelsetjenesten og NAV [21].

NAV i skole. Forsøk med NAV-veiledere i videregående skole er et samarbeidsprosjekt mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet, der man tester ut en ny

² IPS - Individual Placement and Support

modell for samarbeid mellom skolesektoren og NAV. Fra 2015 har hvert fylke minst én skole der NAV-veiledere inngår i teamet for elevtjenester. Hovedformålet med NAV-veiledere i videregående skole er å forebygge frafall og integrere ungdom i arbeidslivet. Videre ønsker man å få mer kunnskap om omfanget av levekårsproblemer og sosiale problemer hos elevene. Ved å gjøre dette, lærer man en mer om behovet for, og bruken av, NAV sine tjenester og tiltak når det kombineres med tilrettelagt opplæring fra fylkeskommunen. Målet er å redusere frafall ved å hjelpe ungdom som har sammensatte vansker. Forsøket skal blant annet legge til rette for at målgruppen får hjelp i en tidlig fase, slik at de ikke må avbryte opplæringen for å få hjelp [22].

Euroskolen jobber med utvikling og gjennomføring av arbeidsmarkedskurs samt individuell veiledning av arbeidssøkere. Målet er å bidra til at flere kommer i arbeid. Kartlegging av karrieremuligheter, personlig utvikling og kvalifisering samt formidling til arbeid, gjennomføres i samarbeid mellom arbeidssøker, kursleder og det ordinære arbeidsliv (<http://euroskolen.no/om-euroskolen/>).

Young Happy Minds (YHM) er sosiale entreprenører som tilbyr et program som består av en kombinasjon av teori og praksis med base i positiv psykologi. Programmet er kjørt flere runder i Storbritannia, og har fungert som et pilotprosjekt for YHM i Norge. Resultatene fra YHM-prosjekter i Storbritannia har vært gode og viser i gjennomsnitt 20 % økning i opplevd livskvalitet, utholdenhet og relasjoner. Det er ikke påvist noen endring i kontrollgruppen. Prosjektet testes nå ut i Bærum kommune, Lommedalen skole (<http://tanketanken.no/livsmestring-skolens-ansvar>).

KIM-senteret

KIM-senteret er et brukerinitiert, brukerstyrt og brukerdrevet arbeidspraksis-senter for mennesker med psykiske problemer. Forkortelsen KIM står for Kontakt – Informasjon – Mestring. En prioritert gruppe vil også være unge som har behov for nettverk og aktivitet både gjennom arbeid og fritid. KIM-senteret tar imot mennesker som går på arbeidsavklarings-penger eller uføretrygd fra NAV og prøver å hjelpe disse med å komme ut i ordinært arbeid (<http://www.kimsenteret.no/>).

5.2 Barrierer og drivere for innovasjon (eksisterende kunnskap)

Rambøll Management Consulting har på oppdrag for Helsedirektoratet evaluert helsetilbud til ungdom og unge voksne [23]. Deres funn indikerer at **Skolehelsetjenesten og Helsestasjon for ungdom** er mye brukte **lavterskeltilbud**. De påpeker at det er behov for økt tverrfaglighet i kompetanse og en styrking av ressurser innen skolehelsetjenesten og at Helsestasjon for ungdom har svært varierende åpningstider mellom kommunene, og at enkelte kommuner mangler et slikt tilbud. Videre, så har **fastlegen** en viktig medisinsk kompetanse og fungerer som henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten. Rambøll sin undersøkelse avdekket at unge opplever barrierer som gjør at de ikke oppsøker fastlege selv om de har behov for det. Den viktigste barrieren er knyttet til egenandel, men også begrensede åpningstider, timebestilling og mangel på informasjon om rettigheter kan være barrierer. Det kan dermed være behov for medisinsk faglig kompetanse i tilknytning til lavterskeltilbud, som for eksempel skolehelsetjeneste.

I følge Rambøll sin rapport [23], ser det **psykiske helsetilbudet i kommunene** ut til å være svært varierende, både med tanke på hvilken kompetanse som er tilgjengelig og organiseringen av tilbudet. De påpeker at det er behov for en styrking av personell med spisskompetanse innen psykisk helse i kommunene og at *det* ser ut til å være behov for en utbygging av tilbud til unge innen kommunalt rusarbeid i mange kommuner. En annen utfordring som ble nevnt i rapporten, er at **spesialisthelsetjenesten** tradisjonelt er inndelt i **barne- og voksenalvdeler**. Dette medfører at tilbudene med dagens organisering ofte ikke er tilpasset ungdoms behov spesielt og at aldersgrensene også er svært varierende.

Ådnanes og Steihaug, SINTEF, fant i sin undersøkelse av pasientforløp blant unge mennesker med psykiske lidelser, at hoved-barrierer for kontinuitet av behandling var; mangel på tilgang til behandling, mangel på integrering mellom spesialisttjenester, mangel på progresjon i behandling og at koordineringsverktøy var utilstrekkelig og ikke i stand til å forebygge fragmenterte pasientforløp [24]. I en annen studie, fulgte Ådnanes [25] og Steihaug ni unge mennesker i alderen 18-30 år med psykiske vansker og med sammensatte problemer, gjennom et helt år. Målet var å fange opp deres opplevelser og deres syn på den behandlingen og oppfølgingen de fikk i hjelpeapparatet, og å finne ut hvordan viktige hendelser underveis påvirket behandlingsforløpet deres. Forskerne fant at deltakerne slet med at **tjenestene var fragmenterte**, noe som førte til at ulike typer **problemer ikke ble sett i sammenheng**, men behandlet separat. Informantene hadde behov for forutsigbarhet og stabilitet. Det optimale var å ha en god behandler som man hadde et stabilt forhold til, noe som ikke var enkelt å oppnå. Deltakerne hadde et sterkt ønske om forklaring på sine problemer og å oppleve framskritt – ikke bare bli stående i det samme. Ikke minst ønsket de å bli mer involvert av sine behandlere og kontakter i helsetjenestene – å bli inkludert i viktige beslutninger som gjaldt egen behandling og medisinerer. Studien [25] peker særlig på et uutnyttet potensiale i det å involvere brukere og å utnytte deres ressurser i større grad. Selv om de unge menneskene var i en vanskelig situasjon, hadde de samtidig ambisjoner og fremtidshåp. Det ville være hensiktsmessig å **i større grad bruke denne kraften**, dersom **brukerne fikk mer makt og innflytelse og helsetjenestene var mer lydhør for brukers innspill**.

Heggland og hans kollegaer på Folkehelseinstituttet [26] påpeker at kommunepsykologene i dag bruker rundt fire prosent av tiden sin på tiltak rettet mot grupper og hele befolkningen. På bakgrunn av dette er det et stort potensiale i en styrking av folkehelsearbeidet for psykisk helse. Siden over halvparten av **kommunepsykologene** ønsker å bruke mer av arbeidstiden sin på forebyggende arbeid, er det gode mulighet for å utnytte dette potensialet og øke den forebyggende innsatsen.

Eline Røed-Bottenvann påpeker i sin artikkel i Tidsskriftet for Norsk psykologforening [27] at det er viktig å sikre riktig bruk av psykologressursene i kommunene:

"Uten avsatt tid til tjenesteutvikling er det en fare for at tilbudet blir til mens man går, og styrt av tilfeldig etterspørsel snarere enn analyse og behovsvurdering. Innenfor samfunns psykologisk tenkning fremheves viktigheten av å vurdere behov og kartlegge risikofaktorer på alle nivå, fra mikro til makro, i arbeidet med å planlegge tjenester."

Røed-Bottenvann hevder at sine erfaringer som kommunepsykolog i Hole kommune tyder på at en samfunnspsykologisk forståelse i møte med kommunen har resultert i en meningsfull modell for kommunepsykologstillingen. En slik modell kan gi langsiktig god ressursutnyttelse sett opp mot de lokale utfordringene, og kan resultere i helsegevinst for kommunens innbyggere.

I følge Dagens Medisin (11 -10), så er Fastleger og leger i offentlig allmenntilleggs viktige aktører i primærhelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, og de er ofte "inngangsporten" til spesialisthelsetjenesten, gjennom henvisning. Fastlegene har det primære ansvaret for behandlingen av lettere og moderate psykiske lidelser i Norge, men underbehandling av syke og overbehandling av friske utgjør en betydelig utfordring. Ti prosent av alle konsultasjoner hos fastlegen dreier seg om psykiske lidelser. Både for menn og kvinner er det aldersgruppen 25 til 44 som hyppigst blir rammet. Symptomer på angst og depresjon, akutt stress, ubalanse og søvnforstyrrelser er de mest brukte diagnoser hos voksne pasienter i kontakt med fastlegen. Diagnostisering av psykisk lidelse kan være vanskelig. Fastlegene selv ønsker kompetanseutvikling i forhold til psykisk helse og mer veiledning fra spesialist i psykiatri [19].

I følge McGorry et al. [28] så er det noen generelle hovedtrekk som bør imøtekommes når det gjelder å utvikle tjenester til unge mennesker med psykiske vansker.

Brukermedvirkning i alle ledd er essensielt for å skape en ungdomsvennlig kultur uten stigma. En helhetlig, forebyggende og optimistisk holdning med et sekvensielt/gradert tjenestetilbud styrt av risiko/nytte og delte beslutningstakingsprinsipper, og med tidlig intervensjon, sosial inkludering og yrkesrettete resultater som hovedmål. Tjenestene bør reflektere både utbredelsen av psykisk sykdom og den nye utviklingsmessige kulturen blant unge voksne. Tjenestene bør også søke å eliminere avbrudd i perioder for behov for tjenester og utviklingsmessige overganger, samt søke å oppnå positive og sømløse sammenhenger i tjenester for yngre barn og eldre voksne.

5.3 Resultater fra intervju og arbeidsmøter ("workshops")

5.3.1 Intervju med tjenesteytere

Hovedtema som ble tatt opp i intervjuene samt oppstartsmøtet inkluderte samhandling i tjenestene, samtidighet i tjenestetilbudet, karakteristika ved pasientene/brukerne, pårørende/familie, mestring, bruk av IT og ulike verktøy, idéer og ønsker om bedret tjeneste samt utfordringer og muligheter knyttet til forbedret tjenestetilbud for målgruppen. Generelt, så uttrykte flere av informantene i løpet av behovskartleggingsfasen at de opplevde at brukermassen, unge voksne som søker psykisk helsehjelp for lettere psykiske lidelser, har endret seg, spesielt med tanke på økning i antall henvisninger og økt sykkelighet. Se vedlegg for et eksempel på sortering av innsikt, i dette tilfellet fra intervjuet med fastlegen.

Samhandling mellom ulike tjenesteytere

De fleste informantene opplevde at **samhandling** mellom kommune og spesialisthelsetjeneste fungerte godt i de tilfellene der det var etablert samhandling. Med tanke på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, så mente noen av

informantene at møteplasser, som eksisterende kliniske forum og samarbeidsutvalg, ikke fungerer optimalt. Et innspill var at fokus må flyttes lengre ned til "fotfolka".

Det ble også nevnt at fastleger ofte ikke møter til ansvarsgruppemøter på grunn av at de er meget opptatte. Det ble videre uttrykt noe bekymring for om det var mulig å ha oversikt over alle tiltak og tilbud som eksisterer, knyttet til målgruppen. Fastlegen som ble intervjuet i behovskartleggingsfasen av forprosjektet kjente ikke til dagens tilbud i kommunen.

"Vet vi om hverandres tilbud?" (Psykologspesialist, spesialisthelsetjenesten)

Positive trekk ved vellykket samhandling som ble trukket frem, inkluderte blant annet **samlokalisering** og økt forekomst av **ambulante tjenester** (tverrfaglige team). I intervjuene ble noen eksempler på samhandling som fungerte godt, og som inkluderte samlokalisering av ulike tjenesteytere trukket frem, blant annet NAV i skole og NAV på DPS. Det at man ble samlokalisert, opplevde flere som positivt med tanke på at man lærte mye om hverandres arbeid.

Samtidige versus sekvensielle tjenester

Samtidighet i tjenestene var det temaet som flest informanter var opptatt av med tanke på forbedringspotensialet når det gjelder å utvikle tjenester rettet mot unge voksne med psykiske lidelser. Flere snakket om at det kunne være utfordrende å få til parallelle eller samtidige tjenester og oppfølging rundt en person. Samtidighet i tjenestetilbudet handler også om fordeling av ansvar og ressurser – og at man eier saken sammen.

Informantene var enige om at økning av digitale verktøy og digitale kommunikasjonsmåter er muligheter i en fremtidig tjeneste med tanke på å få til økt samtidighet i tjenestetilbudet.

"Vi får aldri tak i hverandre, jeg kan bruke en måned og da er det ikke riktig vedkommende" (Psykologspesialist, spesialisthelsetjenesten)

Pasientene/brukerne

Flere av informantene, både representanter fra spesialisthelsetjenesten og kommunen snakket om at unge mennesker med psykiske vansker eller lettere psykiske lidelser er en sammensatt gruppe. Man skiller ofte mellom de som har nylig oppståtte symptomer og de som har problemer fra lengre tilbake i tid. Det uttrykkes et stort potensiale i å fokusere på innovasjonsmuligheter knyttet til den gruppen med **nylig oppståtte** problemer, spesielt med tanke på egenmestring. I den forbindelse påpekes det at ulike **overgangsperioder kan gjøre unge voksne sårbare**, for eksempel overgangen fra ungdomsskole til videregående.

"Ikke fullført ungdomsskole er viktig å fokusere på. Mange blir presset ut i ting de ikke mestrer. Det er viktig å jobbe med mellomrommet mellom ungdomsskole og videregående skole" (Rådgiver, NAV)

Overgangen fra videregående til mastergrad, spesielt i den perioden hvor studentene opplever mer ustrukturerte rammer og økte krav til egenaktivitet, kan være utfordrende for mange unge voksne. I enkelte bydeler utgjør studenter en stor andel av populasjonen unge voksne. En utfordring relatert til behandling av lettere psykiske lidelser hos denne gruppen er knyttet til at mange studenter ikke er registrert med bostedsadresse i byen, og dermed har ikke tjenesteyterne midler beregnet på behandling av denne gruppen.

Et tema som ble tatt opp i forbindelse med unge voksne og mestring av psykiske lidelser omhandlet **nettverk og ensomhet**. Det er viktig å utnytte nettverk i vanskelige perioder, noe som kan være vanskelig for de som sliter med ensomhet og psykiske lidelser, spesielt hvis de har familie som er bosatt andre steder i landet. Ensomhet kan i mange tilfeller være vanskelig å gjøre noe med. Kontakt med foreldre er ofte lettere når de er under 18-19 år. Utover dette kan det være litt vanskelig, og det oppleves som mange har en forventning om at man skal gå til psykolog alene. Det er få familier som er med i terapi og det kan være vanskelig å få lov til å samarbeide med familier da målgruppen ofte er i en løsrivingsfase.

Hjelpesøkende atferd blant unge voksne var et tema informantene var opptatt av. Det kan oppleves som stigmatiserende (og skummelt) å søke hjelp. Mange tror at man må være alvorlig syk for å søke hjelp, og det kan virke som flere unge voksne har en oppfatning av at det er bare er psykolog som hjelper når man har psykiske problem. Dermed kan terskelen for å søke hjelp også bli stor. I tillegg kan mange ha en oppfatning av at psykisk helse er noe man ikke snakker om, derfor føler man seg alene om å ha utfordringer. Dette kan også fungere som en barriere for å søke hjelp. Noen informanter mente at mange studenter ikke har tilstrekkelig kunnskap og verktøy til å takle psykiske utfordringer. Refleksjon og aksept rundt egen psykisk helse kan være nødvendig for bedring. Det kan derfor være nyttig med **trygge arenaer der man opplever mestring og møter andre i samme situasjon**.

"Det kan virke som det eksisterer en forventning om at kun psykolog hjelper"
(Psykolog, kommune)

Mestring

Hva kan unge mennesker selv gjøre for å bedre sin situasjon, med og uten hjelp fra tjenesteyterne? Dette var et tema som ble berørt i løpet av behovskartleggingen. Et poeng som ble understreket var viktigheten av at unge mennesker med psykiske vansker eller plager, de som ikke oppfyller kriteriene for diagnose, får et tilbud i førstelinjetjenesten, slik at de får et bedre tilbud enn de får per i dag. Tanken om egenmestring ble av flere informanter oppfattet som relativt nytt innenfor tjenestetilbudet, men flere opplevde at det er en økt interesse for dette aspektet blant ulike tjenesteytere. Det ble referert til at nasjonale føringer om mestring [8] legger til rette for mye av arbeidet, spesielt med tanke på kommunalt psykisk helsearbeid. Del ble også nevnt at det er økt fokus på å få til mestringsevne gjennom aktiviteter og jobb, og fokus på ressurser er særlig viktig.

Normalisering og psykoedukasjon

Som et element i egenmestring ble det nevnt at økt kunnskap om psykisk helse blant barn og unge generelt er viktig, spesielt i et forebyggende perspektiv. Skolen ble nevnt som en arena hvor potensialet for psykisk helsearbeid er stort. Psykoedukasjon, det å lære pasientene mest mulig om sin egen sykdom, noe som gjør pasientene godt rustet til å ta kontroll over lidelsen sin, ble også nevnt som en mulighet for å få til bedre mestring av psykiske lidelser hos unge voksne. Jobbhuset ble nevnt som et eksempel på en arena hvor unge med psykiske vansker eller lettere psykiske lidelser kan treffe jevnaldrende i samme situasjon samt lære om psykisk helse og normaltilstander.

IT-verktøy

Utfordringer knyttet til bruk av IT og informasjonsdeling ble nevnt som barrierer for innovasjon. For eksempel ble det nevnt at når Barne- og familietjenesten og Helse og velferdskontoret møtes om ungdomssaker i NAV, benyttes en **perm** på grunn av **mangel på**

felles datasystemer, dette på grunn av lover og regler knyttet til personvern.

Selvrapportering på Ipad er også blitt benyttet til pasienter på DPS, men en utfordring med dette var å få det inn i daglige rutiner. Muligheter knyttet til bruk av IT og ulike verktøy for å stimulere til bedre mestring av psykiske lidelser blant unge voksne var et tema som ble tatt opp av mange informanter. Flere mente at det var muligheter med digitale hjelpemidler som kunne være interessante. Et eksempel som ble nevnt var et **nettbasert terapiprogram** som heter MoodGYM, et terapiprogram basert på kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi. Det er spesielt utviklet for å forebygge depresjon hos unge mennesker, men kan også brukes av andre. Programmet (nederlandsk opprinnelse) inneholder mange nyttige råd om håndtering av både depresjon og angstproblemer og kan anbefales. Det ble påpekt at en utfordring med flere nettbaserte program er at de kan ha dårlig brukergrensesnitt. I tillegg finnes det mange selvhjelps-videoer. Eksempler som trekkes frem er studentsidene (NTNU, Sit), f.eks. om eksamensstress, og at kommunen også har nettside om blant annet depresjonsmestring. Mange av pasientene sitter mye hjemme på PC, bruker mye tid på dette, så potensialet for nettbaserte tilbud oppleves å være relativt stort.

"Det finnes mange selvhjelps-videoer, "det er et hav" av tilbud "
(Psykolog, kommune)

Det ble også nevnt at kommunikasjon med unge voksne i hovedsak går via telefon. Det kan være utfordrende på grunn av at mange unge ofte skifter telefonnummer, og at de på grunn av sin psykiske helse kan ha vanskeligheter med å ta telefonen.

5.3.2 Intervju med tjenestemottakere

Når det gjelder møte med helsetjenesten og de som søker hjelp sin atferd i forbindelse med psykiske vansker eller lidelser, fortalte flere av informantene at de opplever at det er mye stigma knyttet til psykiske vansker og lidelser. På bakgrunn av dette kan det være vanskelig å snakke om at man sliter psykisk, og flere informanter fortalte at de hadde lenge forsøkt å skjule at de sliter. Dermed opplevde flere at terskelen for å be om hjelp fra ulike tjenesteytere ble høy. Når det gjelder helsetjenestetilbudet til unge voksne med psykiske lidelser, så forteller informantene i dette forprosjektet at de, og flere de kjenner, opplever at mange sliter med at det er lange ventelister. En informant uttrykte følgende:

"For å få hjelp så må man være alvorlig syk, være suicidal eller ha psykose-tendenser. Mange trenger hjelp uten at det er akutt."

Fastlegen ble nevnt som et første kontaktpunkt når man trengte helsetjenester relatert til psykiske vansker eller lidelser. I tillegg var det noen som hadde oppsøkt studenthelsetjenesten og hadde grei erfaring med det. Det virket som om informantene i stor grad hadde tillitt til hjelpeapparatet, spesielt lege, psykiater og psykolog. En av informantene uttrykte:

"Mange unge voksne som sliter psykisk kan ha en oppfatning av at når man endelig kommer seg til en psykolog, lege, psykiater – så ordner det seg."

Et inntrykk fra behovskartleggingen var at de fleste unge voksne som sliter psykisk hadde liten oversikt over andre relevante tjenestetilbud enn fastlege og studenthelsetjeneste som man kunne benytte seg av, spesielt når de stod på venteliste for å komme inn til behandling.

Manglende nettverk og gode relasjoner til familie, var det flere som nevnte under intervjuene. Ensomhet var også noe flere kjente på, spesielt i tiden hvor man ventet på å komme inn til behandling.

Relasjon til behandler var et fremtredende tema under intervjuene i behovskartleggingen. Relasjonen til behandler var for mange avgjørende for om de opplevde at de fikk god behandling. En av informantene sa følgende om sin behandling hos voksenpsykiatrien:

"Terapi var utrolig viktig for meg de første to årene, men så byttet jeg terapeut og han nye er ikke like flink med meg synes jeg."

Det ble også tatt opp at det var viktig at tjenesteytere, psykologer, leger eller andre, hadde tid og tilstedeværelse i møtet med brukere eller pasienter. En erfaringskonsulent for Mental Helse påpekte at mange pasienter forteller at det er en lang prosess fra det å komme i posisjon til å snakke om det som er vanskelig. En annen utfordring er at det ofte forekommer "siling" i forskjellige instanser. For eksempel må fastlege vurdere om det skal skrives en henvisning til for eksempel DPS. Når man så kommer til DPS blir det en ny "siling" – en innkomstsamtale. Mange pasienter møter ofte noen som vet bedre enn dem selv. Flere av informantene nevnte at de hadde kjent på en "ovenfra og ned" holdning blant ulike tjenesteytere, og at de opplevde at det var bedre å forholde seg til behandlere som var mer personlige og som behandlet dem mer som likeverdige.

Angående samhandling mellom ulike tjenesteytere, så var det ventelister de fleste av informantene tok opp. En av informantene snakket om at mange pasienter kan oppleve at skillet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er kunstig. En annen utfordring som ble nevnt var at det opplevdes som vanskelig å bytte behandler, spesielt innen psykisk helsevern.

"Jeg vet at hvis jeg bytter [psykolog] så tar det lang tid før jeg får ny...og det er problematisk. Og så er det så vanskelig.. og hvis du mislykkes så er det så pinlig...å sitte der liksom...jeg prøvde å bytte men det gikk ikke."

Når det gjaldt fremtidens helsetjeneste – hva bør gjøres annerledes, var det spesielt de overnevnte temaene som gikk igjen, nemlig at behandlingsapparatet bør ha bedre tid og mer tilstedeværelse og fleksibilitet. En informant sa:

"Det viktigste er tid, og at de signaliserer at de har tid."

Det ble nevnt at helsesøster og fastlege kan være relevante aktører som kan ha denne rollen, være tydelig tilstede med muligheter til å gi hjelp. I tillegg ble det nevnt, spesielt av de som hadde relevant erfaring, at medpasienter og erfaringskonsulenter også kan være viktige bidragsytere, og disse ressursene kunne blitt utnyttet bedre. Det var få som tok opp digitalisering av tjenester og muligheter som e-terapi etc. På spørsmål om dette kunne vært ønskelig, og om de så noen muligheter med bruk av IT-løsninger, var tilbakemeldingen stort sett at "det er nok bedre med face-to-face".

6 Konseptforslag

6.1 Utgangspunkt for konseptutvikling

Utgangspunktet for å utvikle idéer til konsepter i dette forprosjektet var basert på behovskartleggingen, bestående av søk etter eksisterende praksis og kunnskap, intervjuer med tjenesteytere og tjenestemottakere samt arbeidsmøter med prosjektgruppen og internt arbeid for å bearbeide og analysere innspillene – basert på tjenstedesign metodikk. Funn fra behovskartleggingen indikerte en rekke behovsområder som kunne vært aktuelle for konseptutvikling og videreføring. I arbeidet med konseptutviklingen ble det tatt utgangspunkt i funnet som omhandlet fastlegen som sentral aktør for samhandling og mestring av psykiske lidelser hos unge voksne samt behov for dialog og kompetanseoverføring.

Bakgrunnen for valg av konsept med tanke på videreføring i et hovedprosjekt var i hovedsak funnet fra behovskartleggingen som omhandlet fastlegens rolle. Dette ble vurdert av prosjektgruppen til å gi et stort mulighetsrom og til å ha et godt innovasjonspotensiale. I tillegg var det et fremtredende tema som både tjenestemottakere, tjenesteytere var opptatt av. Fastlegen selv sier at han ikke vet hvilke tilbud som finnes i kommunen, og det er ønskelig med kompetanseutvikling i forhold til psykisk helse og mer veiledning fra spesialist i psykiatri, noe som er et nasjonalt behov [19].

Følgende funn fra behovskartleggingen ligger til grunn for valg av konsept til videreføring:

- Alle informantene peker på fastlegen som en viktig brikke i helsetjenesten, med hensyn til mestring og behandling av psykiske lidelser.
- Tjenestemottakerne peker på fastlegen som første kontaktpunkt med helsetjenesten i forbindelse med psykiske vansker eller lidelser
- Fastlegen vet lite om hvilke tilbud kommunen har, og ønsker kompetanseutvikling – og en systematisk tilnærming innen psykisk helse.
- Kommunen ønsker å styrke fastlegen sin rolle innen psykisk helsearbeid, ved å bidra med oversikt over hvilke tilbud som finnes til enhver tid.
- DPSene sier de har tidvis god kontakt med fastlegene, men de vet ikke hvordan fastlegen følger opp pasienten etter avslag fra DPS
- Fastlegen mener at en nettside som kan gi oversikt over tjenester knyttet til psykisk helse kan være nyttig, men at det er viktig at fastleger informeres om dette gjennom riktige kanaler, for eksempel gjennom månedlig informasjonsskriv fra kommunen eller på regelmessige allmøter.

6.2 Overordnet konsept: "Beslutningsstøtteverktøy for fastlegen"

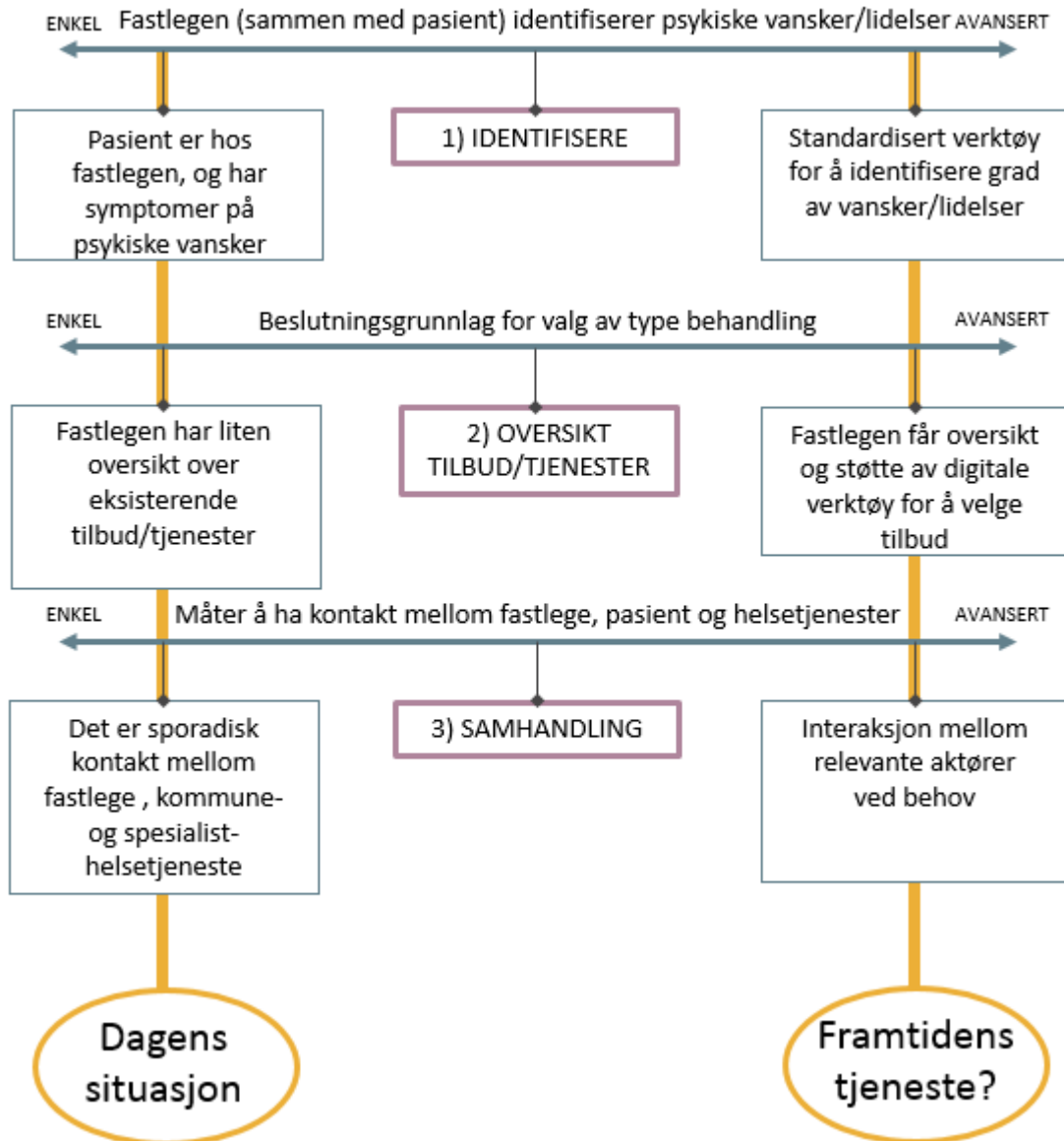
Ideen om konseptforslaget "Beslutningsstøtte for fastlegen" har som tidligere nevnt basert på funn fra behovskartleggingen, hvor fastlegen har en svært viktig rolle både for brukeren/pasienten og de samarbeidende helsetjenestene. Dette handler om en tett integrasjon med helsetjenestens arbeidsflyt og om fastlegens muligheter med tanke på å gi pasienten det beste tilbudet i en gitt livssituasjon. Det kan være mangfoldige mulighetsrom

et beslutningsstøtteverktøy kan inneholde, men i dette forprosjektet har det blitt fokusert på tre områder (figur 3);

Konsept 1) Beslutningsverktøyet kan *identifisere* grad av psykiske vansker hos pasienten/brukeren

Konsept 2) Beslutningsverktøyet kan både gi en oversikt- og knyttes opp mot eksisterende tilbud/behandlingsvalg.

Konsept 3) Beslutningsverktøyet kan innebære en *interaktiv funksjon* (samhandling).



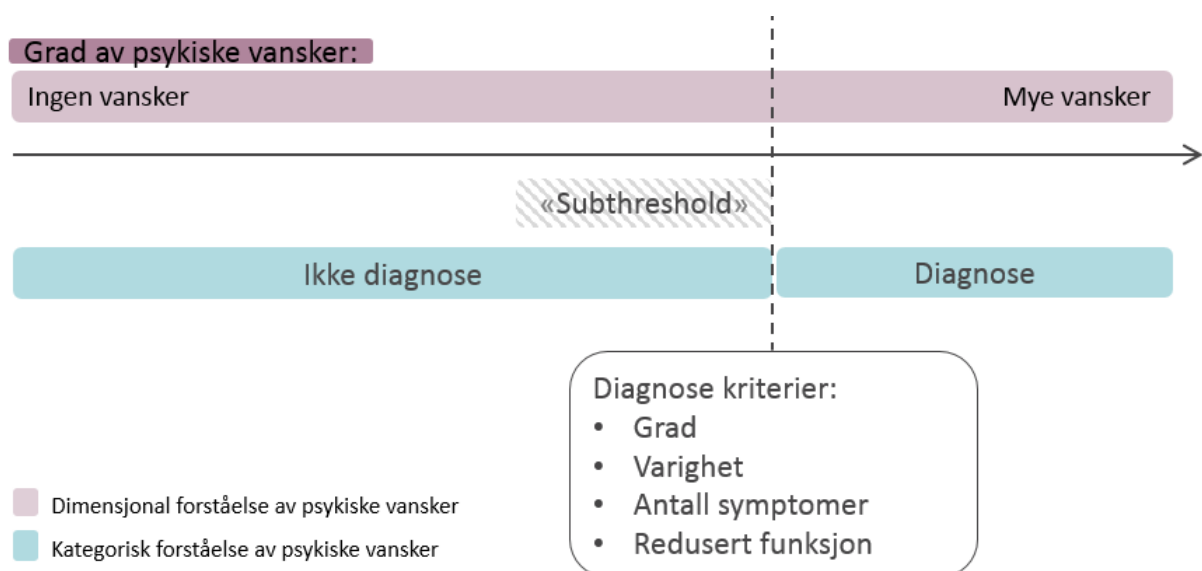
Figur 3. Modell for utvikling av beslutningsstøtteverktøy for fastlegen

6.2.1 KONSEPT 1 - Fastlegen (sammen med pasient) identifiserer psykiske vansker/lidelser

I forbindelse med å utarbeide et beslutningsstøtteverktøy for fastlegen med tanke på å identifisere/kartlegge psykiske vansker eller lidelser hos ungdom eller unge voksne er det spesielt to problemstillinger som kan være relevante med tanke på videreføring i et hovedprosjekt:

- *Når kan følelser, tanker og atferd indikere psykiske vansker?*
- *Hvordan skille lettere psykiske vansker fra alvorlige psykiske vansker?*

Når det gjelder konseptualisering av psykiske vansker og psykiske lidelser, så kan man grovt sett dele inn i to ulike, men gjensidig komplementerende forståelser av psykiske vansker (se figur 4). En **dimensjonal** tilnærming, hvor man ser på grad av vansker på en kontinuerlig skala og en **kategorisk** tilnærming, hvor man undersøker om bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt for å avgjøre om man er "syk/ikke-syk" og dermed trenger profesjonell behandling. Det ha en kategoriske tilnærming til psykiske vansker har fordeler ved at det kan forenkle kommunikasjon mellom fagfolk. I tillegg er kliniske beslutninger ofte kategoriske av natur – skal man sette inn tiltak eller ikke? Ulemper kan være en viss risiko for overforenkling, og at man ikke fanger opp vansker som "vaker" rett under terskelverdien (subthreshold). Graderinger av psykiske vansker (dimensjonal forståelse) er bedre egnet til å oppdage endringer i symptomer over tid enn kategorier og kan dermed lette oppdagelsen av risikotilstander og monitorering av debut og forløp.



Figur 4. Dimensjonal versus kategorisk forståelse av psykiske vansker.

Det finnes en rekke tester som fastlegene bruker i dag, for eksempel depresjon-screening, MADRS – test, Calgary Cambridge Guide. I utviklingen av dette konseptet vil Allmenlegeforeningen sammen med spesialister innenfor psykisk helse få en viktig rolle i å

komme frem til en enighet for en nasjonal standard. **Brukermedvirkning** i alle ledd være essensielt for å utvikle gode tjenester for unge mennesker med psykiske vansker eller lidelser. **FoU-aktiviteter**, der samarbeidende parter består av tjenesteytere, tjenestemottakere, brukerorganisasjoner, forskere, teknologer og designere, vil være avgjørende for å kunne utvikle dette elementet av beslutningsverktøyet videre.

6.2.2 KONSEPT 2 - Oversikt over tilbud/tjenester

Ut i fra identifisert grad av psykiske vansker kan beslutningsstøtteverktøyet videre kunne gi oversikt over eksisterende tilbud, i kommunen og spesialisthelsetjenesten samt mestringsarenaer og andre relevante tilbud/tiltak. Eksempler på dette er ulike tilbud/behandling ved Distrikt Psykiatrisk Senter (DPS), oppfølging av psykologspesialist i kommunen, mestringsgrupper i kommunehelsetjenesten (lavterskeltilbud), samt studenthelsetjeneste, støttegrupper, eller brukerdrevne mestringsentre.

Løsninger som kan bidra til økt oversikt over tilbud/tjenester kan variere i kompleksitet – fra brosjyrer eller "flyveblad" som kan være tilgjengelig på fastlegekontoret eller andre relevante steder – eller det kan gjelde mer omfattende løsninger, for eksempel en nasjonal nettside/portal som fastlegen kan hente ut informasjon. Nettsiden/portalen kan kobles opp mot den delen av beslutningsverktøyet som identifiserer grad av psykiske vansker og/eller rådføring med andre spesialister/fagfolk/brukere.



Bilde 2 - Mulighetsrom for løsninger knyttet til oversikt over tilbud/tjenester, fra enkle løsninger som flyers med oversikt over helsetilbud til nettside/portal.

Overføringen fra nettsidene kan også foregå på en systematisk måte, for eksempel gjennom Enhet for legetjenester, en eksisterende tjeneste som sender ut informasjon til fastlegene hver måned. Det arrangeres også allmøter for fastleger med kommunen to ganger per år. Dette kan også være en arena for å informere om tilbud som finnes. Dette elementet av verktøyet kan også veilede fastlegen i forhold til valg han må ta hvis hans bruker får avslag fra spesialisthelsetjenesten. Et mål med slike løsninger er å støtte fastlegen i en ellers travel hverdag. I følge Rambøll sin evaluering av helsetjenester for ungdom og unge voksne, ser det ut til å være manglende rutiner og systemer for å spre kompetanse om ungdom og unge voksne til tjenesteytere som møter målgruppen i sitt arbeid. Videre, så er det etterspørsel blant tjenesteytere etter kompetanse knyttet til kommunikasjon og veiledning av ungdom og

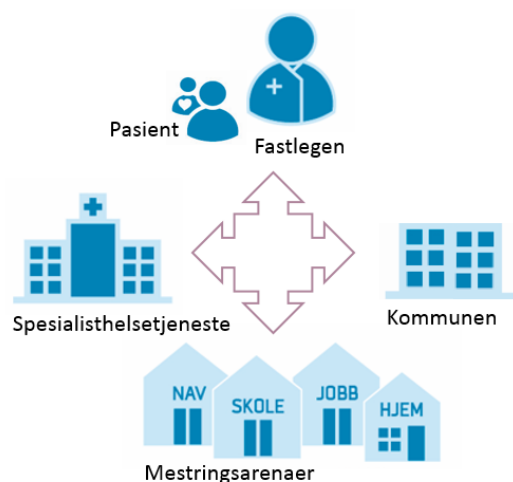
unge voksne. På bakgrunn av dette, kunne innhold knyttet til kommunikasjon og veiledning av ungdom og unge voksne kunne også utgjort en del av innholdet i en slik oversikt.

Rambøll sin undersøkelse avdekket at unge opplever barrierer som gjør at de ikke oppsøker fastlege selv om de har behov for det. Den viktigste barrieren er knyttet til egenandel, men også begrensede åpningstider, timebestilling og mangel på informasjon om rettigheter kan være barrierer. Det kan dermed være behov for at unge mennesker via fastlegen sine nettsider, eller gjennom andre kanaler relatert til allmennlegetjenesten (f.eks. gjennom HelseRespons) kan få en oppdatert oversikt over tilgjengelige lavterskeltilbud, som for eksempel skolehelsetjeneste, helsesøster, studenthelsetjeneste eller mestringsgruppe-tilbud i kommunen.

6.2.3 KONSEPT 3 - Samhandling

God samhandling kjennetegnes av gjensidig informasjons- og kompetanseutveksling, at de ulike instansene til enhver tid vet hva som er deres oppgaver og ansvar og at en har gjensidig respekt for hverandres kompetanse og oppgaver (Helsedirektoratet). Fastlegen er en sentral aktør gjennom tiden pasienten er i behandling. Blant annet pekes det på behovet for forbedret samhandling med spesialisthelsetjenesten og beslutningsstøtte etterspørres spesielt. Foreløpige tilbakemeldinger fra kommunehelsetjenesten uttrykker at det i dag er vanskelig å få kontakt og råd fra spesialisthelsetjenesten når de har behov. Det er for "lange løp" mellom spørsmål og svar, og det synes som det er for mange manuelle og fragmenterte prosesser.

En koordinerende funksjon, en helhetlig informasjonsflyt mellom fastlege og pasient, helsetjenesten og sentrale mestringsarenaer i livet som jobb og skole kan bidra til at mennesker i risikozonen fanges opp tidlig. Dette kan være hensiktsmessig for å forebygge psykiske lidelser i befolkningen. Bedre samhandling med skole og jobb er også viktig med hensyn til mulig oppfølging i hverdagen, og skape riktige mestrings situasjoner for pasienten. Et beslutningsstøtteverktøy for fastlegen – med hensikt å sikre bedre mestring av psykiske lidelser hos unge voksne kan med fordel inneholde muligheter for samhandling/interaksjon mellom pasient, fastlege, spesialisthelsetjeneste, kommunen og andre mestringsarenaer etter behov. Konseptet som er valgt i dette forprosjektet kan knyttes opp mot både www.helsenorge.no og pågående prosjekter som <https://ehelse.no/nasjonale-prosjekter/helseplattformen>, et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, et regionalt utprøvningsprogram i Midt Norge; "En innbygger – en journal" og pågående arbeid i Trondheim kommune med utvikling av nettside.



Figur 5. Samhandling/interaksjon mellom fastlege og pasient og samarbeidende helsetjenester ved behov.

Grad av kompleksitet

Graden av kompleksitet (enkel – avansert) innenfor hver av de tre skisserte områdene kan variere (j.fr. figur 3). Det kan være muligheter for å etablere mindre piloter som kan bres ut etter hvert som resultater fra piloter tilsier slik spredning av løsning er hensiktsmessig.

En kan tenke seg at det i en tidlig fase vil være det enkleste å holde fokus på ett av områdene innenfor et lite lokalt system fremfor å involvere alle i ett felles større system. Samtidig er det utfordringer som kun vil la seg løse gjennom en bred involvering, og det er sannsynlig at gevinstpotensialene for forbedring da også øker vesentlig. Et eksempel på en pilot kan være en **høyprioritert Chat funksjon**, hvor det er enkelt å ta kontakt og like enkelt å gi tilbakemelding.

6.3 Markedspotensial

Det største verdiskapingspotensialet i den skisserte videreføringen av dette prosjektet er samfunnsøkonomisk, da løsningen(e) tenkes å kunne bidra til at flere pasienter får riktig behandling til riktig tid uansett hvor de bor i landet. Som nevnt innledningsvis koster psykiske lidelser i Norge mellom 60 og 70 milliarder kroner årlig i tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger og andre trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingstkostnader. Folkehelseinstituttet venter flere psykisk syke, hvor det er regnet med at opp mot halvparten av den voksne befolkningen i Norge vil få en psykisk lidelse i løpet av livet.

Markedsbehovet innen psykisk helsevern er betydelig også i ett internasjonalt perspektiv. Det er mange behandlingsforløp innen somatikken som sliter med lignende samhandlingsutfordringsbilder. Dette kan innebære at gode løsninger innen psykisk helse for å løse samhandlingsutfordringer også kan være en god inngang til spredning i helseomsorgs- og velferdstjenestene. Det er i så måte en styrke at en potensiell videreføring av prosjektet kan inneholde samhandling med skole, jobb og NAV som sentrale

mestringsarenaer. Overføringen til andre behandlingsområder avhenger selvsagt av de generiske egenskapene i teknologi, løsninger og tilnærminger.

Det er imidlertid verdt å understreke at det kan være stor forskjell på etterspørsel etter pasientbehandling innen psykisk helsevern og sektorens betalingsvilje for å anskaffe eller fremdrive nye løsninger. Slik betalingsvilje kan påvirkes gjennom å påvise verdiskapingspotensialet, dokumenterte effekter fra tidligere piloter (kunder), forretningsmodeller med videre.

7 Videreføring av forprosjektet

SINTEF, St. Olavs Hospital og Trondheim kommune har alle uttrykt interesse for å jobbe videre med innsikten man har fått i dette forprosjektet. Allmennlegeforeningen vil også kunne være en aktuell samarbeidspartner sammen med HEMIT, NAV og flere bedrifter. Det vil være aktuelt å søke på både innovasjonsprosjekt - og forskningsprosjekt midler innenfor ett eller flere av de skisserte elementene i konseptforslaget. Aktuelle utlysninger er NAV sin utlysning på forskningsmidler februar 2017, InnoMed sin neste utlysning på tjenesteinnovasjon, Helse Midt Norge sin utlysning innen tjenesteinnovasjon våren 2017 samt Forskningsrådets programmer HELSEVEL og BEDREHELSE.

8 Konklusjon

Hovedmålet til forprosjektet var å skape et robust grunnlag for tjenesteinnovasjon for bedre samhandling om mestring av lettere psykiske lidelser hos unge voksne. Ved å gjennomføre en behovskartlegging bestående av litteratursøk, semi-strukturerte intervjuer, observasjon og arbeidsmøter med både helsepersonell fra primær- og spesialisthelsetjenesten og tjenestemottakere, ble ulike aktørers opplevelser av dagens situasjon belyst.

Innsikten fra behovskartleggingen dannet utgangspunkt for ideutviklingsfasen av forprosjektet, der det var et mål var å identifisere mulige konsept for videreutvikling og videreføring i et hovedprosjekt. Det var uttrykt et omforent behov og et stort innovasjonspotensial for å styrke fastlegen sin rolle i arbeidet med unge mennesker med lettere psykiske lidelser. På bakgrunn av dette ble utarbeidet et konseptforslag som omhandler et beslutningsstøtteverktøy for fastlegen. Et beslutningsverktøy kan omhandle FoU-aktiviteter innen blant annet følgende områder: 1) Identifisering av psykiske vansker hos pasienten/brukeren. 2) Oversikt over eksisterende tilbud/behandlingsvalg. 3) Interaktiv funksjon (samhandling).

Graden av kompleksitet (enkel – avansert) innenfor hver av de tre skisserte områdene kan variere. Det kan være muligheter for å etablere mindre piloter som kan bres ut etter hvert som resultater fra piloter tilsier slik spredning av løsning er hensiktsmessig. En kan tenke seg at det i en tidlig fase vil være det enkleste å holde fokus på ett av områdene innenfor et lite lokalt system fremfor å involvere alle i ett felles større system. Samtidig er det utfordringer som kun vil løse gjennom en bred involvering, og det er sannsynlig at gevinstpotensialene for forbedring da også øker vesentlig.

9 Vedlegg

- 1) Tilbakemelding fra REK
- 2) Tilbakemelding fra NSD
- 3) Intervjuguide for tjenesteytere
- 4) Intervjuguide for tjenestemottakere
- 5) Intervju av fastlege

10 Referanser

1. World Health Organization, *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. 2007.
2. Folkehelseinstituttet. *Psykiske plager og lidelser hos voksne - hvordan forstå tallene for forekomst 2015*; Available from: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
3. Major, E.F., et al., *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*, E.F. Major, Editor. 2011: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
4. Folkehelseinstituttet, *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* 2009.
5. folkehelseinstitutt, N. *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge*. 2010; Available from: <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf>
6. NAPHA. *Rask psykisk helsehjelp*. 2016; Available from: <https://napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>
7. NAPHA. *Ni suksesshistorier - Samhandling om psykisk helse*. 2016; Available from: <https://napha.no/content/14580/Ni-suksesshistorier---Samhandling-om-psykisk-helse>.
8. Helsedirektoratet, *Sammen om mestring- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. 2014.
9. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. *Mestring*. 2016; Available from: <https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>.
10. Stickdorn, M., et al., *This is service design thinking : basics, tools, cases*. 2011, Amsterdam: BIS Publ.
11. Schneider, J., et al., *This is service design thinking: basics, tools, cases*. 2012: Bis B.V. 373 s. : ill.
12. Council, D., *Eleven lessons: managing design in eleven global companies Desk research report*, in *Design Council*. 2007.
13. NAPHA, *Få bedre psykisk helse via internett*. 2016.
14. Assistert selvhjelp. *Assistert selvhjelp: Få bedre psykisk helse via internett*. 2016; Available from: <https://assistertselvhjelp.no/>
15. Fossetøl, K. and I. Skarpaas, *Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten*. . 2013, Arbeidsforskningsinstituttet.
16. NAPHA. *Vil ha psykologer ut av kontoret*. 2016; Available from: <https://www.napha.no/content/21052/Vil-ha-psykologer-ut-av-kontoret>.
17. NAPHA. *God effekt av Rask psykisk helsehjelp*. 2016; Available from: <https://napha.no/content/13828/God-effekt-av-Rask-psykisk-helsehjelp>
18. NAPHA. *Sammen om bedre tjenester*. 2013; Available from: <https://napha.no/content/14719/Sammen-om-bedre-tjenester>
19. NAPHA. *Fastleger og psykisk helse*. 2016; Available from: <https://napha.no/content/13953/Fastleger-og-psykisk-helse>.
20. KS. *Nettverk om psykisk helse og rus*. 2016; Available from: <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/psykisk-helse-og-rus/>
21. NAV. *Individuell jobbstøtte (IPS)*. 2016; Available from: <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/individuell-jobbst%C3%B8tte-ips>
22. NAV. *Forsøk med NAV-veiledere i videregående skole*. 2016; Available from: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Samarbeid/For+kommunen/Relatert+informasjon/fors%C3%B8k-med-nav-veiledere-i-videreg%C3%A5ende-skole>
23. Rambøll, *Helsetilbud til ungdom og unge voksne*, in *IS-2044*. 2012.
24. Ådnanes, M. and S. Steihaug, *Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways - an explorative study*. 2013, 2013.

25. Ådnanes M and S. S, "*You Never Know What Happens Next*" – *Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year*. *International Journal of Integrated Care*, 2016. **16**(3).
26. Heggland, J.E., K. Gärtner, and A. Mykletun, *Kommunepsykologer nedprioriterer forebygging*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2013. **50**(5).
27. Røed-Bottenvann, E., *Tenk system*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2016. **53**(11).
28. McGorry, P., T. Bates, and M. Birchwood, *Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK*. *The British Journal of Psychiatry*, 2013. **202**(s54): p. s30.

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Linda Tømmerdal Roten	73597506	15.09.2015	2015/1681/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			10.09.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Nina Vanvik Hansen
SINTEF

2015/1681 Samhandling for bedre mestring av psykiske lidelser hos unge voksne

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 10.09.2015. Henvendelsen ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i helseforskningsloven § 2, forskningsetikkloven § 4 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

Bakgrunn og formål (original):

Trondheim kommune v/ Enhet for psykisk helse og rus og St. Olavs Hospital v/ Nidaros DPS ønsker med dette å skape et bedre tjenestetilbud for unge med lettere psykiske lidelser, en økende pasientgruppe.

Forstudiet viser at samhandling i og mellom behandlingsnivåene, med pasienten og mestringsarenaer som jobb, skole og NAV er en overordnet utfordring for å sikre både medisinske og driftsmessige gevinster, samt gode brukeropplevelser for både pasienter og behandlere. Begge prosjekteierne opplever at det er utfordrende å få til god samhandling med dagens teknologi og organisering og at nye løsninger må til for å møte dagens og fremtidige behov. Målet er å få til bedre behandling på tvers av behandlingsnivå, der man kan behandle flere pasienter uten økt ressursbruk.

Psykiske lidelser opptrer samlet sett tidligere i livet enn somatiske lidelser, og konsekvensen av og ikke kunne møte denne pasientgruppens behov tidlig i sykdomsforløpet er at mange faller ut av skole og jobb. Psykiske lidelser medfører flere tapte arbeidsår ved uførepensjon enn annen sykdomsgruppe fordi uførepensjonen for denne gruppen innvilges gjennomsnittlig ved 9 års yngre alder enn uførepensjon for somatiske sykdommer. (2)

I dette forprosjektet vil det ble gjennomført en grundig behovskartlegging der interessenter fra St. Olavs Hospital, Trondheim kommune, NAV, universitet/høyskole og jobb, i tillegg til pasienter, vil bidra gjennom intervju og workshops for å få en helhetlig forståelse av utfordringene. Behovskartleggingen vil legge grunnlaget for utvikling av konsepter som kan videreføres i et eller flere utviklingsløp. I dette prosjektet er antagelsen at fremtidig tjenesteinnovasjon fordrer både nye anvendelser av muliggjørende teknologi og organisatoriske utviklingsprosesser. Prosjektet vil bli utført av en tverrfaglig prosjektgruppe bestående av virksomhetenes ledere, helsepersonell, designere, innovasjonsrådgivere og forskere.

Vurdering

Komiteen oppfatter prosjektet som en studie designet for å undersøke hvordan dagens tjenestetilbud for unge voksne med lettere psykiske lidelser oppleves/erfares av de unge selv og av pårørende, helsepersonell,

høgskole/universitet, jobb, NAV. Bakgrunnen for studien (innovasjonsforprosjektet) er at Trondheim kommune ved enhet for psykisk helse og rus og St Olavs Hospital ved Nidaros DPS begge opplever at det er utfordrende å få til god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste med dagens teknologi og organisering og at nye løsninger må til for å møte dagens og fremtidige behov. Studiens mål er å bidra til å utvikle en bedre og mer effektiv behandling på tvers av behandlingsnivå. Man skal gjennomføre en behovskartlegging som skal danne grunnlag for utvikling av konsepter som kan videreføres. I tillegg skal det være en workshop med helsepersonell, representant fra NAV/skole/jobb for å få et helhetlig bilde på dagens situasjon.

Prosjektet fremstår som en undersøkelse som ikke bærer preg av å være medisinsk og helsefaglig forskning, men som en evaluering av dagens helsetjenestetilbud til denne målgruppen. Prosjektet er i henhold til helseforskningslovens § 2 og § 4 ikke fremleggingspliktig, og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

Vurderingen er gjort med bakgrunn i dokumentene som ble sendt inn 10.09.2015. Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Prosjektet kan bare gjennomføres når forskningsinstitusjonens ansvarlig ledelse, vanligvis andelingsleder, har godkjent det og stiller de nødvendige ressurser til rådighet. Videre anbefaler komiteen at prosjektet også forankres i og gjennomføres i tett samarbeid med barnevernsinstitusjonene.

Vedtak

Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Linda Tømmerdal Roten
Rådgiver

Kopi til: thomas.lango@sintef.no; rek-midt@medisin.ntnu.no



Jannike Kaasbøll
SINTEF Teknologi og samfunn
Postboks 4760 Sluppen
7465 TRONDHEIM

Vår dato: 09.02.2016

Vår ref: 45195 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.10.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 09.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>45195</i>	<i>Samhandling for bedre mestring av psykiske lidelser hos unge voksne</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>SINTEF, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jannike Kaasbøll</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



FORMÅL

Meldingen gjelder et forprosjekt der formålet er å kartlegge hvordan det eksisterende tjenestetilbudet til ungdom med psykiske lidelser fungerer. REK har vurdert prosjektet som ikke fremleggelsespliktig (2015/1681/REK midt)

UTVALG

Det er oppgitt at utvalget vil bestå av unge voksne (brukere av tjenestetilbudet), helsepersonell og pårørende. Ansatte i NAV, brukerorganisasjoner og andre bedrifter er også aktuelle

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget mottar skriftlig informasjon og samtykker til deltakelse. Revidert informasjonsskriv mottatt 09.02.2016 er godt utformet.

DATAMATERIALET

Data samles inn ved intervju. Selv om utvalget ikke vil spørres om sin medisinske tilstand, tar vi høyde for at det kan behandles sensitive personopplysninger om helseforhold. Dette bl.a. fordi det er mulig at unge voksne med psykiske lidelser vil samtykke til at det tas bilde/video- lydopptak av dem.

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger SINTEF sine interne rutiner for datasikkerhet.

PUBLISERING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det er oppgitt at bilder/videoopptak skal publiseres. Forsker vil innhente eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette. Deltakerne vil også få anledning til å godkjenne materialet før publisering.

PROSJEKTSLUTT

Ifølge epost fra forsker 09.02.2016 er forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Det meste av datamaterialet anonymiseres da. Bilder/videoopptak som ikke er publisert vil slettes 31.12.2017.

Intervjuguide helsepersonell

Samhandling av bedre mestring av psykiske lidelser hos unge voksne Semistrukturert åpent intervju

1. Bakgrunn og rolle i prosjektet

Kunne du fortalt kort om tjenestene du er tilknyttet?

Hvilke mennesker arbeider her? Både utdanning og evt. viktige egenskaper

Hva er din rolle i dette?

Hva slags tjenestemottakere får et tilbud hos dere?

Gjør dere i dag noen aktiviteter for å endre tilbudet eller kompetansen innad?

Hvordan skjer endringer i tjenestetilbudet i dag? (Noen nasjonale føringer, videreutdanning, evaluering).

2. Dagens helsetjeneste

Hvordan opplever du dagens tjeneste?

- Pasientinformasjon
- Trygghet
- Pasientoppfølging
- Pasientmedvirkning og selvbestemmelse

Teknologi

- Bruker dere noe IT verktøy i dag? Hva tenker du om å ta det i bruk?

3. Samhandling mellom aktørene

- Samhandling mellom 1. linje og 1. linje
- Samhandling dere og fastlege
- Samhandling helsesektoren - pasient

Hva fungerer spesielt bra? - Hvorfor?

Hva er spesielt utfordrende? - Hvorfor?

- Kritiske punkter?

Hva tenker du per i dag skal til for å få bedre samhandling mellom aktørene?

4. Fremtidens helsetjeneste

Hva mener du er viktig å kunne tilby denne pasientgruppen i fremtiden?

- Hva er annerledes en dagens tjeneste?
- Hva skal til for at ideen din er realiserbar?

5. Barrierer og suksessfaktorer for å lykkes med innovasjon

Hvilke barrierer for innovasjon ser du dersom man skal utvikle, implementere og spre nye løsninger for denne pasientgruppen?

Ser du noen utfordringer i forhold til å lykkes med dette prosjektet?

Intervjuguide bruker

Samhandling for bedre mestring av psykiske lidelser hos unge voksne

Semistrukturert åpent intervju

1. Generell bakgrunn

Kjønn / alder?

Hvor gammel var du når du hadde behov for hjelp av helsepersonell?

2. Møte med helsetjenesten:

Kan du fortelle hvordan du opplever dagens helsetjeneste?

Eks.

- Pasientinformasjon
- Trygghet
- Samhandling mellom sykehus – fastlege
- Samhandling helsesektoren - pasient
- Pasientoppfølging
- Pasientmedvirkning og selvbestemmelse
- Bruk av IT verktøy

Hvem var du først i kontakt med?

Hva var dine forventninger til behandlingen før oppstart og har disse forventningene blitt imøtekommet?

Hva slags type informasjon fikk du i forkant av behandlingen? (Leste du all informasjonen du fikk?

Hvorfor/hvorfor ikke?)

Har du informasjon/opplysninger/kunnskap nå, som du skulle ønske du hadde før?

Hva er spesielt bra? - Hvorfor?

Hva er spesielt utfordrende? - Hvorfor?

Har du en rolle i behandlingen?

Har du selv ansvar for noe?

Har du kontakt med andre utenfor helsetjenesten som hjelper deg /motiverer deg?

Bruker du noe form for digitale verktøy (App el..) for psykisk helse? I så fall hvilke?

3. Fremtidens helsetjeneste

Burde noe vært gjort annerledes? Hvordan?

Hva skal til for at ideen din er realiserbar?

4. Pasienten i sentrum – selvbestemmelse og ansvar

Kan du selv ta ansvar for noe i forbindelse med selve behandlingen? (I så fall hva?)

Hvordan er det med dine IT-kunnskaper? Bruker du smarttelefon, PC, nettbrett el?

Kan alle pasienter med samme diagnose (eller lignende) få tilbud om den samme tjeneste? (Hvis ikke, hva tenker du om det?)



EPIKRISER

For mye om det som har vært -> ønsker mer informasjon om det som skal komme

- Hva skjer nå?
- Hvordan bør personen følges opp?
- Hva tenker psykologen om situasjonen?
- Hva er min (fastlegens) rolle framover?



KOMMUNIKASJON OM BEHANDLING

Ønsker jevnlige "epikriser" (oppdateringer på hva som foregår). Minimum 1 gang i året ved langvarig behandling. Ofte går pasienten til fastlege i mellomtida, og en oppdatering på hva som skjer hos psykologen er nyttig.

Ved somatisk sykdom får fastlege beskjed fra St. Olav hvis pasienten ikke møter til time. Dette gjøres ikke ved somatisk.



PÅRØRENDE

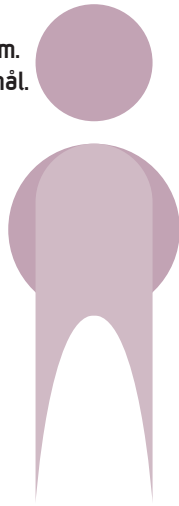
"Morå kom med han!". Først en samtale bare med begge to, deretter med gutten. Gutten insisterte på at han ikke hadde noen problem.

En stund senere, etter tre runder med jobbtilbud fra NAV kommer det fram/ gutten sier selv at han har sosial angst.



KOMMUNIKASJON MED DPS

Har hatt etablert samarbeid med DPS i lang tid. Møtes 6 ganger i året i fellesmøte. Diskuterer case og system. Ringer ellers hvis det er noen spørsmål.



DPS

HVILKE KONTAKTPUNKT HAR FASTLEGEN MED DPS?

AAP (Arbeidsavklaringspenger) fra NAV -> "No skjit i den gruppa her"

Viser til prosjektet i Drammen.



UNG VOKSEN

Fastlegen tenker at det ikke funksjonsnivået ser ofte dårlig ut. "Verre enn det er?"

- Hva gjør du?
- Når legger du deg?
- Når legger du fra deg mobilen?

HVA KJENNETEGNER DENNE BRUKERGRUPPEN?

Andre roller: Underviser på universitetet i kommunikasjon med pasienter Rådgivende lege i NAV

- Dataspill
- Presenterer angst og depresjon
- Kroppslige "vondter"
- Har ME
- Sosiale utfordringer
- Familie og belastning der
- Innvandrerfamilier
- Politi



BEHANDLING AV LETTERE PSYKISKE PLAGER SETT FRA FASTLEGENS PERSPEKTIV



TRONDHEIM KOMMUNE

HVILKE KONTAKTPUNKT HAR FASTLEGEN MED TK?

HVORDAN VIL FASTLEGEN BLI INFORMERT OM NYE TJENESTER?



DILEMMA

"Skal jeg presentere pasienten så sykkelig i henvisninger at noe skjer? Eller skal jeg snakke med de selv?"



FASTLEGE

HVA SER FASTLEGEN SOM SIN ROLLE?

FASTLEGENS ROLLE

Disse tilfellene krever ofte en viss utredning og fastlegen ser sin rolle som "utreder". I noen tilfeller kan det være vanskelig å skille mellom det fysiske og psykiske, og det må også undersøkes medisinske tilstander. Det tar også ofte tid før personen selv kommer fram til at det er noe psykisk, og før det er erkjent er det lite fastlegen kan gjøre.

Har prøvd å løse dette ved å ta en oppdrager/foreldrerolle. Men tenker at dette ikke er en gunstig måte for han å gjøre det på i lengden.

Forteller om en case hvor han selv innkalte en pasient jevnlig til stadig tidligere møtetidspunkt for å få til riktig døgnrytme. Det tok ett år, men nå idag er personen utdannet og på riktig kjø.



DAGENS TILBUD

Kjenner ikke til, og har ikke sett/brukt

Lite innkalling av pasienter. Dette er kanskje noe man burde vært flinkere på? Spesielt i forhold til denne pasientgruppen.

Mange har et enormt krav til hjelp. At fastlegen skal fikse alt av vondter osv. Men de fleste lever med ulike tilstander, og man må lære seg å leve med. Akseptere at ting er som de er.

Han tenker at det å "bli hørt" er veldig viktig, også for denne pasientgruppen her. Hvordan fastlegen kommuniserer med pasienten har enorm effekt på behandlingen. (viser til eksempel med streptokokker i halsen. Han er derfor opptatt av kommunikasjon, og en fasiliterende måte å forholde seg til pasienten på.



Helsebasert verdiskaping til beste for pasienter og samfunnet

www.innomed.no