

# Vi bør ikke se for mye til fastlegene!



Faksimile fra oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet.

Kommunepsykologer bør ha langt større ambisjoner enn fastlegene.

**TEKST**

**Britt Randi Hjartnes Schjødt**

**PUBLISERT 6. november 2018**

ANNE-KRISTIN IMENES HAR i Psykologtidsskriftets oktoberutgave et innlegg som jeg som kollega, kommune- og samfunnspsykolog har behov for å kommentere. Hun uttrykker bekymring for kommunepsykologers kliniske rolleutforming og anbefaler oss å snakke mer med fastlegene og bruke deres erfaring til å organisere oss bedre. Hun sier videre at vi har det samme oppdraget og mål for vår praksis, og at vi har de samme behov for spesialisering.

Jeg er selvsagt helt enig i at samarbeidet mellom fastleger og psykologer og andre kommunalt ansatte må styrkes. Jeg skal forsøke å forklare hvorfor jeg er uenig i de andre konklusjonene hennes.

**Ulikt mandat**

Psykologer i kommunen har et annet mandat enn fastlegene, selv om de deler oppdraget med behandling og oppfølging for dem som trenger det. Det finnes ingen egen forskrift for psykologer, men vi har etter hvert mange erfarne kommunepsykologer og mange gode eksempler på rolleutforminger tilpasset kommunens utfordringsbilde (NAPHA 2016: *Psykolog i kommunen – en medspiller*). Men der fastlegens oppdrag er ferdig når pasienten har gått, journalen er skrevet og

refusjonskrav er sendt, skal vi som kommunepsykologer ha mye større ambisjoner. Vi kan ta steget ut i det åpne tverrfaglig landskapet og bidra til bedre oppvekst, trivsel og levekår, arbeidsliv og alderdom for befolkningen.

Psykologens kompetanse kan altså ikke bare brukes til bedre helsehjelp til den enkelte, men også til å utvikle bedre tjenester og kommuner. Sammen med sin kommune må psykologene utvikle en egnet praksis og rolleutforming, enten utfordringene finnes i befolkningen, i tjenestene eller i lokalsamfunnet. Da kan vi ikke la oss inspirere for mye av fastlegenes snevrere praksis- og rolleutforming, som i sitt samarbeid i hovedsak oftere retter seg mot spesialisthelsetjenesten enn de kommunale tjenestene.

Det er særlig interessant for meg, som gjennom nesten en mannsalder har arbeidet med spesialisering av samfunns- og allmennpsykologer, å se hvordan Helsedirektoratets forventninger til psykologer på tilskudd i helse- og omsorgstjenestene har forandret seg gjennom årene. Der direktoratet i starten hadde fokus på behandlingsarbeid og allmennpsykologisk kompetanse, har føringene stadig tydeligere beskrevet arbeidsoppgaver som krever kompetanse fra en samfunnspsykologisk verktøykasse. Tre av fire delmål i tilskuddsordningen er nå knyttet til samfunnspsykologisk arbeid (<https://helsedirektoratet.no/tilskudd>) og er like aktuelle for psykologer i andre kommunale sektorer.

Psykologer i kommunen er ansatt på fast lønn. Heldigvis. Det gir oss en frihetsgrad som fastlegene ikke har, men som noen av dem kanskje misunner oss? Psykologene deler gjerne sin kompetanse gjennom å veilede andre og å delta i utvikling av helsefremmende og forebyggende tiltak på ulike arenaer i lokalsamfunnet. Tiltak som søvnskole, foreldregrupper og tverrfaglige konsultasjonsteam kan tilbys i tjenestene. Delaktighet i det nye livsmestringsfaget eller i innføringsprogram for flyktninger krever at vi oppsøker mer ukjente sektorer for helsearbeidere. Å bli engasjert i kommunal innsats mot vold i nære relasjoner eller annet kommunalt planarbeid krever at vi deltar på administrativt og ofte politisk nivå. Deltagelse i så ulike aktiviteter muliggjøres nettopp av den fleksible rolleutformingen som en psykolog i kommunene kan ha. Som en fastlege ikke har.

## **Ulike kompetansebehov**

Psykologer i kommunene gir uttrykk for at de opplever seg faglig rustet til å følge opp allmennpsykologiske behov, med noen unntak (Ad-Hoc-utvalgets rapport, Imenes, 2017). Psykologforeningen er i gang med å tilby kompetansetiltak for disse. Kommunene kan ha nytte av mange typer psykologspesialister, men spesifikk kompetanse er samlet i den integrerte *spesialiteten i samfunns- og allmennpsykologi*. Spesialiteten kombinerer de to fagområdene som legeföreningen har hver sin spesialitet for (allmenntmedisin og samfunnsmedisin).

Bakgrunnen for at det ble en kombinert spesialitet for psykologer i kommunen, var nettopp at det ble vurdert som nødvendig med en samlet verktøykasse. Da spesialiteten ble opprettet i 1989, var den svært fremtidsrettet og preget av nye nasjonale føringer om forebygging og samarbeid. Det er likevel min oppfatning at spesialiteten aldri har vært

mer relevant enn nå. De siste årene har den vært en av de mest populære spesialitetene i Psykologforeningens spesialistprogram. Psykologer med denne spesialiteten bygger kompetanse som gjør dem i stand til å dra erfaringer fra klinisk arbeid over i et system- og utviklingsarbeid – eller å ta føringer fra system- og utviklingsarbeidet over i sitt kliniske arbeid. Spesialiteten kan bygges på med ulike valgfrie og mer behandlingsrettede program for målgrupper som barn, voksne, eldre, helse, familie, habilitering og rehabilitering, rus osv. Det er en fleksibel spesialitet med rom for kompetanseutvikling tilpasset både kommuner og psykologer.

## **Psykologenes store handlingsrom**

Sjefredaktør Bjørnar Olsen trakk i forrige utgave av Psykologtidsskriftet fram samfunnspsykologen Rolf Mikkel Blakars utsagn: «Når individet går inn i psykologens klinikk og laboratorium (og fastlegens, min anmerkning), må som oftest samfunnet stå igjen utanfor døra.» Jeg oppfattet Olsens innlegg slik at det hjelper ikke for psykologer å si at vi er opptatt av å redusere sosial ulikhet hvis vi ikke gjør noe for å redusere den. Det hjelper ikke å si at vi skal være med på å helsefremme og forebygge, dersom rolleutformingen vi ønsker oss, kun tillater at vi tar imot mennesker for behandling på kontoret. Vi må faktisk også ut av behandlingsrommet og være virksomme der livene leves.

Da må vi også ha kompetanse som gjør oss bedre rustet til å samarbeide og utvikle samfunnet, sammen med innbyggere og samarbeidspartnere. En kompetanse som kan være med og bidra til bedre barnehager og skoler, bedre barnevern og bedre tilbud til foreldre, lærings- og mestringsstøtte for å holde folk i arbeid, bedre helse- og omsorgstjenester og bedre samordning av tjenester. Vi kan og bør bidra til evaluering av de tjenestene vi er med på å utvikle, sammen med brukere. Ingenting av dette står fastlegen og spesialiteten i allmennmedisin i bresjen for.

Fastlegens nåværende rolleutforming og organisering styrker ikke kommunens evne til å endre samfunnet. Der fastlegene nå forsøker å begrense og beskytte sin praksis, må vi psykologer i kommunen være utforskende, kreative og modige i vår rolleutforming. Vi må gå arm i arm med alle relevante fag i arbeid for å utvikle kommunen og dens tjenester til beste for befolkningen. Der er fastlegene selvsagt svært velkomne til å bidra, om de kan oppsøke de åpne og tverrfaglige arenaene. Det er der de store endringene som vil bidra til bedre trivsel, liv og helse for befolkningen, skal skje.

Til det oppdraget har vi spesialiteter nok og både nåværende og kommende kommunepsykologer som er kompetente og mer enn klare.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 11, 2018, side 1038-1039*

### **TEKST**

**Britt Randi Hjartnes Schjødt**, spesialist i samfunns- og allmennpsykologi

KONTAKT: [britt.schjodt@uni.no](mailto:britt.schjodt@uni.no)

## + Vis referanser

### Referanser

NAPHA, 2016: Psykolog i kommunen - en medspiller. Hefte.

Norsk Psykologforening, 2017: Klinisk praksis og kompetansebehov blant psykologer i kommunene. Rapport fra Psykologforeningens ad hoc utvalg (2016-2017).