



Eldrid Robberstad

## Erfaring som kommunepsykolog Helsestasjonens Familiesenter i Sandnes

***Mål for erfaringsnettverket: Å systematisere og dokumentere/ skriftliggjøre deler av kommunepsykologers praksis og faglige erfaringer.***

*Dette vil være en beskrivelse av hvordan Ressurshelsestasjonen og Helsestasjonens familiesenter i Sandnes er utviklet og organisert, og hvordan psykologkompetansen blir brukt i dette tilbudet i dag. Det vil ikke bli lagt tilsvarende stor vekt på andre yrkesgruppers bidrag, men holdt fokus på mine bidrag som psykolog de fem årene jeg har jobba her og da særlig i forhold til Ressurshelsestasjon og Ressursteam. Avslutningsvis vil det være en drøfting i forhold til aktuelle utfordringer, både i forhold til sentrale føringer og lokale forhold.*

### INNLEDNING

#### Egen bakgrunn og erfaring

Jeg var ferdig utdanna psykolog høsten 1996 fra Universitetet i Bergen, en såkalt allmennpsykologisk utdanning. I løpet av PPT-praksisen på studiet, som var på Osterøy, ble jeg første gang inspirert i forhold til å arbeide i kommunen. Osterøy er et oversiktlig lokalsamfunn i Nord-Hordaland, og verdien av lokal kunnskap og tverretattlig samarbeid ble tydelig. Samtidig med dette hadde jeg en heller negativ terapi-er-

faring fra internpraksis der jeg ble sittende i en individual- terapi med et barn som jeg nå tenker heller skulle hatt tilrettelegging og økt forståelse i sitt nærmiljø som intervensjon. En viss påvirkning av å ha foreldre som har vært opptatt av samfunnsmedisin og psykiatrisk sjukepleie i kommunene har nok også spilt inn. Jeg valgte likevel å ta min første jobb i spesialisthelsetjenesten. Som nyutdanna var det trygt og godt. I perioden våren 1997 til høst 2002 jobba jeg ved Universitetssykehuset i Stavanger, Ungdom-

*Eldrid Robberstad er utdanna 1996 ved Universitetet i Bergen. Arbeidet første fem år i Spesialisthelsetjenesten (ungdomspsykiatrisk avdeling – både poliklinikk og sengepost), og deretter i sju år som psykolog i PPT Hå kommune. Siste sju årene har Eldrid arbeidet ved Helsestasjonens Familiesenter i Sandnes. Godkjent spesialist i klinisk psykologi med fordypning barn og unge siden 2009.*

spsykiatrisk avdeling, hovedsakelig i poliklinikk men var innom sengepost en kortere periode. Her lærte jeg om utredning og diagnostisering og hvordan det er å jobbe i tunge byråkratiske system, og jeg starta spesialiseringsprogrammet for barn/ unge.

På fordypningsprogrammet til IAP (Institutt for aktiv psykoterapi) fikk jeg følelsen av faglig ”å ha kommet hjem”. Her var det ikke fokus på utredning og medisinsk modell, men på relasjonsferdigheter i samtalen, utviklingsstøtte og det å ha ulike perspektiv som en berikelse. Dette var svært frigjørende til forskjell fra å være overlatt til å være opptatt av det den til en hver tid aktuelle overlege var opptatt av. På et tidspunkt fikk jeg nok av det å jobbe på sykehuset og søkte ny jobb. I perioden 2002 til 2009 jobba jeg som psykolog i PPT Hå kommune. Hå er en mellomstor kommune med da ca 15.000 innbyggere. Erfaringen her lærte meg enda mer om nytten og gleden i tverretattlig samarbeid, og betydningen av tett kontakt med kommunens administrasjon. Psykologene var her plassert i PPT for å ha et samla fagmiljø, men det var forventet at en jobba psykologspesifikt, inklusiv foreldreveiledning og individuelt, samtidig som en hadde skole/barnehage som viktige arenaer. Etter hvert fikk kommunen eget psykisk helseteam der det også var psykolog, og dette teamet overtok en del av familiearbeidet. Kunnskapsløftet gjorde at oppgavene for psykologene i PPT fikk en økt dreining mot barns rettigheter etter opplæringsloven, dvs sakkyndige vurderinger. Samlet sett var rommet for å jobbe psykologspesifikt og opp mot familiesystemet betydelig redusert og var en del av min begrunnelse for å bytte jobb. Høsten 2009 fikk jeg godkjenning som spesialist i klinisk psykologi med fordypning barn og unge. I september 2009 starta jeg i denne jobben i Sandnes kommune.

Helsestasjonstjenester hadde da hatt psykolog knytta til seg/ ansatt i mange år, og det lå klart en stillingsbeskrivelse og en utforma rolle og tre inn i. Mange erfaringer, vurderinger og prioriteringer var gjort, og samsvarte i svært stor grad

med mine egne faglige fokus. Denne fremstillingen vil sannsynligvis virke mangelfull for enkelte, men jeg prøver etter beste evne å gjengi hovedlinjene i den utviklingen som har vært som virker relevante for dette prosjektet.

### Demografi

Sandnes er Norges raskest voksende by uten storby-midler, og har tilsvarende økonomiske utfordringer. Byen har passert 70.000 innbyggere. I 2012 utgjorde aldersgruppen 0-18 år 26,8 % av befolkningen, dvs 18.812 personer. Dette er en økning på 17,2 % siste 10 år for hele aldersgruppa. Hvis en deler dette opp er økningen i aldersgruppa 0-5 år på 24,8 %, gruppa 6-15 år har økt 11,5 % og gruppa 16-18 år har økt med 21 % (KOSTRA). Disse ungene går i kommunens 30 skoler og noen og 60 barnehager, så det er potensielt mange samarbeidspartnere. I tillegg er det fire videregående skoler i kommunen. Sandnes er for øvrig med i modellkommune prosjektet som er særlig opptatt av tidlig innsats barn og unge, med et særlig fokus på barn 0-6 år.

### Utvikling av Ressurshelsestasjonen og Helsestasjonens familiesenter

Historien om hvordan psykisk helsetjeneste for barn/unge, altså Ressurshelsestasjonen, ble til varierer etter hvem det som forteller om den. Sannsynligvis fordi flere tjenesteområder har vært engasjert i prosessen, og det er sannsynligvis derfor tilsvarende mange forventninger i fht hvilke tjenester som skal ytes. Dette er fortsatt et aktuelt tema som vil bli belyst bedre senere. Beskrivelsene om utvikling som jeg gjengir er hovedtrekk fra det som har nådd meg, først og fremst fra egen tjeneste, og med et spesielt fokus på psykologbidraget. Men altså: Psykologene i Sandnes har før slutten av 1990-tallet vært ansatt i PPT. Helsesøstre i helsestasjon og skolehelsetjeneste var de som primært jobba med psykisk helse hos barn og unge. Første psykolog utenfor PPT ble ansatt i 20% stilling på helsestasjonen. Helsesøstre kunne da sette opp konsultasjoner hos psykologen når de for eksempel ønsket hjelp til vurdering i fht sam-

spill mor-barn, og veiledning i fht å utvikle god utviklingsstøtte. Så kom Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid i kommunene. Ressurshelsestasjonen (RHS) er bygd opp av slike statlige midler i perioden 1998-2008. I denne perioden har kommunen mottatt øremerkede midler til dette arbeidet, slik som de fleste andre kommuner. Premissene for opptappingsmidlene var fokus på forebygging og tidlig innsats. I Sandnes var det helsesjefen og helsestasjonstjenester som ”tok ballen”. Det ble arrangert en studietur til Trondheim Familiesenter for å hente inspirasjon, og det ble valgt å legge RHS inn under Helsestasjonstjenester. I den spede begynnelsen var dette et spleiselag mellom flere tjenester. PPT og fysio/ergo bidrog med egne folk i liten stillingsprosent. Begynnelsen til RHS var to halve stillinger til foreldreveiledning 0-2 år. Disse var besatt av pedagoger, og de tok tidlig i bruk Webster Strattons ”De utrolige årene” som gruppetilbud til foreldre i tillegg til individuelle oppfølginger til foreldre. Tilbudet fra RHS ble utvida til andre aldersgrupper i takt med rullering av opptappingsmidlene. Første utvidelse var opp til 5 år, deretter 8 år, så 12 år for til slutt å ende på 16 år. Etter hvert som RHS ble større ble det naturlig å flytte psykologen ut av helsestasjonen og inn som en del av denne nye organiseringen. Hensikten har imidlertid alltid vært at RHS skulle være **”en forlengelse av det ordinære tilbudet på helsestasjon og i skolehelsetjenesten”**. I alle føringsdokument er RHS beskrevet på denne måten. Det står også beskrevet at RHS **”skal forebygge og avhjelpe sosiale og emosjonelle vansker hos barn/unge 0-16 år ved å gi tidlig hjelp til familiene. Det skal være et lavterskeltilbud med høy tverrfaglig kompetanse”**. Ved siste rullering i 2007 kom det en føring fra Rådmanden om at gruppa av brukere med større behov også skulle ha et tilbud i kommunen, inklusiv IP-brukere (Individuell plan). Denne gruppa kommer strengt tatt ikke under beskrivelser som dekkes av ”tidlig hjelp” og det var på ny diskusjoner hvor de siste opptappingsmidlene skulle lande. En valgte igjen å utvide mandatet og stillingene til Ressurshelsestasjonen. Bakgrunnen

for denne vurderingen var blant annet at helse-søstre hadde, og har fortsatt, et godt rennommé. En ønsket å styrke det som de kan ha nytte av, altså Ressurshelsestasjonen som en forlengelse av det ordinære tilbudet. Rent praktisk ble dette løst ved å øremerke stillinger og bestemme hvor mange saker RHS skulle være IP-koordinator i.

### Psykolog i andre tjenester

I dag er det psykologer i flere tjenesteområder i kommunen. PPT har flere stillingshemler for psykolog, og har per i dag ansatt to. De har vansker med å rekruttere nye psykologer når folk slutter. Barneverntjenesten har en psykolog i sin Seksjon tiltak. Det kom i stand etter en omorganisering i kommuneadministrasjonen i 2010. Denne psykologen var før omorganisering involvert i ”Sunn by”- et folkehelseprosjekt. Det ble altså valgt å flytte psykolog fra folkehelseprosjekt (forebyggende helsearbeid) til tiltaksteam i barneverntjenesten (de tunge av de tunge). De to siste årene har kommunens psykiske helsetjeneste for voksne (Mestringsenheten) har ansatt to psykologer ved hjelp av stimuleringsmidler fra Helsedirektoratet for å få flere psykologer til kommunen. Den første stillingen ble brukt til å veilede personale i boliger og ellers, samt bistå i samtaler med brukere og bidra til kompetanseheving og tverrfaglige drøftinger i tjenesten. Arbeidsoppgavene er altså knytta primært til personer med etablerte og kroniske psykiske vansker/lidelser. Erfaringene med psykolog på dette feltet var en så stor suksess at det ble søkt etter nok en psykologstilling på stimuleringsmidler. Denne psykologen er knyttet til prosjektet ”Raskere psykisk helsehjelp”. De andre psykologene i kommunen er knytta til tjenester for barn. Mestringsenheten sitt mandat favner for øvrig fra 16 år og de har også et ønske om at komme tidligere inn. Psykolog og psykiatrisk sykepleier i Mestringsenheten er derfor involvert i utprøving av lavterskel korttidstilbud (inntil 10 konsultasjoner) til ungdom i alder 16-25 år. En prøver med dette tiltaket å ivareta overgangen ungdom – voksen, som en vet er sårbar, og før vansker er blitt kroniske. Tiltaket er i utgangspunktet ikke beskrevet som å være

basert på kontekstuell psykologi eller skulle ha samarbeid med ungdommens arena. Kognitive teknikker vil være en sentral arbeidsform.

Det å ha psykologer i flere tjenesteområder er en mulighet større kommuner har. Fordelen med å tilhøre et tjenesteområde er at det er tydeligere hvilke lovverk en jobber under. Ulemper kan være at psykologen får brukt bare en del av sin kompetanse. Samtidig er det veldig krevende for samme person å jobbe med alt som er mulig til en hver tid. Av de psykologene som er ansatt i kommunen per 2014 er det fire spesialister (klinisk barn/unge, samfunnspsykologi, rus og organisasjon) og en som er godt i gang med spesialiseringen (klinisk voksen). Psykologene i PPT er relativt nyutdanna. Psykologen i Barneverntjenesten har lang ansenitet totalt sett, men også fra ulike etater i Sandnes kommune. Dette har gitt henne god systemkunnskap. Dette viser at kommunen samlet sett besitter betydelig spesialisert kompetanse i forhold til psykisk helsearbeid og det å arbeide i kommunen.

### Organisering

I 2006 gjennomgikk kommunen en omorganisering der de gikk fra 2-nivå struktur til 3-nivå struktur. Valget for Helsestasjonstjenester den gang stod mellom å være organisert med andre som i hovedsak jobber med helse, men med et annet fokus enn tidlig innsats (Levekår), eller om en ville være organisert under samme kommunaldirektør som samarbeidspartnere (barnevern, PPT) altså oppvekst barn/unge. Oppvekst barn/unge ble valgt fordi tidlig innsats-fokuset var, og er, viktig for Helsestasjonstjenester. Dette fokuset er også viktig for RHS, men tanker om hvor en bør være organisert vekkes stadig til live når det blir snakk om hvilke oppgaver og eventuelle avgrensninger RHS og etter hvert Ressursteam (RT) skal/kan ha. Dette går altså rett inn i problemstillingen om psykologer skal jobbe etter mandat til den tjenesten de er ansatt i, eller mer etter kompetanse i et bredere perspektiv. Mer om dette senere.

Våren 2010 ble det gjennomført en forvaltningsrevisjon (REF) av psykisk helsearbeid i

Sandnes kommune som bl.a. pekte på behovet for en *”tydeligere psykisk helsetjeneste for barn/unge, og et tilbud til familier med sammensatte og alvorlige vansker”*. I 2012 ble Ressurshelsestasjonen (RHS) og Helsestasjon for ungdom (HFU) omorganisert til Helsestasjonens familiesenter (HFS), delvis på bakgrunn av denne revisjonen. Bakgrunnen for at HFU skulle være en del av Familiesenteret var at det psykiske helsearbeidet ble opplevd å være både det mest tidkrevende men også det mest faglig krevende delen av arbeidet. I 2012 kom det også føringer fra Rådmann om å lage et psykisk helsetilbud også til barn og unge med omfattende psykiske vansker. Dette ble til Ressursteam (RT) som også ble organisert som en del av HFS.

Helsestasjonens familiesenter utgjør nå en av fire seksjoner i Helsestasjonstjenester. Seksjonsleder inngår i tjenestens ledergruppe sammen med tre andre seksjonsledere og enhetsleder. De tre teamene som utgjør Helsestasjonens familiesenter er samlokalisert.

### BESKRIVELSE AV PRAKSIS

#### Målgruppene til Helsestasjonens Familiesenter (HFS)

HFS gir tverrfaglig hjelp til barn/unge 0-20 år og deres familier, men med ansvar for ulike områder. Teamene har egne stillingshjemler og har egne team-møter med separate opptaksrutiner. Fagutvikling er som nevnt felles. HFS har 300% psykolog. De er primært knytta til RHS og yter tjenester til de andre teamene.

Målgruppene til teamene er ulike og kan beskrives som følgende:

**Ressurshelsestasjonen (0-16 år)** har utvidet mandat og kompetanse i forhold til å hjelpe barn og familier i risiko for psykiske vansker eller har mer etablerte vansker. Dette skal være et lavterskel-tilbud med fokus på tidlig intervensjon og korttidskontakt. Korttidskontakt er definert som innenfor rammen av 6 konsultasjoner. RHS er en forlengelse av det ordinære tilbudet i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Et av målene er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles, og at en kommer tidlig inn i forhold til alder og problemutvikling. Foreldreveiledning er en sentral arbeidsform.

**Personalressurs:** I henhold til årsmeldinger fra 2011 og 2012 var personalressursen henholdsvis 855 % stilling og 695 %, dvs en reduksjon på ca 1,5 stilling. Denne ressursen ble brukt til å bygge opp Ressursteam og tilsvarer stillingene som skulle gi tjenester til barn med diagnoser. Samtidig skulle ikke RHS lenger ha IP-ansvar. Barnevern og Samordningsenheten bidrog med resten av stillingene til RT. Omorganiseringen til Familiesenter medførte innføring av egen seksjonsleder og økt sekretærressurs, som begge i praksis frigjorde fagressurs. Det har i den siste tida vært flyttet del av stilling fra RHS til skolehelsetjeneste pga for lav dekningsgrad helsesøster på barnetrinn. Som vist er ikke helt enkelt å holde rede på antall stillinger. Det viktige er at i løpet av de årene jeg har vært i Sandnes så har antall henvendelser økt, sannsynligvis som et resultat av at befolkningen har økt, uten at det er tilført nye ressurser til psykisk helsearbeid.

**Helsestasjon for ungdom** (16-20 år) er et lavterskel tilbud som skal bidra til å fremme fysisk og psykisk helse, forebygge sykdom og skade og fremme godt skolemiljø. Tilbudet gjelder opp til 24 år i fht prevensjon og smitte (kjønns sykdommer). Et lett tilgjengelig tilbud, dvs lavterskel, til de som bor i Sandnes kommune eller går på videregående skole i Sandnes. Helsesøstrene har ukentlig kontortid på de fire videregående skolene i kommunen.

**Personalressurs:** helsesøster (220 %), psykolog (20 %), lege (10 %). Totalt 2,5 stillinger.

**Ressursteam** gir intensiv oppfølging med fokus på endringsarbeid i hjemmet for barn/unge med omfattende psykiske vansker, eksklusiv psykisk utviklingshemming, og som har psykiatrisk diagnose satt av spesialisthelsetjenesten. Tilbudet gis som vedtak på 3 og 6 måneder fra Samordningsenheten, i tett samarbeid med sek-

sjonsleder. Vedtaksteksten beskriver målgruppa og mandatet til RT: *”Den unge har funksjonsnedsettelse og betydelig funksjonssvikt. Det vurderes at familien trenger assistanse i form av praktisk veiledning og opplæring for å få til nødvendig endring i situasjonen.”* Videre står det: *”Tjenesten gis fra Ressursteamet. Denne skal ved å yte praktisk veiledning og opplæring, gjøre ungdommen og ungdoms foresatte bedre i stand til å håndtere dagliglivets gjøremål. Det forutsettes at den foresatte er til stede, og er motivert for og tar imot veiledning. Tilbudet skal bidra til å fremme den unges helse og utvikling.”*

RT driver også foreldreveiledningsgruppe som har barn med autismespekterdiagnoser etter modell fra Glenne kompetansesenter. Dette programmet er inspirert av DUÅ og føyer seg således inn i Familiesenteret sin faglige orientering for øvrig. I tillegg har driver RT RePulse som er et behandlingsprogram for folk som har problemer med å styre sine impulser. Dette foregår individuelt med barnet/ungdommen, og alltid parallelt med annet arbeid inn i familien.

**Personalressurser:** barnevernspedagog m/videreutdanning (200 %), vernepleier m/videreutdanning (100 %), psykolog (30 %). Totalt 3,3 stillinger.

I tillegg er seksjonsleder (80%) teamleder for alle tre teamene, og felles sekretær for HFS 80%. Alle teamene i HFS er bydekkende.

I 2012 tok RHS i mot 422 nye henvendelser, det høyeste tallet siden oppstart. Ingen familier ble avvist pga kapasitetsmangel, men enkelte ganger ble det vurdert at andre kan hjelpe bedre. I 93% av sakene gikk det mindre enn tre uker fra henvendelse til første konsultasjon. Hjelp innen tre uker er en selvpålagt frist ut i fra forståelsen av begrepet ”lett tilgjengelig”. 60% av henvendelsene kom fra foreldre som selv ber om hjelp. Dette tallet kan forstås som at målsetningen om å være et lavterskeltilbud i stor grad er nådd og at foreldre er motivert for å ta imot hjelp.

Så hvem er det som ikke får hjelp fra Helsestasjonens familiesenter?

Psykisk helsearbeid omtales i liten grad eksplisitt i sentrale føringer og oppfattes/opleves derfor som om det ikke er en lovpålagt tjeneste for kommunen å gi. Det blir i stor grad opp til hver kommune, og tjeneste, hvordan oppgavene blir løst. For HFS blir det på sett og vis som å jobbe i et "mellomrom" uten et definert lovverk som styrer virksomheten og prioriteringer av oppgaver. Dette er en krevende posisjon, som vist over, men gir samtidig et handlingsrom for selv å kunne utvikle og forme tjenestetilbudet. Samtidig har det bidratt til å viske ut det at "hver plage har sin tjeneste". De henvendelsene som ikke "passer inn" i noen av de andre tjenestene havner lett her. På teammøter der henvendelser blir drøftet og fordelt, er et relativt ofte brukt argument for å ta inn sammensatte problemstillinger: "Hvis ikke vi gjør det, hvor kan de ellers få hjelp?" Noen ganger/ofte er svaret på det at det ikke er andre som vil "ta hys" på saken. Henvendelser vi kjenner at vi gjør god nytte for oss i er typisk der det er behov for avklaringer i fht "Hva kan være god hjelp?". Det vil noen ganger si å hjelpe foreldre til forståelse av ungen sin og situasjonen de er i, og ellers generelt i spekteret "vanlige vansker for vanlige barn" men der konsekvensen for langtidsslitasje er stor hvis de ikke får hjelp til å komme på sporet igjen. Selv om RHS/RT ikke kan "ta hele saken" er det ofte en liten del vi kan bidra med. Samarbeid med andre tjenester blir viktig for å kunne holde på posisjonen "kortvarig og tidlig innsats".

Det er brukt mye ressurser på å avklare grenseoppganger mellom RHS og andre tjenester, særlig familievern og barnevern uten at en har kommet i mål med dette. Tanken er at folk skal få "rett hjelp til rett tid". Det virker som om det som fungerer best er å ta sak for sak og at det er viktig å snakke sammen, og gjerne følge brukere over til andre tjenester hvis det er der de kan få bedre hjelp. Sannsynligvis er det for store begrensninger i fht hva som kan beskrives og avklares ved hjelp av type avtaler, for det er så veldig mange mulige kombinasjoner av vari-

abler som spiller inn i en samlet vurdering av en situasjon. Noe av det viktigste tror jeg vil være å være enige om at en snakker sammen og ikke sender folk fra sted til sted. Dette handler også om verdier og holdninger.

Alle teamene ved HFS får flere henvendelser enn de klarer å gå inn i. I 2012 ble det starta opp 422 nye saker, i tillegg til de sakene en fortsatt jobba i fra året før. Dette er en økning på 8% fra 2009 da jeg begynte i stillingen i Sandnes. Samtidig har ressursene som tidligere vist ikke økt. Det sier seg selv at det presser seg fram et behov i fht avgrensning. I hovedsak kan dette møtes på tre måter; enten ved å tilføre flere ressurser eller at færre får tilbud fra HFS eller at alle som blir tatt inn får et litt dårligere tilbud. For RHS blir profilen tidlig og kortvarig innsats stadig utfordret, både fra kommunens egne instanser og fra 2.linjetjenesten. Dette er problemstillinger som stadig er i prosess og som på ingen måte er sluttført per dag dato. Den måten vi så langt løser utfordringene på er som følger:

Ingen av teamene på HFS utreder ved bruk av standardiserte tester/ sjekklister. Vi er opptatt av "hele livet", dvs fungering på alle arenaer og livet i familien. Der det er behov for mer finmasket utredning og diagnose, bistår vi i å formidle kontakt med henholdsvis PPT (pedagogisk) eller BUP (psykisk helse) alt etter hva som skal utredes. HFS har alltid vært opptatt av helhet, sammenheng/kontekst og systemer og har dette som en del av sin arbeidsform, altså indirekte hjelp. Derfor har det blitt brukt ikke ubetydelige ressurser til avklaringsarbeid mellom RHS og tilliggende tjenester, som nevnt over.

#### Faglige satsninger

Engasjement, påvirkning og delaktighet er viktige ord for å beskrive utviklingen av tjenesten. Hver januar og august gjennomføres evaluering - og planleggingsdag der alle i HFS deltar. På disse dagene blir det gjennomgått statistikk, forbedringer, eventuelle veivalg og videre satsninger. Brede faglige drøftinger er ut-

gangspunktet for ”hvor vi vil gå videre”. En slik demokratisk måte å drive på virker stimulerende og fagligheten i fht psykisk helsearbeid blir godt ivaretatt sett med psykolog-øyner. Ledelsen erkjenner også med en slik måte å lede på at de ikke nødvendigvis sitter på den høyeste kompetansen på psykisk helse, men anerkjenner at andre faggrupper er like nødvendige. Samtidig er det nødvendig med en leder som holder ”flokken samlet” i den forstand at arbeidet blir dratt i samme retning, og at senteret har ”en stemme ut”. Alternativet kan ellers fort bli mange individuelle prosjekt og ”privatpraksiser”, og det vil ikke virke samlende i forhold til en tydeligere psykisk helsetjeneste og det vil bli for tilfeldig for bruker hvilket tilbud de får.

Felles tenkning for alle team i HFS er at tjenester fra HFS ikke skal være en rød tråd i folks liv, men mer være som hjelp i en fase eller overgang. Vi er opptatt av at folk skal mestre utfordringene sine, men at vi kan bistå i en periode uavhengig av diagnoser. I praksis betyr det RHS. RT har som senere vil bli vist psykiatrisk diagnose som kriteriet for å få tjenester, og diagnosekunnskap er viktig for å treffe med veiledningen. Ressursteamet har derfor noen spesifikke behov i forhold til kompetanseutvikling. At folk har behov for tjenester fra oss ses ikke nødvendigvis på som tegn på sykdom, men heller at de har kommet ut av et spor og trenger hjelp for å finne tilbake til sporet. Dette gjelder både for små barn og eldre barn. Men selvfølgelig er også noen syke.

HFS gir i sin helhet psykiske helsetjenester på mange nivå. Både på dimensjonen ”tidlig – seint”, og også etter dimensjonen ”indirekte – direkte hjelp”. Viktige stikkord er empowerment, helhet, systemisk tenkning og at en setter inn tiltak der skoen trykker mest (hjemme, skole, fritid, andre arenaer) – altså kontekstuell psykologi. Ved RHS gis det i de fleste saker foreldreveiledning. Der det er eldre unger er det oftere individuelle løp i tillegg.

Faglige satsninger preger også arbeidsmiljøet, eller er det omvendt? Fokus er på å gjøre hver-

andre, og andre, gode. Felles faglig utvikling har bl.a. vært et virkemiddel i dette. Dette har så langt vært LØFT, reflekterende prosesser og nå implementering av KOR (Klient- og resultatstyrt praksis) som vil bli beskrevet grundigere senere. Narrative historier er planlagt som neste område. Arbeidsmiljøet kjennetegnes derfor av anerkjennelse, støtte, likeverd, respekt og felles verdisyn i fht empowerment- verdier. Terskelen for å arbeide to i en sak er relativt lav, og det er ukentlige teammøter det er mulig å drøfte saker eller situasjoner en står i. I dette ligger mye god HMS samtidig som arbeidet blir kvalitetssikra.

Alle omorganiseringer, som den HFS gjennomgikk i 2012, er sårbare i fht trivsel. Ulike kulturer og mandat skulle nå forenes i samme seksjon. Jeg tenker at det er to viktige ting som ble gjort som forklarer at dette gikk så greit som det gikk; fortsatt felles faglig utvikling og at det ble oppretta en sosial-komitè. De har bidratt på en svært god måte til trivsel på jobb med ulike tiltak både som faste ordninger (eks.gavelotteri) og andre ”happeninger” (eks. årstidsluncher).

### Implementering av KOR (Klient- og resultatstyrt praksis)

Første gang jeg ble presentert for KOR var på en samling for kommunepsykologer våren 2010. (Altså en av disse konferansene som NPF arrangerte på oppdrag fra Helsedirektoratet som del av tiltak for å holde på psykologer i kommunen.) Der og da fremstod KOR som løsningen på ”alle” våre problem i forhold til statistikk og økt forventning om å ta imot flere arbeidsoppgaver. Noen av oss hadde et sterkt behov for å synliggjøre hva vi bidrog med, og at det var noe mer en ”å snakke litt med folk”. I påfølgende sommerferie leste jeg boka ”I fellesskap for endring” for så og ”misjonere” på egen arbeidsplass. Jeg fikk ”taletid” på fagmøter og ledermøte for å vise hvilke mulighet KOR kunne være for oss i forhold til å kvalitetssikre det arbeidet vi gjør samtidig som det ivaretar brukermedvirkning. Dette ble tatt godt imot av kollegiet og ledelse, og sammenfaller godt med føringer for tjenesteytingen. Implementering

av KOR ble tatt inn i handlingsplan for kompetanseutvikling. I tida fram til våren 2013 har vi arbeidet internt med opplæring. Det har foregått ved at arbeidsplass har kjøpt inn relevant litteratur som folk har lest, jeg har fått deltatt på 2-dagers kurs med Scott Miller og ToT (Training for trainers)-kurs med Barry Duncan. Det er disse to som har utviklet KOR. Ny kunnskap har jeg formidla til kollegiet på fagmøter og ved å være tilgjengelig for drøftinger. Til sist og ikke minst så har folk på HFS tatt KOR i bruk og fått egne erfaringer, og har delt av sine erfaringer på fagmøter. Våren 2013 fikk HFS to-dagers opplæringen av RKBU (Fjernundervisningsmidler) og med vår bakgrunn og erfaring med KOR ble denne veldig effektiv. Folk var allerede begeistra for verktøyet og hadde konkrete og relevante problemstillinger de ønsket å få belyst. Foreleserne fra RKBU var informert om hva vi ønsket at undervisningen skulle ha fokus på. Høst 2013 og vår 2014 veiledet u.t. kollegiet med tanke på å bli sertifisert i bruk av KOR. Største delen av kollegiet er nå sertifisert for bruk av KOR.

I forbindelse med implementeringen har seksjonsleder hatt ansvaret for å drive prosessen og har hatt dialog med RKBU og tatt hånd om andre praktiske forhold. Etter mitt syn har vært en god arbeidsdeling. Utfordringen videre blir å gjøre KOR til en integrert og naturlig del av drift og faglige drøftinger, uten at det er et særskilt prosjekt slik det har vært til nå. Opplæring av nyansatte må også inn i strukturen.

#### Bruken av psykologer i HFS

I HFS har psykologene som yrkesgruppe en stillingsbeskrivelse. Denne beskriver ansvars- og myndighetsområde som følgende:

Dette stemmer i stor grad med hvilke oppgaver psykologene bruker tida si på. De to siste punktene er det vi bruker minst tid på. Psykologressursen disponeres på ulike måter i de tre teamene, men likevel i henhold til stillingsbeskrivelse. Psykologstillingen i Ressursteam er den som i størst grad skiller seg fra dette. **Så hva er det fagspesifikke psykologen gjør i de ulike teamene?**

#### Internt i Helestatens familiesenter

Helsestasjon for ungdom (HFU): Gjennomfører vurderingssamtaler sammen med helsesøster i forhold til henvisning BUP/VOP og gjennomfører korttidsterapier med ungdom 16-20 år. Dette teamet har 20% psykologressurs. Den begrensede ressursen gjør det vanskelig å behandle ved hjelp arena og kontekst for øvrig selv om det er ønskelig og egentlig nødvendig fordi det sannsynligvis ville gitt en så mye mer hjelpsom hjelp. Denne arbeidsformen har imidlertid vært gjennomført som et prosjekt i et begrenset antall henvendelser, der sosionom fra RHS har deltatt i tillegg til helsesøster og psykolog fra HFU. Erfaringene har vært udelt gode, og en ønsker å videreutvikle denne praksisen.

Ressursteam (RT): Psykolog (20%) er med på hjemmebesøk i alle nye saker for bl.a. å formulere mer nøyaktig ”bestilling”, deltar på team-møter og tverrfaglige drøftinger, veileder familieveilederne som arbeider i teamet. I dette ligger både kvalitetssikring av arbeidet, tverrfagligheten og ivaretagelse av familieveilederne (HMS). Psykologen deltar også på gruppeveiledning til RT gitt av psykologspesialist ved BUP. Våren 2013 er det startet et gruppetilbud i regi av RT for foreldre med barn i autismespekteret. Psykolog (ikke undertegnede) (10%) deltar i dette sammen med familieveileder i RT. Psykologen har aldri saksansvar i RT fordi en vurderer at en får mer ut av ressursen på denne måten. Psykologkompetanse som blir brukt her er vurderingskompetanse i forhold til behov for utredning, veiledning i forhold til enkeltsaker og ivaretagelse av familieveilederne. Psykologen bidrar også med sin faglighet i forhold til prosess, og i møte med samarbeidspartnere. Systemkompetanse er viktig i dette arbeidet. Behandlingen dette teamet gir er svært arena og kontekststyrt. Arbeidet til familieveilederne har bestått av:

- praktisk veiledning i hjemmet for å re/etablere gode rutiner
- hjelpe og støtte foreldre i spørsmål, bekymringer og vanskelige situasjoner
- veilede større barn direkte, bl.a. ved bruk



av Repulse (program for å bli kjent med og regulere egne følelser/impulser)

- samarbeid med andre instanser, inklusiv å koble på tjenester som det er behov for tjenester fra

Ressurshelsestasjon (RHS): I tillegg til tverrfaglige drøftinger, som alle bidrar med, veileder alle tre psykologene helsesøstre i tjenesten. Både i skolehelsetjenesten og på helsestasjon. Dette er organisert som faste grupper det er frivillig men forpliktende å delta i. U.t. har som en forlengelse av veiledning til helsesøstre avsatt inntil 20% til å bistå helsesøstre på ungdomsskolene. Utgangspunktet for dette samarbeidet var at helsesøstre ønsket et tette samarbeid med psykolog. Denne bistanden er definert som å være direkte bistand i konsultasjoner for avklaring av hva vil være god hjelp videre, og i form av veiledning individuelt og i gruppe sammen med skolelegen. I og med at alle barn/ungdom har en journal i helsestasjon/skolehelsetjeneste, ivaretar en på denne måten dokumentasjonsplikten på en ryddig måte uten å måtte opprette en ny journal. Det er altså helsesøster som har dokumentasjonsplikten når hun ber psykologen om bistand i en konsultasjon. I tillegg til dette er det mulig å invitere psykologen med på systemarbeid i forhold til psykisk helse som helsesøster blir bedt om.

Bistanden til helsesøstre på ungdomstrinnet foregår på tre ulike måter, som vist over. Ulike deler av psykologkompetansen blir brukt i de ulike settingene. Ved bistand direkte i konsultasjon brukes vurderingskompetansen (inklusiv diagnosekompetanse) og samtalekompetansen. Er kontakten med helsesøster tilstrekkelig, evt med noe støtte fra psykolog til helsesøster undervegs? Er det behov for tjenester fra andre? BUP, PPT, Familievern, Barnevern, Alternativ til vold? I gruppeveiledning brukes metoden reflekterende prosesser som kollegaveiledning. Denne metoden ble valgt fordi helsesøstre ønsket å ha fokus på relasjon i veiledningen, dvs relasjonen mellom helsesøster og elev. Det ligger i denne metoden at når en står fast i en

sak/situasjon er det fordi en ikke klarer å ta nye perspektiv, og at tilsvarende nye perspektiv gir bevegelse. Og når en har bevegelse står en ikke fast lenger. Dette er en måte å dyktiggjøre helsesøstre/ skolelege på (empowerment) som de igjen kan overføre til elevene. I veiledningene har det vært psykolog som har ledet seansen med å finne fram til hvem skal legge fram sak og har intervjuet den som har sak, og styrt refleksjonsrunder i etterkant. I individuell veiledning som helsesøster kan avtale i fht egne saker brukes både vurderingskompetansen og empowerment av helsesøster til å få bedre samtaler med elevene sine. Systemtiltak kan være å delta på sosial-pedagogiske møter, undervisning til lærerkollegier eller ungdomsarbeidere i en menighet om f.eks selvskading, eller undervisning om psykisk helse til 10.trinns-kullet i ungdomsskolen i forbindelse med Verdensdagen for psykisk helse.

Det er system-tiltaks delen som ligner mest på ”å trå i andres bed”. Jeg er derfor nøye med å bli invitert før jeg engasjerer meg. Samtidig har jeg ikke oppfattet at andre instanser synes at vi gjør en jobb de heller ville gjort. Opplevelsen og tilbakemeldingen er udelt at ”alle” er takknemlige for at psykologen engasjerer seg.

Denne tette kontakten med helsesøstre i skolehelsetjenesten har også gitt mulighet til å prøve ut nye arbeidsmodeller. En del av sakene til helsesøstre starter med at en bekymra lærer ber helsesøster om å kalle inn en elev til samtale for å finne ut hva som plager vedkommende. Ganske typisk er at elev ikke kjenner seg igjen i de andrehånds opplysninger helsesøster gjengir, også skjer det ikke så mye mer. Jeg vil si at dette er en dårlig inngang for å få gitt hjelp. En alternativ modell er at når helsesøster får en slik anmodning, så ber hun lærer om å ta initiativ til en samtale med elev og/eller foresatte, og at helsesøster og evt psykologen som kan bistå inviteres med inn i samtalen. På den måten kan lærer på en konkret måte dele sin bekymring og en kan i fellesskap få kartlagt situasjonen og eventuelle behov for bistand. Denne modellen

gjør at en raskere finner fram til det behovet ungen/familien vil måtte ha. En jobber ”lengre nede i elva”.

*Helsesøster på en ungdomsskole inviterer psykologen med i konsultasjon med mor og datter fordi hun ønsker bistand i forhold til å vurdere hva som kan være god hjelp videre. Hun har hatt samtaler med Tone i snart to år men Tone strever fortsatt sosialt og hun selvskader for å regulere dårlige følelser. Det mest sentrale problemet synes å være at Tone lyver. Tone har også fortalt at foreldrene krever mye av henne hjemme og at hun blir negativt forskjellsbehandla. Helsesøster har ikke møtt mor tidligere. Ved kartlegging av situasjonen kommer det fram til dels dårlig relasjon til spesielt mor og at det har utvikla seg et dårlig samspill mellom dem. Tone har bare to arenaer hun kjenner seg akseptert og anerkjent. Ingen av dem er skole eller hjemme. Psykologens vurdering her er på flere områder: Bør det sendes bekymringsmelding til barneverntjenesten? Bør det sendes henvisning til BUP med tanke på utredning av Tone? Hvor kan Tone og familien få best hjelp til å få det bedre sammen? Kartleggingen viste at barneverntjenesten ikke syntes relevant på daværende tidspunkt. I dette tilfellet ble løsningen å sende en henvendelse til Ressurs-helsestasjonen for på beste måte kunne ivareta familieperspektivet. BUP gjør ikke det, har de selv sagt. At psykologens vurdering var at Tone best kunne hjelpes med å hjelpe henne og foreldre til bedre kommunikasjon betyr ikke at det er en psykolog som kan gjøre dette best. Henvendelsen går til fordelingsmøte på vanlig vis og blir fordelt etter tverrfaglig vurdering og drøfting.*

Dette er demonstrasjon på en sak fra ”mellomrommet”, der en er i tvil om RHS er den beste hjelpa. Ved hjelp av KOR er det lett å følge med på en får til ønska utvikling eller om en henviser videre på et senere tidspunkt. Dette er behandling etter LEON-prinsippet. Tida vil vise om hjelpa fra RHS er tilstrekkelig eller om det er

behov for utredning av Tone, eller at omsorgssituasjonen faktisk ikke er god nok.

#### **Bruken av HFS- psykolog i kriseberedskap**

Psykolog har så langt ingen formalisert rolle i krisearbeidet i kommunen. Terroren 22.07.11 satte også i Sandnes søkelyset på organisering og utøvelse av krisearbeidet. Etter dette har f.eks. leder for helsestasjonstjenester kommet med i kommunens kriseteamledelse for å ivareta barneperspektivet. I veldig mange sammenhenger er det jo barn involvert direkte eller indirekte. Kriseteamledelsen har før det vært sammensatt av hjelpere fra voksenfeltet. Systemet videre har så langt vært at enhetsleder har brukt av ”sine folk” etter eget skjønn og sendt dem ut på ”oppdrag”. I Sandnes er en opptatt av at folk skal få hjelp ”i linje” etter ca en måned. Undertegnede ble involvert i etterarbeidet etter 22.07.11 fordi en ungdom som hadde vært på Utøya og fikk oppfølging fra HFU, ba spesifikt om oppfølging fra psykolog. På grunn av ferieavvikling var det bare undertegnede av psykologene som var på jobb i tjenesten. Således har vedkommende fått oppfølging ”ikke i linje” i to år. Våren 2013 inviterte RKVTS til Kriseteamskolen. Undertegnede ble bedt om å delta på denne sammen med leder og tre helsesøstre. Disse andre har og hatt spesielle rolle i fht krisehåndtering, og har ved dette fått ytterligere kompetanseheving. Hvordan en ønsker at denne kompetansen skal brukes er ennå noe uavklart, men er i prosess. Det samme gjelder for fornuftig bruk av psykologen i dette arbeidet. En må blant annet ta stilling til om psykologen(jeg) skal være en ressurs for hele kommunen i fht akkurat dette ved for eksempel være en del av kriseteamledelsen, eller om det skal gjelde innenfor Helsestasjonstjenester.

Som del av kommunens kompetanseheving etter terroren, holdt u.t sammen med psykolog og helsesøster et halvdagskurs om ”Traumer hos barn og unge”. Deltagerne var de som nå er HFS, skolehelsetjenesten, kriseteamet og noen inviterte fra andre kommuner

**Bruken av HFS-psykolog på tvers i kommunen. Veileder på tvers av tjenester og kommuner**  
Som psykologspesialist er en godkjent veileder i fht spesialiseringssløpet til NPF. Ved jevne mellomrom kommer forespørsler om å veilede, også fra psykologer fra andre kommuner. I og med at det ikke er mulig med noe ”bytte av tjenester” blir slike henvendelser et spørsmål om vedkommende vil gjøre det som en ekstrajobb. Så langt har ikke min privat situasjon gitt rom for dette, men andre psykologer i kommunen gir veiledning ”privat”. En helt annen sak blir det imidlertid når slike forespørsler kommer fra samme kommune. Det berører imidlertid også hvor vidt psykologen skal gi tjenester kun innenfor egen tjeneste eller også utenfor. Det hele handler om knappe ressurser, og hvordan skal de best brukes. I bakgrunnsdokumenter blir det anbefalt å bruke psykologen på tvers av tjenester. U.t. har hatt et veiledningsforløp med psykolog ansatt i PPT og har god erfaring med det, ikke minst som en del av å bli kjent med hverandres tjenester. Internt i tjenesten brukes jeg til veiledning av helsesøstre på helsestasjon og skolehelsetjeneste, samt psykologer i egen tjeneste i fht spesialisering, og øvrig kollegiet til sertifisering i KOR.

Oppsummert bruker jeg opp mot 50% av stillingen min til utviklingsarbeid, dvs arbeid som ikke er journalpliktig. Det er da i form av veiledning og å bistå i konsultasjoner og tverrfaglige drøftinger.

### REFLEKSJONER RUNDT SENTRALE PROBLEMSTILLINGER

#### Hvordan forstå mandat? Etter organisering eller etter kompetanse?

Ressurshelsestasjonen skal fungere som en forlengelse av ordinær helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Alle årsverk blir rapportert som en del av disse tjenestene. Helsestasjonstjenester har valgt å ansette psykologer for å løse de oppgavene som er lagt til tjenesteområde. Det faktum at det er høyere kompetanse tilgjengelig, skal det påvirke mandatet til tjenesten? Ellers skal oppgaver til psykologer prioriteres ut i fra

hvor de er organisert? Mandatet til en tjeneste endres via forskrifter, veiledere og retningslinjer utarbeidet av sentrale myndigheter. Kommunaldirektør eller andre kan ikke lett endre på dette. Så etter mitt syn må oppgaver følge mandat til tjenesten, selv om psykologene ikke får brukt hele bredden i sin formalkompetanse. Det vesentlige blir at psykologer bidrar til høyere kvalitet på arbeidet, og bidrar positivt til tjenesteutvikling.

Er det heldig eller uheldig for psykologer å ha felles mandat med helsesøstre? Helsestasjonstjenester er naturlig nok styrt av helsesøstre og prioriteringer blir derfor gjort av helsesøstre. Sier vi fra oss myndighet/faglighet/mulighet til å påvirke ved å være organisert i samme tjeneste? Eller hjelper det oss å holde fokus på tidlig intervensjon, lavterskel og forebygging? Eller blir det en mindre tydelig psykisk helsetjeneste fordi psykisk helsedelen stadig er i konkurranse med de lovpålagte oppgavene til tjenesten, slik som dekningsgraden av helsesøster på helsestasjon/skole. Eller blir det lettere å definere den psykiske helsehjelpa som lovpålagt tjeneste fordi det vi gjør egentlig er i forlengelse av det helsestasjon- og skolehelsetjeneste gjør?

Det er jammen ikke godt å si. Det som er sikkert er at ”Kampen om ressursene” kommer hvert år og at kravet om å få mer ut av mindre penger stadig gjelder. Det som også er sikkert er at det skaper usikkerhet og uro blant ansatte hver gang det snakkes om at RHS skal yte tjenester til Barnevernet. Jeg mener det ville være uklokt å legge opp til at en må være medlem av Barnevernet for å få tilgang til lavterskel helsestasjonstjenester med høy kvalitet. De vil være mindre tilgjengelig for folk flest da.

Med utgangspunktet at tjenesteyting skal speile tjenestens mandat, vil det være rett å si at det er helsestasjon- og skolehelsetjeneste som utøver universelle tiltak og folkehelseiltak. Som en forlengelse av tilbudet på helsestasjon og i skolehelsetjeneste arbeider RHS først og fremst i området primærforebygging (før sympto-

mutvikling) og i sekundærforebygging (før henvisning til BUP). En ønsker her å ha fokus på begynnende problem og barn i høy-risiko, slik som barn som pårørende og barn med to hjem m.m. På denne måten fungerer det godt å være psykolog ansatt i denne tjenesten, slik det som tidligere nevnt også var tenkt da opptrappingsmidlene til psykisk helse ble lagt til helsestasjonstjenester.

Det er imidlertid en kjensgjerning at god psykisk helse ikke blir produsert i helsetjenester, men på de naturlige arenaene som skole og barnehage og i familien. I Helsestasjonstjenester har vi god tilgang på familiene vi kommer i kontakt med, men mindre tilgang til skole/barnehage. Særlig på systemnivået. Psykologer har kompetanse som er nyttig også her, og det mest ønskelige ville være at "alle" etater hadde psykologer. Slik de fleste kommuner er organisert i dag, er det opp til hvert tjenesteområde å ansette de fagfolkene de mener best bidrar til å løse tjenestens oppgaver – altså utøve tjenestens mandat. Er det da ikke naturlig at også psykologer må forholde seg til det? Jeg synes det.

**Tydlig psykisk helsetjeneste eller "mellomrom"?**  
Ved gjennomgang av hvilke saker som ansatte tenker typisk hører hjemme i RHS, passer beskrivelsen "i mellomrommet" godt. Det er saker og situasjoner der det ikke er tydelig hvor den beste hjelpa kan komme fra. Er det slik at det er i dette mellomrommet brukerne trenger oss mest? Gjør vi bedre nytte her enn i en tydeligere psykisk helsetjeneste? Bli en psykisk helsetjeneste tydeligere ved å la samme psykolog gjøre alt fra folkehelsearbeid til behandling/rehabilitering? Og i tilfelle tydeligere for hvem? Hjelperne eller brukerne? Er det virkelig det som er tenkt i vilkårene for stimuleringsmidler til å ansette psykolog? Det kan vel ikke være slik at helsedirektorat kan "finne opp" ny struktur som påvirker mandat og oversiktighet i form av et prosjekt som berører så mange aktører? En kan forstå at intensjonen er god, men er den forankra i hva som er mulig? Eller kanskje det er derfor det er formulert som et prosjekt.

Vil RHS og RT fremstå som tydeligere psykiske helsetjenester for barn/unge ved å være organisert i Levekår, der de psykiske helsetjenestene for voksne er (Mestringsenheten)? Bekymringen for RHS sin del ved en slik organisering går på om en vil klare og fortsatt holde fokus på lavterskel og tidlig innsats, som i dag ligger i RHS sitt mandat. RT er verken lavterskel eller tidlig innsats, og i sin tid ble det nettopp derfor vurdert om RT burde ligge til Mestringsenheten. En valgte likevel å ha RT i tilknytning til RHS fordi det var her kompetansen på psykisk helse barn/unge var samlet, og en ønsket å arbeide etter lignende verdisett som i RHS også i RT. Hvordan vil det prege tjenesteytingen hvis RT og RHS skiller lag? I arbeidet rundt en del av de eldste brukerne i RT, blir en del av oppdraget til RT å hjelpe dem over til Mestringsenheten fordi de vil trenge å være i et system langt inn i voksen alder, kanskje "alltid". Ved å knytte RT til Mestringsenheten vil en "spare" disse for en overgang. På den andre sida har alle slike overføringer som har vært gjort foregått med det beste samarbeid.

#### VEIEN VIDERE.

**Hva må til for at RHS best mulig skal være til nytte for innbyggerne i Sandnes og samtidig forholde seg til tjenesten sitt mandat?**  
Dette er en annen måte å stille det samme spørsmålet på. På et tidspunkt i utviklingen av psykisk helsefeltet for barn og unge i kommunen, valgte politikerne dagens modell med RHS som "en forlengelse av det ordinære tilbudet på helsestasjon og i skolehelsetjenesten" og at RHS "skal forebygge og avhjelpe sosiale og emosjonelle vansker hos barn/unge 0-16 år ved å gi tidlig hjelp til familiene". Når stillinger og "produksjonstall" blir rapportert som årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og en jobber under samme mandat, blir det viktig å holde tunga rett i munnen - for ikke å si i den rette munnen. Eller ligger det allerede en utvidelse av mandat i formuleringen "... en forlengelse av det ordinære tilbudet..."? For at RHS skal være "noe mer" og "noe kvalitativt annet" enn helsestasjon- og skolehelsetjeneste, slik det er

forventninger om, tror jeg det er nødvendig at RHS fungerer som en satellitt i tjenesten. At det som foregår der må holdes noe adskilt fra det som foregår i resten av tjenesten. Det blir som ved annen tverrfaglighet; en må være forskjellig nok for å være til nytte for hverandre. RHS sin kompetansesammensetning og verktøy/tilnæringer må altså være tilstrekkelig forskjellig fra det som helsesøstre på helsestasjon og skolene bruker. Ellers kunne en jo heller brukt årsverkene i RHS til å ansette flere helsesøstre.

Samtidig må det være et tett samspill. Det er f.eks. på helsestasjonen at de brede kartleggingene av hele årskull foregår. Helsesøster på skole har også kontroller på hele kull, og er tettere på barn og unge på deres naturlige arena. Slik RHS er organisert nå er vi i beste fall gjester på ungenes arena og har alt å vinne på samarbeid. Uten tett samspill kan vi fort bli en mini-BUP e.l. Der familier tar direkte kontakt med oss (i ca 60% av henvendelsene) er det naturlig å tenke på helsesøster som en del av det tilgjengelige hjelpenettverket.

**Hva med de som ikke får hjelp fra RHS og RT?**  
Det er en behagelig å tro at de som blir avvist ved RHS, har fått hjelp til å finne fram til annen hjelp. Vi har ingen mulighet til å vite i hvilken grad vi lykkes i dette, selv om intensjonen er god og fornuftig. Sannheten er nok nærmere at det er noen med hjelpebehov som står uten tilbud om passende hjelp. Særlig blir det det hvis RHS går inn for å avgrense seg tydeligere ved og bare ta henvendelser som går på primær- og sekundærforebygging og begynner å avvise henvendelser som for enkelthetsskyld her kalles tertiærforebygging. Praksis frem til nå har vært at en uavhengig av diagnose kan gå inn med f.eks. veiledning i fht en avgrensa problemstilling, også i sammensatte saker. RT har et press på seg til å følge opp familier med psykisk utviklingshemma barn/unge. Et mye brukt argument fra samarbeidsparter og kommunal administrasjon er "Dere får det så godt til, kan ikke RHS/RT bare gjøre det". Det kan være lett å la seg smigre av slikt, men begge team har fle-

re forespørsler enn de kan gå inn i. Avgrensning, eller ressursøkning, ser ut til å tvinge seg fram. I tidligere runder med rullering av opptrappingsmidler for psykisk helse, har vår egen tjeneste argumentert med viktigheten av å bygge på fagmiljøer med aktuell kompetanse heller enn å bygge opp nye miljøer. Hvordan kommer dette ut i dag? Nå er situasjonen ikke at nye midler skal fordeles, bare ekstra arbeidsoppgaver. Slik det er nå kan en si at Helsestasjonstjenester verken har mandat eller ressurs til å fylle alle hull i feltet psykisk helsetjeneste til barn/unge. Så hva skal det snakkes om – utvidelse av mandat eller etablering av nye team? Uansett kommer en vel ikke utenom økning i ressurser hvis en ser for seg at grupper som ikke har hatt tilbud (familier med barn som har psykisk utviklingshemming og tertiærforebygging) skal ha et tilbud. Hvis det ikke skal økes ressurser er det naturlig nok noe som må ut for at andre oppgaver skal inn. Da blir spørsmålet: Hva er det vi gjør i dag som vi skal slutte med? Det kortsiktige svaret på det er forebygging (undervisning) og gruppevirksomhet, for heller å drive kurativ virksomhet.

I forhold til RT og psykisk utviklingshemma blir det argumentert med at RT har vernepleier, og at det i hovedsak er samme metodikk som kan brukes i dette familiearbeidet som ellers. Men å hjelpe familier som har barn med psykisk utviklingshemming er altså ikke tatt inn i RT sitt mandat og er langt i fra helsestasjonstjenesters mandat. Motargumentet er at denne gruppa bør ha sitt eget team som er lagt under avlastning, fordi fagkompetansen på psykisk utviklingshemming i mye større grad allerede ligger her og boligene står sannsynligvis i mange av de samme problemstillingene som hjemmene til disse ungene gjør. Samtidig har disse barna/unge foreldre, som en del andre foreldre strever i foreldrerollen. Hvorfor kan ikke disse foreldrene få muligheten til veiledning på sine ferdigheter tilsvarende andre foreldre? Det er mye fornuft i det også. RHS har en tenkning som gir rom for å gå inn i avgrensa problemstillinger også for foreldre til barn med diagnoser og utviklingshemninger. Løsningen for RT

kan være å holde fokus på foreldreveiledning og utvikling av foreldrekompetanse i forhold til denne gruppa.

I forhold til RHS og avgrensning synes jeg det er mye vanskeligere. For hva skal alternativet til at RHS "tar alt" være? Et eget team for diagnoser? Ved siden av RHS? Som del av RHS? Som del av Mestringsenheten? Jeg er ikke i tvil om at det er ved HFS generelt, og RHS spesielt, at det er høyest kompetanse på psykisk helse barn/unge i kommunen. Det er i RHS psykologene i tjenesten er ansatt. Jeg skulle ønske at det fortsatt var mulig å ha lav terskel på hva RHS tar inn, for heller å være nøye på å få fram en bestilling og å bruke KOR til å følge med på om en når ønska endring med RHS sine rammer og kompetanse. Det er ofte vanskelig å gjøre presise vurderinger ut fra tilgjengelig informasjon på fordelingsmøtet. Samtidig med dette er det en forutsetning å fortsette å ha et godt samarbeid med tilliggende tjenester. Mulig dette er noe naivt, og at det egentlige fokus burde vært på hva som er beste strategi for å få mer ressurser til å løse oppgavene. For at det skal være mulig å tenke seg er det nok behov for flere stillinger. I underkant av 30% av Sandnes sin befolkning er under 19 år, og det er færre ressurser tilgjengelig for å løse oppgavene.

#### Hva med psykologrollen i dette?

Det er påfallende vanskelig å beskrive seg selv i en sammenheng der alle har viktige bidrag. For å belyse dette spørsmålet spurte jeg derfor mine kollegaer og min leder hva de tenker det psykologspesifikke bidraget er. Beskrivelser som blir brukt er at psykologene kvalitetsikrer arbeidet, og at psykologene har en faglig autoritet i forhold til samarbeidspartnere og foreldre. Det ble også løftet fram at psykologene blir som en bauta som andre i teamet lener seg på i forhold til veien videre. At psykologenes faglige trygghet gjør at andre klarer å stå i ting på en bedre måte. Og at noe av styrken til psykologene er at vi kan mye om det friske og at en har kompetanse på flere nivå – fra nevroner via individ til system. Det å gjøre andre gode er derfor en sentral del av jobben.

Jeg kjenner meg godt igjen i disse beskrivelsene, og som spesialist er den delen som går på å være en bauta ytterligere forsterket. Når noe er krevende for andre blir psykologene oppsøkt. Det er også psykologene som veileder andre yrkesgrupper i formaliserte løp. Rolleutformingen i tverrfagligheten er som en prosess, som vist i tidligere beskrivelser. I tillegg til formell utdanning spiller psykologens tidligere praksiserfaring og interessefelt inn på tilbudet, og hvilke input en blir utsatt for.

Hva er nødvendig for å opprettholde mitt eget engasjement og faglighet i et tverrfaglig miljø? For å svare på dette spørsmålet må jeg dra fram to ting: Påfyll ute i verden og tillit fra ledelse. Prosessen som har resultert i implementering av KOR er et resultat av "påfyll ute i verden". Det er viktig med den faglige stimulansen det er å drøfte med likesinna, og å høre om ny metodikk som også kan være aktuell for egen arbeidsplass. I forhold til tillit, gjenspeiles dette i frihetsgrader og nivå av detaljkontroll. For at jeg skal trives på jobb trenger jeg tillit til at jeg gjør arbeidet mitt på en god måte og at jeg legger ned den tida jeg er lønna for. Dette bør bl.a. vise seg i en fleksibilitet som gjør at jeg kan ivareta min rolle også som mor til flere barn. Jobben er viktig, og det å gjøre en god jobb er viktig. Det blir alltid vanskelig hvis en ikke får støtte og forståelse for at en gjør så godt en kan.

#### AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Kommunepsykologer har store forventninger knytta til seg i forhold til å være sentrale i et pionerarbeid. Særlig helsedirektoratet, men også NPF formidler forventninger i fht hva psykologen skal kunne utrette både i forhold til arbeidsfelt og påvirkningsarbeid. Formuleringer som "å være premissleverandør" og "kvalitetssikring" og "videreutvikle tjenestene" henger løst, nesten som om psykologer er de eneste som har faglighet som kvalifiserer i dette landskapet. I Sandnes synes jeg disse beskrivelsene passer heller dårlig. Her har mange tenkt systematisk i mange år, også på feltet psykisk helse barn/unge. I en liten kommune som har psykolog

ansatt for første gang vil det se veldig annerledes ut for psykologen. Som et utgangspunkt er det ingen som lurer på hva psykologene mener. Ingen, heller ikke psykologer er i posisjon i kraft av sin utdanning. En er i posisjon i kraft av stilling og rolle, på lik linje med alle andre ansatte.

Min erfaring i Sandnes tilsier at psykologene best kan påvirke ved å være aktive og engasjerte på relevante problemstillinger, og gi tilbakemelding på hvordan praksis oppleves og fungerer. Det vil si at vi må tone oss inn der tjenesten "er" og derifra bidra til å forme tilbudet innenfra. Som psykolog bidrar jeg positivt i forhold til kvalitetssikring og videreutvikle det faglige tilbudet som blir gitt, men opplever det likevel som i overkant ambisiøst å skulle ha full oversikt både i forhold til bredde- og dybdeproblemstillinger, gjerne samtidig. Det er rett og slett en del ting jeg verken har god kunnskap om og situasjoner jeg mangler erfaring med. Jeg tror ikke psykologer kommer så langt hvis de

skulle komme inn som en ekspert og diktere hva og hvordan. Også i dette arbeidet er relasjon viktig for å kunne påvirke og ha troverdighet, på samme måte som vi kjenner fra annet endringsarbeid. Det bygger altså på tillit og samarbeid. Sett på denne måten er jeg som psykolog en del av et team heller enn en faglig unik autoritet samtidig som denne tilnærmingen gir meg stor uformell autoritet. Og tida arbeider sånn sett bare med meg. Jeg har i denne fremstillingen prøvd å beskrive det jeg holder på med og hvordan jeg/vi tenker om ting, og ser at på disse fem årene har jeg blitt involvert i veldig mye. Det tror jeg er en direkte konsekvens av at jeg har opparbeida meg tillit og vist hva jeg kan brukes til i praksis.

Min erfaring er også at jeg kan trives godt som psykolog under ikke-psykologisk ledelse. Der tillit og samarbeid fungerer får jeg tvert imot brukt mer tid på det jeg trives med, samtidig som jeg får være premissleverandør (via seksjonsleder) til beslutninger som gjelder tjenesteutvikling og prioriteringer.

*Eldrid Robberstad*  
Helsestasjonenes familiesenter  
Postboks 583  
4305 SANDNES  
Tlf.: 51336670