

Psykologen hos fastlegen trenger mer enn et kontor



Tone E. Snuggerud

Privat praksis

tonesnuggerud@outlook.com

Forfatter oppgir at Ann-Elizabeth Wiig var hennes veileder i piloten som deler av erfaringsgrunnlaget i kommentaren bygger på.

Hvis psykologer på fastlegekontoret skal fungere godt, trenger psykologen et tydelig mandat med beslutningsmyndighet i sitt egne faglige ansvarsområde.

Kommentar til

Wiig, A. & Thangarasa, T. (2026). Et liv på femten minutter – psykolog hos fastlegen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as08ae-Et-liv-p-femten-minutter-psykolog-hos-fastlegen

Ann-Elizabeth Wiig og Thilip Thangarasa (2026) skriver treffende om verdien av psykologkompetanse tett på fastlegen, med integrert arbeidsfokus og Nav-samarbeid. Jeg har også vært så heldig at jeg har fått prøvd ut en samlokalisert modell med integrert arbeidsfokus og Nav-samarbeid tidlig i oppfølgingen av mennesker med psykiske helseplager på fastlegekontoret. Jeg kjenner derfor igjen mye av potensialet de beskriver: å komme tidlig inn, ha lav terskel for samarbeid og dialog, samt betydningen av å se psykisk helse, funksjon og arbeid i sammenheng.

Wiig og Thangarasa viser hvorfor vi bør rive ned gjerdene mellom tjenestene. Mine erfaringer har på sin side gjort meg opptatt av hva som skjer når tjenestene har oppnådd tett samarbeid i en samlokalisert modell, og hva vi må bygge opp for at integreringen av tjenestene skal gi god hjelp til pasientene og fungere i større skala. Jeg mener vi må utvide spørsmålet om hvordan vi kan få psykologkompetanse inn på fastlegekontoret, til hva som er forutsetninger for at dette skal fungere godt og kunne skaleres.

Tidlig betyr også uavklart

Mange av menneskene med psykiske helseplager som fastlegen møter, er fortsatt i jobb eller tidlig i et sykefraværsforløp. Da har man et vindu hvor den psykiske helsehjelpen kan være jobbfokusert fra start. I en nyere norsk randomisert studie ga metakognitiv terapi med integrert arbeidsfokus både bedre tilbakeføring til arbeid og større reduksjon i symptomer på angst og depresjon enn venteliste (Gjengedal et al., 2025). Det er med andre ord gode argumenter for å integrere arbeidsfokus i den psykiske helsehjelpen på fastlegekontoret, slik Wiig og Thangarasa argumenterer for.

Men tidlig kan også bety uavklart. Som Wiig og Thangarasa trekker frem, kan menneskene vi møter på fastlegekontoret, ha komplekse og diffuse utfordringer som sjelden lar seg forstå eller løse i

løpet av 15 minutters konsultasjoner. De kommer heller ikke ferdig sortert som «mild eller moderat depresjon som trenger seks timer kognitiv atferdsterapi». Det stiller større krav til vurderingen av hvilke tiltak som bør settes inn, og når.

Jeg har derfor blitt mindre opptatt av sykmeldingen i seg selv, og mer opptatt av hva som ligger bak funksjonssvikten, og hva som skal til for å endre den. Alternativet til sykmelding er ikke bare mindre sykmelding. Skal arbeidsdeltakelsen bli bærekraftig, mener jeg at vi også må hjelpe pasienten med problemene og mekanismene som bidrar til og opprettholder funksjonssvikten.

Mange står samtidig i en fase preget av høy aktivering og ambivalens. De ønsker gjerne å komme tilbake til jobb, men kan være redde for egne symptomer og tvile på egen funksjon. God behandling handler derfor ikke bare om hva vi gjør, men om når og hvordan vi gjør det. For mye press kan gjøre endring vanskeligere, mens for mye skjerming og sykdomsfokus kan bidra til mer unngåelse. Gradert aktivitet og tidlig arbeidsfokus kan være viktige deler av behandlingen, men innhold, timing og intensitet bør etter min erfaring tilpasses pasientens behov og tilstand.

Tidlig betyr altså ikke nødvendigvis enkelt. Å møte disse pasientene godt stiller krav til både kliniske vurderinger og terapeutisk håndverk. Nettopp derfor mener jeg, i likhet med Wiig og Thangarasa, at psykologens bidrag kan være særlig verdifullt: med tid, rammer og kompetanse til å etablere en terapeutisk relasjon, gjøre grundigere kliniske vurderinger og faktisk følge pasienten gjennom en endringsprosess. Målet bør ikke bare være raskest mulig tilbakeføring til arbeid, men bedre psykisk helse, funksjon og en bærekraftig tilknytning til arbeid over tid.

Samlokalisering er ikke nok

Wiig og Thangarasa trekker frem fysisk nærhet som en viktig styrke, særlig fordi den gir rom for uformell dialog. Det kan gjøre det lettere å oppklare misforståelser, dele informasjon og bygge en sterkere teamfølelse rundt pasienten. Dette kjenner jeg igjen. Samtidig erfarte jeg at når flere profesjoner og tjenester jobber så tett sammen, kan det også bli uklart hvem som har ansvar for hva, hvem som har myndighet til å ta hvilke beslutninger, og hvor grensene går mellom samarbeid, faglig ansvar og styring. Det uformelle samarbeidet fungerer etter min mening best når de formelle ansvarslinjene er tydelige.

Fastlegen og psykologen har delvis overlappende kompetanse, men også ulike faglige perspektiver, arbeidsmåter og ansvar. Det samme gjelder psykologen og Nav. Nettopp derfor kan samarbeidet tilføre noe mer enn hver aktør kan alene. Men å rive ned organisatoriske siloer bør ikke bety at nødvendige faglige grenser samtidig viskes ut. De ulike rollene bør utfylle hverandre, ikke skli inn i hverandre, eller underordnes hverandre, og graden av involvering fra de ulike aktørene bør ta utgangspunkt i hva den enkelte pasienten faktisk trenger.

Skal psykologkompetanse på fastlegekontoret fungere godt, trenger psykologen et tydelig mandat med tilhørende beslutningsmyndighet innenfor eget faglig ansvarsområde. Mandat, faglig ansvar og beslutningsmyndighet må henge sammen. Organiseringen må sikre at den som bærer det klinisk-faglige ansvaret, også har tilstrekkelig myndighet over rammene som påvirker hvordan dette ansvaret kan ivaretas.

Dette reiser også et større spørsmål om selve arenaen. Fastlegekontoret har som nevnt stort potensial: Pasientene kommer tidlig dit, terskelen er lav, og nærheten gir gode muligheter for samarbeid. Men dagens fastlegekontor er ikke nødvendigvis organisatorisk utviklet for å romme flere selvstendige profesjoner og tjenester. Dersom psykologkompetanse skal bli en naturlig del av



primærhelsetjenesten på fastlegekontoret, slik Wiig og Thangarasa argumenterer for, må vi derfor også spørre hvilke endringer i organisering og rammebetingelser dette krever.



Faglig forankring er mer enn et nettverk

Wiig og Thangarasa beskriver også risikoen for faglig ensomhet når psykologen sitter ute på et fastlegekontor, og peker på betydningen av relasjonelle bånd og psykologfaglige nettverk. Jeg deler denne bekymringen. Samtidig tror jeg faglig ensomhet kan handle om mer enn fysisk avstand til andre psykologer.

En psykolog kan være godt integrert sosialt og samarbeide tett med både fastlege og Nav, være knyttet til psykologfaglige nettverk og veiledning, men likevel stå alene i arbeidssituasjonen om forståelsen av psykologrollen, dens arbeidsmåter og faglige rammer. Dersom samarbeidspartnerne først og fremst forstår psykologressursen gjennom egne oppgaver og mål, enten det handler om arbeidsdeltakelse, kapasitet eller avlastning, kan psykologen stadig måtte forklare og forhandle om hva som er nødvendig for å gjøre gode kliniske vurderinger og gi forsvarlig behandling.

Psykologfaglige nettverk og veiledning er viktige, men ikke tilstrekkelige. Faglig forankring handler også om at psykologkompetansen er forstått og forankret i tjenesten rundt psykologen. Ellers kan det fort bli opp til den enkelte psykolog å forhandle om grensene for egen rolle i det daglige samarbeidet.

Psykologkompetanse er mer enn psykologbehandling

Wiig og Thangarasa argumenterer for at psykologkompetanse bør bli en naturlig del av primærhelsetjenesten på fastlegekontoret. Jeg tror nettopp skillet mellom psykologbehandling og psykologkompetanse er viktig når vi diskuterer skalering. Å gjøre psykologkompetanse til en naturlig del av primærhelsetjenesten på fastlegekontoret trenger ikke bety at psykologen skal gjennomføre all psykologisk behandling selv.

Andre terapeuter med tilstrekkelig behandlings- og vurderingskompetanse kan være en viktig del av tilbudet. Men da bør psykologkompetansen være bygget inn i tjenesten gjennom faglig ledelse, veiledning, kvalitetssikring og tjenesteutvikling. Knapp psykologkompetanse bør brukes der den tilfører mest verdi, ikke nødvendigvis der den gir flest konsultasjoner.

Wiig og Thangarasa advarer mot at slike modeller blir avhengige av ildsjeler som er villige til å strekke seg utover det systemet krever. Engasjerte fagpersoner kan kompensere for uklarheter i struktur og organisering og få samarbeidet til å fungere til tross for at ikke alle forutsetningene er på plass. Det kan få en modell til å fungere godt lokalt, men samtidig gjøre det vanskeligere å se hva som faktisk må på plass før den kan skaleres.

Det store potensialet ligger etter min erfaring nettopp i nærheten som Wiig og Thangarasa beskriver: muligheten til å komme tidlig inn, ha lav terskel for samarbeid, gjøre gode kliniske vurderinger og jobbe med de underliggende mekanismene som driver funksjonssvikten og sykefraværet.

Vi har altså gode grunner til å bringe psykologkompetanse, arbeid og fastlege tettere sammen. Men hvis dette skal bli mer enn vellykkede pilotprosjekter, må vi ta like alvorlig hva det faglige innholdet og samarbeidet krever, som hva vi håper å oppnå med det.

Referanser



- Gjengedal, R. G. H., Hannisdal, M., Osnes, K., Reme, S. E., Wells, A., Blonk, R., Lending, H. D., Johnson, S. U., Lagerveld, S. E., Anyan, F., Nordahl, H. M., Gerritsen, R. B. T. W., Bjørndal, M. T., Wright, D., Sandin, K., Bjøntegård, K. S., Schwach, J. & Hjemdal, O. (2025). Metacognitive therapy and work-focus for patients with depression, anxiety or comorbid depression and anxiety on sick leave: A single-centre, open-label randomised controlled trial. *eClinicalMedicine*, 89, 103613. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103613>
- Wiig, A.-E. & Thangarasa, T. (2026). Et liv på femten minutter – psykolog hos fastlegen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as08ae-Et-liv-p-femten-minutter-psykolog-hos-fastlegen>