

Psykologkompetanse på ville veier

Psykologer kan bli brukt feil i kommunene. Det er ikke psykologenes skyld, men skyldes uklar styring. Det er avgjørende at politikerne satser på psykisk helse og tar tydeligere grep.

TEKST

Anne-Kristin Imenes

PUBLISERT 5. september 2013



ILLUSTRASJON: SIMEN AUGUST ASKELAND

Blant kollegaer møter jeg fremdeles forestillingen om at psykologer i kommunene ikke skal drive med utredning, ikke behandling, ikke rehabilitering og ikke oppfølging av alvorlig psykisk lidelse. Hva skal de gjøre da? Jo – kun arbeid med forebygging, tidlig intervensjon for lette og moderate vansker, veiledning og viderehenvisning.

Holdningen står i skarp kontrast til veilederen for psykisk helsearbeid i kommunene (2007) og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Loven og veilederen er begge tydelige på at kommunen har ansvar for psykisk og fysisk helse, både forebygging, utredning, diagnostisering, behandling og rehabilitering. Hvorfor er dette så vanskelig å godta? Jeg tror noe av årsaken ligger i føringene for helsestasjonene: Forskriften for helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2003 angir at skolehelsetjenesten bare skal arbeide forebyggende og helsefremmende. Dette omfatter *helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging og henvisning ved behov, forebyggende psykososialt arbeid og opplysningsvirksomhet, og veiledning individuelt og i grupper* (§ 2–3 annet ledd). Altså ikke et ord om utredning eller behandling, kun følge opp og henwise videre. Om man bare har disse brillene på, kan gamle forestillinger leve videre: At kommunen kun skal forebygge, og BUP skal utrede og behandle. Da hjelper det lite med statlige midler for å øke behandlingstilgjengeligheten i kommunene.

Gammel tenkning

Et eksempel har kommet fra Oslo i bokform: «Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers» (Olaisen, red., 2012). To psykologspesialister fra BUP er utlånt for å arbeide to hele dager i uken i skolehelsetjenesten i videregående skole. De har skrevet bok sammen med helsesøstre, BUP -ere og R-BUP -ere om et samarbeidsprosjekt «PLIS». Det er suverent bra med utviklingsfremmende samtaler som grunnholdning sammen med tverrfaglighet – hurra! Problemet er at jeg ingen steder i boken finner beskrevet hva psykologspesialistene skal gjøre som helsesøstre ikke allerede gjør på en utmerket måte. Jeg får ikke økt forståelse av hvordan skolehelsetjenesten jobber bredere, dypere og med andre tilbud fordi de er tilført spesialistkompetanse. Jeg sitter snarere igjen med følelsen av at psykologene er formet inn i helsesøsterrollen og må gi avkall på viktige deler av sin profesjonsrolle.

«Gamle forestillinger lever videre: At kommunen kun skal forebygge, og BUP skal utrede og behandle. Da hjelper det lite med statlige midler for å øke Behandlingstilgjengeligheten i kommunene»

Lavterskelmodellen som er prøvd ut i Oslo, er ikke en del av Helsedirektoratets modellutprøvningsprosjekt for psykologer i kommunehelsetjenesten. Jeg mener modellen likevel må problematiseres fordi den markedsføres i bokform og metodikken skal undervises i på R-BUP . Problemet er at modellen tar utgangspunkt i gammel tenkning. I dette lavterskeltilbudet gjør de alt de kan for å unngå ordet behandling. Psykologenes arbeid kalles konsekvent «utviklingsstøttende samtaler», som om terapi ikke forekommer, og bare bør gjøres på BUP . Jeg spør meg: Er det slik at premissene for skolehelsetjenesten ikke passer til den nye kommunehelseloven? Er det riktig at helsestasjonsforskriften skal begrense psykologenes handlingsrom, slik det hevdes i boken? Er det riktig at psykologer må snike seg til å behandle, ved å kalle det noe annet? Skal det handle om rommet vi har, eller rommet vi må ta for å følge den nye kommunehelseloven?

Utdannet til å behandle

Kommunehelsetjenesten har ansvar for å tilby utredning og behandling, mens helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke har det. Dette må bevisstgjøres, ellers er vi like langt. Heldigvis er kriteriene for stimuleringsmidler tydelige på dette: For alle psykologer gjelder de samme kravene, uansett hvor de fysisk plasseres: «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. »

Helsesøstre jeg kjenner, har sårt savnet et kommunalt oppfølgings- og behandlingstilbud for barn med psykiske vansker. De har ikke etterspurt at jeg som psykolog skal drive med w samtaler – det er en selvfølge. Skolehelsetjenesten har manglet et nærmere alternativ enn BUP – noe mer enn helsesøstrene kan tilby selv; en annen kompetanse. Men i Oslos PLIS-prosjekt usynliggjøres helseprofesjonenes ansvar. Det er som om de skal gjøre det samme, som om forskjellene mellom helsesøster og psykolog ikke finnes. Men bare psykologer og leger er utdannet til å diagnostisere og behandle psykiske lidelser. Det er feil som det står i boken at bare leger og spesialisthelsetjenesten kan gjøre suicidvurderinger. Det er det psykologer og leger som kan. PLIS-prosjektet fra Oslo viser med all tydelighet at det haster å lage en samlende veileder for bruk av psykologer i kommunene.

Vi må snakke sant

Jeg mener ikke at kommunepsykologer bare skal utrede og behandle. Vi skal ut av kontorene, ha lav terskel og jobbe på arenaene til barn og unge; både hjemme, i barnehagen og på skolen. Vi skal være synlige, tilgjengelige, proaktive og handlingsorienterte. Vi skal ta i bruk varierte og fleksible arbeidsmåter. Vi skal jobbe tverrfaglig. Vi skal gjøre både systemarbeid og individarbeid, forebygging og behandling. Kommunen er et bra sted for dette. Men vi må snakke sant om hva vi gjør.

Når vi setter i gang målrettede intervensjoner mot psykiske vansker, så behandler vi faktisk. Det kalles (korttids) terapi. Når vi lytter til historier og spør etter

symptombildet, så kartlegger vi ut fra kunnskap om psykiske lidelser. Gjemt bak angst og depresjon kan det ligge så mye mer. Vonde historier og uoppdagede vansker. Det vet psykologer, derfor har vi alltid et utredningsperspektiv med oss.

I førstelinjen gjør vi grovmasket utredning og diagnostiserer vanlige vansker. Findiagnostisering av sammensatte tilstander og vanskelige utredningsoppgaver hører til spesialisthelsetjenesten.

Tidlig hjelp alltid best

Nå er det valg. Psykisk uhelse koster samfunnet 70 milliarder kroner i året og er vårt dyreste helseproblem, større enn fedme eller kreft. Ser politikerne hvor stort problemet er? Blir krafttak for psykisk helse satt på dagsordenen av partiene?

Saken er så viktig at den ikke må gjøres til en profesjonskamp eller interessekamp. Det trengs både kommunepsykologer, forsterket helsesøstertjeneste, satsing på PPT, styrket barnevern, foreldreveiledningsprogrammer og bedre tjenester i rusfeltet. Det er i kommunen vi kan hjelpe raskt og løsningsorientert. Om det er små eller store vansker, har ingen betydning, tidlig hjelp er viktig uansett. Det er ikke alvorligheten det kommer an på, men på hvilke tiltak som trengs, og hvilken arena som best kan gi hjelpen. For å nå dette målet må psykologene brukes riktig, og politikerne må våge å ta tydelige styringsgrep, med planer, veiledere, penger og langsiktig satsing. Den nye kommunehelseloven må bli mer enn fagre ord. Og ikke minst: Vi må kvitte oss med gamle forestillinger om hva en psykolog i kommunen ikke kan gjøre.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 9, 2013, side

TEKST

Anne-Kristin Imenes, psykologspesialist