

# For ensrettet



Flere terapeutiske perspektiver enn kognitiv atferdsterapi er relevante for kommunale lavterskeltilbud.

## TEKST

**Mona Rekkedal-Svensson**

**Tobias Gustum Lindstad**

**Lars Kristian Hæhre**

**PUBLISERT 4. oktober 2018**

## KOMMUNALE LAVTERSKELTILBUD

HELSEDIREKTORATET HAR SAMMEN med Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT) gått i bresjen for å etablere korttidsterapitilbudet Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) i et økende antall kommuner i Norge. Tilbudet, og det tilhørende opplæringsprogrammet for RPH-ansatte, er imidlertid utelukkende basert på kognitiv atferdsterapi (KAT), og det er grunn til å stille spørsmål om dette er for snevert. Vi etterspør derfor mulighet for engasjement fra flere faglige premissleverandører enn (NFKT) for å videreutvikle RPH.

Vi stiller også spørsmål om målgruppen for tilbudet er for snevert definert. Det er flott at personer med milde til moderate angst- og depresjonsplager gis gratis bistand i et økende antall norske kommuner, og det er ingen grunn til å betvile at KAT er et sentralt perspektiv i denne sammenhengen. Men typen vansker det er relevant å oppsøke kommunale lavterskeltilbud for bistand til å håndtere, er videre enn som så, og skal

RPH-tilbudene være tilstrekkelig fleksible i møte med en variert befolkning med varierte plager, er det uheldig hvis NFKT gis monopol på å utdanne relevant helsepersonell.

Dertil er det problematisk at det tilhørende obligatoriske opplæringsprogrammet verken inviterer til drøfting av terapiforskning, evidensbegrepet, eller til debatt om hva evidensbasert praksis kan og bør innebære. Dette medfører risiko for at helsefagarbeidere og ledere som deltar i opplæringsprogrammet, ender opp med en misoppfatning om at kognitiv terapi er en psykoterapeutisk gullstandard for ethvert kommunalt lavterskeltilbud.

### **Rask psykisk helsehjelp**

En økende andel norske psykologer er tilsatt i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Ofte er de ansatt via prosjektmidler fra Helsedirektoratet for å styrke det kommunale arbeidet med tidlig og forebyggende psykisk helsehjelp. I Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring; Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne» påpekes det at kommunen har et særlig ansvar for behandling av milde og moderate vansker, der «ansettelse av psykologer er et av tiltakene for å styrke arbeidet med tidlig intervensjon». Fra å være opprinnelig 12 pilotkommuner i 2012 har nå 55 kommuner mottatt tilskuddsmidler for å etablere RPH med siktemål å gi økt tilgang og tilgjengelighet til psykologisk behandling for befolkningen. RPH er i så måte både en behandlingstilnærming og en måte å organisere kommunenes psykiske helsetilbud på til personer med milde til moderate plager.

Helsedirektoratet har valgt å basere tilbudet utelukkende på kognitiv terapi, og alle som blir ansatt i prosjektet, må, uavhengig av tidligere erfaring og fagbakgrunn, gjennomføre et opplæringsprogram basert på tradisjonell kognitiv atferdsterapi i regi av NFKT. Den primære målgruppen for RPH er personer med begynnende psykiske vansker, og fortrinnsvis milde til moderate angst- eller depresjonsplager, samt søvnvansker. Utviklingen av tilbudet var innledningsvis inspirert av den britiske IAPT-modellen (Improving access to psychological therapies), som opprinnelig også hadde basis i kognitiv atferdsterapi (KAT), og er tilpasset et forløp på 2 til 15 timer.

Opplæringsprogrammet i RPH gir grunnleggende innføring og ferdighetstrening i tradisjonell KAT. Formålet er å lære opp helsepersonell med treårig høyskoleutdanning og psykologer til å gi tilpasset korttidsterapi og veiledet selvhjelp. I Norge gis opplæringen i regi av NFKT (som beskrevet på nettsidene til NFKT, Helsedirektoratet, og Nasjonalt kompetansesenter for psykiske helsetjenester – NAPHA). Opplæringen beskrives som omfattende og er samlingsbasert med månedlige tredagerssamlinger over ett år på totalt 37 dager. På hver samling er en av dagene forbeholdt ferdighetstrening. Opplæringen sluttføres med en eksamen på to timer.

**«Det er uheldig hvis ledere i kommunale helsetjenester**

## **uvitende og ukritisk aksepterer et snevert definert tilbud»**

Opplæringen har imidlertid lite eller ingen fokus på nyere videreutviklinger i retning av metakognitiv terapi og mindfulness-basert og medfølelsesfokusert kognitiv terapi. Programmet innebærer heller ingen undervisning om emosjoner, tilknytning og relasjonell forståelse av terapiprosesser og psykologiske vansker. Dette er temaer som kan være relevante for depressive plager og angst, men er også relevante fordi pasienter som søker seg inn til RPH-tilbudet, søker bistand til å forstå og håndtere andre vansker, eksempelvis utfordrende relasjoner til andre mennesker, egne følelses- og handlingstendenser, frustrasjon, sinne og stress, for å nevne noe. I et folkehelseperspektiv, og med hensyn til forebygging av psykiske vansker i befolkningen, bør lavterskeltilbud i norske kommuner ha et mye videre fokus der det tas utgangspunkt i hva hver enkelt pasient oppgir som vanskelig og ønskelig å endre.

Som tidligere deltagere i det obligatoriske opplæringsprogrammet knyttet til RPH stusser vi også over at det ikke ble invitert til drøfting av terapiforskning og innholdet av evidensbasert praksis. Dette er alvorlig når de respektive ledere i kommunene sjelden har tilstrekkelig kunnskap om terapiforskning og mangfoldet av relevante psykoterapiperspektiver. Det er uheldig hvis ledere i kommunale helsetjenester uvitende og ukritisk aksepterer et snevert definert tilbud simpelthen fordi dette er det eneste Helsedirektoratet gir økonomisk bistand til. Et ensidig faglig fokus på KAT kan bidra til å undergrave den faglige autonomien til RPH-ansatte og til at RPH-tilbudet derfor ikke blir tilstrekkelig variert og fleksibelt. Flere fagmiljøer enn NFKT bør derfor få mulighet til dialog med Helsedirektoratet og NAPHA om videreutvikling av tilbudet.

### **For snevert med kognitiv terapi alene**

IAPT-modellen i England har møtt kritikk for et ensidig faglig fokus. Den samme kritikken kan rettes til den norske RPH-modellen. Prinsippklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, som Norsk psykologforening har akseptert, står i så måte i kontrast til RPH-modellen som den nå forvaltes, med KAT som behandlingsmetode for «alt». Som det refereres til i prinsippklæringen, er «psykologiske tjenester mest virksomme når de er tilpasset pasientens konkrete problemer, sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser» (s. 1128). Selv om det er god forskningsevidens på gruppenivå for KAT, gjelder dette også flere andre terapiretninger. Terapitilbud på lavterskelnivå, der pasientenes vansker også ofte ikke oppfyller diagnostiske kriterier, bør derfor ha et bredere utgangspunkt med mulighet for variasjon og integrering. Opplæringsprogrammet relatert til RPH bør også reflektere dette.

IAPT-modellen i England har åpnet opp for flere psykoterapeutiske perspektiver. Det samme bør skje i Norge. Vi er kjent med at flere psykologer ansatt i ulike RPH-tilbud her til lands har integrert andre perspektiver på eget initiativ, eksempelvis metakognitiv terapi, mindfulness, emosjonsfokusert terapi og korttidsdynamisk terapi. Derfor er det

grunn til å løfte relevansen av disse og andre tilnærminger eksplisitt fram som del av det profilerte tilbudet. Flere terapitilnærminger er relevante for kommunal setting, enten som supplerende alternativ når KAT ikke er riktig tilnærming i møte med noen pasienter, eller som tilnærminger som ofte kan integreres med kognitiv terapi.

### **Behov for bredere opplæring**

Fagpersoner og ledere i kommunene bør få anledning til å organisere lavterskeltilbud på en måte som fremmer innovasjon og utvikling, både innenfor og på tvers av fagmiljøer. Helsedirektoratet vil trolig være opptatt av at opplæringen må kunne gis til personell som ikke er psykologer, da personell med annen relevant helse- og sosialfaglig fagbakgrunn er i flertall blant de ansatte i kommunale helsetilbud. Men det er ingen grunn til at noen faggrupper som er relevant for RPH-tilbudene, bør fokusere ensidig på KAT. Vi oppfordrer derfor også andre fagmiljøer enn NFKT til å søke dialog med Helsedirektoratet, NAPHA, og NPF om hvordan deres perspektiver er relevante for kommunale lavterskeltilbud, samt hvorvidt de kan være med på å utvikle et opplæringstilbud som er tilpasset relevant helsepersonell. Kommunale psykiske tjenester vil være helt sentrale aktører i møte med store deler av befolkningen i tiden fremover. Vi håper derfor på et bredt engasjement for fremtidens kommunale psykiske helsetjenester.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 10, 2018, side 936-939*

#### **TEKST**

**Mona Rekkedal-Svensson**

**Tobias Gustum Lindstad**

**Lars Kristian Hæhre**