

# Lær av førstelinjen



PSY  
KOL  
OGI

Det er spesialisthelsetjenesten som bør lære av førstelinjen å drive effektive psykiske helsetjenester, ikke omvendt.

TEKST

**Katja Nyman**

ILLUSTRASJON

**Hilde Thomsen**

PUBLISERT 1. oktober 2019

EMNER

Førstelinjen

mini-BUP

Hjelpetjenester

Hvem legger premissene for hvordan helsetjenestene skal organiseres? Min påstand er at det i stor grad er helseforetakene og spesialisthelsetjenestens medisinske, individualistiske sykdomsmodell. Etterspørselen er stor både etter psykologer og andre med kompetanse innenfor psykisk helse. Når etterspørselen øker uten flere ressurser, må det effektiviseres og prioriteres. Det ser vi både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er mest effektivt å forebygge og hjelpe tidlig. Men kan vi rettferdiggjøre å prioritere dem som ennå ikke har utviklet alvorlige symptomer?

Med knappe ressurser vil terskelen ofte heves for når man får snakke med psykolog. Spørsmålet blir da: Hvor høy skal terskelen være? Hvem skal prioriteres og ut fra hvilke kriterier?

**Mini-bup, nei takk**

Spesialisthelsetjenestens forsøk på å takle standardiseringspress og fastlagte prosedyrer fører til byråkratisering. Når etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, krymper nåløyet man må gjennom for å få hjelp. De som ikke passer inn i diagnosekategoriene, får ikke tilbud eller henvises til kommunen. Når trykket øker på kommunen, havner den kommunale helsetjenesten i samme situasjon: Den må sette grenser for hva slags problematikk og arbeidsformer den involverer seg i, eller begynne med ventelister. Da fungerer ikke tilbudet lenger som et lavterskeltilbud, men som en «mini-BUP» eller «mini-DPS».

Med knappe ressurser og stort behov bør tjenestene samarbeide med andre instanser og bruke psykologer til å veilede og støtte dem som er tettere på dem som strever: foreldre, pårørende, miljøarbeidere, lærere og fastleger. Det bør være samtaletilbud, men det bør vurderes i samarbeid både med dem som strever, og miljøet rundt dem. Psykologkompetansen utnyttes da effektivt uten å overbehandle. Hvorfor kan ikke spesialisthelsetjenesten jobbe mer slik?

### **Når dobbelt så mange**

**«Tjenestene bør samarbeide med andre instanser og bruke psykologer til å veilede og støtte dem som er tettere på dem som strever: foreldre, pårørende, miljøarbeidere, lærere og fastleger»**

I min kommune er lavterskeltilbudet til barn og unge tilknyttet helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Psykologer og andre psykisk helsearbeidere fungerer som en «forlenget arm» til helsesykepleiere ute på skolene. Helsesykepleier får veiledning fra teamet. Teamet kan bistå med å snakke med ungdommen, skolen og familien før helsesykepleier følger opp videre. Hvis ungdommen har behov for det, reiser psykologen ut på skolen og har samtaler med dem der. Det er ingen ventetid, og familien eller helsesykepleier kan når som helst ta kontakt igjen. Ungdom og foreldre kan også ta direkte kontakt.

Vi har minimalt med byråkrati, vurderinger og behandling uten henvisning eller standard kartleggingsskjemaer. Dette gjør det mulig å jobbe tidsavgrenset med et bredt spekter av problemstillinger. Jeg overdriver ikke når jeg sier at jeg snakker med dobbelt så mange ungdommer og familier i kommunen som jeg gjorde i spesialisthelsetjenesten. Og det var før pakkeforløpenes tid.

Det er nødvendig med spesialister og erfarne fagfolk i gode, fleksible rammer for å få til gode og velfungerende lavterskeltilbud. Dersom fastleger skal henviser til lavterskeltilbud på samme måte som til spesialisthelsetjenesten fordi de er mer

tilgjengelige, fører det til mer byråkrati rundt henvendelsene og dobbeltarbeid fordi folk må innom en «mellomstasjon» før de kommer til spesialisthelsetjenesten.

## **Ulike kulturer**

Det er vanskelig å fordele oppgaver og samarbeid mellom ulike hjelpetjenester dersom man jobber, tenker og organiserer hjelpen helt ulikt. Det blir som et møte mellom to svært ulike kulturer, der hver tjeneste har sin forståelse, rammer og arbeidsmetoder.

Min bekymring er at det er vanskelig å jobbe så fleksibelt som man gjør i gode lavterskeltilbud når man skal samarbeide med en stadig mer lukket og individorientert spesialisthelsetjeneste med fastlagte utredninger og behandlingsløp. Med knappe ressurser er det vanskelig å klare å jobbe fleksibelt på systemnivå og samtidig innfri samfunnets og politikernes økende forventning til at helsetjenestene skal tilby individuell samtalebehandling i stor målestokk, og ta over for det spesialisthelsetjenesten ikke selv har kapasitet til på deres premisser.

Vi psykologer bør jobbe sammen for å bidra til god psykisk helse i hele befolkningen uansett hvor vi jobber. Vi må formidle til befolkningen og politikere hva vi vet gir god psykisk helse, hva vi kan bistå med for å bidra, og hvordan vi tror det er best å organisere helsetjenestene.

Kanskje kan spesialisthelsetjenesten la seg inspirere mer av førstelinjen enn omvendt?

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 10, 2019, side 772-774*

## **TEKST**

**Katja Nyman**, Psykologspesialist, Bærum kommune, Psykisk helseteam for ungdom

## **ILLUSTRASJON**

**Hilde Thomsen**, Illustratør