
*Klinisk praksis og kompetansebehov
blant psykologer i kommunene*



Ad hoc utvalget 2016-2017
v/Anne-Kristin Imenes
Norsk psykologforening



Innholdsfortegnelse

FORORD	1
OPPSUMMERING.....	1
INNLEDNING.....	2
UTVALGET	2
MANDAT	2
FREMGANGSMÅTE	2
BEGREPSDEFINISJONER	3
JURIDISKE RAMMER, RETNINGSLINJER OG VEILEDERE	4
KOMMUNENS LOVPÅLAGTE TJENESTETILBUD	4
KARTLEGGING, UTREDNING OG DIAGNOSTISERING	5
GRENSEOPPGANGEN MELLOM KOMMUNE OG SPESIALISTHELSETJENESTE	6
STATLIGE FØRINGER FOR KOMMUNALT ANSATTE LEGER, HELSESØSTRE OG PSYKOLOGER	7
<i>Fastlegen</i>	7
<i>Kommunelegen</i>	8
<i>Helsesøster</i>	8
<i>Psykologen</i>	8
FORVENTNINGER.....	10
FORVENTNINGER FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	10
FORVENTNINGER FRA FAGUTVALGENE FOR SPESIALISTUTDANNINGENE	11
FORVENTNINGER FRA YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG	11
FORVENTNINGER FRA NASJONALT SENTER FOR ERFARINGSKOMPETANSE	12
FORVENTNINGER KOMMUNALT ANSATTE PSYKOLOGER MØTER I TJENESTENE	12
FORVENTNINGER FRA FYLKESMANNEN I HEDMARK	13
DAGENS KOMMUNALE PSYKOLOGTJENESTER.....	13
HELSEDIREKTORATETS NØKKELTALL.....	13
UNDERSØKELSE BLANT PSYKOLOGER I KOMMUNENE.....	14
PSYKOLOGENES VURDERING AV BEHOV FOR KOMPETANSEHEVING	15
DRØFTING - MED ANBEFALINGER	17
HELSERETTLIG KOMPETANSE	17
BEHANDLINGSANSVAR	17
KARTLEGGINGSVERKTØY.....	19
DIAGNOSTISERING	19
RAMMER FOR UTREDNING OG BEHANDLING	22
REGISTRERING AV PSYKOLOGERS ARBEID.....	23
SAMMENSATT OG ALVORLIG PSYKISK LIDELSE, HABILITERING OG REHABILITERING	24
RUS, VOLD, TRAUME OG SKOLEFRAFALL.....	25
FINANSIERING	26
KOMMUNEN SOM SPESIALISERT KOMPETANSEOMRÅDE	26
HVA KAN PSYKOLOGENE BIDRA MED I EN ØNSKET FREMTID?	27
AVSLUTTENDE KOMMENTAR.....	28
VEDLEGG	28
FORSLAG TIL VERKTØYKASSE	28

Forord

Samhandlingsreformen legger føringer for at flere skal få helsehjelp i kommunene enn tidligere. Reformen medfører overføring av ansvar og oppgaver til kommunene. Helse- og omsorgstjenesteloven likestiller kommunens ansvar for å yte nødvendige psykiske og fysiske helsetjenester. I år er også lovfesting av psykologkompetanse i kommunene innført. Psykologforeningen opplever at forventningene til kommunalt ansatte psykologer er uklare i forhold til faglig ansvar og oppgaver og at konsekvenser ikke er drøftet i tilstrekkelig grad. På denne bakgrunn ønsker Psykologforeningen å utrede de allmennpsykologiske/ kliniske oppgavene for psykologer i lys av samhandlingsreformen, helse- og omsorgstjenesteloven og lovfesting av kompetansen. Foreningen vurderer at dette går ut over oppdraget til samfunn- og allmennutvalget og har besluttet å oppnevne et ad hoc-utvalg.

Utvalget fikk i oppdrag å se nærmere på ansvaret, oppgavene, forventningene og kompetansebehovet til psykologer som arbeider i kommunen, avgrenset til det kliniske arbeidet med utredning og behandling. Gjennom åtte samlinger har utvalget kartlagt og drøftet problemstillinger knyttet til psykologenes pasientrettede arbeid i kommunen. Denne rapporten er ikke et resultat av forskning, men er basert på erfaringsinnsamling, egenrapportering fra psykologer i kommunene, gjennomgang av føringer og refleksjon.

Oppsummering

Vi vil her gjengi de viktigste konklusjonene fra utvalgets arbeid. Et viktig funn er at psykologene gjennomgående trives svært godt med kommunalt helsearbeid. Psykologene oppgir først og fremst at de motiveres av å kunne komme tidlig inn i hjelpeprosessen og arbeide forebyggende. I tillegg motiveres psykologene av fleksibilitet, variasjon/allsidighet, og innflytelse over egen arbeidssituasjon.

Majoriteten av psykologene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å møte problemstillingene i den kliniske hverdagen i kommunen. Men det er også slik at spesialister synes å oppleve tilstrekkelig kompetanse i større grad enn ikke-spesialister. Noen områder peker seg likevel ut som aktuelle for kompetanseheving. Det er områder som lovkunnskap/helserett, arbeid med langvarige/sammensatte behov, identifisere psykiske helsevansker som følge av somatikk og farmakologi og kultursensitiv klinisk praksis. I tillegg bør psykologene ha særskilt kompetanse på arbeid med vold, rus, traumer, frafall i skolen og utvikling av pasientens helsetjeneste, i tråd med målet for tilskuddsordningen.

Psykologenes oppgaver og ansvar er i liten grad beskrevet i veiledere og i nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling. Det er fastlegen som har et forskriftsfestet ansvar for utredning og behandling og som har ansvaret for pasienten gjennom pasientforløpet. Kommunen har et tjenesteansvar for å gi nødvendig og forsvarlige helsehjelp i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven, og psykologer har et profesjonsansvar. Psykologens rolle er i føringer beskrevet som en som kan bidra inn i kommunens tjenester med kompetanse, veiledning og rådgivning, samt utredning og behandling.

Utvalget har erfart at det har hersket usikkerhet om i hvilken grad det skal kartlegges, utredes og diagnostiseres i lavterskeltjenester. Ikke overraskende viste derfor kartleggingen

at 64 % av psykologene ikke brukte kartleggingsverktøy i særlig grad, og at andelen som ofte brukte kartleggingsverktøy var størst i PPT og i Rask psykisk helsehjelp. Helsedirektoratet bidro til en avklaring av temaet i rundskriv 1-4/2017, hvor det presiseres at helselovgivningen gjelder uavhengig av tjenestenivå, og at forsvarlig praksis innebærer relevant bruk av kartleggingsverktøy. Det presiseres at kartlegging, utredning og diagnostisk vurdering er nødvendig også i lavterskeltilbud for å vurdere hvordan brukeren best skal følges opp. Vi har i rapporten og i eget vedlegg utarbeidet noen praktiske eksempler og kasesfortellinger som illustrasjon. Vi anbefaler også at anbefalte kartleggingsverktøy gjøres mer tilgjengelig.

Utvalget gir 23 anbefalinger i rapportens avsluttende del.

Innledning

Utvalget

Ad hoc utvalget ble oppnevnt av Sentralstyret 3. desember 2015 og har bestått av to barnespesialister, to voksenspesialister og tre samfunnsspesialister. Rekrutteringen skjedde gjennom brev til alle lokallag i oktober 2015. Deretter ble det gjort direkte henvendelser til psykologer spredt over hele landet, i samråd med kommuneansvarlig i fagpolitisk avdeling og visepresidenten. I juni 2016 måtte et medlem trekke seg. Det ble rekruttert ytterligere to psykologspesialister på kort varsel, og disse ble oppnevnt på sentralstyremøte i juni 2016.

Anne-Kristin Imenes, leder (3.12.15 –) Nøtterøy kommune
Kari Frank, nestleder (3.12.15 – 1.6.16)
Monica Beer Prydz (3.12.15 –) Bærum kommune
Cathrine Hunstad-Ulriksen (3.12.15 –) Bodø kommune
Brita Rønning Iversen (3.12.15 –) Notodden kommune
Ingrid Stokke Jensen (fra 7.6.2016 -) Larvik kommune
Jarle Viken Lauvålien (fra 7.6.2016 -) Horten kommune

Mandat

Psykologforeningen har gitt utvalget mandat til å:

- beskrive forventninger til kommunalt ansatte psykologers kliniske arbeid og ansvar
- klargjøre avgrensninger i forhold til spesialisthelsetjenesten
- utrede behov for, og fremme forslag, om kompetansehevende tiltak utover det spesialitetene dekker, avgrenset til den kliniske/allmennpsykologiske delen av arbeidet. Herunder:
 - Utredning og behandling
 - Utvikling av verktøykasser for psykologer i kommunene.

Fremgangsmåte

Utvalget har hatt åtte møter over elleve dager. Utvalget har bedt om innspill til mandatet fra en rekke kompetansepersoner og miljøer.

Utvalget har kartlagt forventninger til kommunalt ansatte psykologers kliniske arbeid fra fagutvalgene i Psykologforeningen, psykologfaglige ledere i spesialisthelsetjenesten via foretakstillitsvalgte, Nasjonalt senter for Erfaringskompetanse og Yngre psykologers utvalg.

Utvalget arrangerte en to timers workshop i samarbeid med NAPHA på nasjonal kommunepsykologsamling 2016. Temaet for seminaret var ” Psykologenes faglige ansvar og kliniske oppgaver i kommunene”. Psykologene ble bedt om å gi eksempler på opplevde behov, forventninger og utfordringer når det gjaldt utredning, behandling, kodeverk, egen kompetanseutvikling, samt betydningen av mandat og tjenesteorganisering. Formålet var å belyse de ulike delene av mandatet gjennom gruppediskusjoner og innhente erfaringer og problemstillinger som burde drøftes mer. Workshopen samlet 85 psykologer fra kommunene.

For å innhente ytterligere kunnskap om psykologers kliniske arbeid i ulike kommuner, intervjuet utvalget 14 kommunalt ansatte psykologer per telefon. Vi ringte to-tre hver og henvendte oss til psykologer i de fleste landsdeler, både bygd og by, med målgruppe barn, unge, voksne, eldre, og mennesker med alvorlig lidelse og habiliteringsbehov.

I arbeidet med rapporten har utvalget hatt drøftingssamtaler med myndighets- og kompetansepersoner. Professor Arne Holte har bistått med sin kunnskap. Vi har drøftet forventninger og problemstillinger med Helsedirektoratet ved Jannicke Leknes, seniorrådgiver og ansvarlig for oppfølging av satsingen på psykologer i kommunen, jurist Kathrine Egeland og psykolog Camilla Rødal. Vi har drøftet problemstillinger med juridisk avdeling i Psykologforeningen og har vært i dialog med fagpolitisk avdeling om problemstillinger knyttet til mandatet, registrering av psykologers arbeid i kommunene og bruk av kodeverk. I tillegg har vi sett på målbeskrivelsen for spesialiteten i allmennmedisin.

Utvalget har vært i dialog med ulike aktuelle grupper og deltatt på fagseminarer:

- Fagdag for samfunnspsykologer i vest (Bergen) oktober 2016
- Samling for kommunale tillitsvalgte psykologer om helserett i kommunalt psykisk helsearbeid 2017
- Nasjonal samling for Fylkesmennene høsten 2016
- Deltatt i RBUP sin ressursgruppe for utvikling av halvårslige dagskurs for psykologer i kommunene. Psykologenes tilbakemeldinger etter disse kursene på RBUP gir også informasjon om hvilke kurs som etterspørres.

Begrepsdefinisjoner

Folkehelseinstituttet anbefaler følgende begrepsbruk¹:

Psykiske helseplager og vansker defineres som tilstander som er plagsomme og som i noen grad går utover normal fungering og læring. Psykiske plager er for eksempel å være nedstemt, irritabel, redd eller å ha søvnproblemer.

Psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Depresjon, angsttilstander og alkoholavhengighet er de vanligste psykiske lidelsene²

Forebygging er alle tiltak vi setter i verk før diagnostiserbar sykdom eller klinisk høyt symptomnivå har oppstått. Symptomene skal være minimale for at hjelpen skal kvalifiseres som forebyggende.

¹ Major, 2011, ”Bedre føre var...”; Heggland, Gärtner og Mykletun, 2013

² Folkehelsemeldingen ”Mestring og muligheter” Meld.St.19 (2014-2015)

Behandling er” tiltak for å helbrede, bekjempe, lindre og forhindre plager, sykdom, skade eller funksjonshemming eller evt. konsekvenser av dette med bakgrunn i medisinsk vitenskap og kunnskap” (volven.no).

Kartlegging og utredning: Kartlegging er en komponent i utredning, og diagnose er resultat av utredning. Den nasjonale faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har følgende definisjon³:

” Utredning kan innebære et bredt spekter av metoder som bruk av vanlige samtaler og observasjon av atferd på den ene siden, og systematiske diagnostiske intervjuer og nevropsykologisk utredning på den andre siden.”

Juridiske rammer, retningslinjer og veiledere

Vi vil i denne delen gå gjennom de viktigste statlige føringene som gjelder utredning, diagnostisering og behandling i kommunen.

Kommunens lovpålagte tjenestetilbud

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester sidestiller psykisk og somatisk sykdom. For å oppfylle sitt ”sørge for”-ansvar etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

- Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - Helsetjenester i skoler og
 - Helsestasjonstjeneste
- Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - Legevakt
 - Heldøgns medisinsk akuttberedskap
 - Medisinsk nødmeldetjeneste
- Utredning, diagnostisering og behandling innen somatisk og psykisk helse, herunder fastlegeordning
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - Helsetjenester i hjemmet,
 - Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
 - Plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - Avlastningstiltak

Stortinget har vedtatt (2017) at psykologkompetansen blir lovpålagt for kommunene innen 2020.

³ <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.1-definisjon-av-utredning>

Kartlegging og utredning

Veilederen *Sammen om mestring* (2014) sier at psykiske helsearbeidere i kommunen skal gjøre den utredningen som er nødvendig og tilstrekkelig for å kartlegge personers tilstand, at det skal gjøres raskt, og at slik kartlegging skal danne grunnlag for videre tiltak. Videre heter det at kartleggingen skal være faglig forsvarlig og bør gjøres på en systematisk måte ved at fagpersonen bruker anbefalte verktøy og følger faglige retningslinjer.

Helsedirektoratet har i rundskriv 1-4/2017⁴ presisert at kartlegging, utredning og vurdering kan være nødvendig også i lavterskeltilbud for å vurdere hvordan brukeren best skal følges opp, og om videre oppfølging kan skje ved lavterskeltilbudet eller om det er behov for videre henvisning til andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Å gjøre relevant kartlegging er nødvendig for å unngå å gå glipp av informasjon som for eksempel symptomer på alvorlig sykdom, selvmordstanker, voldsrisiko eller omsorgssvikt. Å vurdere alvorlighetsgrad er viktig for å sikre at den enkelte får nødvendig og forsvarlig hjelp.

Veilederen ”Sammen om mestring” angir at verktøyene som forventes brukt i førstelinje i utgangspunktet skal være enkle og lett tilgjengelige. Veilederen gir eksempler på anbefalte kartleggingsverktøy. Mange enkle kartleggingsverktøy er like valide som de mer omfattende verktøyene.

Diagnostisering

Helsedirektoratet har i rundskriv 1-4/2017 presisert at diagnostisering av en pasient eller brukers sykdom eller lidelse inngår som et naturlig element i en helse- og omsorgstjenesten som kommunen skal sørge for, jf. helse – og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nummer 4 og helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Å avvise diagnostisk klassifikasjon på generelt grunnlag kan innebære et brudd på helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Helsedirektoratet skriver følgende:

”I likhet med mange andre land, bruker den norske helse- og omsorgstjenesten internasjonale diagnosesystemer. Riktignok kan det stilles en diagnose uten bruk av slike diagnosesystemer, men det anbefales å bruke denne type strukturerte verktøy. En mest mulig lik tilnærmingssåte kan bidra til at helsepersonell legger samme kriterier til grunn når de for eksempel stiller diagnose ved psykisk lidelse. Et mest mulig ensartet system ivaretar også hensyn til kvalitetssikring. Når mottakeren av helsehjelpen møter nytt helsepersonell, vil det bli foretatt en fornyet vurdering av diagnosen. Diagnosesystemer og kartleggingsverktøy brukt på rett måte kan også være en god innfallsvinkel til et terapeutisk forhold.”

Videre presiseres at dersom mottakeren av lavterskeltilbudet får en foreløpig eller endelig diagnose, må det som hovedregel anses både relevant og nødvendig å nedtegne dette i journalen.

Journalforskriftens § 8-f sier at journalen skal inneholde foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette, samt plan eller avtale om videre oppfølging.

⁴ <https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Helsepersonelloven/Rundskriv%20I-4%202017%20Om%20helse-%20og%20omsorgstjenestelovgivningens%20anvendelse.pdf>

Grenseoppgangen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Kommunen og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for utredning, diagnostisering og behandling (Sammen om mestring, 2014). Kommunens ansvar er negativt avgrenset, det vil si at kommunen skal supplere og yte helse- og omsorgstjenester som "ikke faller under stat eller fylkeskommune" (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester). Oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er beskrevet i flere behandlingsretningslinjer og veiledere som er felles for kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Framfor å tenke oppgavefordeling med utgangspunkt i milde, moderate og alvorlige lidelse, brukes forløpstenkingen stadig mer. Kommunen har ansvar for hovedforløp én (milde kortvarige vansker og lidelser). Kommunen og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for hovedforløp to og tre. Hovedforløp to er pasienter med kortvarige alvorlige lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, mens hovedforløp tre er pasienter med alvorlige lidelser.

Eksempler på tilstander i hovedforløp én som kommunen har ansvar for, jmf veilederen "Sammen om mestring" s 49 (2014):

- Nyoppstått angst eller depresjon av mild til moderat grad
- Selvskading uten samtidig personlighetsforstyrrelse
- Bruk av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt
- Høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk

Eksempler på tilstander i hovedforløp to som kommunen har ansvar sammen med spesialisthelsetjenesten:

- Akutte psykoser med god prognose
- Tidsbegrenset skadelig bruk av alkohol
- Illegale rusmidler uten avhengighet
- Langvarige mildere depresjoner og angsttilstander
- Mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser
- Skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakevendende depressive episoder

Spesialisthelsetjenesten bør kontaktes for å bidra i diagnostikken når milde vansker vedvarer eller ved kortvarige alvorlige vansker. Grenseoppgangen er flytende og skjønnsmessig, avhengig av kommunale ressurser, stedlig kompetanse, avstander og muligheter. Noen steder må spesialisthelsetjenesten bidra mye, andre steder mindre.

Veilederen "Sammen om mestring" (s 53) sier at kommunen bør gjøre den innledende kartleggingen av personens tilstand og ta stilling til om det er nødvendig med bistand fra spesialisthelsetjenesten. Ansatte i kommunale helse- og omsorgstjeneste kan foreta kartlegginger på brukerens arena og få informasjon fra pårørende, mens spesialisthelsetjenesten kan ta ansvar for den spesifikke utredningen av rusmiddelproblemer og psykisk helse. Også spesialisthelsetjenesten bør om nødvendig bruke pasientens arena for å gjennomføre utredningen. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra inn i kartlegging og diagnostisering. Alvorlige lidelser som psykoser, alvorlige stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og alvorlig rusmiddelavhengighet m.fl. bør diagnostiseres av spesialisthelsetjenesten.

Det er de alminnelige kravene i helse- og omsorgstjenesteloven som kommer til anvendelse for psykologer og for andre. Derfor vil alle kravene i blant annet kapittel 3 og 4 aktualiseres både for psykologer, fastleger og andre.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene (§ 4-1) slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Behandlingsoppgavene i kommunen skal skje med faglig kompetent personell innenfor kravet om faglig forsvarlighet. En rekke personellgrupper vil kunne foreta utredning, diagnostisering og behandling når det gjelder psykiske plager/vansker og milde hovedforløp, innenfor kravet om faglig forsvarlighet, jmf veilederen ”Sammen om mestring”, s. 50 (2014).

Nasjonale faglige retningslinjer setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men har allikevel stor rettslig betydning gjennom kravet om faglig forsvarlighet. Utvalget har sett på avgrensninger gitt i nasjonale retningslinjer mellom psykologers og andre faggruppers ansvar når det gjelder utredning og behandling innen psykisk helsearbeid. I retningslinjene er bare fastlegens og kommunelegens ansvar tydelig definert, og vi vil derfor gå gjennom disse først.

Fastlegen

I veilederen for lokalt psykisk helse – og rusarbeid for **voksne** er fastlegens oppgaver beskrevet slik (s.76):

Fastlegens oppgaver overfor sine pasienter omfatter alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus. Dette innebærer at fastlegen har et ansvar for et helhetlig perspektiv, som gjelder utredning, behandling og oppfølging av sine pasienters psykiske vansker og lidelser og/eller rusmiddelproblemer på lik linje med somatisk sykdom, og skal henvise sine pasienter til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov. Fastlegen er hovedansvarlig for somatisk utredning og oppfølging av pasienten selv om spesialisthelsetjenesten er koblet inn for å bistå med diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientens psykiske lidelse eller rusmiddelavhengighet. Fastlegen behandler også selv mange personer med psykiske problemer/lidelser og rusmiddelproblemer. Fastlegen har ansvar for å sykemelde ved behov og skrive legeerklæringer til blant annet NAV for arbeidsavklaringspenger, uføretrygd m.m. Fastlegen spiller en vesentlig rolle i å motivere pasienter til å være i jobb, sammen med arbeidsgiver og NAV. Fastlegens arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet og rusarbeidet i kommunen. Samarbeid og støtte til pårørende inngår i arbeidet.

I Veilederen for psykisk helsearbeid for **barn og unge** i kommunene (2007), er fastlegens oppgaver beskrevet slik (s 37):

- Foreta somatisk utredning for å avdekke eventuelle sammenhenger mellom fysiske og psykiske symptomer
- Utrede psykiske vansker i samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge
- Henvise til videre utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten

- Iverksette og følge opp behandling, inkludert medikamentell behandling
- Koordinere medisinske tiltak, delta i tverrfaglig samarbeid, herunder ansvarsgrupper og samarbeid om individuell plan
- Utøve helsestasjons- og skolelegefunksjonen i tråd med legenes rammeavtale om offentlig allmennlegearbeid

Kommunelegen

Kommunelegens rolle er beskrevet i helsestasjonsretningslinjen (2017) på følgende måte:

Kommunelegen er medisinskfaglige rådgiver for helsestasjonen, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5, og smittevernloven § 7-2. Kommunelegens oppgaver kan blant annet være å gi råd knyttet til planlegging og styring av kommunens samlede legeressurser og gi råd knyttet til kommunal planlegging, styring og evaluering av helse- og omsorgstjenestene i kommunen samt kommunal forvaltning for øvrig. Videre vil kommunelegen kunne bidra til utvikling av systemer og rutiner for samhandling og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (Prop. 91 L (2010-2011)).

Helsesøster

Mange psykologer er ansatt på helsestasjonen. Helsestasjonsvirksomheten har ikke et ansvar for utredning og behandling, kun et ansvar i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid, som er beskrevet i forskrift (2003) og i nasjonal retningslinje for forebyggende helsetjenester (2017). Her fremgår også helsesøstrenes oppgaver i det forebyggende arbeidet. Helsesøster skal vurdere behov for samarbeid. Tjenesten skal ha rutiner for slikt samarbeid med andre.

Psykologen

Ansaret for utredning og behandling er lagt til kommunehelsetjenesten generelt, og til fastlegeordningen spesielt. I tilskuddsordningen og i veiledere stadfestes at utredning, diagnostisering og lavterskel behandling er én av flere oppgaver som psykologer kan være med å ta ansvar for i kommunehelsetjenesten.

I veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007) beskrives at psykologer kan styrke kunnskapsutvikling innen psykisk helse ved blant annet å formidle psykologisk kunnskap til beslutningstakere, kommunetjenestene og brukere. De kan arbeide med forebygging via tidlig identifikasjon av skjevutvikling og psykiske vansker, utredning og iverksetting av tiltak. Videre kan psykologer arbeide med behandling av psykiske vansker og lidelser og med iverksetting av miljø- og individrettede tiltak (s39).

Når det gjelder psykisk helse- og rusarbeid for voksne, sier veilederen "Sammen om mestring" (2011) følgende om psykologens rolle og oppgaver (s80):

Med en kombinasjon av kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid, kartlegging og utredning, diagnostikk og behandling samt forskning, utgjør psykologer en viktig ressurs som er nyttig i kommunenes planlegging og tjenesteutøvelse. Psykologer kan tilby tjenester for enkeltindivider, familier, grupper, lokalmiljø og befolkningen generelt. Det er særlig viktig å fokusere på veiledning til og samarbeid med andre faggrupper i kommunen. Psykologkompetanse bør inngå i kommunens tjenestetilbud til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.

Det er innført en tilskuddsordning⁵ der kommuner som ønsker å ansette psykologer kan søke midler. Kriteriene gir informasjon om statlige forventninger til bruken av psykologkompetansen. Ordningen skal understøtte samhandlingsreformen, fremtidens helse- og omsorgstjeneste (Meld.St.26 2014-2015), folkehelsearbeidet (Meld.St.19 2014-2015) samt opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S 2015-2016). Tilskuddsordningen skal bidra til å:

- styrke kvalitet og kompetanse innen psykisk helse, rus, vold – og traumefeltet
- inkludere psykisk helse som en likeverdig del i folkehelsearbeidet
- skape brukerens/pasientens helse- og omsorgstjeneste
- tilby et mer koordinert, helhetlig og tilgjengelig tjenestetilbud

Tilskuddsordningen har som delmål å bidra til forsterket rekruttering av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik at kommunene benytter kompetansen til:

- System- og samfunnsrettet arbeid. Plan- og utviklingsarbeid, veiledning og fagstøtte til øvrig personell/tjenester inngår i dette arbeidet
- Helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot individer, grupper og lokalmiljø
- Utredning, diagnostisering og behandling til enkeltmennesker, familier og pårørende
- Utadrettet arbeid hvor psykologen inngår i forpliktende tverrfaglig og/eller flerfaglig samarbeid, eksempelvis gjennom organisering i team eller samlokalisering med øvrig personell/tjenester.

Selv om det formelt sett er hver enkelt kommune som bestemmer innholdet i psykologtjenestene, er det altså forventninger fra Helsedirektoratet om hvordan psykologtjenestene i kommunene skal se ut. I veilederen⁶ til tilskudds-kriteriene står følgende utdyping når det gjelder innholdet i psykologenes behandlingsoppgaver:

- Kommunen bør ha hovedansvaret for å ivareta personer med problemer som forventes å bli milde/moderate og kortvarige. Psykologkompetansen er her viktig bidrag i utredning, diagnostisering og behandling både overfor enkeltmennesker, familier, pårørende og grupper.

Målgruppe for psykologer i kommunene:

- Kommunens ulike virksomheter og dens ansatte samt arenaer som har betydning for innbyggernes psykiske helse og rusmiddelbruk, trivsel og mestring.
- Mennesker i alle aldersgrupper med risiko for å utvikle, eller som har utviklet problemer knyttet til psykisk helse, rusmiddelbruk og/eller vold og traumer.

Kommunen kan avgrense hvilken målgruppe psykologen skal arbeide inn mot, for eksempel eldre over 65 år på sykehjem med angst og depresjon eller ungdom som er i ferd med å falle ut av videregående skole.

⁵ <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene#kriterier-for-maloppnaelse>

⁶

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Veiledning%20til%20regelverket%202017%20%20Psykologer%20i%20de%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenestene.pdf>

Forventninger

Forventninger fra spesialisthelsetjenesten

Utvalget har sendt brev med spørsmål om spesialisthelsetjenestenes forventninger til kommunalt ansatte psykologers kliniske arbeid og fått svar fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten i Bergen, Tromsø, Åhus Romerike og Sjøvegan. Forventningene vi har fått beskrevet kan oppsummeres på følgende måte:

- At psykologer i kommunen som en del av førstelinjen har ansvar for utredning og behandling av lettere psykiske lidelser (lettere angsttilstander, lett depresjon), skolevegring og språk/lærevansker uten alvorlige psykiske symptomer (det vil si psykiske tilstandsbilder som ikke gir rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten).
- Være generalister – det vil si ha et bredt nedslagsfelt faglig
- Inneha god kompetanse på, og vurdere alvorlighetsgrad av, psykiske symptomer hos barn og unge. Dette er svært viktig grunnet deres henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med fastlegene er også viktig her for å få gjort nødvendige somatiske undersøkelser der det er aktuelt.
- Ha kompetanse på og tilstrekkelig tilgang til kartleggingsverktøy som er nødvendig for å kunne screene og gjøre tilstrekkelig øvrig kartlegging for å utfylle kommunepsykologrollen.
- Ha kunnskap om spesialisthelsetjenestens prioriteringsforskrifter og behandlingstilbud, slik at de lettere kan vurdere hva som er relevant å henvise videre og hva 1. linjen selv skal håndtere.
- Ha god kunnskap om hva som finnes av helsehjelp/tilbud i egen kommune.
- Inneha god «systemkompetanse» - det vil si vite noe om de ulike tjenestene sine oppgaver og lovverk (både kommunale og spesialisthelsetjeneste) for å kunne hjelpe barn/unge og deres foresatte å få hjelp til rett tid på rett nivå
- Bistå og samarbeide med spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester for å lage helhetlige pasientforløps-modeller for oppdagelse av psykiske lidelser, tidlig intervensjon, henvisning til spesialisthelsetjenesten og for videre oppfølging lokalt etter at BUP har avsluttet pasientkontakten.
- Være en «faglig oversetter» og bindeledd mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester og bistå kommunene til å bygge ut og utføre lavterskeloppgavene de er pålagt.
- Være en faglig rådgiver til politikere og administrasjon i kommunen slik at det er en sammenheng mellom kommunens satsningsområder og store pasientgrupper som ellers gjerne blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Slike pasientgrupper som for eksempel barn med atferdsvansker/ADHD, har foreldreveiledning/foreldregrupper som anbefalt første intervensjon. Det blir derfor viktig at kommunene satser på gode kunnskapsbaserte metoder for dette, og her kan kommunepsykologen være

pådriver og evt veileder for å utvikle tilstrekkelig kompetanse og organisering av tiltakene.

Forventninger fra fagutvalgene for spesialistutdanningene

Utvalget spurte fagutvalgene i Psykologforeningen om hvilke utrednings- og behandlingsoppgaver psykologer i kommunen skal/bør ta ansvar for når det gjelder pasientens behov *innen din spesialitet*, og fikk svar fra fagutvalgene for rus, eldre, voksen, habilitering og familie. Forventninger kan oppsummeres på følgende måte:

Kartlegging:

- Kunne identifisere symptomer alvorlig psykisk lidelse
- Kunne identifisere symptomer på rusmiddelbruk og riktig behandlingsnivå
- Gjøre basiskartlegging. Utrede i tilstrekkelig grad til å kunne skrive henvisning
- Gjøre vurdering av alvorlighet og riktig behandlingsnivå
- Identifisere behov for øyeblikkelig hjelp
- Kjenne prioriteringsveiledere

Behandling:

- Kunne behandle tilstander som ikke gir rett til behandling i spesialisthelsetjenesten

Oppfølging:

- Bidra til god oppfølging og veiledning: Samtidige og etterfølgende tiltak.
- Bidra til kriseoppfølging
- Bidra til pårørendearbeid
- Bidra til etablering av psykoedukative grupper
- Bidra til etablering av selvhjelpsgrupper
- Bidra til recovery, friskliv, arbeidstiltak
- God oversikt kommunens tilbud
- Rådgivning, konsultasjon, veiledning

Forventninger fra Yngre psykologers utvalg

Yngre psykologers utvalg (YPU) har gitt et fyldig innspill om at nyutdannede psykologer er godt rustet, men at det må tas høyde for lite erfaring, uklare arbeidsoppgaver og behov for veiledning og støtte. YPU påpeker utfordringer som å måtte ta mye ansvar for å utforme egen praksis, håndtere store forventninger og henvendelser fra mange kanter, gjøre utfordrende prioritering- og vurderingsarbeid, kjenne usikkerhet om eget ansvarsområde, og samtidig ha mindre mulighet for kollegialt faglig fellesskap. Usikkerhet og store krav gir økt fare for utbrenthet. Man må selv ta stort ansvar for selvadministrering og faglig utvikling, og ofte argumentere mye for behov for veiledning og verdien av spesialisering. Helt konkret trekkes frem behovet for et støtteapparat i kommunen i vanskelige situasjoner, for eksempel om en pasient tar sitt eget liv.

- YPU ønsker en skriftlig veileder for psykologer i kommunene.
- YPU etterlyser et økt fokus på systemarbeid under studietiden.
- YPU ønsker spesialiseringsløp som oppleves som relevant både for den aktuelle psykologen og for kommunen som arbeidsplass.
- Foreningen bør hjelpe psykologene med argumenter for at kommunen bør legge

midler i at de blir spesialister, og at det legges til rette for veiledning og faglig fellesskap.

Forventninger fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse etterspør, i sitt svar til utvalget, at psykologtilbudet bidrar til mer reell brukermedvirkning, økt tilgjengelighet, kontinuitet og forutsigbarhet i oppfølgingen.

Forventninger kommunalt ansatte psykologer møter i tjenestene

Innspill fra psykologer rundt i landet sier oss at psykologene møter store forventninger. Det er positivt å bli tatt imot med åpne armer og kjenne seg ønsket og nyttig i samarbeidet. Det er fint å bli møtt med forventninger om å skulle bidra til kompetanseheving på mange områder. Forventingene kan også oppleves tyngende når de blir for mange og urealistiske. Utvalget vil i det neste gå gjennom noen utfordrende forventninger som psykologer møter.

Forventning om ansvar for å lage rammer

Mange psykologer opplever at de må selv lage rammer for eget arbeid slik at det blir en forsvarlig praksis. Følgende utsagn kan illustrere en hverdag med store opplevde forventninger og uklare rammer:

"Jeg føler det er feil at jeg skal ha ansvar for alt dette selv. Jeg har oppdaget at jeg må sette standarden selv, for det ser ikke ut til at det er noen som setter den for meg. Jeg må nok må bli tøffere på å sette rammene rundt jobben. Det handler ikke om meg, men om faglig forsvarlige tjenester. At det er rollen og ikke jeg som er krevende som person".

Forventninger om bare å være behandler

Urealistiske forventninger kan oppleves særlig i forhold til etterspørselen etter behandling hos psykolog. Mange opplever å få tilsendt de vanskeligste sakene i kommunen, og noen møter en forventning om at de skal håndtere alle sakene som avvises i spesialisthelsetjenesten. Noen psykologer opplever at de kun får behandlingsoppgaver, og at det er vanskelig å få gjennomslag for å bidra på andre områder, som veiledning, forebygging og tjenesteutvikling. Noen av psykologene forteller at de selv vil mye, at de aktivt byr frem sine tjenester og kunnskaper og at de får positive tilbakemeldinger, men at arbeidet renner ut i sanden når arbeidet ikke har forankring i systemet. Her er et eksempel:

"Det er godt å være i rus- og psykisk helse. Men samtidig er det en utfordring å få lov til å arbeide forebyggende og helsefremmende; det er ikke definert som en prioritert oppgave. Jeg har ikke mandat i tjenesten til å gjøre det. Derfor må jeg hele tiden forsvare hvorfor jeg som psykolog skal drive med det. Jeg ønsker at jeg hadde hatt 50 % stilling i ROP og 50 % stilling i rådmannens stab".

"Jeg blir sett på som en sjarmerende ildsjel, men siden det forebyggende ikke er formalisert som en oppgave i tjenesten hvor jeg er, så blir det ikke noe av".

Sprikende forventninger til kartlegging, utredning og diagnostisering

Forståelsen av hva som er forventet av kartlegging og utredning i kommunal kontekst varierer mye. Flere viser til at det ikke er vanlig å bruke kartleggingsverktøy i den tjenesten

de er ansatt og at det ikke er kultur eller rom for kartlegging og utredning. Flere steder finnes ikke tilgjengelige kartleggingsverktøy på arbeidsplassen. Noen psykologer forteller at de bruker kartleggingsverktøy selv om det ikke er forventet i tjenesten, men ikke i alle situasjoner. Noen er av den oppfatning at utredning bare skal skje i PPT eller i spesialisthelsetjenesten. Mange påpeker at når en har få timer til rådighet, for eksempel fem timer, kan det være viktigere å komme i gang med oppfølging enn å bruke mye tid på kartlegging. Noen psykologer har fått beskjed fra sin leder om at man ikke skal sette diagnoser i kommunen. Noen psykologer har en forståelse av at diagnostisering ikke er deres oppgave i en lavterskeltjeneste. Andre igjen gjør diagnostiske vurderinger kun ved henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Forventninger fra Fylkesmannen i Hedmark

En av fylkesmennene, Fylkesmannen i Hedmark, har i tilsynsrapport (2017) bemerket at psykologer i kommunene er forventet å bidra til kvalitetsheving:

" Psykologer er, ved siden av leger, den yrkesgruppen som i kraft av sin grunnutdanning har diagnostisk kompetanse. All behandling så vel i kommunen som i spesialisthelsetjenesten må basere seg på riktig diagnostikk. I forkant av at man igangsetter en behandling, må man ha gjort en diagnostisk vurdering som munner ut i en tentativ, eventuell endelig diagnose. (...) Noe av hensikten med å ha psykologer i kommunen er blant annet å sørge for at pasienten får rett diagnose. Når pasienten samtidig mottar legehjelp, vil psykologen kunne bidra til at rett diagnose settes. (...) Psykologer med sin differensialdiagnostiske kompetanse vil kunne veilede andre faggrupper som f.eks. fastleger i forhold til riktige behandlingsintervensjoner. Psykologen skal selv vurdere diagnosen - det er for eksempel ikke nok å la henviserens diagnose stå uten vurdering. (...) Manglende diagnosesetting kan føre til at pasientene ikke får de rettighetene de skal ha, eller at de får adekvat behandling."

Dagens kommunale psykologtjenester

Helsedirektoratets nøkkeltall

I hvilken grad bidrar psykologene til utredning og behandling i kommunene? Helsedirektoratet (2017) har publisert nøkkeltall fra kommunenes rapportering på tilskuddsmidler til psykolog⁷. Per i dag har over halvparten av landets kommuner rekruttert psykolog gjennom tilskuddsordningen. Rapporteringen omfatter 301 av 377 psykologstillinger, hos de 255 kommunene/bydelene av mottok tilskudd i 2016. Rapportering fra kommunene viser at antallet psykologer i kommunene fortsetter å øke, og at stillinger rettet mot voksne økte med 40 prosent fra 2015 til 2016. Økningen har ikke gått på bekostning av målgruppen barn og unge, men kommer i tillegg.

Helsedirektoratet peker på et utviklingspotensial i ordningen slik at kommunene i større grad benytter psykolog i rusarbeidet med barn og unge. Kommunene rapporterer at 95 % av psykologene inngår i forpliktende tverrfaglig samarbeid. 30 % av psykologene har spesialisering, men 53 % er i gang med eller skal påbegynne spesialisering. Når det gjelder

⁷ <https://helsedirektoratet.no/nyheter/flere-psykologer-i-kommunene>

prosentvis fordeling av psykologens oppgaver, rapporterer kommunene i gjennomsnitt følgende:

- Cirka 45 % av psykologstillingen benyttes i lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud, herunder også utredning og diagnostisering.
- Cirka 37 % av stillingen benyttes til samfunns- og systemrettet arbeid.
- Cirka 18 % er rettet inn mot helsefremmende og forebyggende arbeid.

Undersøkelse blant psykologer i kommunene

Utvalget sendte ut elektronisk spørreundersøkelse til alle psykologer som er ansatt i kommunene. Vi fikk så vidt over 40% svar på undersøkelsen (281 av 695), etter en utsendelse og tre purringer.

Blant respondentene var 37 % spesialister og 63 % ikke-spesialister. Andel klinisk arbeid lå i snitt på 49%, med en stor majoritet som arbeidet mellom 30 -80 % klinisk. Flest respondenter arbeidet med barn og unge (33 %). 21 % arbeidet med unge mellom 15-23 år, 23 % arbeidet med voksne over 18 år, og 5 % arbeidet med eldre.

Organisering

Flest respondenter er organisert i en enkelt tjeneste (65 %). 10 % er organisert i en tverrsektoriell tjeneste eller familietjeneste. Rundt 10 % er organisert på ledernivå eller under helsesjef/rådmann. Av de som er organisert i en enkelt tjeneste, er flest organisert i pedagogisk-psykologisk tjeneste (25 %), psykisk helse og rustjeneste (19%), helsestasjon (18%) og familietjeneste (10%). Majoriteten, 65%, fører i samme journalmodul som annet personell. 26 % fører i separat modul.

Motivasjon

Psykologene ble spurt om hva som motiverer dem mest i arbeidet. En stor andel skrev at de motiveres av å kunne komme tidlig inn i hjelpeprosessen og arbeide forebyggende. I tillegg motiveres psykologene av fleksibilitet, variasjon/allsidighet, og innflytelse over egen arbeidssituasjon, samt stor faglig autonomi.

Rammer for klinisk virksomhet

Spørreundersøkelsen viste at majoriteten av respondentene var rimelig tilfreds med rammene for klinisk virksomhet. Omlag en tredjedel av respondentene opplever mangler i rammene for det kliniske arbeidet. De opplever mangler i klare mål for arbeidet, mangler i avklarte forventninger, i mindre grad støttende ledelse, i mindre grad kollegial støtte og hjelp, i mindre grad mulighet for kurs, og i mindre grad god utnyttelse av deres fagkompetanse, og i mindre grad påvirkningsmuligheter, organisatorisk og faglig.

Spørreundersøkelsen viste at opplevelsen av rammer til en viss grad var knyttet til tjenesten. Ansatt på tjenesteledernivå og Rask psykisk helsehjelp kom best ut, mens ansatt på helsestasjon kom dårligst ut, men det er små tall. Opplevelsen av rammer kunne ikke knyttes til spesialisterfaring eller kommunal erfaring.

Kartlegging, utredning og diagnostisering

Respondentene oppgir at de føler seg godt kompetente på dette området. Likevel er det slik at 36 % av respondentene bruker kartleggingsverktøy bare noen ganger, 22 % bruker det sjelden og 6 % aldri bruker kartleggingsverktøy. 27 % bruker kartleggingsverktøy ofte, og 9 % bruker alltid kartleggingsverktøy.

I analysen har vi sett på spesialist/ikke-spesialist mot deres bruk av kartleggingsverktøy. Det er ingen systematisk forskjell her. Derimot finner vi at psykologer i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) bruker kartleggingsverktøy i større grad. 25 % av respondentene arbeider i PPT. Også respondenter i Rask psykisk helsehjelp (RPH) bruker kartleggingsverktøy ofte. RPH har små tall og bør ikke tolkes for vidt. Ellers ligner de mer på PPT enn alle andre.

- 66,1 % av PPT- psykologene bruker kartleggingsverktøy alltid eller ofte.
- 56,5 % av RPH-psykologene bruker kartleggingsverktøy alltid eller ofte.
- 26,6 % av Alle andre bruker kartleggingsverktøy alltid eller ofte.

Forskjellen er statistisk signifikant.

Psykologenes vurdering av behov for kompetanseheving

I spørreundersøkelsen, i telefonintervjuene og på NAPHA-konferansen ble kommunalt ansatte psykologer stilt spørsmål om hvordan de vurderer egen kompetanse og behov for kompetanseheving.

Spesialistutdannelsens betydning

Spesialistutdanning fremstår i spørreundersøkelsen som betydningsfullt for opplevelsen av tilstrekkelig klinisk kompetanse og synes å bety mer enn lang erfaring fra arbeid i kommunen på de fleste kompetanseområdene. Spesialistene synes gjennomgående å føle seg tryggere på eksempelvis vurderingskunnskap, veiledning til andre, selvadministrasjon og lovkunnskap enn ikke-spesialister.

Hva psykologene selv etterspør

- Kunnskap om lovverk/forskrifter/veiledere (ift helsearbeid i kommune)
- Kunnskap om kommunale systemer
- Verktøy for å lage rammer for egen praksis (prioriteringsnøkler, veiledere, avgrensninger, henvisningsrutiner/skjemaer, redskap for selvivaretagelse)
- Eignet journalsystem
- Egnede, enkle kartleggingsskjema/tester inkl. screeningsverktøy, brukermedvirkningsverktøy (FIT går igjen), samt hjelpemidler for tolkning
- Behandling: breddekunnskap klinisk, fleksibilitet ift tilpasning til individet herunder kunnskap om ikke –patologiske tilstander, samt de vanligste psykiske lidelsene
- Tilgang på tidsskrift/artikler/nettressurser (inkl stillingsbeskrivelser, praksisfortellinger)
- Fadderordning m/erfaren kommunepsykolog/kontaktperson i NPF/fagnettverk
- Av mer spesifikk behandlingskunnskap/metodikk trekkes følgende fram:

Fenomenforståelse:

- Skolevegring, mobbing, angst, depresjon

Metodikk:

- Samtaleverktøy
- Traumebehandling
- Korttidsterapi, inkl kognitive og emosjonsfokusert terapi, MI, KID
- Familiearbeid
- Krisehåndtering

- Suicidvurdering, risikovurdering
- Tverrfaglig samarbeidsmetodikk inkl møteledelse
- Løsningsfokuset metode
- Psykoedukasjon
- Avspenningsøvelser
- Tilknytningsintervensjon (COS-P går igjen)

Områder for klinisk kompetanseheving

Majoriteten av respondentene oppgir at de har middels til høy kompetanse på mange områder for klinisk praksis. Noen områder peker seg likevel ut som aktuelle områder for kompetansetilførsel for halvparten av respondentene, uavhengig av spesialistkompetanse: Dette gjelder lovkunnskap/helserett, arbeid med langvarige/sammensatte behov og identifisere psykiske helsevansker som følge av somatikk og farmakologi og kultursensitiv klinisk praksis. Mange ønsker mer kunnskap om aktuelle kartleggingsverktøy og screeningsverktøy for kommune.

For andre kompetanseområder er det slik at rundt en tredjedel kjenner mindre grad av tilstrekkelig kompetanse. På disse områdene vil det også kunne være nyttig å tilby kurs. Det er særlig ikke-spesialister og psykologer som ikke har lang erfaring fra kommunen som oppgir mindre grad av tilstrekkelig kompetanse.

Hvilke områder trer særlig frem som aktuelle områder for styrket kompetanse?

- Lovkunnskap og helserett
- Identifisere psykiske helsevansker som følge av somatikk og farmakologi
- Arbeid med langvarige og sammensatte behov (habilitering/rehabilitering)
- Kultursensitiv klinisk praksis
- Alvorlighetsvurderinger/risikovurderinger
- Krisearbeid/samarbeid i kriser/krisepedagogikk
- Tiltak ved mobbing
- Sette strategiske mål og utvikle plan for egen praksis
- Gi råd om andre tjenester/pasientrettigheter
- Gi veiledet selvhjelp/anbefale selvhjelpslitteratur
- Møteledelse og gruppeledelse
- Undervise og utforme kurs (barn og unge)
- Utforme og gi gruppebehandling (barn og unge)
- Indirekte behandlingsarbeid gjennom familie og nærpersioner, nettverk, arbeidsgiver, ansatte i skoler og barnehager (voksne)
- Selvmordsrisikovurderinger (barn og unge)

DRØFTING - MED ANBEFALINGER

Utvalget vil i det neste drøfte problemstillinger som vi ser et særlig behov for å løfte frem, og vi vil presentere anbefalinger knyttet til hver problemstilling.

Helserettslig kompetanse

Spørreundersøkelsen viste at lovkunnskap/helserett trer frem som et særlig område for kompetanseheving. Rundt halvparten av alle respondentene oppgir i mindre grad tilstrekkelig kompetanse i mindre grad (kompetansegrad fra 1-3, hvor 6 er høyest).

Utvalget ser et særlig behov for at psykologer i kommunen tilbys opplæring i helserettslige problemstillinger knyttet til utredning, behandling og diagnostisering i kommunen. En slik opplæring vil også hjelpe psykologer til en tryggere utøvelse av rollen.

Anbefalinger:

1. Kommunalt ansatte psykologer tilbys kurs i aktuelle lovverk rundt helserettslige problemstillinger.
2. Det utarbeides en skriftlig samling med helserettslige problemstillinger og eksempler fra praktisk arbeid.

Behandlingsansvar

Utvalget vil innlede drøftingen av behandlingsansvar med å si at vi mener det er uavklart hva lovfestingen av psykologkompetanse i kommunen innebærer fullt ut for psykologens ansvar og oppgaver når det gjelder utredning og behandling. Helsedirektoratets ulike retningslinjer sier lite om psykologers ansvar i kommunen, annet enn å nevne psykologer som ressurspersoner og medhjelpere. Psykologens ansvar er beskrevet som å bistå med hjelp, råd, veiledning, tidlig hjelp og kompetanseheving. Psykologens rolle er i retningslinjene også beskrevet som en som kan bidra med utredning og behandling på lik linje med fastlegen, men som ikke har et definert ansvar til forskjell fra fastlegen. Det betyr at en enkelt psykolog kan få mange henvendelser om å bistå, men at disse henvendelsene kan kanaliseres til den psykiske helsetjenesten forøvrig eller fastlegen dersom psykologen ikke har kapasitet eller har andre oppgaver. Fastlegen har det koordinerende ansvaret for pasienten gjennom pasientforløpet.

Utvalget finner at mange psykologer tar mye ansvar for å møte behovene for behandling i kommunen. Situasjonen synes å være at en del psykologer også blir *gitt* mer ansvar for behandlingsarbeid enn føringene tilsier at de skal. I praksis betyr dette at en del psykologer bør kjenne et mindre ansvar for å skulle møte behovene for utredning og behandling, men bør fortsatt ta et stort ansvar for å bidra inn i kommunens arbeid i tråd med sin stillingsbeskrivelse og statlige føringer.

Et unntak når det gjelder en klarere definering av psykologens utrednings- og behandlingsrolle i kommunen, er utformingen av tilbudet Rask psykisk helsehjelp⁸. Her er psykologens rolle tydeligere beskrevet, slik: "Psykologen i teamet bør ha et særlig ansvar for kvalitetssikring og veiledning" (RPH-veilederen, s 10).

⁸ Helsedirektoratet, 2013. Rask psykisk helsehjelp - 12 pilotkommuner. Veiledende materiell

Psykologer har et profesjonsansvar

Psykologer er ansvarlig for å yte forsvarlig helsehjelp i tråd med sin profesjon. Om man gir helsehjelp og inngår pasientforhold følger ansvar og plikter. Å gå inn i pasientsaker innebærer å følge kravene til faglig forsvarlighet og helsefaglig norm. Kravene til forsvarlig helsehjelp er de samme uavhengig av i hvilken tjeneste psykologen jobber.

Kommunen har ikke anledning til å begrense psykologer fra å gjøre det som er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, for eksempel med begrunnelse at "i denne tjenesten utreder vi ikke" eller "i denne tjenesten gir vi ikke behandling, bare støttesamtaler" eller "i denne tjenesten setter vi ikke diagnoser".

Det meste av klinisk psykologarbeid vil være av behandlende karakter. Vi behandler både psykiske plager, milde lidelser og moderate psykiske lidelser i kommunen. Også mennesker med alvorlige symptomer og lidelser henvender seg til lavterskeltjenester. Iverksetting av et behandlende tiltak forutsetter en diagnostisk vurdering for å sikre faglig forsvarlig praksis. Behandling og diagnostisk vurdering henger uløselig sammen. Psykologer er, ved siden av leger, den yrkesgruppen som i kraft av sin grunnutdanning har diagnostisk kompetanse. Fylkesmannen i Hedmark har i tilsynsrapport (2017) presisert at "noe av hensikten med å ha psykologer i kommunen er blant annet å sørge for at pasienten får rett diagnose".

Kommunen kan definere målgrupper og gi føringer som hjelp til å styre ressurser i ønsket retning for en fornuftig ressursbruk og oppgavefordeling. Psykologens profesjonsansvar kan da innebære å vurdere hva som er *nødvendig og forsvarlig* helsehjelp overfor den enkelte. Innenfor et avgrenset korttidstilbud vil det ofte kunne være både forsvarlig og riktig å lose videre til andre tilbud, fordi den hjelpen vedkommende trenger finnes et annet sted i hjelpeapparatet. En forsvarlig losing vil kunne innebære å gi oppfølging, sørge for informasjonsoverføring, koordinere en overføring og involvere andre hjelpeinstanser.

Spesialisthelsetjenesten er i endring

Mange erfarer at den lokale spesialisthelsetjenesten avviser mer og overfører milde og moderate vansker til kommunen. Det skaper økt press på lavterskelbehandling. Oppbyggingen av lavterskelbehandling går ikke like fort som nedbyggingen av spesialisthelsetjenesten. Vi er i en vanskelig brytningstid fordi dimensjoneringen av tjenestene synes å være i utakt. Enkelte steder kan spesialisthelsetjenesten avise med den begrunnelsen at kommunen har fått psykolog, eller at det er lettere at psykologen gir behandlingen siden psykologen allerede kjenner klienten, eller at spesialisthelsetjenesten kun skal behandle alvorlige psykiske lidelser. Avslagene tar ikke alltid hensyn til fellesansvaret, kommunens ressurser eller muligheter for forsvarlige tjenester. Avslagene bør utfordres lokalt med utgangspunkt i veiledere og retningslinjer, samt avtalen med spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener at det er verdifullt om psykologen i kommunen har noe praksis og erfaring fra spesialisthelsetjenesten og dermed kan bidra til viktig brobyggingskompetanse. Resultater fra spørreundersøkelsen viste at spesialister opplevde i større grad tilstrekkelig kompetanse innenfor rolleutøvelse og kliniske arbeidsområder i kommunen enn ikke-spesialister.

Anbefalinger:

3. Psykologforeningen tilbyr undervisning om ulike faggruppers rolle og ansvar i kommunene, kommunens ansvar og hva som er psykologens profesjonsansvar.

4. Psykologforeningen ser nærmere på ordninger som kan sikre at psykologer i kommunen får noe praksis i spesialisthelsetjenesten.

Kartleggingsverktøy

Utvalget ser behov for kompetanseheving og tilgjengeliggjøring av aktuelle kartleggingsverktøy. Disse benyttes ihht spørreundersøkelsen i liten grad i dag, samtidig som Helsedirektoratet (2017) har presisert at også ansatte i lavterskeltilbud skal kartlegge/vurderer systematisk i egen klinisk virksomhet.

Mange psykologer har i sine svar etterspurt tilgjengelige kartleggingsverktøy. Flere psykologer ga uttrykk for at de ikke visste hvilke kartleggingsverktøy som egnet seg for kommunen og etterlyste mer informasjon.

Utvalget er kjent med at aktuelle kartleggingsverktøy for førstelinjen finnes på nettsidene til Helsebiblioteket.no, på nettsidene til RBUP, på nettsidene til NKVTS.no og i NEL (www.legehandboka.no). Utvalget mener likevel det er behov for bedre tilgang til en samlet pakke av kartleggingsverktøy aktuelt for psykologer i kommunene.

Anbefaling:

5. Det utarbeides en verktøykasse med relevante kartleggingsverktøy. Verktøyene samles og gjøres tilgjengelige.

Diagnostisering

Arbeidet i kommunen skal være faglig forsvarlig slik det står i helsepersonelloven. Eksempler på uforsvarlig virksomhet kan være:

"- manglende eller mangelfull kartlegging, manglende diagnose, manglende farlighets- eller suicidvurderinger, å unnlate å handle på bakgrunn av foreliggende informasjon, unødvendige eller skadelige undersøkelser eller manglende henvisning til annet relevant fagpersonell" (Myklebust & Zimmerman 2008)

Forsvarlig helsehjelp innebærer at kvalifisert personell gjør diagnostiske vurderinger innenfor sitt kompetanseområde. Utvalget erfarer at det har vært uklart i hvilken grad lavterskeltilbud i kommunene skal kartlegge, utrede og diagnostisere. Helsedirektoratets rundskriv fra juni 2017 var derfor klargjørende. Som en naturlig konsekvens har det vært ulik praksis blant kommunepsykologene når det gjelder diagnostisering. Erfaring fra intervjuer og samlinger viser at mange praktiserer diagnostisk tenkning, diagnostisk forståelseskunnskap og diagnostisk tiltakskunnskap. Psykologene behandler eksempelvis mild til moderat angstproblematikk, fobier, depresjoner, spiseforstyrrelser osv, men fastsetter ikke nødvendigvis en ICD-10 kode i journalen. Mange gjør en diagnostisk vurdering, men bruker ikke tid på en skriftlig vurdering av kriterier eller koding. Psykologene prioriterer heller å komme raskt i gang med hjelpearbeidet. Utvalget er av den oppfatning at det trengs økt bevissthet, kursing og kunnskap om hva som er tjenlig og forsvarlig praksis i kommunen når det gjelder diagnostisering. Fordi mange er usikre, og fordi forventningene og kulturen i de kommunale tjenestene er ulik, blir praksisen ulik.

Kodeverk

Ofte har ikke psykologer og leger i kommunen tilstrekkelig informasjon til å gjøre en fullstendig vurdering på det nivå som ICD-10 krever. I primærhelsetjenesten forøvrig er denne utfordringen løst ved et eget kodeverk som er tilpasset de arbeidsmåtene og vurderingene som er vanlig på kommunalt nivå. De fleste psykologer kjenner ikke til muligheten for å kode etter det kommunale kodeverket International Classification of Primary Care-2 (ICPC-2) ⁹. ICPC-2 ble innført som kommunalt kodeverk i Norge i 2004 av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Rikstrygdeverket. ICPC-2 brukes av fastleger, helsestasjonsleger, sykehjemsleger og fysioterapeuter. Kodeverket brukes til å dokumentere kontaktårsaker, helseproblemer og diagnoser, og er tilpasset de arbeidsmåtene og vurderingene som er vanlig på kommunalt nivå.

ICPC-2 har særdeles grove og færre kategorier som gir rom for enklere vurderinger. I ICPC-2 er det mulig å kode symptomer, livsbetingelser og funksjonsnivå dersom en sykdomsdiagnose ikke er aktuelt. Vanskekategorier som "depresjonsfølelse", "søvnforstyrrelse", "følelse angst/nervøs/anspent", "problem utdanning", "problem sykdom hos barn" eller "problem økonomi/fattigdom" er anvendelige for mange uavklarte problemstillinger psykologer og leger møter i kommunen.

Eksempel på diagnostisk ICPC-2 vurdering:

- A) "Normal reaksjon etter opplevd brann", f.eks kode Z 25 sosialt problem (vold/traumatisk hendelse) eller kode P 02 psykisk problem (psykisk ubalanse situasjonsbetinget)
- B) Fyller per nå ikke kriteriene for traumelidelse
- C) Behandlingstiltak: Psykoedukasjon, kognitiv tilnærming. Oppfølging om XX uker. Ny vurdering om vanskene ikke avtar.

Psykologer bør bruke et mer presist kodeverk som WHO ICD-10 når grunnlaget er til stede for slik å ivareta sitt faglige vurderingsansvar. Det vil være riktigst å bruke ICD-10 begreper når vi for eksempel behandler mild depresjon, sosial angst eller spesifikke fobier. Å bruke presise begreper om vanlige lidelser kan bidra til å spre nødvendig kunnskap og bryte ned fordommer i samfunnet. I en travel hverdag vil det som regel være nok å antyde (tentativ ICD-10 diagnose) og prøve ut tiltak, fremfor å gi en full diagnostisk redegjørelse. Når vi bruker tilstandsbeskrivelser som "mild depresjon" eller "panikkangst" bør vi sette kode for å vise at vi forstår begrepene på samme måte, i tråd med helsefaglig norm.

Eksempel på diagnostisk ICD-10 vurdering:

- A) "Symptomene er forenlige med mild depresjon (ICD-10 kode F32.0), eller" Det hun forteller peker i retning av angstproblematikk og sannsynlig panikklidelse (ICD-10 kode F41.0).
- B) Foreligger ingen tegn til psykose eller selvmordsrisiko
- C) Behandlingstiltak: "Han er positiv til deltagelse i KID-gruppe", eller "Avtalt videre kartlegging og mulig eksponeringstrening".

Psykologens rolle i kommunen kan sammenlignes med legens rolle. Psykologer kan forventes å gjøre utredninger og diagnostiseringer av samme omfang/nivå/spesifitet innen sitt fag. På samme måte som fastleger gjør utredninger og vurderinger av somatiske bekymringer og

⁹ <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk/icpc-2-den-internasjonale-klassifikasjonen-for-primærhelsetjenesten>

helseplager og lidelser i førstelinjetjenesten, slik kan psykologer bidra til å gjøre vurderinger som grunnlag for behandling av psykiske helseplager og lidelser.

Beslutningsstøtteverktøy: Norsk Helseinformatikk har med statlig støtte utviklet et generelt medisinsk oppslagsverk for leger og andre som arbeider i helsetjenesten; Norsk elektronisk legehåndbok (NEL). NEL er et beslutningsstøtteverktøy som i en periode har vært en nasjonal ordning, men per i dag er en abonnementsordning for fastleger og andre. Enkelte kommunehelsetjenester og 30 % av spesialisthelsetjenesten har inngått avtaler som gjør NEL tilgjengelig for alle sine ansatte (www.legehandboka.no). Tilgang til NEL vil være nyttig også for psykologer i kommunen som skal arbeide sammen med fastleger og andre om helsehjelp til felles pasienter. Med et slikt verktøy ville det være enklere for psykologene å ta hensyn til relevante somatiske tilstander. Spørreundersøkelsen avdekket kompetansebehov på dette området.

Undersøkelsesplikt og oppfølgingsansvar: Psykologer kan streve med å finne ut hva som er forventet nivå i forhold til utredning, behandling og oppfølgingsansvar i kommunen. Det er lett å bli usikker på hvor mye eller lite av pasientens behov man skal ta ansvar for.

Utvalget har blitt bevisst følgende tydeliggjøring: *Den kommunale undersøkelsesplikten er ikke begrenset.* Den er heller aldri statisk, men peker tilbake på forsvarlighetskravet, som igjen peker tilbake på fag. Undersøkelsesplikten er ikke knyttet til tjeneste, men til profesjon. I enkeltsaker har psykologer ansvar for å sikre forsvarligheten i sine klientsaker. Det må gjøres en faglig vurdering som dokumenteres i journal: Hva må være vurdert, opp mot pasientens behov? Det går frem av veilederen for saksbehandling etter helse- og omsorgstjenesteloven¹⁰ og veilederen i psykisk helse og rusarbeid for voksne at alle saker skal utredes betryggende ut fra kravet om faglig forsvarlighet i helse- og omsorgstjenester. Den enkelte psykolog har ansvar for å invitere andre inn for å kunne være trygg på at det er gjort en forsvarlig vurdering. Den enkelte psykolog har også ansvar for å henvise videre ved behov og sørge for helhetlig oppfølging.

Hva som er kommunens undersøkelsesplikt, for eksempel i forhold til vurdering av selvmordsrisiko¹¹, kan også defineres i samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten. Når kommunen får psykolog bør samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten revideres: Hvem gjør hva? Kommunen kan bare tilby tjenester som den har forsvarlig kompetanse og personell til å gjøre. Små kommuner vil ha færre muligheter til å ta mye ansvar, og da må spesialisthelsetjenesten nødvendigvis ta mer.

Anbefalinger:

6. Det undervises i de ulike nasjonale faglige retningslinjene for utredning, diagnostisering og behandling med tydelig vekt på implikasjoner for psykologers arbeid i kommunen.
7. Psykologer i kommunen tilbys opplæring i kodeverket ICPC-2.
8. Det utarbeides forslag til maler for standardvurderinger i journal (templates) tilpasset kommunalt psykisk helsearbeid.
9. Det legges til rette for at NEL blir tilgjengelig for psykologer i kommunen.

¹⁰ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>

¹¹ <https://helsedirektoratet.no/nyheter/forebygging-av-selvskading-og-selvskading-i-kommunen>

Rammene i kommunen vil påvirke psykologens mulighet for godt klinisk arbeid. Spørreundersøkelsen viste at majoriteten av respondentene var rimelig tilfreds med rammene for klinisk virksomhet. Et mindretall, om lag en tredjedel av respondentene, opplever mangler i rammene for det kliniske arbeidet.

Gode rammer for klinisk arbeid handler blant annet om rutiner, strukturer, fysiske arbeidsforhold og felles oppgaveforståelse. Et eksempel: En turnuslege kommer til et allerede etablert kontor med rutiner og systemer og får veiledning av en erfaren fastlege på samme kontor. En ny psykolog kan risikere å komme til en liten kommune som aldri har hatt psykolog før, hvor ledelsen ikke vet hva de skal bruke psykologen til, hvor eget kontor, journaltilgang, tilhørighet og strukturell plassering ikke er på plass, og hvor andre kommunale tjenester er utilstrekkelig bemannet, slik at ansvaret raskt kan bli uforholdsmessig stort.

Kommunen har ansvar for forsvarlige rammer

Når psykologressursen brukes til klinisk arbeid, så må det skje innen forsvarlige rammer. Forsvarlig pasientbehandling krever tid og involvering. Virksomhetsansvaret er vesentlig i etableringen av klinisk behandlingsarbeid i kommunen. Dette handler om hvordan kommunen sørger for forsvarlig praksis og organisasjonsmessig forankring. Kommunen bør bygge tydelige strukturer for sine psykiske helsetjenester; det fremgår klart i nasjonale faglige retningslinjer. Kommunen har en plikt til å vurdere behovet for tjenester, personell og kompetanse, og legge planer for hvordan behov skal møtes, personell rekrutteres og kvalitet utvikles. En ny veileder tydeliggjør arbeidsgivers ansvar for gode rammebetingelser¹². Internkontroll innebærer blant mye annet at leder skal sørge for arbeidstakers medvirkning, gjøre bruk av brukeres og pårørendes erfaringer, identifisere områder for svikt, og utvikle nødvendige rutiner eller andre tiltak for å avdekke svikt eller overtredelse¹³.

Samtidig er det også slik at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste skal etter loven sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (§ 4-2). En psykolog vil kunne være en viktig bidragsyter i det kompetansebyggende arbeidet og bidra til kvalitet og forsvarlig praksis i tjenestene. Psykologen har et profesjonsansvar for å sørge for at egen praksis er faglig forsvarlig. Tjenesteleder har ansvaret for forsvarlige tjenesterammer. Dersom rammene ikke er forsvarlige, for eksempel at psykologen ikke har tilgang til å få skrevet i journal, kan ikke psykologen yte forsvarlig helsehjelp.

Vedtaksfesting

De fleste psykologer synes ikke å måtte praktisere vedtak, men noen får beskjed om dette. Helsedirektoratet har laget en veileder om saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Der står det om hvilke tjenester som skal vedtaksfestes eller ikke¹⁴. Lett tilgjengelige lavterskeltilbud skal ikke vedtaksfestes.

¹² Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620 2017 <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>

¹³ Kjellefold, A. (2016). Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Bergen: Fagbokforlaget.

¹⁴ Vedtaksfesting av tjenester: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1149/Veileder-for-saksbehandling-IS-2442.pdf>

Tjenesteplassering

Mandat og tjenesteplassering har betydning for opplevde rammebetingelser for utredning og behandling. Psykologens plassering i organisasjonen må henge sammen med stillingsbeskrivelsen og tjenesteplassering. Om psykologen skal arbeide klinisk, kan det være en ulempe å sitte alene på rådhuset langt fra kliniske samarbeidspartnere. Det kan også være en ulempe å arbeide med utredning og behandling i en tjeneste som ikke har dette som sitt mandat. Om psykologen derimot skal arbeide på tvers av tjenestene, med tjenesteutvikling, kompetanseheving og planarbeid, bør psykologen sitte sammen med andre som arbeider med dette i kommunen. En delt stilling kan derfor innebære at en delt plassering er best. Følgende utsagn kan tjene som eksempel:

Jeg syns det fungerer best i den kommunen der jeg både er forankret i familieteam og helsestasjon, og i ressursteam og i styringsgruppe med kommunaldirektør og rådmann. Det hadde ikke gått i den andre kommune jeg er i, og det handler om den administrative ledelsen.

Helsetasjonsretningslinjen anbefaler at det lages rutiner for samarbeid med psykolog og kommunens øvrige psykiske helsetjenester. Utvalget vil bemerke at samarbeidsavtaler bør utformes mellom tjenester, da en enkelt psykolog ikke er et juridisk subjekt. I Stange kommune har de for eksempel en dør inn til en felles psykisk helsetjeneste i kommunen, både for barn, ungdom og voksne. I Bodø kommune er det utviklet en felles psykologtjeneste for barn, ungdom og voksne.

Anbefaling:

10. Det utarbeides eksempler på gode organiseringer, tjenesteplasseringer, samarbeidsavtaler og rammer for psykologers kliniske arbeid i kommunen.

Registrering av psykologers arbeid

Utvalget finner at mange kommuner ikke har systemer, rutiner eller strukturer som bidrar til at psykologens arbeid registreres på en systematisk måte. Psykologens arbeid synes ofte ikke i rapportering eller i statistikk for tjenesten. Noen psykologer fører privat statistikk for å ha oversikt over eget arbeid. Enkelte kommuner har egne kategorier for å registrere og sortere saker. Andre steder brukes de samme kategoriene som ved henvendelser til BUP.

Utvalget ser klare fordeler ved ICPC-2 og ser behovet for å sikre dokumentasjon. Uten nasjonalt og felles kodeverk blir det ingen nasjonal registrering av tidsbruk eller aktivitet om "hva psykologene holder på med". ICPC-2 sine kategorier burde kunne erstatte lokale varianter for å kategorisere saker og dermed gi mulighet for et felles sammenligningsgrunnlag på tvers av kommunegrenser. ICPC-2 ligger allerede inne som en mulighet i de fleste kommunale journalsystemer.

Anbefalinger:

11. Det anbefales å ta i bruk kodeverket ICPC-2 for registrering av psykologers arbeid i kommunen i tillegg til WHO ICD-10.

Spørreundersøkelse viste at når det gjaldt arbeid med langvarige og sammensatte behov (habilitering og rehabilitering) kan det være behov for mer kompetanseheving blant psykologene.

En undersøkelse fra SINTEF kartlegger hva kommunene selv mener er det største behovet innen kommunalt psykisk helsearbeid, og hva de mener de håndterer godt¹⁵. Det er en tendens til at man er mindre fornøyd med det tjenestetilbudet som gis til barn og unge med alvorlige problemer/lidelser – 20 prosent av kommunene svarer at dette tilbudet er dårlig eller svært dårlig. For voksne er det en motsatt utfordring: Hovedtyngden av ressurser er knyttet opp mot alvorlig psykisk lidelse, og det er mindre ressurser knyttet til arbeid med milde til moderate lidelser.

En rekke spesialiserte psykologoppgaver må ivaretas i kommunen. Flere steder har pedagogisk-psykologisk tjeneste ikke lenger psykolog. Psykologene representerer en testkompetanse og utredningskompetanse som kommunene trenger. Denne oppgaven må ivaretas også i fremtiden. Mange tilstander gir ikke rett til spesialisert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveilederen for barn angir for eksempel at skolevegring og språkvansker er kommunens ansvar. Det innebærer at kommunen må ha kompetanse til å utrede, vurdere og behandle disse vanskene.

Habiliteringstjenesten bygges ned og ansvar overføres til kommunene. Psykologisk kompetanse på atferd, språk, kommunikasjon og ferdighetstrening er viktig når det psykososiale skal ivaretas for mennesker med nedsatt funksjonsevne, utviklingsforstyrrelser og sosiale vansker. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og mennesker med alvorlige somatiske lidelser, samt kroniske helseutfordringer skal få sin oppfølging i kommunen.

En forsømt gruppe er unge og voksne med traumatiserte oppveksterfaringer, utviklingstraumer og personlighetsforstyrrelser. En annen gruppe er mennesker som av ulike grunner har svært dårlig funksjonsnivå og store behov. Kommunen er pliktig til å rigge forsvarlige rammer og ivareta tredjemannsvernet for alvorlig syke som skrives ut på forsvarlig faglig grunnlag. Med sin grunnkompetanse om alvorlig psykisk lidelse og sammensatte vansker kan psykologer i kommunen bidra konsultativt med støtte og veiledning til andre fagpersoner. Psykologer kan også bidra i arbeid med spiseforstyrrelser/alvorlige spiseforstyrrelser, da dette er en gruppe pasienter som ofte involverer samarbeid mellom 2. og 1. linjetjenesten.

Timegrense: Utvalget har i sitt arbeid reflektert over at en del kommuner synes å utvikle lavterskeltjenester og psykologtilbud med begrensninger som kan komme i konflikt med oppfølgingen av barn, unge og voksne med eksempelvis større behov som ved selvskading og selvmordsatferd, og ved behov for oppfølging ved store sammensatte vansker. En veiledende timegrense bør gi rom for fleksibilitet slik at det kan gis forsvarlig helsehjelp i enkeltsaker. Helsedirektoratet (2008) har gitt en anbefalt tidsramme på mellom fem og ti konsultasjoner for å avgrense kommunens oppgave opp mot spesialisthelsetjenesten. *Det bør imidlertid være åpning for at personer med alvorlig psykisk lidelse og behov for særlig*

¹⁵ Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene, Ose og Kaspersen, IS -24-8

*tilrettelagt tilbud kan få psykologhjelp i kommunen over lengre perioder, men da med mindre hyppig kontakt”.*¹⁶

Konsultativ rolle: Psykologer i kommunen er en del av allmenntjenesten og må bidra til god ressursforvaltning. Som allmennlegene må psykologene bidra til å fordele ressursene på best mulig måte. Ved store individuelle oppfølgingsbehov vil det være mest hensiktsmessig om psykologen tar en konsultativ rolle. Psykologen vil kunne gi konsultativ bistand og råd til andre som har ansvar for oppfølging av alvorlige og/eller sammensatte tilstander.

Anbefalinger:

12. Psykologer i kommunen tilbys kompetanseheving (for eksempel tilvalgsprogram) innen arbeid med langvarige og sammensatte behov (habilitering og rehabilitering) med vekt på konsultativ funksjon og indirekte arbeid.
13. Psykologer i kommunen tilbys kompetanseheving (for eksempel i obligatorisk program) i muligheten som ligger i samarbeidsavtaler og hvordan lokal avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommune og spesialisthelsetjeneste kan foregå.

Rus, vold, traume og skolefrafall

Utvalget vil fremheve at resultatene fra spørreundersøkelsen ikke kan brukes som eneste kilde til å fremheve noen kompetanseområder som spesielt viktige fremfor andre. Utvalget har for eksempel ikke spurt om opplevelse av tilstrekkelig kompetanse knyttet til rus, vold – og traumefeltet eller skolevegring/frafall i skolen. Det er en svakhet, siden disse områdene trekkes frem som særlig områder hvor psykologer skal bidra med kompetanseheving. Utvalget anbefaler at kompetansesatsing i første rekke bør samsvare med føringer og målsettinger for tilskudd.

Utvalget mener at spørreundersøkelsen likevel kan være et viktig bidrag når det gjelder å se mønstre i kompetansebehov.

Anbefalinger:

14. Psykologer i kommunen tilbys jevnlig oppdatering og kompetanseutvikling (for eksempel i regi av kompetansesentrene RBUP, RVTS og KORUS) når det gjelder særlige innsatsområder som arbeid med rus, vold og traumer og frafall i skolen.
15. Arbeid med rus, vold og traumer, samt skoleproblematikk og frafall inngår i obligatorisk undervisning i spesialistutdannelsen, sammen med arbeid med brukervedvirkning og skape brukerens/pasienten helse- og omsorgstjeneste.
16. Resultatene fra spørreundersøkelsen vektlegges ved utforming av kurs.

¹⁶ Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. (IS-1565). Oslo: Helsedirektoratet.

Utvalget er kjent med at trang kommuneøkonomi fører til stramme kursbudsjett. Psykologer fremstår som kostbar arbeidskraft som krever dyre kurs og dyr veiledning. Det bør arbeides for ordninger som gjør at psykologene kan få nødvendig kompetanseheving på tross av svak kommuneøkonomi. Kommunens mulighet for å søke fylkeskommunalt tilskudd til veiledning og kompetanseheving¹⁷ bør gjøres mer kjent.

17. Det arbeides for ordninger som gjør at psykologene kan få nødvendig kompetanseheving på tross av svak kommuneøkonomi.
18. Det vurderes om noe kompetanseheving kan tilbys som e-læringskurs med godkjenning, eksempelvis innen helserett (tilsvarende e-læringskursene for selvmordsrisikovurdering¹⁸ og psykososialt krisearbeid¹⁹).

Kommunen som spesialisert kompetanseområde

Spørreundersøkelsen viste at psykologer med mindre erfaring fra kommune og ikke-spesialister opplevde et større kompetansebehov enn spesialister.

Det allmennpsykologiske arbeidet i kommunen er et fagområde som krever spesialiserte ferdigheter og kompetanser på linje med arbeid i spesialisthelsetjenesten. Det er naturlig å sammenligne seg med allmennlegene. Du skal kunne mye medisin for å være en god allmennlege i fastlegepraksis. Tilsvarende skal du kunne mye psykologi for å være en god allmennpsykolog i kommunen, det holder ikke å beherske normalpsykologien. Du skal favne hele bredden fra helsefremming og forebygging til arbeid med kriser, traumer og død, til alvorlige og sammensatte problemstillinger, habilitering og rehabilitering. Du bør kunne litt om alt og nok til at du kan gi nødvendige og kloke anbefalinger, tilby nødvendig og tilstrekkelig kartlegging, utredning og behandling, samt gjøre gode og nødvendige prioriteringer.

Det er vedtatt at alle fastleger skal være spesialister i allmennmedisin for å sikre faglige forsvarlige tjenester i kommunen²⁰. Kommunen har ansvar for å legge til rette for at fastlegene får slik spesialisering. På samme måte vil god praksis, og det å ivareta sitt ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester, bety at det er behov for psykologspesialister i kommunehelsetjenesten.

Det er naturlig å se på innholdet i spesialiseringen i allmennmedisin²¹ og tilhørende krav til resertifisering²². Denne spesialiseringen har innebygget flere elementer som ivaretar særegne behov tilpasset kompetanseutvikling i kommunen når det gjelder utredning og behandling. Eksempelvis har utdanningen elementer som skal motvirke ensomhet og styrke utveksling og læring fra erfarne kollegaer. Som eksempel kan vi trekke frem:

¹⁷ <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd>

¹⁸ <http://selvmordsrisikovurdering.no/>

¹⁹ <http://helsekompetanse.no/kurs/nar-krisen-rammer#toggle-mobile>

²⁰ Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2017

²¹ <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Allmennmedisin/malbeskrivelse-og-gjennomforingsplan-for-allmennmedisin/>

²² [https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistgodkjenning/lege/allmennmedisin#etterutdanning-\(resertifisering\)](https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistgodkjenning/lege/allmennmedisin#etterutdanning-(resertifisering))

- Gjensidige praksisbesøk hos kollega (inntil 10 dager). To praksisbesøk er obligatorisk i videre- og etterutdanningen.
- Dagsbesøk poliklinikk/spesialist (inntil 7 dager)
- Strukturert hospitering på sykehus (inntil 9 dager)
- Felleskonsultasjon med egen pasient sammen med spesialist i 2. Linjetjenesten (1 poeng per konsultasjon, inntil 50 poeng)
- Åpen møteserie på sykehus eller lokalt (inntil 80 poeng) (gjøres i BUPA Vestfold)

Anbefalinger:

19. Psykologforeningen arbeider for at psykologer i kommunen omfattes av samme lovkrav til spesialistkompetanse som gjelder for allmennlegene og at kommunen legger til rette for at slik spesialisering kan skje.
20. Psykologforeningen studerer spesialiteten i allmennmedisin (målbeskrivelsen, utdanningsaktivitetene og utfyllende bestemmelser) og vurderer om noe tilsvarende er nyttig og relevant for psykologer for å sikre nødvendige støttende rammer for forsvarlig praksis.
21. Psykologforeningen arbeider for å sikre systematisk veiledning og fagnettverk for psykologer i kommunen, som et absolutt krav for å sikre faglig forsvarlig praksis.
22. Det lages et innføringskurs for psykologer som skal arbeide i kommunale helse- og omsorgstjenester dersom utvalgets samlede anbefalinger ikke lar seg dekke – eller blir tilgjengelige nok innenfor dagens kursordninger og spesialistordning.

Hva kan psykologene bidra med i en ønsket fremtid?

Hvordan ser fremtidens behandlingstilbud ut i kommunen og hva blir psykologens rolle når tilbudene i kommunen er godt utbygget? I en ønsket fremtid vil befolkningen ha like god tilgang til psykologisk kompetanse i kommunen som de i dag har til somatiske helsetjenester hos fastlegene. For at tilbudet skal bli reelt lavterskel, tilgjengelig og uten ventetid trengs flere psykologer i kommunene og en bedre utbygget helhetlig behandlingstjeneste.

Psykologstillingen bør også i fremtiden ha en forankring som gir muligheter for tjeneste- og sektorovergripende arbeid i form av deltakelse i planarbeid og formidling av psykologisk fagkunnskap. En definert kommunepsykologstilling bør finnes i alle kommuner til overordnet samfunnpsykologisk arbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid, på samme nivå som kommunelegen arbeider i dag. Tilsvarende er det ikke uvanlig med delte legestillinger; en lege kan ha både rollen som kommuneoverlege med samfunnsmedisinsk ansvar og arbeide i halv stilling på det lokale fastlegekontoret.

Psykologer bør arbeide sammen med fastleger, psykiatriske sykepleiere og fysioterapeuter for å tilby tidlig behandling i førstelinjen. Fastlegen har gjennom fastlegeforskriften ansvar for alle allmennmedisinske oppgaver for pasientene på sin liste og har det koordinerende ansvaret for pasienten. Utvalget ønsker ikke en tilsvarende utvikling for psykologer i kommunen. Derimot bør bedre teamstrukturer utvikles. Fastlegens ansvar for å konsultere psykolog bør fremheves, på lik linje med psykologens ansvar for å konsultere fastlegen. Videre mener utvalget at psykologens faglige ansvar i kommunens psykiske helsetjenester bør tydeligere beskrives. Rask psykisk helsehjelp blir av Helsedirektoratet (2013) beskrevet som et godt eksempel på et lett tilgjengelig tverrfaglig behandlingstilbud med psykolog i teamet som særlig ansvarlig for kvalitetssikring og veiledning.

Forslag til tiltak:

23. Det utarbeides tydeligere beskrivelser av ulike psykologroller og deres funksjon i kommunen og hvordan disse kan svare på behov.

AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Vi har hatt en spennende reise i et felt som er i rivende utvikling. Utvalget vil takke for et lærerikt og viktig oppdrag på vegne av psykologer ansatt i kommunene. Vi vil også rette en stor takk til psykologspesialist Ingrid Sønstebo for bistand til det skriftlige arbeidet med rapporten.

Vi har erfart stor interesse knyttet til utvalgets arbeid. Vi håper å ha skrevet en nyttig rapport som kan være til hjelp for mange.

Utvalget har vært i dialog med NAPHA, RBUP og Fylkesmannen om utvalgets arbeid. Disse instansene har i oppdrag å tilby kompetansetiltak for psykologer i kommunen. NAPHA har et oppdrag om å styrke nettverksarbeidet og tilby nasjonale kompetansesamlinger. RBUP har i sitt oppdrag å drive fagdager og samarbeide med RVTS om å tilby kompetanseheving for psykologer i kommunene. Fylkesmennene har et oppdrag om å tilby kompetanseheving til psykologer i kommunene og drifte tilskuddsordninger. Utvalget anbefaler at videre oppfølging skjer i samarbeid med nevnte instanser.

VEDLEGG

Kliniske eksempler på psykologutredning og behandling i kommunen
Eksempler på stillingsbeskrivelser
Om forebygging
Rapport spørreundersøkelse med grafer

FORSLAG TIL VERKTØYKASSE

Samlet verktøykasse med kartleggingsverktøy
Hefte med lovverk, retningslinjer og kliniske eksempler på anvendelse
Maler for standardvurderinger i journal
Eksempel på samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten
Beslutningsstøtteverktøy (som NEL)
Liste over relevante kurs en psykolog i kommunen kan ta
ICPC 2 med forklaringshefte
Aktuelle rundskriv fra Helsedirektoratet
Ad hoc rapporten m/vedlegg "Kliniske eksempler på psykologutredning og behandling i kommunen"
Stillingsbeskrivelser

