

Kliniske eksempler på psykologers utredning og behandling i kommunen

Utvalget vil her gi noen konkrete eksempler på hva psykologer kan bidra med innen kommunens behandlingstilbud. Psykologen kan inngå som en ressurs i noe av kommunens arbeid med utredning og behandling. Eksemplene er maskerte, fiktive, eller basert på en syntese av mange klienter.

Bidra med kartlegging og utredning

Å identifisere, vurdere og intervensere overfor risikotilstander er en kompetanse psykologer kan bidra med i førstelinjen, slik dette eksempelet viser:

- 1. Foreldrene til Lise (7 år) er svært bekymret. Lise har stadige raserianfall, hun misforstår mye og hun har oppheng på visse måter å gjøre ting. De to andre barna i familien har ikke slike vansker. Hun klarer seg ganske bra på skolen, så læreren er ikke bekymret. Psykologen foreslår likevel i andre samtale å gå igjennom kartleggingsverktøyet *www.nordisk 5-15* år for å få ordentlig tak i Lises styrker og vansker. Foreldrene opplever det godt å bli tatt på alvor og synes det er fint å bli spurt mer nøyaktig. I intervjuet blir det klart at Lise ikke har vansker knyttet til det motoriske eller perseptuelle, men gjennomgående synes å ha store sosiale vansker, kommunikasjonsvansker og utføringsvansker. De neste samtalene handler om hvordan foreldrene kan hjelpe Lise. Sammen legges en plan for videre hjelp som foreldrene opplever som støttende. Psykologen reiser hjem til dem for å hilse på familien. Både PPT, kontaktlæreren, fastlegen og BUP blir etter hvert koblet på.*

Gjøre vurdering av risiko og alvorlighet

Psykologer er fagpersoner med diagnostisk kompetanse og henvisningsrett som det er naturlig å drøfte med. Psykologer kan bidra i vurdering av risiko, alvorlighet og valg av intervensjonsnivå. Psykologer kan være med å lage lokale planer, utvikle interne rutiner og drive kompetansebyggende arbeid. Fortellingen om Julie kan tjene som eksempel hvordan psykolog kan bidra overfor enkeltpersoner når det gjelder vurdering av risiko og alvorlighet:

- 2. Julie (21 år) henvender seg til virksomhet for psykisk helse og avhengighet og får første samtale hos psykiatrisk sykepleier. Julie gråter og er fortvilet, og sier hun helst vil sovne inn for godt. Hun forteller at hun plages med angst i sosiale situasjoner og at hun føler seg ensom, alene og lite verdt. Hun har avbrutt studiene og flyttet hjem til foreldrene. Psykiatrisk sykepleier blir bekymret for henne, og gir henne tilbud om samtale med psykologen, noe Julie takker ja til.*

Psykologen gjennomfører to kartleggingsamtaler. BDI (Becks Depression Inventory) gir skår på 34, noe som indikerer et symptomtrykk tilsvarende alvorlig depresjon. Julie bekrefter tanker om å ta livet sitt (spørsmål 2), men har ingen planer. På spørsmål 9 bekrefter hun påstanden om at «fremtiden min er håpløs og at alt bare blir verre». BAI (Becks Anxiety Inventory) gir en skåre på 47 som peker mot alvorlig

angstproblematikk. Psykologen vurderer at Julie fyller kriteriene for F 32.1 moderat depressiv episode og F40.1 sosial fobi. Julie selv er glad for å bli tatt på alvor. Hun blir ikke vurdert som akutt selvmordstruet, men med forhøyet risiko. Psykolog tar initiativ til å lage en kriseplan sammen med Julie.

Neste skritt er et felles møte med Julie, psykiatrisk sykepleier, fastlegen og psykologen, og veien videre blir drøftet. Julie takker til å bli henvist til poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Psykologen skriver en henvisning med kopi til fastlegen. Psykiatrisk sykepleier får veiledning om hvordan hun kan følge opp Julie i ventetiden.

Psykologen valgte i dette tilfellet å gå systematisk til verks, fordi hun tidlig forstod at Julies vansker var alvorlige. Samtalene ble dermed primært brukt til kartlegging for å kunne gjøre en begrunnet vurdering og skrive en god henvisning. Psykologen måtte også ta stilling til hastegrad og sikringstiltak i ventetiden. I saker som omhandler kartlegging, utredning og oppfølging av moderat og alvorlig psykisk lidelse kan psykolog være en brobygger overfor spesialisthelsetjenesten. I en del saker kan psykologen oversette hva spesialisthelsetjenesten har sagt om tilstandsbildet.

Utrede og behandle

Psykologforeningen skriver i sitt innspill til primærhelsemeldingen (2014): ”Angst, depresjon og rusproblemer er de mest vanlige psykiske helseproblemene, og vi vet at det er mest effektivt å forebygge og behandle slike lidelser så tidlig som mulig. Psykologiske behandlingsmetoder er i mange tilfeller det mest effektive, men medikamentell behandling er likevel det mest utbredte. Dette skyldes blant annet at psykologisk behandling i liten grad har vært allment tilgjengelig i primærhelsetjenesten.

Her er noen eksempler på hvordan tidlig hjelp kan snu en vanskelig situasjon i løpet av noen få samtaler:

3. *Mia (14) kommer til psykolog via helsesøster. Hun fremstår trist og sier at livet er tungt. Psykologen bruker FIT/KOR skjema, og Mia krysser av for at hun har det bra hjemme, men svært dårlig med seg selv. Psykologen kartlegger bredt og spør om både familie, venner, skolefungering, fritid, søvn, mat og somatisk helse. Det er lett å få god kontakt med Mia. Sammen fyller de ut også ut et enkelt kartleggingskjema for symptomer på angst og depresjon (HAD).*

Sumskåren gir signal om at Mia har tegn på både depresjon og angst, men at vanskene ikke er alvorlige. Mia kan også ha gode stunder. Mia og psykologen møtes til sammen fem ganger. Psykologen velger en kognitiv tilnærming med vekt på psykoedukasjon, problemfokus og løsningsfokus og hjemmelekser. I løpet av samtalene viser Mia rask fremgang. I siste samtale er mor invitert med, og hun forteller at Mia har begynt å dele mer hjemme og at de har planlagt å tilbringe mer tid sammen.

4. *Jesper (8) har i de siste ukene ikke villet gå på skolen, men har blitt presset av gårde likevel. Hver morgen er det hyl og skrik. Rektor ringer til psykologen og spør om hjelp til familien. Hele familien får time etter tre dager. Psykologen vurderer at Jesper synes å ha det bra hjemme og på skolen, at han har venner og egentlig ønsker å være på skolen, men at Jesper har utviklet panikkangst. Psykologen forteller og forklarer*

om kroppens alarmreaksjon og hva som er lurt å gjøre. Foreldrene blir lettet, de trodde at Jesper var i ferd med å bli alvorlig syk. Etter to samtaler og telefonkontakt med lærer, viser Jesper stor fremgang og går på skolen hver dag.

Veien er kort fra å drive angstbehandling for individer til å undervise nettverket og lærere i å håndtere angsten, til å lage kurs for alle ansatte i skolen om engstelige barn. Tradisjonell utredning og behandling vil ofte gå hånd i hånd med kompetanseutvikling, veiledning og undervisning.

Som en oppfølging av arbeidet med Jesper (8) ber skolen om at psykologen kommer på skolen og underviser personalet om arbeid med engstelige barn og tiltak for barn som strever med angst.

Gi utredning og behandling for de minste barna

Psykolog kan bidra inn på helsestasjonen med vurderingskompetanse og komme tidlig inn og vurdere et barn hvis helsesøster eller andre er bekymret for tilknytning, barnets psykiske helse eller foreldrenes psykiske helse. Det viktigste er lett kontakt til nødvendig lavterskel psykisk helsehjelp via helsestasjonstjenesten. Her er et eksempel:

- 5. Helsesøster tar kontakt med psykologen etter samtykke fra mor i etterkant av Lukas 6-ukers kontroll på helsestasjonen. I kontrollen inngår samtale om mors psykiske helse og kartlegging med Edinburgh Post Natal Depression Scale. Skåren på skjema og vurdering i samtalen er at mor trenger et samtaletilbud utover det helsesøster har kompetanse på. Det avklares at mor raskt kan få et tilbud hos psykologen, innen en ukes tid. I oppstarten avklares alvorlighetsgrad (symptomer, funksjon, tidligere behandlingshistorikk, nettverk mv). Fastlegen kontaktes for informasjon og samarbeid. Det konkluderes med at plagene er av moderat grad, at det ikke er suicidfare og at mor har støtte i sitt nettverk. Mor får oppfølging med 10 samtaler der det fokuseres bearbeiding av belastende opplevelser, mestring av plagene samt tilknytning og samspill med barnet. Deler av COS-P programmet benyttes. Parallelt har helsesøster ekstra konsultasjoner med mor, far og barn og følger barnets utvikling nøye. Mor opplever bedring i egen følelsesmessig tilstand, kjenner større trygghet i tilknytningen/samspillet med barnet, og far formidler det samme. I avslutningen har psykologen en felles samtale med foreldrepåret og helsesøster der forløpet evalueres. Oppfølgingen fra psykologen avsluttes.*

Psykologen kan bidra med kunnskap om risikogrupper og klinisk-epidemiologisk kunnskap. Psykologen bidro i denne saken med kompetanse på traumer, vurdering av depresjon/angstproblematikk og eventuelt underliggende mer alvorlig problematikk (personlighetsforstyrrelser, spiseproblematikk, tvang m.m.). Psykologen brukte også sin kunnskap om psykologiske faktorer i svangerskap, fødsel og barseltid, systemisk arbeid og kompetanse på samspillsveiledning og tilknytningsveiledning.

Arbeide med skolevegring, mobbing, vold og overgrep:

Psykologer i kommunen skal i særlig grad styrke kvalitet og kompetanse innen psykisk helse, rus, vold – og traumefeltet. Her er noen eksempler innen utredning og behandling:

6. Daniel (9) har ikke vært på skolen på tre uker når mor tar kontakt med psykolog i kommunen. Mor forteller at Daniel opplever mobbing, men at skolen hevder det er en konflikt. Psykologen får samtykke til å snakke med rektor, kontaktlærer, fastlegen og PPT. Skolen mener at Daniel tøffer seg, at han misforstår sosiale situasjoner og ikke har vist tegn på at han er et offer.

I samtale med Daniel velger psykologen å gjøre en enkel traumekartlegging (KATE), deretter en vurdering av traumesymptomer (CATS- PTSD screening). Daniel forteller at han har blitt mobbet siden barnehagen av den gutten han er redd for. Han forteller om episoder der han er blitt spyttet på, truet, utskjelt, slått med pinne og holdt fast av den ene gutten og hans kamerater. Daniel kan ha mareritt, han tør ikke gå ut alene, han føler seg ofte sint og anspent, han gruer seg mye og sliter med å konsentrere seg. Han sier at han har prøvd å si fra til de voksne, men at de ikke hører. På skolen må han være tøff og late som ingenting slik at de andre guttene ikke får se ”svakheten” hans. Summen av tegn indikerer traumatisk stressreaksjon. Psykologen tar initiativ til at saken blir løftet og behandlet som en alvorlig mobbesak med krav til enkeltvedtak og tryggingstiltak på skolen.

Igangsette systemrettede behandlingstiltak og ha en konsulentfunksjon i oppfølgingsarbeid overfor sammensatte vansker:

Psykologisk vurderingskompetanse i inntaksarbeidet kan gjøre tiltakene mer treffsikre og spare tid og penger for hjelpeapparatet. Her er et eksempel:

7. En fastlege ber om psykologhjelp til Eva, 19 år. Eva har vært utredet hos nevropsykolog og fikk da konstatert store lærevansker tilsvarende lett psykisk utviklingshemming. Psykologen vurderer i inntaksmøtet at første intervensjon ikke bør være å igangsette psykoterapi mot kvinnens angstsymptomer, men foreslår heller å delta på møte med samarbeidspartnere for å etablere Individuell plan. I IP-møtet kommer det fram opplysninger om sviktende mestring, manglende oversikt og forutsigbarhet i hverdagen og utrygghet i relasjoner.

Psykologen velger å arbeide konsultativt med teamet rundt brukeren. Teamet prøver så ut tiltak ut i fra en mulig sammenheng mellom sviktende mestringsfølelse, mangel på oversikt, vansker med å forholde seg til mange mennesker og Evas stress-/angsttilstanden. Intervensjonen gir raskt resultater. Eva får etter hvert et dagtilbud som hun behersker og som gir henne mestringsfølelse. Det blir innarbeidet bedre rutiner, antall mennesker som forholder seg til Eva blir redusert samtidig som det blir fokusert på å bruke fagpersoner hun føler seg trygg på. Etter to måneder viser Eva god trivsel og oppfyller ikke kriteriene for noen angstlidelse.

Psykologforeningen skriver i sitt innspill til primærhelsemeldingen (2014): *Flere steder gir psykologer veiledning i å mestre reaksjoner og følelser til ansatte i kommunen som daglig forholder seg til krevende pasienter med utfordrende symptomer og atferd (demente, psykisk utviklingshemmede, mennesker med alvorlige psykiske lidelser, sterkt rusede personer og mennesker med alvorlige fysiske funksjonshemminger).*”

Psykologen kan ha en viktig rolle knyttet til alle pasienter med komplekse tilstandsbilder. Det er viktig å kunne noe om tilstanden, vurdere nye behov, og kunne oversette spesialisthelsetjenestens vurderinger og rapporter slik at de kan anvendes i nye situasjoner.

Noen ganger kan psykolog vurdere at det er behov for ytterligere hjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom utredningen ikke lenger er dekkende eller er utilstrekkelig.

Bidra i oppfølgingen av alvorlig psykisk lidelse, habilitering og rehabilitering:

Psykologer kan bidra konsultativt overfor barn, unge og voksne med somatisk lidelse, psykisk lidelse eller rusavhengighet som har behov for oppfølging, habilitering eller rehabilitering. I slike tilfeller vil det ofte være behov for tverrfaglig samarbeid som inkluderer psykologfaglig kompetanse direkte eller indirekte. Her er et eksempel:

8. *Lars (18 år) har vært innlagt på akuttmottaket for alvorlig selvskadning og selvmordsforsøk. Han har bodd i flere fosterhjem og er nå blitt tilbudt å etablere seg i en kommunal hybel med bemanning. Psykolog i kommunen kjenner Lars gjennom samarbeid med barnevernet gjennom flere år. Psykologen og saksbehandler i barnevernet blir pådrivere ved overføringen til psykisk helse- og rustjenesten. IP-arbeidet står sentralt. Det er få som har kompetanse på Lars sine vansker og mange opplever han som utfordrende. Lars er redd for at de ansatte skal avvise han når han har vanskelig perioder. Psykologen bidrar konsultativt i samarbeidet med personalet, nye saksbehandlere, fastlegen og i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.*

Bidra i flerfaglig samarbeid med fastleger der somatiske og psykiske tilstander er overlappende.

Mange psykiske symptomer kan ha somatisk årsaker. Det kreves da kunnskap om mange typer symptomer og lidelser, overlappende tilstander og mulige psykiske konsekvenser av for eksempel psykofarmaka. Psykologer kan gjennom sin fagkunnskap om overlappende tilstander initiere og bidra til helhetlig forståelsesarbeid. Det er svært viktig med somatisk undersøkelse hos fastlegen. Spesielt unge mennesker bør få hjelp til å bli kjent med fastlegen sin.

9. *En fastlege ringer og ber psykologen om hjelp til å vurdere og behandle Mats (30) år. Mats har vært sykmeldt i 3 år og er grundig utredet for muskelplager, migrene, smerteproblematikk og utmattelse. Gjennom noen samtaler hos psykologen blir det tydelig at vanskene inngår i et mønster som har utviklet seg etter en alvorlig truende hendelse på jobb. Somatiske symptomer som kvalme, hodepine, skjelvinger, brystsmertesmerter og søvnvansker synes å bli trigget når Mats havner i lignende situasjoner. En traumekartlegging gir betydelige utslag. Psykologen gir tilbakemelding til fastlegen om at hun vurderer en diagnostisk PTSD - tilstand og at fokus for behandlingen vil være traumebearbeiding. Mats oppnår etterhvert gradvis bedring. Han får også en mer tilrettelagt arbeidssituasjon.*
10. *Kvinne (50) sier at hun syns alt er tungt og slitsomt. Hun har flere symptomer på depresjon og disse har kommet ganske plutselig. På slutten av samtalen sier hun at hun føler seg varm og kald og at hun lurte på om hun er kommet i overgangsalderen. Psykologen ber klienten bestille time hos legen. Etter konsultasjonen gir legen tilbakemelding til psykologen på telefon om at hun tror dette er overgangsalder og at tilstanden vil bli bedre med hormonbehandlingen som nå er skrevet ut til pasienten. Etter to samtaler sier kvinne at hun er blitt mye bedre og at hun tror selv hormonbehandling har vært avgjørende. Psykologen har lignende erfaring med lavt stoffskifte, p-pillebruk og medikamentinteraksjon. Psykologen henviser også*

rutinemessig barn og unge til fastlegen for å undersøke mulig kysseyske, borrelia, salmonella eller bivirkninger av prevensjonsmidler eller andre medikamenter.

Bidra med helsepsykologisk kompetanse

Stadig mer behandling og oppfølging skjer i førstelinjen som følge av ny helselovgivning.

Psykologforeningen skriver i sitt innspill til primærhelsemeldingen (2014):”

Psykologforeningen understreker betydningen av å ruste fremtidens primærhelsetjeneste for samspillet mellom somatisk, psykisk og sosiale årsaker til – og føler av sykdom. Diabetes, hjerneslag, hjerte, kols, kreft, overvekt, palliasjon og smerte er eksempler på behandlingsområder der psykologer i dag deltar i behandlingen i noen deler av spesialisthelsetjenesten.”

Psykologer kan bidra med kompetanse i atferdsendring ved behov for livsstilsendring og ved oppfølging av et behandlingstilbud. Psykologer har særskilt kompetanse på motiverende arbeid og endringsarbeid. Dette er en del av psykologers kjernekompetanse og er i ferd med å tas i bruk ved flere frisklivssentraler i det forebyggende arbeidet.

Bidra med konsultasjon overfor andre faggrupper og i tverrfaglige konsultasjoner med pasienten (trekantsamtaler)

I retningslinjer og veiledere fremheves at en sentral oppgave for psykologer er å bidra med veiledning og fagstøtte til øvrig personell/tjenester. Her er et eksempel:

- 11. Psykologen blir kontaktet av saksbehandler i barnevernet vedrørende Hanna (15) som «alle» tjenester har forsøkt å hjelpe uten å lykkes. Hun har vært fraværende på skolen i mange måneder. Hanna har diagnosen ADHD, lese- skrivevansker, strever med emosjonsregulering og atferd, samt har isolert seg fra jevnaldrende. Relasjonen til foreldrene er god på noen områder, men de opptrer forsterkende på dysfunksjonelle mønstre fordi de er engstelige for å avvise jenta og for at hun ikke skal være godt nok ivaretatt. Nå er situasjonen slik at det kun er barnevernsarbeideren som er i relasjon til ungdommen (foruten foreldrene).*

Psykologen tilbyr seg å hjelpe barnevernsarbeideren med å gå gjennom saken og lage en kasusformulering basert på kognitiv atferdsterapeutisk behandling (KAT). Kasusformuleringen bidrar til en utvidelse av perspektivet på mulige virksomme tiltak og relevante ressurspersoner. Ett av tiltakene de blir enige om er å tilby fellessamtaler hjemme hos Hanna. Dette forslaget aksepteres av Hanna, og de arbeider på denne måten en periode med månedlige fellessamtaler. Med små skritt kommer de videre. Hanna begynner å se hvilke muligheter hun har i skolesituasjonen og blir med på å forberede en overgang til videregående skolegang.

I denne saken ble det mulig å få til mer medvirkning fra ungdommen selv, samtidig som barnevernsarbeideren stod mindre alene og fikk støtte i sitt arbeid. Slikt arbeid krever kompetanse på alvorlig problematikk, systemisk kompetanse innen behandling, konsultasjonskompetanse og fleksibilitet i forhold til arena for terapeutisk jobbing.

Bidra til en bedre eldreomsorg

Psykologer kan bidra til en bedre og mer effektiv eldreomsorg. Psykologforeningen skriver i sitt innspill til primærhelsemeldingen (2014):

” Snart vil eldre over 65 år utgjøre 1/3 av befolkningen, og med det er et en klar fare for et økende antall personer med både somatiske og psykiske plager. Kognitiv svikt gir økte hjelpebehov og en del eldre har psykiske plager som angst og depresjon, eller mer spesifikke lidelser. Det er vesentlig at en ikke diagnostiserer normalreaksjoner på tap som depresjon, men samtidig er opptatt av sårbarheten for at eldre utvikler depresjon i slike situasjoner. Depresjon og demens kan også lett forveksles uten rett kompetanse. Annen problematikk er søvnproblematikk, selvmord og vold mot eldre. Ved å avdekke søvnvansker/angst/uro/smertetilstander og behandle disse tilstandene psykologisk, vil vi kunne forebygge forskrivning og overmedisinering med psykofarmaka. Det samme vil gjelde alkoholforbruk som mestringsstrategi for de samme lidelsene (ta seg et glass vin for å få sove).”

Gjøre vurderinger av intervensjonsnivå (trappetrinnstiltak)

Trappetrinnstiltak innebærer å differensiere tilbud ut i fra vurdering av alvorlighet og betydningen av å styrke menneskers selvhjelpsevner. Vi kan risikere å tilby individuell behandling for raskt og bidra til sykeliggjøring av vanlige livsproblemer.” *Alle som ønsker psykologhjelp er ikke syke”.*

Tilbudene kan gis ut fra en vurdering av hva som passer den enkelte best (mixed care), og hva som er beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). En BEON-tilnærming vil handle om å vurdere om personen best kan hjelpes gjennom veiledet selvhjelp, veiledning til nærpersoner eller tiltak i hjemmet, eller om personen best kan hjelpes ved individuelle samtaler enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. LEON-prinsippet betyr å gi hjelp på lavest effektive omsorgsnivå ([www. forebygging.no](http://www.forebygging.no)). LEON er et prinsipp om næromsorg og er rettet mot å styrke de helsebevarende kreftene og forebygge problemutvikling på den arena som personen befinner seg. I begrepet næromsorg ligger ønsket om å kunne utnytte de mulighetene og ressursene som en finner i tilknytning til nærmiljø og sosiale nettverk.

En viktig egenskap er å kunne vurdere hvilke henvendelser en skal gå inn i, hvordan en skal gjøre det og på hvilken måte. Psykologers kompetanse på psykiske vansker og lidelser kan bidra til vurdering av behov, tilbud og tidsbruk.