

Lavterskelpspsykolog – ikke lightpsykolog

Anne-Kristin Imenes
psykologspesialist

Skal psykologer bidra til et bedre helsetilbud til befolkningen, må vi ta ansvar i kommunene. Da er det ikke nok med bekymringssamtaler om milde problemer hvis vi skal møte de faglige føringene fra det offentlige.



I FORKANT: Flere psykologer i kommunene betyr at spesialisthelsetjenesten vil overta flere saker hvor mye er både tenkt og gjort på forhånd, og også saker hvor behandlingen alt er påbegynt. Det krever økt fleksibilitet og økt samhandling fra begge parter. Foto: Flickr/ See-Ming Lee

Rektor på en ungdomsskole ringer og ber om krisehjelp. Knut på fjorten har natten i forveien vært vitne til fars suicidforsøk. Mor forteller om en psykisk ustabil far og et vanskelig samarbeidsklima. Mor og sønn får time samme dag. Her kommer det frem at Knut lenge har slitt med psykiske problemer, men ikke villet motta hjelp. Han plages av vonde minner om vold og trusler blant de voksne. Han har omfattende skolefravær, lite sosial kontakt og svak faglig fungering. Søvnkvaliteten er dårlig. Psykologen drøfter med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), som oppfordrer til å henvise på vanlig måte. Etter 4 uker gjør psykologen en kartlegging av posttraumatisk stress som viser full skåre. Fastlegen somler med henvisningen, og BUP påbegynner saken etter et halvt år.

I møtet med Knut følte jeg meg ensom og motløs. Jeg bar på en uklar forestilling om at lavterskelpspsykologer skal være selektive og ikke gå tungt inn i oppgaver som er spesialisthelsetjenestens ansvar. Å hjelpe Knut og familien ville kreve mye tid, og jeg ble usikker: Var denne type oppfølging og behandling riktig bruk av kommunal psykologressurs? Var han i min målgruppe? Samtidig visste jeg

at det eneste riktige var å brette opp ermene, omprioritere avtaleboken og mobilisere hjelpetiltak. Jeg bestemte meg: Alle barn bør ha lik rett til lavterskel psykisk helsetilbud – alle barn er i målgruppen til kommunepsykolog. Spørsmålet er ikke hvem vi skal hjelpe – men hvordan hjelpen best kan gis.

To kolliderende perspektiver i lavterskeltenkningen

I lavterskeltenkningen anno 2010 støter jeg på to perspektiver som til tider synes motstridende: På den ene siden forebyggingsperspektivet med fokus på mestring, folkehelse, normalpsykologi, empowerment og identifisering av ressurser. På den andre siden perspektivet om opprustingen av helsetjenester i kommunene og økt utrednings- og behandlingstilgjengelighet for barn og unge med psykiske vansker og lidelser. Jeg opplever at praksisfeltet er uavklart på hvordan disse to perspektivene skal forenes innenfor et lavterskeltilbud. Er det ønskelig – og mulig – å arbeide med psykiske lidelser i kommunen uten å miste egenarten som en lavterskeltjeneste, og uten at det går ut over tilgjengelighet, effektivitet og forebygging? Selv har jeg gått fra dyp frustrasjon til gradvis erkjennelse: Ja, det er mulig, og faktisk også ønskelig.

Det er neppe riktig at en kommunepsykolog skal være minst tilgjengelig for de som trenger det mest

Tradisjonell tankegang har vært – og er det til dels fremdeles – at barn med psykiske lidelser ikke skal behandles i kommunene, men sendes videre. I tråd med dette har flere kommuner i etableringen av psykologiske lavterskeltilbud vektlagt at disse ikke skal drive utredning, og ikke behandle barn med psykiske lidelser i særlig grad, men heller rette seg inn mot lettere psykiske vansker (Brunstad, 2007). Psykologisk lavterskelarbeid omtales derfor gjerne som råd- og veiledningssamtaler når det er begynnende bekymringer, ønsker om «litt hjelp», hjelp til å håndtere livskriser og lettere psykiske vansker, og arbeid med barn i risiko som ennå ikke har utviklet vansker (Brunstad, 2007; Wang et al., 2007; Ajo & Wiik, 2008). Det settes også opp en motsetning mellom å utdanne psykologer til behandling, og behovet for å utdanne psykologer til forebyggende psykisk helsearbeid (Wang et al., 2007).

Men statlige føringer er tydelige på at kommunene må bygge opp egen behandlingskompetanse (NOU 2009:22). Et sentralt premiss i den foreslåtte Samhandlingsreformen er at «den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene» (St.meld. nr 47, 2008–2009, referert i NOU 2009:22). Videre er behovet for behandling av barn større enn antatt. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at andelen behandlingstrengende barn og unge med psykiske lidelser ikke er 5 prosent, men 8 prosent. Samhandlingsreformen legger opp til at økningen i behandlingstrengende barn med definerte psykiske lidelser *ikke* skal håndteres i spesialisthelsetjenesten, men primært håndteres i kommunene. Og det får betydning for hvordan kommunepsykologer skal brukes.

Statlige føringer utfordrer det etablerte

Helsedirektoratet gir i rapporten «Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering» tydelige føringer for innholdet i lavterskeltjenesten. Det vises til «Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse», der SINTEF Helse definerer lavterskeltilbud: «Lavterskeltjeneste kan defineres som en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, for å hindre at problemer vedvarer eller

videreutvikles. (...) Tjenesten skal dessuten ha kompetanse til å kunne tilby utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med etablerte psykiske plager og lidelser» (Rodal & Frank, 2008). Videre har Helsedirektoratet (2010) lagt klare føringer knyttet til stimuleringsmidlene for å øke ansettelser av psykologer i kommunene: «Psykologenes arbeidsoppgaver bør omfatte kommunal kartlegging, folkehelsearbeid, tidlig identifisering og intervensjon, behandling av lettere og moderate lidelser og rehabilitering, samt oppfølging av alvorlige psykiske lidelser.»

Det er en utbredt misforståelse at spesialisthelsetjenesten har de vanskelige sakene. De vanskelige sakene er både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten samtidig

Veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene er like krystallklar på kommunens ansvar (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Der står det at en av kommunens overordnede oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er å:

- *Fange opp barn og unge i risiko, eller som har psykiske vansker eller lidelser.*
- *Gi hjelp og behandling for de som trenger det, på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinippet). De som kan behandles i kommunen, skal behandles i kommunen.*
- *Sørge for bistand fra, og samarbeid med, spesialisthelsetjenesten eller andre aktører ved behov.*

Helsedirektoratets rapport, «Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering» forsøker videre å belyse og klargjøre oppgavefordelingen mellom stat og kommune:

Det er sentralt at psykiske lidelser og problemer ikke kun blir ansett som en spesialisthelsetjenesteoppgave, men faktisk også er en viktig lovpålagt oppgave for kommunene (...). Personer som utviser symptomer på lettere og moderate psykiske lidelser og problemer, bør normalt sett følges opp av kommunen. Dersom en person utviser mer alvorlige symptomer på psykiske lidelser, og behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunktet er stort, samt tilgjengelige fagressurser på kommunalt nivå ikke er til stede, vil det være hensiktsmessig at personen videreføres til spesialisthelsetjenesten (Rodal & Frank, 2008).

Slik jeg forstår føringene, gis kommunen et koordinerende hovedansvar for psykisk helsehjelp, med spesialisthelsetjenesten som en støttefunksjon ved behov. Signalet fra Helsedirektoratet er i sum at mest mulig bør følges opp og behandles i kommunen.

Noen barn trenger mer enn fem timer

Psykologiske lavterskeltilbud betoner gjerne rask hjelp til familien, en hjelp som ytes med relativt få samtaler (Brunstad, 2007; Ajo & Wiik, 2008). Brunstad (2007) anbefaler en tidsramme for behandlingen på maks fem timer. Hun sier videre: «Her må vi igjen vurdere konsekvensen av at familien kan bli stående uten hjelpetilbud hvis vi avslutter kontakten. Dette er et etisk spørsmål å ta stilling til. (...) På den annen side vil det å utvide rammen til for mange brukere selvfølgelig redusere kapasiteten og tilgjengeligheten for andre.» (Brunstad, 2007, s. 179). Femtimersregelen er et godt veiledende prinsipp og virker oppdragende på klientene, men det tjener verken barna eller psykologene om den blir en tvangstrøye. Psykologene må etter min mening oppleve handlingsrom til å

definere hva som er nødvendig innsats, uten å få dårlig samvittighet. Med en svært streng praksis står psykologtilbudet også i fare for å bli et ekskluderende tilbud forbeholdt en snever gruppe med lettere vansker og avgrenset problematikk, mens barn med større psykiske vansker og lidelser vil få like lite hjelp som før.

Barn kan skrives ut av spesialisthelsetjenesten. Men barn og unge kan ikke skrives ut av kommunen

I min kommune med rundt 20 000 innbyggere har jeg erfart at kun en håndfull barn trenger mye hjelp. I 2009 hadde jeg rundt 120 barn med journalføring. Totalt ble det 490 konsultasjoner, og 40 prosent av klientene trengte kun en til to samtaler. En nesten like stor gruppe fikk mellom tre og fem samtaler, og bare syv av barna hadde behov for mer enn 11 samtaler. Gjennomsnittet var, til tross for denne spredningen i tidsbruk, kun fire samtaler pr. sak. Tallene har vist seg robuste fra år til år selv om variasjonen i sakene har vært stor.

Helsedirektoratet har gitt en anbefalt tidsramme på mellom fem og ti konsultasjoner som tiltak for å avgrense kommunens oppgave opp mot spesialisthelsetjenesten. «Det bør imidlertid være åpning for at personer med alvorlig psykisk lidelse og behov for særlig tilrettelagt tilbud kan få psykologhjelp i kommunen over lengre perioder, men da med mindre hyppig kontakt» (Rodal & Frank 2008). Helsedirektoratet åpner dermed for skjønnsmessig tidsbruk innenfor tydelige rammer. Det styrende prinsipp synes å være brukerperspektivet og hvordan tjenestene kan utformes mest mulig fleksibelt, brukervennlig og nyttig, også for dem som har psykiske lidelser.

Noen vil hevde at for hvert barn som får elleve timer, selv om det er få, kunne man hjulpet to eller tre barn forebyggende. Dette er både et etisk dilemma og et spørsmål om prioritering av tjenester. For er det riktig at det forebyggende skal ha forrang fremfor behandling og behovet for ettervern? Det kan føre til at barn med alvorlige vansker får svakere rettigheter og mindre krav på faglige tjenester i kommunen enn barn med lettere og moderate vansker, og det er neppe riktig at en kommunepsykolog skal være minst tilgjengelig for de som trenger det mest. Veilederen påpeker psykologenes og legenes særlige vurderingsansvar i vanskelige saker. Dersom kommunen har tilgjengelig fagkompetanse, forplikter dette. Min statistikk forteller at det er rom for noe langtidsoppfølging innenfor en lavterskelmodell, uten at det går vesentlig ut over tilgjengeligheten. Som vi skal se, er det naturlig å tenke seg en tiltakskjede hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten inntar ulike roller i de forskjellige behandlingsfasene i et barns liv.

Ventelistebehandling

Det ble tidlig klart at Knut, som vi møtte innledningsvis, hadde omfattende PTSD- symptomer, og at varighet, intensitet og omfang tilsa at han trengte et behandlings- og utredningstilbud i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsforskriften (2009) er ennå relativt fersk, men er et godt verktøy for å sikre at utsatte grupper får tiltak raskere enn det som ofte var tilfellet før forskriften kom. Blant annet skal moderat til alvorlig depresjon, alvorlige traumereaksjoner, alvorlig selvskading og alvorlig skolevegring gis et tilbud innen fire uker (Prioriteringsveileder 2009, IS-1636). Spørsmålet blir om kommunen likevel har et ansvar, eller om de dårligste barna må tåle å vente på BUP.

Ajo og Wiik (2008) skriver: «I noen tilfeller vurderer vi raskt at vi ikke skal legge opp et behandlingsløp, men ser vår rolle som en vurderer og kartlegger i tiltakskjeden.» Kommunens oppfølgingsansvar for alle barn omfatter også barn som venter. Spørsmålet er hva

kommunepsykologen skal tilby i ventetiden. Hvordan unngå at samtaler og hjelp i kommunen kommer i konflikt med senere behandling og hjelp?

For å hjelpe Knut var det avgjørende at kommunen raskt grep fatt i fars hjelpebehov. Faren ble invitert til fellessamtale med psykiatrisk sykepleier for voksne som kunne ta langtidsoppfølging. Det ble også tatt kontakt med fastlegen, Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) ble koblet inn, og det ble opprettet en ansvarsgruppe på skolen som særlig arbeidet med utforming av et mer skreddersydd skoletilbud. Psykologen la vekt på å kartlegge fungering, tidligere historie og familiesituasjon, samt mestring av symptomene her og nå. Foreldrene fikk veiledning parallelt. Psykologen fikk god innsikt i Knut sin fungering, og kunne bistå PPT i utarbeiding av sakkyndig vurdering og særskilte tiltak.

Å drive slik «ventelistebehandling» eller «psykologisk førstehjelp» i påvente av BUP er en utfordrende balansekunst. Det krever en tydelig avklart rolle overfor foreldre og samarbeidspartnere. Psykologens oppgaver er etter mitt syn ofte tredelt i et slikt arbeid: 1) symptom- og funksjonskartlegging, 2) identifisere klientens behov og egne ønsker om tiltak, og trekke inn hjelpere, i tillegg til 3) korttidsterapeutiske intervensjoner som bidrar til økt mestring av symptomtrykket her og nå.

God kartlegging er vesentlig for å skrive gode henvisninger og sikre riktige type oppfølging både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Det gjør psykologers utredningskompetanse viktig. Et annet viktig tiltak i kriser er å formidle kunnskap om traumereaksjoner og hvordan håndtere symptomene. Avslapningsteknikker, bevisstgjøring av sammenhengen mellom tanker, følelser, handlinger og kroppslige reaksjoner, hjelp til å opprettholde aktivitet og struktur i hverdagen, kunnskap om søvn og innsovningsteknikker, og mestring av angstsymptomer, er ofte viktige elementer i lavterskelarbeid. Det viktigste er likevel å hjelpe barnet og familien til å snakke om det vanskelige, og å samskape en felles forståelse som gir håp og kan styrke mestringsviljen: «Det er mulig å komme seg igjennom dette, det finnes hjelp, det er mye vi kan gjøre allerede nå, og vi skal klare det sammen.» Gjennom dette arbeidet legges ofte grunnlag for videre behandlingsmotivasjon.

Mange av de generelle tiltakene kommunepsykologen kan ta initiativ til, vil av noen omtales nedsettende som «psykonom-oppgaver», fordi oppgavene er av mer praktisk art og ikke strengt behandlende. Men å engasjere seg bredt i barnets og familiens situasjon har ofte en positiv terapeutisk effekt og kan gi raskere bedring. Som helsepersonell plikter vi å bidra til helhetlig helsehjelp og god samhandling i kommunen. Det er særlig viktig å spille på lag med andre instanser, lytte og komme med faglige innspill til fastlegen, helsestasjon, PPT, barnevern, tjenestekontor, NAV og BUP. Uten tverrfaglig samarbeid står man i fare for å bli både ensom og utbrent, hjelpen blir mindre helhetlig, og kompetansen blir isolert hos enkeltpersoner og i enkeltmiljøer. Det beste arbeidet skjer jo gjerne nettopp der man lykkes med å etablere et «tverrfaglig team» (ansvarsgruppe) med definerte oppgaver i ulike faser.

Utredning og diagnosesetting

For en del barn som utvikler psykiske lidelser, bunner problemene i medfødte utviklingsvansker/sårbarheter kombinert med belastende miljøfaktorer. Ajo og Wiik (2008) skriver:

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

Min erfaring er at bruken av systematiske verktøy er så vel nyttig som nødvendig. Ofte avdekkes det et behov for mer omfattende kartlegging i regi av PPT; andre ganger er det hensiktsmessig å gjøre diagnostiske vurderinger for å kunne sette i gang nødvendige tiltak raskt. Spørsmålet om utredning og diagnosesetting i førstelinje synes i særlig grad å aktivere motsetningene mellom forebyggingstankegangen og en medisinsk behandlings- og sykdomstradisjon. I forebyggingstradisjonen ligger det en tanke om å registrere bekymringer og risikofaktorer, og å reagere med generelle strategier, men også med mer målrettede intervensjoner ut fra hva man antar er problemet. Man behandler uten å sette diagnose, noe som er både mulig og ønskelig ved lettere psykiske vansker. Spørsmålet er om psykologene skal innrette seg etter dette, eller om vår fagkompetanse gir psykologene et særskilt ansvar som strekker seg lenger enn for annet helsepersonell.

Ifølge Nasjonal plan for profesjonsutdanning i psykologi skal studiet «kvalifisere studentene til å stille diagnose samt tilby psykologisk behandling for psykiske lidelser» og «utdanne kandidater med en grunnleggende vitenskapelig holdning til og bred kompetanse i å forstå, forebygge og behandle psykologiske problemer, samt gi et grunnlag for å utføre alle de viktigste formene for psykologisk arbeid med barn, ungdom og voksne» (referert av Olsen, 2010). Dersom vi skal drive psykologisk behandling i kommunen, vil det være nødvendig å gjøre diagnostiske vurderinger som kan gi begrunnelse og retning for den behandlingen vi velger. Å iverksette psykologisk behandling uten noen form for diagnostisk vurdering dokumentert i journal, vil neppe fylle kravene til evidensbasert psykologisk praksis (jmfør prinsipperklæringen til Norsk Psykologforening, 2007). Psykologer og leger er de eneste helsepersonellgruppene som har formell diagnosekompetanse. Vi er skolert i å gjøre differensialdiagnostiske vurderinger, og vi er skolert i normalpsykologi, psykiske lidelser og behandling. Summen av denne kunnskapen gir psykologer et solid grunnlag for å argumentere for spesifikke intervensjoner og initiere ulike behandlingsopplegg i kommunene. På den samtalerapeutiske arenaen møter psykologene derimot stadig sterkere konkurranse fra annet helsepersonell. Mange fagpersoner kan gjøre en god jobb med å levere lavterskelsamtaler og behandle lettere og moderate psykiske vansker, blant annet i kraft av gode videreutdannelse, slik som den tverrfaglige spesialistutdannelsen i regi av R-BUP. Psykologers særskilte utrednings- og diagnosekompetanse blir derfor sentral i opprustingen av kommunal psykisk helsehjelp. Jeg mener ikke at psykologer i kommunen kun skal diagnostisere og behandle. Vi skal ikke bli en ny spesialisthelsetjeneste. Men der det er nødvendig og nyttig, og vi har tilstrekkelig grunnlag til å gjøre forsvarlige vurderinger, bør psykologer ta dette ansvaret.

Behovet for ettervern

Første gang foreldrene kontakter kommunen, er Tanja 6 år og har nylig fått ADHD-diagnose. En psykolog i kommunen veileder foreldrene. I 3. klasse tar de kontakt igjen. Tanja har dårlig faglig og sosial fungering, og strever med søvnvansker, spisevansker, angst og kroppslige vondter. Psykologen kartlegger og hjelper med å finne de gode tiltakene i hverdagen. I dårlige perioder er det tettere samtaler, i gode perioder mer sjeldent.

PPT veileder skolen, og det etableres en ansvarsgruppe. I flere år er det ikke behov for ytterligere hjelp fra BUP. Men i 7. klasse øker symptomtrykket, og Tanja får stort skolefravær. Psykologen rehenviser til BUP. Tanja har nå store faglige og sosiale utfordringer. BUP utreder, men kommunen må finne konkrete tiltak. Løsningen blir skolebytte, 100 prosent tilrettelagt undervisning, og fire dagers uke i en liten gruppe. Overgangen blir en suksess, og Tanja blomstrer. I 10. klasse utvikler hun et voldsomt sinne knyttet til en erindring om mulige seksuelle overgrep som liten, og symptomtrykket øker. Igjen sender psykologen henvisning til BUP for intensivert behandling.

Tre ganger ble Tanja henvist til BUP. I årene imellom bar kommunen ansvaret for oppfølging, tilrettelegging og tiltakstenkning i krisesituasjoner. Veilederen for psykisk helsearbeid i kommunen fremhever at en viktig oppgave for kommunen er «å sikre høy faglig kvalitet i tverrfaglig samarbeid, både internt og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten rundt barn og unge med alvorlige eller omfattende psykiske vansker» (*Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 12*). Det vil alltid være slik at noen barn som har alvorlige psykiske vansker og lidelser, ikke vil til spesialisthelsetjenesten. En del barn som blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten, er ikke ferdig behandlet, men skrives ut på grunn av for eksempel manglende behandlingsmotivasjon. Andre igjen har ikke fått den psykiske helsehjelpen de trenger, selv om de har vært innom spesialisthelsetjenesten i flere omganger.

Barn kan skrives ut av spesialisthelsetjenesten. Men barn og unge kan ikke skrives ut av kommunen. Noen barn har behov for faglig god oppfølging gjennom hele barndommen. Helsedirektoratet fremhever behovet for ettervern:

Mennesker med omfattende, langvarige og sammensatte tjenestebehov som har vært utredet i spesialisthelsetjenesten, kan trenge videre oppfølging i kommunene etter å ha mottatt tjenester i spesialisthelsetjenesten (Rodal & Frank, 2008).

Ettervern innebærer at psykologer i kommunen og spesialisthelsetjenesten arbeider med de samme barna – men på ulike måter. Det er en utbredt misforståelse at spesialisthelsetjenesten har de vanskelige sakene. Sannheten er at de vanskelige sakene er både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten samtidig. Barna med store behov blir oppdaget, utredet og henvist av kommunen, får tiltak i kommunen, og utskrives til kommunen etter kort tid. Det er kommunen som har hovedansvaret for hjelpen, og som må ha kunnskap og kompetanse til å sette inn de riktige tiltakene til riktig tid. Det trengs derfor ikke mindre kompetanse for å jobbe i førstelinje, men det trengs mer sammensatt kompetanse.

Rollen er ikke ny

Psykologrollen som både forebygger, utreder og behandler i kommunen er ikke ny. Mange steder i landet har PPT lang tradisjon for å gi hjelp på bredt grunnlag. Psykologene på disse kontorene har fått lov til å fortsette å gi psykologspesifikk hjelp for lettere vansker på tross av den statlige dreiningen i retning av sakkyndighetsarbeid og pedagogisk veiledningsarbeid. I NIBR-rapport 2007:13 hevdes det at 79 % av barn og unge som mottar hjelp fra PPT, har psykiske problemer (Kristofersen, 2007). I PP-tjenesten er det mye å hente for nye kommunepsykologer når det gjelder utredning, samarbeid med skoler og barnehager, og tiltakstenkning. Det er både naturlig og riktig å dra nytte av lavterskeltenkning fra eksisterende tradisjoner og bygge videre på dette. For

kommunepsykologene trenger flere plattformer å stå på: Helsestasjonstjenestens lavterskeltenkning, og PPT sine kartleggingsverktøy og tiltakskompetanse på særskilte behov. Et nært samarbeid med PPT kan sikre psykologfelleskap og faglig støtte i arbeidet med de særlig utfordrende og tunge sakene, som barn med psykiske lidelser (NOU 2009:22).

Mot en ny spesialisthelsetjeneste

Når kommunens tilbud bygges ut, må spesialisthelsetjenesten nødvendigvis endre sine oppgaver. Flere psykologer i kommunene og mer personell med god kompetanse, betyr at spesialisthelsetjenesten i større grad overtar saker hvor mye er tenkt og gjort på forhånd, og hvor behandlingen alt er påbegynt. Det krever økt fleksibilitet og økt samhandling fra begge parter. Noen ganger vil det meste av utrednings- og forståelsesarbeidet være gjort i kommunen, og det er kun behov for en diagnostisk bekreftelse fra spesialisthelsetjenesten, uten ytterligere dobbeltarbeid. I mange tilfeller vil kommunepsykologen gjøre den første vurderingen og sette i gang de brede tiltakene, mens BUP følger opp med intensivt målrettet behandling, for eksempel kognitiv atferdsterapi i forhold til sterk angst. I stedet for tiltakskjede vil det i noen saker være mer naturlig å tenke team hvor medlemmene har ulike oppgaver i ulike faser. Spesialisthelsetjenesten vil da kunne bli en av flere bidragsyttere i et team organisert rundt et barn med psykisk lidelse.

En ønsket utvikling

Kommunen som kompetansearena bør stimulere til økt kommunal selvtillit. Dersom psykologer skal bidra til å gi mer og bedre helsehjelp til befolkningen, må vi være villige til å ta mer ansvar i kommunene, gå sterkere inn overfor hjelpetrengende barn og unge, og bruke hele vår kompetanse – også utenfor BUP-systemet. Utfordringen er å gjøre den samme psykologjobben, men raskere, enklere og mer effektivt – innenfor lavterskelrammer. For mange psykologer vil dette være kjærkomment og ikke vanskelig. Det gir mulighet til å arbeide både med forebygging og behandling, og med rask effekt fordi man kommer tidlig til. I

Referanser

- Ajo, A. M. & Vik, I. (2007). Psykologer ut i kommunen: Fra klinikk til åpent jorde. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45,151–156.
- Brunstad, A. L. (2007). Lavterskeltilbud for barn og foreldre – en arbeidsmodell og erfaringer. I H. Haavind & H.Øvreide (red.), *Barn og unge i psykoterapi, Bind 2* (s. 171–195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2009). *Psykisk helsevern for barn og unge. Prioriteringsveileder*: Veiledertabell. IS-1636. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2010). Utvidet søknadsfrist 18. mai: Modellutprøving – psykologer i kommunehelsetjenesten. http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner/utvidet_s_knadsfrist_1...
- Kristofersen, L. B (2007). *Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern*. NIBR-rapport (2007:13). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning
- Norges offentlige utredninger. (2009). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. (NOU2009:22). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44, 1127–1128.
- Olsen, B. (2010). Norsk klinisk psykologforening. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 65–67.
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. (IS-1565). Oslo: Helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stortingsproposisjon nr. 63 (1997–98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006, Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Wang, C. W., Berge, K., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., Breivik, C., Hanssen, T. B., et al. (2007). Psykhjelpen på Tvibit: Psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus i Tromsø. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 247–253.