



**EN SAMFUNNSØKONOMISK VURDERING AV TJENESTER TIL MENNESKER MED LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER**  
 Strategiseminar for kommunene på Romerike, Follo, Rømskog og Akershus universitetssykehus HF

**Thon Hotel Arena, Lillestrøm 26. april**

[Solveig Osborg Ose, dr.polit i samfunnsøkonomi, seniorforsker](#)



KS FoU SINTEF RO

2018-04-01 - April

Rapport

**En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer**

**Forfattere**  
 Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen og Camilla Sandvik Børve



SINTEF Teknologi og samfunn  
 Avdeling Helse  
 2018-02-19

Arbeidet pågikk i perioden desember 2016- mars 2018

En helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering av hvordan tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer/lidelser bør etableres og organiseres.

Prosjektleder: [Solveig Osborg Ose, SINTEF](#)  
 Prosjektmedarbeider: [Silje Lill Kaspersen, SINTEF](#)  
 Prosjektmedarbeider: [Camilla Sandvik Børve, RO](#)  
 Kontaktperson i KS: [Anne Jensen](#)

2



## Om prosjektet

- **Mål: finne ut hvordan tjenestene mennesker med lettere psykiske helseproblemer bør rigges**
- SINTEF har kunnskap fra forskning på tjenester innen psykisk helse fra mange prosjekter over mange år
- SINTEF har kompetanse på å forske på store problemstillinger – samfunnsøkonomisk tilnærming

3



## Psykisk helse, viktig kompetanseområde i SINTEF

- SINTEF har forsket på helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser siden 1970-tallet
- Pasientkartlegginger (Øgar 1981, Hagen 1997, Hagen 2001, Hagen and Ruud 2004, Lilleeng, Ose et al. 2009, Lilleeng, Ose et al. 2009, Ose and Slettebak 2013, Ose and Pettersen 2014, Ose, Ådnanes et al. 2014).
- Kommunalt psykisk helse – og rusarbeid (IS-24/8) [2008-2018]
- NPR, Pafi og SAMDATA etablert og utviklet i SINTEF – tatt over av Helsedirektoratet i 2007

4



## Datagrunnlag

---

- **Kunnskap** fra egen forskning på kommunalt psykisk helsearbeid og psykisk helsevern (over 30 rapporter og 7 internasjonale artikler)
- **Litteraturgjennomgang**
- **Intervjuer** i 12 kommuner, noen tilfeldig valgt + noen valgt strategisk valgt
- Kommunene og informantene er anonyme
- Datagrunnlag fra **IS-24/8** kartleggingen i 2017

5

## Rapportens innhold

---

- Sammendrag og konklusjon
- 1. Innledning
- 2. Metode og datagrunnlag
- 3. Kunnskapsoppsummering
- 4. Resultat – fra kartlegging i kommuner
- 5. Resultat – fra intervjuer i 12 kommuner
- 6. Vurderinger
- 7. Konklusjon

6

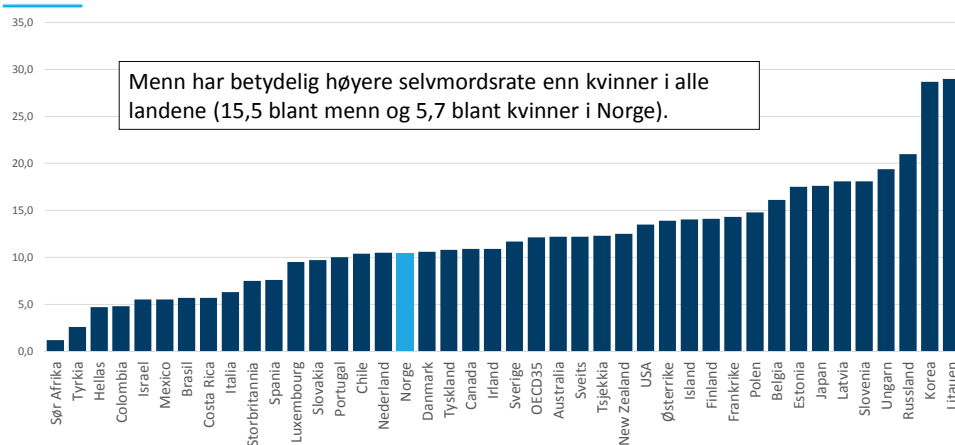
## Norge sammenliknet med andre land

- OECD utgir rapporten *Health at a Glance* hvert andre år med de nyeste tilgjengelige og sammenlikn-bare indikatorene innen helse i OECD land.
- Under overskriften Mental Health har de i 2017-rapporten med følgende indikatorer:
  - Selvmord per 100 000 innbygger
  - Prevalens av kronisk depresjon

7



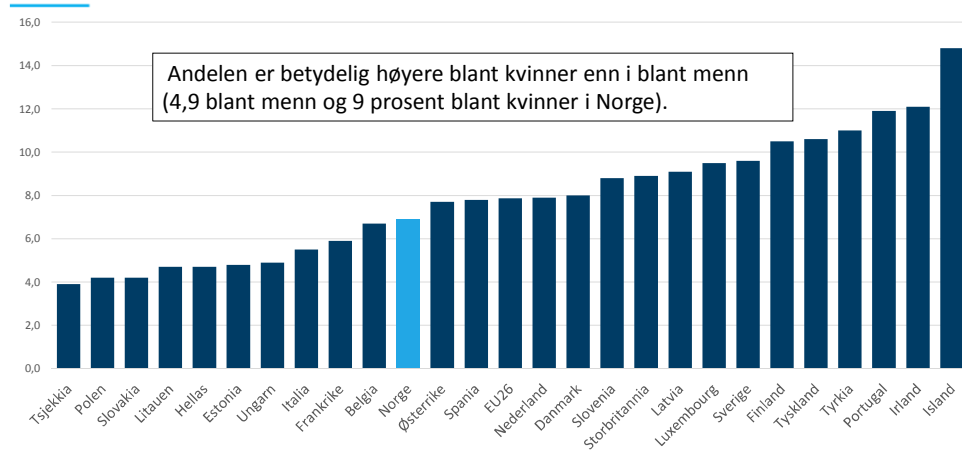
### Selvmord per 100 000 innbygger (aldersstandardisert), 2015 eller nærmeste år. Kilde: Health at a Glance 2017: OECD indicators, 2017



8



Selvrapportert prevalens av kronisk depresjon i løpet av de siste 12 måneder 2015 fra Eurostat Databasen, 2017. Kilde: Health at a Glance 2017: OECD indicators, 2017



9

## OECD

- Ut ifra disse indikatorene, er det ikke riktig å si at befolkningen i Norge har dårlig psykisk helse
- **OECD-rapport, 2013:** kritiserte Norge for at psykisk helsevern skrev ut døgnpasienter for tidlig uten å ha en god plan for oppfølging (OECD, 2013)
  - Gjennomsnittlig liggetid i psykisk helsevern hadde gått dramatisk ned fra 2002 til 2011 (fra 48 dager til 24 dager), men at reinnleggelsene er høye blant de med alvorlig psykisk sykdom
  - Fremhevet behovet for at spesialisthelsetjenesten skulle støtte opp under arbeidet innen psykisk helsearbeid i kommunene.

10

## Helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser i Norge, kort historikk (kap 1)

- **INSTITUSJONSOPPBYGGING (1840-1960)**

- Bygge ut tilstrekkelig antall plasser i asylene, i tillegg privatpleie

- **NEDBYGGING AV DØGNILBUDENE OG DE-INSTITUSJONALISERING (1960-1998)**

- I 1950-60 årene kom de moderne nervemedisinene (stort fremskritt, men overdreven tro)
- Utover i 1970-årene fikk den antipsykiatriske tankegangen fotfeste (1968-genearsjonen, humanistisk opprør)
- Antall døgnplasser i Norge nådde toppen i 1973, gikk i retning av mer behandlingsorientert psykiatri
- Nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser

- **OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE (1999-2008)**

- Etablering av DPS-ene
- Bedre tjenester for de sykeste

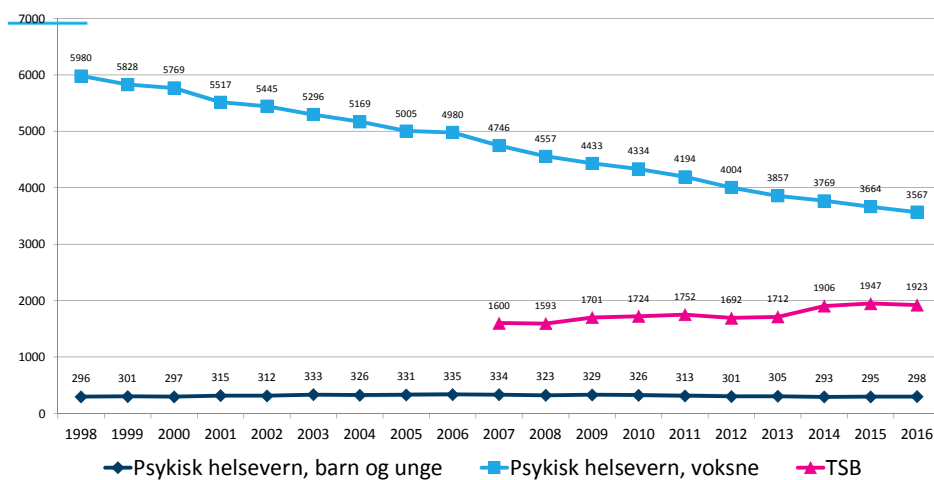
11

## Mål med opptrappingsplanen (1998-2008)

- Brukerstyring og informasjon
- Styrking av tilbudet i kommunene
- Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne
- Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom
- Stimulering av utdanning og forskning
- Styrking av tilbudet om arbeid og sysselsettingstiltak

12

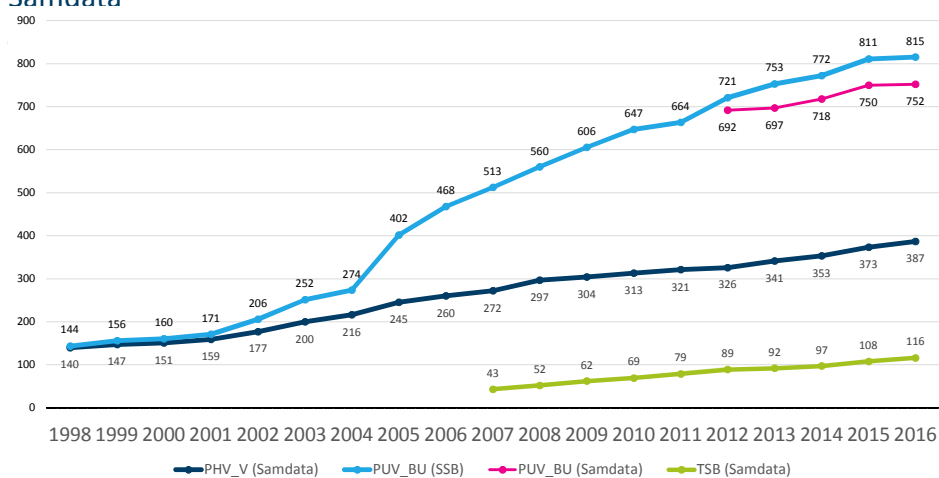
## Døgnplasser i PHV i perioden 1998–2016 (Kilde: Samdata)



13

## STERK VEKST I POLIKLINISK BEHANDLING

Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbygger. Kilde: SSB og Samdata



14

## KOMMUNENE SOM HOVEDARENA

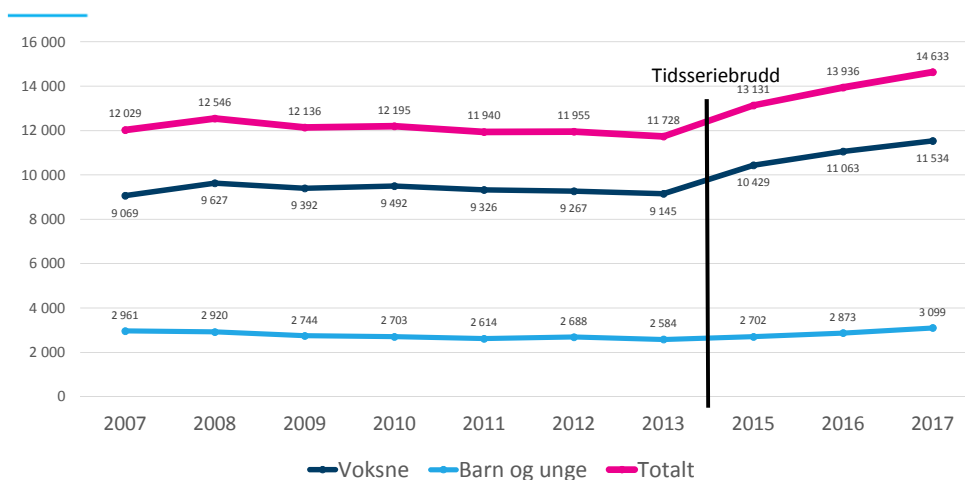
- Siste året i Opptrappingsplanen (2008) mottok kommunene 3,4 milliarder kroner i øremerkede midler til psykisk helsearbeid, en realvekst på 2,7 milliarder kroner fra starten av planperioden.
- I 2009 ble det innlemmet øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid på om lag 3,5 milliarder kroner i kommunenes frie inntekter.
- Evalueringer viste at **opptrappingsplanmålene for psykisk helsearbeid i kommunene ble nådd på de aller fleste områdene** (Kaspersen, Ose et al. 2009).

15



### Antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid (2007-2013) og antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (2015-2017).

Kilde: IS-24 rapporteringen (Ose og Kaspersen, 2017)



16





## RASK PSYKISK HELSEHJELP

- Rask psykisk helsehjelp er Norges satsning på lavterskel psykisk helsetjeneste i kommunene.
- Pilotprosjektet *Rask psykisk helsehjelp* (RPH) ble startet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 for at norske kommuner skulle tilby befolkningen lavterskeltilbud for angst og depresjon.
- RPH er et kommunalt tjenestetilbud for voksne over 16 år (før 2015 var nedre aldersgrense 18 år) med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg.
- Tilbudet er bygget på den britiske modellen IAPT (Improving Access to Psychological Therapies)
- Etablert i 45 kommuner

17



## Kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering

- Sentralt i metoden ligger strukturering av store mengder kvalitative data, typisk innhentet gjennom intervju og diskusjoner med fagfolk.
- En samfunnsøkonomisk vurdering gjøres dersom det ikke er grunnlag for, eller er hensiktsmessig, å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse der virkningene tallfestes og verdsettes i kroner så langt det er mulig og hensiktsmessig
- Metoden er utviklet for anvendt forskning på komplekse problemstillinger (IA-avtaler, AAP, reglene for oppfølging av sykmeldte)

18



## En kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering gjøres gjennom å:

Fem steg:

1. Identifisere viktige aktører for temaet som studeres
2. Systematisk innhenting av erfaringer fra alle relevante aktører
3. Systematisk gjennomgang av all informasjon
4. Identifisering av sentrale situasjonsbilder
5. Utvikle forslag og anbefalinger til endringer

Metoden kan sammenliknes med å samle brikker og legge et puslespill for å få et helhetlig bilde.

19



## 1: Identifisere viktige aktører for temaet som studeres

- Ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid (alle kommuner, årlig IS-24/8)
- Fastleger
- DPS
- Frisklivssentraler
- RPH
- Folkehelsekoordinatorer etc.
- Vi har intervjuet ulike aktører i de ulike kommunene - de som var relevant for problemstillingen.

20



## Fastleger

		2012	2013	2014	2015	2016
<b>Alle</b>	Alle diagnoser	13 539 638	13 553 976	13 812 691	13 927 523	14 137 387
	Psykisk plage eller lidelse	1 307 246	1 320 776	1 355 899	1 388 869	1 424 466
	Prosent av alle konsultasjoner	9.7	9.7	9.8	10.0	10.1
<b>Menn</b>	Alle diagnoser	5 654 291	5 648 886	5 753 040	5 808 068	5 906 324
	Psykisk plage eller lidelse	518 199	523 011	534 597	548 258	560 107
	Prosent av alle konsultasjoner	9.2	9.3	9.3	9.4	9.5
<b>Kvinner</b>	Alle diagnoser	7 885 347	7 905 090	8 059 651	8 119 455	8 231 063
	Psykisk plage eller lidelse	789 047	797 765	821 302	840 611	864 359
	Prosent av alle konsultasjoner	10.0	10.1	10.2	10.4	10.5

21



## 2. Systematisk innhenting av erfaringer fra alle relevante aktører

- IS-24/8 rapporteringen, besvart av 72-94 prosent av kommunene
- Intervjuer:
  - I 11 anonyme case-kommuner og en bydel
  - Intervjuene er mer diskusjoner enn tradisjonelle intervjuer
  - Målet med intervjuene er å få kunnskap vi mangler for å kunne gjøre en helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering
- Alle intervjuer er tatt opp på digital opptaker, transkribert og fullkodet etter 10-stegsmetoden utviklet i SINTEF (Ose 2016).

22



Article

## Using Excel and Word to Structure Qualitative Data

Solveig Osborg Ose<sup>1</sup>

### Abstract

Applied social science projects that involve many interviews produce a vast amount of data or text that is difficult to structure and analyze systematically. Computer-assisted qualitative data analysis software is too advanced and sophisticated when all we want is to sort and structure the text. A new method, using Microsoft Word and Excel, has been developed. The method produces a flexible Word document of interview data separated into logical chapters and subchapters. All text is coded, and the codes correspond with headings in the final document. Systematic manual coding ensures that all the content is coded, not just words or terms that are extracted from the text. After several years of using and refining the method, both in projects with relatively few interviews and in those with more than 100, I believe that the method is efficient when there are four or more interviews. The method is also suitable for coding and structuring answers to open-ended questions in Web-based surveys. The coding may be performed by a supervised research assistant or a multidisciplinary analytical team, depending

Journal of Applied Social Science  
1–16  
© The Author(s) 2016  
Reprints and permissions:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/1936724416664948  
jax.sagepub.com  


Artikkel publisert i  
Journal of Applied  
Social Science,  
august 2016.

23



## Kartlegging i alle kommuner

- Egenvurdert kvalitet på tilbudet (forløp 1) n=399 (94%)
- Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser? n=370 (84%)
- Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? n=317 (72%)

24



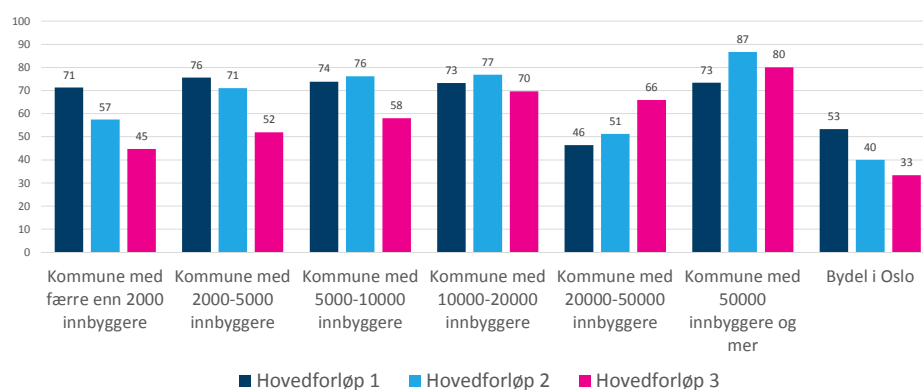
## Forløp

- Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer
- Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

25



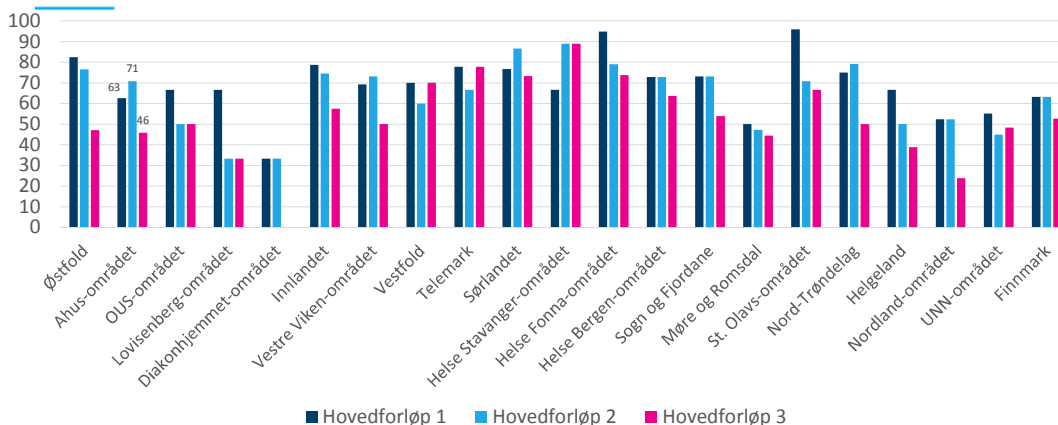
## Andel kommuner/bydeler som svarer at de har et godt tilbud til ulike forløp



26



## Andel kommuner/bydeler som svarer at de har et godt samlet tilbud til ulike forløp (snitt 75, 71, 59)



27

## Utfordringer med tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser

	Antall kommuner
Mangler dagtilbud, aktivitetstilbud, arbeidstilbud – motivering til daglig aktivitet og sosialisering	48
Ingen eller moderate utfordringer, fastlegen ivaretar disse	32
Utfordringer med å komme tidlig nok inn, fange opp gruppen, komme i posisjon	31
Må prioritere de mest alvorlige, har ikke tilbud til de med lettere problematikk	30
Stor og økende etterspørsel, men ikke kapasitet	25
Høy terskel for spesialistbehandling, omstrukturering	22
Klarer ikke å fange dem opp	18
For lite fagmiljø/kommune, stigma	16
Mangler lavterskeltiltak, gruppetiltak	14
For lite fagmiljø, rekrutteringsproblemer, sårbart, lite ressurser, kompetanse	13
Økt etterspørsel (ikke noe om kapasitet)	11
Uklart om hvem som har ansvaret	11
Informasjon om tjenesten ut til befolkningen, synlighet	11
Har noe tilbud, men for lav kapasitet (ressursmangel)	10

28

- 
- Vurderinger  
Steg 4. Identifisering av sentrale situasjonsbilder

## Prioriteringer

---

- Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste:
  - *Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet.*
- Spesialisthelsetjenesten: kartlegger, utreder og behandler.
- Kommunene har ansvaret for resten
- Nytt utvalg - skal særskilt se på prioriteringsspørsmålene i kommunen.

## Konsekvenser av prioriteringer

- Psykisk helsevern bruker nyttekriteriet for å skrive ut syke pasienter til kommunene uten å gi nødvendig veiledning og oppfølging, og uten at det overføres ressurser eller kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.
- Dersom dette hadde vært vurdert i forkant, ville spesialisthelsetjenesten blitt tildelt et tydelig ansvar for oppfølgingen av de som ble vurdert å ikke ha nytte av behandlingen.
- Kommunene kan ikke velge å ikke gi tjenester til mennesker etter nyttekriteriet, men må **gi hjelp til alle som trenger det**.
- Kommunene prioriterer i stor grad etter alvorlighetskriteriet innen psykisk helsearbeid, og det er naturlig at de hjelper de med alvorligst livssituasjon før de hjelper de med mindre omfattende problemer.

31



## Nedprioritering av å gi tjenester til kronisk syke mennesker fordi det ikke gir ønsket effekt, er feil på flere nivå:

### 1. Spesialisthelsetjenesten mister fokus på fagutvikling.

Det er enklere å skrive ut pasienter (med argumenter som "behandlingsudyktig", ikke nytte, for syk!) enn å utvikle effektive behandlingsmetoder i samarbeid med de kommunale tjenestene (som har resten av ansvaret).

### 2. Vi kan ikke snakke om "**pasientens helsetjeneste**":

Det er ikke pasientens helsetjeneste dersom tjenestene ikke er tilpasset pasientene.

Det som skjer i dag er at psykisk helsevern formidler at pasienten ikke er tilpasset tilbudet

### 3. En spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern som ikke arbeider som spesialister, dvs. med stort fokus på fagutvikling og utvikling av gode behandlingstilbud for de sykeste.

32





## Det er nå fare for at arbeidet med å bygge gode tjenester mellom nivåene nedprioriteres av flere årsaker:

- Stort fokus på å etablere lavterskeltjenester for forløp 1
- Stort fokus på psykologer i kommunene, de arbeider i liten grad med forløp 3
- Det er mye større sannsynlighet for å lykkes i å behandle lettere problematikk enn kroniske psykiske lidelser
- Forløp 1 utgjør en mye større andel av befolkningen enn forløp 3, og kommunene hjelper derfor flere som trenger hjelp ved å tilby hjelp i forløp 1 enn å bedre kvaliteten i tjenestene for forløp 3.

33



## Tilbudet i dag:

- Når tilbudene til brukere i forløp 3 bygges ned både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, blir det de sykeste som står med det svakeste tilbudet.
- I verste fall må kommunene kjøpe døgntjenester fra andre, mens både kommunene og spesialisthelsetjenesten konkurrerer om å behandle de letteste.

34



## Tilbud i dag til de med lettere psykiske helseproblemer:

- **Fastlegene** har over 1,4 millioner konsultasjoner i året som dreier seg om psykiske plager eller lidelser, og er derfor den desidert viktigste aktøren for personer med lettere psykiske helseproblemer i Norge.
- **Senter for jobbmestring (NAV):** Målgruppen er personer med lett til moderat angst og/eller depresjon som arbeidshinder for de som ønsker bistand til raskt å komme i arbeid. Tilbudet finnes i 8 fylker.
- **Rask psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet):** Målgruppen er voksne (over 16 år) med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg. Tilbudet finnes i 35 kommuner og 8 bydeler i Oslo ved utgangen av 2017.
- **Raskere tilbake (NAV og Helsedirektoratet):**
  - Tilbud om individuell avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging, samt tilbud innenfor lettere psykiske lidelser
  - Behandling i spesialisthelsetjenesten, med vekt på lettere psykiatri, fysikalsk medisin og rehabilitering, samt ortoped.
- **Spesialisthelsetjenester** innen psykisk helsevern (poliklinisk behandling). Ca hver 8. pasient har for eksempel diagnosene mild (F32.1) eller moderat depressive episode (F32.0), ifølge Helsedirektoratet.
- **Private avtalespesialister** (psykologer og psykiatere som har avtale med helseforetakene). Også her har om lag hver 8. pasient mild (F32.1) eller moderat depressive episode (F32.0) ifølge Helsedirektoratet.
- **Frisklivssentralene** kan tilby kurs i mestring av depresjon (KiD) og belastning (KiB), veiledning ved søvnvansker og samtaler om alkoholvaner.
- I tillegg har tjenester/aktører **som helsestasjoner, ansatte i helse- og omsorgstjenester, lærere og andre ansatte i offentlige tjenester** ofte kontakt med personer med lettere psykiske helseproblemer, fordi det er vanlig i befolkningen.

35



## Prioriteringer:

- Feil å bygge ut spesialiserte lavterskeltjenester til utvalgte grupper på bekostning av de sykeste med størst behov for tjenester
- Forløp 3 har store udekkede behov som gjør at de får lavt funksjonsnivå og behov for mange tjenester på begge tjenestenivå (Ose, Kaspersen et al. 2016).
- Særlig mangel på gode arbeids- og aktivitetstilbud som gir en meningsfull hverdag og et sterkere fokus på recovery-tenkning (Ose and Kaspersen 2016)
- Bedre tjenester for forløp 3 gruppen, vil kunne frigjøre ressurser i de kommunale tjenestene fordi funksjonsnivået øker og de klarer seg med mindre hjelp.

36



- Kommunene som i samarbeid med spesialisthelsetjenesten gir et godt og adekvat helhetlig tilbud til forløp 3, vil ha mye større muligheter for å bidra i satsningen på lavterskeltjenester som inkluderer et tilbud for de med lettere psykiske helseproblemer.

Debatt  
debatt@dn.no

## De mange «litt psyke»

Lettere psykiske problemer koster samfunnet mye, men helsevesenet bør likevel ikke løse problemet. Økonomi trumfer ikke helseprioriteringer.



**En tjeneste som tilbyr gratis kognitiv terapi, vil nå ut til de som er motiverte for kognitiv terapi og som selv mener at de har behov for det. Dette vil være et større grad av godt fungerende til personer med høy utdannelse.**

**Kronikk**  
Solveig Osborg  
Ose

**En tjeneste som tilbyr gratis kognitiv terapi, vil nå ut til de som er motiverte for kognitiv terapi og som selv mener at de har behov for det. Dette vil være et større grad av godt fungerende til personer med høy utdannelse.**

Det er kanskje som har hovedrollen i kommunens arbeid med lettere psykiske helseproblemer, og det står alle 30 kommuner an bedstemoren. I det nye budsjettåret er det viktig å tenke på hvordan vi kan hjelpe oss selv og våre nærmeste. Det er viktig å tenke på hvordan vi kan hjelpe oss selv og våre nærmeste. Det er viktig å tenke på hvordan vi kan hjelpe oss selv og våre nærmeste.

En tjeneste som tilbyr gratis kognitiv terapi, vil nå ut til de som er motiverte for kognitiv terapi og som selv mener at de har behov for det. Dette vil være et større grad av godt fungerende til personer med høy utdannelse.

En tjeneste som tilbyr gratis kognitiv terapi, vil nå ut til de som er motiverte for kognitiv terapi og som selv mener at de har behov for det. Dette vil være et større grad av godt fungerende til personer med høy utdannelse.

En tjeneste som tilbyr gratis kognitiv terapi, vil nå ut til de som er motiverte for kognitiv terapi og som selv mener at de har behov for det. Dette vil være et større grad av godt fungerende til personer med høy utdannelse.

Lørdag 24. mars 2018

## Kronikk

---

- **Lettere psykiske helseproblemer er dyrt for samfunnet. Samfunnet må prioritere dette, men det er ikke helsetjenestene som har løsningen.**

39



- Jeg hører ofte at folk i helsetjenestene sier det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å behandle lettere psykiske helseproblemer.
- Dette er en feilslutning.
- Det er viktig å være klar over at økonomiske analyser som viser at folkesykdommer som depresjons- og angstproblematikk koster samfunnet enorme summer, viser dette fordi det er så mange som rammes, ikke fordi det rammer hver enkelt så hardt.
- Slike analyser har ingenting med prioriteringene i helsetjenestene å gjøre, men det har med prioriteringer i samfunnet å gjøre.
- Helsetjenester kan ikke etableres basert på kost-nytte analyser for hele befolkningen, fordi dette alltid vil tilsa at det er de mange med lettere problematikk som bør prioriteres.
- Slik kan ikke helsevesenet fungere, da blir det veldig mange veldig syke mennesker som ikke får hjelp.
- De enorme konsekvensene alvorlige psykiske lidelser gir på individnivå, må telle mest i prioriteringene i helsetjenestene.
- Dette handler både om menneskerettigheter, sosiale rettigheter og rett til helsehjelp.

40



- Helsemyndighetene har også argumentert på samme måte.
- Rask psykisk helsehjelp er Norges satsning på lavterskel psykisk helsetjeneste i kommunene.
- Dette startet i 2012 fordi Helse- og omsorgsdepartementet mente at norske kommuner skulle tilby befolkningen lavterskeltilbud for angst og depresjon.
- Til nå har 45 kommuner og bydeler etablert et slikt tilbud ved hjelp av tilskudd fra Helsedirektoratet.
- Dette er et korttids behandlingstilbud i kommunen for mild og moderat angst og depresjon.
- Tilbudet bygger på kognitiv terapi for voksne personer.
- Noen kommuner har fått til effektive tjenester som hjelper mange, mens andre opplever en voldsom etterspørsel etter terapi som de ikke kan dekke.

41



- For kommunene er det viktig at tjenestene som bygges ut, ikke bidrar til økte sosiale forskjeller.
- Store forskjeller i befolkningen gir ikke gode lokalsamfunn.
- Kommunene må kritisk vurdere hvordan de skal disponere ressursene for å sikre best mulig tilbud.
- En tjeneste som tilbyr gratis kognitiv terapi, vil nå ut til de som er motiverte for kognitiv terapi og som selv mener at de har behov for det.
- Dette vil i større grad være høyt fungerende enn lavt fungerende, og i større grad være personer med høy utdannelse enn med lav utdannelse.
- Etablering av et lavterskelhelsetilbud basert på kognitiv terapi vil dermed føre til at kommunene bruker ressursene sine på de som har best forutsetninger for å komme seg over problemene på egenhånd.

42



- Det er fastlegene som har hovedrollen i kommunenes arbeid med lettere psykiske helseproblemer og de når årlig 70 prosent av befolkningen.
- Å styrke fastlegenes rammebetingelser være en mye mer rasjonell løsning enn å bygge ut spissede terapitjenester for en selektert gruppe i alle landets kommuner.

43

 SINTEF

- 
- Men samfunnet må prioritere på en annen måte enn helsetjenestene, og det er klokt å prioritere befolkningens psykiske helse.
  - Men det er uklokt å vente med å gi folk hjelp til de har fått diagnoser.
  - Den naturlige rollen til kommunene er å være en sterk forebyggingsaktør.

44

 SINTEF

- Kommunene bruker i dag 90 prosent av ressursene innen psykisk helse og rusarbeid for voksne på de med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.
- Dette er sannsynligvis en helt riktig prioritering.
- Når kommunene skal etablere lavterskeltjenester kan de, i motsetning til helsemyndighetene, ha et mye bredere perspektiv enn helsehjelp.

45

 SINTEF

- FHI om befolkningens psykiske helse (januar 2018): Personer som opplever ensomhet, ydmykelser, mobbing eller stor grad av mellommenneskelige konflikter har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon.
- Omsorgssvikt og seksuelt, fysisk eller emosjonelt misbruk i barndommen er risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser som angst, depresjon, bulimi, personlighetsforstyrrelser og schizofreni.

46

 SINTEF

- Det er altså god kunnskap om at psykiske helseproblemer ofte skyldes sosiale og personlige problemer
- Det er nødvendig at innbyggerne får hjelp til å løse disse problemene for å forebygge psykiske helseproblemer
- Et lavterskeltilbud bør etableres for å komme tidlig inn med hjelp til innbyggere i ulike livssituasjoner som har behov for hjelp
- Tjenesten må ta imot innbyggere med ulike sosiale og personlige problemer, og tilbudet må være ikke-medisinsk
- Det er ikke en helsetjeneste det er behov for
- Det sosialfaglige perspektivet må ha en tung vekt i tjenesten, og det må utvikles gode metoder for å hjelpe folk med det de sliter med
- Det er slik kommunene kan forebygge psykiske lidelser i befolkningen.

47

- 
- Å behandle spesifikke symptomer som i mange tilfeller er symptomer på at noe i livet ikke fungerer, er ikke fornuftig
  - Det er bedre å hjelpe de med det de sliter med, og det er ofte sosiale og personlige problemer.

48



## Konklusjon

- Kommunene har store oppgaver på mange områder, og det er urealistisk å forvente at alle kommuner skal etablere en egen lavterskeltjeneste for psykisk helse.
- Det er behov for lavterskeltjenester, men de bør ikke forbeholdes psykiske helseproblemer.
- Det er god kunnskap om at psykiske helseproblemer i mange tilfeller skyldes sosiale og personlige problemer, og det er nødvendig at innbyggerne får hjelp til å løse disse problemene for å forebygge psykiske helseproblemer.
- Et lavterskeltilbud bør etableres for å komme tidlig inn med hjelp til innbyggere i ulike livssituasjoner som har behov for hjelp.
- Tjenesten må ta imot innbyggere med alle mulige problemer.
- Det sosialfaglige perspektivet må ha en tung vekt i tjenesten, og det må utvikles gode metoder for å hjelpe folk med det de sliter med.
- Noen vil trenge hjelp til å ordne de konkrete problemene sine, andre vil ha god nytte av selvhjelpsprogrammer eller en samtale med en person som ser og forstår dem, noen kan ha nytte av kognitiv adferdsterapi, mens andre kan ha god nytte av ulike mestringstilbud og kurs.

49



- Tilbudet vil se forskjellig ut i de ulike kommunene
- Hver enkelt kommune bør ta utgangspunkt i de tilbudene som eksisterer og fungerer lokalt, og deretter bygge ut slik at de rigger seg for å komme tidlig inn med bistand når det gjelder sosiale, personlige og psykiske problemer.
- Tjenester/aktører som kommuneoverlege, fastleger, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, kommunepsykologer, folke-helsekoordinatorene, frivillighetssentral eller frivillige organisasjoner, frisklivssentral, helse-stasjoner, DPS, NAV, bibliotek, kulturskole og andre aktører **som finnes lokalt, bør samles og diskutere hvordan de kan etablere et lavterskeltiltak** som dekker hele befolkningens behov for hjelp med sosiale, personlige og psykiske helseproblemer samtidig som det sikrer at kommunene kommer tidlig inn og yter bistand på et riktig tidspunkt og i de riktige situasjonene.
- Hvilke aktører som samles, vil være avhengig av hvilke tilbud og aktører som finnes lokalt.
- Deretter må kommunene etablere lavterskeltiltak med de ressursene de mener er viktig å bruke på dette.
- De må kontinuerlig vurdere hvordan tjenestene fungerer, og gjøre nødvendige endringer om de ser at tilbudet ikke treffer godt.
- Dette er et utviklingsarbeid som kommunene selv må gjøre, og dette er oppgaver som ikke kan løses innen en snever medisinsk behandlingsmodell.

50



## Behov for en lavterskeltjeneste

- Som også vist i den siste rapporten fra Folkehelseinstituttet, er det faktorer som **ensomhet, ydmykkelser, mobbing, mellommenneskelige konflikter, skilsmisser, belastende livshendelser, traumer (overfall, voldtekt og krig), å miste jobben, omsorgssvikt, seksuelt, fysisk eller emosjonelt misbruk** i barndommen som er risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser (Reneflot A, Aarø LE et al. 2018).
- For å forebygge psykiske lidelser er det derfor dette det må tas tak i.

51

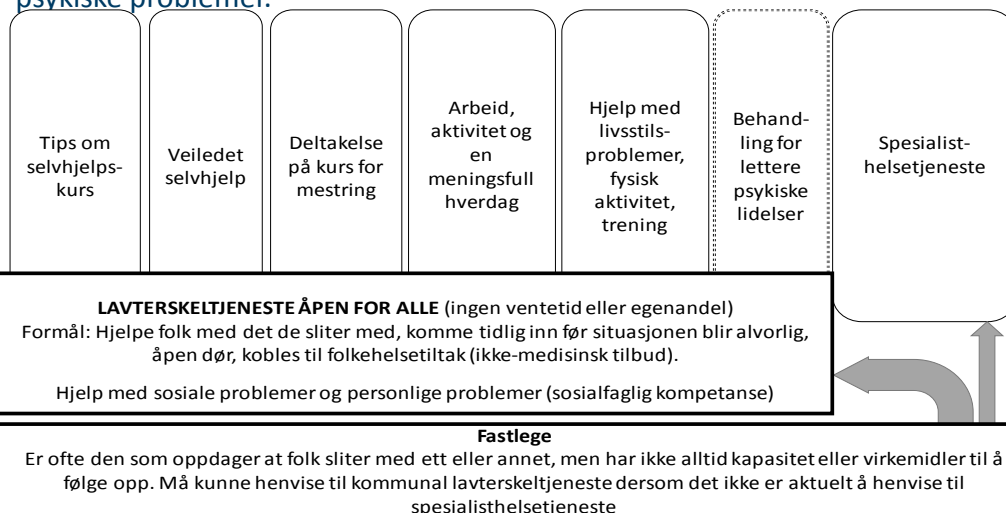


- Lettere psykiske helseproblemer/lidelser har derfor nær sammenheng med **sosiale problemer**:
  - dårlige arbeidsforhold, dårlig bolig, dårlig nærmiljø, manglende sosialt nettverk, fattigdom, arbeidsløshet, familieoppløsning, mishandling, prostitusjon, misbruk og kriminalitet) og
- **personlige problemer**
  - samlivsbrudd, arbeidsledighet, ulike livshendelser, ensomhet, søvnproblemer
- På dette området er det derfor ikke riktig å operere med diagnoser, men heller å se på de **reelle problemene** det enkelte menneske sliter med, og forsøke å finne gode og effektive løsninger.

52



Det logiske for en kommune å gjøre i dag, er å etablere en lavterskeltjeneste som retter seg mot både sosiale, personlige og psykiske problemer.



53

- Innen psykisk helse er det særlig tjenester til mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser som diskuteres.
- Her er det lenge anbefalt at det bør etableres spesialiserte, lokalt baserte team for tidlig intervensjon og aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT) i høy-inntektsland som Norge
- I Norge var det 26 prosent av kommunene som oppgav at de har flerfaglige oppsøkende team i 2017, og andelen øker med kommunestørrelse.
- Det er bare fem prosent av landets kommuner som oppgir å ha ACT-team eller FACT-team, og 11 prosent har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (Ose and Kaspersen 2017).
- Her gjenstår altså et stort utbyggingsarbeid.

54

- Kan diskutere: Halvannenlinjetjenester i form av kommunale institusjoner med psykolog- og psykiaterkompetanse tilsvarende det de har i Danmark
- Vi vet at de som har størst behov for tjenester fra begge nivå, har alvorlige psykiske lidelser, **sosiale problemer, lav utdanning, lav inntekt og svakt nettverk** (Ose, Kaspersen et al. 2016).

55



## Takk for meg!

- [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endeligrapport2008\\_00201\\_publicert.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endeligrapport2008_00201_publicert.pdf)

56

