

Fra medisinsk modell til psykologisk lavterskeltilbud

Tidlig på 1970-tallet åpnet jeg et lavterskeltilbud for studenter, lenge før dette ble aktuell politikk. Raskt innså jeg at mine forestillinger om behandling måtte snus.

TEKST:

Ronald Grini

PUBLISERT 5. februar 2010



Åpen kalender: Psykologer i lavterskeltilbud trenger romslige timeplaner og ledig tid for folk som banker på døra. Men vil det offentlige finansiere en praksis hvor psykologene starter arbeidsdagen uten at avtaleboken er fylt til bristepunktet? Foto: Yaymicro.

«Lave terskler – høye ambisjoner» var overskriften på et seminar om nyorganiseringen av psykisk helsevern (se Tidsskriftet, 11, 2009). Reportasjen herfra ga meg lyst til å bidra med mine egne erfaringer fra et psykologisk lavterskeltilbud – lenge før dette ble aktuell politikk.

Tidlig på 1970-tallet var jeg med på å starte et åpent psykologisk lavterskeltilbud for studenter, noe som for meg ble en helt ny måte å arbeide på. Tidligere hadde jeg arbeidet i forskjellige institusjoner som alle fulgte den medisinske modellen hvor behandlingen fulgte av diagnosen. Fagpersonene var gjerne de aktive som ga behandling og tok avgjørelsene, mens pasientene ble tildelt mer passive roller og

mottok behandling. Nye pasienter ble tatt imot etter først å være henvist og ofte etter lange opphold på ventelister. Det var en ganske utbredt oppfatning den gang at langtidsterapiene var de beste og mest forsvarlige behandlingene, mens kortere terapier hadde status som knapt nok nest best. Med dette i den faglige bagasjen begynte jeg i den nye stillingen.

Mitt først møte

Jeg var nylig godkjent spesialist i klinisk psykologi og skulle legge opp arbeidet slik jeg selv ønsket. Utgangspunktet var at tilbudet skulle ha lav terskel og ikke kreve henvisning. Folk kunne bare banke på døra. Noe som slo meg, var hvor få som kom med et uttrykt ønske eller en bestilling om hva slags behandling eller terapi de hadde tenkte seg. Deres anliggende var simpelthen bare det å få snakke med en psykolog og å ta imot den hjelpen jeg kunne tilby. Henvendelsesgrunnene var eksamensangst, spenningstilstander, konsentrasjonsproblemer, depresjoner, ensomhet, problemer i forhold til familien etc. Mange hadde drøyd lenge før de tok kontakt.

Jeg innså fort at jeg måtte snu opp ned på mange av mine forestillinger om forsvarlig behandling, om behovet for diagnoser, om hvordan relasjonene mellom klient og behandler skulle være. Jeg ble nå utfordret på å møte klienten der og da uten å hvile meg på en skriftlig henvisning, og uten å begynne med barndom og oppvekst eller trekke frem de psykologiske testene jeg hadde i skuffen. De gamle tilnæringsmåtene fungerte ikke lenger. I stedet måtte jeg møte klientene der de befant seg.

Forventningene om et åpent lavterskeltilbud innebar at klientene skulle få slippe til så raskt som mulig, helst samme dag og i hvert fall i løpet av en dag eller to. Jeg skjønnte raskt at dette var å ta seg vann over hodet. For etter hvert som tilbudet ble kjent, økte søkningen, og det ble vanskelig å ta unna. Jeg ba administrasjonen om en psykologstilling til, men tiden var ikke inne for det. På et tidspunkt overveide jeg å gi opp, men å finne en annen jobb var ikke bare enkelt. Dessuten likte jeg den selvstendige arbeidssituasjonen hvor jeg kunne legge opp arbeidet etter eget hode.

Veiledning i å arbeide med seg selv

Jeg ønsket verken ventelister eller å stenge inntaket i perioder, siden tilbudet da risikerte å komme i et dårlig lys. En av de viktigste avgjørelsene jeg tok, var å legge til side forestillingene om å gi behandling og terapi. I stedet kalte jeg tilbudet «veiledning i å arbeide med seg selv», hvor jeg viste studentene hvordan de kunne arbeide med seg selv for å få til forandringer. Som når jeg veiledet klienter som var plaget med spenninger og angst, i avslappings- og avspenningsøvelser.

Jeg valgte også å ha forholdsvis lange konsultasjoner på minst halvannen klokke, og hver enkelt konsultasjon ble lagt opp som et selvstendig terapeutisk møte. Den første samtalen startet gjerne med følgende spørsmål: «Hva var det som fikk deg til å ta kontakt?», og vi var umiddelbart inne i her-og-nå-situasjonen. Jeg la vekt på å skape et rom der vi rolig og avslappet uten tidspress kunne tenke høyt sammen, og der vi kunne komme med alle slags innspill uten frykt for at bordet fanget. Slik diskuterte vi oss frem

til løsninger og muligheter uten at klienten var forpliktet til å følge dem opp. Igjen var ideen å formidle at klienten selv hadde det siste ordet.

«En av de viktigste avgjørelsene jeg tok, var å legge tilside forestillingene om å gi behandling og terapi»

Hver enkelt sesjon ble avsluttet med at jeg foreslo fire forskjellige avtalemuligheter som klienten kunne velge fritt mellom.

1. Dersom det viste seg at klienten ikke ønsket mer hjelp, ble vi enige om å avslutte.
2. Dersom klienten ønsket en ny samtale, avtalte vi et tidspunkt for dette. Vi opererte ikke med noen begrensning på antall ganger vi kunne møtes, men vi kunne likevel bare avtale fra gang til gang om arbeidet skulle fortsette.
3. Klienten kunne også velge en såkalt «ved behov-avtale». Det innebar at selv om vi ikke avtalte noe nytt møte, kunne klienten når som helst ringe meg i kontortiden for å avtale et nytt møte – uten ventetider.
4. Hvis ingen av disse avtalene var aktuelle, for eksempel fordi klienten trengte mer omfattende hjelp, fant vi ut om jeg skulle påta meg dette selv eller om klienten heller burde henvises til behandling hos andre.

Det var sjelden behov for viderehenvisninger, og mange klarte seg med en eller noen få samtaler. Omkring halvparten avsluttet ved å lage en «ved behov-avtale». Den fleksible måten å gjøre avtaler på ved hjelp av «fra gang til gang-avtaler og «ved behov-avtaler» ga klientene den hele og fulle kontrollen. Sammen med lett tilgjengelighet også i etterkant bidro dette til å skape trygghet for klientene i det daglige. Det ga igjen gode betingelser for å kunne arbeide med seg selv på egen hånd. Samlet gjorde dette at behovet for konsultasjoner ble mindre og min kapasitet økte tilsvarende.

Nødvendigheten av romslige timeplaner

Høy tilgjengelighet og lav terskel forutsetter at psykologen er til disposisjon for pasientene når behovet for hjelp oppstår. En slik beredskap innebærer at psykologer i lavterskeltilbud trenger romslige timeplaner og ledig tid for folk som banker på døra. Dette i motsetning til psykologer i privat praksis, som må basere inntektene på fulle timebøker og jevn pasienttilgang ved hjelp av ventelister. Men om det offentlige vil finansiere en praksis hvor psykologene starter arbeidsdagen med at kalenderen ikke alt er fylt til bristepunktet med avtaler, er kanskje ikke helt åpenbart. Dette vil derfor være et temmelig avgjørende punkt i foreningens videre forhandlinger med myndighetene.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 2, 2010, side 132-133

TEKST:

+ **Vis referanser**

Referanser:

Grini, R. (1991). Erfaringer med «fra gang til gang» avtaler. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 28, 1092.

Grini, R. (1992). Erfaringer med «veiledning i å arbeide med seg selv». Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 29, 139.

Grini, R. (2002). «Ved behov» avtaler i psykologisk behandling - en brukerevaluering. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 39, 222-223.

Grini R. (2004). Hypotetisk tenkning i terapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41, 30-31.