

Bertelsen, B. (2025). Å bygge et psykisk helsevern nedenfra, én samtale av gangen.  
I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse*  
(s. 227–242). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550213>

Kapittel 13

## **Å bygge et psykisk helsevern nedenfra, én samtale av gangen**

**Bård Bertelsen**

## Innledning

Kapitlet bygger på erfaringer fra arbeid med et lavterskeltilbud i regi av psykisk helsevern for barn og unge, kalt Abup drop in. Hensikten er først og fremst å gi en beskrivelse av dette tilbudet, både konteksten det oppsto i, kunnskapen det bygget på, og den arbeidsformen som utviklet seg i møte med menneskene som brukte tilbudet. Gjennom å gi en slik beskrivelse ønsker jeg også å belyse hvordan enhver praksis innenfor helsetjenestene er en del av et større kretsløp, og at måten den enkelte psykisk helsearbeider forstår og forvalter sitt oppdrag på, virker inn på om velferdsstatens institusjoner stivner eller holdes levende.

Tilbudet «Abup drop in» besto i at to psykologspesialister fra Avdeling for barn og unges psykiske helse (Abup) ved Sørlandet sykehus en dag annenhver uke befant seg på et kommunalt familiehus der de var tilgjengelig for konsultasjoner i opptil 60 minutter av gangen (Bertelsen, 2024; Bertelsen et al., 2015; Holter, Bøe & Bertelsen, 2024; Odden & Bertelsen, 2015). Det var ingen begrensninger på hvem som kunne benytte tilbudet, eller hva det kunne benyttes til, så lenge tematikken gjaldt konkrete barn og unges psykiske helse. Med dette som utgangspunkt var tilbudet også et eksperiment. Eksperimentet handlet om å se hva tjenesten ville bli brukt til, hvordan brukerne av den ville erfare tilbudet, og hvilke praksiser som over tid ville utvikles og avvikles innenfor disse rammene.

Praksisen var et bidrag til å svare opp spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2015). Men den var også en kime til skaperverk, i betydningen at den bar i seg muligheten til en radikalt annerledes inngang til psykososial hjelpekunst enn det den eksisterende organiseringen av tjenestene inviterer til. Mens psykisk helsevern er organisert som en kunnskapspyramide der man hele veien henvender seg oppover (jf. veiledningsplikten), var denne praksisen motivert av et spørsmål i motsatt retning: Hvordan kan spesialisthelsetjenesten komme nærmere folks hverdag?

## Psykisk helse – en rask utviklingshistorie

Begrepet «psykisk helse» har langt på vei gått fra å handle om tabubelagte avvik hos de få til å handle om livskvalitet i hverdagen hos de mange. Denne utviklingen gjenspeiles blant annet i måten Verdens helseorganisasjon (WHO) i dag definerer psykisk helse:

en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (WHO, 2022).

Slik har det ikke alltid vært. Gjennom 1800-tallet og frem til godt forbi midten av 1900-tallet var profesjonell praksis knyttet til psykisk uhelse preget av en ide om segregering – at de syke, eller gale, burde skilles fra de friske og normale (fysisk: i institusjoner; diskursivt: gjennom språklige kategorier (diagnoser)). Fra ca. 1960-tallet vokste det frem en alternativ ideologi preget av et ideal om integrering. Institusjonsplasser ble lagt ned til fordel for poliklinisk oppfølging og offentlig regissert bosetting av psykiatriske pasienter i lokalmiljøer (se Cromby, Harper & Reavey, 2013, s. 49–51). Selv om det språklige skillet mellom syk og frisk ble fastholdt, ble troen på atskillelse i noen grad oppgitt. Det vil være for enkelt å si at det her er snakk om to distinkte historiske perioder. Det har snarere vært slik at begge ideologiene, eller tendensene, har eksistert side om side, men med varierende synlighet.

De siste drøye 20 årene kan sies å være preget av en tredje tendens, det vi kan kalle en *homologisering*. Med det mener jeg at skillet mellom syk og frisk er gjort mindre tydelig. «Alle har en psykisk helse», og det er «hver sin tur» å søke hjelp. Bevegelsen fra å vektlegge avvik til å forstå lidelse som allemannseie kan beskrives som en dreining av hva som forstås som hensikten med psykososialt helsearbeid: fra å bekjempe sykdom til å fremme helse. Slik har benevnelsen for adressaten for psykososialt helsearbeid også endret seg: fra pasient til bruker – eller, i noen tilfeller, bare borger. I denne bevegelsen ser vi også en dreining av hvor selve «stedet» for psykisk (u)helse lokaliseres. Det har nærmest blitt «flyttet frem» – fra å bli forstått som sykdom på innsiden (av sjelen, kroppen, eller genene) til å være et fenomen på grensen mellom indre og ytre. Nå forstår vi psykisk helse som noe bio-psyko-sosialt, intersubjektivt

eller relasjonelt. Det er i kraft av denne bevegelsen at ideen om *psykososial* helse vokser frem, som noe som omfatter både de mentale, følelsesmessige, sosiale og spirituelle sidene ved enkeltmenneskers erfaring av egen tilværelse.

Selv om psykososial helse slik anerkjennes som en dynamisk og allmenn dimensjon ved menneskelivet, er institusjonene som utgjør psykisk helsevern bygget opp med sykdom, eller avvik fra en tenkt norm, som utgangspunkt. Det offentlige ordskiftet om psykisk helse foregår nå overalt – som pensum i skoler, i sosiale og konvensjonelle media og som reklame. (På min lokale buss står det akkurat nå med store bokstaver «1 av 5 får depresjon i løpet av livet» på baksiden.) De aller fleste som til daglig arbeider med psykisk helse, gjør det i kommunale tjenester nært folks hverdag. Likevel er det psykisk helsevern, som del av sykehussektoren, som fremdeles må regnes som både tyngdepunkt og viktigste premissleverandør for hvordan vi tenker og snakker om psykisk helse. Psykisk ubehag er, i dagligtalen, nært forbundet med psykisk lidelse, og psykisk lidelse er noe vi møter med behandling. Vi snakker offentlig om depresjon, angst og ADHD; motløshet, redsel og uro holder vi for oss selv.

## **Abup drop in: en plutselig frigjørende tanke**

Ideen til Abup drop in ble født høsten 2011 (Bertelsen et al., 2015; Odden & Bertelsen, 2015). På det tidspunktet satt jeg selv i et inntaksteam i Abup, der alle henvisninger til avdelingen hver uke ble vurdert. Når en henvisning forelå, ble saken enten tatt inn eller gitt avslag. Avslagene var godt begrunnet i faglige retningslinjer som gjaldt for slikt vurderingsarbeid. Likevel skurret det. Selv om de enkelte «sakene», slik de var formulert og begrunnet som henvisningstekster, ikke oppfylte kriteriene som utløste «rett til nødvendig helsehjelp», kjente jeg en voksende uro for hva som skjedde i livene til de menneskene som henvisningene beskrev, når folk ikke fikk komme til hos spesialisthelsetjenesten. Jeg var også nysgjerrig på hva menneskene som fikk avslag gjorde i stedet – hvem gikk de til når de ikke fikk komme til hos spesialisthelsetjenesten? Hva snakket de om når de skulle fortelle om hva de strevde med og ønsket hjelp til? Hvilke ressurser hadde de å spille på?

Høsten 2011 skjedde flere ting som hver for seg ikke hadde noe med hverandre å gjøre, men som sammen gjorde at prosjektet som ble til Abup drop in begynte. På denne tiden fikk jeg en ny psykologkollega, Espen Odden, som kom flyttende med familien til Sørlandet. Espen kom fra en jobb som kommunepsykolog på Østlandet, og ga uttrykk for at måten vi tok imot saker på i vår avdeling virket tungrodd og byråkratisk. Vi snakket ofte om hvordan det ville vært å møte folk på premisser som lignet førstelinjens, men innenfor andrelinjetjenestens mandat.

En plutselig sykmelding hos en kollega gjorde at det teamet ved Abup sin poliklinikk som hadde ansvar for å ta imot alle saker fra østre del av Aust-Agder fylke, ikke klarte å ta imot alle sakene de skulle. Samtidig åpnet Tvedestrand kommune Familiens Hus, der kommunale tjenester innen helse og omsorg for barn og ungdom ble samlokalisert. Dette, sammen med vår vedvarende fortvilelse over alle avslagene vi hver uke ga på henvisninger, gjorde at vi spontant lagde en skisse for et prøveprosjekt der to psykologer fra Abup (oss selv) en dag annenhver uke skulle være på Familiens Hus i Tvedestrand. Der skulle vi ta imot alle som ville snakke med oss. Tjenesten skulle ikke være avhengig av henvisning, og alle som ønsket det skulle få komme.

Prosjektet handlet om å ta imot folk, ikke om å følge saker opp over tid. Derfor skulle vi ikke tilby mer enn én enkelt time (60 minutter) for hver henvendelse. Slik ville vi sikre at vi alltid kunne ta imot alle som kom. Dessuten ville det ha vært betenkelig både juridisk og etisk om vi skulle etablere en alternativ poliklinikk utenfor sykehuset, der vi tok imot folk og fulgte dem opp over tid som pasienter. Men det å gi én enkelt times konsultasjon, der vi oppfordret profesjonelle og tjenestebrukere til å komme sammen til konsultasjon (og journalføre det i sykehusjournalen til den personen samtalen gjaldt, hvis det vi gjorde i samtalen kunne karakteriseres som helsehjelp), lå innenfor spesialisthelsetjenestens mandat om å veilede og støtte førstelinjetjenesten.

Dette prosjektet fikk vi klarsignal fra egen ledelse til å iverksette, før vi sendte en henvendelse til enhetslederen for Familiehuset i Tvedestrand med spørsmål om å få låne et kontor én dag annenhver uke, og en beskrivelse av hva vi ville bruke kontoret til. Vi fikk et umiddelbart «ja» tilbake.

Tirsdag 14. februar 2012 satt vi derfor på et lånt fysioterapeutkontor i Tvedestrand, med felles venterom med jordmor og helsesykepleier. Vi satte døren inn til kontoret åpen, og ventet. Ville noen dukke opp? For Espen og

meg var dette starten på et ti år langt samarbeid om å utforske hva et første møte med mennesker som har en bekymring om psykisk helse kan innebære, hvis dette møtet også er bestemt å være det eneste møtet man har<sup>1</sup>.

## Inspirasjonskilder

### ***Reach Out Centre for Kids***

Ideen om å ta imot mennesker til samtale uten henvisning, og på kort varsel, innenfor rammene av BUP-systemet, hadde vi fra en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Toronto i Canada (Young, 2008; Young, et al., 2008). Young (2008) beskriver hvordan psykisk helsevern for barn og ungdom i delstaten Ontario på starten av 2000-tallet var preget av lange ventelister – opp mot to år ved Reach Out Centre for Kids (ROCK) der Young selv arbeidet.

For å imøtegå denne situasjonen bestemte Young og kollegaene hennes seg for å åpne dørene til klinikken på vidt gap. På hvert av de tre stedene klinikken hadde filialer, satte de av en dag hver uke der alle som ønsket det, kunne få én time. På den måten fikk alle i lokalsamfunnet tilgang på kvalifisert psykososial helsehjelp innen kort tid, og når de selv erfarte å trenge det mest. Siden brukerne av tjenesten nærmest kunne gå rett inn fra gata og få tilbud om samtale der og da, omtalte de dette som «walk-in therapy»<sup>2</sup>.

Ved ROCK lot de etter hvert denne ordningen erstatte tradisjonelle henvisninger. I stedet tok brukere og terapeuter, i løpet av timen, sammen stilling til hvordan problemet brukerne var kommet for å få hjelp med kunne forstås, og hva som kunne gjøres med det her og nå. Var det noe de som kom kunne gjøre selv? Var det andre de kunne rekruttere som hjelpere? Eller var det nødvendig med mer undersøkelse og videre behandling ved klinikken? Både avslutning etter en time og videre oppfølging ved klinikken var mulige utfall. Og selv om man hadde benyttet dette tilbudet én gang, kunne man gjerne komme igjen – men da til en ny walk-in-time, og kanskje hos en annen terapeut.

---

1 Abup drop in drives fortsatt, men er overtatt av nye kolleger etter at vi som etablerte det, har sluttet å jobbe i Abup.

2 «Walk-in» er en vanlig engelskspråklig betegnelse på denne typen tjenester, se f.eks. Slive & Bobele, 2011.

Innen kort tid erfarte de at ventelistene deres for utredning og behandling var betydelig redusert. Samtidig erfarte de at de nå møtte langt flere brukere enn før (fordi ingen henvendelser ble avslått), samtidig som det var betydelig færre aktive saker som gikk over tid ved klinikken (siden mange klarte seg med den ene timen).

Terapeutene som arbeidet med walk-in-tilbudet ved ROCK, hadde ulike yrkesbakgrunn og behandlingsmessige filosofier. Young (2008) beskriver at de likevel delte et sett felles antakelser, som utgangspunkt for å møte mennesker innenfor disse rammene (oversatt fra Young, 2008, s. 28):

- Folk vet selv når de trenger hjelp.
- Det er bedre å tilby hjelp når folk selv ber om det, enn når ventelisten tillater det.
- Mange vil ha godt utbytte av én enkelt konsultasjon og trenger kanskje ikke flere.
- Mange vil gjøre bruk av sporadiske enkelttimer når de trenger det.
- Mange vil også trenge å bli henvist videre til selve klinikken for videre hjelp.
- Mennesker bærer med seg flere historier (mennesker er «multi-storied»), både når det gjelder problemer og løsninger.
- Når folk oppsøker terapi er det fordi de er forhindret fra å løse problemene sine på egen hånd – ofte fordi de er begrenset av sin nåværende kunnskap om og forståelse av situasjonen.
- Folk har kunnskap, evner og ferdigheter som kan oppdages og utvikles på måter som kan hjelpe dem til å løse problemer de står overfor.

Denne innstillingen, eller terapeutposisjonen, tok vi med oss inn i arbeidet med å utvikle Abup drop in. Vi forsøkte samtidig å «rydde vekk» så mye som mulig av de prosedyrene, hjelpemidlene og rammene som kjennetegnet arbeidet vårt til daglig, på *innsiden* av spesialisthelsetjenestens vante rammer – skriftlige henvisninger, ventetid og ventelister, diagnosebøker og spørreskjemaer, og teamdrøftinger. Vi satte ikke dette til side fordi det var noe galt med det, men fordi ingenting av dette uten videre ville være nyttig for den praksisen vi ønsket å prøve ut. Der var poenget å gjøre avstanden – fysisk, i tid, og språklig – mellom bekymring og samtale med en profesjonell så kort som mulig.

### **Moshe Talmon – single session solutions**

Tenkningen rundt én-sesjonsterapi i den formen som Young og kolleger utviklet, og som også Abup drop in bygget på, stammer fra arbeidet til den israelsk-amerikanske psykologen Moshe Talmon. I 1990 skrev Talmon en viktig bok om dette emnet, som kort og godt het «Single-Session Therapy».

I boka beskriver Talmon hvordan han og hans kolleger ved en poliklinikk i psykisk helsevern for voksne bekymret seg over antallet pasienter som ikke møtte til andre time, etter at et behandlingsforløp var satt i gang. Ofte kom dette overraskende på behandlere, som hadde inntrykk av at de i første time hadde fått lagt meningsfulle planer om videre endringsarbeid sammen med pasientene. Talmon og kollegene satte derfor i gang en oppfølgingsstudie der de ringte alle pasienter som hadde møtt til første time i et bestemt tidsrom, men ikke møtte til andre time. Da de sa at de gjerne ville vite hva terapeutene kunne gjort bedre slik at pasienten ikke hadde valgt å droppe ut av behandlingen, svarte mange at det slett ikke var slik det var – tvert imot hadde de opplevd å få så god hjelp i første time at de ikke trengte flere. For disse – majoriteten av dem det gjaldt – var det altså ikke sånn at de droppet *ut* av behandling. Det var snarere slik at de selv bestemte seg for å droppe *mer* behandling, fordi de opplevde det som skjedde i første time, som tilstrekkelig hjelp. Behandlingen var på sett og vis mer effektiv, og mer vellykket, enn behandlerne selv hadde hatt fantasi til å forestille seg.

## **Abup drop in: organisering og samtalemøll**

Drop in-tilbudet vi organiserte, besto av at to psykologspesialister som til daglig arbeidet i spesialisthelsetjenesten for barn og unges psykiske helse, en hel arbeidsdag annenhver uke var tilgjengelige for samtale og konsultasjon på et sted der alle kommunale helse- og sosialtjenester var samlet. Tilbudet var åpent for at folk bokstavelig talt kunne droppe inn, men vi etablerte også en bookingordning der psykologene ble lagt ut som en ressurs i kommunens felles elektroniske kalendersystem. Det gjorde at alle som var ansatt i kommunen hadde tilgang til å booke psykologene på fire faste tidspunkt de dagene vi var der. For eksempel kunne en lærer booke en time mens hen snakket med en

elev og foreldre om utfordringer på skolen, en barnehageansatt kunne booke en time for å snakke sammen med foreldre om bekymringer for et barn, sosiallærere og rådgivere kunne booke timer hvis de ville komme sammen med en elev eller en familie de hadde kontakt med, eller profesjonelle kunne booke en time for å drøfte en problemstilling knyttet til konkrete mennesker anonymt – alene eller sammen som kollegium. Ungdom over 16 og foreldre kunne booke timer ved å ta kontakt med ekspedisjonen på Familiehuset. Vi la også ut informasjon om tilbudet på kommunens nettsider. Der oppfordret vi profesjonelle om å ta med seg dem deres henvendelse gjaldt, og privatpersoner om å ta med seg den eller de profesjonelle som de tenkte de kunne tenke best sammen med. På den måten søkte vi å befolke drop in-timene med mennesker som kunne belyse det vi skulle snakke om, fra ulike vinkler, og som kunne snakke videre med hverandre i etterkant av timen. Som begrunnelse for dette sa vi ofte at ideene som kom ut av samtalene, kunne være vanskelige å ta med seg. Derfor var det bra om det var flere som kunne løfte sammen, og som kunne bidra til å sette ideene som oppsto, ut i livet.

### **Et kart for samtaler**

Vi opplevde umiddelbart rammen på 60 minutter som krevende. Det skyldtes ikke minst at konseptet gjorde at vi ikke visste noe om dem som kom på forhånd, og heller ikke tilbød oppfølging i etterkant. Hvordan skulle vi da strukturere timene for å kunne vite at det skulle komme noe ut av dem som brukerne av tjenesten ville ha nytte av? For å hjelpe oss med dette lagde vi en liste med spørsmål. Listen var ikke ment som en oppskrift, men som et kart til hjelp med orientering i samtalen. Til grunn for kartet la vi både andres forskning og vår egen erfaring, kort oppsummert i det som kan kalles en klientsentrert tilnærming til psykisk helsetjenster. Langberg, Dyhr og Davidsen (2019) oppsummerer en slik tilnærming som tjenester som fokuserer på 1. brukerens forståelse av aktuelle problemer og egen livssituasjon, 2. kvaliteten på kontakten mellom bruker og profesjonell og 3. koordinering av privat og profesjonelt nettverk som kan være til videre hjelp. Samtalekartet vi lagde, ble seende slik ut:

1. Hva ønsker du å snakke med oss om?
2. Hva håper du å få til i løpet av denne timen?

3. Kan du beskrive en gang der du opplevde et problem (stort eller lite), og der du løste dette problemet på en måte som du selv var fornøyd med?
4. Hvilke andre personer var viktige for at du klarte å løse problemet den gangen?
5. Er det noe av det du eller andre gjorde den gangen, som kan si deg noe om hva du kunne gjøre i den situasjonen du er i nå?
6. Hvem kan være til hjelp?
7. Planen videre.

Kunnskapsgrunnlaget for kartet var at det er viktig å:

- a. Etablere et klart fokus og en tydelig retning for samtalen (punkt 1 og 2). Her bygget vi blant annet på forskning som viser viktigheten av terapeutisk allianse, forstått som samarbeidsforholdet mellom terapeut og klient når det gjelder enighet om hva som er målet med kontakten og hvordan målene kan nås (Bordin, 1979; 1994; se også Baier, Kline & Feeney, 2020);
- b. Henvende seg til dem man snakker med som allerede kompetente aktører og eksperter på eget liv (punkt 3). Her hvilte vi i stor grad på klientsentrerte arbeidsformer, beskrevet bla annet av Duncan, Miller og Sparks (2004);
- c. Bringe inn bevissthet om nettverk og erfaringer med å ha fått noe til i fellesskap med andre (punkt 4). Her bygget vi særlig på forskning og erfaringer knyttet til arbeidsformen åpne samtaler i nettverk (Seikkula & Arnkil, 2007; se også Fonagy et al., 2019). Med dette som utgangspunkt bygget vi, sammen med de som kom, en plan for noen første skritt på veien mot en ønsket fremtid, tuftet på den kunnskapen og erfaringen som var lagt på bordet i samtalen rundt de fire første spørsmålene (punkt 5 og 6). Her benyttet vi all faglig kompetanse vi hadde til rådighet, erfaringer fra andre mennesker vi hadde møtt som profesjonelle, og fra eget levd liv. Vi anstrengte oss for å alltid tilby kunnskap i «porøs form». Det vil si som muligheter eller spørsmål, av typen «Jeg tror noen fort ville kalle det du beskriver for angst – rimer det med sånn som du opplever det, eller blir det feil?» Eller: «Andre jeg har truffet som har beskrevet lignende

erfaringer, har sagt at det verste kanskje er å ikke bli trodd – er det sånn det er for deg, eller har du det annerledes?» Eller: «De gangene jeg selv har vært i en lignende situasjonen, så har jeg ...».

- d. De siste minuttene av samtalen brukte vi til å oppsummere det vi sammen hadde kommet frem til, og tydeliggjøre hva planen videre kunne være (punkt 7).

## Forskning på én-sesjonsterapi

Idéen om at en enkelt time kan være nok til å bidra til konstruktiv utvikling kommer i gang, har en viss støtte i terapiforskning. Men det er forsket lite på dette området. Hymmen, Stalker og Cait (2013) gjorde en systematisk litteraturstudie av forskning som rapporterte utfall av én-sesjonsterapier. Studiene de gjennomgikk, er svært forskjellige, representerer et bredt spekter av tjenester og brukergrupper og representerer stor variasjon i forskningsmetoder brukt for å måle resultater. Med dette forbeholdet mener forfatterne likevel at det er grunn til å hevde at flertallet av klienter som har deltatt i disse undersøkelsene, ser ut til å ha opplevd den hjelpen de fikk som tilstrekkelig, nyttig og tilfredsstillende.

I en spørreundersøkelse blant brukere av en én-sesjonstjeneste i psykisk helsevern for voksne i Canada fant Ewen og kolleger (2018) at et flertall brukere vurderte hjelpen som nyttig. Det gjaldt både reduksjon av lidelsestrykk, opplevelsen av å være rustet til å håndtere problemer, opplevelsen av å være i stand til å mestre problemene og det å vite hvor de kunne søke støtte.

I en litteraturstudie om terapeutiske virkninger av første behandlingskontakt fant Aafjes-van Doorn og Sweeney (2019) 35 publiserte studier som hadde undersøkt virkningene av terapi gitt innenfor rammene av én til tre timer. I denne litteraturen fant de at en betydelig andel klienter rapporterte nytte, inkludert symptomendring, etter kortvarig terapeutisk kontakt. De hevder at den positive effekten er tydelig, særlig når det sammenlignes med hjelpesøkere som ikke har fått noe tilbud, og at de positive konsekvensene ser ut til å opprettholdes ved oppfølgingsundersøkelser.

## Avsluttende kommentarer

I innledningen omtalte jeg Abup drop in som et eksperiment som gikk ut på å se hva som ville skje når vi flyttet spesialisthelsetjenestens kompetanse og mandat nærmere folks hverdag – hvem ville bruke tjenesten, og hva ville de bruke den til? I de ti årene som vi som startet tjenesten jobbet med dette, var vi der stort sett en hel dag annenhver uke. Vi disponerte to kontorer, og hadde fire timer hver til rådighet hver gang. I løpet av disse årene var nesten alle timene benyttet. De gangene vi ikke hadde timer hver for oss samtidig, jobbet vi sammen. For oss, som klinikere, ble arbeidet med Abup drop in et viktig korrektiv til hverdagen inne på poliklinikken der vi ellers jobbet. I drop in-tilbudet traff vi mennesker som kom av egen maskin, la frem sine bekymringer med egne ord, og ofte sammen med dem som var sterkest berørt av det bekymringen gjaldt. Og vi kastet aldri bort tiden, men gikk «rett i tiltak» (som Espen, kollegaen min, pleide å si det).

Carl Whitaker, en av familieterapiens tidlige pionérer, sa at «I've always felt my most successful cases were those that lasted only one session» (gjengitt i Hoyt, Rosenbaum & Talmon, 1992, s. 60). Jeg kjenner meg igjen i det. Tilbakemeldingene vi fikk fra dem som brukte tilbudet – barn, ungdom, foreldre, lærere, barnehageansatte, helsepersonell, barnevernsansatte, for å nevne noen av de brukergruppene vi så mest til – var stort sett alltid varianter av at «dette var nyttig», eller «det vi snakket om kan jeg bruke med en gang». Andre ganger sa folk at det ikke kom så mye nytt ut av timen, men at det uansett var godt å snakke. Mange ga også uttrykk for at bare det at vi tok det de sa på alvor og responderte på *det*, i stedet for å stille en rekke spørsmål om helt andre ting, var noe de opplevde som en bekreftelse på at de faktisk var kompetente aktører i verden.

På slutten av hver dag i drop in-tilbudet satte Espen og jeg oss ned og snakket gjennom dagen. Målet med gjennomgangen var å dele erfaringer fra samtalene vi hadde hatt, for så å ta det som dagen hadde rommet som et svar på spørsmålet «Hva er det Abup drop in er til for?» Slik søkte vi å holde rammene for tilbudet, og praksisen innenfor disse rammene, åpen for de utfordringene mennesker oppsøkte tilbudet for å få bistand med – som et alternativ til å vedta et sett kriterier og retningslinjer som på forhånd kunne fortelle oss hvem som kvalifiserte for tilbudet, og hvem som ikke gjorde det.

Dermed tok praksisen aldri en endelig form, men forble et forsøk på å bygge et psykisk helsevern nedenfra, én samtale av gangen.

Selv om jeg i dette kapitlet har beskrevet praksisen i Abup drop in som et korrektiv til det etablerte, er ikke det i seg selv et argument for at praksiser som dette kan, eller bør, erstatte mer konvensjonelle arbeidsformer og måter å organisere tjenester på. De livsutfordringene mennesker kan oppleve, også de vi kaller psykiske lidelser, er uendelig mer komplekse og varierte enn at en enkelt samtale med en profesjonell er nok til å snu enhver destruktiv eller problematisk situasjon. For at lavterskelpraksiser som dette skal kunne fungere, er det viktig at det også finnes tjenester med høyere terskel, og mer omfattende tiltak, tilgjengelig.

Samtidig er det mange som hevder at selve det diagnostiske språket, som er en naturlig del av helsevesenet, har sneket seg inn i dagligtalen i samfunnet generelt. Hvis dette språket, som har sin opprinnelse innenfor en sykdomslogikk, får dominere hvordan vi forstår egne og andres utfordringer i livet, er det kanskje ikke overraskende at flere søker hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er tross alt den dominerende institusjonen for å behandle psykiske lidelser i samfunnet vårt. For å si det med en omformulering av det som kalles «Maslows hammer» (Maslow, 1966), eller instrumentloven: Hvis det eneste redskapet vi har er standardiserte nasjonale pasientforløp, vil all bekymring til slutt se ut som psykisk lidelse. Det viktigste Abup drop in-tilbudet tilførte det lokale psykisk helsevernet det oppsto i, var kanskje først og fremst en differensiering av tilbudet. Mens henvisning før var eneste mulige vei inn til psykisk helsevern for barn og unge innenfor det opptaksområdet vår tjeneste dekket, var det nå to veier – henvisning eller selv ta kontakt med drop in. For menneskene som søkte hjelp fra Abup, betydde det at de alltid kunne få en konsultasjon i løpet av maksimalt to uker, selv om de ikke selv kunne bestemme om de skulle bli tatt imot som pasienter og få tilbud om grundig utredning og behandling. For Abup som avdeling betydde det at flere fikk tilbud, uten at pasientlistene til den enkelte behandler økte.

Den kanskje viktigste lærdommen vi som jobbet med Abup drop in tok til oss gjennom dette arbeidet, var å nærme seg hvert enkelt møte (uavhengig av om det er *tenkt* som det eneste eller ikke) som om det er det siste møtet i saken, og alltid utforske hva den eller dem vi snakker med, selv ønsker å få ut av møtet (se også Talmon, 1990; Young, 2018). Når man jobber innenfor

rammen av en enkelt time, lærer man også å lytte aktivt til den indre dialogen, og å bli raus med å dele direkte, om enn på en tentativ måte, av egen erfaring, gi og be om tilbakemeldinger, og tilby råd, forslag til strategier, og praktisk informasjon. Hele tiden styrt av spørsmålet «hva burde jeg dele med disse menneskene hvis jeg aldri ser dem igjen?» Innenfor rammene av en enkelt time er det ikke rom for å være «fin på det», i betydningen å arbeide bare etter én bestemt terapeutisk modell eller retning. Man må tvert imot åpne opp hele sitt repertoar av kunnskap og erfaring, og stole på at de som kommer vil gjøre det samme.

### **Videre forskning**

Det er gjort lite forskning på denne formen for psykisk helsearbeid. Noe av årsaken til det er kanskje at dette arbeidet har en form som ikke umiddelbart appellerer til klassiske former for klinisk forskning, som for eksempel studier av hvordan en bestemt type behandling virker for en spesifikk lidelse. Men det betyr ikke at man ikke kan forske på virkningene av kortvarige lavterskeltilbud som Abup drop in. Spesielt kunne det være nyttig å undersøke om bruk av denne typen tilbud har positive virkninger for brukerne av tjenesten på lang sikt; er det mulig å si om det å få hjelp gjennom en slik tjeneste bidrar til bedre livskvalitet eller bedre psykiske helse? Fører det til nedgang (eller økning) i videre bruk av helsetjenester? Forskning kan også utforske hvordan lavterskeltilbud kan integreres med andre kommunale og spesialiserte tjenester for å sikre kontinuitet i tjenestene, og identifisere eventuelle sosiale, kulturelle og strukturelle faktorer som påvirker tilgang til og bruk av disse tjenestene. Jeg håper vi i fremtiden vil se flere slike studier av lavterskeltilbud som dette, og at det kan bidra til en mer differensiert psykisk helsetjeneste der flere får god hjelp som er tilpasset den virkeligheten de lever i.

## Referanser

- Aafjes-van Doorn, K. & Sweeney, K. (2019). The effectiveness of initial therapy contact: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 74*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101786>
- Baier, A. L., Kline, A. C. & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review, 82*, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Bertelsen, B. (2024). Otherwise in life: Thoughts on a minimalist psychotherapy. I T. D. Bøe, L. Skregelig & G. J. J. Biesta (Red.), *Being human today: Art, education and mental health in conversation* (s. 173–186). Intellect.
- Bertelsen, B., Johnsen, H., Lindeman, H. & Odden, E. (2015). Noen ganger skal det ikke så mye til. I E. Ulland & A. B. Thorød (Red.), *Psykisk helse: Nye arenaer, aktører og tilnærming*. Universitetsforlaget.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 13–37). John Wiley & Sons.
- Cromby, J., Harper, D. & Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Palgrave Macmillan.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy* (Rev. utg.). Jossey-Bass.
- Ewen, V., Mushquash, A. R., Mushquash, C. J., Bailey, S. K., Haggarty, J. H. & Stones, M. J. (2018). Single-session therapy in outpatient mental health services: Examining the effect on mental health symptoms and functioning. *Social Work in Mental Health, 16*(5), 573–589. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1456503>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. & Campbell, C. (2019). Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology, 52*(2), 94–103. <https://doi.org/10.1159/000501526>
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* [nettdokument]. Sist faglig oppdatert 2. desember 2020, lest 18. november 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Holter, M. T. S., Bøe, T. D. & Bertelsen, B. (2024). Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt-trussel-mening-rammeverket. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 61*(7), 454–459. <https://doi.org/10.52734/PTJO4792>
- Hoyt, M. F., Rosenbaum, R. & Talmon, M. (1992). Planned single-session therapy. I S. Budman, M. F. Hoyt & S. Friedman (Red.), *The first session in brief therapy* (s. 59–86). The Guilford Press.
- Hymmen, P., Stalker, C. A. & Cait, C.-H. (2013). The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *Journal of Mental Health, 22*(1), 60–71. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670880>

- Langberg, Dyhr, L. & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1228–1236. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023>
- Maslow, A. H. (1966). *The psychology of science: A reconnaissance*. Harper & Row.
- Odden, E. & Bertelsen, B. (2015). Om å løfte barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(3), 222–227.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Universitetsforlaget.
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. Jossey-Bass.
- WHO. (2022, 17. juni). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Young, J. (2018). Single-session therapy: The gift that keeps on giving. I M. F. Hoyt, M. Bobele, A. Slive, J. Young & M. Talmon (Red.), *Single-session therapy by walk-in or appointment: Clinical, supervisory, and administrative aspects* (s. 40–58). Routledge.
- Young, K. (2008). Narrative practice at a walk-in therapy clinic: Developing children's worry wisdom. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 54–74.
- Young, K., Dick, M., Herring, K. & Lee, J. (2008). From waiting lists to walk-in: Stories from a walk-in therapy clinic. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 23–39.