

Psykologkompetanse på nye veier

Det er lite faglig nyvinnende å insistere på at hoveddelen av psykologers virksomhet skal bestå av kjente og tilvante arbeidsmønstre for utredning og behandling.

TEKST

Elisabeth Hellzén

Gina Hægland

Kari Innset

Kristin Olaisen

Vigdís Wie Torsteinsson

Trine Waaktaar

PUBLISERT 5. desember 2013

PSYKOLOGI



HVILKEN HATT PASSER? Anne-Kristin Imenes sitt innlegg i september, om hva som skal være kommunepsykologenes primæroppgaver, skaper debatt.

DEBATT: KOMMUNEPSYKOLOGI

Med henvisning til boken Utviklingsfremmende samtaler med ungdom, skriver Anne-Kristin Imenes i septemberutgaven at den ikke forteller hva psykologspesialistene skal gjøre som helsesøstre ikke allerede gjør på utmerket vis. Slik usynliggjøres helseprofesjonenes ansvar, mener Imenes.

I debattinnlegget «Psykologkompetanse på ville veier» argumenterer kommunepsykolog Anne-Kristin Imenes for at diagnostikk og behandling skal være sentrale kjerneoppgaver for psykologer som arbeider i førstelinjen. At et behandlingsfokus er i samsvar med gjeldende praksis bekreftes også i artikkelen «Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeide» av Marianne Ådnanes og kolleger i novemberutgaven av *Psykologtidsskriftet*. Likevel hevder Imenes at det vanlige er å mene at spesialister i førstelinjen kun skal arbeide med «forebygging, tidlig intervensjon for lette og moderate vansker, veiledning og viderehenvisning». Som eksempel på det hun kaller «gammeldags tenkning» trekker hun fram PLIS-modellen som beskrives i boka *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers*. Som spesialister/veiledere fra BUP som har arbeidet med å utvikle denne modellen, og som medforfattere og redaktør av boka, vil vi gjerne kommentere noen av de punktene Imenes tar opp.

Med skolehelsetjenesten som kontekst

Samhandlingsreformen gjør det helt nødvendig med en faglig debatt om hvilke oppgaver og tilnæringsmåter fagfolk med spesialistkompetanse innenfor psykisk helsearbeid skal anvende. Men de faglige modellene dette nybrottsarbeidet tar i bruk, må ta utgangspunkt i de rammene som alt eksisterer i ulike deler av førstelinjen. Vår modell er basert på erfaringer i et samarbeid mellom BUP og skolehelsetjenesten for videregående skoler. Skolehelsetjenesten skiller seg fra BUP på mange måter, både oppgavemessig, organisatorisk og juridisk. Når vi som BUPspesialister plasseres i førstelinje sammen med skolehelsetjenesten, ville det i våre øyne være lite faglig nyvinnende å insistere på at hoveddelen av vår virksomhet skulle bestå av kjente og tilvante arbeidsmåter for utredning og behandling. Etablerte metoder og kunnskap fra spesialisthelsetjenesten kan selvsagt være til nytte også innenfor disse annerledes rammene. Men vi må også utvikle nye arbeidsformer for den nye konteksten vår kunnskap skal anvendes i. I boka skriver vi flere ganger at vi som spesialister som er trygge i sin fag og profesjonsrolle, ikke trenger å oppfatte nye sammenhenger å arbeide innenfor som trusler om å måtte «gi avkall på viktige deler av sin profesjonsrolle», for å låne Imenes' formulering. Det er snarere nettopp i utvidelsen og tilpasningen av faget vårt at det faglige potensialet ligger.

Mer enn diagnostikk

Det ligger fjernt for oss å mene at psykologer i førstelinjen under enhver omstendighet *ikke skal* drive diagnostikk eller behandling. Poenget er snarere at vi må bruke faget vårt fleksibelt og tilpasset. Imenes har rett i at dette poenget har vært fremmet før, men fagutvikling er ofte langsomme prosesser. Og spørsmålet om fleksibilitet i psykologers tilnærming til endringsarbeid er antakelig en evig aktuell problemstilling i både førstelinjen og i BUP.

«Vi er nå i en situasjon hvor psykologene gis nye arenaer der

psykologisk kunnskap kan omsettes til virksomme virkemidler. Den utfordringen bør vi ta»

Samhandlingsreformen åpner for faglig samarbeid på tvers av profesjoner og etater i førstelinjen og mellom spesialistog kommunehelsetjenesten. Det kan ha verdi å videreutvikle og utnytte profesjonsskillene, men disse skillelinjene trekkes ikke nødvendigvis, som Imenes synes å mene, mellom psykologer som driver individuell terapi på kontoret sitt, og helsesøstre som gir prevensjonsveiledning. I stedet kan dette handle om ulike og gjensidig berikende innfallsporter til en og samme sak. Og det er dette arbeidet vi har ønsket å bidra til, som når PLIS-modellen har skapt felles kunnskapsarenaer som har utvidet det faglige fellesskapet og fått i gang viktige diskusjoner om både kunnskapssyn og samarbeidsmodeller. Det trengs!

Diagnostikk og individualterapi er viktig når psykiske lidelser skal forstås og behandles. Men utredningsverktøyene og behandlingsmetodene er ofte utviklet av og for spesialisthelsetjenesten, og ikke tilpasset en skolehelsetjeneste som også skal forebygge psykiske helseplager. I dette feltet gjenstår mye utviklingsarbeid, og psykologer med sin kunnskap om blant annet normalutvikling har vel viktige bidrag å komme med her?

Unik mulighet

Skolehelsetjenesten gir oss en unik mulighet til å komme inn tidlig. Ungdommen som kommer med mindre alvorlige bekymringer, kan vi gi utviklingsstøtte til; de som forteller om mer alvorlig strev, kan vi gi sørge for får den hjelpen de trenger. Ved å kunne tilby tid, tillit og fortrolighet skaper vi også et rom for at disse ungdommene klarer å ta imot hjelp fra det tradisjonelle psykiske helsevernet. I dette arbeidet er det kanskje viktig ikke å konkludere for tidlig, men heller at man støtter normalutvikling og tåler noen symptomer mens man tilbyr kontakt og dialog. I slike gråsoner – og dette gjelder mange som kommer til skolehelsetjenesten – er det ofte mer hensiktsmessig å velge en tilnærming hvor man ikke bare «fjerner symptomer», men i stedet jobber aktivt med å koble sammen forståelse, nettverk, støtteapparat og handlinger som bidrar til mestringserfaringer som gjør at ungdommen selv kan jobbe seg ut av en vanskelig situasjon. I førstelinjen er ikke diagnose det eneste kriteriet for at man starter med endringsarbeid.

**«For at skolehelsetjenesten skal
være en viktig arena for å
fremme undoms psykiske helse,
trenger vi å jobbe med
metodeutvikling»**

Vårt arbeid i skolehelestjenesten har ledet oss til en viktig konklusjon: For at skolehelsetjenesten skal være en viktig arena for å fremme ungdoms psykiske helse, trenger vi å jobbe med metodeutvikling. Selvsagt kan noen hjelpes med tradisjonelle psykologiske intervensjonsformer, men vi er nå i en situasjon hvor psykologene gis nye arenaer der psykologisk kunnskap kan omsettes til virksomme virkemidler. Den utfordringen bør vi ta; Hvordan kan vi bruke vår kunnskap til å gi ungdom gode mestringserfaringer også når livet byr på utfordringer? La oss ikke stenge oss inne på kontorene og si at vi allerede har den bredden i tilnærminger vi trenger!

«Psykologer ut i kommunene» kan bety ulike ting. Vi har fortalt om hvordan vi har styrket det psykiske helsearbeidet innenfor skolehelsetjenesten. Vi erfarer at rammebetingelsene rundt den enkelte fagperson er helt avgjørende for hvor langvarige, omfattende, krevende og spesialiserte behandlinger det er forsvarlig å tilby. Også andre psykologer i førstelinjen er opptatt av slike perspektiver på psykologisk arbeid. I sin blogg skriver Heidi Tessand tidligere i år at «Jeg prøver også å jobbe for å benytte ressursene som allerede finnes i miljøene rundt familiene, som lærere, helsesøster, mormor og venner. Det er ressurser som er gratis for oss, men svært verdifulle for dem vi skal hjelpe.» Også kommunepsykologer ser nye muligheter!

Utvikling

Unge psykiske helse angår oss: Antallet som ikke fullfører videregående er økende, det samme er antallet unge som trenger profesjonell hjelp for sine psykiske helseplager. Da må vi spørre om den kunnskapen og de forståelsesmodellene vi har, er egnet for å møte en så stor gruppe mennesker. Hvilke tiltak og tjenester trenger vi? Hvordan kan vi møte befolkningen på måter som allierer seg med utviklingskrefter i individ, familie og nettverk og slik hindre sykelligjøring? Her ligger det mange åpne problemstillinger, og det trengs både forskning og utviklingsarbeid på feltet. Og vi vil gjerne være en del av dette utviklingsarbeidet!

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 12, 2013, side

TEKST

Elisabeth Hellzén, Klinisk sosionom, RBUP Øst og Sør

Gina Hægland, Psykologspesialist, PIF, BUP Nedre Romerike, Akershus Universitetssykehus

Kari Innset, Psykologspesialist i Team Lavterskel, BUP Oslo Syd, Oslo universitetssykehus

Kristin Olaisen, Teamleder i Team Lavterskel, BUP Oslo Syd, Oslo universitetssykehus og prosjektleder i Helseetaten i Oslo kommune

Vigdis Wie Torsteinsson, Enhetsleder, BUPA Vestfold

Trine Waaktaar, Førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo