

Kommunepsykologrollen

Det er ikke farlig å snakke for mye

Anne-Kristin Imenes
psykologspesialist

Det er ikke intensjonen at psykologer i kommunene skal bli som fastleger. Men vi deler en allmennklinisk oppgave som er annerledes enn å arbeide i spesialisthelsetjenesten.

Psykologer i kommunene bør ikke snakke for mye med fastlegene, skriver Britt Randi Hjartnes Schjødt i Psykologtidsskriftets novemberutgave. Hun mener at psykologene har et annet mandat og bør ha høyere ambisjoner. Hun har rett i at kriteriene for tilskudd fra Helsedirektoratet vektlegger forebyggende og utadrettete oppgaver for psykologer. Men utredning og behandling er også med, som én av fire oppgaver vi bør ha ambisjoner for. Vi trenger å utvikle forebyggende og helsefremmende tiltak, men vi trenger også å utvikle tenkningen rundt klinisk førstelinjepraksis. Det er bra med illustrasjonsfortellinger og rollemodeller, men vi bør utvikle allmennfeltet enda mer. Og da bør vi, blant annet, snakke mer med fastlegene og kommunelegene. Jeg syns de ofte har blitt uteglemt i samtalen, også av meg.

Ja, psykologer i kommunen har et annet mandat enn fastleger. Men begge profesjoner skal bidra til å dekke kommunens ansvar for helsetjenester, både når det gjelder forebygging og behandling. Det snakkes som om fastlegerollen er den eneste, men også leger kan ha mange roller, og kommunen kan organisere legene på mange måter. Det er fem lovpålagte funksjoner for legene i kommunen: fastlegeordningen, legevakt, lege på helsestasjon – og skolehelsetjenesten, tilsynslege og kommunelege. En forskjell er likevel at det er ingen roller for leger utenfor helsetjenesten. Det er det for psykologer; helt åpenbare eksempler er arbeid i pedagogisk-psykologisk tjeneste, i barnevern og i sektorovergripende samfunnspsykologiske funksjoner.

Jeg reagerer på at lavterskel klinisk arbeid i førstelinjen ofte fremstilles som noe lett, som noe 'alle' psykologer kan

Psykologer og leger har henvisningsrett og selvstendig behandlingsansvar for psykiske lidelser. Vi arbeider etter samme lovverk, og skal bidra til mange av de samme tjenestene. Hvordan forvalter vi best dette ansvaret i kommunene? Hva oppleves som hjelpsomt for klientene? Hva er nyttig ressursbruk ifølge forskning? Og hvordan kan vi bringe tjenestene videre?

Skjer ikke av seg selv

Det individuelle journalpliktige arbeidet utgjør nær halvparten av psykologens arbeidstid i kommunene – i gjennomsnitt. Noen arbeider mindre klinisk, andre arbeider nesten bare klinisk. Så langt har jeg ikke hørt at noen kommuner har god dekning av sitt «sørge for»-ansvar til mennesker med psykiske lidelser. Vi må kunne snakke mer om det kliniske arbeidet, som utgjør en så stor del for så mange, og som er så viktig for befolkningen – uten at det skal behøve å gå ut over andre innsatser. Jeg reagerer på at lavterskel klinisk arbeid i førstelinjen ofte fremstilles som lett, som noe «alle» psykologer kan, og som nærmest skjer av seg selv uten å behøve nærmere beskrivelse av faglig

tilnærming og organisering. Det er synd, for dermed overlates praksisutviklingen til tilfeldigheter, personlige preferanser, til steden kultur, til tjenesteledere, og i siste instans – til fylkesmannen, som skal se til at tjenestene er faglig forsvarlige.

Psykologer i kommunene skal ikke bli som fastleger, det er ikke intensjonen. Men vi deler en allmennklinisk oppgave som er annerledes enn å arbeide i spesialisthelsetjenesten. Jeg har hatt stor nytte av å lese allmennmedisinsk litteratur og snakke med fastleger om deres hverdag. Det er bevisstgjørende. Både psykologer og leger møter allmenne problemstillinger, fra det milde til det alvorlige. Vi møter helserettslige problemstillinger, kartleggingsbehov, henvisningsvurderinger, behov for å stille tentative diagnoser, oppfølgingsbehov hos alvorlige syke, behov for sammensatt innsats, samarbeidsbehov med spesialisthelsetjenesten og hull i tjenester. Mange fastleger er opptatt av utjevning av sosiale forskjeller og å støtte de svakeste, og gjør en formidabel jobb med å bidra til bedre liv og helse for utsatte grupper. De argumenterer, støtter, behandler, koordinerer, er folkeopplysere og saksopplysere. Ikke alle fastleger arbeider klinisk hver dag; mange har også andre samfunnsoppgaver (jf. de fem funksjonene som er nevnt tidligere), akkurat som psykologene skal ha andre oppgaver. Kommunelegene har vært helt avgjørende for folkehelsen i Norge når det gjelder vann- og matsikkerhet, vaksiner og folkeopplysning.

Felles utfordringer

Jeg har skjønnet at vi deler mange av de samme utfordringene. Oppgavene kan føles store. Støttetjenestene kan være mangelfulle. Samarbeidsarenaene kan være dårlig utviklet. Særlig i distriktene kan rekruttering være utfordrende. Løsningen er ikke bare flere stillinger. Både leger og psykologer ønsker primært trygge rammer, fast lønn, mulighet for nettverk og organiserte utdanningsløp. Mange fastleger kjenner utilstrekkelighet, særlig når det gjelder arbeid med psykiske lidelser og rus, og mange ønsker tettere samarbeid med en psykolog.

Samtidig har det blitt tydelig for meg hva jeg kan bidra med. Brukerperspektivet og tilbakemeldingsverktøy gir et helt nødvendig korrektiv til eget arbeid. Psykoterapiforskning er et hjelpsomt verktøy, traumekunnskap er viktig. Familiearbeid og nettverksarbeid bør alltid være en plattform for faglig tilnærming. Folkeopplysning om psykisk helse og psykiske vansker har vært en mangelvare.

Jeg frykter ikke at vi kan snakke for mye sammen. Jeg tror ikke at vi risikerer å miste andre oppdrag av syne. Snarere er det helt nødvendig å snakke sammen for å få til ny praksisutvikling. Jeg mener at vi i enda større grad bør oppdage nytten av å være på samme kurs, undervise på hverandres spesialistutdannelse, besøke hverandres praksis og lese hverandres tidsskrifter. Vi skal være modige når vi utvikler allmennfeltet, men også respektfullt nysgjerrige på dagens praksis og hvordan vi best kan bidra til utvikling.