



LØRENSKOG KOMMUNE

Sluttrapport til Extrastiftelsen

Virksomhetsområde: Forebygging

Prosjektnummer: 2016FO77138

Prosjektnavn: Gode tiltak for en god alderdom

Søkerorganisasjon: Rådet for psykisk helse

Sammendrag

Bakgrunn og målsetting: Lørenskog kommune er en av landets største kommuner med rundt 36.000 innbyggere, og kommunen har hatt en sterk befolkningsvekst de siste årene. En stadig voksende eldrebefolkning nasjonalt tilsier at flere av våre innbyggere framover vil tilhøre denne gruppen. Forebyggende psykiske helsearbeid fremmes som viktig for å styrke den generelle folkehelsen, men det har vært et gjennomgående fravær av nasjonale satsninger på psykisk helse og forebyggende arbeid med eldre som målgruppe. På bakgrunn av dette ønsket Forebyggende psykisk helsetjeneste (FPH) i Lørenskog kommune å forstå bedre hvordan vi kan skape gode psykiske helsetjenester også for kommunens eldrebefolkning. Prosjektets målsetting har vært å kartlegge Eldres behov, samt utvikle og utprøve ikke-lovpålagte tiltak rettet mot denne målgruppen.

Gjennomføring: Prosjektperioden har bestått av en kartleggingsfase og en intervensjonsutvikling- og implementeringsfase. Kartleggingsfasen ble gjennomført med bruk av kvalitative intervjuer (fokusgruppeintervjuer) av eldre og kommuneansatte. Parallelt har tjenesten kartlagt eksisterende tiltak for eldre gjennom oppsøkende arbeid og kontaktetablering med potensielle intrakommunale samarbeidspartnere. Basert på tematiske analyser av kartleggingsfasen har intervensjonsutviklings- og implementeringsfasen bestått av tiltak innenfor universell, selektiv og indikativ forebygging, herunder (1) befolkningsrettede foredrag og økt tverrfaglig samarbeid, (2) veiledning av ansatte og frivillige, og (3) utvidelse av vårt kliniske samtaletilbud.

Resultater: FPH har gjennom prosjektperioden styrket sin interne kompetanse og bevissthet rundt eldre som målgruppe, og gjennom arbeidet har vi identifisert behov og arenaer der vi kan tilby tjenester som tidligere ikke har vært tilgjengelige. Antall henvendelser til vårt kliniske lavterskeltilbud har økt med 43,5 % for målgruppen gjennom prosjektperioden, og vi har samtidig opplevd økt etterspørsel, positive omtaler og gode tilbakemeldinger fra eldre, pårørende og ansatte/samarbeidspartnere. Dette bekrefter langt på vei vår opplevelse av at FPH i dag er synligere for befolkningen så vel som for våre samarbeidspartnere, og at vi er på god vei til å posisjonere oss som en tjeneste som arbeider for å fremme god psykisk helse for kommunens heterogene eldrebefolkning på alle forebyggende nivåer.

Videre plan: FPH tar nå sikte på å søke kommunale midler til videreføring, med størst vektlegging på veiledning av ansatte og frivillige. Dette antas å øke det intrakommunale samarbeidet, gi økt kompetanse på psykisk helse blant ansatte og befolkningen, samt virke forebyggende for flere grupper innenfor eldrebefolkningen. Det ønskes videre også vedlikehold av vår satsning på eldre i form av befolkningsrettede foredrag og gjennom vårt kliniske samtaletilbud.

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1	
Bakgrunn for prosjektet og målsetting.....	3
Kapittel 2	
Prosjektgjennomføring og metode.....	5
Kapittel 3	
Resultater og resultatvurdering.....	9
Kapittel 4	
Oppsummering, konklusjon og videre plan.....	10
Litteratur.....	12

Kapittel 1

Bakgrunn for prosjektet og målsetting

1.1 Introduksjon

Lørenskog kommune er en av landets største kommuner med rundt 36.000 innbyggere, og kommunen har hatt en sterk befolkningsvekst de siste årene. Prognoser på befolkningsvekst viser en betydelig økning i antall eldre fremover. Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) hadde særlig fokus på barn og unge, samt på voksne med alvorlige psykiske lidelser. Denne sterke prioriteringen har vært viktig, samtidig som det har vært rettet kritikk mot at eldre som målgruppe har vært svært fraværende i nasjonale satsninger på psykisk helse. Med tanke på de at aldersdemografien er i rask endring, er det viktig å forstå eldre i kommunen bedre.

1.2 Eldre og psykisk helse

Eldre over 65 år er en underprioritert gruppe når det kommer til psykisk helsearbeid, og man vet at psykiske lidelser hos eldrepopulasjonen både overses og feildiagnostiseres. Dette kan være fordi eldre selv underrapporterer og i mindre grad enn yngre aldersgrupper sier fra om sine psykiske vansker, eller fordi tilstandsbildene kan være mindre typiske og arte seg annerledes enn man ser i andre aldersgrupper. Lettere psykiske lidelser som depresjon og angst er hyppigere i den eldre generasjonen sammenlignet med andre deler av befolkningen. Folkehelseinstituttets rapport «Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser fra 2011» (Langballe et al., 2011) anslår at 40 prosent av sykehjemspopulasjonen har symptomer som tilfredsstillende kriteriene for lettere psykiske lidelser som angst, depresjon og søvnvansker. Somatiske plager, tap av nære personer, svakt sosialt nettverk og ensomhetsfølelse er risikofaktorer for angst og depresjon som er spesielt viktige blant eldre. Depresjons- og angstlidelser i eldre år har videre vist seg å typisk gå over i langvarige og kroniske tilstander uten behandling (Larkin et al., 1992), og flere studier peker på sentrale følgeplager som kan få stor betydning for hverdag og helhetlige helse blant eldre. Økt risiko for funksjonssvikt, også hos velfungerende eldre (Seeman et al., 1995), samt dårligere daglig fungering og livskvalitet (Beekman et al., 2000) er fremhevet. Det er derfor viktig at det settes inn tiltak for å forebygge dette, og at eventuelle symptomer og diagnoser oppdages og behandles på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen.

1.3 Forebyggende arbeid

I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-2009) fremkommer det at forebyggingsarbeid skal styrkes. Samhandlingsreformen gjør kommunene til en krumtapp i det forebyggende helsearbeidet og fokuserer på tidlig identifikasjon av psykiske helsevansker. Med tanke på den forventede økningen i eldrepopulasjonen i årene fremover, samt de føringene som Samhandlingsreformen aktualiserer, vil mer sikker kunnskap om eldres psykiske helse være sentralt for å utvikle gode tjenester. Dette er for øvrig i tråd med Folkehelsemeldingen *Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 2014-2015) som tilkjenner at Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet med mål om at flere skal oppleve god psykisk helse, hvor forebyggende psykisk helsearbeid står helt sentralt, og hvor psykologkompetansen i kommunene skal styrkes som et ledd i dette. Tidlig intervensjon gir bedre funksjon, og det å holde eldrebefolkningen ved så god psykisk helse som mulig reduserer belastningen på flere plan: individuelt, familiært, og for lokalsamfunnet og helsesystemene. Det vil med andre ord ha betydning både for den enkelte og de pårørendes livskvalitet, samt ha betydning rent samfunnsøkonomisk.

Samfunnsmessige holdninger til eldre og til aldring er også av betydning. Eldre som ser negativt på egen aldring har større risiko for å bli rammet av sykdom og for tidlig død enn de som har en mer positiv innstilling og som føler seg yngre. Å fremme holdninger som skaper anerkjennelse av eldre som en samfunnsressurs kan derfor være avgjørende. Våre forventninger og vår innstilling til det å bli eldre kan slik sett også fungere som selvpoppfyllende profetier (Levy, 2003). Kommunen har derfor blitt stilt overfor krav om å tenke nytt. Behovet for nytenkning er tydeliggjort i Stortingsmelding 29 (2012-2013): *Morgendagens omsorg*, der viktigheten av å ta i bruk samfunnets omsorgsressurser, utvikle nye omsorgsformer, utvikle kunnskap samt styrke kommunens forsknings- og innovasjonsarbeid fremheves.

1.4 Forebyggende psykisk helsetjeneste (FPH)

Lørenskog kommune har vært aktiv i å bygge opp psykisk helsehjelp gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), og var tidlig ute med å tilby lavterskel psykiske helsetjenester til gravide, barn og unge mellom 0 og 23 år, og deres familier. I dag er FPH organisert i Helse- og omsorgssektoren i kommunen, under Helsefremmende- og forebyggende tjenester, og tilbyr lett tilgjengelig helsehjelp for milde til moderate psykiske helseplager. Helse- og omsorgssektoren i Lørenskog kommune er opptatt av å ha innbyggeren i fokus til enhver tid, med utgangspunkt i det friske i mennesket. FPH tilbyr vurdering, rådgivning og kortvarig behandling, og har et utstrakt samarbeid med aktuelle tjenesteytere i kommunen. Tjenesten er inndelt i to team der det første jobber med gravide, barn, unge fra 0-18 år og deres familier, mens det andre jobber med voksne over 18 år. Man trenger ikke henvisning for å få hjelp ved FPH, og tilbudet er gratis. FPH arbeider parallelt med dette også ute der befolkningen lever sine liv, gjennom blant annet veiledning av andre yrkesgrupper, kurs og foredrag.

I samarbeid med Rådet for psykisk helse søkte FPH om midler til Extrastiftelsen i 2015 for å igangsette et prosjekt som tok sikte på å kartlegge og gjennomføre ikke-lovpålagte tiltak for en god alderdom, da vi så behovet for å styrke tjenestens arbeid rettet mot denne målgruppen.

1.5 Prosjektets innledende målsetting og målgruppe

I den innledende prosjektsøknaden ble det skissert et mål om å kartlegge behovet for psykiske helsetjenester hos den eldre befolkningen på kommunenivå, samt utvikle og prøve ut ulike ikke-lovpålagte tiltak rettet mot kommunens eldrebefolkning. Det ble tenkt at kommunen gjennom prosjektet kunne utvikle bedre forutsetninger og tilrettelegge for gode og effektive tiltak, slik at kommunen ville kunne få et bedre bilde av behovene i eldregruppen, samt bedre forutsetninger å tilrettelegge for gode og effektive tiltak. Prosjektsøknaden fremmet følgende målgrupper:

- Eldre over 65 år
- Pårørende
- Ansatte innen Helse- og omsorgssektoren, for eksempel hjemmetjenesten og sykehjemspersonale, og andre aktuelle instanser i kommunen.
- Organisasjoner utenfor kommunens egne rammer, for eksempel Pensjonistforeningen og Frivillighetssentralen

Kapittel 2

Prosjektgjennomføring og metode

Prosjektet har pågått gjennom 2016 og 2017, og har i sin helhet bestått av en forfase (kartlegging), hovedfase (intervensjonsutvikling og –implementering) samt en avslutningsfase der fokus har vært på forankring og videre drift i kommunen. Den opprinnelige søknaden skisserer at forfasen skulle arbeide ut fra følgende målsettinger:

- Brukermedvirkning
- Utvikling, utprøving og evaluering av gruppetiltak
- Oppretting og styrking av tverrfaglig samarbeid
- Markedsføring og utarbeiding av materiell
- Kompetanseheving
- Gjennomføring og evaluering knyttet til utprøving av tiltak

Det er valgt å vise til prosjektets gjennomføring inndelt etter prosjektår og hovedmålsettinger og arbeidsmetodikk her for å dokumentere at prosjektet er gjennomført i tråd med kriterier for tilskuddsordningen. Det beskrives nedenfor hvordan arbeidet er gjennomført. Læringsutbytte og prosjektresultater gjennomgås i Kapittel 3.

2.1 Prosjektåret 2016: Kartlegging, posisjonering og intervensjonsutvikling

Våren 2016 fungerte som prosjektets forfase, der følgende punkter ble vektlagt:

- Etablering av kunnskapsplattform (kompetanseheving)*, som viser til tid avsatt for å styrke tjenestens kunnskap og bevissthet knyttet til forebyggende og helsefremmende arbeid blant eldre gjennom litteratursøk, kurs/konferansedeltagelse og veiledning av spesialist.
- Interkommunal kartlegging*, som viser til avsatt tid til å få oversikt over arenaer og tiltak som allerede ble tilbudt til eldrebefolkningen i kommunen.
- Behovskartlegging*, som viser til å sikre brukermedvirkning.
- Tiltaksutvikling*, som viser til tid avsatt til å smelte kunnskap og kartlegging sammen for å avdekke nivåer og arenaer som potensielt kunne virke helsefremmende og forebyggende for målgruppen.

2.1.1 Etablering av ny kunnskapsplattform (kompetanseheving)

Lørenskog kommune har mye kunnskap om psykisk helse, men hadde ved prosjektstart et ønske om å styrke kompetansen og bevisstheten knyttet til den eldre delen av befolkningen. Gjennom våren 2016 gjennomgikk prosjektdeltagere ved FPH aktuell litteratur, og mottok i samme periode 36 timer veiledning av spesialist i klinisk samfunnspsykologi, Mona Nielsen. Vi inngitt videre et samarbeid med spesialist i klinisk samfunnspsykologi, Anne Kari Hoel, om videre veiledning for året 2016 og 2017.

FPH var også representert på konferanse i klinisk helsepsykologi våren 2016, der kunnskap om psykologers rolle og samfunnsoppdrag ved aktuell somatisk sykdom ble tematisert. Sentrale temaer på konferansen var 1) depresjon ved somatisk sykdom, 2) søvn i et livsperspektiv, 3) psykologisk behandling ved kroniske smertetilstander og utmattelse, 4) oppfølging etter hjerneslag, og 5) palliasjon.

2.1.2 Oppretting og styrking av tverrfaglig samarbeid

I tråd med søknadens fremdriftsplan ble det gjennom våren 2016 gjennomført en omfattende kartlegging av allerede eksisterende tjenester til kommunens befolkning over 65 år. Arbeidet innebar etablering og styrking av kontakt med en rekke potensielle intrakommunale samarbeidspartnere. Vi fikk på denne måten en etterlengtet oversikt over allerede eksisterende tilbud, og ut fra kartleggingsarbeidet ble det utformet en oversikt over samtlige tilbud med utdypende informasjon om tilbudene og tilhørende kontaktinformasjon i et helhetlig dokument til bruk for ansatte og befolkningen. Samtidig bød kontaktetableringen på økt synlighet av vår tjenestes fokus på eldrebefolkningen til aktuelle samarbeidspartnere. Blant annet har FPH innledet et godt samarbeid med kultursektoren i kommunen gjennom dette, og vi har gjennom samarbeidet frontet tjenesten ut til befolkningen gjennom en rekke befolkningsrettede gratisforedrag (se punkt 2.2.1). Det henvises ellers til punkt 2.2.2 og 4.3 for utdyping av foreløpige og planlagte samarbeid som forfasen har tilrettelagt for.

2.1.3 Brukermedvirkning

Det ble rekruttert deltagere til fokusgruppeintervjuer gjennom våren 2016. Det ble her valgt å rekruttere både eldre og kommuneansatte som gjennom sitt arbeid er i kontakt med eldre brukere. Å inkludere både eldre og ansatte ble ansett som viktig for å få tilstrekkelig tilgang på ulike perspektiver og et bredt spenn av erfaringer, ideer og synspunkter. Det ble i rekrutteringsprosessen innledende fase valgt å rekruttere brukere og ansatte til separate fokusgrupper, da dette skillet ble ansett å kunne gi tilgang på meningsutvekslinger som ikke var distraheret av potensielle makthierarkier.

Rekruttering av brukergruppen ble gjennomført ved å henge opp informasjonsmateriell og deltagerinvitasjoner på sentrale møtepunkter for den eldre befolkningen. Dette inkluderte blant annet Lørenskog pensjonistforening, Lørenskog pensjonistuniversitet, fastlegekontorer og kommunens sykehjem. Rekruttering av ansatte ble gjennomført via utsendelser av tilsvarende materiale på e-post til aktuelle instanser (i all hovedsak gjaldt dette ansatte i helse- og omsorgssektoren samt kultursektoren i kommunen). FPH inviterte også seg selv inn på et fastlegemøte for å informere om, og rekruttere til, prosjektet, og vi sendte også ut informasjon og deltagerinvitasjon til ulike trossamfunn. Det ble til sammen rekruttert 17 informanter i brukergruppen, som ble tilfeldig fordelt på to fokusgrupper. Informanter var i alderen 65 til 85 år, hvorav 11 var kvinner og 6 var menn. I ansattfokusgruppen ble det rekruttert 8 deltagere, hvorav én var ansatt i kultursektoren, én representerte Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, og de siste seks representerte ansatte fra ulike deler av Helse- og omsorgssektoren.

Til gjennomføring av fokusgruppene ble det utviklet to semi-strukturerte intervjuguider tilpasset hver gruppe med den hensikt å utforske deltageres meninger og innspill til aktuelle forhåndsbestemte temaer. I prosjektsøknadens fremdriftsplan ble det skissert at tiltak som 1) psykoedukasjon om psykiske lidelser, 2) undervisning og opplæring av helsepersonell, 3) gruppetiltak, og 4) å øke fokus på viktigheten av fysisk aktivitet ville drøftes i gruppene som potensielle tiltak, der et overordnet tema ville være hvordan man i større grad kan få eldre til å benytte seg av ulike tilbud. Det ble vurdert som hensiktsmessig å utarbeide en guide for brukergruppen som etterspurte fenomenologiske aspekter ved

alderdom. Dette for å rette fokus på deres levde liv og determinanter for psykisk helse. Vansker, tap og belastning ble balansert opp mot fokus på ressurser, mestring og velvære. Guiden utarbeidet for ansattgruppen tematiserte ansattes erfaringer i møte med brukere - både deres vurderinger av eldrebefolkningens behov, samt erfaringer knyttet til egen kompetanse, mestringstro og samhandling i kommunen. I begge guider ble det viet plass til å drøfte tiltak 1-4 i lys av historier og erfaringer som framkom underveis. Kommunens aktuelle tilbud og deltagerens erfaringer med disse ble også her tematisert.

2.1.4. Intervensjonsutvikling

Utvikling av en modell for et gruppebasert tilbud ble nevnt som en sentral del av forfasen, men den opprinnelige søknaden pekte samtidig på at prosjektet var åpent for utvikling av andre tiltak på bakgrunn av det som kunne framkomme i fokusgruppene. Basert på en tematisk analyse av fokusgruppene, samt det som framkom av informasjon om allerede eksisterende tjenester og kommunens satsning på helse- og omsorgstjenester for perioden 2020-2050, utledet arbeidet i forfasen behovet for å utsette utvikling av et konkret gruppetiltak. Det ble istedenfor valgt å utvikle flere pilotintervensjoner som på hvert sitt vis potensielt kunne dekke alle nivåer av forebyggende arbeid, herunder (1) *universelle tiltak* som retter seg mot den generelle befolkningen, (2) *selektive tiltak* som retter seg mot grupper i befolkningen der det er identifisert potensiell risiko for utvikling av vansker, og (3) *indikative tiltak* som retter seg mot enkeltindivider der det er identifiserte vansker. Enkelte av tiltakene ble utviklet og implementert i 2016 og enkelte ikke stod ikke ferdige før i 2017. Vi har i denne rapporten valgt å samle samtlige tiltak innunder prosjektåret 2017, men presiserer at deler av dette (da spesielt deler av punkt 2.2.1) også gjelder for 2016.

2.2 Prosjektåret 2017: Intervensjonsutvikling og -implementering

I prosjektperiodens andre år ble satsningen videre å utvikle og implementere gode forebyggende tiltak basert på analysene og våre erfaringer så langt gjennom prosjektets første år. Arbeidet har involvert jevnlig ekstern veiledning med psykologspesialist i klinisk samfunnspsykologi Anne Kari Hoel, samt intern veiledning med psykologspesialist Kjersti Hildonen. Prosjektgruppen har avholdt jevnlig møter, samt innhentet kompetanse og råd fra teamet i sin helhet, og har også vært i flere samarbeidsmøter med andre tjenester underveis for å sikre at tiltakene som ble utviklet ikke bare hadde støtte i resultater fra kartleggingsprosessen, men også ble støttet i teamet, og at det var i tråd med videreutviklingen av gode intrakommunale samarbeid og med kommunesatsningen generelt.

2.2.1 Universell forebygging: Foredrag og økt synlighet/posisjonering

FPH har utviklet og holdt en rekke foredrag på befolkningsnivå. De fleste foredragene som er utviklet har rettet seg mot eldre som målgruppe, men noen har også rettet seg mot pårørende, frivillige og/eller ansatte. Hovedmålet for samtlige foredrag har vært å (1) fremme psykoedukasjon og normalisering knyttet til relevante temaer for målgruppen, og (2) synliggjøre for befolkningen og kommunens ansatte at FPH også arbeider med forebygging og helsefremming blant eldre. Vi har invitert oss inn i ulike fora og takket ja til forespørsler innad i kommunen som har ført til at vi har fått muligheten til å vise oss fram samt spre god psykologfaglig kunnskap til «mannen i gata». Eksempler på foredragstitler vi har utviklet er:

- Vold mot eldre – en privatsak? (*målgruppe: eldre, frivillige og ansatte*)
- Smilerynker (*målgruppe: eldre*)
- Frisk og kronisk syk (*målgruppe: eldre*)
- Mestring og livsglede når alderdommen utfordrer (*målgruppe: pårørende*)
- Ensomhet (*målgruppe: eldre og pårørende*)

Foredragene har blitt avholdt på lett tilgjengelige og sentrale arenaer for eldre, som for eksempel i biblioteket i Lørenskog hus og på Rolfsrudhjemmet sykehjem. Gjennom samarbeid med blant annet kulturavdelingen har vi fått reklamert for foredragene både i Romerikes Blad, på kommunens nettsider, på Facebook og på plakater som har hengt synlig flere steder i kommunen. Det er brukt Powerpoint, musikk og videoklipp for å synliggjøre og aktualisere temaene, og samtlige foredrag er utviklet med en tilhørende tekst (manus). Alt materiell er lagret på tjenestens interne nettområde til senere bruk.

Parallelt med foredragsutvikling har FPH vært i løpende dialog med flere tjenester i kommunen, der vi har etterspurt økt samarbeid. Her kan blant annet kommunens prestetjeneste, demenskoordinator og kulturavdeling nevnes.

2.2.2 Selektiv forebygging: Veiledning

Som et sentralt ledd i vår tverrfaglige samarbeidssatsning, valgte FPH å inngå et samarbeid med kommunens hverdagsrehabiliteringsteam. Dette er et team i kommunen, organisert under helse-, og omsorgssektoren, som hovedsakelig jobber med eldre i etterkant av sykdom og/eller andre hendelser som representerer risiko for funksjonsfall. Teamet står ofte i krevende saker, der de oppsøker brukeren i egen bolig for tilrettelegging og motivasjon for egentrening/egeninnsats. Hverdagsrehabiliteringsteamet henvendte seg til FPH i oppstartsfasen av prosjektet for å komme med innspill, og har vist stor interesse og engasjement for vår satsning på eldre - blant annet gjennom godt oppmøte på foredragene våre gjennom 2016. FPH valgte å inngå en pilot med fokus på veiledning, da Hverdagsrehabiliteringsteamet beskrev at de tidvis stod i krevende saker i møte med eldre som sjeldent fanges opp av andre, og der det mistenkes fare for utvikling av psykiske vansker. De beskrev innledningsvis at de ofte kommer inn hos mennesker der de som fagpersoner strever med å motivere dem for økt funksjon, og at de ser at fysisk og psykisk helse henger sammen. Teamet er forholdsvis kort inne (ca. 6 uker) før de trekker seg ut igjen, og de ansatte pekte på viktigheten av å komme raskt i gang med opptrening og hverdagsfungering. De uttrykte med andre ord stor variasjon i hvorvidt brukere var motiverte til å igangsette tiltak for å gjenvinne funksjon eller ikke. Ettersom vi vet at tapt funksjon vil kunne påvirke psykisk helse (økt risiko for isolasjon og somatiske plager) og vica versa, ble det bestemt at FPH skulle gå inn i et veiledningsforløp (inkludert drøftingsteam) med teamet.

Bestillingen fra Hverdagsrehabiliteringsteamet sammenfalt godt med våre analyser av kartleggingsfasen, da ett av de sentrale punktene for forebyggende arbeid ble identifisert å være økt innsats inn mot selektiv forebygging, og da gjerne i form av økt kompetanse hos ansatte som er i jevnlig kontakt med potensielt sårbare eldre. Gjennom et selektivt forebyggende tiltak siktes arbeidsressursene inn mot grupper der det er identifisert risiko for utvikling av psykiske vansker. I dette tilfellet eldre med funksjonsfall etter sykdom, skade eller andre belastende livshendelser. Det ble samtidig vurdert som potensielt økonomisk effektivt å rette tiltaket inn mot de ansatte, da dette i sin tur var tenkt å kunne bidra til at flere brukere fikk hjelp, framfor å hjelpe brukeren direkte. Dette er for øvrig en tankegang som er i tråd med kommunens plan for helse- og omsorgstjenester (se HO-planen).

FPH har lenge arbeidet ut fra tilknytningsbaserte tilnærminger i arbeid med barn og unge, og vi har over tid utviklet bred kompetanse i veiledning av foreldre, barnehageansatte og lærere med fokus på tilknytningsbaserte teknikker. Formålet med dette arbeidet har vært å styrke den voksnes forståelse av barnets behov bak atferden barnet utviser. Det har de senere årene også

blitt en stadig større tilnærming også i møte med voksne (blant annet i parterapi). På bakgrunn av dette valgte FPH å bruke piloteringen med Hverdagsrehabiliteringsteamet til å undersøke hvorvidt en slik tilknytningsbasert tilnærming også kan fungere i veiledning av ansatte, der fokus ligger på å styrke den ansattes forståelse av hvilke behov de eldre har bak den observerte atferden. Fokus i veiledningssamtalene har derfor vært på hvordan de ansatte i Hverdagsrehabiliteringsteamet kan se bak den eldre atferd for å forstå bedre den eldre behov i ulike scenarioer som utspiller seg i rehabiliteringsprosessen. Teknikkene som er tatt i bruk har også hatt fokus på de ansattes egne behov og prosesser parallelt, der de har fått øve seg på å (1) skille mellom sine egne behov og brukerens behov, og (2) bevisstgjøre seg hvordan de kan møte brukeren på mer hensiktsmessige måter gjennom å forstå seg selv og egne prosesser bedre.

FPH har hatt jevnlig veiledningstimer med teamet. Vi har møttes ca. annenhver uke og det har hver gang vært satt av to timer. To ansatte ved FPH har vært tilstede på veiledningsmøtene, og de ansatte i Hverdagsrehabiliteringsteamet har til hver samling lagt fram saker og drøftet pågående saker der de opplever at de står fast. Vårt hovedmål som veiledere har vært å trekke enkeltsaker opp i en større forståelsesramme, der også de ansatte får mulighet til å reflektere over sine egne reaksjonsmønstre, tankefeller og emosjonelle trigger.

Parallelt med veiledning har også Hverdagsrehabiliteringsteamet hatt tilgang til vår kontaktteléfono ved behov. Samtalene her har vært definert som faglige drøftinger som går mer på det diagnostiske, samt innspill fra FPH i forhold til inntak ved vårt kliniske tilbud eller eventuelt viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten. Det har vært viktig for FPH å skille mellom disse to tilbudene, der veiledningstimerne har vært brukt i saker der man tenker seg at Hverdagsrehabiliteringsteamet i utgangspunktet skal kunne stå i sakene på egen hånd gjennom økt kompetanse på tilknytningsteori, og der kontaktteléfonoen har vært brukt i enkeltsaker der det mistenker allerede utvikling av psykopatologiske tilstander.

2.2.3 Indikativ forebygging: Klinisk samtaletilbud

Et viktig aspekt som framkom gjennom kartleggingsfasen var viktigheten av et samtaletilbud også for innbyggere over 65 år som opplevde å streve med milde til moderate psykiske plager. Vi ønsket på grunn av dette økt synlighet av FPH som tilbyder av individuelle samtaler også for denne målgruppen. Vi har gjennom prosjektperiodens siste år avsatt tid til mer intern drøfting/diskusjon på teamet som omhandler temaer som er relevante for målgruppen, deriblant økt fokus innad i tjenesten på medikasjon, komorbiditet, somatikk, involvering av pårørende, sorg og funksjonstap. Samtidig er det avsatt mer tid til kliniske individualsamtaler for innbyggere over 65 år med tilbud om kognitiv atferdsterapi i et korttidsforløp for eldre med milde til moderate psykiske vansker.

Kapittel 3

Resultater og resultatvurdering

FPH opplever at vi gjennom prosjektperioden har lyktes i flere punkter som gjennom kartleggingsfasen framstod som sentrale for å kunne bidra til å trygge alderdommen til våre innbyggere. Vi opplever at vi har økt vår synlighet utad til befolkningen, samt innad blant ansatte og potensielle samarbeidspartnere. Antall henvendelser til vårt kliniske

lavterskeltilbud har økt med 43,5 % for målgruppen gjennom prosjektperioden. Vår opplevelse er at denne økningen skyldes vår synlighet gjennom foredrag og intrakommunale samarbeid, men det påpekes her at dette ikke er systematisk kartlagt og at vi derfor ikke kan si hva den økte etterspørselen skyldes med sikkerhet. Vi sitter samtidig igjen med en opplevelse at tjenesten har økt etterspørsel, positive omtaler og gode tilbakemeldinger fra eldre, pårørende og ansatte/samarbeidspartnere. Samtlige av våre foredrag har vært svært godt besøkt, både av eldre, ansatte i kommunen som jobber med eldre og pårørende. Vi har generelt opplevd at tilbakemeldinger og etterspørsel rundt tjenesten har økt i forbindelse med disse foredragene, enten ved at innbyggere selv har tatt kontakt med behov for samtaler eller at ansatte har kontaktet oss for faglige drøftinger og eventuelt samarbeid om los videre i systemet.

Tilbakemeldinger fra vårt veiledningsarbeid med Hverdagsrehabiliteringsteamet har også gitt gode tilbakemeldinger og evalueringer. De ansatte beskriver nå større trygghet i hvordan de kan møte og forstå den eldre, og de beskriver at arbeidet med tidligere demotiverte brukere har vært preget av større motivasjon og endringsvilje basert på de verktøyene de ansatte har fått gjennom veiledningen. De ansatte har særlig pekt på et læringsutbytte i situasjoner der de tidligere hadde vanskeligheter med å vite hvordan de skulle møte den eldre på negative følelser, samt hvordan de selv skulle håndtere egne reaksjoner. De peker her på økt bevisstgjøring rundt dette, og at det har gitt dem et større overskudd, økt handlingsrom og større fleksibilitet i arbeidet. Samtidig har samarbeidet gitt FPH som tjeneste et større innblikk i den delen av eldrebefolkningen som kan stå i fare for å ikke fanges opp til tross for at det utvises tydelige symptomer på psykiske vansker. Dette har økt vår tro på at bruken av vår psykologfaglige kompetanse i veiledning bidrar til å gi brukere av andre kommunale tjenester et bedre tilbud, men det har også vist oss tydeligere at det er flere grupper innad i vår målgruppe som bør kartlegges bedre i årene som kommer i forhold til behov for forebyggende og behandlende tjenester.

Kontakt med andre tjenester (f.eks. prestetjeneste og demenskoordinator) har videre gitt tjenesten vår økt kunnskap om de ulike kommuneaktørenes tilbud, noe som har blitt viktig i vår los-funksjon i møte med eldre som tar kontakt med oss. Dette gjør det enklere for oss å lose videre til riktig instans, slik at innbyggeren får riktig hjelp på riktig sted til riktig tid. Lavere terskel for å kontakte hverandre, samt viktige tverrfaglige drøftinger i enkeltsaker, har også vært svært nyttig og gitt grobunn for et tydeligere samarbeid framover. Tettere samarbeid mener vi at vil gagne innbyggerne på sikt. Alt i alt tilsier resultatene hittil at FPH i dag er en synligere tjeneste for befolkningen så vel som for våre samarbeidspartnere, og at vi er på god vei til å posisjonere oss som en tjeneste som arbeider for å fremme god psykisk helse for kommunens heterogene eldrebefolkning på alle forebyggende nivåer.

Kapittel 4

Oppsummering, konklusjon og videre plan

4.1 Oppsummering og konklusjon

Eldre er en stor og voksende gruppe, som kjennetegnes av heterogenitet på linje med andre aldersgrupper i kommunen. Ett av de viktigste aspektene ved prosjektet har vært å forstå hvordan vi kan treffe en slik bred målgruppe, med så varierende behov, på gode måter. Samtidig har det vært viktig for oss å bruke midlene fra Extrastiftelsen til å utvikle intervensjoner vi tenker er kostnadseffektive og som kommunens ledelse har tro på i forhold

til en eventuell videreføring. Sentralt i arbeidet har vært å forstå hvordan vi kan ivareta allerede god psykisk helse blant eldre, og ikke minst også hvordan vi kan forebygge utvikling av psykiske vansker samt intervensere ved allerede identifiserte (milde til moderate) vansker. Det har på grunn av dette vært viktig og nødvendig med utprøving av tiltak rettet mot samtlige forebyggende nivåer (universelt, selektivt og indikativt nivå).

På *universelt nivå* har vi gjennomført en rekke foredrag som alle har vært svært godt besøkte og der tjenesten har fått gode tilbakemeldinger i etterkant. Vi har også styrket det intrakommunale samarbeidet ved å vise tydelig overfor våre samarbeidspartnere at vi satser på å være en viktig bidragsyter i arbeidet med å fremme god helse også i eldrebefolkningen. På *selektivt nivå* har vi arbeidet jevnlig med veiledning blant ansatte og frivillige, og gjennom dette arbeidet antas det at vi har spredt vår fagkompetanse ut til flere av de mer sårbare eldre enn vi ville greid dersom vi gikk inn med direkte tiltak hos hver enkelt bruker. På *indikativt nivå* har vi, som en antatt naturlig respons på vår økte synlighet utad, opplevd en betraktelig økning i antall henvendelser til vårt kliniske tilbud. Dette, kombinert med økt faglig kompetanse og bevisstgjøring innad i tjenestens voksenteam, har bidratt til at flere eldre som beskriver milde til moderate psykiske vansker har fått et klinisk samtaletilbud sammenliknet med før prosjektets oppstart.

4.2 Videre plan

Basert på våre erfaringer gjennom prosjektet ser vi behov for økte ressurser på permanent basis. Vi ser behovet for mer kartlegging av de mer sårbare eldregruppene, og vi ser samtidig viktigheten av at psykologfaglig kompetanse spres ut blant ansatte og frivillige som er i jevnlig kontakt med målgruppen. FPH tar derfor nå sikte på å søke kommunale midler til videreføring, med størst vektlegging på veiledning av ansatte og frivillige. Dette antas å øke det intrakommunale samarbeidet, gi økt kompetanse på psykisk helse blant ansatte og i befolkningen, samt virke forebyggende for flere grupper innenfor målgruppen. Det ønskes videre også vedlikehold av vår satsning på eldre i form av befolkningsrettede foredrag og gjennom vårt kliniske samtaletilbud. Vi anser disse tiltakene som potensielt kostnadseffektive og nyttige i et individuelt og samfunnsmessig forebyggingsperspektiv, og satsningen på eldre er dessuten i tråd med kommunen plan for helse- og omsorgstjenester i årene som kommer.

FPH anser samarbeidet med Frivilligsentralen og tilhørende frivillighetskoordinator som et sentralt punkt for utvikling av videre tilbud, da gjennomførbarhet og struktur i en fremtidig modell møter det både brukere og ansatte har etterspurt gjennom fokusgruppene. Vi er derfor spent på kontakten med disse framover, og ønsker å komme tydeligere på banen for videreutvikling av frivillighetstilbudene i Lørenskog kommune dersom vi får de økonomiske midlene som trengs til dette. I avslutningsfasen av prosjektet ble det derfor viktig å få ledere i kommunen på banen, og prosjektleder har allerede vært invitert inn i utvidet ledermøte i kommunen, der prosjektperioden med påfølgende videre mål og visjoner har blitt presentert. Som del av den videre prosessen er det foreslått oppretting av et eldreutvalg. FPH hadde gode erfaringer i punktet om brukermedvirkning, og vurderer å opprette et utvalg av brukere som kan komme til å spille en sentral rolle i utviklings-, utprøvings-, og evalueringsfasen framover.

Videre ønskes det at vi i tiden som kommer fortsetter med foredrag og økt synlighet blant målgruppen, slik at vi i størst mulig grad kan vedlikeholde inntrykket blant befolkningen og kommuneansatte om at FPH er en tjeneste for *alle* innbyggere i kommunen.

Litteratur

- Beekman, A.T., de Beurs, E., van Balkom, A.J., Deeg, D.J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld St 47 2008-2009). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdf/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg* (Meld St 29 2012-2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter* (Meld St 19 2014-2015). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/sec1>
- Langballe, E.M., & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* (Rapport April 2011). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Larkin, B. A., Copeland, J. R., Dewey, M. E., Davidson, I. A., Saunders, P. A., Sharma, V. K., McWilliam, C., & Sullivan, C. (1992): The natural history of neurotic disorder in an elderly urban population. Findings from the Liverpool longitudinal study of continuing health in the community. *The British Journal of Psychiatry*, 160(5), 681-686
- Levy, B.R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journal of Gerontology*, 4(1), 203-211
- Seeman, T.E., Berkman, L.F., Charpentier, P.A., Blazer, D.G., Albert, M.S., & Tinetti, M.E. (1995). Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology*, 50(4), 177-183