

# Tidlig avklaring: ny tilnærming for vurdering og planlegging av behandling i poliklinisk psykisk helsevern

## TEKST

Katrine Høyer Holgersen

Ingvild Rønneberg Holte

Eva Gluppe

Øyvind Watne

Wenche Kojan Meisingset

Maja Rostad

Marianne Arentz

Anne Marit Arctander Rosenlund

Heidi Brattland

PUBLISERT 23. november 2021

DOI <https://doi.org/10.52734/8z2J79Bn>

## ABSTRACT:

**Background:** Mental health care services are facing challenges due to the increasing number of referrals of patients with multifaceted problems. This study aims to describe the Early Assessment Team (EAT), a novel method of organizing intake assessments for the outpatient mental health service in a community mental health center (CMHC).

**Method:** During the first two years of EAT, 1,034 cases were included in a descriptive quality assurance study. Patient population, method of work, re-referrals and patient satisfaction were evaluated.

**Results:** After contact with EAT, two-thirds of patients were assessed as not in need of further treatment in the outpatient clinic. The assessment was performed during one to three sessions in 90% of cases. Fewer than 20% of cases that were screened out by EAT were re-referred to the CMHC within six months. Patients expressed satisfaction with the service.

**Implications:** The results indicate that intake assessment by an early assessment team may be an alternative in clinical practice, though further controlled studies are needed.

*Keywords:* community mental health center (CMHC), health service development, intake assessment, general mental health

---

**Merknad:** Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. Vi takker ledelsen ved avdelingssjef Anne-Lise Løvaas, Nidelv DPS, St. Olavs hospital, for å ha lagt til rette for studien. Videre takker vi førsteamanuensis i medisinsk statistikk Turid Follestad ved Klinisk forskningsenhet Midt-Norge, Det medisinske fakultet, NTNU for bistand med statistiske analyser.

**Fagfellevurdert.**

Det er økende press på psykiske helsetjenester både i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Konsultasjonsraten ved poliklinikkene i psykisk helsevern (PH) er tredoblet siden 1998 (Kalseth et al., 2020). Det meste av virksomheten er tilknyttet distriktpsikiatriske senter (DPS), som står for 82 prosent av de polikliniske og 86 prosent av de ambulante årsverkene i PH (Pedersen & Lilleeng, 2019). Mange pasienter med psykiske helseplager har sammensatt problematikk. Det kan være somatisk sykdom så vel som vansker i sosiale forhold som utdanning, jobb, økonomi eller mangel på emosjonell støtte (Schiøtz et al., 2017). Sammensatte helseutfordringer krever individtilpassede vurderinger, og vies økt interesse i nyere forskningslitteratur (Suls et al., 2019; Xu et al., 2017). Samtidig er helhetlig helsehjelp ofte tid- og kostnadskrevende (Wang et al., 2018). Flere har argumentert for at innsatsstyrt finansiering av helsevesenet som organiseres ut fra enkeltdiagnoser, er lite tilpasset kompleks problematikk (Prior & Vestergaard, 2018). Kartlegging blant medlemmer av Norsk psykologforening i 2019 og 2021 viste at mange behandlere i spesialisthelsetjenesten rapporterer om begrensede rammevilkår for å få gitt god nok behandling (Norsk psykologforening, 2019, 2021). I årene som kommer, vil allmennpoliklinikkene ved DPS sannsynligvis stå overfor utfordringer tilknyttet avklaring og planlegging av helsehjelp. Det er behov for innovative løsninger for å frigjøre mest mulig kapasitet til pasienter med de alvorligste psykiske lidelsene, samtidig som man sikter mot at alle som henvises, mottar riktig hjelp på riktig sted til riktig tid. En utvidet psykologisk intervensjon for helhetlig avklaring av hjelpebehov i en tidlig fase kan være et alternativ. Denne artikkelen beskriver utviklingen, etableringen og evalueringen av et eget *Tidlig avklaringsteam* (TA) ved Nidelv DPS, Tiller (tidligere Tiller DPS, som fra 01.06.21 ble slått sammen med Orkdal DPS til Nidelv DPS), ved St. Olavs hospital.

### Arbeidsform for Tidlig avklaringsteam

Det er særlig allmennpoliklinikkens inntaksteam som benytter TA, men andre seksjoner ved DPS-et kan også benytte TA om det vurderes som aktuelt. Mottaksprosedyre for skriftlige henvisninger innebærer at inntaksteamene ved den enkelte seksjon vurderer om henvisningen skal settes på venteliste for ordinær vurdering og eventuelt behandling, *eller* om henvisningen skal vurderes av TA før det tas en beslutning om videre prosess. Det kan være ulike grunner til at inntaksteamet kobler på TA. I typiske saker er det ut ifra henvisningen utydelig hva som vil være hensiktsmessig videre, og man tenker at å møte pasienten for en avklaring øker sannsynligheten for å gi mer målrettet hjelp. Eksempelvis kan saken innebære flere tidligere behandlingsforsøk i allmennpoliklinikk, saken kan være sammensatt og aktualisere samarbeid med førstelinjen, beskrivelsen fra henviser kan være uklar, eller

det kan være behov for at pasienten gis en raskere vurdering enn det allmennpoliklinikken har kapasitet til.

Pasienter som blir satt på venteliste for allmennpoliklinikk, gis frist for behandlingsstart basert på vurdering av hastegrad ut fra henvisning, som regel to–tre måneder. Ved oppstart møter pasienten den behandleren som blir ansvarlig for videre oppfølging ved poliklinikken. I TA tilbys pasienten en avklaringstime innen to uker, vanligvis med to behandlere. Formålet er å avklare behandlingsbehov, vurdere hastegrad og bistå i å finne alternativer hvis det er aktuelt. Dette kan omfatte etablering av tilbud hos andre aktører istedenfor, før eller parallelt med videre oppfølging ved DPS, eller en kortvarig intervensjon ved TA før saken avsluttes.

TA-samtalen er semistrukturert og inkluderer temaene som dekkes i en ordinær inntakjournal, men vanligvis uten standardiserte spørreskjema. Psykopatologi og psykiske plager ses i lys av utløsende faktorer i livssituasjonen, og i lys av tidligere eller aktuelle predisponerende eller opprettholdende faktorer. Aktuelle tiltak planlegges i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende eller andre samarbeidspartnere. Dersom TA vurderer at det er behov for videre diagnostisk utredning og behandling, får pasienten tildelt en fast behandler i allmennpoliklinikken, som ved ordinært inntak. Fastlege får løpende tilbakemelding. TA hadde per 2019 5.7 årsverk, hvorav fire var psykolog- eller legespesialister. Arbeidsformen med samtale med to behandlere har flere fordeler. Den sikrer at pasientene gis en tverrfaglig vurdering, og kan åpne for mer drøfting, refleksjon og handlingsrom til å være kreativ og løsningsorientert enn i standard en til en-samtaler. I sakene jobber erfarne og nye ansatte sammen, noe som bidrar til en mester-svenn-modell for gjensidig læring og oppdatering, noe som også kan øke trivsel og mestring.

## **Teoretisk forankring**

Arbeidsformen i TA er eklektisk. En viktig målsetting er å tilby en hjelp som oppfattes som fleksibel, proaktiv, med tidlig innsats og med fokus på ulike livsområder, i tråd med retningslinjer for psykosial oppfølging etter ulike typer kriser (Helsedirektoratet, 2016). En dynamisk forståelse av psykisk helse legges til grunn for kasusformuleringen. Grunnleggende behov for livsmestring må være på plass. Tilgang til sosial støtte, meningsfull aktivitet og jobb, tilfredsstillende økonomi og boligforhold er faktorer som samvirker med somatiske og psykiske helseplager og lidelser, og som derfor også vies oppmerksomhet. Ved å fokusere på ressurser og mestring i tillegg til psykisk lidelse utvides tilnærmingen fra en biomedisinsk forståelsesmodell til en biopsykososial modell (Kolstad et al., 2019). Formen på samtalene er inspirert av «åpne samtaler» og reflekterende team (Andersen, 2005). Nettverk- og systemteori ligger til grunn for at man vektlegger samarbeid med både private og profesjonelle nettverk (Fyrand, 2016). Prinsipper for TA overlapper med arbeidsformer i andre team rettet mot psykisk helse, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten (f.eks. AAT-, ACT- og FACT-team). Somatiske miljø er også i dag opptatt av tverrfaglig utredning og samarbeid (Heggstad et al., 2020). Lignende funksjoner kan ha vært prøvd ut andre steder, men vi er ikke

kjent med at identiske team var i funksjon før Tiller DPS ved St. Olavs hospital opprettet sitt TA-team i 2017. I tiden etterpå har tilsvarende team blitt opprettet ved minst tre andre DPS, men TA som arbeidsform er ikke blitt beskrevet tidligere. Formålet med artikkelen er å beskrive og evaluere arbeidsformen *Tidlig avklaring* som en mulig tilnærming for vurdering og planlegging av behandling i poliklinisk psykisk helsevern, basert på driften de to første årene fra 2017 til 2019. Tilnærmingen belyses gjennom fem problemstillinger:

1. Hva kjennetegner pasienter som møtte TA, og hvilken tjeneste mottok de?
2. Hvor stor andel av TA-sakene ble vurdert som uten behov for tjenester i allmennpoliklinikk?
3. Hadde kategorisering av sakenes problemområder, som betinget av enten ytre eller indre forhold ved henholdsvis oppstart og avslutning i TA, betydning for om pasienten fikk tilbud om videre oppfølging i allmennpoliklinikk?
4. Hvor stor andel saker som ble avsluttet fra DPS etter kontakt med TA, ble rehenvist innen seks måneder?
5. Hva synes pasientene om tilbudet?

## **Metode**

### **Lokasjon og prosedyre**

Nidelv DPS Tiller, har et opptaksgrunnlag på 85 000 mennesker over 18 år. Enheten mottar > 3000 henvisninger årlig, hvor omlag 1800 er henvisninger til allmennpoliklinikk. Forløper til tidlig avklaringsarbeid har vært utviklet over tid ved DPS-et, og siden 2008 som del av arbeidet til ambulant akutteam. I forbindelse med etableringen av TA som eget team i 2017 ønsket både ledelsen og teamet å gjennomføre et kvalitetssikringsprosjekt for å følge driften i startfasen fra 2017 til 2019. Dette prosjektet er utgangspunkt for artikkelen.

### **Datainnsamling**

Følgende tre informasjonskilder ble inkludert i kvalitetssikringsprosjektet:

### **Pasientgruppen og arbeidsform**

Det ble utviklet et registrerings skjema som man fylte ut etter første og siste samtale, for å kartlegge pasientpopulasjonen og TAs arbeidsform. Skjemaet registrerte alder, kjønn, inntektskilde, utdanningsnivå, samlivsstatus, omsorgsrolle for barn, tidligere mottatt helsehjelp, somatiske plager, antall møter med TA, kontakt med samarbeidspartnere og om saken ble videreført til allmennpoliklinikk eller ikke. I tillegg kartla skjemaet de to problemområdene eller tilstandene som ble vurdert som mest aktuelle for bistand, både ved oppstart ut ifra henvisningen og etter at TA hadde fullført sin intervensjon. Problemområdene ble kategorisert i et konsensusmøte i teamet som enten hovedsakelig indre psykiske plager, for eksempel angst eller depresjon, eller ytre livsbelastninger, for

eksempel samlivsbrudd eller økonomiske vansker. Når TA-kontakten med pasienten var avsluttet, ble informasjon fra skjemaet registrert og lagret anonymt.

## **Rehenvisninger til DPS**

Forekomsten av rehenvisninger til DPS ble undersøkt retrospektivt for å kvalitetssikre den nyetablerte TA-tjenesten. Man kartla forekomsten av rehenvisninger til DPS innen seks måneder etter avsluttet kontakt med TA i tre tilfeldig utvalgte tidsperioder: mai–desember 2017, januar–juli 2018 og januar–april 2019.

## **Brukerundersøkelse**

Det ble utviklet et kort spørreskjema med fire spørsmål. Spørsmålene handlet om hvorvidt kontakten med TA hadde vært nyttig, og hvorvidt personen ville anbefalt tjenesten til en venn. Begge skåret på 5-punkts Likert-skala. Det ble også spurt om personene skulle ha videre behandling ved DPS-et, der svaralternativene var ja, nei, vet ikke, og deretter var det et åpent spørsmål hvor man kunne gi skriftlige kommentarer. Skjemaet ble utdelt til 75 pasienter høsten 2019. Svarene ble gitt anonymt og returnert i konvolutt til merkantilt personell.

## **Statistiske analyser**

Analyser var innledningsvis deskriptiv statistikk og deretter logistiske regresjonsanalyser. Vi ville undersøke betydningen av tidligere mottatt psykisk helsehjelp og kategorisering av om problemene skyldtes indre eller ytre forhold, opp mot risiko eller oddsen for at pasienten ikke ble videreført til allmennpoliklinikk, justert for kjønn og alder. Signifikansnivå ble satt til  $p < .05$ . For parvise sammenligninger i den logistiske regresjonen ble det gjort justering for multiple tester ved hjelp av Holms sekvensielle Bonferroni-metode. Datainnsamlingen var del av den kliniske praksisen, og det var noe manglende data. I den endelige logistiske regresjonen ble det bare brukt data fra forløp med komplette data. Disse utgjorde 724 av de 936 (77.4 %) forløpene. Statistiske analyser ble gjort i SPSS, versjon 27.

## **Etikk**

Prosjektet var et kvalitetsforbedringsprosjekt i forbindelse med utviklingen av det nye tilbudet. Målsettingen var å evaluere driften, og vurdere om intensjonen med å etablere TA ble oppfylt. Prosjektet ble fremlagt for REK Midt for vurdering (2018/1700–2), hvor konklusjonen var at det ikke var grunn til videre behandling. Personvernombudet ved St. Olavs hospital hadde ikke innvendinger til gjennomføring av prosjektet. Data ble lagret anonymt. De presenteres på gruppenivå og er ikke knyttet til person-id.

## **Resultater**

### **Pasientgruppen og arbeidsform**

I de to første driftsårene fra 2017 til 2019 kom 1023 (99.0 %) av pasientsakene til TA fra allmennpoliklinikkens inntaksteam og 10 (0.9 %) av sakene fra døgnavdelingens inntaksteam. Én sak manglet informasjon om den kom fra poliklinikk eller døgnavdeling. De aller fleste sakene ( $n = 981$ , 94.9 %) var henvist til DPS-et fra fastlege. Det var 98 saker (9.3 %) som ble avsluttet fra TA uten at pasienten hadde møtt til samtale. I sju saker var pasientene overført direkte til ambulant akutteam grunnet hastegrad, mens de resterende 91 sakene ble avsluttet fordi pasientene enten ikke møtte til time eller formidlet at de ikke ønsket tilbudet. Av de 936 pasientene som møtte til samtale med TA, hadde mange ( $n = 651$ , 77.3 %) mottatt helsehjelp for psykiske plager tidligere. Nær halvparten ( $n = 441$ , 47.1 %) hadde tidligere vært i behandling ved poliklinikk i PH for voksne. En betydelig andel ( $n = 386$ , 41.2 %) hadde somatiske smerter eller ubehag. De fleste pasientene ( $n = 784$ , 83.7 %) hadde norsk bakgrunn. Gjennomsnittsalder var 36.6 år (standardavvik: 13.4). Det var 63.8 % ( $n = 597$ ) kvinner og 36.1 % ( $n = 338$ ) menn. Ut fra informasjon i henvisningen kategoriserte TA at de fleste pasientene hadde problemer relatert til depresjon (60 %), angst (34 %) og livskrise/belastning (12 %). Kategoriseringen ved avslutning antydte at problemene relatert til angst var relativt stabile (32 %), for depresjon var andelen redusert til 36 %, mens den for livskrise/belastning var økt til 34 %. Se tabell 1 og 2 i Appendiks A for ytterligere informasjon om demografiske variabler, og for å få en fullstendig oversikt over de ulike problemområdene i pasientgruppen og hvilke av problemområdene TA kategoriserte som relatert til indre eller ytre årsaksforhold. For de aller fleste sakene, 90 % ( $n = 853$ , 91.3 %), ble avklaring og vurdering gjennomført i løpet av tre samtaler. I over halvparten av tilfellene ( $n = 495$ , 52.9 %) møtte pasientene kun til én samtale. Utover de rutinemessige skriftlige tilbakemeldingene til fastlegene samarbeidet TA med andre instanser i omtrent en fjerdedel av sakene ( $n = 225$ , 24.0 %) per telefon og/eller møte. Foruten fastlege hadde TA oftest kontakt med kommunale psykiske helsetjenester ( $n = 70$ , 7.4 %) og øvrige kommunale tjenester (gjennom helse- og velferdskontor,  $n = 26$ , 2.7 %), NAV ( $n = 43$ , 4.6 %) og pårørende ( $n = 49$ , 5.2 %). Se figur 1 i Appendiks B for å få en visuell fremstilling over de ulike instansene TA samarbeidet med i de to første driftsårene.

### **Videreføring til allmennpoliklinikk**

Av de 1034 pasientsakene TA fikk tildelt de to første driftsårene, ble det vurdert at 365 (35.5 %) hadde videre behov for tilbud i allmennpoliklinikk. Videre ble 81 (7.8 %) saker henvist til andre mer spesialiserte enheter i PH. Totalt ble altså nær to tredjedeler av pasientene ikke videreført til utredning og behandling i allmennpoliklinikkene, som de i hovedsak var henvist til.

### **Betydningen av problemforståelse**

TA vurderte hvorvidt sakenes to problemområder var betinget av indre forhold, ytre belastninger eller begge deler, kategorisert som enten indre, ytre eller indre/ytre problemforståelse (se tabell 2 i Appendiks A). Tabell 1 illustrerer stabilitet og endring i problemforståelsen i sakenes forløp. Den viser ni mulige forløpstyper ut ifra status for

problemforståelse ved både henvisning og avslutning av kontakten, andelen totale saker for hver forløpstype, og andelen saker i de ni ulike forløpstypene som til slutt ble videreført til poliklinikk.

**Tabell 1**

Oversikt over type problemforståelse og videreføring av saker

Forløpstype	Henvisning	Avslutning	Total andel saker for hver forløpstype			Andel saker av hver forløpstype som ble videreført	
			Endring	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1	Kun indre	Kun indre	Stabil	416	44.4	244	58.7
2	Kun indre	Indre og ytre	Mot ytre	91	9.7	25	27.5
3	Kun indre	Kun ytre	Mot ytre	137	14.6	4	2.9
4	Kun ytre	Kun indre	Mot indre	12	1.3	6	50.0
5	Kun ytre	Indre og ytre	Mot indre	8	0.9	3	37.5
6	Kun ytre	Kun ytre	Stabil	38	4.1	6	15.8
7	Indre og ytre	Kun indre	Mot indre	33	3.5	17	51.5
8	Indre og ytre	Indre og ytre	Stabil	25	2.7	9	36.0
9	Indre og ytre	Kun ytre	Mot ytre	37	4.0	5	13.5
Totalt				797	85.2		

*Merknad.* Indre viser til psykiske plager og ytre til livsbelastninger. Med stabil menes at det ikke var noen endring i type problemforståelse fra henvisning til avslutning.

I den første logistiske regresjonsmodellen, modell 1, ville vi undersøke på hvilken måte kjennetegn ved pasienten og tidligere behandlingshistorikk påvirket risikoen eller oddsen for at saken ble avsluttet uten videreføring til allmennpoliklinikk. Som vist i tabell 2 hadde ikke kjønn, men alder signifikant betydning. Dess eldre pasienten var, dess mer sannsynlig var det at pasienten ikke ble videreført (OR: 1.03; 95 %; CI: 1.02 til 1.04,  $p < .001$ ). At pasienten ikke tidligere hadde mottatt psykisk helsehjelp, var også en signifikant prediktor for ikke å bli videreført til allmennpoliklinikk i modell 1, men dette var ikke lenger signifikant i modell 2. Modell 2 undersøkte sammenhengen mellom tidligere mottatt psykisk helsehjelp, aktuell problemforståelse og hvorvidt pasienten ikke ble videreført til allmennpoliklinikk, justert for alder og kjønn. Sammenlignet med sakene der TA kategoriserte indre forhold som avgjørende, hadde sakene som endret seg *mot ytre* årsaker, nær 10 ganger høyere odds for *ikke* å bli videreført til poliklinikk. I sakene der TA kategoriserte problemene som forårsaket av ytre forhold ved både henvisning og avslutning, var oddsen vel sju ganger høyere for at pasienten *ikke* ble videreført til allmennpoliklinisk oppfølging.

**Tabell 2**

Logistiske regresjonsanalyser over oddsen for at saker ikke ble videreført til allmennpoliklinikk (n = 724)

	Modell 1				Modell 2		
	OR	95 % CI	p		OR	95 % CI	p
Prediktor				Prediktor			
Kjønn*	1.02	0.76–1.37	.902	Kjønn*	1.07	0.75–1.51	.724
Alder	1.03	1.02–1.04	< .001	Alder	1.02	1.01–1.03	.003
Tidligere psykisk helse**	0.65	0.45–0.92	.014	Tidligere psykisk helse**	0.84	0.55–1.27	.395
				Type problem***			< .001
				Endring mot ytre	10.00	6.38–15.66	< .001
				Blandet stabil	2.92	1.21–7.07	.018
				Ytre stabil	7.02	2.63–18.73	< .001
				Endring mot indre	1.31	0.72–2.40	.373

*Merknad.* OR: Odds ratio; CI: konfidensintervall. Modell 1 og 2 illustrerer oddsen for at saker ikke ble videreført til allmennpoliklinikk. I modell 1 er prediktorer individuelle kjennetegn og pasientens behandlingshistorikk. I modell 2 er ytterligere prediktorer for endring i problemforståelse lagt til. Blandet viser til en ytre/indre problemforståelse. \* Referansekategori er menn. \*\* Referansekategori er ikke tidligere mottatt psykisk helsehjelp. \*\*\* Referansekategori er kategorien indre stabil.

## Rehenvisninger til DPS

Vi undersøkte rehenvisninger til DPS innen seks måneder etter avslutning fra TA for tre utvalg av pasienter som ble henvist til TA i prosjektperioden. Utvalgene ble selektert basert på tre tilfeldig valgte tidsrom, henholdsvis mai–desember 2017, januar–juli 2018 og januar–april 2019. Med utgangspunkt i de tre utvalgene av henviste pasienter kartla vi rehenvisning til DPS for de av TA-pasientene som hadde møtt til TA, og som ikke ble videreført til andre enheter i PH. Andelen TA-pasienter som hadde møtt, men ikke ble videreført til PH var 145 av 268 saker i mai–desember 2017, 130 av 256 saker i januar–juli 2018 og 45 av 94 saker i januar–april 2019. Av sakene som ikke ble videreført til PH, viste kartleggingen at andelen rehenviste etter seks måneder var på 13.8 % (20 av 145 saker) i mai–desember 2017, på 17.7 % (23 av 130 saker) i januar–april 2018 og på 11.1 % (5 av 45 saker) i perioden januar–april 2019. Se figur 2 i Appendiks B.

## Pasientenes mening

Svarene til de 54 pasientene som returnerte spørreskjemaet, er vist i tabell 3. Over 94 % av de som svarte, oppga at kontakten hadde vært nyttig, og at det var sannsynlig at de ville anbefalt tjenesten til en venn.



**Tabell 3***Resultater fra brukerundersøkelsen (n = 54)*

Spørsmål 1: I hvilken grad var kontakten med Tidlig avklaringsteam nyttig for deg?				
Veldig nyttig	Litt nyttig	Usikker	Litt unyttig	Veldig unyttig
36 (66.7 %)	15 (27.8 %)	–	1 (1.9 %)	2 (3.7 %)
Spørsmål 2: Hvis en venn av deg skulle trenge lignende hjelp, ville du da anbefalt tjenesten?				
Ja, absolutt	Ja, det tror jeg	Usikker	Tror ikke det	Helt sikkert ikke
27 (50.0 %)	24 (44.4 %)	3 (5.6 %)	–	–
Spørsmål 3: Ble vi enige om at du skulle ha videre behandling ved Tiller distriktpspsykiatrisk senter (DPS) nå?				
Ja	Nei	Vet ikke		
33 (61.1 %)	17 (31.5 %)	4 (7.4 %)		

Det var 21 personer som kommenterte i fritekstfeltet. En person delte en kritikk av tilbudet, der vedkommende hadde opplevd det som frustrerende å måtte overtale TA om at hen var syk nok til å få hjelp. Fra 16 personer fremkom det at samtalene var bra, at de møtte hyggelige behandlere, følte seg trygge og imøtekommet, eller at de fikk god informasjon. En person fremhevet at det var bra at tilbudet kom raskt etter henvisning. Tre personer beskrev at de var spente, men så frem til videre behandling.

## Diskusjon

Vår evaluering av de første vel tusen TA-pasientforløpene i de to første driftsårene viste at omlag to tredjedeler av pasientene ble vurdert til å ikke ha behov for videre utredning og behandling i allmennpoliklinikk. For de aller fleste pasientene ble avklaringene gjennomført etter en til tre samtaler ved TA. Andelen rehenvisninger til DPS-et seks måneder etter avsluttet TA-kontakt varierte mellom 11 og 18 % for de tre tidsperiodene vi kartla. Vi vurderer denne andelen som relativt lav, uten at vi har sammenlignet med tall på rehenvisninger fra andre enheter i PH. Tilbakemeldingene fra brukerne var i hovedsak positive.

Teamets vurdering av pasientens problemer som betinget av indre psykiske plager eller ytre livsbelastninger var av vesentlig betydning for om pasienten ble videreført til allmennpoliklinikk eller avsluttet fra DPS-et. En mulig tolkning er at henvisende instanser har begrenset informasjon om pasientens situasjon, og/eller at henvisninger tidvis utformes med tanke på å få innpass i psykisk helsevern, også når vanskene mest skyldes ytre forhold. Vår evaluering antyder at det kan være hensiktsmessig at inntaksinstanser i PH gjør en bredere vurdering av mulige årsaker til personens problembilde før det tas stilling til behov om videre utredning og behandling av psykisk lidelse. En bred inntaksvurdering er i tråd med øvrig forskningslitteratur som vektlegger helhetlig tenkning i møte med hjelpesøkende (Martin, 2018; Schiøtz et al., 2017; Suls et al., 2019). Utvikling av samarbeidsformer for å tilstrebe et sømløst og effektivt hjelpesystem når det søkes hjelp for psykiske plager som fastlegen ikke selv har rammer for å håndtere kan også være et fremtidig fokusområde. Det er viktig å merke seg at TAs problemforståelse og vurderingen av om pasientens problemer primært var betinget av indre eller ytre årsaksforhold, var basert på klinisk skjønn og

ikke validerte vitenskapelige metoder. Derfor må funnene betraktes med forbehold. Teamet var imidlertid sammensatt av ansatte med tidligere erfaring fra krise og akuttjobbing, der ytre årsaksforhold ofte vektlegges, og ansatte med lang fartstid i allmennpoliklinikker, som har mer erfaring i arbeid med indre psykiske årsaksforhold. Konsensusdrøftingen i teamet der de ulike problemområdene ble kategorisert, ble derfor gjennomført av klinikere med ulik faglig bakgrunn og erfaring.

Evalueringen antyder at en psykologisk intervensjon som tidlig avklaringssteam kan bidra til at pasienter unngår lang ventelistetid før hjelpebehovet blir avklart. En tidlig avklaring kan frigjøre kapasitet hos allmennpoliklinikker til å håndtere pasienter med klart behov for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Fordi studien ikke inkluderte systematisk tilbakemelding fra fastleger, vet vi ikke med sikkerhet om det lave antallet rehenvisninger til DPS-et betyr at pasienten hadde fått god nok psykisk helsehjelp. Vi har imidlertid erfart at fastleger først og fremst setter pris på at vi bidrar med videre organisering av hjelpetiltak, for eksempel i førstelinjen. Til tross for at tilbudet var tidsavgrenset og uten strukturert utredning og behandling, tydet svarene i brukerundersøkelsen på at pasientene opplevde det å bli møtt med en eller flere åpne samtaler som positivt. Dette gjaldt uavhengig av om det var avtalt videre behandling ved DPS eller ikke. Selv om det er usikkert om svarene på brukerundersøkelsen er representative, samsvarer de med våre kliniske erfaringer over tid.

Datamaterialet i undersøkelsen gir ikke grunnlag for å trekke slutninger om hvorfor tidlig avklaringsarbeid fikk de positive følgene vi har vist. En mulig forklaring er at pasientenes behandlingsbehov ble avklart raskt etter henvisning, slik at de unngikk lang ventelistetid og den usikkerheten og risikoen for forverring av psykiske helseplager som den kan medføre. Vårt kliniske inntrykk er at innholdet i avklaringen som ble tilbudt, er av like stor betydning. Spesielt vil vi fremheve betydningen av å møte hjelpesøkende med en bred forståelse for hva psykologisk behandling kan være. I TA-modellen vektlegges livsbelastninger, ressurser og nettverksarbeid like mye som det å avdekke eventuelle psykiske lidelser. Flere (Kolstad et al., 2019) har pekt på hvor viktig det er å invitere til en meningsdiskusjon om hva det vil si å være menneske i verden, fremfor en mer objektivende og tradisjonell medisinsk tilnærming, der det å avklare eller utelukke patologi er mer i fokus enn mestringsstrategier. Et tungt fokus på medikalisering og psykologisering av psykiske og sosiale plager kan ha en slagside ved at vanskene blir individualisert heller enn forstått og løst i en sosial kontekst (Carlsten et al., 2010). Sosial attribusjonsteori (Heider, 1958) har vist at mennesker, trolig også behandlere i psykisk helsevern, har lett for å forstå andres atferd ut fra indre, individuelle årsaksforhold. Fra sosiologisk labeling-tradisjon (Scheff, 1971) vet vi at et ensidig fokus på kategorisering av mennesker kan forsterke uhensiktsmessig atferd. Psykoterapiforskning (Probst et al., 2015) tyder på at pasienter kan få større effekt av behandling dersom utenomterapeutiske forhold, som tilgang på sosial støtte og pågående livshendelser, blir adressert. En eldre empirisk studie (Chesno & Kilmann, 1975) er særlig relevant for våre resultater. Her ble det demonstrert reduksjon av behandlingstid for en gruppe pasienter som ved inntak og under behandlingen fikk

informasjon om at symptomene deres var normale ut fra de belastningene de hadde opplevd, heller enn uttrykk for en psykisk sykdom, sammenlignet med pasienter som ikke fikk en slik bekreftelse. Fordeler og ulemper ved diagnostisk og medisinsk fokus er imidlertid mye omdebattert (Frances, 2016; Huibers & Wessely, 2006; Stein et al., 2007). Organisering av et TA-team med spesialister i front kan være nettopp et tiltak for å redusere risikoen for overdiagnostisering og unødige lange utredningsforløp, som kan bli resultatet med for stor vekt på individuell psykopatologi. Det kan selvsagt motsatt innvendes at TA-modellen kan bidra til en underdiagnostisering av psykiske lidelser, dersom pasienter som er i behov av det, ikke følges opp videre med standardisert utredning. En forutsetning for å motvirke dette er at det finnes tilstrekkelig erfaring og spesialistkompetanse i teamet, kombinert med tett samarbeid med allmennpoliklinikker ved DPS, som raskt kan overta saken til utvidet vurdering og oppfølging.

En mulig svakhet ved modellen kan være at pasientene må forholde seg til ulike behandlere dersom de videreføres fra TA til poliklinikk. Det er et robust funn innen psykoterapiforskning at alliansen mellom terapeut og klient påvirker behandlingsutfallet (Flückiger et al., 2018), og det kan være krevende å etablere en god allianse når pasienten videreføres. Kontinuitet av behandlere er også en viktig faktor i behandling (Ho et al., 2017). Samtidig kan det representere noen begrensninger for videre handlingsrom dersom en relasjon der både hjelperen og den hjelpesøkende allerede fra det første møtet blir fastlåst i en oppfatning om at videre oppfølging helst skal bestå av individuell utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Vårt inntrykk er at det ofte er utfordrende for behandlere i allmennpoliklinikk å vurdere alternativer til behandling i første time samtidig som de skal legge grunnlaget for et mer langvarig individualterapeutisk arbeid med pasienten. Et team av fristilte behandlere som møter pasienten sammen for å tenke rundt mulige løsninger, og som fra start deler forståelsen av at kontakten skal være kortvarig, kan være i en bedre posisjon til å balansere disse ulike hensynene.

Arbeidsformen i TA-modellen, der to behandlere ofte jobber sammen i en sak, har trolig bidratt til de raske faglige avgjørelsene som tas. Samtidig er det et betydelig problem at modellen ikke er bærekraftig innenfor dagens finansieringssystem i helsevesenet, fordi det ikke gis mulighet for refusjon tilsvarende to behandlere i hver samtale. Eksisterende finansieringssystem er heller ikke tilpasset fleksibilitet for utvidet tid ved ambulering og samarbeid og telefoning med interne hjelpeinstanser. Det er behov for kontrollerte studier hvis man i fremtiden skal kunne forsvare å jobbe mer intensivt og fleksibelt enn dagens system legger opp til. Ved Nidelv DPS, Tiller, er en slik kontrollert studie i oppstartsfasen.

Målsettingen med artikkelen har vært å beskrive og undersøke arbeidsformen for TA, og presentere data fra et kvalitetsforbedringsprosjekt som ble gjennomført i de første to driftsårene. Resultatene antyder at en TA-modell, med bred og fleksibel tilnærming til hva som kan representere god hjelp for psykiske plager, kan øke kvaliteten og effektiviteten i psykisk helsevern, men det er behov for videre kontrollerte studier.

Undersøkelsen ble ikke utformet for å undersøke effekten av TA. Funnene våre må derfor ses som hypotesegenererende, og kan legges til grunn for videre kontrollert utprøving av modellen. En systematisk utprøving kan for eksempel undersøke om TA er en nyttig psykologisk intervensjon for å demme opp for ressursknappheten som følger av det stadig økende tallet på henvisninger til PH, samtidig som den sikrer at henviste pasienter mottar tilpasset og adekvat helsehjelp. Det gjenstår å undersøke om modellen er økonomisk bærekraftig og representerer en kvalitativ forbedring av dagens praksis, sett både fra et individ- og samfunnsperspektiv. Erfaringer både fra eksterne samarbeidspartnere (som fastleger, kommunale helsetjenester, NAV, leger i somatikken) og interne (behandlere i allmennpoliklinikken) bør også kartlegges i videre studier, og pasientevaluering må innhentes systematisk for å sikre at brukerstemmen blir hørt.

## Appendiks A

**Tabell A1**

Beskrivelse av pasientgruppen (N = 936)

Bakgrunnsvariabler							
Kjønn	Kvinner	Menn					
(Antall/prosent)	597 (63.8)	338 (36.1)					
Alder (Gjns/S)	36.6 (13.4)	34.5 (12.7)					
Samlivsstatus	Bor alene	Parforhold	Bor m. foreldre	Bor m. andre			
(Antall/prosent)	294 (31.4 %)	403 (43.1 %)	115 (12.3 %)	93 (9.9 %)			
Inntektskilde	Arbeid	Studielån	AAP	Uføretrygd	Sosialstøtte	Uten inntekt	Pensjon
(Antall/prosent)	438 (46.8 %)	42 (4.5 %)	127 (13.6 %)	111 (11.9 %)	55 (5.9 %)	80 (8.5 %)	10 (10.7 %)
Utdanning	Ingen	Grunnskole	VGS	Høyere utd.			
(Antall/prosent)	1 (0.1 %)	218 (23.3 %)	340 (36.3 %)	270 (28.8 %)			
Har omsorg for barn	Har ikke	Full omsorg	Delt omsorg				
(Antall/prosent)	536 (57.3 %)	254 (27.1 %)	59 (6.3 %)				

*Merknad.* Gjns: gjennomsnitt, S: standardavvik, AAP: arbeidsavklaringspenger, VGS: videregående skole

**Tabell A2***Problemområder og problemforståelse ved henvisning og avslutning (N = 936)*

Problem	Henvisning		Avslutning		Problemforståelse
	Forekomst*	% pasienter**	Forekomst*	% pasienter**	
Depresjon	476	50.9 %	335	35.8 %	Indre
Angst	316	33.8 %	297	31.7 %	Indre
Psykose	18	1.9 %	22	2.4 %	Indre
Mani	4	0.4 %	6	0.6 %	Indre
Personlighetsvansker	25	2.7 %	55	5.9 %	Indre
Selvmondsfare	18	1.9 %	13	1.4 %	Indre
Spiseforstyrrelse	15	1.6 %	12	1.3 %	Indre
ADHD	7	0.7 %	18	1.9 %	Indre
Traumesymptomer	47	5.0 %	55	5.9 %	Indre
Utviklingsforstyrrelse	2	0.2 %	7	0.7 %	Indre
OCD	2	0.2 %	4	0.4 %	Indre
Somatiske plager/smerter	–	–	5	0.5 %	Ytre
Rusproblemer	15	1.6 %	33	3.5 %	Ytre
Livskrise/livsbelastning	114	12.2 %	316	33.8 %	Ytre
Relasjonsbrudd	16	1.7 %	29	3.1 %	Ytre
Svangerskap/barsel	18	1.9 %	17	1.8 %	Ytre
Søvnvansker	4	0.4 %	7	0.7 %	Ytre
Utmattelse	1	0.1 %	2	0.2 %	Ytre
Sinneproblematikk	–	–	1	0.1 %	Ytre
Demens	–	–	1	0.1 %	Ytre

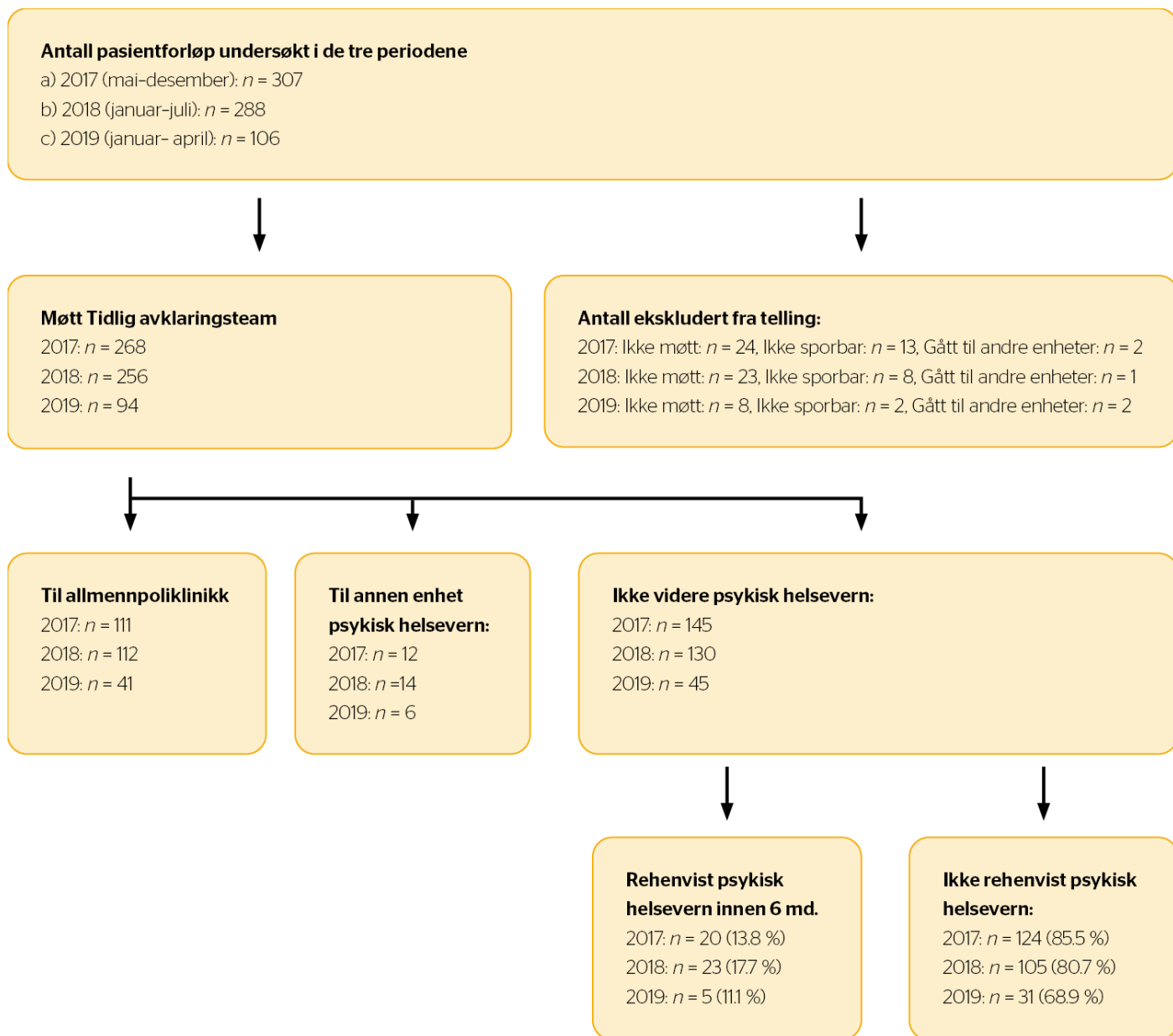
*Merknad.* Frekvens av aktuelle tilstander hos pasientene ved start og slutt slik det ble kategorisert av TA. \*Det ble gjort inntil to registreringer for hver person, antall registreringer totalt er derfor større enn antall unike pasienter. \*\* Tilsvarende prosent overgår 100 % da dette er regnet av antall unike pasienter, som hver kan være registrert med inntil to kryss. Med problemforståelse menes hvordan pasientens beskrevne problemer er klassifisert. Indre viser til psykiske plager og ytre til livsbelastninger.

## Appendiks B

### Figur B1

*Samarbeidspartnere i prosjektperioden*





Figur B2 Flytskjema over rehenvisninger til DPS etter seks måneder

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 12, 2021, side 1012-1020*

**TEKST**

**Katrine Høyer Holgersen**, Nidelv DPS, Tiller, Klinikk psykisk helsevern - allmenn, rehabilitering og sikkerhet, St. Olavs hospital

KONTAKT: [katrine.hoyer.holgensen@stolav.no](mailto:katrine.hoyer.holgensen@stolav.no)

**Ingvild Rønneberg Holte**

**Eva Gluppe**

**Øyvind Watne**

**Wenche Kojan Meisingset**

**Maja Rostad**

**Marianne Arentz**

+ Vis referanser

Andersen, T. (2005). Reflekterende prosesser. Dansk psykologisk forlag.

Carlsten, A., Ågren, G., Yawar, A., Tranøy, J., Vilhelmsson, A., Vetlesen, A. J., Schaanning, E., Rosenheck, R., Moncrieff, J., Lindqvist, R., Lesén, E., Ekeland, T.-J., Kogstad, R. & Kolstad, A. (2010). Psykologisering av sosiale problemer, medikalisering av psykiske lidelser. Alpha forlag.

Chesno, F. A. & Kilmann, P. R. (1975). Societal labeling and mental illness. *Journal of Community Psychology*, 3(1), 49-52. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(197501\)3:1](https://doi.org/10.1002/1520-6629(197501)3:1)

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Frances, A. (2016). A report card on the utility of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 15(1), 32-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20285>

Fyrand, L. (2016). Sosialt nettverk: teori og praksis (3. utg.). Universitetsforlaget.

Heggstad, T., Greve, G., Skilbrei, B. & Elgen, I. (2020). Complex care pathways for children with multiple referrals demonstrated in a retrospective population-based study. *Acta Paediatrica*. <https://doi.org/10.1111/apa.15250>

Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations [doi:10.1037/10628-000]. John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10628-000>

Helsedirektoratet. (2016). Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (IS-2428). <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykososial-oppfolging-ved-ulykker-kriser-og-katastrofer>

Ho, J. W., Kuluski, K. & Im, J. (2017). «It's a fight to get anything you need» - Accessing care in the community from the perspectives of people with multimorbidity. *Health Expect*, 20(6), 1311-1319. <https://doi.org/10.1111/hex.12571>

Huibers, M. J. & Wessely, S. (2006). The act of diagnosis: pros and cons of labelling chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine*, 36(7), 895-900. <https://doi.org/10.1017/s0033291705006926>

Kalseth, B., Rønningen, R., Pedersen, P. B., Lilleeng, S. E., Sitter, M., Myrli, T. R. & Mortensen, S. (2020). Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2019 (Rapport IS-2957). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>

Kolstad, A., Kogstad, R. & Ekeland, T.-J. (2019). Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket. Abstrakt.

Martin, C. M. (2018). What matters in «multimorbidity»? Arguably resilience and personal health experience are central to quality of life and optimizing survival. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(6), 1282-1284. <https://doi.org/10.1111/jep.12644>

Norsk psykologforening. (2019). Kartlegging psykisk helsevern og TSB. Rapport fra Norsk psykologforening juni 2019. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologforeningen-har-undersokt-mulighetene-for-aa-gi-god-behandling-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>

Norsk psykologforening. (2021). Kartlegging psykisk helsevern og TSB. Rapport fra Norsk psykologforening mai 2021. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/slik-opplever-psykologer-mulighetene-for-aa-hjelpe-pasienter>



- Pedersen, P. B. & Lilleeng, S. E. (2019). Distriktpsikiatriske tjenester 2017 (Rapport IS-2825). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/distriktpsikiatriske-tjenester-driftsindikatorer-for-distriktpsikiatriske-sentre>
- Prior, A. & Vestergaard, M. (2018). Mental-fysisk multisygdom. *Ugeskrift for Læger*, 180(23).
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W. & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in psychosomatic in-patient therapy. *Psychotherapy Research*, 25(6), 10. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.981682>
- Scheff, T. J. (1971). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Aldine. [https://books.google.no/books?id=6iXy3\\_TBYW8C](https://books.google.no/books?id=6iXy3_TBYW8C)
- Schiøtz, M. L., Stockmarr, A., Høst, D., Glümer, C. & Frølich, A. (2017). Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. *BMC Public Health*, 17(1), 422. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4314-8>
- Stein, D. J., Seedat, S., Iversen, A. & Wessely, S. (2007). Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *Lancet*, 369(9556), 139-144. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60075-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60075-0)
- Suls, J., Green, P. A. & Boyd, C. M. (2019). Multimorbidity: Implications and directions for health psychology and behavioral medicine. *Health Psychology*, 38(9), 772-782. <https://doi.org/10.1037/hea0000762>
- Wang, L., Si, L., Cocker, F., Palmer, A. J. & Sanderson, K. (2018). A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(1), 15-29. <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0346-6>
- Xu, X., Mishra, G. D. & Jones, M. (2017). Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. *Ageing Research Reviews*, 37, 53-68. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.05.003>