

Sammendrag

Bakgrunn: Psykiske lidelser er blitt et globalt folkehelseproblem, og påvirker de totale samfunnskostnadene. Helsemyndighetene satser på å styrke det lokalbaserte psykisk helse- og rusarbeidet, for å fremme god psykisk helse og livskvalitet for det enkelte individ, og har utgitt en rekke nasjonale styringsdokumenter med krav og anbefalinger for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Det er imidlertid funnet lite forskning på innsatsen i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene, tjenesteperspektivet, evidensbasert praksis og forankring i kunnskapsgrunnlag. Kompleksitet og mangfold preger de kommunale psykiske helse- og tjenestene, noe som er en utfordring for en standardisering av datagrunnlaget.

Hensikt: Denne masteroppgaven har til hensikt å undersøke hva som kjennetegner standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og hva kunnskapsgrunnlaget for denne behandlingen er.

Metode: Informantene var psykisk helsepersonell ansatt i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste i en større bykommune i Norge. Det ble benyttet en kvantitativ metode i denne tverrsnittstudien, hvor data ble innhentet ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Data ble bearbeidet ved hjelp av deskriptive analyser og enkelte variasjonsanalyser.

Resultat: Denne studien fant at helsepersonell i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste hadde et høyt utdanningsnivå, var tverrfaglig sammensatt både med tanke på yrkesbakgrunn og videreutdanninger, samt at de hadde lang erfaring som helsepersonell. De fleste hadde ukentlig kontakt med brukere av tjenesten. Direkte brukerarbeid i form av individuelle samtaler og kurs- og gruppetilbud, samt indirekte brukerarbeid som journalføring, innhenting av informasjon før samtaler og kollegaveiledning var de hjelpetiltakene som oftest ble benyttet. I denne forbindelse var blandede og åpne samtaleformer funnet som de hyppigst forekomne. Koordinerende arbeid og praktisk bistand ble utført ganske sjeldent. Det samme gjaldt barnesamtaler og samtaler med pårørende. Grunnlaget for valg av hjelpetiltak ble som oftest basert på brukernes ønsker og behov, helsepersonell sin egen fagkompetanse og utfall av standardiserte kartleggingsskjema som brukere svarte på. Helsepersonell var generelt positive til bruken av kartleggingsskjema og brukte dette både ved oppstart, underveis og ved avslutning av hjelpetiltak. Helsepersonell hadde i gjennomsnitt kjennskap til omtrent fem nasjonale styringsdokumenter, og det ble funnet at jo høyere alder desto flere nasjonale veiledere kjente de til.

Konklusjon: Standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste hadde kjennetegn og en forankring knyttet til både et tradisjonelt medisinsk og naturvitenskapelig kunnskapsgrunnlag, og et nyere humanistisk, kontekstuellet og samfunnsvitenskapelig kunnskapsgrunnlag, og samsvarte med innholdet i de nasjonale styringsdokumentene for fagfeltet.

Nøkkelord: Kommunal psykisk helse- og rustjeneste, psykisk helsepersonell, kjennetegn ved standard behandling, kunnskapsgrunnlag, kunnskapsbasert praksis.

Abstract

Background: Mental health disorders have become a global public health problem, and affect the total societal costs. The health authorities aim to strengthen local mental health and substance abuse work, to promote good mental health and quality of life for the individual, and have published a number of national management documents with requirements and recommendations for municipal mental health and substance abuse work. However, little research has been found on the effort of the municipal mental health and substance abuse services, the service perspective, evidence-based practice and anchoring in the knowledge base. Complexity and diversity characterize the municipal mental health and substance abuse services, which is a challenge for standardization of the data.

Objective: This master's thesis aims to investigate what characterizes standard treatment in a municipal mental health and substance abuse service, and what the knowledge base for this treatment is.

Method: The informants were mental health personnel employed in a municipal mental health and substance abuse service in a major urban municipality in Norway. A quantitative method was used in this cross-sectional study, where data was collected using a structured questionnaire. Data were processed using descriptive analyzes and some variation analyses.

Results: This study found that healthcare personnel in a municipal mental health and substance abuse service had a high level of education, were interdisciplinary in terms of professional background and further education, and that they had extensive experience as healthcare personnel. Most had weekly contact with users of the service. Direct user work in the form of individual conversations and course and group offers, as well as indirect user work such as record keeping, obtaining information before conversations and colleague guidance were the relief measures that were most often used. In this connection, mixed and open forms of conversation were found to be the most frequently occurring. Coordinating work and practical assistance were carried out quite rarely. The same applied to conversations with children and conversations with relatives. The basis for the selection of relief measures was most often based on the users' wishes and needs, health personnel's own professional expertise and the results of standardized mapping forms that users answered. Healthcare personnel were generally positive about the use of the mapping form and used it both at the start, during and at the end of user contact. On average, healthcare professionals were familiar with approximately five national management documents, and it was found that the older the age, the more national guides they knew.

Conclusion: Standard treatment in a municipal mental health and substance abuse service had characteristics and an anchoring linked to both a traditional medical and natural science knowledge base, and a more recent humanistic, contextual and social science knowledge base, and corresponded to the content of the national governing documents for the subject.

Keywords: Municipal mental health and substance abuse service, mental health personnel, characteristics of standard treatment, knowledge base, knowledge-based practice.

Forord

Det har vært en omfattende og lærerik kunnskaps- og ferdighetsreise å jobbe med dette masterprosjektet. Alt forarbeidet, planer for gjennomføring, innhenting av data og litteratursøk har gitt meg nye erfaringer med forskning som arbeidsfelt. Utfordringer knyttet til akademisk språk, ulike digitale plattformer, oppgavens oppbygging og utforming er blitt forsert en etter en. Tema for oppgaven har imidlertid hele tiden skapt engasjement og har vært en drivkraft.

Jeg vil takke mine stødige og kompetente veiledere, Valentina Cabral Iversen og Torun Grøtte, for både krevende og motiverende innspill. Dere har vært til betydelig hjelp og støtte gjennom hele forskningsprosessen.

Mine dyktige kolleger i Enhet for psykisk helse og rus! Jeg takker dere ydmykt for all velvillig deltakelse og deling av erfaringer i innsamlingen av data. I tillegg har flere av dere vært en solid heiagjeng, som har gitt meg uvurderlig støtte underveis, ikke minst når jeg har gått litt i motbakke. Jeg vil takke Martin Schevik Lindberg, for støtte i utarbeidelsen av tema og hjelp med konvertering av data, og håper potensielt å kunne gi noe tilbake i form av et kunnskapsbidrag til hans egen PhD. En takk går også til Trude Bakken, for gjennomlesing av masteroppgaven og nyttige innspill i innspurten. Jeg vil takke mine ledere i Enhet for psykisk helse og rus, for god støtte og studiepermisjoner, slik at dette masterprosjektet ble mulig å gjennomføre.

På hjemmebane har min kjære Knut Morten vært tolmodig og avventende, og samtidig minnet meg om nødvendige pauser og behov for søvn. Når fokuset i perioder ble slitent, og innsatsevnen haltet, var det greit med noen avbrudd for å dra på hytta, hjelpe til med sjøsetting av båt, skifte bildekk, være sosial med familie og venner, eller rett å slett lage et godt måltid mat sammen.

Jeg opplever å ha gjort mitt beste for å belyse et tema som er av stor faglig interesse for meg, og håper videre at andre også kan gjøre nytte av resultatene i denne masteroppgaven.

Trondheim, november 2023

Ragnhild Smistad

Innhold

Figurer	xi
Tabeller	xi
Forkortelser	xi
1 Innledning	12
1.1 Psykisk helse i et internasjonalt perspektiv	12
1.2 Psykisk helse i et nasjonalt perspektiv	13
1.3 Kommunalt psykisk helsearbeid	14
1.4 Tjenesteperspektivet	15
1.5 Vitenskaplig tilnærming og kunnskapsutvikling	16
2 Hensikt og forskningsspørsmål for masteroppgaven	17
3 Teoretisk rammeverk	18
3.1 Krav til kommunalt psykisk helsepersonell	18
3.2 Bestemmelser for kommunal psykisk helse- og rustjeneste	18
3.3 Perspektiver og forståelsesmodeller for psykisk helsearbeid	20
3.3.1 Utenfraperspektivet	20
3.3.2 Innenfraperspektivet	20
3.4 Kunnskap og psykisk helsearbeid	20
3.4.1 Kunnskapsbasert praksis	21
4 Metode	23
4.1 Kort beskrivelse av EPHOR	23
4.2 Utvalget	24
4.3 Rekruttering og prosedyrer	24
4.4 Spørreskjema	26
4.5 Forskningsetiske overveielser	26
4.6 Statistiske analyser	27
5 Resultater	29
5.1 Demografiske kjennetegn ved utøvende helsepersonell i EPHOR	29
5.2 Kjennetegn ved psykisk helse- og rusarbeid i EPHOR	31
5.3 Kjennetegn ved praksis og forankring i kunnskapsgrunnlag	36
6 Drøfting	40
6.1 Psykisk helsepersonell – et utgangspunkt for kommunalt psykisk helsearbeid	40
6.2 Standard behandling i EPHOR	42
6.2.1 Direkte psykisk helsehjelp i form av samtaler	42
6.2.2 Pårørendesamtaler og barnesamtaler	44
6.2.3 Direkte psykisk helsehjelp gitt som kurs eller gruppetilbud	45

6.2.4 Psykisk helsehjelp uten direkte kontakt med bruker.....	46
6.2.5 Koordinerende psykisk helsehjelp	46
6.2.6 Psykisk helsehjelp gitt i form av praktisk bistand	47
6.2.7 Kjennetegn ved standard behandling	47
6.3 Kunnskapsgrunnlaget for praksis i EPHOR	47
6.3.1 Retningslinjer for praksis	47
6.3.2 Kunnskapsbasert praksis	49
6.4 Studiens sterke og svake sider	50
7 Oppsummering	52
Referanser.....	53
Vedlegg	58

Figurer

Figur 1: Hovedforløpene i Veilederen <i>Sammen om Mestring</i>	19
Figur 2: Modell for Kunnskapsbasert Praksis	22
Figur 3: Oversikt over Utvelgelse av Deltakere til Studien	25

Tabeller

Tabell 1: Demografiske Variabler (N=60)	29
Tabell 2: Fagbakgrunn og Utdanning	30
Tabell 3: Direkte Brukerarbeid	31
Tabell 4: Samtaleformer og Terapiformer	32
Tabell 5: Samtaletilnærming og Funksjon	33
Tabell 6: Samtaleverktøy	33
Tabell 7: Indirekte Brukerarbeid	34
Tabell 8: Koordinerende Arbeid	35
Tabell 9: Praktisk Bistand	35
Tabell 10: Kjennskap til Nasjonale Styringsdokumenter	36
Tabell 11: Bruk av Standardiserte Kartleggingsverktøy	37
Tabell 12: Grunnlag for Valg av Hjelpetiltak	38
Tabell 13: Evaluering av Helsehjelp i EPHOR	39

Forkortelser

DPS	Distriktpsikiatrisk senter
EPHOR	Enhet for psykisk helse og rus
GBD	Global Burden of Disease
KBU	Kompetansebehovsutvalget
MI	Motiverende intervju
NAV	Arbeids- og velferdsforvaltningen
NOU	Norske offentlige utredninger
RPH	Rask psykisk helsehjelp
SEPREP	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser
TAU	Treatment as usual
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
WHO	World Health Organization

1 Innledning

I Norge har SINTEF siden 2015, på oppdrag fra Helsedirektoratet, utarbeidet en årsrapport felles for psykisk helse- og rusarbeid i alle landets kommuner. Det oppsummeres i første del av rapporten fra 2019 (Ose et al., s. 53), at «tjenesteperspektivet ikke er et stort nasjonalt eller internasjonalt forskningstema innenfor psykisk helse- og rusfeltet», og at det i større grad utgis publikasjoner som handler om brukerne og tilstandsspesifikke problemstillinger. Det er samtidig gitt uttrykk for at det foreligger lite informasjon om innsatsen på forebyggende arbeid, og om de lokalbaserte tjenestene for psykisk helse. Mer forskning på dette området er ønskelig, for å få et bedre grunnlag for utvikling av tjenestetilbudet, ikke minst fordi kompleksiteten i organisering av tjenestene er stor og innholdet mangfoldig (Helsedirektoratet, 2015a).

I klinisk praksis, og i forskningslitteraturen, benyttes flere benevnelser i omtalen av kommunalt psykisk helsearbeid. Eksempler på dette er; ordinær oppfølging, tradisjonell oppfølging, konvensjonell behandling, standard behandling og Treatment as usual (TAU). Tjenestetilbudet kan framstå uklart både for den som søker hjelp, pårørende og samarbeidspartnere. Helsepersonell i kommunal psykisk helse- og rustjeneste opplever utfordringer med å svare på hva det er de gjør, og de blir utfordret av andre utenfor egen tjeneste som forsøker å forhåndsdefinere det de tror tjenesten gjør (Orvik & Dale, 2017, s. 226). Behovet for mer forskning på tjenesteperspektivet, og innsatsen i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, er hovedsaklig bakgrunnen for å undersøke dette nærmere i denne studien. Dette er et masteroppgaveprosjekt, og har som utgangspunkt en større kommunal psykisk helse- og rustjeneste i en norsk bykommune.

1.1 Psykisk helse i et internasjonalt perspektiv

Psykiske lidelser er blitt et globalt folkehelseproblem. En Global Burden of Disease (GBD) studie i 2019 (Rehm & Shield) finner at de helsemessige belastningene som følge av psykisk helse- og ruslidelser har økt de siste tiårene, og kan assosieres med en markant overdødelighet. Ifølge studien er ca. 16% av jordas befolkning berørt av psykisk helse- og ruslidelser i 2016, men det antas at disse lidelsene i tillegg er undervurdert med hensyn til innvirkning på andre sykdommer og dødelighet (Rehm & Shield, 2019, s. 2). Det er i denne sammenheng viktig å presisere at begrepet *psykisk helse* kan knyttes til både god psykisk helse og psykiske helseproblemer/lidelser, og derav ha både en positiv og en negativ dimensjon. Psykiske problemer eller plager assosieres gjerne med belastende tilstander som ofte er forbigående, mens psykiske lidelser ofte assosieres med tilbakevendende eller kroniske tilstander som kan diagnostiseres (Nes & Clench-Aas, 2011). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse slik:

A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community (WHO, 2004, s. 12).

Denne definisjonen kan forstås mer som en utfordring enn en ressurs, hvor *en tilstand av velvære* er et mål for å kunne realisere egne muligheter og derav oppleve god psykisk helse. I ytterste konsekvens står WHO sin definisjon i fare for å ekskludere enkeltindivider fra å ha en god psykisk helse, dersom de ikke evner å oppnå dette målet. En alternativ definisjon av psykisk helse er derfor:

Mental health is a dynamic state of internal equilibrium which enables individuals to use their abilities in harmony with universal values of society. Basic cognitive and social skills; ability

to recognize, express and modulate one`s emotions, as well as empathize with others; flexibility and ability to cope with adverse life events and function in social roles; and harmonious relationship between body and mind represent important components of mental health which contribute, to varying degrees, to the state of internal equilibrium” (Galderesi et al., 2015, s. 231-232).

Galderesi sin definisjon henstiller til en mer dynamisk forståelse av psykisk helse, og den tar høyde for at individet lever i en kontekst som vil påvirke dets evne til mestring og opplevelse av trivsel. Dette harmoniserer bedre med helsemyndighetene sin satsning på forebyggende tiltak og folkehelsearbeid, i den hensikt å sikre en best mulig livskvalitet for det enkelte individ (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2017-2027; Helsedirektoratet, 2015a; Regjeringen, 2017).

Omtrent en tredjedel av verdens befolkning vil på et eller flere tidspunkt i livet oppleve en psykisk lidelse (Siem, 2016). Dette skjer samtidig som vi erfarer å være gjensidig avhengig eller påvirket av hverandre, enten det gjelder humanitære, sikkerhetsmessige, klimatiske eller økonomiske forhold. Det internasjonale samfunnet vil av den grunn finne fordeler ved å dele kunnskap og erfaring, på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, for å imøtekomme de globale utfordringer som utviklingen av psykisk uhelse medfører. Forskning på det psykiske helsefeltet vil være et bidrag til slik kunnskapsdeling.

I den vestlige verden vil årsakene til sykdomsbelastning i stor grad være knyttet til angst, depresjon og rus (Amendola, 2022; Amendola et al., 2022; Helsedirektoratet, 2015a; Mykletun et al., 2009; Rehm & Shield, 2019; Reneflot et al., 2018; WHO, 2022). Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er omtrent som i andre vestlige land, hvor det kan forventes at 30-50 prosent av befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2015a; Mykletun et al., 2009) .

Psykiske helseproblemer viser seg ofte tidlig i livet og kan få vedvarende konsekvenser for det enkelte mennesket sitt hverdagsliv og utviklingsmuligheter, sett i forhold til for eksempel skole/utdanning, arbeid/inntekt, somatisk helse og familieliv (Amendola, 2022; Helsedirektoratet, 2015a; Klein et al., 2022; Mykletun et al., 2009). Psykiske lidelser innebærer både personlige belastninger og store kostnader for samfunnet. I Norge vil psykiske lidelser anslagsvis koste samfunnet rundt 70 milliarder per år. Det er et helsepolitisk mål både internasjonalt og i Norge, å redusere forekomsten av psykiske helseproblemer, og derigjennom redusere totalbelastningen på samfunnet generelt (Helsedirektoratet, 2015a).

1.2 Psykisk helse i et nasjonalt perspektiv

For å imøtekomme utfordringer knyttet til forekomsten av psykiske helseproblemer, satser Norge i likhet med flere europeiske land på utbygging av lokalbaserte tjenester for psykisk helsearbeid, og integrering av psykisk helse i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015a; St.meld.nr. 25 (1996-97); St.meld.nr. 47 (2008-2009); St.prp. nr. 63 (1997-98)). I tillegg er det slik at kommunalt psykisk helsearbeid gjerne organiseres sammen med kommunalt rusarbeid, for å møte behovet for en mer samordnet psykisk helse- og rustjeneste (Helsedirektoratet, 2014, s. 77). Begrepet *psykiske helsetjenester* brukes imidlertid både om psykisk helsevern på spesialisthelsetjenestenivå, og om psykisk helsearbeid på kommunalt nivå (Norvoll, 2019, s. 29).

Etableringen av Distriktpsikiatriske senter (DPS), Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og kommunale psykisk helse- og rustjenester, er eksempler på utviklingen av lokalbaserte tjenester. Disse helsetjenestene er et svar på behovet for bedre koordinerte

tjenester, mer fokus på folkehelse og en mer bærekraftig psykisk helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2014; St.meld.nr. 47 (2008-2009)). Dagens organisering av lokalbaserte psykisk helse- og rustjenester i Norge er i stor grad basert på statlige føringer og kommunale planer for utvikling av tjenestene (Ose & Kaspersen, 2021, s. 24-25; Ose & Kaspersen, 2020, s. 26-27; Ose & Kaspersen, 2022, s. 26-28; Ose et al., 2019, s. 25-37), men er også påvirket av faglige ideologier og brukermedvirkning som er drevet frem i etterkant av Opptrappingsplanen for psykisk helse (Ramsdal, 2019, s. 223-232; St.prp. nr. 63 (1997-98)).

Samhandlingsreformen slår fast at kommunene i større grad må finne løsninger for å imøtekomme et voksende behov for helse- og omsorgstjenester, og ta hensyn til samfunnsøkonomiske utfordringer. Samhandlingsreformen beskriver en "ny framtidig kommunerolle", hvor kommunene vil møtes med krav om fag- og kompetanseutvikling, utdanning og forskning (St.meld.nr. 47 (2008-2009), s. 55-77).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger kommunene et ansvar for å kunne tilby helse- og omsorgstjenester til alle typer pasient- og brukergrupper, enten det gjelder fysisk eller psykisk helse, rusavhengighet, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Sentrale føringer for fagområdet psykisk helse og rus er å sørge for; forebygging av helseproblemer, tidlige intervensjoner, tidlig diagnostikk og behandling, tverrfaglig samarbeid og samhandling på tvers av ulike helsetjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2015b).

Kommunale helsetjenester er også pålagt å ivareta barna til brukerne, og barn som etterlatte, slik dette er beskrevet i § 10 i Helsepersonelloven (1999). Helsepersonell sin plikt til å ivareta barn som pårørende innebærer å sørge for at mindreårige barn får nødvendig og tilpasset informasjon og oppfølging, som pårørende til voksne foreldre eller søsken med psykisk sykdom, rusavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Det forventes at denne plikten ivaretas ved blant annet å innhente samtykke til barnesamtaler.

Kommunale lavterskeltilbud og ambulante tjenester er noe av svarene på å imøtekomme forekomsten av psykiske helseproblemer, samt en satsing på folkehelsearbeid. Folkehelsemeldingen (Meld.St. 19 (2014-2015)), uttrykker et behov for å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet, fremme inkludering og motvirke stigmatisering. De helsepolitiske føringene gir anbefalinger til kommunene om å utvikle både individtilpassede og standardiserte psykisk helse- og rustjenester, samt at de skal ivareta forvaltningspolitiske prinsipper (Ramsdal, 2019, s. 229-230). Kommunene kan imidlertid selv velge hvordan de vil organisere tjenestene.

Det er derimot funnet lite forskning på innhold og kvalitet i de lokalbaserte kommunale tjenestene for psykisk helse- og rusarbeid, og det finnes lite sammenlignbare data. Kompleksiteten og mangfoldet som preger utviklingen av kommunale psykiske helsetjenester er en utfordring for en standardisering av datagrunnlaget (Helsedirektoratet, 2015a).

1.3 Kommunalt psykisk helsearbeid

Kommunalt psykisk helsearbeid forstås i denne undersøkelsen som de oppgaver helsepersonell utfører i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, for å imøtekomme behovet for helsehjelp hos mennesker som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 3 (2011). Ifølge Helsepersonelloven §3 (1999),

defineres personell ansatt i helse- og omsorgstjenester som helsepersonell. En definisjon av psykisk helsearbeid er:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Andersen, 2018, s. 25).

Definisjonen viser til en bredde i psykisk helsearbeid, og ivaretar både et individ- og samfunnsperspektiv, samt at den har klare elementer fra helsepolitiske føringer. Psykisk helse- og rusarbeid i kommunene innbefatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon (Helsedirektoratet, 2014).

Der det videre er aktuelt å benevne mennesker som mottar helsehjelp fra en kommunal psykisk helse- og rustjeneste vil begrepet *bruker* benyttes fremfor pasient eller annet, da dette er mest vanlig innen kommunale psykisk helse- og rustjenester.

1.4 Tjenesteperspektivet

Det finnes flere systematiske litteraturgjennomganger som omtaler hvilke behov for helsehjelp de kommunale psykisk helse- og rustjenester skal eller bør ivareta (Ekeland, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2017-2027; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2014; Meld.St. 19 (2014-2015); Pettersen & Lofthus, 2018; Prop.15 S (2015-2016); Regjeringen, 2017; St.meld.nr. 47 (2008-2009); WHO, 2022). På den annen side er det funnet lite forskning på hva som kjennetegner *standard behandling* i praksis, slik helsepersonell erfarer det. En generell definisjon på begrepet *standard* er: «En spesifisert eller etablert norm for hvordan et objekt eller en funksjon skal være» (Hofstad, 2022).

I denne masteroppgaven brukes begrepet *standard behandling* i betydningen av den hjelpen som gis av utøvende helsepersonell, gjennom deres daglige arbeide og funksjon, i en kommunal psykisk helse og rustjeneste. Hjelpen er gjerne formalisert eller beskrevet i helsepolitiske styringsdokumenter, eller den kan være av en mer uformell karakter, der tjenester som ytes representerer en forventet eller anerkjent kvalitet på tjenesten.

Effectiveness-studier benyttes gjerne for å evaluere en behandling slik den gjennomføres i ordinære kliniske settinger, hvor en intervensjon sammenlignes med en kontrollgruppe som får Treatment as usual (TAU). TAU representerer da ordinær eller standard behandling. Kritikere peker imidlertid på at det er behov for å se nærmere på hva som skjer i kontekst av daglig praksis og ordinær behandling, da det er knyttet usikkerhet til bruk av TAU som kontrollgruppe, og dertil resultater om effekt av en intervensjon (Gazzillo et al., 2017).

Det er gjort forsøk på å evaluere behandlingen som gis i daglig praksis, ved hjelp av systematiske registreringer og tilbakemeldinger, på den terapeutiske prosessen og samarbeidsalliansen mellom helsepersonell og pasient (Lambert et al., 2005; Scott & Lewis, 2015), men også her er det funnet lite forskning på hva standard behandling er. Randomiserte kontrollerte studier, viser for eksempel til at standard behandling (TAU) er blitt brukt som kontrollbetingelse, samtidig som det er funnet stor variasjon med hensyn til hva som defineres som TAU. I en meta-analyse sammenligner Wampold et al. (2011)

evidensbaserte behandlinger med TAU. Resultatdelen viser at det er stor heterogenitet i betingelsene for TAU, og at beskrivelsene av ordinær behandling er mangelfulle.

1.5 Vitenskaplig tilnærming og kunnskapsutvikling

I den vestlige verden har den naturvitenskaplige, eller biomedisinske, retningen lenge preget det psykiske helsefeltet. I nyere tid er den humanvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige forståelsen av psykiske lidelser gitt mer rom, på bakgrunn av en økende kritikk av det positivistiske vitenskapssynet fra 1960-tallet og videre framover (Ramsdal, 2019). Helsemyndighetene er opptatt av å kunne måle, vurdere og sammenligne hva som gir best effektivitet og resultater innen psykiske helsetjenester, men det finnes lite sammenlignbar forskning på kvalitet og effektivitet i tjenestene (Helsedirektoratet, 2015a).

I 2018 ble det gjennomført en studie hvor man sammenlignet utviklingen av psykiske helsetjenester i Finland og Spania, etter flere år med deinstitusjonalisering og en dreining mot mer lokalbaserte tjenestetilbud (Sadieniemi et al., 2018). Studiens utvalgte geografiske områder ble vurdert å ha sammenlignbare inklusjonskriterier i forhold til populasjon, inndeling i helsedistrikt og tilgjengelig pålitelig informasjon. Forekomsten av psykiske lidelser var tilnærmet lik i begge land. Samtidig representerte de «en nordisk velferdsstat» og «et søreuropeisk familiesentrert land». Landene viste seg å utvikle to ulike psykiske helsesystemer, hvor forskere fant det interessant å se nærmere på det komparative kunnskapsgrunnlaget. Sadieniemi et al. (2018) fant noen betydelige forskjeller i organisering og innhold i landenes psykiske helsesystemer, som kunne skyldes historiske og sosiokulturelle ulikheter. Studien fant blant annet at de i Finland hadde ansatt 6.7 ganger flere helsepersonell enn i Spania. I Spania var antall polikliniske besøk omtrent dobbelt så mange som i Finland, mens det i Finland var funnet mer bruk av sykehusbaserte tjenester. Til tross for dette ble selvmordsraten funnet å være 1.6 ganger høyere i Finland enn i Spania. Lavere risiko for selvmord i Spania ble da assosiert med et sterkt sosialt nettverk og religiøsitet. I Finland og Spania var gjennomsnittlig alder for å flytte hjemmefra henholdsvis 22 og 29 år. I Spania var det funnet en større sosial aksept for å bo lengre hjemme. Studien konkluderte med hvor viktig det var å forstå kompleksiteten og de kontekstuelle faktorene sin betydning for psykisk helse, ved en sammenligning i utviklingen av psykiske helsetjenester i ulike europeiske land.

I Norge stiller helsemyndighetene krav om utvikling av kunnskapsbasert praksis (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2017-2027; Helsedirektoratet, 2012b), og de har en visjon om å skape *pasientens helsetjeneste* (Meld.St. 26 (2014-2015)). Psykiske helsetjenester blir gitt retningslinjer og føringer om å møte behovet for tjenester i form av kunnskapsbasert og standardisert praksis, samtidig som tjenestene skal legge til rette for individualisering og brukerinvolvering. I praksis råder motstridende krefter i forhold til hva som skal være gjeldende kunnskapsgrunnlag, og utfordrer helsepersonell i deres daglige utøvelse av psykisk helsearbeid (Orvik & Dale, 2017; Ørjasæter, 2021).

2 Hensikt og forskningsspørsmål for masteroppgaven

Det foreligger stadig flere nasjonale styringsdokumenter som er retningsgivende for kommunalt psykisk helsearbeid. Helsedirektoratet definerer eksempelvis nasjonale veiledere som «normerende produkt som gir råd og anbefalinger til helsetjenestene og til befolkningen» (Helsedirektoratet, 2019). Det finnes imidlertid lite forskning, både internasjonalt og nasjonalt, på hva som kjennetegner standard behandling i praksis, og det kan fremstå noe uklart hvilket kunnskapsgrunnlag en standard behandling er forankret i. Denne masteroppgaven har til hensikt å undersøke hva som kjennetegner standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, i en større bykommune i Norge, og hva kunnskapsgrunnlaget for denne behandlingen er, slik helsepersonell erfarer det.

Studiet vil bidra til mer kunnskap om psykisk helsearbeid i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, slik dette fremstår i dag, og vil være nyttig for flere innen fagområdet psykisk helse. De som søker psykisk helsehjelp, og deres pårørende, vil kunne få mer informasjon om behandlingen som tilbys. Helsepersonell innen kommunal psykisk helse- og rustjeneste, vil ha nytte av mer viten om hva som er standard behandling i egen tjeneste, og samarbeidspartnere kan få mer kunnskap om tjenestetilbudet. Forskningsfeltet vil få tilgang til mer kunnskap om kjennetegn ved praksis, og forankring i kunnskapsgrunnlag. Studiet kan potensielt fremme nye forskningsspørsmål innen fagfeltet psykisk helse. Resultater og funn vil kunne gi et grunnlag, og et utgangspunkt, for videre tjenesteutvikling. Masteroppgaven har følgende forskningsspørsmål:

Hva kjennetegner standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og hvilket kunnskapsgrunnlag er denne behandlingen forankret i?

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet gjøres det kort rede for helsemyndighetenes krav til helsepersonell i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og bestemmelser for selve tjenesten. Videre presenteres to forståelsesmodeller som preger det psykiske helsefeltet i dag, og som kan påvirke hvordan helsepersonell møter mennesker med psykiske problemer eller lidelser. Deretter gjøres rede for hva som menes med kunnskap og kunnskapsbasert praksis, sett i forhold til psykisk helsearbeid.

3.1 Krav til kommunalt psykisk helsepersonell

Helsepersonell sine plikter og ansvar reguleres av Helsepersonelloven (1999), og gjelder uavhengig om det er personell med eller uten autorisasjon som yter tjenester tilsvarende helsehjelp. Loven har som formål å bidra til; pasientsikkerhet, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og fremme tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Den regulerer handlinger som utføres i kraft av å være helsepersonell, og stiller krav til helsepersonell sin yrkesutøvelse generelt. Loven fremhever krav til faglig forsvarlighet, dokumentasjons- og taushetsplikt, melde- og opplysningsplikt, og setter vilkår for autorisasjon og bestemmelser for et sanksjonssystem. Kjennskap til andre lovverk og bestemmelser er nødvendig for å tilegne seg mer viten om krav til helsepersonell i kommunal psykisk helse- og rustjeneste spesielt.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger kommunene å ansette leger, sykepleiere, fysioterapeuter, jordmødre, helsesykepleiere, ergoterapeuter og psykologer. Utover det som står nevnt om disse faggruppene helsepersonell, er det opp til de enkelte kommunene å bestemme hvilke andre faggrupper de eventuelt vil ansette. Det stilles i dag ingen krav til å ansette spesifikke fagprofesjoner i kommunal psykisk helse- og rustjeneste, med unntak av psykologer. Profesjonsprotokollen ble avvirket i forbindelse med endringer i Helse- og omsorgstjenesteloven i 2012, som følge av Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). I 2018 ble det vedtatt et unntak fra prinsippet om avviking av fagprofesjoner, og fra 2020 ble kommunene pålagt å ansette psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.2 Bestemmelser for kommunal psykisk helse- og rustjeneste

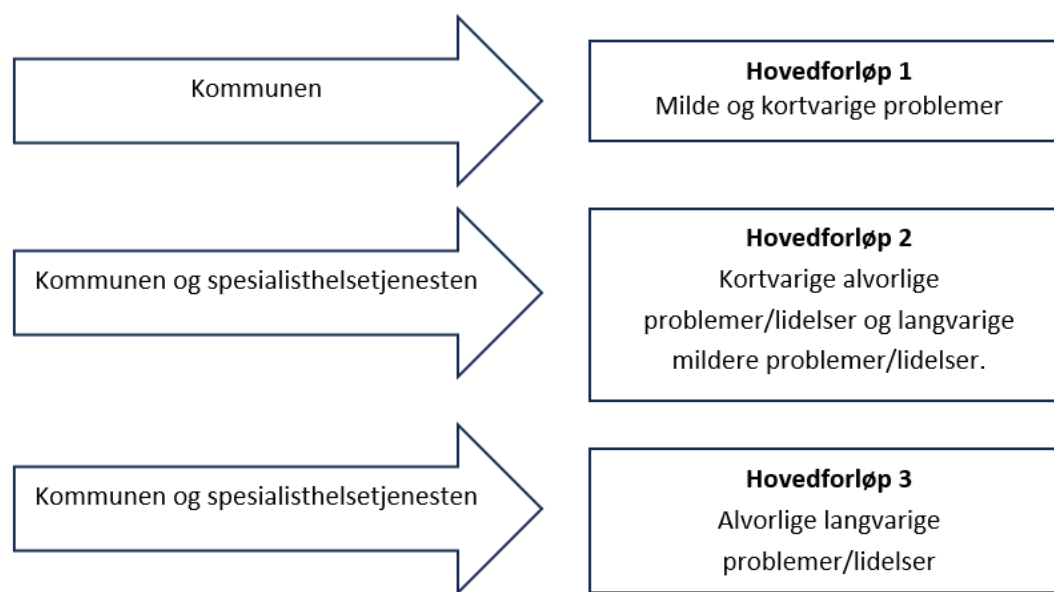
Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Dette inkluderer å gi hjelp til mennesker med psykisk helse- og rusproblemer, med behov for; utredning og behandling, råd og veiledning, psykososial støtte, å skaffe seg bolig, og evt. henvisning til spesialisthelsetjenesten. I tillegg har den kommunale sosialtjenesten, og arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) et ansvar for å gi tilbud til mennesker med psykiske problemer og lidelser, i form av; økonomiske ytelser, arbeidsrettet rehabilitering og midlertidig botilbud m.v. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Kommunal psykisk helse- og rustjeneste må i tillegg til Helse- og omsorgstjenesteloven forholde seg til en rekke nasjonale styringsdokumenter, som nevnt i kapittel 1.2. Noen av disse omtales eksempelvis videre her.

Veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) er et retningsgivende verktøy for både kommuner og spesialisthelsetjenesten. Den presenterer nasjonale krav og forventninger til lokalt psykisk helse- og rusarbeid, med særlig vektlegging på et bruker- og mestringperspektiv, og helhetlige og koordinerte tjenester. Veilederen anbefaler å

implementere *recovery* som et faglig perspektiv i psykisk helse- og rustjenestene, og gi brukere hjelp og støtte i forhold til sin egen personlige bedringsprosess. Helsedirektoratet beskriver ved hjelp av hovedforløp (av problemer) 1, 2 og 3, hvordan de ser for seg en ansvarsfordeling, men også et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Hovedforløpene kan fremstilles slik:

FIGUR 1: HOVEDFORLØPENE I VEILEDEREN SAMMEN OM MESTRING



Figuren er egendefinert og viser generelt overlappende ansvarsområder for kommunen og spesialisthelsetjenesten, med unntak av forløp 1 som forventes ivaretatt av kommunal psykisk helsetjeneste.

Mestre hele livet (Regjeringen, 2017) er Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022), og den er en tverrsektoriell strategi for hele psykisk helsefeltet. Den har et bredt helsefremmende, forebyggende og behandlende perspektiv, og et særlig fokus på barn og unge. Strategien legger vekt på folkehelsearbeid og de kommunale psykiske helsetjenestene, og er et svar på en manglende helhetlig plan for psykisk helsefeltet, siden Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)) ble avsluttet i 2008. Strategiplanen har en internasjonal forankring.

I 2017 publiseres *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027* (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2017-2027), initiert av Helsedirektoratet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Programmet er et samarbeid med KS og Folkehelseinstituttet. Det er funnet at kommunene har behov for å øke sin kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, og denne tiårige satsingen har som overordnet mål å bedre psykisk helse og livskvalitet i befolkningen. Programmet rettes spesielt mot å fremme barn og unges psykiske helse, og rusforebyggende arbeid. Det skal stimulere til samarbeid om forskning, og bidra til utvikling av mer kunnskapsbaserte arbeidsmåter, tiltak og verktøy.

3.3 Perspektiver og forståelsesmodeller for psykisk helsearbeid

To perspektiver som preger det psykiske helsefeltet i nyere tid er *utenfraperspektivet* og *innenfraperspektivet*. Disse kan sees i sammenheng med to metamodeller innen forståelse og behandling av psykiske lidelser, *den medisinske modellen (sykdomsmodellen)* og *den kontekstuelle modellen* (Bøe & Thomassen, 2017). Slike vitenskaplige forståelsesmodeller kan også omtales som *paradigmer* (Kuhn & Hacking, 2012), hvor summen av vitenskapelig praksis innen et fagområde blir representativt for hvordan dette kan forstås.

3.3.1 Utenfraperspektivet

Utenfraperspektivet handler om en psykiatrisk-orientert forståelse av en psykisk lidelse, hvor det legges vekt på det som kan måles, observeres og sammenlignes. Det er en måte å forsøke forutse utviklingen av en psykisk lidelse på, for så å kunne tilby medisiner eller annen behandling. Diagnosesystemene DSM-5 og ICD-11 er eksempler på et utenfraperspektiv, og en biomedisinsk forståelse av psykiske lidelser. De er utarbeidet på bakgrunn av forskning på fellesfaktorer. Ved hjelp av standardiserte skjema kan fellesfaktorene senere identifiseres, og sammenstilles til en diagnose (Skårderud et al., 2020, s. 83-85). Ifølge Bøe og Thomassen (2017) kjennetegnes ikke den medisinske forståelsesmodellen kun av et biokjemisk perspektiv på psykiske lidelser, men innbefatter alle former for behandling som gis med utgangspunkt i en bestemt psykiatrisk diagnose.

Med et utenfraperspektiv vurderer helsepersonell på forhånd hvilken informasjon de ønsker å innhente, og de avgjør i stor grad hvilken behandling som vil være best. Helsepersonell har da en antagelse om at behov for hjelp skyldes biologiske, psykologiske eller sosiale strukturer. Utenfraforskning kjennetegnes også ved bruk av ulike måleinstrumenter, som strukturerte intervju, spørreskjema og observasjonsskjema, der bestemte kategorier vil være bestemt på forhånd (Bøe & Thomassen, 2017, s. 102).

3.3.2 Innenfraperspektivet

Innenfraperspektivet vektlegger en forståelse for mennesker sine subjektive opplevelser, og innebærer at helsepersonell gir opplevelsene til den som søker hjelp gyldighet (Skårderud et al., 2020, s. 81). Helsepersonell med et innenfraperspektiv søker å tilegne seg kunnskap om individuelle og kontekstuelle forhold hos den andre, og legger til rette for en samarbeidsallianse hvor begge parter er likeverdige deltakere. Med et innenfraperspektiv i tilnærmingen til psykisk helsearbeid vises respekt for det enkelte mennesket sine erfaringer, samtidig som helsepersonell bruker sine erfaringer med å snakke med folk (Bøe & Thomassen, 2017, s. 101-102). Innenfraperspektivet henger sammen med en recovery-orientert tilnærming til psykisk helse, og har en forankring til et humanvitenskapelig og erfaringsbasert kunnskapsgrunnlag. Dette innebærer en respekt for det enkelte mennesket sin rett til å være en aktiv aktør i eget liv, hvor helsepersonell fremmer reell medvirkning i samarbeidet, og samtidig gir støtte til dennes personlige og sosiale recovery-prosess (Karlsson & Borg, 2018, s. 11-16).

3.4 Kunnskap og psykisk helsearbeid

Begrepet *kunnskap* kan knyttes til epistemologi (læren om kunnskap og innsikt) og erkjennelsesteori (læren om sannhet) (Holmen, 2022). Det er vanlig å skille mellom to typer kunnskap; teoretisk og praktisk. Kort forklart innebærer *teoretisk kunnskap* å ha viten om at noe er tilfelle eller sant, og *praktisk kunnskap* innebærer en viten om hvordan noe skal gjøres.

Forståelsen av kunnskap viser seg videre i to retninger. Den ene retningen baseres på en språklig eller psykologisk analyse, og den andre retningen knyttes til naturvitenskapen i form av å se etter årsakssammenhenger og validitet. En enkel klassisk definisjon av kunnskap, med forankring til Platon sin filosofi, er: "en begrunnet sann oppfatning" (Holmen, 2022).

Andersen (2018) mener derimot at vi innen psykisk helsearbeid må være forsiktige med en entydig forståelse av hva kunnskap er, og appellerer til refleksjon om «kunnskapens mangetydighet, menneskets sårbarhet og hverdagslivets kompleksitet» (Andersen, 2018, s. 53). Forståelsen av kunnskap innen psykisk helsearbeid vil påvirkes av hvilket faglig perspektiv som legges til grunn, og om det tas hensyn til de mange dimensjoner og motsetningsforhold som kan prege et menneske. Andersen (2018) fremhever i denne sammenheng en tredje type kunnskap, *erfaringskunnskap*, som kan forklares som en slags handlingsklokskap, og en personlig kompetanse.

Kunnskap kan sees i sammenheng med begrepet *kompetanse*, som gjerne defineres som «et samlebegrep for kunnskap, forståelse, egenskaper, holdninger og verdier» (NOU 2020:2, 2020, s. 29). I Norge har et kompetansebehovsutvalg (KBU) fått et mandat i forhold til å vurdere nasjonens fremtidige behov for kompetanse i arbeids- og samfunnsliv. KBU ser da en sammenheng mellom kompetanse og kvalitet på velferdstjenestene, og bærekraft (NOU 2020:2, 2020). Det framtidige kompetansebehovet er derav et viktig innspill og grunnlag for utarbeidelse av myndighetenes videre strategier, med tanke på den enkelte innbygger sin velferd, utvikling og mestring.

3.4.1 Kunnskapsbasert praksis

For å fremme god kvalitet på helse- og omsorgstjenestene i Norge er det lagt føringer for at praksis skal være kunnskapsbasert. Dette innebærer bruk av både tilgjengelig kunnskap og erfaring, samtidig som det forutsetter en enighet om hva som skal være en ny eller utdatert praksis og at praksis kan justeres (Helsedirektoratet, 2012b).

Kunnskapsbasert praksis er ment å ha som utgangspunkt en bestemt klinisk situasjon, hvor helsepersonell kan finne frem til den beste praksis å møte denne situasjonen på. En definisjon på kunnskapsbasert praksis er «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Ormstad et al., 2021, s. 2).

Helsedirektoratet (2012b) har utarbeidet en veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer, og illustrerer en modell for kunnskapsbasert praksis slik:

FIGUR 2: MODELL FOR KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS



Modellen viser at kunnskapsbasert praksis innen helse- og omsorgstjenestene bør være bygget på kunnskap fra forskningsfeltet, helsepersonell sin erfaringskunnskap, brukerkunnskap, brukernes ønsker og behov, samt hensynet til at praksis skjer i en kontekst (Helsedirektoratet, 2012b, s. 10).

Hensikten med en kunnskapsbasert praksis er i størst mulig grad å hindre uønskede konsekvenser av hjelpetiltak, og fremme god kvalitet på tjenestene. Ulike vitenskapsteorier og vitenskapelige tradisjoner innen psykiske helsetjenester vil i denne sammenhengen kunne påvirke epistemologien, og bidra til endringer i kunnskapsgrunnlaget (Ramsdal, 2019). Både kunnskap og kompetanse hos den enkelte utøvende helsepersonell vil dermed ha betydning for utøvelsen av psykisk helsearbeid i praksis.

4 Metode

I denne tverrsnittsstudien ble det benyttet en kvantitativ metode, for å innhente data fra et større antall informanter, på et gitt tidspunkt (Portney, 2020, s. 276). Et egetdefinert strukturert spørreskjema for undersøkelsen ble utarbeidet (vedlegg 1). Det ble forventet at data fra utøvende helsepersonell i Enhet for psykisk helse og rus (EPHOR) ville gi informasjon om kjennetegn ved standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og dens kunnskapsgrunnlag, slik dette framsto i EPHOR høsten 2022.

Før masterprosjektet fikk godkjenning for å starte opp, ble det i tillegg vurdert å bruke en kvalitativ metode i form av fokusgruppeintervju, eller en såkalt *mixed method*. Dette ble imidlertid ikke anbefalt av studieveileder, både av hensyn til planlagt bruk av tid for masterprosjektet og det faktum at forskeren selv var ansatt i den kommunale helsetjenesten som inngikk i forskningen. En kvantitativ metode ble vurdert bedre egnet for å innhente data, hvor informantene i mindre grad ble påvirket av forskeren.

4.1 Kort beskrivelse av EPHOR

EPHOR er en av tre enheter som skal tilby kommunale psykisk helse- og rustjenester til ca. 212 660 innbyggere (Trondheim kommune, 2023a). De to andre kommunale enhetene er *Enhet for botiltak og treffsteder*, og *Enhet for rustjenester*.

Kommunens handlings- og økonomiplan for psykisk helse (Trondheim kommune, 2022), er blant annet basert på hovedforløpene beskrevet i veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) (Figur 1), og ifølge planen skal EPHOR fortrinnsvis gi psykisk helsehjelp i henhold til forløp 1 (Milde og kortvarige problemer) og forløp 2 (Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser). Enhet for botiltak og treffsteder og Enhet for rustjenester, skal primært gi psykisk helsehjelp i henhold til forløp 2 og 3 (Alvorlige og langvarige problemer/lidelser), og innebærer å gi helsetjenester til de som har behov for regelmessig, langvarig og tett oppfølging (Trondheim kommune, 2023c).

For å gi helsehjelp i henhold til forløp 1, har EPHOR etablert et lavterskeltilbud kalt *Rask Psykisk helsehjelp* (RPH). Antallet henvendelser til RPH har økt fra ca. 400 i 2016 til mer enn 2600 i 2021. For øvrig sørger EPHOR for oppfølging til mennesker med vedtak på kommunal psykisk helsehjelp, innvilget av forvaltningskontoret i kommunen, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). I 2021/22 behandler EPHOR et antall vedtakssaker pr. År tilsvarende ca. 1200-1300. Etterspørselen av tjenester fra EPHOR beskrives som økende fra år til år, og enheten opplever å bli utfordret på å skulle hjelpe flere innbyggere, uten at det nødvendigvis blir tilført økte ressurser.

EPHOR er organisert i ulike arbeidsteam som gir tilbud i form av lavterskeltjenester, eller vedtaksbaserte tjenester. I tillegg drifter EPHOR et Krisesenter og et Mottaks- og oppfølgingssenter (MO-team) (Se tabell 1). De vedtaksbaserte arbeidsteamene består av et *Ungdomsteam* som samarbeider med IPS Ung (Individuell jobbstøtte) for målgruppen unge voksne fra 18 til 25 år, et *Voldsteam* som gir tjenester til voksne som er utsatt for vold eller trusler, og ytterligere tre generelle vedtaksteam hvor målgruppen er alle andre voksne fra 18 år og oppover.

EPHOR drifter et Mottaks- og oppfølgingssenter (MO-team) for mennesker med samtidige rus- og psykisk helseutfordringer, også benevnt som ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012a). MO-senteret er en lavterskeltjeneste, som ble opprettet i farvannet av Opptappingsplanen for rusfeltet (Prop.15 S (2015-2016)). Teamet av helsepersonell ved

MO-senteret gir i tillegg helsehjelp til mennesker med vedtak på psykisk helse- og rustjenester.

Krisesenteret i kommunen er organisert i EPHOR, og gir et tilbud til mennesker med akutt behov for skjerming fra vold og trusler i nære relasjoner, jfr. Krisesenterlova (2010). Enheten har også et sorg-/kriseteam med lavterskelinngang, jfr. føringer fra Helsedirektoratet (2016), som består av helsepersonell fra flere arbeidsteam.

Flere ansatte kan jobbe i ulike team og ved ulike lokasjoner. EPHOR er en ambulant tjeneste, og utøvende helsepersonell er fleksible i forhold til å møte de som trenger psykisk helsehjelp på andre steder enn i egne kontorlokaler. EPHOR gir tilbud om psykiske helsetjenester fortrinnsvis på dagtid, med unntak av krisesenteret som er døgnåpent.

4.2 Utvalget

Utvalget i denne studien ble et strategisk utvalg (Portney, 2020, s. 181), basert på følgende inklusjonskriterier: 1) Utøvende helsepersonell i EPHOR; 2) Fast ansatt i EPHOR eller; 3) Vikar/student i lengre engasjement (mer enn 5 måneder) på heltid. Informantene var lett tilgjengelige, samtidig som de representerte en større kommunal psykisk helse- og rustjeneste og et mangfold av kompetanse og tjenestetilbud.

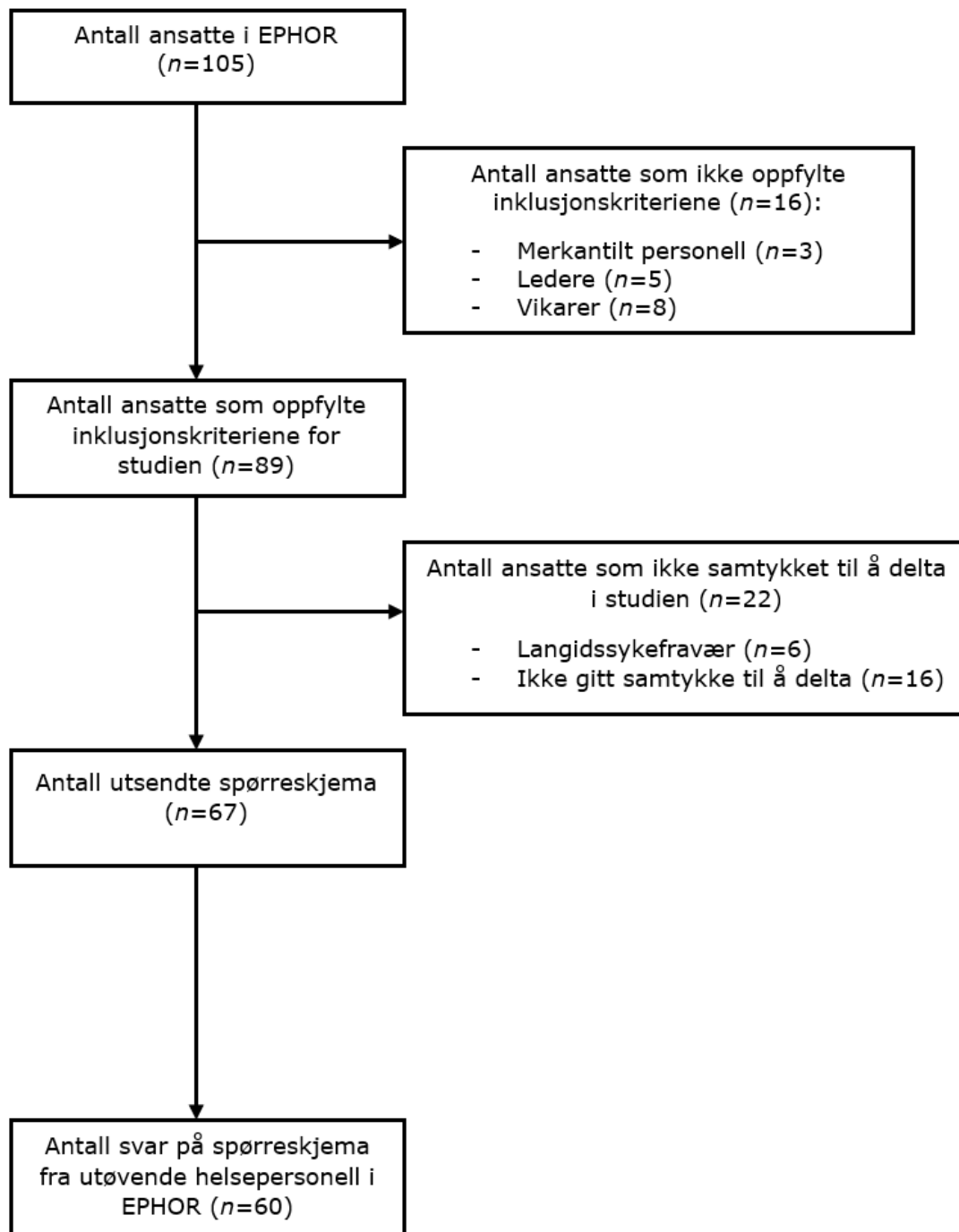
Enhetsleder, avdelingsledere og merkantilt personell ble ikke definert som utøvende helsepersonell (dvs. hadde ikke ansvar for å gi direkte psykisk helsehjelp), og ble dermed ekskludert fra å delta i spørreundersøkelsen (Figur 3). Tilkallingsvikarer ved krisesenteret ble ikke invitert til å delta, da de ble vurdert å ha begrenset kjennskap til tjenesten i sin helhet, for å kunne svare på spørreskjemaet (Vedlegg 1).

4.3 Rekruttering og prosedyrer

EPHOR hadde på tidspunktet for datainnsamlingen (høst 2022) totalt 105 ansatte, hvorav 89 utøvende helsepersonell, med flerfaglig bakgrunn. Alle ansatte i EPHOR mottok informasjon om studien på et personalmøte i september 2022, samt at alle lokasjoner/arbeidsteam fikk muntlig og skriftlig informasjon, i løpet av oktober/november 2022. Alle som oppfylte inklusjonskriteriene for å delta i prosjektet fikk utdelt et informasjonsskriv (Vedlegg 2), hvor de ble invitert til å delta i forskningsprosjektet for denne masteroppgaven. Informasjonsskrivet gav opplysninger om formålet med prosjektet, hvorfor de ble invitert til å delta og hva det ville innebære å delta, samt kontaktinformasjon til prosjektansvarlige. Det ble understreket at deltakelse var frivillig, og det ble opplyst om regler for å ivareta personvernet og behandlingen av personopplysninger, samt informert om rettighetene for informanter. Siste side i informasjonsskrivet var et samtykkeskjema, som måtte returneres med signatur, dersom de ønsket delta. Samtykkeskjema kunne leveres masterkandidaten personlig eller i vedkommende sin posthylle.

Det ble delt ut 89 informasjons- og samtykkeskriv i løpet av oktober/november i 2022, hvorav 67 ansatte samtykket til deltakelse. Deretter ble spørreskjema, utformet i nettskjema.no, sendt til disse 67 deltakerne per e-post. Siste frist for å svare ble satt til 15. desember 2022. Totalt 60 ansatte svarte på spørreskjemaet, tilsvarende en respons rate på 67.4%. Dette ble vurdert å være en relativt god representativ datainnsamling for utøvende helsepersonell i EPHOR.

FIGUR 3: OVERSIKT OVER UTVELGELSE AV DELTAKERE TIL STUDIEN



4.4 Spørreskjema

Det ble utarbeidet et eget strukturert spørreskjema spesielt for dette prosjektet (vedlegg 1). Spørreskjemaet ble testet på 2 utvalgte og aktuelle informanter i EPHOR, før utsending til alle informanter som oppfylte inklusjonskriteriene for å delta. Denne uttestingen førte til forbedringer av enkelte spørsmålsformuleringer, slik at det ble tydeligere for informantene hva som ble etterspurt. Det ble antatt en gjennomsnittlig svartid tilsvarende 15 minutter. Spørreskjemaet besto av totalt 19 spørsmål, inndelt i 3 hoveddeler;

Del 1 inneholdt åtte spørsmål om demografiske opplysninger ved helsepersonell i EPHOR: kjønn, alder, fagbakgrunn, høyeste fullførte utdanning, videre- og tilleggsutdanninger, antall år ansatt i EPHOR, antall år med erfaring som utøvende helsepersonell og hvilken type team i EPHOR de jobbet i.

Del 2 inneholdt fem spørsmål om hvilke former for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid helsepersonell i EPHOR utførte innenfor direkte og indirekte brukerarbeid, individuelle samtaler (type/tilnærming og funksjon/samtaleverktøy), koordinerende arbeid og praktisk bistand. Inndelingen av ulike former for helsehjelp, var forenlig med dokumentasjon av tidsbruk for helsehjelp i pasientjournalssystemet Helseplattformen (Trondheim kommune, 2023b).

I spørreskjemaet ble direkte brukerarbeid definert som hjelpetiltak utført med bruker til stede, mens indirekte brukerarbeid ble definert som hjelpetiltak utført uten at bruker var til stede. Indirekte brukerarbeid innebærer implisitt et samtykke fra bruker. Koordinerende arbeid ble definert som ulike hjelpetiltak hvor helsepersonell i EPHOR sørget for samarbeid med andre offentlige tjenester, pårørende eller frivillige organisasjoner. Praktisk bistand ble forklart som praktiske hjelpetiltak utført av helsepersonell, med bruker til stede eller ikke tilstede.

Del 3 inneholdt seks spørsmål om kunnskapsgrunnlag, bruk av kompetanse og praksis. Følgende elementer ble etterspurt: informantenes kjennskap til 12 utvalgte nasjonale styringsdokumenter for psykisk helse- og rusarbeid, bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, hyppighet på kontakt med en bruker, varighet på en avtale med bruker, grunnlaget for valg av hjelpetiltak og hvordan helsehjelpen ble evaluert.

Spørsmålene ble besvart med avkryssing, flervalg, kortsvar og graderinger (tallverdier). Der spørsmålene skulle besvares med graderinger, svarte informantene på hvor ofte, eller i hvilken grad, på en Likert skala fra 1 (minste verdi) til 5 (høyeste verdi), hvor eksempelvis verdi 1=aldri, verdi 2=sjelden, verdi 3=av og til, verdi 4=ofte og verdi 5= svært ofte.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Formålet med dette masterprosjektet var ikke å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom, og det var dermed ikke et krav om godkjenning hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Informantene i denne undersøkelsen var kolleger til masterkandidaten, og en kvantitativ metode ble vurdert fremfor en kvalitativ tilnærming til forskningsspørsmålet, som omtalt innledningsvis i kapittel 4.

Det ble stilt krav til god praktisk forskningsetikk, i tråd med Helsinkideklarasjonen (World medical association, 2013). Aktuelle kandidater for utvalget ble gitt tydelig informasjon om taushetsplikt, behandling og oppbevaring av data, og gjennomføring av undersøkelsen. Det ble informert om anonymisering av informanter, og at deltakelse var frivillig, samt at personopplysningene ville bli slettet etter prosjektets avslutning. Aktuelle

personopplysninger i dette prosjektet var for eksempel; navn, e-postadresse, kjønn, yrke. Ifølge Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora - NESH (2021, s. 6) hadde masterkandidaten et selvstendig ansvar for å ivareta forskningsetikken.

Prosjektet innebar en behandling av personopplysninger, og det ble derfor meldt inn til Norsk senter for forskningsdata – NSD (2022). Masterprosjektet ble ikke startet opp før personverntjenester gav godkjenning for gjennomføring av forskningsstudiet, og behandling av personopplysninger (ref.nr. 373123), som oppgitt i meldeskjemaet til NSD (vedlegg nr. 3).

Det ble etterstrebet at forskeren sin forforståelse i minst mulig grad skulle kunne påvirke resultatet. Spørsmålene i spørreskjemaet ble utformet så objektivt som mulig, med bakgrunn i enhetens organisering og rutiner for daglig praksis, og normer for dokumentasjon av klinisk praksis. De to utvalgte informantene som først testet spørreskjemaet hadde ingen innsigelser til innhold eller fokusområder, og gav tilbakemelding på at spørsmålene var relevante. Spørreskjema ble svart ut av den enkelte informant uten at forskeren var til stede, og de ble muntlig oppmuntret til å gi ærlige tilbakemeldinger for et best mulig svar på forskningsspørsmålet.

4.6 Statistiske analyser

Innhentede data ble overført fra nettskjema.no til statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 29 (Johannessen, 2009). Alle statistiske analyser av innhentede data ble gjennomført i SPSS. Det ble benyttet deskriptive analyser til å sammenstille funn av ulike variabler, og resultatene ble deretter framstilt i egne tabeller og figurer (Portney, 2020, s. 318-331).

Assosiasjoner mellom informantenes kjennskap til nasjonale styringsdokumenter og år med erfaring som helsepersonell generelt og år med erfaring i EPHOR ble undersøkt med Pearson`s korrelasjonsanalyse. Styrken på en korrelasjonskoeffisient (r) beskrives vanligvis slik: lav styrke $r=.10$, middels styrke $r=.30$, høy styrke $r=.50$ (Portney, 2020, s. 431-433).

Enveis variasjonsanalyse (one-way ANOVA) ble brukt for å undersøke om de ulike teamene i EPHOR skilte seg fra hverandre med tanke på hyppigheten av utførelse av følgende hjelpetiltak: utendørsterapi/-aktiviteter, pårørendesamtale med bruker, barnesamtaler med bruker, praktisk bistand med bruker, kurs- og gruppetilbud,, individuelle samtaler (Tabell 3). Post hoc analyser ble deretter brukt for å se hvilke team som skilte seg fra hverandre (Portney, 2020, s. 366-371).

5 Resultater

5.1 Demografiske kjennetegn ved utøvende helsepersonell i EPHOR

TABELL 1: DEMOGRAFISKE VARIABLER (N=60)

Variabel	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range
Alder			44.8	11.6	22-65
Antall år erfaring som helsepersonell			17.9	9.6	1-37
Antall år erfaring som helsepersonell i EPHOR			9.2	8.0	1-35
Andel kvinner	41	68.3			
Høyeste Fullførte Utdanning					
VGS	2	3.4			
Høyskole-/universitetsfag	9	15.0			
Bachelorgrad	37	61.7			
Mastergrad	12	20.0			
Teamtilhørighet:					
Lavterskel	23	38.3			
Vedtakssteam	24	40.0			
MO-Team	10	16.7			
Krisesenteret	7	11.7			

Notat. VGS = Videregående skole, Lavterskel – inkluderer Rask Psykisk helsehjelp (RPH) og kurs-/gruppetilbud uten vedtak på tjenesten, MO = Mottaks-og oppfølgingssenteret. *N*>60 i forhold til teamtilhørighet, da 4 informanter (6.7%) opplyste å ha tilhørighet til flere team.

Blandt utvalget av informanter i EPHOR ble det funnet flest kvinnelige ansatte (68.3%). Utvalget hadde en gjennomsnittlig alder på 44.8 år ($SD=11.6$). Informantene hadde mange års erfaring som helsepersonell, både som helsepersonell generelt ($M=17.9$ år), og i EPHOR spesifikt ($M=9.2$ år).

Nesten alle informantene (96.7%) hadde en helsefagutdanning fra høyskole- eller universitetsnivå, hvorav de fleste hadde høyeste fullførte utdanning tilsvarende Bachelorgrad (61.7%). Utvalget besto av informanter fra alle 4 lokasjoner/typer arbeidsteam i EPHOR, hvorav de største andelene kom fra vedtaksbaserte tjenester (40%) og lavterskeltjenester (38.3%). Dette samsvarer godt med det totale antall ansatte i EPHOR, da det er vedtaksteam og team lavterskel som har flest ansatte.

TABELL 2: FAGBAKGRUNN OG UTDANNING

Variabel	<i>n</i>	%
Fagbakgrunn:		
Barnevernspedagog	4	6.7
Ergoterapeut	8	13.3
Miljøterapeut	5	8.3
Psykolog	4	6.7
Sosionom	13	21.7
Sykepleier	16	26.7
Vernepleier	5	8.3
Annet	5	8.3
<i>Videre- og tilleggsutdanninger</i>		
Arbeid med barn av psykisk syke	2	3.3
Gruppebehandling	6	10.0
Kognitiv terapi	25	41.7
Kommunikasjon og samhandling	4	6.7
Mestring av hverdagsliv	4	6.7
Motiverende intervju (MI)	21	35.0
Psykiatrisk sykepleie	8	13.3
Selvmordsforebygging	14	23.3
SEPREP	12	20.0
Traumebevisst omsorg	4	6.7
Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge	2	3.3
Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid	13	21.7
Ungdom, rus og avhengighet	9	15.0
Vold i nære relasjoner	8	13.3
Annet	35	58.3

Notat. SEPREP – Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser.

Utvalget fra EPHOR viste seg å være tverrfaglig sammensatt. Det representerte totalt mer enn 7 ulike fagbakgrunner, hvorav sykepleiere (26.7%), sosionomer (21.7%) og ergoterapeuter (13.3%) var de tre vanligste yrkesgruppene. Disse utgjorde tilsammen 61.7% av utvalget.

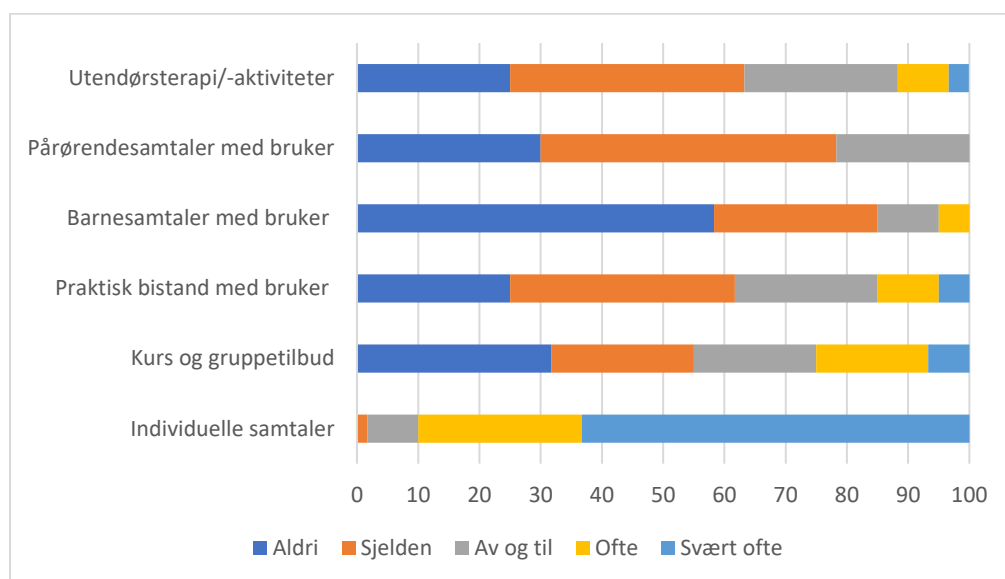
Utvalget viste seg også å være tverrfaglig sammensatt med tanke på videre- og tilleggsutdanning. Det ble funnet at informantene i gjennomsnitt hadde 2-3 videre- og tilleggsutdanninger utover sin grunnkompetanse ($M=2.8$, range 1-6).

I spørreskjemaet for undersøkelsen var det 17 ulike svaralternativer i forhold til videre- og tilleggsutdanninger (vedlegg 1). Blant utvalget av informanter var de tre hyppigst forekommende videre- og tilleggsutdanningene kognitiv terapi (41.7%), videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (tilsammen 35%), og motiverende intervju – MI (35%). Det ble i tillegg registrert at over halvparten av informantene (58.3%) svarte at de hadde andre videre- og tilleggsutdanninger enn hva svaralternativene var i spørreskjemaet. Informantene svarte å ha minst videre- og tilleggsutdanning i forhold til Arbeid med barn av psykisk syke og Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge (begge representert ved 3.3%).

5.2 Kjennetegn ved psykisk helse- og rusarbeid i EPHOR

I dette underkapittel presenteres i hvilken grad informantene svarte at de utøvde følgende hjelpetiltak ved EPHOR; direkte brukerarbeid, indirekte brukerarbeid, koordinerende arbeid og praktisk bistand.

TABELL 3: DIREKTE BRUKERARBEID



Alle informantene svarte at de hadde individuelle samtaler, hvorav 90% gjennomførte denne typen samtaler svært ofte eller ofte.

Kurs og gruppetilbud var det hjelpetiltaket som ble utført nest mest, hvor en fjerdedel (25%) av informantene svarte at de svært ofte eller ofte hadde et kurs-/gruppetilbud. Samtidig svarte over halvparten av informantene (55.0%) at de aldri eller sjelden utførte hjelpetiltak i form av kurs-/gruppetilbud.

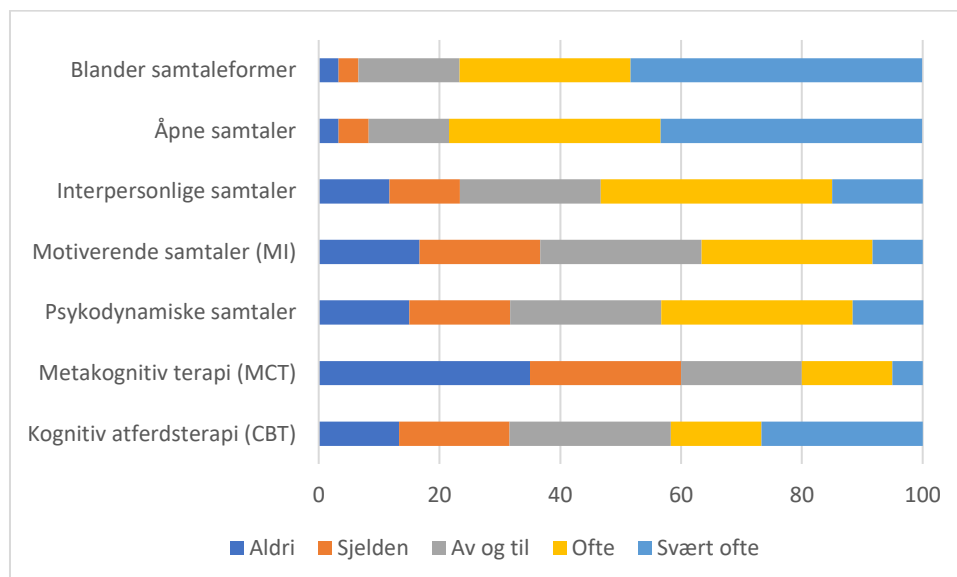
Det ble funnet at informantene i liten grad utførte pårørende- og barnesamtaler med bruker til stede. En stor andel av informantene (78.3%) utførte aldri eller sjelden

pårørendesamtaler, og hele 85% av informantene svarte at de aldri eller sjelden utførte barnesamtaler med bruker til stede.

En One-Way ANOVA analyse viste en statistisk signifikant forskjell i utøvelsen av direkte brukerarbeid imellom de ulike arbeidsteamene når det gjaldt kurs- og gruppetilbud ($F=10.7$, $df=4$, $p<.001$) og praktisk bistand med bruker til stede ($F=7.2$, $df=4$, $p<.001$). Post hoc-analyser viste at ansatte i lavterskel-teamet gjennomførte kurs- og gruppetilbud oftere enn ansatte i de andre teamene i EPHOR ($p<.001$), og at ansatte på Krisesenteret oftere gjennomførte praktisk bistand ($p<.001$).

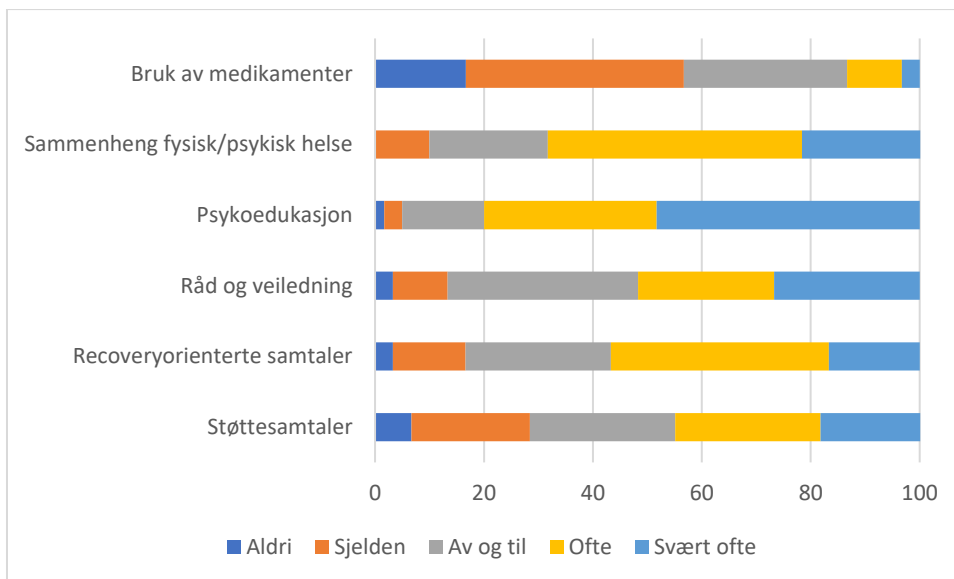
Variabelen *tilhører flere team* ble utelatt i denne analysen, fordi disse informantene uansett svarte med tilhørighet i et av teamene, og variabelen utgjorde en relativt liten andel (6.7%). Det er funnet at det er en forskjell i utøvelsen av direkte brukerarbeid, sett i forhold til hvilket arbeidsteam utøvende helsepersonell i EPHOR tilhører.

TABELL 4: SAMTALEFORMER OG TERAPIFORMER



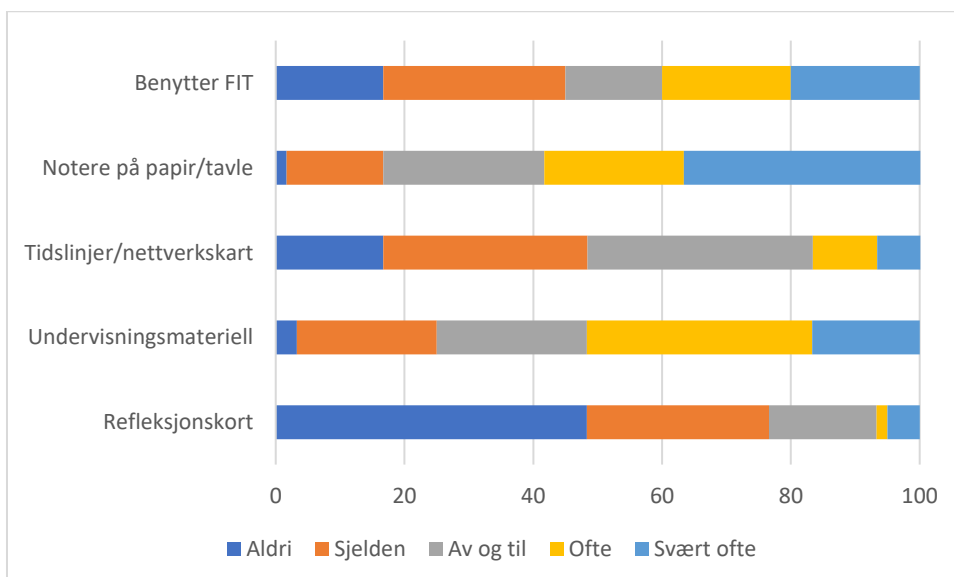
Vedrørende type samtale- og terapiformer rapporterte informantene at de oftest benyttet seg av en blanding av ulike samtaleformer (76.6% svært ofte eller ofte) eller åpne samtaler (78.3% svært ofte eller ofte). Kognitiv atferdsterapi ble også benyttet av mange, tilsammen var det 41.7% av informantene som benyttet denne samtaleformen svært ofte eller ofte. Motiverende intervju (MI) ble brukt noe sjeldnere (36.6% svært ofte eller ofte), og Metakognitiv terapi (MCT) viste seg å bli brukt minst (20% svært ofte eller ofte).

TABELL 5: SAMTALETILNÆRMING OG FUNKSJON



En stor andel av informantene (80%) svarte at deres individuelle samtaler svært ofte eller ofte hadde en psykoedukativ funksjon. Informantene hadde dernest mye fokus på sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse (68.4% svært ofte eller ofte), og tredje mest benyttet informantene recoveryorienterte samtaler (56.7% svært ofte eller ofte). Analysen viste at helsepersonell hadde minst fokus på bruk av medikamenter i sine individuelle samtaler.

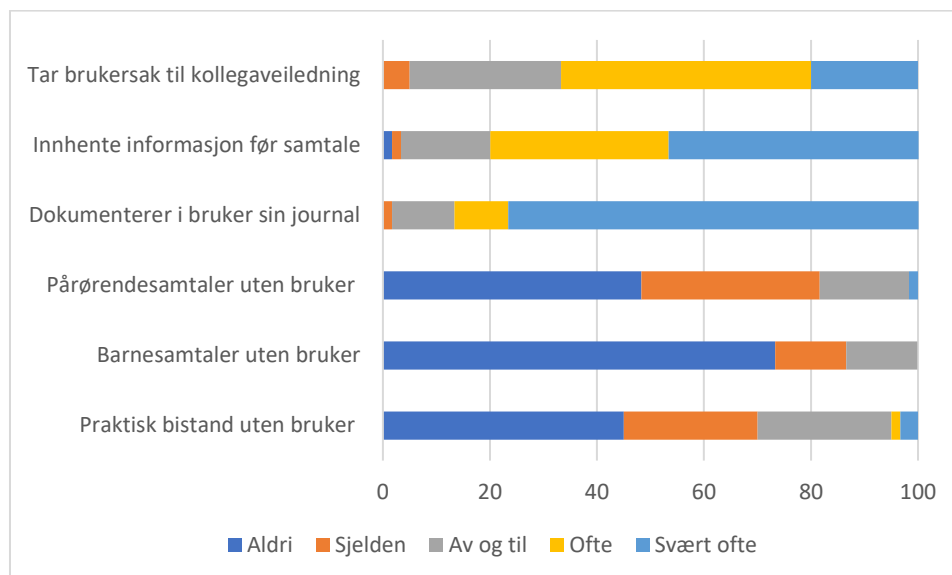
TABELL 6: SAMTALEVERKTØY



Vedrørende samtaleverktøy ble det å notere/tegne på papir eller tavle rapportert som det mest brukte (58.4% svært ofte eller ofte), etterfulgt av at de benyttet ulike typer

undervisningsmateriell (51.7% svært ofte eller ofte) og tilbakemeldingsverktøyet Feedback informerte tjenester (FIT) (40% svært ofte eller ofte). Tidslinjer og nettverkskart, og refleksjonskort, ble i liten grad benyttet.

TABELL 7: INDIREKTE BRUKERARBEID

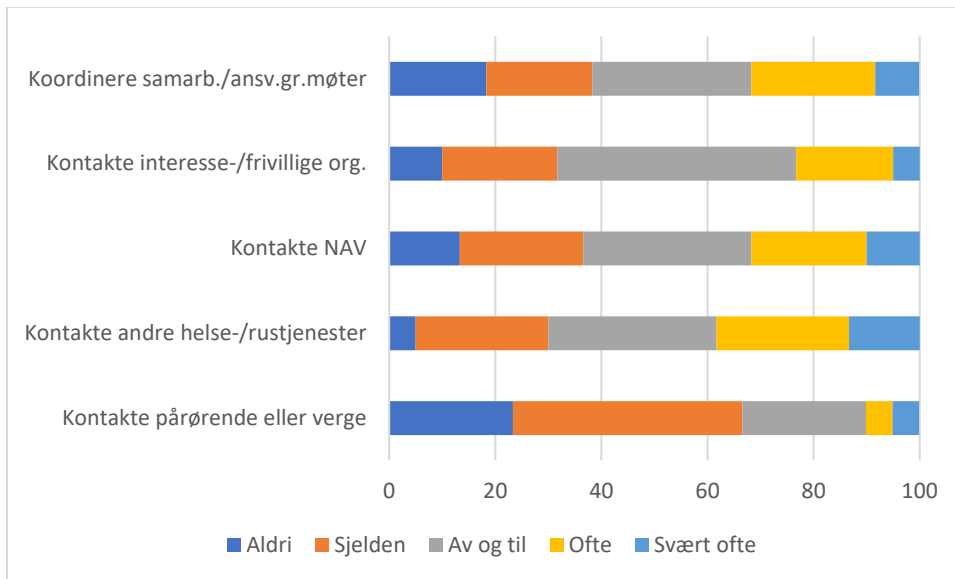


De tre hyppigste formene for indirekte brukerarbeid viste seg å være nært knyttet til direkte brukerarbeid og samtaler. Alle informantene svarte å dokumentere klinisk arbeid i bruker sin journal (86.7% svært ofte eller ofte), nest mest innhentet de informasjon før en samtale (80% svært ofte eller ofte) og tredje mest tok informantene opp brukersaker til kollegaveiledning (66.7% svært ofte eller ofte).

Resultatene viste her samme tendens for indirekte brukerarbeid, som for direkte brukerarbeid, med henblikk på pårørendesamtaler og barnesamtaler. Vedrørende pårørendesamtaler uten bruker til stede svarte mange av informantene at de aldri gjennomførte slike samtaler (48.7% aldri), og 73.3% av informantene svarte at de aldri gjennomførte barnesamtaler uten bruker til stede.

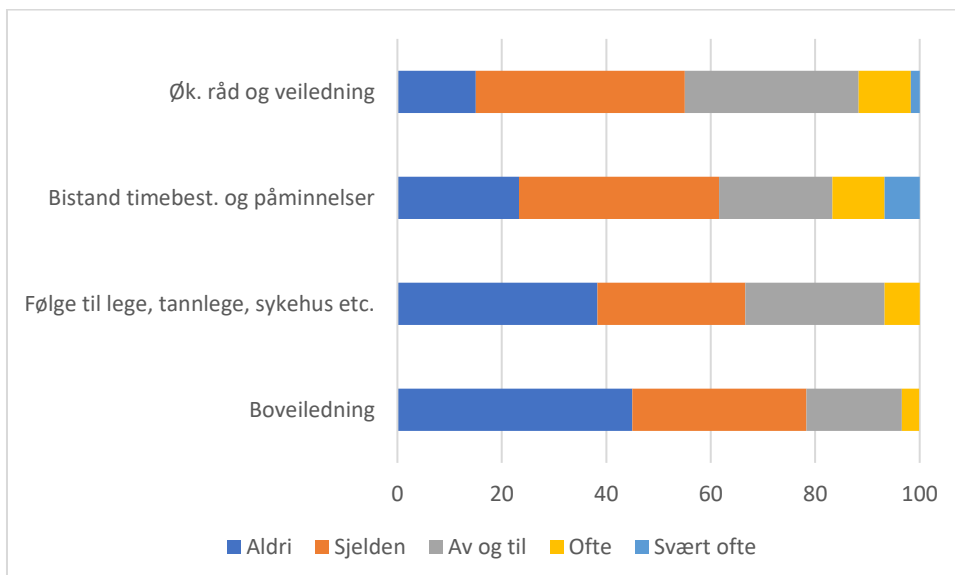
En One-Way ANOVA analyse viste en statistisk signifikant forskjell mellom teamene i forhold til å gjennomføre barnesamtaler uten bruker til stede ($F=7.5$, $df=4$, $p<.001$). Post hoc-analyser viste at ansatte på Kriesesenteret gjennomførte oftere barnesamtaler uten bruker til stede, sammenlignet med de andre teamene i EPHOR ($p<.001$).

TABELL 8: KOORDINERENDE ARBEID



Vedrørende koordinerende arbeid oppga flest informanter (38.3%) at de svært ofte eller ofte hadde kontakt med andre aktuelle helse- og rustjenester. Koordinerende arbeidsoppgaver som å kontakte NAV (31.7% svært ofte eller ofte) og sørge for samarbeids- og ansvarsgruppemøter (31.6% svært ofte eller ofte), ble utført i tilnærmet like stor grad. Funn viser at informantene utførte minst koordinerende arbeid i forhold til kontakt med pårørende eller verge (10% svært ofte eller ofte).

TABELL 9: PRAKTISK BISTAND



Tidligere nevnte analyser av direkte og indirekte brukerarbeid (Tabell 3 og Tabell 7) viste at praktisk bistand både med og uten bruker til stede ble utført i mindre grad enn andre

typer hjelpetiltak. En nærmere analyse av type praktisk bistand viste at bistand til timebestillinger og/eller påminnelser ble utført mest (16.7% svært ofte eller ofte), etterfulgt av økonomisk råd og veiledning (11.7% svært ofte eller ofte).

5.3 Kjennetegn ved praksis og forankring i kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres informantenes kjennskap til nasjonale styringsdokumenter for psykisk helse- og rusarbeid, når var det de brukte standardiserte kartleggingsverktøy, hva la de til grunn for valg av hjelpetiltak, hvilke intervaller og samtaletider praktiserte de vanligvis i kontakt med en bruker, og hvordan evaluerte de helsehjelpen som ble gitt.

TABELL 10: KJENNSKAP TIL NASJONALE STYRINGSdokumenter

Variabel	N	%
Opptappingsplanen for psykisk helse (1997-2008)	37	61.7
Samhandlingsreformen (2008-2009)	33	55.0
Samtidig ruslidelse og psyk.lidelse (ROP-lidelser)(2012)	36	60.0
Sammen om mestring (2014)	47	78.3
Folkehelsemeldingen (2014-2015)	10	16.7
Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)	17	28.3
Opptappingsplanen mot vold og overgrep (2017-2021)	18	30.0
Mestre hele livet (2017-2022)	25	41.7
Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017-2027)	13	21.7
Nasjonal overdosestrategi (2019-2022)	11	18.3
Handlingsplaner for forebygging av selvmord (2020-2025)	27	45.0
Handlingsplan for forebygging av vold i nære relasjoner (2021-2024)	18	30.0

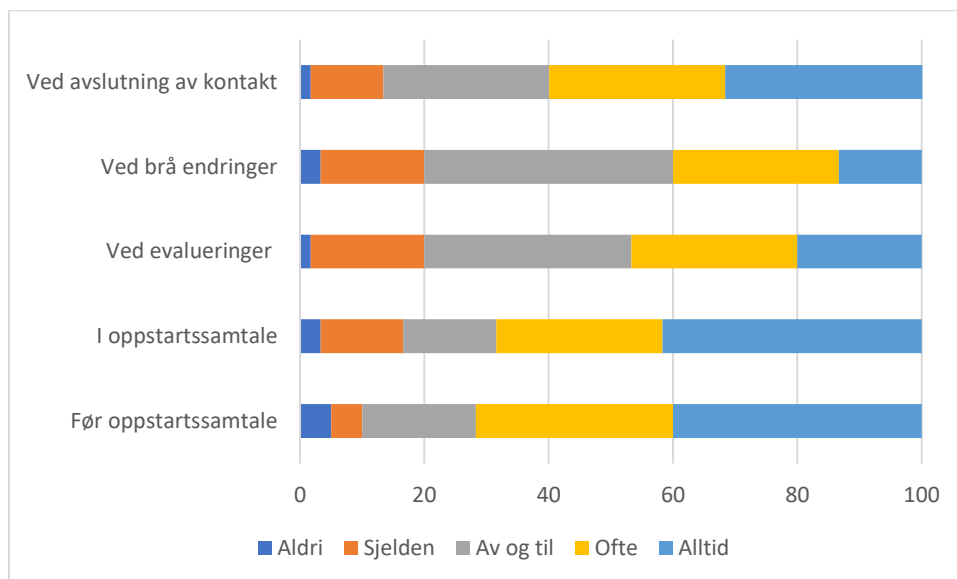
Notat. N>60 – informantene ble spurt om kjennskap til evt. flere styringsdokumenter. Nasjonale styringsdokumenter – Veiledere og retningslinjer, planer og meldinger.

Resultatet (Tabell 10) viste at den best kjente veilederen var *Sammen om mestring (2014)* (78%), etterfulgt av *Opptappingsplanen for psykisk helse (1997-2008)* (61.7%) og retningslinjene for *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)(2012)* (60%).

Folkehelsemeldingen (2014-2015) og *Nasjonal overdosestrategi (2019-2022)* var de to styringsdokumentene som var minst kjent blant informantene. I gjennomsnitt kjente informantene til nesten fem av tolv nasjonale styringsdokumenter ($M=4.9$).

Pearson`s korrelasjonsanalyse viste at kjennskap til nasjonale styringsdokumenter var signifikant positivt assosiert med alder ($r=.65$, $p=<.001$) og antall år med erfaring som helsepersonell ($r=.62$, $p=<.001$). Jo høyere alder, desto flere nasjonale veiledere kjente de til. Det ble imidlertid ikke funnet noen signifikant korrelasjon mellom antall år ansatt i EPHOR og kjenneskap til nasjonale styringsdokumenter ($r=.35$, $p=.06$).

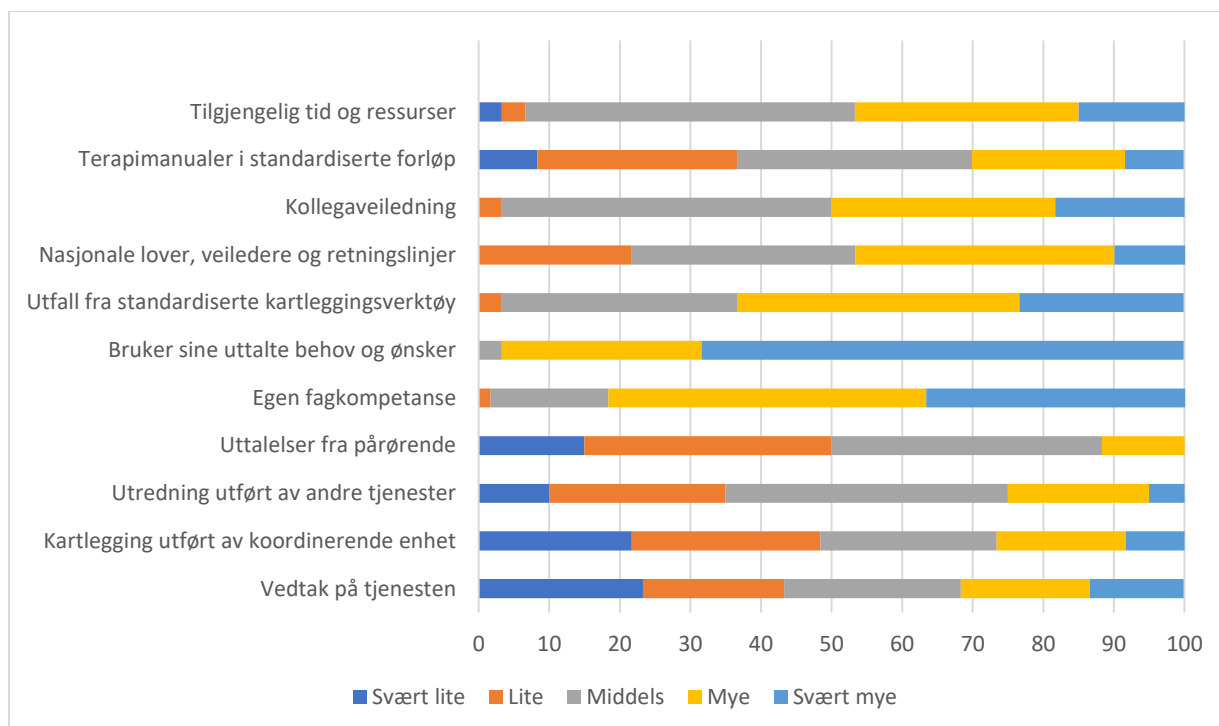
TABELL 11: BRUK AV STANDARDISERTE KARTLEGGINGSVERKTØY



Standardiserte kartleggingsverktøy (Tabell 11) viste seg å bli mest brukt før en oppstartssamtale (71.7% alltid eller ofte), i en oppstartssamtale (62.4% alltid eller ofte) og ved avslutning av kontakten med tjenesten (60% alltid eller ofte). Det var også en betydelig andel som brukte standardiserte kartleggingsverktøy ved evalueringer (46.7% alltid eller ofte) eller ved brå endringer (40% alltid eller ofte) underveis i et brukerforløp.

Majoriteten av utvalget svarte at de var enig (56.7%) eller litt enig (25%) i at standardiserte kartleggingsverktøy var et nyttig supplement i det psykiske helsearbeidet. Litt over halvparten svarte også at de var enig (36.7%) eller litt enig (30%) i at standard kartleggingsverktøy fremmet samarbeidsalliansen med brukeren.

Informantene ble i undersøkelsen bedt om å vurdere i hvilken grad de la vekt på ulike forhåndsbestemte alternativer for valg av hjelpetiltak (Tabell 12).

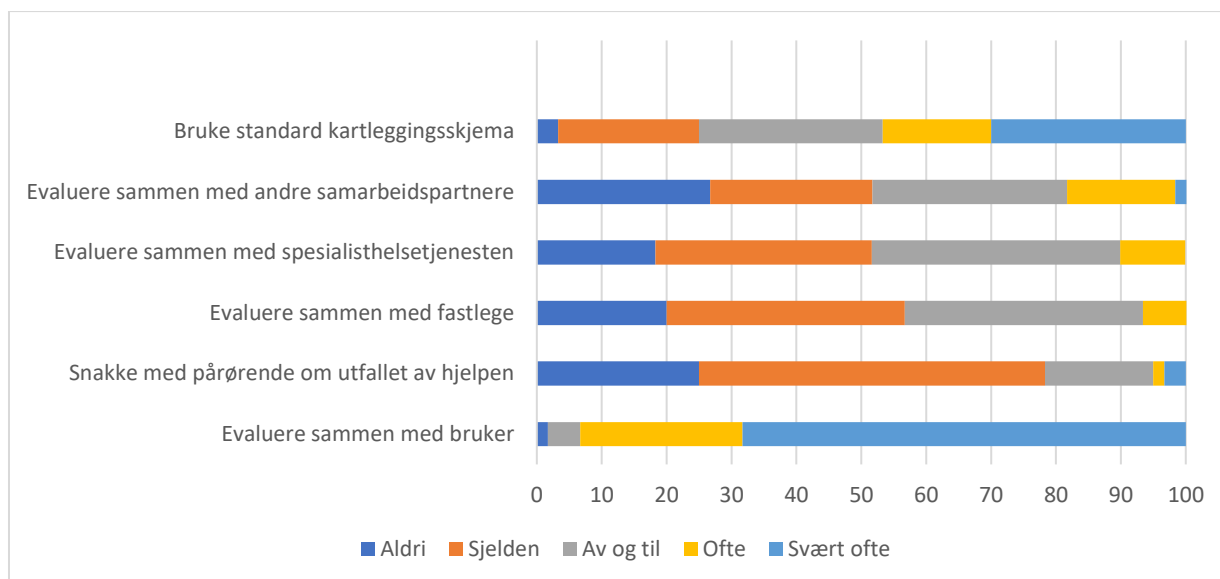
TABELL 12: GRUNNLAG FOR VALG AV HJELPETILTAK

Informantene oppgav at de la størst vekt på brukeren sine uttalte behov og ønsker (68.3% svært mye, 28% mye), etterfulgt av egen fagkompetanse (36.7% svært mye, 45% mye) og utfall av standardiserte kartleggingsverktøy (23.3% svært mye, 40% mye). Aller minst la utvalget vekt på uttalelser fra pårørende (11.7% mye), og utredning utført av andre tjenester (5% svært mye, 20% mye).

Vedrørende hyppighet av kontakt med bruker, oppga mer enn halvparten av utvalget (56.7%) at de vanligvis hadde ukentlig kontakt, mens en fjerdedel (25.0%) svarte at de vanligvis møtte brukeren annenhver uke. De færreste informantene svarte at de hadde kontakt med en bruker flere ganger i uka (3.3%), eller månedlig (1.7%). Vedrørende varighet på hver kontakt med en bruker, svarte de aller fleste informantene (86.7%) at avtalen varte mellom 45 til 60 minutter.

Vedrørende evaluering av helsehjelp i EPHOR (Tabell 13) svarte informantene at de i størst grad evaluerte utfallet av helsehjelpen sammen med bruker (68.3% svært ofte, 25% ofte), etterfulgt av bruk av standard kartleggingsskjema (30% svært ofte, 16.7% ofte). Informantene evaluerte helsehjelpen minst sammen med fastlege (6.7% ofte) og spesialisthelsetjenesten (10% ofte).

TABELL 13: EVALUERING AV HELSEHJELP I EPHOR



6 Drøfting

I dette kapitlet drøftes funn i resultatdelen, opp imot teoretisk rammeverk og empiri, og oppgavens problemstilling: Hva kjennetegner standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og hvilket kunnskapsgrunnlag er behandlingen forankret i?

Det ble funnet at helsepersonell i EPHOR var kjennetegnet med en hovedvekt av kvinner, et høyt utdanningsnivå, de var tverrfaglig sammensatt både med tanke på yrkesbakgrunn og videre- og tilleggsutdanninger, samt at de hadde lang erfaring som helsepersonell.

De fleste informantene svarte at de hadde ukentlig kontakt med sine brukere. Direkte brukerarbeid som individuelle samtaler og kurs- og gruppetilbud, samt indirekte brukerarbeid som journalføring, innhenting av informasjon før samtaler og kollegaveiledning, var de hjelpetiltakene som ble benyttet oftest. Ved individuelle samtaler var blandede og åpne samtaleformer mest benyttet.

Koordinerende arbeid og praktisk bistand ble utført ganske sjeldent. Det samme gjaldt barnesamtaler og samtaler med pårørende.

Grunnlag for valg av hjelpetiltak ble som oftest basert på brukernes ønsker og behov, helsepersonell sin egen fagkompetanse og utfall av standardiserte kartleggings skjema som brukere svarte på. Utvalget var generelt positive til bruken av kartleggings skjema og brukte dette både ved oppstart, underveis og ved avslutning av hjelpetiltak.

Tidligere forskning og empiri, både internasjonalt og nasjonalt, har funnet at psykisk helse- og rustjenester kjennetegnes av kompleksitet og mangfold (Gazzillo et al., 2017; Helsedirektoratet, 2015a; Orvik & Dale, 2017; Wampold et al., 2011). Dette er en klar utfordring også for denne studien, med hensyn til standardisering av datagrunnlaget.

6.1 Psykisk helsepersonell – et utgangspunkt for kommunalt psykisk helsearbeid

Resultatdelen viste en hovedvekt av kvinner blant utvalget av helsepersonell i EPHOR. Dette samsvarer med tendenser funnet i tidligere forskningslitteratur, med beskrivelser av utvalget helsepersonell i tilsvarende kommunale tjenester både i Asia, Amerika og Norge (Blankertz & Robinson, 1997; NG et al., 2023; Øydgard et al., 2020). Funn av kvinnedominans blant helsepersonell innen sammenlignbare psykisk helse- og rustjenester omtales av Øydgard et al. (2020, s. 122) som et særtrekk.

Gjennomsnittlig alder for alle informantene i denne studien var i underkant av 45 år, og de hadde i gjennomsnitt vært ansatt i EPHOR i mer enn 9 år (Tabell 1). Utøvende helsepersonell i EPHOR kan således karakteriseres som en relativt stabil personalgruppe, med liten grad av turnover. Dette kan sees i sammenheng med veilederen *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*, hvor det stilles krav til ledelse og organisering av psykiske helsetjenester om «å sikre kontinuitet for brukeren gjennom stabile relasjoner og færrest mulig å forholde seg til» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 7). Funn av stabilitet blant helsepersonell i EPHOR, og det faktum at ansatte blir værende relativt lenge i samme tjeneste, kan betraktes som en styrke, sett i forhold til de utfordringer og belastninger helsepersonell selv kan utsettes for i utøvelsen av psykisk helsearbeid, og som kan påvirke deres arbeidsinnsats (Blankertz & Robinson, 1997; NG et al., 2023).

Flere av informantene hadde mer enn 17 års erfaring som helsepersonell, og med noen få unntak hadde alle informantene fullført en fagutdanning på høyskole- eller universitetsnivå (Tabell 1). Dette samsvarer godt med SINTEF sin årsrapport fra 2022, hvor det ble funnet en tendens til flere årsverk med høyere utdanning, innen tjenester og tiltak for voksne (Ose & Kaspersen, 2022, s. 11). Godt over halvparten av informantene oppga å ha en bachelorgrad og en femtedel har en mastergrad (Tabell 1).

Samtidig viste funn i denne studien at ledelsen i EPHOR har tatt høyde for en profesjonsnøytral Helse- og omsorgstjenestelov (med unntak av pålegget om å ansette psykologer) med hensyn til ansettelser av helsepersonell, jfr. kapittel 3.1. Informantene representerte mer enn 7 ulike helsefagutdanninger (Tabell 2). Dette kan sees i sammenheng med Opptappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-98)), hvor den biomedisinske forståelsesmodellen og det medisinske paradigmet blir utfordret, og myndighetene gir uttrykk for å ville styrke en mer psykososial og kontekstuell tilnærming til individer med psykiske helseproblemer (Borge et al., 2018). Opptappingsplanen innebærer blant annet å slippe til andre faggrupper av helsepersonell enn for eksempel psykiatere, psykologer og sykepleiere. EPHOR kan på bakgrunn av disse funnene kjennetegnes ved å være tverrfaglig sammensatt, og flere av faggruppene kan på bakgrunn av sin grunnutdanning assosieres med en mer psykososial og kontekstuell tilnærming til psykisk helsearbeid.

Det ble også funnet kjennetegn ved informantene i form av mye tverrfaglighet innen videre- og tilleggsutdanninger. Gjennomsnittlig oppga informantene at de hadde 2-3 videre- og tilleggsutdanninger, med kognitiv terapi, psykiatrisk sykepleie/tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og MI som de hyppigst forekommende (Tabell 2). Høy andel med kognitiv terapi som videreutdanning kan knyttes til etableringen av RPH i EPHOR, som primært ble opprettet for å imøtekomme behovet for helsehjelp tilsvarende hovedforløp 1 (Figur 1). Helsepersonell i EPHOR kan på bakgrunn av generelt mange år med erfaring som helsepersonell, og mange ulike videre- og tilleggsutdanninger utover deres grunnkompetanse, kjennetegnes med å ha høy grad av faglig kompetanse innen fagfeltet psykisk helse og rus.

Kravene til fagkompetanse, jfr. Kap. 3.1 og 3.2, tilsier at helsepersonell i EPHOR bør ha videreutdanning innen psykisk helse og/eller rus. Funn av antall informanter med utdanning i psykiatrisk sykepleie/tverrfaglig psykisk helsearbeid, og SEPREP og/eller Ungdom med rus og avhengighet, underbygger at ledelsen i EPHOR har tatt høyde for dette. Resultatdelen viste imidlertid noe usikre funn i forhold til andelen informanter med utdanning innen rus- og avhengighetsproblematikk, da det i spørreundersøkelsen ikke ble definert om SEPREP var knyttet til rus og/eller psykoser. Gitt at SEPREP og *Ungdom rus og avhengighet* slås sammen som en type utdanning med fokus på rusproblematikk utgjør de implisitt en tilsvarende stor andel som *psykiatrisk sykepleie/tverrfaglig psykisk helsearbeid*, og MI (Tabell 2).

Motiverende intervju (MI) er en samtalemetode som blir anbefalt i ROP-retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012a), for å motivere til atferdsendring. I denne studien ble det funnet at MI har vært en prioritert utdanning for helsepersonell i EPHOR, samtidig som MI viste seg å ikke bli benyttet i behandlingen i særlig stor grad (Tabell 4). Dette vil videre bli drøftet i kapittel 6.2.1.

Enhetens ledelse har myndighet til å ta beslutninger om hvilke videre- og tilleggsutdanninger de til enhver tid prioriterer for helsepersonell i EPHOR, og kan sees i sammenheng med ansvaret for å gi forsvarlig helsehjelp, jfr. Helsepersonelloven (1999)

og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Det antas å være en styrke at enhetens generelle kompetanse i tilnærmet lik grad viste seg å være rettet mot både psykisk helse og rusproblemer, og at EPHOR kjennetegnes med å være fasilitert for å møte mange ulike behov for psykisk helsehjelp.

Informantene assosieres med å representere en personalgruppe med stort faglig engasjement (Tabell 2), de viste seg relativt likt fordelt i forhold til å yte henholdsvis lavterskeltjenester og vedtaksbaserte tjenester, og det ble funnet en tilnærmet lik faglig satsning på begge tjenesteområder (Tabell 1). Flere av informantene svarte at de kunne turnere både lavterskel- og vedtaksbaserte tjenester i EPHOR.

Oppsummeringsvis ble det funnet at helsepersonell i EPHOR kjennetegnes ved; flest kvinner, høy gjennomsnittlig alder, mange år med erfaring som helsepersonell, gjennomsnittlig liten grad av turnover, tverrfaglighet, høy grad av faglig kompetanse innen både psykisk helse og rus. Kjennetegn ved informantene vil videre sees i sammenheng med utøvelsen av psykisk helsearbeid i EPHOR.

6.2 Standard behandling i EPHOR

I kapittel 5.2, fremstilles funn av ulike typer helsehjelp som ble gitt i EPHOR, og i hvilken grad informantene svarte å utøve denne helsehjelpen. Her drøftes disse funnene, sett opp imot en definisjon på hva som kan være en standard (jfr. kapittel 1.4), og hvorvidt de ulike typer av helsehjelp potensielt kan være kjennetegn på en standard behandling. Underveis drøftes også ulike forståelsesmodeller for psykisk helse, som kan påvirke helsepersonell i forhold til utøvelsen av ulike hjelpetiltak. Underkapitlene deles inn i diskusjoner omkring direkte og indirekte psykisk helsehjelp, koordinerende arbeid og praktisk bistand. Det antas naturlig at informantene sin totale og generelle kompetanse, jfr. kapittel 5.1 og 6.1, påvirker deres evne til å omsette nasjonale lover, anbefalinger, forståelsesmodeller og tilnæringsmåter til psykisk helsearbeid i praksis.

6.2.1 Direkte psykisk helsehjelp i form av samtaler

Individuelle samtaler var det hjelpetiltaket som ble benyttet i størst grad i EPHOR (Tabell 3), hvor hele 90% av informantene utøvde slik hjelp svært ofte eller ofte. Det ble videre funnet at en blanding av flere samtaleformer og åpne samtaler oftest ble benyttet (Tabell 4).

Åpne samtaler kjennetegnes ved at samtalepartene «uten forberedelser begynner å snakke sammen» og «fordi samtalene er åpne kan man møte alle slags problemsituasjoner og alle slags pasienter» (Seikkula, 2000, s. 157). En blanding av *flere samtaleformer*, og *åpne samtaler*, gir brukere en mulighet for å fortelle fritt om sin situasjon, og de kan gi helsepersonell innsikt i sine helseutfordringer og hverdagsliv, i teorien også benevnt som «individuelle og kontekstuelle forhold» (Bøe & Thomassen, 2017, s. 101-102). Disse samtaleformene er eksempler på tilnærming til psykiske lidelser og problemer, sett i sammenheng med et innenfraperspektiv og en forankring til et hummanvitenskapelig og erfaringsbasert kunnskapsgrunnlag, jfr. kapittel 3.3.2.

Andre samtaleformer som informantene også brukte en del var psykodynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi og MI (Tabell 4). Ved bruk av psykodynamisk terapi er tanken at symptomer som angst, nedstemthet, søvnvansker eller lignende, skyldes «underliggende ubevisste konflikter, skamfulle følelser og ønsker, eller ubearbejdede opplevelser fra tidligere relasjoner» (Institutt for Psykologisk Rådgivning (IPR), u.å.). Kognitiv

atferdsterapi er en metode som «lærer oss hvordan vi skal tenke og respondere annerledes for å få bedre liv» (Selvik, u.å.). Psykodynamiske samtaler og kognitiv terapi er eksempler på samtaleformer knyttet opp til diagnosenetkning (angst, depresjon o.a.), hvor psykisk helsepersonell gir helsehjelp ut ifra antagelser om hva som er den beste hjelpen, og kan sees i sammenheng med et utenfraperspektiv og en psykiatrisk-orientert forståelse av psykiske lidelser, jfr. kapittel 3.3.1.

Utvalget av helsepersonell i EPHOR svarte at de mest benyttet samtaleformer assosiert med et innenfraperspektiv på psykisk helsearbeid, og derav en recoveryorientert tilnærming til psykisk helse. Samtidig viste funn at informantene i mindre grad definerte samtalene som recoveryorienterte, og i større grad svarte at samtalene hadde en psykoedukativ funksjon (Tabell 5).

Standardiserte kartleggings skjema er verktøy som kan benyttes for å innhente informasjon om såkalte fellesfaktorer, som skal gjøre det mulig for helsepersonell å tilby mest mulig riktig behandling. Helsepersonell i EPHOR svarte at de brukte mest standardiserte kartleggings skjema før en oppstartssamtale (Tabell 11), hvor en tilnærming til psykisk helsearbeid derav kjennetegnes med et utenfraperspektiv og en medisinsk forståelse av behov for hjelp.

Bruk av samtaleformen motiverende intervju (MI) blir anbefalt i veilederen for ROP-lidelser, og kan forklares som en type endringsfokuset rådgivning hvor «behandleren ikke foreslår løsninger eller presenterer forslag eller vurderinger som pasienten ikke er enig i» (Helsedirektoratet, 2012a, s. 62). Det fremgår derimot ikke av denne undersøkelsen hvorvidt informantene benyttet MI med utgangspunkt i et recovery-perspektiv, eller en medisinsk forståelse av psykisk helse- og rusproblemer. Antallet informanter som oppga å bruke MI som samtaleform samsvarte imidlertid godt med antall informanter som hadde MI som tilleggsutdanning (Tabell 4, 2).

Analyser viste at individuelle samtaler i størst grad hadde en psykoedukativ funksjon, og i nest størst grad hadde de et fokus på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse (Tabell 5). Et fokus på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse kan være en beslektet funksjon med psykoedukativ tilnærming, men denne undersøkelsen gav ikke et grunnlag for en slik påstand. Det kom heller ikke fram i denne studien hva som ble lagt til grunn for en psykoedukativ tilnærming, noe som vil være avgjørende for å vite noe om hvilket perspektiv på psykisk helse som her var rådende blant informantene. Dersom psykoedukasjon som tilnærming/funksjon hadde vist å ha en klar funksjon basert på en psykiatrisk-orientert forståelse av psykisk lidelse (jfr. kapittel 3.3.1), hadde dette vært et eksempel på en tilnærming med et utenfraperspektiv. Behandlingen retter seg i så fall mot en bestemt diagnose eller lidelse, hvor psykisk helsepersonell antar at et slikt hjelpetiltak er den beste behandlingen. En psykoedukativ tilnærming i samtaler basert på brukeren sitt uttrykte ønske om å lære om noe, kan på samme måte bli forstått som en recovery-orientert tilnærming til psykisk helse, og derav være en støtte til brukere i deres egen personlige og sosiale recovery-prosess (jfr. kapittel 3.3.2).

Vedrørende recovery-orienterte samtaler svarte 56.7% av informantene å utøve slike samtaler svært ofte eller ofte (Tabell 5). Dette sannsynliggjør at utvalget helsepersonell i EPHOR i mer enn halvparten av tilfellene la til grunn et innenfraperspektiv i individuelle samtaler med bruker. Dette funnet kan også sees i sammenheng med bruk av tilbakemeldingsverktøyet Feedback Informerte tjenester (FIT), hvor 40% av informantene oppga at de benyttet dette verktøyet i samtaler (Tabell 6). Bruk av tilbakemeldingsverktøy

blir anbefalt av Helsedirektoratet (2018), slik at helsepersonell gjennom en systematisk og kontinuerlig innhenting av tilbakemeldinger fra brukere kan få mulighet til å justere en behandling og tilpasse den brukere sine ønsker og behov. Bruk av FIT kan således forankres til et innenfraperspektiv, hvor helsepersonell søker å tilegne seg kunnskap om bruker sine individuelle og kontekstuelle forhold, og vektlegge en likeverdig samarbeidsallianse (jfr. kapittel 3.3.2).

På samme måte kan bruk av refleksjonskort være et nyttig samtaleverktøy for å snakke med brukere om en ønsket endring i deres livssituasjon. Funn i denne studien viste imidlertid at refleksjonskort ble lite brukt (Tabell 6), sett i forhold til at over halvparten av informantene oppga at de ofte hadde recoveryorienterte samtaler.

Vedrørende andre og mer generelle samtaleverktøy oppga over halvparten av informantene å bruke mye notater eller skisser i samtaler, og ulike typer undervisningsmateriell. Funnet kan assosieres med at informantene har stort fokus på psykoedukasjon i individuelle samtaler. Det kom imidlertid ikke fram i denne undersøkelsen hvorvidt disse samtaleverktøyene hadde en forankring til noen bestemt forståelsesmodell for psykisk helsearbeid, og de representerer derav ingen normerende eller ensartede kjennetegn for en standard behandling i EPHOR.

Mange av informantene svarte å ha tilhørighet til lavterskelteam og RPH (Tabell 1). Det var derfor forventet at helsepersonell i lavterskelteam ofte benyttet kognitiv atferdsterapi som samtaleform i det de gir et tilbud som Rask psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet, 2014, s. 82). Andelen helsepersonell som ofte gav behandling i form av kognitiv terapi var relativt sammenfallende med antall informanter som hadde dette som tilleggsutdanning (Tabell 1, 2). Denne studien viste samtidig at informanter i andre team enn lavterskelteam noen ganger benyttet samtaleformer som kognitiv atferdsterapi, og psykodynamiske samtaler (Tabell 4). Funn viste derav at et utenfraperspektiv og en psykiatrisk-orientert forståelse av psykisk helse ikke utelukkende kan forbindes med lavterskelteam og RPH, men også andre team i EPHOR.

Det ble i denne undersøkelsen funnet at alle informantene ga tilbud om individuelle samtaler, men samtaleform, tilnærming og funksjon, og samtaleverktøy varierte. Dette medførte en drøfting i forhold til hvorvidt informantene sine valg med henblikk på individuelle samtaler kunne ha en forankring til ulike perspektiver og forståelsesmodeller for psykisk helsearbeid (se kapittel 3.3). Drøftingen viste da en forankring til begge retninger av faglige perspektiver og forståelsesmodeller innen fagfeltet psykisk helse og rus. Individuelle samtaler kan på bakgrunn av funn defineres som en del av standard behandling i EPHOR, samtidig som utøvelsen fremsto som eksempler på en mer «pragmatisk og eklektisk tilnærming til psykisk helse» (Ramsdal, 2019, s. 232-234).

6.2.2 Pårørendesamtaler og barnesamtaler

Studien viste at utvalget av helsepersonell i EPHOR i liten grad utførte hjelpetiltak i form av pårørende- og barnesamtaler sammen med bruker. En større andel informanter utførte sjelden eller aldri samtaler med barn som var pårørende (Tabell 3). Denne type samtaler er avhengig av et gitt samtykke fra brukerne, og manglende samtykke kan således stå i veien for å få gjennomført denne type hjelpetiltak. Resultatet fremsto imidlertid som et hjelpetiltak informantene hadde lite fokus på, og mindre enn forventet, tatt i betraktning antallet brukere som årlig mottar hjelp fra EPHOR, jfr. kapittel 4.1. Ifølge helsepersonellovens § 10a og 10b (1999) har helsepersonell en særlig plikt til å ivareta barn og mindreårige søsken til brukere av helsetjenester. I tillegg uttrykker

helsedirektoratet en klar forventning til at helsepersonell skal ivareta barn som pårørende, og pårørende, i blant annet veilederen *Sammen om mestring og Nasjonal veileder om å gi støtte til og involvere de pårørende* (Helsedirektoratet, 2014, 2017). Funn av en mindre andel informanter som ofte utøvde barneamtaler sammen med bruker (Tabell 3), kan assosieres å ha en sammenheng med at et fåtall av informantene viste seg å ha en tilleggsutdanning i forhold til barn som pårørende (Tabell 2).

En variasjonsanalyse av ulike typer indirekte helsehjelp viste en statistisk signifikant forskjell i forhold til utøvelse av barnesamtaler uten bruker til stede, hvor krisesenteret i større grad utøvde dette hjelpetiltaket sammenlignet med de andre teamene (Tabell 7). Funnet kan imidlertid sees i sammenheng med at barn som kommer til krisesenteret selv defineres som brukere av den psykiske helsetjenesten, til forskjell fra andre barn som pårørende, som kun registreres som mindreårige pårørende. Helsepersonell ved krisesenteret har et særskilt ansvar for oppfølging av barn jfr. krisesenterlova (2010).

Resultatet viste forøvrig samme tendens i forhold til samtaler med pårørende *uten* bruker til stede, som i forhold til samtaler med pårørende *med* bruker til stede, hvor informantene generelt svarte at de utførte minst hjelpetiltak av denne type indirekte helsehjelp. Resultatene i denne studien viste at ivaretagelse av pårørende ikke var en tydelig norm, eller representerte en forventet kvalitet på tjenesten, og ble vurdert til ikke å være et kjennetegn på en standard behandling som gis i EPHOR.

6.2.3 Direkte psykisk helsehjelp gitt som kurs eller gruppetilbud

I EPHOR var kurs- og gruppetilbud det nest mest gitte hjelpetiltaket (Tabell 3). Samtidig ble det funnet at dette tilbudet som oftest ble gitt av kun en fjerdedel av utvalget. Over halvparten av informantene svarte at de aldri eller sjelden utførte hjelpetiltak i form av kurs- og gruppetilbud, noe som potensielt kan sees i sammenheng med at kun 10% av informantene oppga å ha en tilleggsutdanning i gruppebehandling (Tabell 2).

På bakgrunn av dette resultatet var det videre interessant å se nærmere på variasjonen av hjelpetiltak i de ulike typer arbeidsteam i EPHOR. Ved hjelp av en variasjonsanalyse ble det da funnet at lavterskelteam i EPHOR gav mest kurs- og gruppetilbud. I spørreundersøkelsen (vedlegg 1) ble ikke kurs- og gruppetilbud eksplisitt definert som lavterskeltilbud, da enkelte kurs- og gruppetilbud også kunne bli gitt av vedtaksbaserte team. Analysen viste derimot et statistisk signifikant funn i forhold til at lavterskelteam oftere ga kurs- og gruppetilbud enn de vedtaksbaserte teamene. Dette innebærer implisitt at kurs- og gruppetilbud i større grad ble gitt i henhold til forløp 1, og i mindre grad i forhold til forløp 2 (Figur 1). Med henblikk på hvor mange av informantene som oppga at individuelle samtaler hadde en psykoedukativ funksjon kan det stilles spørsmål ved om flere brukere innen forløp 2 også kunne hatt utbytte av kurs- og gruppetilbud i EPHOR.

Veilederen *Sammen om mestring* beskriver at spekteret av kurs- og gruppetilbud i kommunene er i en oppbyggingsfase (Helsedirektoratet, 2014, s. 85). Hjelpetiltak i form av kurs- og gruppetilbud kan være til hjelp for mange brukere samtidig, og derav også sees på som mer (kostnads-)effektive hjelpetiltak, samtidig gir veilederen anbefalinger om at slike tilbud burde bli etablert ut ifra et recovery-perspektiv. Denne undersøkelsen etterspurte derimot ikke hvilke kurs- og gruppetilbud EPHOR hadde tilbud om, og ga derav ingen svar på hvorvidt kurs- og gruppetilbud ble driftet ut ifra et recovery perspektiv. Sett i lys av denne drøftingen av kurs- og gruppetilbud i EPHOR, ble dette hjelpetiltaket først og fremst funnet som et kjennetegn på standard behandling utført av lavterskelteam.

6.2.4 Psykisk helsehjelp uten direkte kontakt med bruker

Resultatene i denne studien viste at alle informantene utøvde indirekte psykisk helsehjelp i form av å dokumentere i bruker sin journal. Ifølge § 39 i Helsepersonelloven (1999) er dette en plikt helsepersonell har, og resultatet ble derav som forventet. Alle informantene svarte også at de tok med brukersaker til kollegaveiledning. Dette er ikke funnet som et lovpålagt krav eller en tydelig anbefaling fra helsemyndighetene, men kan sees i sammenheng med helsepersonellovens § 4 om faglig forsvarlighet, og § 16 om en organisering av tjenesten som setter helsepersonell i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Ved å tilrettelegge for kollegaveiledning, blir det også lagt føringer med mål om å heve kvaliteten på psykisk helsearbeid i EPHOR.

Vedrørende indirekte brukerhjelp var det å innhente informasjon før en samtale det utvalget gjorde nest mest. Det ble i denne undersøkelsen derimot ikke etterspurt hvilke informasjonskilder denne informasjonen ble hentet fra. Eksempler på slike informasjonskilder kan være tidligere uttalelser fra brukere (eksempelvis svar på kartleggings- eller spørreskjema), eller det er informasjon gitt av andre (for eksempel tidligere utredninger, epikriser, informasjon gitt av pårørende). Slik informasjon er gjerne ment å hjelpe helsepersonell med å gjøre antagelser om bakenforliggende årsaker til psykiske lidelser og problemer, for på denne måten å raskere kunne tilby en best mulig behandling. Hjelpetiltaket assosieres med et utenfraperspektiv på psykisk helsearbeid, med forankring til en medisinsk forståelsesmodell (kapittel 3.3.1).

Oppsummert ble det funnet at kjennetegn på indirekte psykisk helsehjelp i EPHOR, først og fremst er å dokumentere klinisk arbeid i bruker sin journal. I EPHOR blir det også lagt til rette for kollegaveiledning, noe alle informantene svarte å benytte seg av. Mange av informantene oppga også å innhente informasjon før en samtale, og uavhengig av type informasjon eller bakgrunn for innhenting av informasjon kan dette hjelpetiltaket betegnes som en normerende, forventet eller anerkjent kvalitet ved helsehjelpen, og dertil en standard behandling i EPHOR.

6.2.5 Koordinerende psykisk helsehjelp

Nasjonale styringsdokumenter gir pålegg og anbefalinger til kommunale psykisk helse- og rustjenester om å samarbeide med NAV og spesialisthelsetjenester, jfr. kapittel 1.2. *Sammen om mestering* (2014) presenterer blant annet nasjonale krav og forventninger til lokalt psykisk helse- og rusarbeid, med særlig vektlegging på helhetlige og koordinerte tjenester, og *Progrorm for folkehelsearbeid i kommunene* (2017-2027) henspiller til mer samarbeid mellom kommunale helsetjenester og folkehelsearbeid. Kontakt med interesse- og frivillige organisasjoner er eksempler på samarbeid med mål om å bedre psykisk helse og livskvalitet i befolkningen.

Resultatene i denne studien viste imidlertid at utvalget generelt utøvde lite koordinerende arbeid av denne type hjelpetiltak, og de utførte minst koordinerende arbeid i forhold til å ta kontakt med pårørende eller verge (Tabell 8). Funn kan potensielt sees i sammenheng med lite kjennskap til retningslinjer for folkehelsearbeid (Tabell 10). Likeledes som funn av lite kontakt med pårørende eller verge, uten bruker til stede, kan assosieres med funn av mindre fokus på pårørende generelt, som drøftet i kapittel 6.2.1.1.

På den annen side svarte de fleste informantene at de hadde kontakt med andre helse- og rustjenester (Tabell 8), noe som kan assosieres med å være en normerende, eller forventet handling for å sikre kvaliteten på helsehjelpen, og dermed være en del av en standard behandling i EPHOR.

6.2.6 Psykisk helsehjelp gitt i form av praktisk bistand

Praktisk bistand gitt med bruker til stede ble funnet som det tredje mest utøvde hjelpetiltaket i EPHOR (Tabell 3). Informantene svarte generelt at de ga mest praktisk bistand i form av økonomisk råd og veiledning, samtidig som de oftest ga hjelp i forhold til timebestillinger og påminnelser om avtaler (se Tabell 9).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) gir kommunene et generelt ansvar i forhold til å sørge for råd og veiledning, men gir ingen pålegg om spesifikk økonomisk råd og veiledning. Det fremgikk av resultatet at informantene i stor grad utøvde denne type helsehjelp, men det ble ikke avklart i denne studien om dette hjelpetiltaket eksempelvis ble fulgt opp med å sørge for et samarbeid med NAV, eller om det utelukkende var en type helsehjelp EPHOR hadde tilbud om. Funn av ulike typer praktisk bistand gitt av utvalget helsepersonell i EPHOR blir vurdert som ikke tilstrekkelig dokumentert for å være en normerende eller forventet handling, og kan dermed ikke beskrives som et kjennetegn på en standard behandling.

6.2.7 Kjennetegn ved standard behandling

Standard behandling i EPHOR beskrives her, i form av hjelpetiltak som analysen av data fant hyppigst gitt, og som i drøftingen blir vurdert som en type spesifiserte eller etablerte normer, jfr. definisjonen på en standard i kap 1.4.

Standard behandling i EPHOR er funnet gitt i form av lavterskeltjenester og vedtaksbaserte tjenester. Direkte brukerarbeid ble oftest kjennetegnet av individuelle samtaler og kurs- og gruppetilbud, hvor blandede og åpne samtaleformer var de hyppigste, og tilnærmingen i de fleste samtalene hadde en psykoedukativ funksjon. Det ble funnet kjennetegn ved standard behandling gitt som indirekte brukerarbeid, i form av journalføring av klinisk arbeid, innhenting av informasjon før en samtale og kollegaveiledning. Det var også et kjennetegn at det ofte ble tatt kontakt med andre helse- og rustjenester.

Denne beskrivelsen utelukker flere hjelpetiltak som ble funnet gitt i EPHOR i mindre grad, og som mange brukere kan ha god nytte av. Beskrivelsen henspiller til en noe differensiert standard behandling i EPHOR, men er likevel veldig snever. Den sier ingenting om hva som ble lagt til grunn for ulike hjelpetiltak, og den har mangler i forhold til krav og forventninger til en psykisk helse- og rustjeneste, jfr. kapittel 3.1, 3.2 og 3.4.1. Det er behov for en videre drøfting av forankring i kunnskapsgrunnlag, og se nærmere på hva som kjennetegner praksis.

6.3 Kunnskapsgrunnlaget for praksis i EPHOR

Flere av informantene for denne studien hadde vært yrkesaktive som helsepersonell i mange år, og parallellt med at helsemyndighetene har gitt ut stadig flere nasjonale styringsdokumenter for psykisk helse og rusfeltet. Det er av den grunn interessant å se nærmere på hvor mange nasjonale styringsdokumenter utvalget av helsepersonell i EPHOR svarte at de kjente til, og hvilket kunnskapsgrunnlag de la til grunn for hjelpetiltak i deres daglige praksis.

6.3.1 Retningslinjer for praksis

Resultatene viste at informantene i gjennomsnitt hadde kjennskap til fem av 12 nasjonale styringsdokumenter (Tabell 10). De fleste informantene svarte å ha kjennskap til veilederen *Sammen om mestring* (2014). Det antas at dette kan ha en sammenheng med at det på et tidspunkt ble utarbeidet et internt faglig grunnlagsdokument for psykisk helse-

og rusfeltet i den aktuelle bykommunen (Trondheim kommune, 2016). Grunnlagsdokumentet var basert på veilederen *Sammen om mestring* som på denne måten ble gjort kjent for helsepersonell i kommunens psykisk helse- og rustjenester.

Med utgangspunkt i informantenes alder, år med erfaring som helsepersonell generelt og år med erfaring i EPHOR ble det utført en korrelasjonstest. Dette for å finne en eventuell signifikant positiv assosiasjon, med hensyn til hvordan disse variablene viste seg i forhold til hverandre og sett opp mot kjennskap til flere nasjonale styrings- dokumenter. Analysen viste at kjennskap til antall nasjonale styringsdokumenter ser ut til å øke med alder og år med erfaring som helsepersonell generelt. Antall år med erfaring i EPHOR ga ingen signifikante funn av korrelasjon (jfr. kapittel 5.3). Sett i forhold til betydningen av hvor viktig det er at utøvende helsepersonell kjenner til flere av de nasjonale styringsdokumentene for psykisk helse- og rustjenester, ligger her et potensiale for å iverksette tiltak slik at også de med mindre års erfaring får raskere kjennskap til disse.

Samvariasjoner, som kjennskap til flere retningslinjer jo høyere alder og år med erfaring som helsepersonell, kan være en måte å forklare en større kjennskap til eldre retningslinjer på, og en mindre kjennskap til nyere retningslinjer, gitt at det tar tid å bekjentgjøre en ny retningslinje for utøvende helsepersonell. Dette med henblikk til at veilederen *Sammen om mestring* ble funnet mest kjent blant informantene, samtidig som det internt var skrevet et grunnlagsdokument basert på denne veilederen. Ledelsen for det psykiske helsefeltet i kommunen viste i dette eksemplet å ta ansvar for at alle ansatte skulle ha mulighet til å bli kjent med innholdet i retningslinjen. I en annen sammenheng kunne det vært interessant å se nærmere på hvordan ulike eller nye nasjonale retningslinjer blir behandlet av ledelsen i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og eventuelt bearbeidet internt, da kunnskap om retningslinjer nødvendigvis kan ha en betydning for tjenesteutviklingen.

Opptappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-98)) og retningslinjene for *ROP-lidelser* (Helsedirektoratet, 2012a) var kjent for godt over halvparten av informantene (Tabell 11), mens derimot *Folkehelsemeldingen* (Meld.St. 19 (2014-2015)) og *Program for folkehelsearbeid i kommunene* (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2017-2027) var mindre kjent. I denne tverrsnittsstudien er det ikke mulig å fastslå en sammenheng mellom lite kjennskap til retningslinjer for folkehelse, og funn av lite kontakt med interesse- og frivillige organisasjoner, men i en annen studie hadde det vært interessant å se nærmere på en tilsvarende sammenheng. Helsemyndighetene gir i de sistnevnte nasjonale retningslinjene anbefalinger om å ha økt fokus på folkehelse og livskvalitet for det enkelte individ. Retningslinjene har blant annet som mål at «alle kommuner innen 2027 har økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid som fremmer barn og unges psykiske helse og livskvalitet, inkludert rusforebyggende arbeid» (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2017-2027, s. 2), da sett i forhold til de totale samfunnskostnadene og satsningen på folkehelse (jfr. kapittel 1.2). Denne undersøkelsen viste at litt i underkant av en fjerdedel av utvalget svarte å ta kontakt med interesse- og frivillige organisasjoner (Tabell 8), noe som antas å ha betydning for (en manglende) integrering av psykisk helsearbeid som en del av folkehelsearbeidet.

Det er funnet at utvalget av helsepersonell i EPHOR i mindre grad utøver hjelpetiltak overfor barn som pårørende og pårørende (jfr. kapittel 6.2.1.1), noe som i et folkehelseperspektiv potensielt bør sees i sammenheng med en målsetting om å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Med hensyn til helsemyndighetenes anbefalinger og retningslinjer for mer fokus på folkehelsearbeid, er det ikke funnet en klar indikasjon for forankring av dette arbeidet i EPHOR.

I denne studien ble det funnet at EPHOR har endret noe av tjenestetilbudet i tråd med gjeldende nasjonale retningslinjer for det psykiske helsefeltet, da EPHOR for eksempel har opprettet tjenestetilbud som RPH og MO-senteret, voldsteam, ungdomsteam, kurs- og gruppetilbud. Andre strukturelle og organisatoriske endringer ble ikke like entydig funnet som kjennetegn på praksis, som for eksempel anbefalinger om recovery-tilnærming og en humanistisk/kontekstuell modell for psykisk helsearbeid. Det ble funnet at den medisinske modellen for psykisk helsearbeid fortsatt dominerer strukturer innen det psykiske helsefeltet, med henblikk på blant annet diagnosetenkning, standardisering av hjelpetiltak og bruk av strukturerte kartleggings skjema (jfr. kapittel 3.3), til tross for at utvalget svarte at de ga tilbud om enkelte recovery-orienterte hjelpetiltak (Tabell 5), og baserte grunnlaget for valg av hjelpetiltak mest på bruker sine uttalte behov og ønsker (Tabell 12).

6.3.2 Kunnskapsbasert praksis

I kapittel 6.2 blir funn av hjelpetiltak drøftet i forhold til mulig forankring til ulike forståelsesmodeller for psykisk helse (jfr. kapittel 3.3). Grunnlaget for forståelsesmodellene finner vi også i modellen for kunnskapsbasert praksis (Figur 2), hvor brukerkunnskap, helsepersonell sin erfaringskunnskap og forskningskunnskap inngår i modellen for kunnskapsbasert praksis. Ramsdal uttrykker derimot at ulike vitenskapsteorier og vitenskaplige tradisjoner innen psykiske helsetjenester vil kunne påvirke hvordan helsepersonell tilegner seg kunnskap og innsikt (Ramsdal, 2019).

Utvalget av helsepersonell i EPHOR svarte at de generelt brukte mye standardiserte kartleggingsverktøy i praksis (Tabell 11), og at de aller mest brukte standardiserte kartleggingsverktøy før en oppstartssamtale. Undersøkelsen etterspurte ikke hvilke typer kartleggingsverktøy de brukte, men uavhengig av dette faller denne type hjelpetiltak innenfor en medisinsk forståelsesmodell for psykisk helsearbeid, hvor helsepersonell på forhånd vurderer hvilken informasjon de ønsker å innhente, og gjør en antagelse om at behov for hjelp skyldes biologiske, psykologiske eller sosiale strukturer (jfr. kapittel 3.3.1). Utvalget svarte at de i stor grad opplevde standardiserte kartleggingsverktøy som et nyttig supplement, og at de også til en viss grad opplevde at disse verktøyene var med på å fremme samarbeidsalliansen med brukerne. Bruk av kartleggingsverktøy anbefales av helsemyndighetene, blant annet i *ROP-retningslinjene* (Helsedirektoratet, 2012a), og utvalget av helsepersonell i EPHOR svarte her at de fulgte helsemyndighetenes anbefalinger.

Videre i undersøkelsen svarte informantene på hva de la til grunn for valg av hjelpetiltak (Tabell 12). Resultatene viste at informantene la mest vekt på uttalelser fra bruker selv vedrørende behov eller ønsker om hjelp, etterfulgt av å legge nest mest vekt på egen kompetanse. Utfall fra standardiserte kartleggingsverktøy kom på tredjeplass som grunnlag for valg av hjelpetiltak. I denne delen av praksis svarte informantene å gi mest psykisk helsehjelp ut ifra et innenfraperspektiv (jfr. kapittel 3.3.2), hvor de la vekt på å tilegne seg kunnskap om individuelle og kontekstuelle forhold hos bruker, for å få en forståelse for bruker sine subjektive opplevelser. Dette er forenlig med en recovery-orientert tilnærming til psykisk helse, som har en forankring til en humanvitenskapelig og kontekstuell forståelse av psykisk helsearbeid.

Vedrørende evaluering av utfallet av helsehjelpen foretok informantene dette mest sammen med bruker (Tabell 13), etterfulgt av bruk av standard kartleggings skjema som ble nest mest brukt. Resultater viste at utvalget av helsepersonell i EPHOR la stor vekt på direkte tilbakemeldinger fra bruker også når de evaluerte helsehjelpen, noe som er sammenfallende med et innenfraperspektiv på psykisk helsearbeid (jfr. kapittel 3.3.2).

Flere kjennetegn ved praksis i denne studien var at de fleste informantene hadde ukentlige avtaler med brukere, og at avtalene vanligvis varte i 45-60 minutter. Et enkelt litteratursøk finner at en slik praksis har forankring til «normen for varighet av en poliklinisk konsultasjon i Norge» på 45 minutter (Waagø-Hansen, 2014, s. 3), som videre er knyttet opp mot kostnader, effektivitet, ressursbruk og bærekraft. Kommunale psykisk helse- og rustjenester yter gratis behandlingstilbud, men studien fant at kommunalt psykisk helsepersonell likevel forholder seg til normen for konsultasjonstid i stor grad.

I Opptrappingsplanen står brukerperspektivet og brukermedvirkning sentralt, og den beskriver at brukeren sine ønsker og behov skal komme først. Opptrappingsplanen beveger seg med dette i en retning av å fokusere mer på levekår, heller enn diagnoser og behandling (Ramsdal, 2019, s. 233). Også i veilederen *Sammen om mestring* anbefales å implementere recovery som et faglig perspektiv i psykisk helse- og rustjenestene, og gi tjenestemottakerne hjelp og støtte i forhold til sin egen personlige bedringsprosess (Helsedirektoratet, 2014). Psykisk helsepersonell svarte i denne studien å tilpasse praksis ut ifra anbefalinger i retning av både psykiatrisk-orientert og recovery-orientert psykisk helsearbeid, og de imøtekom kravene om kunnskapsbasert og standardisert praksis, samt individualisering og brukerinvolvering. En kunnskapsbasert praksis innebærer bruk av både tilgjengelig kunnskap og erfaring (jfr. kapittel 3.4.1), men samtidig uttaler Helsedirektoratet at dette forutsetter en enighet om hva som skal være en ny eller utdatert praksis, og at praksis må kunne justeres. Sett i forhold til ulike perspektiver og forståelsesmodeller for psykisk helsearbeid (jfr. kapittel 3.3), viste utvalget av helsepersonell i EPHOR generelt en aksept for at faglige motsetninger fortsatt kjennetegner psykisk helsearbeid. Ramsdal omtaler dette som en type enighet innenfor psykisk helsearbeid kalt «den faglige borgfreden» (Ramsdal, 2019, s. 232), hvor en pragmatisk og eklektisk tilnærming til psykiske problemer sørger for å avvæpne motsetninger mellom ulike forståelsesmodeller eller paradigmer.

Denne studien viser ikke eksplisitt til ett rådende kunnskapsgrunnlag for psykisk helsearbeid blant utøvende helsepersonell i EPHOR. Resultatene ga derimot muligheter for å drøfte og eksemplifisere forankringer til ulike perspektiver og forståelsesmodeller for psykisk helsearbeid. Utvalget viste i stor grad at de fulgte krav og anbefalinger i helsemyndighetenes nasjonale styringsdokumenter. Helsemyndighetene på sin side uttrykker et ønske om endring i forhold til å gå i en retning av mer individuell og kontekstuell tilnærming innen psykisk helsearbeid, men anbefaler samtidig hjelpetiltak ut ifra en medisinsk forståelsesmodell. Informantene svarte i denne studien at de tilpasset seg helsemyndighetenes tvetydighet, og de dermed vil dermed bidra til å opprettholde «den faglige borgfreden». Det ble funnet at informantene søker en faglig retning av mer recovery-orientert praksis i direkte kontakt med brukere, slik som i individuelle samtaler, i valg av hjelpetiltak og i evaluering av helsehjelp, da det i disse delene av praksis ble lagt mest vekt på brukere sine uttalelser.

6.4 Studiens sterke og svake sider

Denne tverrsnittstudien har sin styrke i det å beskrive og utforske variabler som er innhentet på et gitt tidspunkt. Variablene kan ikke påvirkes, da de viser funn av konkret forekomst, men ved bruk av statistisk analyse er det mulig å utforske enkelte variabler i forhold til hverandre. En tverrsnittstudie er derimot ikke så egnet for å konkludere om årsakssammenhenger, i betydningen av årsak og effekt. Designet passer til å hente inn data fra et større antall informanter på en effektiv måte (Portney, 2020, s. 276-277). God

responsrate er også en styrke, da det tyder på at utvalget er ganske representativt for utøvende helsepersonell i EPHOR.

Det er en svakhet at data innhentes èn gang, og i et bestemt tidsrom, da en senere studie kan gi andre resultater (Portney, 2020, s. 276-277). Studien har en begrenset overføringsverdi til populasjonen av kommunale psykisk helse- og rustjenester, fordi tilsvarende tjenester i andre kommuner, eller land, kan være av ulike størrelser og modeller for organisering.

Det kan være en svakhet at forskeren selv er ansatt i EPHOR, dersom spørreskjema og innhentede data er blitt påvirket i dette. Spørreskjemaet utarbeidet til dette prosjektet er ikke et validert skjema, utover de tilbakemeldinger gitt av to utvalgte informanter i forkant av spørreundersøkelsen, og det foreligger dermed ikke kjennskap til de psykometriske egenskapene. Denne studien stilte ikke spørsmål om informantenes kulturelle bakgrunn (etnisitet), eller kompetanse i forhold til flerkulturell forståelse og dertil aktuelle hjelpetiltak. Det kunne ha gitt et mer utfyllende resultat med henblikk på hensynet til kulturelle forskjeller som en del av konteksten i psykisk helsearbeid (Sadieniemi et al., 2018), og ansvaret for å gi psykisk helsehjelp til «alle pasient- og brukergrupper» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), inkludert flerkulturelle brukere av tjenesten. Det ble heller ikke spurt om mer spesifikke typer hjelpetiltak gitt i EPHOR, noe som kunne bidratt til å belyse mangfoldet i enda større grad.

7 Oppsummering

Denne masteroppgaven har hatt til hensikt å undersøke hva som kjennetegner standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og hvilket kunnskapsgrunnlag denne behandlingen er forankret i.

Studien har kommet fram til beskrivelser av standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste ut ifra hvilke hjelpetiltak som ble funnet hyppigst benyttet blant utvalget av utøvende helsepersonell i EPHOR. I tillegg ble det funnet at helsepersonell i EPHOR har et høyt utdanningsnivå, tverrfaglig og generelt høy kompetanse i forhold til psykisk helse- og rusarbeid. Det er også vist at hjelpetiltak i EPHOR gis i form av vedtaksbaserte tjenester eller lavterskeltilbud, i henhold til hovedforløpene i veilederen *Sammen om mestring*.

Koordinerende arbeid og praktisk bistand ble funnet utført ganske sjeldent. Det samme gjelder barnesamtaler og samtaler med pårørende. Psykisk helsearbeid i EPHOR ble i stor grad funnet å være i tråd med nasjonale krav og anbefalinger for fagfeltet. Standard behandling viste seg å ha en kunnskapsforankring til både en medisinsk og en recovery-orientert forståelsesmodell for psykisk helse, og det ble funnet kjennetegn tilsvarende en pragmatisk og eklektisk tilnærming til psykiske lidelser og psykiske problemer.

De lokalbaserte tjenestene for psykisk helsearbeid er helsemyndighetenes strategi og håp for en bedre effektivisering og god ressursutnyttelse. Samtidig mangler fortsatt mer forskning på innsatsen i de psykiske helsetjenestene, etter år med utgivelser av mange nasjonale styringsdokumenter for fagfeltet. Forskning på tjenesteperspektivet i kommunal psykisk helse- og rustjeneste kan gi et nyttig utgangspunkt for videre justeringer av psykisk helsearbeid, og tjenesteutvikling.

I denne studien svarte utvalget for eksempel at de i mindre grad gjennomførte hjelpetiltak overfor barn som pårørende, og pårørende generelt. Det ble også funnet at EPHOR har et potensiale i forhold til å kunne tilby flere kurs- og gruppetilbud, og det kan antas at EPHOR med fordel kan ha et videre fokus på helsepersonell med kompetanse på kulturforståelse. En senere forskningsstudie, med bruk av en annen (kvalitativ) metode, kunne gi en mer dypere forståelse av tjenesteperspektivet og ulike typer hjelpetiltak.

Resultater i denne studien viser at helsepersonell i EPHOR ser ut til å tilpasse utøvelsen av hjelpetiltak med en forankring til to motstridene perspektiver og forståelsesmodeller for psykisk helsearbeid. Det er i denne masteroppgaven ikke funnet et rådende paradigme for praksis innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Forskningsprosjektet har derimot belyst rammene som utøvende helsepersonell i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste må forholde seg til, og derav også tjenesteperspektivet som et utgangspunkt for en standard behandling. På denne måten har studien mulig bidratt til å komme et steg nærmere en standardisering av datagrunnlaget.

Referanser

- Amendola, S. (2022). Burden of mental health and substance use disorders among Italian young people aged 10–24 years: results from the Global Burden of Disease 2019 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(4), 683-694. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02222-0>
- Amendola, S., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Angst, J. & Rössler, W. (2022). Longitudinal reciprocal associations between depression, anxiety, and substance use disorders over three decades of life *Journal of Affective Disorders*, 315-323. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.101>
- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid : en gang til*. Gyldendal
- Blankertz, L. E. & Robinson, S. E. (1997). Turnover intentions of community mental health workers in psychosocial rehabilitation services. *Community Mental Health Journal*, 33:6, 517-529. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1025000703487>
- Borge, L., Juritsen, T. I. & Hem, M. H. (2018). Hvem er dagens psykisk helsearbeider - tjue år etter Opptappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15:4, 360-367.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap - ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern - en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Galderesi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14 (2), 231-233. <https://doi.org/DOI 10.1002/wps.20231>
- Gazzillo, F., Schimmenti, A., Formica, I., Simonelli, A. & Salvatore, S. (2017). Effectiveness is the gold standard of clinical research. *Res Psychother*, 20(2), 278. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.278>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 07.02.2023). *Psykisk helse*. regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/psykisk-helsearbeid/id2344815/>
- Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, KS & Folkehelseinstituttet. (2017-2027). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. En satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf/_attachment/inline/e03655e0-8769-465c-8d7b-742f01851a58:d085662920c55a2f4ff038d58200b16170d31fef/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2022-11-25-86). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012a). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%20\(E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%20(E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-)

- [lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](#)
- Helsedirektoratet. (2012b). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20Utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/> /attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2015a). Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. . *Rapport IS-2314*.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator?tidligere-versjoner#176644>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/katastrofer>
- Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder: Nasjonal veileder*. <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-vestfold-og-telemark/helse-omsorg-og-sosial/helsetjenester/parorendeveileder-helsedirektoratet.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). *Psykiske lidelser - voksne. Nasjonalt pasientforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helsedirektoratet. (2019, 30.09.22). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Helse- og omsorgsdepartementet <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hofstad, K. (2022, 14. februar). Standard. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/standard>
- Holmen, H. A. (2022). Kunnskap. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. NTNU. Institutt for Psykologisk Rådgivning (IPR). (u.å.). *Psykodynamisk terapi*. ipr.no. Hentet 13.10.23 fra <https://www.ipr.no/terapi/psykodynamisk-terapi>
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utg.). Abstrakt forlag.
- Karlsson, B. & Borg, M. (Red.). (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Fagbokforlaget.
- Klein, R. J., Gyorda, J. A. & Jacobson, N. C. (2022). Anxiety, depression, and substance experimentation in childhood. *PLoS One*, 17(5), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265239>
- Krisesenterlova. (2010). *Lov om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova)* (LOV-2009-06-19-44). Barne- og familiedepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-06-19-44>
- Kuhn, T. S.-. & Hacking, I. (2012). *Strukturen av vitenskaplige revolusjoner* (4. utg.). University of Chicago Press.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L. & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and

- practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 165-174.
<https://doi.org/doi:10.1002/jclp.20113>
- Meld.St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Meld.St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Nes, R. B. & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger (2)*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20112-psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrapport-med-internasjonale-sammenligninger..pdf>
- NESH - Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora (5. utg.)*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora>
- NG, S.-m., WANG, A. M., Li, H. Y., Fung, M. H. Y., LO, H. H. M., YEUNG, A., YOUNG, D. K. W., Fong, T. C. & XIE, W. Y. (2023). A multi-site randomized controlled trial of a brief daily workplace well-being program for community mental health workers - an integrative body-mind-spirit approach. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/02185385.2022.2160370>
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2022, 14.02.2020). *Personvernerklæring*. nsd.no. <https://www.nsd.no/om-nsd-norsk-senter-for-forskningsdata/personvernerklaering/>
- Norvoll, R. (2019). Samfunnsfagenes bidrag til kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskaplige perspektiver* (s. 13-35). Gyldendal.
- NOU 2020:2. (2020). *Fremtidige kompetansebehov III. Læring og kompetanse i alle ledd*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-2/id2689744/#:~:text=NOU%202020%3A%20%20Fremtidige%20kompetansebehov%20III%20%20E2%80%94%20L%C3%A6ring,mai%202017.%20Avgitt%20til%20Kunnskapsdepartementet%2010.%20februar%202020.>
- Ormstad, H., Jamtvedt, G., Svege, I. & Crowe, S. (2021). The Bridge Building Model: connecting evidence-based practice,, evidence-based research, public involvement and needs led research. *BMC*, 7:77, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40900-021-00320-y>
- Orvik, S. T. & Dale, K. Y. (2017). Faglig frihet og uklare rammer. Kommunale fagansattes erfaringer med psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14, 221-231. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-03>
- Ose, S. & Kaspersen, S. (2021). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Hilland, G. H., Kalseth, J. & Ådnes. (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten*. SINTEF.

- Pettersen, H. & Lofthus, A.-M. (2018). Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15, 112-123. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-03>
- Portney, L. G. (2020). *Foundations of Clinical Research. Applications to Evidence-Based Practice*. (4. utg.). F.A.Davis.
- Prop.15 S (2015-2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Ramsdal, H. (2019). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskaplige perspektiver*. (s. 214-242). Gyldendal.
- Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Departementene. https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/sstrategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Rehm, J. & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Currents Psychiatry Reports*, 21:10, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmllui/handle/11250/2984478>
- Sadieniemi, M., Almeda, N., Salinas-Perez, J. A., Gutièrrrez-Colosia, M. R., Garcia-Alonso, C., Ala-Nikkola, T., Joffe, G., Pirkola, S., Wahlbeck, K., Cid, J. & Salvador-Carulla, L. (2018). A comparison of Mental Health Care Systems in Northern and Southern Europe: A service Mapping Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061133>
- Scott, K. & Lewis, C. C. (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment. *Cognitive and behavioral practice*, 49-59. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.010>
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler* (4. utg.). Tano Aschehoug.
- Selvik, A. (u.å.). *Kognitiv og metakognitiv terapi*. Psykologen i Oslo. Hentet 13.10.23 fra <https://psykologenoslo.no/kognitiv-terapi/>
- Siem, H. (2016). Psykisk helse som global utfordring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13, 340-349. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-04-06>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, Erik. (2020). *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Gyldendal.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer*.
- St.meld.nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- St.meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 -2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Trondheim kommune. (2016). *Faglig grunnlagsdokument for Kommunale tjenester innen psykisk helse og rus* [En intern beskrivelse av dagens praksis ved kommunale tjenester innen psykisk helse og rus i Trondheim kommune, og retning på utvikling av framtidige tjenester].
- Trondheim kommune. (2022). *Kommunedirektørens forslag til handlings- og økonomiplan 2022-2025*.

- <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/kommdir-forslag-hoep-2022-2025/16-helse-og-velferd/18-psykisk-helse-og-rus/om-psykisk-helse-og-rus>
- Trondheim kommune. (2023a,). *Befolkningsstatistikk*. Trondheim.kommune.no. <https://www.trondheim.kommune.no/aktuelt/om-kommunen/statistikk/befolkningsstatistikk/>
- Trondheim kommune. (2023b, 22.03.23). *Helseplattformen*. Trondheim.kommune.no <https://www.trondheim.kommune.no/helseplattformen/>
- Trondheim kommune. (2023c, 03.02.23). *Psykisk helse*. Trondheim.kommune.no. <https://trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helse/>
- Wampold, B. E., Budge, S. L., Laska, K. M., Del Re, A. C., Baardseth, T. P., Fluckiger, C., Minami, T., Kivlighan, D. M., 2nd & Gunn, W. (2011). Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: a meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1304-1312. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.012>
- WHO. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A Report of the World Health Organization*, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2022). *World mental report. Transforming mental health for all*. W. H. Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World medical association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Waagø-Hansen, C. (2014). Til tross for økt satsning via Opptappingsplanen, er produksjonen per fagårsverk marginalt endret innen norsk psykiatri. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(1), 2-20. <https://doi.org/10.7557/14.3004>
- Ørjasæter, K. B. (2021). Kunnskap, makt og autonomi i psykisk helsevern: En analyse av diskusjonene om medikamentfri behandling og pakkeforløp. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 36-47. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-05>
- Øydgard, G. W., Moen, H. B. & Sjøfjell, L. (2020). Kapittel 6: Psykisk helsearbeid i kommunene. I C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. P. Breimo & Ø. Henriksen (Red.), *Velferdstjenestenes vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 109-129). Universitetsforlaget. <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/9788215034713-2020-7>

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: Informasjonsskriv/samtykkeskjema

Vedlegg 3: Svar fra NSD - Vurdering av behandling av personopplysninger

Vedlegg 1

Masterprosjekt i psykisk helse kopi

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Hva er din e-postadresse? *

Hva kjennetegner standard behandling og dens kunnskapsgrunnlag i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste?

Spørreskjema for kvantitativ tverrsnittsstudie ved Enhet for psykisk helse og rus (EPHOR) i Trondheim kommune.

BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

Her er 8 spørsmål om deg som informant (kjønn, alder, utdanning, arbeidserfaring og teamtilhørighet).

1. Kjønn *

Kvinne

Mann

Annet

2. Alder *

3. Hva slags yrke/fagbakgrunn har du? *

Barnevernspedagog

Erfaringsmedarbeider

Ergoterapeut

Helsefagarbeider

Hjelpepleier

Konsulent

Miljøterapeut

Psykolog

Sosionom

Sykepleier

Vernepleier

Annet

4. Hva er din høyeste fullførte utdanning? *

Videregående skole

Høyskole-/universitetsfag

Bachelorgrad

Mastergrad

Phd eller tilsvarende

Annet

5. Hvilke videre- og tilleggsutdanninger innen psykisk helse og rus har du? *

Arbeid med barn av psykisk syke foreldre

Gruppebehandling

Kognitiv terapi

Kommunikasjon og samhandling i psykisk helsearbeid

Krise- og katastrofearbeid

Mestring av hverdagsliv

Miljøterapeutisk arbeid og psykisk helse

Motiverende intervju (MI)

Psykiatrisk sykepleie

Selvmordsforebygging

Seprep

Traumebevisst omsorg

Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge

Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid

Ungdom, rus og avhengighet

Utendørsterapi

Vold i nære relasjoner

Annet

6. Hvor mange år (evt. måneder) har du vært ansatt i Enhet for psykisk helse og rus? *

7. Hvor mange år har du med erfaring som utøvende helsepersonell? *

8. I hvilke(t) team i Enhet for psykisk helse og rus jobber du? *

Vedtaksteam

Mottaks- og oppfølgingssenteret (MO-team)

Lavterskel

Krisesenteret

KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Her er 7 spørsmål om ulike hjelpetiltak innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, benevnt som; direkte og indirekte brukerarbeid, individuelle samtaler (a. samtale-/terapiform, b. tilnærming/funksjon, c. samtaleverktøy), koordinerende arbeid og praktisk bistand.

1. DIREKTE BRUKERARBEID

Hvor ofte utfører du følgende hjelpetiltak innen direkte brukerarbeid? Rangør disse på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

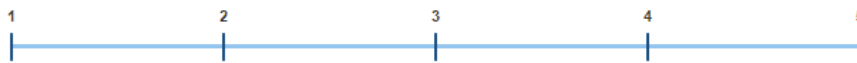
Individuelle samtaler *



Verdi



Kurs-/gruppetilbud *



Verdi



Praktisk bistand - med bruker til stede *



Verdi



Barnesamtaler - med bruker til stede *



Verdi



Pårørendesamtaler - med bruker til stede *



Verdi



Utendørsterapi/utendørsaktiviteter *



Verdi



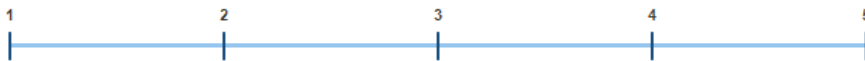
Evt. annen type hjelpetiltak innen direkte brukerarbeid du utfører?

2. INDIREKTE BRUKERARBEID

Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver innen indirekte brukerarbeid?

Rangér disse på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

Praktisk bistand - uten bruker til stede *



Verdi



Barnesamtaler - uten bruker til stede *



Verdi



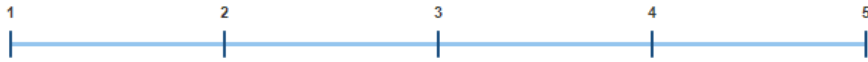
Pårørendesamtaler - uten bruker til stede. *



Verdi



Utendørsterapi/utendørsaktiviteter *



Verdi



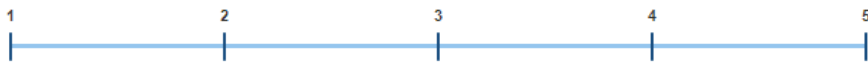
Evt. annen type hjelpetiltak innen direkte brukerarbeid du utfører?

2. INDIREKTE BRUKERARBEID

Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver innen indirekte brukerarbeid?

Rangér disse på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

Praktisk bistand - uten bruker til stede *



Verdi



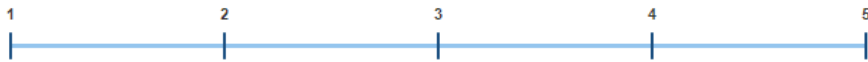
Barnesamtaler - uten bruker til stede *



Verdi



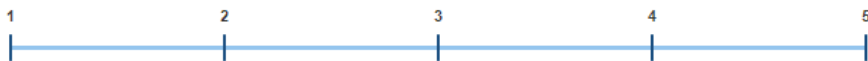
Pårørendesamtaler - uten bruker til stede. *



Verdi



Dokumenterer i bruker sin journal *



Verdi



Forbereder deg før en samtale, ved å innhente tilgjengelig informasjon *



Verdi



Tar opp brukersaker til kollegaveiledning *



Verdi



Evt. annet indirekte brukerarbeid du utøver?

3a. INDIVIDUELLE SAMTALER - Samtale-/Terapiform.

Hvor ofte bruker du følgende samtale-/terapiformer i individuelle samtaler?

Rangér disse på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

Kognitiv atferdsterapi (CBT) *



Verdi



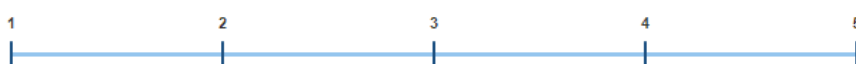
Metakognitiv terapi (MCT) *



Verdi



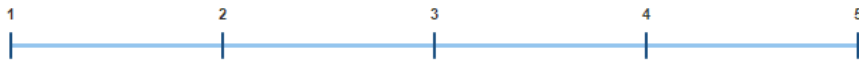
Psykodynamiske samtaler (fokus på økt bevissthet og innsikt i en person sine indre prosesser) *



Verdi



Motiverende samtaler (MI) *



Verdi



Interpersonlige samtaler (hjelp til å mestre mellommenneskelige vansker) *



Verdi



Åpne samtaler (reflekterende, likeverdig, utforskende) *



Verdi



Blanding av flere samtale-/terapiformer *



Verdi



Evt. andre samtale-/terapiformer du benytter i individuelle samtaler?

3b. INDIVIDUELLE SAMTALER - Tilnærming/funksjon.

Hvor ofte har dine individuelle samtaler følgende tilnærming/funksjon?

Rangér disse på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

Støttesamtaler *



Verdi



Recoveryorienterte samtaler *



Verdi



Råd og veiledning *



Verdi



Psykoedukasjon *



Verdi



Fokus på sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse *



Verdi



Fokus på bruk av medikamenter (virkning/bivirkning) *



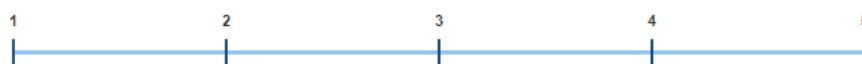
Verdi



3c. INDIVIDUELLE SAMTALER - Samtaleverktøy.

Hvor ofte benytter du følgende samtaleverktøy i individuelle samtaler? Rangér disse på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

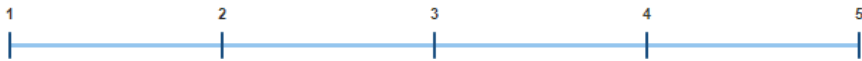
Refleksjonskort *



Verdi



Arbeidshefter, plansjer og annet undervisningsmaterieil *



Verdi



Tidslinjer og/eller Nettverkskart *



Verdi



Noterer/tegner på papir eller tavle *



Verdi



Benytter tilbakemeldingsverktøyet FIT (Feedback informerte tjenester) *



Verdi



4. KOORDINERENDE ARBEID

Hvor ofte utfører du følgende koordinerende oppgaver? Rangør disse på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

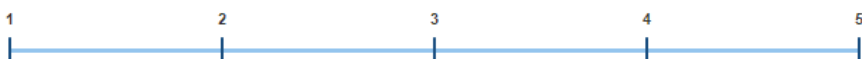
Tar kontakt med pårørende eller verge *



Verdi



Tar kontakt med andre aktuelle helse- og rustjenester *



Verdi



Tar kontakt med NAV *



Verdi



Tar kontakt med aktuelle interesse- og frivillige organisasjoner *



Verdi



Koordinerer samarbeids- og ansvarsgruppemøter *



Verdi



Evt. annet koordinerende arbeid du utfører?

5. PRAKTISK BISTAND

Hvor ofte utfører du følgende typer praktisk bistand? Rangør disse på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

Boveiledning *



Verdi



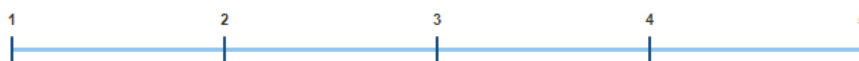
Følger til lege, tannlege, sykehus etc. *



Verdi



Bistår i forhold til div. timebestillinger og/eller påminnelser om avtaler *



Verdi



Gir råd og veiledning i forhold til økonomiske utfordringer (sette opp budsjett, bruke nettbank, ringe kreditorer etc.) *



Verdi



Evt. annen praktisk bistand du utfører?

KUNNSKAPSGRUNNLAG, KOMPETANSE OG PRAKSIS.

Her er 7 spørsmål om din kjennskap til aktuelle styringsdokumenter for psykisk helse- og rusarbeid, din bruk av kartleggingsverktøy og kjennetegn ved egen praksis.

1. Hvilke nasjonale retningslinjer/veiledere for psykisk helse- og rustjenester kjenner du til? *

Flere kryss er mulig.

- Opptappingsplanen for psykisk helse (1997-2008)
- Samhandlingsreformen (2008-2009)
- Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) (2012)
- Sammen om mestring. Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (2014)
- Folkehelsemeldingen (2014-2015)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)
- Opptappingsplanen mot vold og overgrep (2017-2021)
- Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017-2027)
- Nasjonal overdosestrategi (2019-2022)
- Handlingsplaner for forebygging av selvmord (2020-2025) - Ingen å miste
- Frihet fra vold (2021-2024) Regjeringens handlingsplan for forebygging av vold i nære relasjoner.

2a. BRUK AV STANDARDISERTE KARTLEGGINGSVERKTØY.

Hvor ofte bruker du standardiserte kartleggingsverktøy i følgende situasjoner? Rangér disse på en skala fra 1-5, hvor 1=Aldri, 2=Sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=Alltid.

Før en oppstartssamtale *



Verdi



I en oppstartssamtale *



Verdi



Ved evalueringer/milepæler underveis i kontakten med bruker *



Verdi



Ved brå endringer (i lidelsestrykk, fungering eller livssituasjon) hos bruker *



Verdi



Ved avslutning av kontakt med bruker *



Verdi



2b. BRUK AV STANDARDISERTE KARTLEGGINGSVERKTØY - To påstander

Rangør følgende påstander om bruk av standardiserte kartleggingsverktøy på en skala fra 1-5, hvor 1=Uenig, 2=litt uenig, 3=verken eller, 4=litt enig, 5=enig.

Påstand 1: Jeg opplever bruk av standardiserte kartleggingsverktøy som et nyttig supplement! *



Verdi



Påstand 2: Jeg opplever at bruk av standardiserte kartleggingsverktøy fremmer samarbeidsalliansen med bruker! *



Verdi



3. HVOR OFTE HAR DU VANLIGVIS KONTAKT MED EN BRUKER? *

- Daglig kontakt
- Kontakt flere ganger i uka
- Ukentlig kontakt
- Annenhver uke
- Månedlig
- Sjeldnere enn hver måned

4. HVOR LENGE VARER VANLIGVIS EN AVTALE MED EN BRUKER? *

- 30 minutter, eller mindre
- 30-45 minutter
- 45-60 minutter
- 60-90 minutter
- 90 minutter eller mer

5. GRUNNLAG FOR VALG AV HJELPETILTAK

I hvilken grad vektlegger du følgende alternativer som grunnlag for valg av dine hjelpetiltak?

Rangør disse på en skala fra 1-5, hvor 1=svært lite, 2=lite, 3=middels, 4= mye, 5=svært mye.

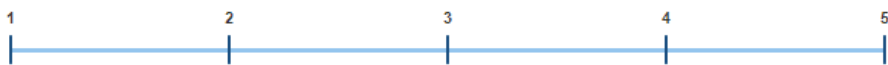
Vedtak på tjenester *



Verdi



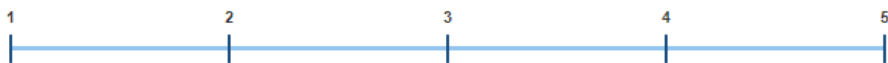
Kartlegging utført av koordinerende enhet *



Verdi



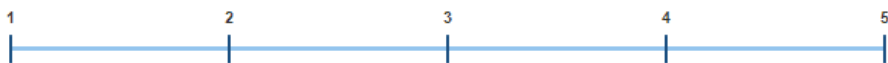
Utredninger/kartlegginger utført av andre offentlige tjenester *



Verdi



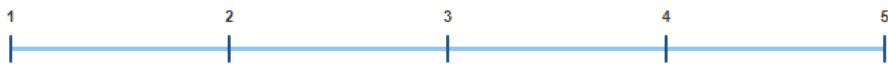
Uttalelser fra pårørende eller andre nærpersoer *



Verdi



Egen fagkompetanse (teoretisk/erfaringsmessig) *



Verdi



Bruker sine uttalte behov for hjelp/ønsker/drømmer *



Verdi



Utfall/svar på standardiserte kartleggingsverktøy *



Verdi



Nasjonale lover, veiledere og retningslinjer *



Verdi



Kollegaveiledning *



Verdi



Terapimanualer/standardiserte forløp *



Verdi



Tilgjengelig tid/ressurser *



Verdi



6. EVALUERING AV HELSEHJELPEN DU GIR.

Hvordan evaluerer du utfallet av helsehjelpen du gir? Rangør følgende alternativer på en skala fra 1-5, hvor 1=aldri, 2=sjelden, 3=av og til, 4=ofte, 5=svært ofte.

Evaluerer sammen med bruker i en avsluttende samtale *



Verdi



Snakker med pårørende om utfallet av den hjelpen du gir *



Verdi



Evaluerer sammen med fastlege *



Verdi



Evaluerer sammen med spesialisthelsetjenesten *



Verdi



Evaluerer sammen med andre samarbeidende tjenester (NAV, HVK, Treffsteder o.a.) *



Verdi



Bruker standardiserte kartleggingsskjema *



Verdi



Vedlegg 2

10.10.22



Kunnskap for en bedre verden

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

“Hva kjennetegner standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og hvilket kunnskapsgrunnlag er behandlingen forankret i?”

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke kjennetegn ved en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og dens kunnskapsgrunnlag. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

FORMÅL

I dette prosjektet vil vi undersøke hva som kjennetegner standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og hvilket kunnskapsgrunnlag behandlingen er forankret i. En slik kunnskap vil kunne gi oss et bedre utgangspunkt for å utvikle tilbudet som gis til mennesker som søker hjelp for psykisk helse- og rusproblemer i kommunene.

Studien er et masteroppgaveprosjekt tilknyttet Institutt for psykisk helse (IPH), NTNU.

Prosjektet har også en forankring til til Institutt for psykologi (IPS), NTNU, gjennom samarbeid med prosjektet Systematisk kvalitetssikring av helsetjenester i Enhet for psykisk helse og rus (EPHOR), Trondheim kommune.

HVEM ER ANSVARLIG FOR FORSKNINGSPROSJEKTET?

Ragnhild Smistad, masterkandidat, IPH, NTNU, er ansvarlig for gjennomføringen av forskningsprosjektet.

Torun Grøtte, Førsteamanuensis, IPS, NTNU, er ansvarlig prosjektleder og biveileder.

Valentina Cabral Iversen, PhD, Professor IPH, MH-fakultetet, NTNU, er hovedveileder.

HVORFOR FÅR DU SPØRSMÅL OM Å DELTA?

Du inviteres til å delta i studien fordi du er ansatt som helsepersonell i EPHOR, i Trondheim kommune. EPHOR er en kommunal psykisk helse- og rustjeneste med ca. 80 utøvende helsepersonell, og med flerfaglig bakgrunn. For å oppnå en best mulig forståelse for problemstillingen vi ønsker å belyse, vil vi gjerne ha informasjon om hvordan du arbeider i hverdagen. Alle ansatt som utøvende helsepersonell i EPHOR inviteres til å delta.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

En deltakelse i prosjektet innebærer å svare på et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 10-15 minutter å svare. Vi stiller deg blant annet spørsmål om din utdanning og yrkeserfaring, dine arbeidsformer og arbeidsoppgaver som helsepersonell i EPHOR, samt det faglige grunnlaget for den helsehjelpen du gir. Besvarelsen din vil bli registrert elektronisk og anonymiseres, for deretter å bli overført til et statistikkprogram for videre analyse.

DET ER FRIVILLIG Å DELTA

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

DITT PERSONVERN - HVORDAN VI OPPBEVARER OG BRUKER DINE OPPLYSNINGER

Vi vil bruke opplysningene om deg kun til formålene vi har beskrevet i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Det er kun masterkandidaten, hoved- og biveileder som vil ha tilgang til opplysningene dine. Innhentede samtykkeskjema vil oppbevares i låsbart arkivskap ved EPHOR. Besvarelsen på spørreskjemaet vil bli lagret på en kryptert minnebrikke, og oppbevares i låsbart arkivskap ved EPHOR.

HVA SKJER MED PERSONOPPLYSNINGENE DINE NÅR FORSKNINGSPROSJEKTET AVSLUTTES?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i løpet av Desember 2023. Personopplysningene vil da slettes.

HVA GIR OSS RETT TIL Å BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER OM DEG?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra IPH, NTNU, har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

DINE RETTIGHETER

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Prosjektleder Torun Grøtte, IPS, NTNU, e-post torun.grotte@ntnu.no
- Masterkandidat Ragnhild Smistad, IPH, NTNU, e-post ragnhild.smistad@trondheim.kommune.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen (NTNU), e-post thomas.helgesen@ntnu.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no), eller på telefon 53211500.

Med vennlig hilsen

(Prosjektansvarlig/veileder)

Masterkandidat

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “Hva kjennetegner standard behandling i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste, og hvilket kunnskapsgrunnlag er behandlingen forankret i?”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i en spørreundersøkelse og svare på et elektronisk spørreskjema

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer: 373123

Vurderingstype: Standard

Dato: 23.09.2022

Prosjekttittel:

Hva kjennetegner standard behandling og dens kunnskapsgrunnlag i en kommunal psykisk helse- og rustjeneste? En tverrsnittsstudie ved Enhet for psykisk helse og rus i Trondheim kommune.

Behandlingsansvarlig institusjon:

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for psykisk helse

Prosjektansvarlig: Torun Grøtte

Student: Ragnhild Smistad

Prosjektperiode: 19.09.2022 - 24.11.2023

Kategorier personopplysninger:

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 24.11.2023.

Meldeskjema - Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!