

Psykologer ut i kommunen: Fra klinikk til åpent jorde



Annemari Ajo

Ingrid Vik

Det kan oppleves overveldende og uoversiktlig å jobbe som klinisk psykolog i kommunen. Forventningene er mange og rammene ofte utydelige. Men klarer man å trække sin egen sti og finne sin plass i samarbeidssystemet, er psykologrollen mangfoldig, spennende og svært meningsfull.

Mens barn og unge med psykiske helseproblemer tidligere hovedsakelig har fått behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, har Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, st.prp. nr. 63, 1997–1998) satt fokus på kommunenes betydning i det forebyggende psykiske helsearbeidet. Ved å avdekke problemutvikling tidlig i forløpet, og ved å fange opp de som er i behov av psykisk helsehjelp, vil man kunne forebygge psykiske, økonomiske og samfunnsmessige belastninger som kan oppstå senere i utviklingen (Knapp, 2006). Her har kommunepsykologtjenesten en viktig funksjon, i samarbeid med andre kommunale tjenester som fastleger og helsestasjoner.

Arbeidsoppgavene som psykolog i kommunen er imidlertid ofte vagt formulert. Forventningene til psykologen er mange og varierer hos innbyggere, samarbeidspartnere og den kommunale ledelsen. Med tidligere arbeidserfaring fra spesialisthelsetjenesten opplevde vi også en stor rolleforandring da vi ble ansatt i kommunen. Borte var spesialisthelsetjenestens trygge, byråkratiske system med sine inntaksrutiner og intervensjoner og sin status, samt tilgjengelighet av andre psykologer. Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten forandret seg og opplevdes annerledes utenfra. Vår psykologiske kompetanse skulle komme hele barne- og ungdomsbefolkningen til gode, og vi måtte finne vår plass som et nytt tilbud i det allerede eksisterende hjelpeapparatet.

En kompleksitet av roller

Som kliniske psykologer i Lørenskog kommune opplever vi vår rolle og våre arbeidsoppgaver som sammensatte. Kompleksiteten vi opplever, kan illustreres med et bilde av en kliniker plassert på et åpent jorde, og hvor det fra alle kanter blir kastet baller av ulik størrelse og i ulik fart. Det er forventning om at man skal ta imot alle ballene og håndtere dem raskt og på en god måte, men det er en umulig oppgave å ta imot og håndtere alle ballene selv. Mange av ballene har ingen tidligere fanget opp, andre har blitt kastet rundt i systemet i årevis. Det forventes også at klinikerens skal finne baller ingen har kastet. I spesialisthelsetjenesten vil man imidlertid oftest motta baller som andre allerede har holdt tak i og spilt med.

Selv om også klinikerrollen i spesialisthelsetjenesten er sammensatt, opplever vi at psykologrollen på kommunalt nivå er mer kompleks og omfattende; man mangler gjerne en ferdig struktur, tydelige rammer eller rutiner i arbeidet, og det er heller ingen selektert gruppe barn man får henvist. I stedet skal man bistå hele barne- og ungdomsbefolkningen i kommunen med lett tilgjengelig psykisk helsehjelp. Vår erfaring er at en bevissthet om rollemangfoldet til kommunepsykologen gjør det enklere for oss å opptre på ulike arenaer og samarbeide med ulike aktører. Her skal vi se litt på disse rollene.

Planleggeren og forebyggeren



For å kunne planlegge og forebygge det kliniske helsearbeidet på kommunalt nivå, må man både ha et overordnet perspektiv og vite noe om hva innbyggerne i kommunen sliter med og er opptatt av i forhold til psykisk helse. Psykologers kombinasjon av kompetanse i forskning, metode og klinisk arbeid er nyttig i kommunenes helseplanlegging og i utøvelsen av tjenestene (Hoel, 2006). Hos oss brukes den kliniske kompetansen og erfaringen på ledelsesnivå i det kommunale utviklingsarbeidet innenfor helse, miljø og samarbeid. Leder for PHBU (Psykisk helsetjeneste for barn og unge, se også faktaboks 1) sitter i ukentlige drøftinger med helsesjefen i kommunen. Dette er en måte for å sikre at informasjon om det psykiske helsearbeidet videreformidles til kommunens beslutningstakere. Psykologen får dessuten kunnskap om kommunens økonomi, kommuneplaner og oversikt over eksisterende tilbud i kommunen, og deltar i utarbeiding av helseplan og virksomhetsplan.

Faktaboks 1

Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PHBU)

- Team i helsetjenesten med egen økonomipost og helsesjefen som nærmeste overordnede.
- Tilbyr lett tilgjengelig psykisk helsehjelp for barn, ungdom, deres foreldre og gravide i Lørenskog kommune
- Består av 8,3 årsverk; 5 psykologer, spesialkonsulenter, PMTO (parent management training) terapeut og sekretær
- Rådgivningstelefon (9 timer/uke)
- Individual/familiesamtaler (1–5 ganger)
- Råd og veiledning til foreldre
- Vurdering av symptomenes alvorlighetsgrad og behov for oppfølging
- PMTO rådgivning og terapi
- Gruppetilbud for barn, ungdom og foreldre
- Undervisning om barn og unges psykiske helse

Viktige samarbeidspartnere

- Helsesøster, jordmor og fastlege
- Barnehage og skole
- PPT og barnevernstjenesten
- Barne- og ungdomspsykiatrien
- Voksenpsykiatrien

Tilgjengelighet

- Ingen skriftlig henvisning
- Kontakt over telefon eller e-post
- Ikke ventelister

- Tilbudet er gratis



Vi har erfaring med at dialogen med kommunens beslutningstakere og politikere er avgjørende for utviklingen av gode tilbud til innbyggerne. Et eksempel på dette er videreutviklingen av tilbudet til den flerkulturelle befolkningen i kommunen. Selv om Lørenskog kommune er den tredje største kommunen i Norge i forhold til antall innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn, har PHBU relativt få henvendelser vedrørende barn og ungdom i denne gruppen. Dette til tross for at tall fra Folkehelseinstituttet (Helsedepartementet, st. meld nr. 16, 2002–2003) viser at barn og unge med foreldre som har etnisk minoritetsbakgrunn, har hyppigere forekomst av psykiske vansker enn resten av barne- og ungdomsbefolkningen. For å bedre kunne nå denne delen av befolkningen har PHBU gjennom dialog med den kommunale ledelsen fått øremerket en ny stilling knyttet til dette arbeidet. I tillegg er det tatt inn som et utviklingsområde i både virksomhets- og helseplanen 2007–2010.

En annen gruppe som var underrepresentert for en tid tilbake, var spedbarn og småbarn. De fleste barna ble først henvist til PHBU i skolealder, selv om de burde ha blitt fanget opp allerede i barnehagen eller på helsestasjonen.

Skolen ber om at en psykolog fra PHBU stiller på tverrfaglig møte på skolen vedrørende 7 år gamle Bård. De ansatte på skolen opplever det vanskelig å håndtere Bårds sinneutbrudd og regelstyrte adferd. Læreren forteller om mye tvang og ritualer og at Bård er skvetten ved høye lyder. Foreldrene kjenner godt igjen lærerens beskrivelse, og forteller at Bård alltid har vært slik. Foreldrene sier videre at barnehagen mente at han antagelig vil «vokse det av seg», og foreldrene slo seg til ro med dette. Bård blir etter vurdering viderehenvist til BUP og får etter utredning diagnosen Aspergers syndrom.

Man vet i dag at det er mulig å identifisere problemer på en pålitelig måte allerede ved 18 måneders alder (Mathiesen, 2002). Mange forstyrrelser bør derfor kunne fanges opp allerede i småbarnsalderen. I Lørenskog viste det seg at flere helsesøstre opplevde at de manglet verktøy og kompetanse for å fange opp barn i risiko, eller for å vite hva de skulle gjøre ved bekymring for et lite barn. I samarbeid med ledelsen ble det besluttet å ta i bruk *Ages and stages (ASQ)* og *Parental stress index (PSI)* på helsestasjonene. Det ble også opparbeidet rutiner på at helsesøstre tar kontakt med psykolog på PHBU ved bekymring eller utslag på screeningsverktøy: «Nå tør jeg spørre mer direkte også om vanskelige ting. Jeg vet jo at dere er der!», » Det er så deilig at jeg bare kan ta en telefon til dere når jeg trenger hjelp i mine saker», «Kan dere bli med inn i en samtale for å vurdere om dette er noe man skal bekymre seg for?» er uttalelser helsesøstrene har kommet med.

Flere småbarn yngre enn 1 år har siden oppstart av screening blitt fanget opp og henvist til oppfølging i spesialisthelsetjenesten etter rask vurdering i PHBU. På denne måten har familiene fått raskere og tidligere hjelp, før problemene har rukket å vokse seg større og eventuelt bli mer fastlåst.

I dag vet man også at mors psykiske helse under svangerskapet og etter fødselen påvirker tilknytnings- og samspillprosessen mellom mor og barn. Mors stressnivå, angst, depresjon eller andre vansker kan påvirke tilknytningen etter svangerskapet. Hos barn født av mødre med fødselsdepresjon finner man oftere utrygge tilknytningsmønstre ved ett-årsalderen (Brodén, 2004). En svensk undersøkelse viste at 12,5 % av mødre utvikler en depresjon etter fødselen (Wickberg & Hwang, 1996). I samarbeid med andre helsearbeidere er det mulig for oss å jobbe forebyggende i forhold til tilknytning. Jordmødre blir tilbudt egen veiledning med fokus på gravides psykiske helse og hvilken påvirkning det kan ha på barnet. I tillegg får de råd om hvordan de kan kartlegge og snakke om bekymringsfulle symptomer med de gravide. I dag kontakter jordmødre jevnlig psykolog i PHBU

for vurdering og oppfølging av gravide. Psykologkompetansen brukes til å vurdere symptomenes alvorlighetsgrad, videre behandlingsbehov for mor, samt sikre at relasjonen mellom mor og barn ivaretas. Psykologen tilbyr også støttesamtaler og korttidsbehandling, og henviser videre og samarbeider med sentrale hjelpeinstanser, blant annet fastlege, helsestasjon og spesialisthelsetjenesten.



Vurdereren

PHBU blir oftest kontaktet gjennom vår rådgivningstelefon. Dette er en åpen linje inn, som er bemannet av psykolog tre ettermiddager i uken mellom kl. 12 og 15. Andre helsearbeidere og saksbehandlere i kommunen, fastleger, skole- og barnehagepersonell samt foreldre kontakter oss for å drøfte sin bekymring rundt et barn, en ungdom eller en familie. Noen ganger er det nok med rådgivning per telefon, mens det andre ganger er PHBUs oppgave å vurdere *hvem* som best kan hjelpe familien. Differensialdiagnostisk kompetanse er derfor helt nødvendig for å kunne vurdere klientens behov for oppfølging. Vi må både vurdere *om* klienten trenger behandling eller utredning, *hvilken type* behandling/utredning og *hvilke instanser* som har det riktige mandatet til å utføre dette.

Fastlegen ringer PHBU vedrørende Daniel, en 11 år gammel gutt som de siste ukene har hatt sterke somatiske plager og ikke vært på skolen eller deltatt i fritidsaktiviteter. De somatiske undersøkelsene viser ingen påfallende funn. Fastlegen ber om hjelp til vurdering og eventuelt behandling. Til tross for at symptomene virker overveldende og situasjonen fastlåst, konkluderer psykologen med at gutten kan behandles på kommunalt nivå i PHBU. De klare angstsymptomene har kun vart i 3 uker, og gutten er ellers velfungerende. Det konkluderes med foreldre- og familiearbeid, som igangsettes umiddelbart.

Behandleren

Det er i praksis ofte en glidende overgang mellom vurdering og behandling. I noen tilfeller vurderer vi raskt at vi ikke skal legge opp til et behandlingsløp, men ser vår rolle som en vurderer og kartlegger i tiltakskjeden. Andre ganger, når vi ser at det er tilstrekkelig med en korttidsbehandling, utfører vi behandlingen selv.

Meningsfullt å komme raskt inn

Siden vi ikke har venteliste, kan vi respondere på henvendelser innen svært kort tid. Det oppleves tilfredsstillende som behandler å raskt kunne møte familien som ber om hjelp, og ofte blir man overrasket over hvor lite intervensjon som trengs for å få til en endring.

I Daniels tilfelle hadde foreldrene vært nær ved å miste ham som spedbarn, noe som gjorde at de hadde mange bekymringer for gutten. Da Daniel i forbindelse med en idrettsprestasjon fikk sterke angstsymptomer, reagerte foreldrene med overbeskyttelse og egen angst. Foreldrene fikk veiledning på hvordan de kunne møte og snakke om Daniels og sine egne redsler samt hjelpe Daniel til å utvikle gode mestringsstrategier. Daniel deltok i deler av samtalene. Etter tre familiesamtaler forsvant Daniels symptomer.

Slik vi ser det, var en så rask endring mulig fordi familien fikk hjelp tidlig i symptomutviklingen. Dersom familien hadde ventet på behandling i 3 måneder, er det nærliggende å tenke at situasjonen og symptomene hadde blitt mer fastlåst og dermed også behandlingsbehovet mer omfattende.

Et av våre mål er å være lett tilgjengelige. Hvis terskelen for å ta kontakt med oss ikke er så høy, vil både foreldre og samarbeidspartnere kunne trekke oss inn allerede i en tidlig fase i

problemutviklingen. Ingen problemer er for små til å bli drøftet over rådgivningstelefon. Noen drøfter sine bekymringer anonymt, og vi har tilrettelagt for henvendelser over e-post.



En jente på 16 år tar kontakt anonymt med PHBU over e-post og ønsker å få snakke med noen på grunn av bekymring rundt egen selvskading. Hun blir tilbudt en time to dager etterpå, men møter ikke opp. Hun sender en e-post der hun skriver at hun har angret seg, og at hun ikke ønsker samtale allikevel. PHBU ønsker henne velkommen til å ta kontakt igjen og informerer om åpen helsestasjon for ungdom. To uker senere sender hun ny e-post og forteller at hun nå er klar for samtale. Jenta møter opp hos psykolog og er etter fire samtaler motivert for å ta imot hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Ikke minst i forhold til ungdommer ser vi at muligheten for å kunne tilby samtaler raskt er viktig. Ungdommens motivasjon og ønske om å ta imot hjelp svinger, og vi må derfor ha mulighet til å «smi mens jernet er varmt». Fleksibiliteten i rammene gir oss anledning til å tilby samtaler når ungdommen føler seg klar for det.

Korttidsperspektiv

Vår rolle er å jobbe ut mot hele befolkningen i kommunen, og vi må ha kapasitet til å tilby lett tilgjengelig psykisk helsehjelp. Dermed kan vi ikke tillate oss å gå i dybden med langtidsterapi, selv når vi både ser at det hadde vært spennende å jobbe mer langtidsoorientert, og at klienten kunne hatt nytte av det. En del av fokuset blir dermed å kontinuerlig vurdere hvilke temaer man skal jobbe med. Når vi ser behov for langtidsterapi, motiverer vi klienten til viderehenvisning, for eksempel til privatpraktiserende psykolog.

Korttidsfokuset krever fleksibilitet av oss som behandlere og er med på å forme den terapeutiske tilnærmingen. Man bør være komfortabel med en eklektisk tilnærming på grunn av variasjon i problemstillingenes innhold, karakter og alvorlighetsgrad samt aldersmessige forskjeller. Disse rammene gjør noe med relasjonen til klienten, med hvilket verktøy man bruker, og hvor aktiv man er som terapeut.

Alliansebygging

I arbeid med barn og unge skjer alliansebyggingen både i forhold til foreldrene og til barnet. Hvem vi som behandlere bygger hovedalliansen til, avhenger av barnets alder. Målet med vår alliansebygging er ikke nødvendigvis at vi skal få en trygg og sterk relasjon for å kunne gå inn i en terapeutisk behandlingsprosess. Det viktigste målet er ofte at klienten eller familien får tillit til hjelpeapparatet generelt og blir motivert for å ta imot hjelp fra oss eller andre hjelpeinstanser. Som behandlere i førstelinjen er vi ofte en av de første hjelperne som barna eller familien møter. Mange har ingen anelse om hvordan hjelpeapparatet fungerer, hva taushetsplikt er, eller hva de kan snakke med en psykolog om.

Som psykologer i førstelinjen må vi håndtere det som klienten kommer med, og samtidig vurdere hva vi skal jobbe med innenfor våre rammer. Vi må vurdere om klientens behov kan ivaretas i et korttidstilbud, for eksempel gjennom løsningsfokusert terapi, eller om klienten trenger andre terapeutiske rammer. Utfordringen er at selv om vi har kompetanse til å tilby omfattende utredning og terapi, må vi viderehenvise på grunn av ansvarsfordeling og rammeverk. Fokuset blir ofte å samle trådene og hjelpe klienten til å få oversikt og kontroll over sin situasjon, og skape trygghet på at han/hun vil få hjelp. I møtet med klienten har vi hele tiden tidsaspektet med oss. Åpenhet om rammene og om prosessen blir dermed svært viktig i dialog med klienten.

Karolines bestilling var i utgangspunktet krisebearbeiding av voldtekt. I de første samtalene viste det seg at hun i tillegg hadde alvorlig behandlingstrengende materiale fra barndommen. Psykologen tok

imot det materialet Karoline presenterte, og bekreftet smerten hennes uten å gå dypt inn i hendelsene. Psykologen bekreftet at Karoline trengte hjelp for å bearbeide det som hadde skjedd, men fortalte at det var viktig å gjøre dette i en annen type terapeutisk relasjon, hvor hun hadde mulighet til å jobbe med materialet over tid. Psykologen foreslo at hun kunne hjelpe henne med å finne en passende terapeut. I mellomtiden kunne Karoline og psykologen jobbe med fungering her og nå samt mestring av aktuelle symptomer. Karoline sa i ettertid at dette opplevdes svært trygt, fordi hun følte at hun ble tatt på alvor, fikk hjelp og fikk en forklaring på hvorfor man ikke gikk inn i det sårbare materialet i den aktuelle settingen.



Verktøykassen

Vi har utviklingspsykologi, tilknytningsteori, familiedynamikk, psykopatologi, differensialdiagnostikk og klinisk erfaring med oss som et bakteppe i møte med barn, ungdom og deres familier. Denne kunnskapen blir sentral i forhold til valg av terapeutiske verktøy og tilnæringsmåter.

Når man arbeider i et lavterskeltilbud rettet mot hele barne- og ungdomsbefolkningen, bør man ha en fleksibel og eklektisk tilnærming i sitt møte med barnefamilier. Den eklektiske, fleksible holdningen gjenspeiler seg i verktøykassen: den må være rikt nok utstyrt til å kunne brukes i møte med ulike vansker og henvendelser, og i møte med barn og ungdom i forskjellig alder. Behandlingen kan bestå av psykoedukative, løsningsfokuserte og systemiske tilnærminger. Terapeuten må bruke de uttrykksformene og metodene som passer best for barnet.

Far til Nora på 11 år tar kontakt da han reagerer på, og er lei av, at Nora konstant vil være sammen med ham og nær ham. Han beskriver henne som et «frimerke» på ham. I timene hos oss er Nora stille og formidler lite verbalt. Når psykologen velger å bruke tegning som verktøy, uttrykker hun seg langt tydeligere. Hun tegner en flott og fargerik tegning med far som spiller golf i solskinnet. Han smiler, men har store tårer rennende nedover kinnene. Da psykologen spør Nora om hvem og hva hun har tegnet, sier hun at «Det er pappa som spiller golf. Han smiler alltid utenpå, men egentlig gråter han inni seg.»

Verktøykassen inneholder også utrednings- og kartleggingsmetoder for at vi skal kunne ha et mer solid grunnlag for våre vurderinger. Vi bruker blant annet kartleggingsskjemaer, observasjoner, videoopptak, screening, projektive tester og grundige anamneseopptak i vurderingene.

Samarbeideren

Som et lavterskeltilbud i førstelinjen er PHBU avhengig av en godt fungerende tiltakskjede. Med tiltakskjede mener vi at sentrale hjelpeinstanser har kjennskap til hverandre og har et systematisk samarbeid for å ivareta barn og ungdommer. I det psykiske helsearbeidet for barn og unge er helsetjenesten, fastlegene, barnevernet, pleie- og omsorgstjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barne- og ungdomspsykiatrien svært sentrale samarbeidspartnere. Vår erfaring er at et godt samarbeid ikke nødvendigvis er etablert i praksis, og at familien gjerne blir kasteballer mellom systemer der de selv må ta initiativ og presentere sine behov i flere omganger. Dermed kan behandlings- og utredningstilbudene bli tilfeldige og avhengige av familiens, spesielt foreldrenes, ressurser og innsats.

Mor til Silje på 13 år ringer PHBUs rådgivningstelefon. Hun forteller at hun har vært i kontakt med helsesøster, BUP og barnevernet, men at ingen av dem synes at de er de rette til å hjelpe familien. Mor forteller at Silje det siste året har forandret sin adferd betydelig. Hun stjeler penger og ting fra mor, lyver og holder ikke avtaler. Mor er alenemor for fire barn og er usikker på om hun vil klare å håndtere Silje fremover. Mor gir uttrykk for at hun er svært sliten. PHBU starter opp saken med noen samtaler med Silje og mor. I første samtale blir psykologen usikker på Siljes kognitive fungering. Det virker som Silje

har vansker med å følge med i samtalen; hun er ukonsentrert, faller ut av det i resonneringene og har vansker med å se sammenhenger. Psykologen drøfter saken med PPT og barnevernet. Det blir avtalt et samarbeidsmøte hvor konklusjonen er at barnevernet tilbyr tiltak i forhold til omsorgssituasjonen. PPT starter utredning av Siljes kognitive fungering. PHBU kartlegger Siljes psykiske fungering og har jevnlig drøftinger med barnevernet i sitt arbeid med familien.



Vårt mål er at kvaliteten på hjelpen ikke skal være avhengig av hvilken hjelpeinstans familien først kommer i kontakt med, og at systemet sammen skal ta ansvar for å vurdere hvilken hjelp barnet trenger, for slik å koble på riktig instans. På denne måten risikerer man i mindre grad å miste barnet eller familien. Noen ganger er samarbeidet koordinert med hjelp av en individuell plan (IP). Tiltakskjeden blir også viktig i forhold til screeningsarbeidet. Når man fanger opp barn med skjevutvikling eller i risiko for å utvikle psykiske helseproblemer, er det viktig å vite hvilke instanser man kan kontakte slik at familien får riktig oppfølging.

Som et nytt tilbud i kommunen har vi sett viktigheten av å definere våre arbeidsoppgaver og på hvilken måte vi skiller oss fra de andre instansene, kanskje spesielt BUP. I begynnelsen ble vi oppfattet som en «mini-BUP», ikke bare av kommunen, men også av BUP selv. Det ble stilt spørsmål om hvorfor vi henviste barn til BUP for utredning og behandling når vi egentlig hadde kompetanse til å utføre dette selv. Etter utforming av en klar rolledefinering og et tettere samarbeid med BUP får PHBU i dag tilbakemelding om at henvisningene fra PHBU er relevante og vurderingene til nytte for BUPs videre arbeid. Det blir dermed ikke brukt tid til unødvendig saksbehandling i form av retur av henvisninger og så videre. Et eksempel på dette er at både BUP og PHBU de siste årene har hatt et spesielt fokus på tilbudet til spedbarn og småbarn, og at vi har utviklet gode samarbeidsrutiner i forhold til denne gruppen. Dette er helt i tråd med hva som er beskrevet og anbefales i Nasjonal strategi for psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

En mangfoldig, men klar psykologrolle

Det kan virke overveldende å skulle finne sin plass som klinisk psykolog i møte med alle forventninger og udefinerte arbeidsoppgaver i kommunen. Vår erfaring har vært at en tydelig definisjon av våre oppgaver og roller har gjort det lettere både for oss selv og for samarbeidspartnere å plassere oss i tiltakskjeden og bruke vår kliniske kompetanse på best mulig måte til nytte for befolkningen. De ulike rollene vi har beskrevet, tydeliggjør det kliniske arbeidet i tidlig intervensjon og forebygging, og vi anser hver enkelt rolle som viktig for å kunne tilby rask psykisk helsehjelp.

Vi har organisert oss slik at hver enkelt kliniker innehar alle roller, om enn i ulik grad. De fleste klinikere har hovedvekten på vurdering og behandling, og på deler av planleggingsarbeidet knyttet til sitt eget spesialområde. Lederen for PHBU har hovedansvar for planlegging i dialog med kommunens beslutningstakere. Men er man psykolog alene i kommunen, er det vanskelig å fylle så mange roller samtidig. Hvis det ikke finnes muligheter for å etablere et helt psykologteam, blir det dermed viktig å ha en bevisst drøfting av hvilke av rollene og ansvarsområdene psykologkompetansen skal brukes til i kommunen.

Hvorfor akkurat psykologer? I vårt eget arbeid har vi sett nytten og nødvendigheten av å inneha psykologkompetanse for å raskt kunne gjøre riktige vurderinger i møte med familier. Veileder for Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (SHdir, 2007) anbefaler at vurderingsansvaret ligger hos psykolog eller lege. For å bli spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi krever Norsk Psykologforening minimum 2 års praksis i spesialisthelsetjenesten. Vår erfaring er at den kompetansen vi har fått gjennom å jobbe i spesialisthelsetjenesten, har vært grunnleggende for å kunne foreta

kliniske vurderinger på et tidlig tidspunkt. I tillegg til den kliniske kompetansen er det nyttig med kjennskap til utviklings- og prosjektarbeid.



I dag har psykologer selvstendig utrednings- og behandlingsansvar. Det paradoksale er at det formelt kreves underskrift av lege for å få samarbeide med spesialisthelsetjenesten. I praksis står vi oftest for vurderingene og gjør mesteparten av henvisningsarbeidet, for så å få underskrift av legen, som sender henvisningen videre. Mange fastleger vi samarbeider med, stiller spørsmål ved denne praksisen og gir uttrykk for at rutinene er tungvinte. Det samme gjelder sykemeldinger, der psykologen i mange tilfeller står bak vurderingene og anbefalingene som leder til en sykemelding, gjennomført av fastlegen. Dette er en ressurs- og tidkrevende praksis.

På lik linje med allmennlegene blir psykologene i kommunen «allmennpsykologer». Man skal kunne noe om alt og stå i frontlinjen for å ivareta det psykiske helseperspektivet. Tradisjonelt har psykologer jobbet privat eller i spesialisthelsetjenesten. Når det nå på nasjonalt nivå satses på å ansette flere psykologer i kommunale stillinger, er det viktig å få diskusjon rundt hvordan arbeidsplassene kan gjøres mer attraktive slik at psykologer blir værende i de kommunale stillingene. Stillingens rammevilkår, organisatoriske plassering og forventninger knyttet til det kliniske arbeidet må avklares. Konkurransedyktig lønn, mulighet for spesialisering og tilgang til et fagfellesskap blir sentralt. I tillegg til lokale rammer bør også den kommunale kompetansen gjøres gyldig og attraktiv på nasjonalt nivå gjennom for eksempel forskning på forebyggende helsearbeid. Psykologforeningens holdning til kommunen som et fremtidig og spennende arbeidsfelt for psykologer er også en viktig del av dette.

Generelt sett bør psykologer bli flinkere til å profilere seg og formidle sin kunnskap. Psykologforeningen og psykologer har ansvar for å fronte faget utad slik at både samarbeidspartnere og befolkningen vet mer om hva psykologer kan. Psykologen kan bli synligere gjennom mer aktiv bruk av media, ved informasjonsarbeid og undervisning.

Lønner det seg å satse på psykologkompetanse i kommunene? Kostnadsberegninger viser at det forebyggende helsearbeidet lønner seg både helsemessig, kunnskapsmessig, samarbeidsmessig og samfunnsøkonomisk (Knapp, 2006; Thuen & Aarø, 2001). For at man skal lykkes, må forebygging av psykisk helse være et politisk mål og økonomisk satsningsområde. Når rammer og samarbeid er etablert, er det utrolig meningsfullt og givende å jobbe som psykolog i kommunen.

Vårt åpningsbilde av klinikerer som sto på det åpne jordet mens mange aktører kastet baller mot ham eller henne, har tatt mer form av et håndballag hvor alle deler intensjonen om å få ballen i mål. Vi har fått erfaring med og kunnskap om hvilke trekk som er nyttige for å nå målet: man kan ikke holde ballen for lenge, ikke ta for mange skritt eller drive passivt spill. Lagets kaptein har hovedansvar for å organisere laget og å legge til rette for at spillerne får utvikle sine potensialer. Dette forutsetter igjen jevn flyt og at alle får utnytte sine ressurser og sin kompetanse. Samarbeid er det viktigste for å få ballen i mål.

Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PHBU)

Lørenskog kommune

Rådhuset, 1470 Lørenskog

Tlf 67201640

E-post aa@lorenskog.kommune.no

E-post ivk@lorenskog.kommune.no

Referanser



Referanser:

Broden, M. (2004). *Graviditetens muligheter. En tid hvor relationer skabes og utvikles*. København: Akademisk forlag.

Helsedepartementet, stortingsmelding nr. 16 (2002–2003). *Resept for et sunnere Norge*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Rapport: *Nasjonal strategi for psykisk helsevern*. Regionale Helseforetak (RHF).

Hoel, Anne K. (2006), Rapport forprosjekt: «Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid: *Psykologenes bidrag*». Norsk Psykologforening.

Knapp, M. (2006). *How can Economics Inform Promotion and Prevention Initiatives?* The 4th World Conference: The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioural Disorders. Oslo 11.–13. oktober 2006.

Kommunehelsetjenesteloven (2004). *Kommunehelsetjenesteloven, Sosialtjenesteloven med forskrifter*. Medlex, Norsk Helseinformasjon.

Mathiesen, K.S. (2002). Atferdsvansker og oppvekstkår – en longitudinell undersøkelse av norske barnefamilier. *Norsk Epidemiologi*, 12, 199–206.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405.

Sosial- og helsedepartementet, stortingsproposisjon nr. 63 (1997–1998). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006*. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

Thuen, F. & Aarø, L.E. (2001). Psykisk helse og forebyggende arbeid. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 38, 410–423.

Wickberg, B. & Hwang, C. P. (1996) Screening for postnatal depression in a population-based sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 62–66.