



Britt-Randi Hjartnes Schjødt

Kommunale utfordringer og erfaringsbeskrivelser fra noen kommunepsykologer på Vestlandet.

Sentrale myndigheter, kommunale arbeidsgivere, samarbeidsparter og psykologer er alle opptatt av befolkningens psykiske helse. Psykologene er blitt en mye omtalt aktør i og for de kommunale tjenestene. Men ofte høres spørsmål som: Hvor arbeider kommunepsykologene? Hva gjør de? Hvorfor? Når? Hva? Hvordan? For Hvem? Er det noe de bør gjøre mer eller mindre av? Hvordan kan kommuner få enda mer ut av psykologene sine?

RKBU-Vest har tatt initiativet til en artikkelsamling som forsøker å besvare noen av disse spørsmålene. Dette tidsskriftet – ”Psykologi i kommunen” – trykker i denne utgaven fem artikler som hver for seg presenterer deler av et stort og mangfoldig praksisfelt for kommunepsykologer. Arbeidene eies likeverdig av RKBU-vest og Forum for psykologer i kommunen og Fylkeskommunen.

Alle artiklene handler om kommunalt psykologarbeid med barn og unge og deres familier.

Britt-Randi Hjartnes Schjødt er seniorrådgiver for kommunepsykologer ved RKBU-vest

Fra 6.okt -14: Rådgiver ved Seksjon for helse og omsorg, Kommunalavdeling helse og omsorg, Bergen kommune.

Psykolog utdannet ved UiB 1988, spesialist i samfunnspsykologi. Arbeidet i PPT, barnevern, helsestasjon og psykisk helsevern for voksne. Siste 10 år arbeidet i lavterskel psykisk helsetjeneste for skolebarn/familier, samt med tjenesteutvikling og tverrfaglig systemarbeid i Ytrebygda bydel, samt siste 3 år i 30%-stilling ved RKBU-vest. Medlem av Psykologforeningens Spesialistutvalg for samfunnspsykologi i over 20 år; pt medlem i Sentralstyret.

BAKGRUNN

Uni Helse /Regionalt kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse og barnevern – RKBU vest, ved seniorrådgiver for kommunepsykologer - satte seg i 2012 et mål om å samle og beskrive ulike rolleutførelser og konkret innhold i kommunalt psykologarbeid. Et lite knippe av erfarne kommunepsykologer som arbeidet med barn og unge og deres familier i vestlandsregionen ble invitert til å delta. Utvalget ble blant annet gjort på bakgrunn av et ønske om få med varierte arbeidssteder og lovverk, mål- og aldersgrupper, organisering, fylkestilhørighet og størrelse på kommune.

Slik vi ser det, kan **alle** psykologer ansatt i en kommune bruke betegnelsen ”kommunepsykologer” – også de som arbeider under andre lovverk enn den kommunale helse- og omsorgsloven. Gruppen som har skrevet praksisrapportene arbeider i forskjellige kommunale tjenester for barn, unge og deres familier i noen vestlandskommuner:

Britt-Randi Hjartnes Schjødt – koordinator - Uni helse/RKBU-vest og Hordaland/Bergen Kommune

Åshild Berle Fuglestad – Hordaland/Bergen Kommune/PPT

Anna Mo-Bjørkelund – Hordaland/Kvam Kommune /Oppvekst, samt Jondal kommune (gjennom interkommunalt samarbeid)

Anne Irene Nygård – Hordaland/Lindås Kommune/Barnevern

Eldrid Robberstad – Rogaland/Sandnes Kommune/Helsestasjonenes Familiesenter

En PP-psykolog fra en mindre distriktskommune ble også invitert, men måtte melde forfall. Vi ønsket, men fikk dessverre ikke rekruttert deltaker fra Sogn og Fjordane.

Organiseringen av arbeidet med artiklene Uni Helse/RKBU sto for organisering og rammer rundt arbeidet, og gjorde det mulig å samle gruppen gjennom reisetilskudd og et oppmuntringshonorar. Det viste seg tidlig at det ikke var lett å komme i mål med et skriftlig

produkt uten å sette av ekstra tid. Løsningen ble å søke økonomisk støtte fra ”Forum for psykologer i kommunen”. Støtte ble brukt til å ta fri fra ordinært arbeid, og reise bort noen dager sammen på skriveseminar. Søknaden ble innvilget, og muliggjorde raskere oppstart av artiklene. Ferdigstillingen har likevel tatt sin tid – på toppen av ordinære arbeidsoppgaver!

Vi takker Forum for psykologer i kommuner, RKBU-vest og egne arbeidsgivere for velvilighet og støtte! Vi takker også Tidsskrift for Psykologer i kommunen for bidrag i ferdigstilling av artiklene.

Problemstillinger for de påfølgende artiklene
Mange kommunepsykologer – både yngre og nytilsatte og mer erfarne - etterspør kokebøker og oppskrifter for kommunalt psykologarbeid. Men kjøkken er forskjellige, og hva som kan kokes er så ulikt at det kan være vanskelig å finne tilgjengelige ingredienser og oppskrifter som kan brukes av alle. Hver kommunepsykolog må utforske sitt kjøkken, og forvente at huseier vet hvem som skal spise der, hvor maten kan kjøpes, og har tanker om hvordan menyen bør se ut.

Etter mange drøftinger endte gruppen opp med tre hovedproblemstillinger som forfatterne forsøker å bevare, fra ulike ståsteder, i hver sin artikkel:

1. Hva påvirker psykologers rolleutførelse på ulike tiltaksnivå og i forskjellige tjenester – kort sagt: Hvorfor og hvordan blir det slik det blir?

Det kan handle om psykologens faglige og personlige preferanser, kumulert arbeidserfaring eller befolkningens behov. Det kan være arbeidsstedets planverk, mandat og ledelse, ”timing”, øvrig kompetanse i praksisfeltet eller sentrale føringer. Det kan også være andre spesifikke påvirkningsfaktorer (som nytt lovverk eller 22.juli), eller – som oftest - en salig blanding av alle.

2. Hvordan blir psykologens kompetanse brukt - av kommunal administrasjon, tjenesteleder, samarbeidsparter og målgruppene selv?

Dette handler om hvor tilgjengelig kompetansen er, for hvem, hvordan tjenester og kommuner styres og hvordan og hvor kompetanse er forankret. Men det kan også være et uttrykk for hvilket "fotavtrykk" psykologen som fagperson kan sette på tiltaksporteføljen i egen tjeneste eller på kommunens totale tiltaks- og tjenesteutvikling.

3. Hva opplever psykologene selv er nødvendig for å styrke og opprettholde sitt eget engasjement, utholdenhet og spisskompetanse i et tverrfaglig arbeidsmiljø?

Mange på ulike nivå lener seg på kommune-psykologen i de daglige utfordringene. Men hvem - og hva - lener kommunepsykologen seg på? Hvilken aksept og mulighet finnes for kommunepsykologens fagutvikling?

Denne første artikkelen har et mer overordnet perspektiv på de kommunale utfordringene, hvordan kommuner kan ta noen strategiske grep og hvordan psykologer kan bidra med sin kompetanse. **Ikke i stedet for andre fagfolk, men sammen med.** Artikkelen er i stor grad preget av innholdet i fagboken "*Psykisk helse som kommunal utfordring*" (Schjødt et al, 2012). Mer utdypende eksempler, refleksjoner og referanser finnes der.

NOEN FLERE SENTRALE OVERORDNETE KOMMUNALE UTFORDRINGER

Nesten alle barn og unge bor sammen med familien i sin hjemkommune. Barna skal bistås til "gagns mennesker" gjennom barnehage- og skoleliv, i omsorgsfulle hjem og trygge lokalsamfunn. Behov knyttet til "forstand", sosiale ferdigheter og psykologisk robusthet skal ivaretas og støttes. Barn og unge skal ha trygge rammebetingelser for livsutfoldelse, utvikle tiltro til egne ressurser og mestring og ha tilgang til god hjelp når helse og livskvalitet blir dårligere eller kriser oppstår. Kommunale tjenester, spesia-

listhelsetjenester, BUF-etat, NAV og andre skal bidra og samhandle godt når det er påkrevd. Mange barn og familier får god hjelp, og nye oversikter viser at barn og unge i Norge har det bra, selv om vi ser økende sosial ulikhet i helse. Tettheten av ulike typer av problem er høyere i de lavere sosiale lag (NOVA, 2014). Dette er en utfordring for det norske velferdssamfunnet.

For stort, for lite, for mye, for blandet, for vanskelig...

Noen ganger vurderes det enkelte barn/ungdom å ha symptomer og hjelpebehov som (ennå) er **for små** for spesialisthelsetjenestens prioriteringsforskrifter. Andre ganger er symptom og behov **for sammensatte** og preget av andre belastninger i livet til at psykisk helsevern vil ta imot. Barn og unges vansker kan være **for lite knyttet** til opplæringsbehov og rettigheter til at Pedagogisk - Psykologisk tjeneste (PPT) ser seg relevant, men samtidig **for kompliserte eller sammensatte** for skolehelsetjenestens kompetanse - eller for fastlegens. Barna kan også ha hjemmeforhold som **ikke har blitt synlig** nok for melding til barneverntjenesten, eller foreldre **ønsker ikke selv å ta imot** frivillige hjelpetiltak etter undersøkelse i barnevernet.

For disse barna er det uheldig at "hver plage har sin tjeneste". Det fører til store gråsoner når det gjelder ansvar – både mellom tjenester i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Vi ser dessverre for ofte at de tradisjonelle hjelpetjenestene avgrensner seg og avviser barn og familier som befinner seg i ytterkanten av – eller mellomrommene mellom - lovverk og primær oppgaver. Noen av de mest hjelpetrengende i befolkningen kan faktisk oppleve seg som "råtne poteter" som ingen vil ha ansvar for og der tiltakene er utilstrekkelige.

Den store kommunale utfordringen er selvsagt at alle bor i kommunen, mange skal følges opp av kommunale tjenester – og "alt henger sammen med alt". En kan faktisk ikke skille mellom helse, læring og omsorg for et barn/ungdom i utvikling – fordi oppvekst og trivsel er et

helhetlig utviklings- og livsprosjekt. Gjennom å få helhetlig oversikt over behovene aktualiseres ofte **alle** kommunale tjenester og nivå for barn/ unge og deres familier - fra fritidssektoren, PPT, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, barnevern og fastleger til etatssjefer, rådmenn og politikere.

De kommunale utfordringene er mangfoldige og sammenvevde, alt etter hvilket perspektiv og nivå som er utgangspunktet. Utfordringene er sammenvevde og kan sorteres etter mange prinsipper. For dette artikkelformålet kan de beskrives som følger:

I. Tilgang til psykisk helsehjelp. Fire av fem mennesker med behov for psykisk helsehjelp oppsøker ikke hjelp. Det er mange grunner til det: manglende kunnskap om hjelpetjenester, fragmentert hjelpeapparat preget av for mange og for store gråsoner, dårlig tilgang til fagpersoner, mangelfull kunnskap om psykisk helse og behandlingsbehov osv. Men også de som oppsøker hjelp får ikke alltid riktig hjelp, og kvaliteten på behandlingen er ikke alltid god nok (FHI, 2009). Disse tallene er i hovedsak framkommet for den voksne befolkningen. Både PPT, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, barneverntjeneste, fastleger, psykologtjenester og andre helsetjenester bidrar til at mange barn og unge får ulike typer helsehjelp. Samtidig ser vi at det er stort trykk på kommunepsykologenes behandlingsressurser – der de finnes. Det er nok et uttrykk for at etterspørsel – i alle fall etter psykologhjelp - er mye større det som er tilgjengelig og dekkes av de tradisjonelle tjenestene.

II. Individperspektiv versus lokalsamfunnspektiv: Vi – både fagfolkene, politikerne og administrasjonen - ser ofte ikke skogen for bare trær (Roe, 2013). Mange menneskelige utfordringer behandles individ for individ enten det er ADHD, rusproblemer, mobbeproblematikk, overvekt eller depresjon. Vi klarer ikke å komme godt nok over på den banehalvdel der vi kan forebygge skeivutvikling i

befolkningsgrupper - vi venter det til har blitt et diagnostiserbart individuelt problem. Dermed får vi heller ikke ned antall nye tilfeller av psykiske vansker og lidelser. Årsaker er bl.a. manglende lokal kompetanse, manglende styring og for liten ressursbruk. De menneskene som er i behov av forebyggende tiltak har ikke (ennå) store problemer å vise fram, og de kan dermed heller ikke være en pressgruppe. Eller nettopp har de store problemer (som voksne med rus og psykiske lidelser) og mindre ressurser til å stå fram og etterspørre mer forebyggende innsats på vegne av sine barns framtid.

III. Organisering og behovet for tverrfaglig og prioritert kompetanseutvikling. Mye av det kommunale arbeidet drives i og fra den enkelte fagsilo. Det er allment kjent at forståelse og beskrivelser av oppvekstbehov og ansvar for hjelp til barn og familier er for fragmentert i mange kommuner (NOU, 2009). En helhetlig hjelp til barn og familier kan dermed bli for begrenset, viktige livsområder og behov kan bli usynlige i møte med tjenester som ofte har et ensidig faglig perspektiv. Resultatet for befolkningen og den enkelte, særlig for de som har uspesifikke og/eller sammensatte hjelpebehov - er at de vandrer fra tjeneste til tjeneste på jakt etter rett tiltak for hele seg, gjemt bak henvisningsrutiner og avgrensende målgruppemandat. Behovet for en helhetlig oversikt og plan for tiltak er nå enda tydeligere beskrevet i den nye Folkehelseoven. For at kommunen skal få den nødvendige oversikt over befolkningens helhetlige helsebehov (bredt definert) kreves en stor grad av samarbeid og samordning på tvers av sektorer. Først da kan kommunen utvikle en felles, helhetlig og tverrfaglig prioritering og implementering av oppdatert og kunnskapsbasert praksis på tvers av kommunale tjenester.

Kommunens mangfoldige oppgaver er som biter i et stort puslespill. Hele fasitbildet bør ligge foran de som pusler, slik at de vet hva som er det endelige og helhetlige målet. Noen kommu-

neansatte har ansvar for himmelen i puslespillet, andre av hesten, bygningen eller rosene. Andre holder på med den grønne bakken eller det blå havet. De som pusler registrerer når det er biter i himmelen som mangler, og har ansvar for å lete etter den. Det er vanskeligere når biten har like mye roser som himmel eller når blandingsfeltet ikke er ansvars plassert, eller når noen av bitene faktisk mangler. Det overordnede ansvaret for å finne de bitene som mangler og pusle det hele ferdig ligger ofte for langt fra puslebordet.

KOMMUNER - OM DEMOGRAFI, POLITISK STYRING OG ADMINISTRASJON

På Vestlandet er Utsira kommune minst med ca 200 innbyggere, mens Bergen er størst med rundt 250 000 innbyggere og 8 bydeler. Litt uhøytidelig kan man si at det er nesten like mange måter å organisere tjenester på som det er kommuner. Det sier seg selv at samme lovverk gir svært ulike muligheter og modeller i så ulike lokalsamfunn. Noen kommuner er antakelig for små, mens andre kommuner faktisk er for store!

Kommuner styres av **kommunepolitikere**. Politikernes ansvar – kommunestyret eller byråd - er å prioritere mellom politiske satsingsområder gjennom politiske råd/komiteer og byrådsavdelinger. Det er opp til kommunen selv å avgjøre hvilke – innenfor lovpålagte oppgaver og rammer.

Kommuneadministrasjonen – rådmannsnivået og etatsjefer etc. - har ansvar for å gjøre de politiske prioriteringene om til praktisk faglig arbeid. På vei fra politikk til praksis er det mange nivåer der de faglige strukturene og innsatsen organiseres i sektorer, etater, seksjoner og tjenester. Samarbeidet mellom politisk og faglig-administrativt nivå og mellom administrasjon, tjeneste og ansatte må være godt informert. Samarbeid og kommunikasjon vertikalt i systemet må være godt ivaretatt og gjensidig forpliktende for at kommunen skal kunne tilby gode tjenester til befolkningen.

HISTORISK – OM LOVVERK, TJENESTER OG PSYKOLOGER I KOMMUNEN

LOVVERK OG TJENESTER

De viktigste kommunale helse- og velferdsoppgavene er forankret i kommunenes lovverk som Lov om Folkehelse, Helse- og omsorgsloven, Opplæringslov, Barnevernloven og (de statlige) NAV-lovene. Oppdragene er ytterligere konkretisert og tydeliggjort gjennom forskrifter, veiledere og anbefalinger som ligger i forlengelsen av lovverkene. De kommunale tjenestene er fra gammelt av oftest adskilt og fragmentert etter lovverkets skillelinjer:

Lov om Barnehager gir barn rett til barnehageplass fra fylte 1 år. Barnehagen har et særlig ansvar for å forebygge vansker og følge opp barn med særlige behov for tilrettelegging. Her arbeider pedagoger og assistenter. Kun en tredel av de ansatte har førskolelærerutdanning. Tallet er synkende, viser statistikk fra SSB (Helmikstøl, 2013).

Opplæringsloven gir rett og plikt til skolegang for alle fra fylte 6 år. Loven har tilpasset opplæring som styrende prinsipp, og regulerer også spesialpedagogisk hjelp til barn før skolepliktig alder spesialundervisning for skolebarn/ ungdom. I skolen arbeider pedagoger, spesialpedagoger og assistenter m.fl. Pedagogisk-psykologiske tjeneste (PPT) er også hjemlet i opplæringsloven (§ 5-6). Barnehager og skoler kan bruke PPT til å forbedre læringsmiljøet og utarbeide sakkyndige vurderinger om de mener at barn og unge har behov for spesialpedagogisk hjelp eller spesialundervisning (både system- og individrettede oppgaver). Det er opp til PPT og skolemyndighetene hvordan de definerer ”særlige hjelpebehov” og hva som påvirker læring og utvikling. Også foreldre kan selv kontakte PPT dersom de opplever behov for det. Videregående opplæring organiseres av Fylkeskommunen, som også har ansvar for Oppfølgingstjeneste/ PPT for elever i videregående skole. Den videregående opplæringen og OT/PPT reguleres likevel gjennom samme Opplæringslov som kommunale skoler/PPT. I PPT arbeider spesi-

alpedagoger/andre pedagoger, psykologer, og noen steder også andre faggrupper.

Helse- og omsorgsloven regulerer forebyggende Helsestasjon og skolehelsetjeneste, Helsestasjon for ungdom (opp til 23 år). Hovedgruppen av ansatte er helsesøstre. Helsestasjoner flest har jordmødre/leger ansatt, og noen har psykologer og andre faggrupper. Noen kommuner har egne Psykologtjenester for barn og unge (gjørne til 23/25 år) og tilsvarende for voksne fra 18 år under samme lovverk. I tillegg har Fastleger, Ergo-/Fysioterapitjenester, Helsetjenester for flyktninger, Psykiske helsetjenester (psykiatrisk sykepleietjeneste), Rehabiliterings- og habiliteringstjenester, Botjenester (for psykisk utviklingshemmete), Avlastning- og Støttekontakttjenester viktige helse- og velferdsbidrag for befolkningen gjennom hele livsløpet.

Barnevernsloven regulerer de kommunale barneverntjenestene til fylte 18 år - i spesielle tilfeller til 23 år når en sak er igangsatt godt før fylte 18 år. Barnevernets hovedoppgave er å sikre at alle barn og unge, som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. I barneverntjenesten arbeider flest barnevernspedagoger og noen sosionomer, bare et fåtall har ansatt psykolog.

Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, Lov om folketrygd og Lov om sosiale tjenester gir føringer for NAV, som har særlige tiltak for ungdom 16- 18 år (ungdomskontakter) og tiltak for arbeidssøkende under 24 år. **Sosialloven** regulerer etter lovendringene i 2011 bare økonomiske ytelser for voksne over 18 år, også ivaretatt av NAV (kommunedelen, tidligere kalt sosialkontor). Her arbeider det hovedsakelig sosionomer. I noen kommuner ligger Oppsøken- de avdeling/utekontakt - som driver sosialt/kriminalitets- og rusforebyggende arbeid overfor ungdom/unge voksne - under Sosialloven, mens samme type tiltak andre steder ligger under Barnevernloven.

Psykisk helse i loven

”**Psykisk helse**” som en del av det allmenne helsebegrepet i lovet ble for første gang beskrevet i ny Helse- og omsorgslov av 2011. Psykisk helse ble her sidestilt med somatisk helse. Ingen faggrupper spesifikt nevnt som lovpålagte, med unntak av leger. Samtidig er det tydeliggjort, blant annet gjennom **Lov om Folkehelse** og Folkehelsemelding, at helse skapes og fremmes på andre arenaer enn de tradisjonelle helsearenaene. Kommunens øvrige tjenesteapparat, som fritid og kultur, barnehager og skoler, barnevern, plan- og bygningsetater etc blir dermed også viktig for befolkningens helhetlige (psykiske) helseutvikling.

Psykologer i kommunen

Problemstillingene de kommunale tjenestene for barn og unge og deres familier skal ivareta gjennom oppveksten er på ulike måter knyttet til psykologens kjernekompetanseområder og spisskompetanse: normalutvikling og psykopatologi, samspill, tilknytning og relasjoner, følelser og følelsesmessige reaksjoner, tekning, forstand og læring, atferd og motivasjon, personlighet, sosiale behov og sosial kompetanse. Kort sagt alle de elementene som er sentrale ift den enkelte og befolkningens livskvalitet. Det gjør psykologer svært relevante som kommunale medspillere og bidragsyttere – på alle nivå, fra individrettet arbeid til politiske prioriteringer.

Det har vært ansatt psykologer i kommunene siden 50-tallet. Da psykologloven kom i 1973, ble ”psykolog” en beskyttet tittel. Det gjorde mye med psykologers ansvarsmuligheter, identitet og tilhørighet, særlig til spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell-loven fra 1999 erstattet etter hvert psykologloven, og tydeliggjorde psykologen som helsepersonell. Det har også gitt en sterkere tilhørighet til de kommunale helsetjenestene, dvs de ansvarsområdene og faggruppene som hadde med fysisk og særlig psykisk helse i tradisjonell forstand å gjøre. Samtidig har PPTs arbeidsoppgaver og mandat etter hvert blitt tydeliggjort i retning av sakkyndig vurdering og opplæringsfokus, og mindre på psykisk

helse. Denne utviklingen har sannsynligvis gjort PPT mindre attraktiv for noen psykologer, til tross for at nettopp denne tilknytningen gjør PP-psykologer særlig relevante for barn og unges barnehage- og skoleliv.

Alle kommunale psykologer - uansett arbeidssted - arbeider slik vi ser det med barn og unges psykiske helse og trivsel, enten det er via **opplæringsbehov, omsorgsbehov og/eller helsebehov**. De arbeider både direkte med barn og familier (utredninger og samtaler) og indirekte via foreldre, pedagogisk personell i barnehage og skole og andre fagfolk (ulike typer samarbeid, konsultasjon, veiledning og rådgivning).

Bare en av tre kommuner har ansatt psykolog. Det er ikke så lett å få en klar oversikt over antall psykologer ansatt i kommunene, men det stipuleres rundt 550 psykologer pr 2014. Dette er omtrent 7,5 % av landets psykologer (NPF, 2014). Hovedvekten av de kommunale psykologene (spesialister og ikke-spesialister) arbeider mest med direkte individuelt klientarbeid (Heggland et al., 2013), mens PP-psykologene og psykologer spesialisert i samfunnspsykologi – som grupper - arbeider noe mer med forebyggende tiltak (Ådnanes et al., 2013).

Anslagsvis 250 psykologer er ansatt i PPT, og tallet sies å være synkende. Det er 15-20 psykologer i kommunale barnevernstjenester, mens resten av kommunepsykologene arbeider i ulike typer helsetjenester. Flest av disse arbeider med barn/unge og familier, der noen er ansatt i egne psykologiske helsetjenester og noen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten – og noen i tverrfaglige tjenesteorganiseringer som Familiens Hus eller lignende. Sistnevnte er tjenester som arbeider på tvers av hele tjenestetilbudet og alle lover, men for en spesifikk aldersmålgruppe.

Et økende antall psykologer arbeider med voksne og eldre. Flest av disse er ansatt i egne psykologtjenester, samlokalisert med fastlege eller i tverrfaglige tjenester for voksnes psykiske helse. Eldrepsykologene kan også være ansatt i sykehjemsektoren.

Noen få psykologer er **ledere** for de tjenestene de er ansatt i (dette gjelder PPT og egne psykologtjenester for barn eller voksne). Ingen helsestasjoner eller barneverntjenester har – så langt meg bekjent – psykolog som tjenesteleder. Et lite knippe psykologer er ansatt på overordnet sentralt nivå i kommunene.

Psykologer i helsetjenester i kommunene – ansatt på statlige tilskuddsmidler - har vært en ikke-lovpålagt faggruppe. Forlengelse og fastgjøring av stillinger vi derfor sett har vært utfordret av dårlig kommuneøkonomi og sviktende kommunale prioriteringer, både politiske og administrative. I 2014 snakker alle politiske partier, både i posisjon og i opposisjon - varmt om nødvendigheten av psykologer i kommunene. Både statsminister og helseminister har bekreftet konkrete planer om å lovfeste psykologer i kommunen.

NOEN STRATEGISKE KOMMUNALE GREP PÅ OVERORDNET NIVÅ

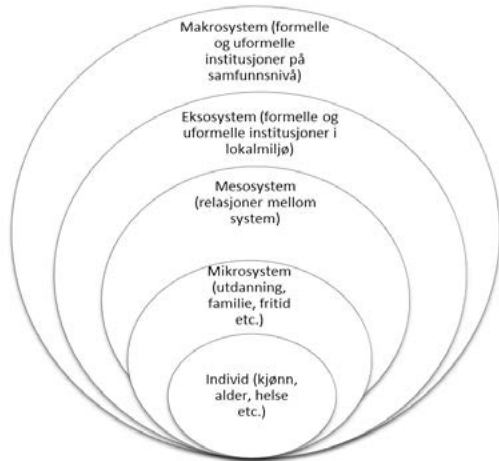
Det er ikke så helt enkelt å utvikle et godt oppvekstmiljø med infrastruktur, institusjoner og hjelpetjenester som både gir en bedre oppvekst og livskvalitet for befolkningen samtidig med en best mulig effekt av begrensede offentlige midler. **Men om det er vanskelig, så må det gjøres.** Det er mye arbeid rundt delmål og spesifikt ansvar som kan gjøres i de enkelte tjeneste. Men HELE puslespillet må til sist pusles av fellesskapet, fra de enkleste til de vanskeligste og mest overlappende feltene. Noen viktige grep kan være:

I. Flaskehalsene må undersøkes og utvides, slik at flere får den psykisk helsehjelpen de trenger. Det vil kreve et utadrettet og proaktivt engasjement, kartlegging og utviklingsarbeid fra de kommunale tjenestene i et samarbeid. Ledere og tjenester må ”snakke sammen” for å få gråsonene snevret inn og øke tilgangen til kompetent hjelp. Det vil nok kreve at flere fagfolk med ulike typer behandlingskompetanse ansettes, og her vil psykologer være uunnværlige. Helsedirektoratet har gjort

tilskuddsmidler tilgjengelig for dette formålet og tverrfaglig samarbeid er pålagt. Satsing på rus og psykisk helse med ny stortingsmelding bærer bud om at styrkingen utvides og fortsetter (Helsedirektoratet, 2014).

II. Å håndtere befolkningens psykiske helse slik en slik en skogsbotaniker også behandler hele skogen, krever at kommunen utvikler den kompetansen som gjør oss i stand til å vurdere og ikke minst påvirke det miljøet/konteksten som trærne eller menneskene vokser og lever i. Bronfenbrenners økologiske modell (1994) bidrar til en helhetlig oversikt over de strukturer kommunen har ansvar for, og interaksjon mellom ulike elementer og nivå. Dette er kunnskap, forståelse og perspektiv som er en forutsetning for å skape sammenheng og helhet i tjenestetilbudene: Gode rammebetingelser og infrastruktur må være til stede for befolkningen. Lokalsamfunnene må være trygge og inkluderende. Barnehager må ha høy kvalitet, skoler må være helsefremmende, skole-hjem-samarbeid må fungere bra og foreldre og ansatte i barnehager og skoler må ha tilgang til faglige støttesystemer med relevantkompetanse. Her blir PPT en sentral tjeneste, særlig med psykologer ansatt.

Nye lovverk, krav til overordnet planarbeid og nye verktøy (som folkehelseprofiler) vil kunne



Figur 1:
Bronfenbrenners økologiske modell

bidra i riktig retning, men mye arbeid må også gjøres per sektor og per tjeneste. Ansvar for kommunens samlede prioritering av kompetanseutvikling må imidlertid ligge øverst i en kommune, og ivaretas på tvers på alle nivå, og både ”top-down” og ”bottom up”, slik at det merkes helt ute hos den enkelte som mottar tjenestene

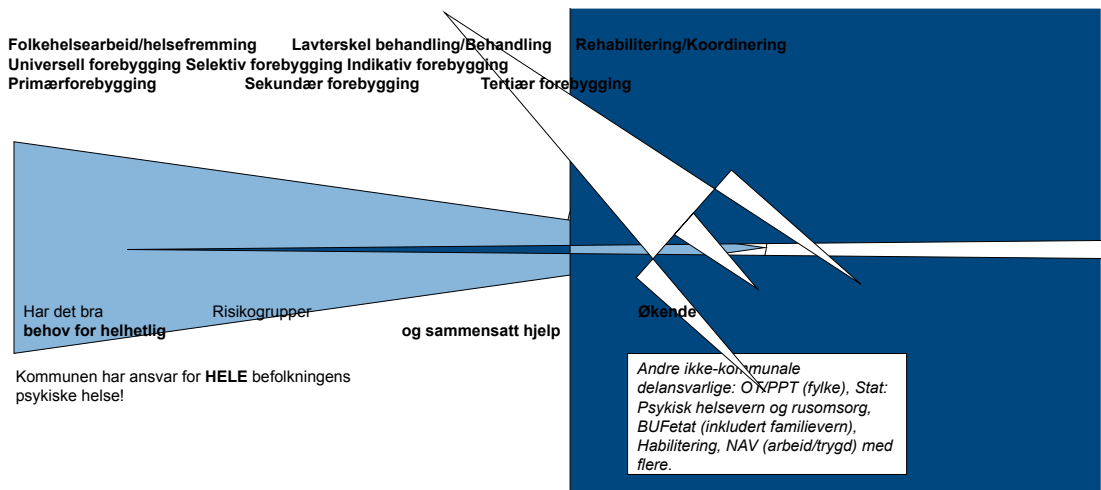
Kommunene ta særlig ta inn over seg de nasjonale anbefalingene om mer helsefremmende og forebyggende innsatser (se figur 2). Kunnskapsbaserte tjenester på tvers av lovverk og gamle tradisjoner kan sikre både effektiv og helhetlig hjelp og brukermidvirkning. Innsats for å styrke barns oppvekst og befolkningens psykiske helse kommer ofte for seint, er for knapp og for lite kvalitets-sikret (se figur 2).

Kommunene må få til mer helhetlig og tverrfaglig befolkningsrettet innsats, tjenester og ansatte må forpliktes til kontekst- og helhetsfokus. Dette er i første omgang et lederansvar, og signalene må være kompetent forankret på sentralt overordnet nivå.

Vi kan håpe at de nye retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten utdyper disse mulighetene og ansvaret og beskriver de innsatsene og samarbeidet som kreves (under arbeid, bebudet ferdig fra Helsedirektoratet i 2015). Også psykologforeningen vil etter hvert konkretisere hvordan psykologer kan bidra, gjennom arbeidet med det gjeldende hovedsatsingsområdet ”Forebyggende arbeid for barn og unge” (NPF, 2014).

III. Mange kommuner har allerede utviklet en tjenestestruktur som samler de tverrfaglige tjenestene som arbeider med samme aldersgruppe – til tross for at lovverket er oppdelt og fragmenterer tjenestene.

Figur 3 a viser ulike kommunale fag-/tjenesteløser slik organiseringen ofte er i kommunene. Alle nivå, fra øverste politiske nivå til klient-/mottakernivå, preges av fragmenteringen



Figur 2: Fra psykisk helsearbeid til folkehelsearbeid

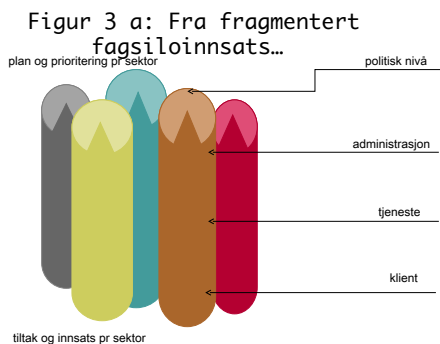
– og det er krevende å få til god samhandling. I en samordnet kommunal tiltaksstruktur (se figur 3b) kan vi se for oss at en større del av arbeidet og fellesinnsatser foregår på tverrfaglige tiltaksplattformer, mens retrett til egen fagsilo skjer når det er nødvendig (som ved forvaltning av lovtekst, utredninger, sakkyn-dighetsvurderinger etc.).

Vi er flere som har foreslått en formell sam-ordning av de mest sentrale lovverkene som gjelder for barn, unge og familier, aller helst en OPPVEKSTLOV. Når både lov og orga-nisasjonsstruktur understøtter det helhetlige oppdraget for barns oppvekst, kan det bli enklere – men fortsatt ikke lett - å utvikle gode

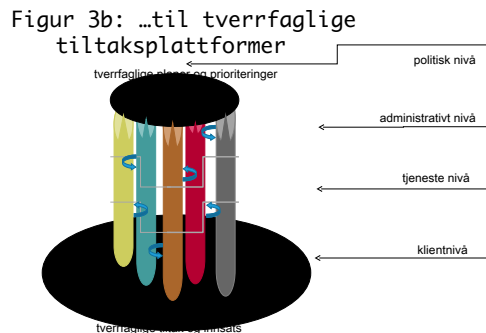
tjenester og få til godt faglig arbeid.

PSYKOLOGEN SOM BIDRAGSYTER I DE KOMMUNALE UTFORDRINGENE

Norske psykologer er utdannet som både forskere og klinikere med hovedvekt på allmennpraktiserende funksjoner (Nasjonalt råd for psykologutdanning, 2001). Psykologer er godkjent helsepersonell, med de rettigheter og plikter det innebærer. Mye av det allmennpsykologiske behandlingsarbeidet i kommuner handler om å sortere diffuse eller sammensatte hjelpebe-hov, vurdere behov for videre henvisning, og gi psykisk helsehjelp til usorterte klientgrupper. Mens nytilsatte psykologer i spesialisthelse-tjenesten oftest har tilhørighet og tilgang til



Figur 3 a: Fra fragmentert fagsilo innsats...

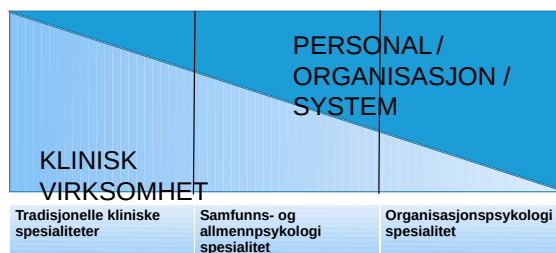


Figur 3b: ...til tverrfaglige tiltaksplattformer

arbeidsplassens mer erfarne psykologfagmiljø, har kommunepsykologer - med noen unntak - typisk ikke det. Psykologen er i mange kommuner den eneste i sin faggruppe, og ofte er de nyutdannede. Psykologens kommunale samarbeidsparter forventer å kunne lene seg på kommunepsykologens kompetanse, og derfor må psykologens tilgang og rammer for deltakelse i kompetanseutvikling sikres. Det er nyttig både for kommune og psykolog, og bidrar både til trivsel og kvalitet i yrkesutøvelsen. Derfor – og særlig når psykologen er alene i en kommune - er det nyttig med en viss arbeidserfaring og en bred kompetansebase for å oppleve trygghet i sin egen rolleutforming.

Mange tverrfaglige evidensbaserte kartleggings- og behandlingsmetoder og programmer for barn – unge og foreldre er gjort tilgjengelig fra ulike nasjonale og regionale kompetanse- og opplæringsaktører: PMTO/TIBIR, DuÅ, ICDP, Marte Meo, COS, Spe- og små, KOR, KAT, løsningsfokuseret familierapi, Friends, Psykologisk Førstehjelp, Zippys venner, Psykisk helse i skolen, kurs i angst- og depresjonsmestring, Olweusprogram mot mobbing, Motiverende Intervju, krisearbeid, IP-arbeid med flere. Dette er god og nyttig kompetanseutvikling for fagfolk som skal ivareta de klientrettede oppgavene i kommunene, også for psykologer som skal både hjelpe direkte og veilede andre. Tverrfaglig opplæring bygger opp under de tverrfaglige fagmiljøene i kommunen.

Dagens psykologer spesialisere seg i tillegg i Psykologforeningens formelle spesialiseringssløp etter endt grunnutdanning. Det tar minimum 5 år. Psykologer kan velge spesialisering for målgrupper og tjenestenivå (barn/unge, voksne, eldre i psykisk helsevern), eller fagområder eller metoder (nevropsykologi, habilitering og rehabilitering, arbeidspsykologi, rus og avhengighet, familiepsykologi). De kan også spesialisere seg i organisasjonspsykologi. Tematisk, og mellom de tradisjonelle ”kliniske” spesialitetene og spesialiteten i organisasjonspsykologi, ligger spesialiteten i samfunnspsykologi (fra 2014 kalt



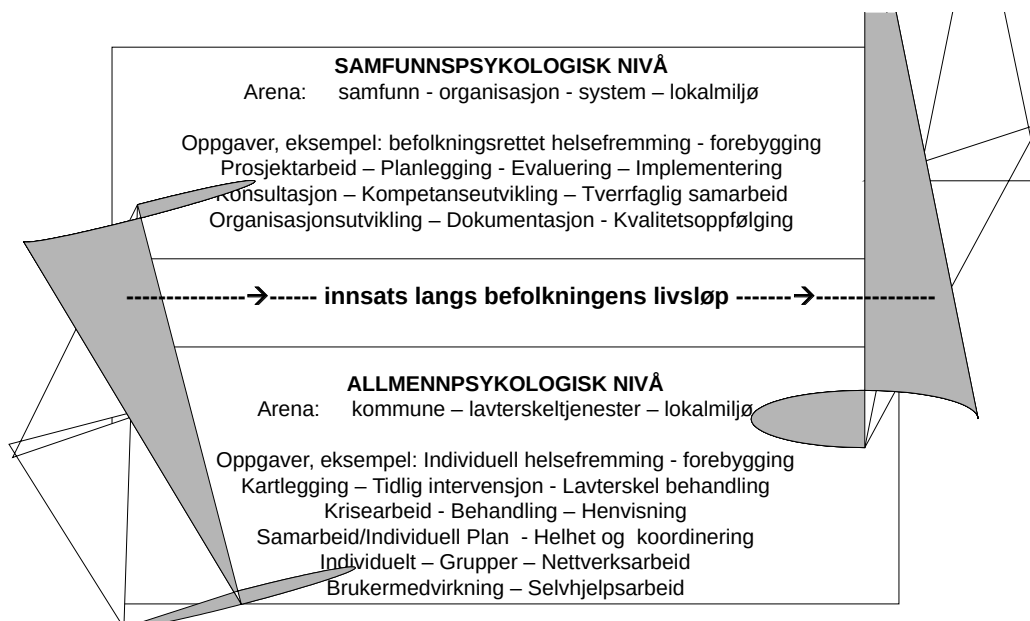
Figur 4: Spesialitet mellom tradisjonelt kliniske og organisasjonspsykologisk

spesialitet i samfunns- og allmennpsykologi). Denne spesialiteten har hatt – og skal fortsette å ha - et særlig ansvar for de mangfoldige kommunale problemstillingene på ulike nivå og det breie allmennpsykologiske fagfeltet. Den har et kompetansebein i hvert av de to praksisfeltene:

Alle psykologer med psykologforeningens ulike formalspesialiseringer kan arbeide klient- og behandlingsrettet i kommuner, så lenge de forstår det kommunale oppdraget til forskjell fra oppdraget i spesialisthelsetjenestene, og har samlet relevant kompetanse for de målgrupper de skal arbeid med.

En psykolog er opplært gjennom grunnutdanningen til å se og utforske systemer, enten det er individer i kontekst, grupper/familier eller organisasjoner. Psykologer er trent for å se helheten, de ser inter-relasjoner heller enn enkeltelementer, dynamikk og mønster for endring heller enn stillbilder. Psykologers systemforståelse gjør dem også egnet til å kunne bidra overfor andre typer systemer – som kommunal tjeneste- og kompetanseutvikling og ledelse. Gjennom å gjøre enkeltelementer om til helhet, identifisere og vekke til live potensial som ligger ubrukt eller uforløst mellom elementene kan de bidra til planer for tjeneste- og kvalitetsutvikling heller enn fastlåste løsninger og svar (Peek et al, 2014). Men det å kunne bidra i endring av systemer krever en egen kompetanse, som må læres.

Kompetanse for kommunalt utviklingsarbeid på overordnet nivå kan kommunepsykologer



Figur 5: To rolleperspektiv – GJENSIDIG FORSTERKENDE

ervert seg mer langsiktig og uformelt gjennom erfaring, ulike typer opplæring og kompetent veiledning. Det krever også en interesse for den slags arbeid. Kompetanse for å kunne bidra i tjenesteutvikling bygges mer **formelt** gjennom deltakelse på fordypningsprogram i samfunns- og allmennpsykologi og til dels i organisasjonspsykologi. Sistnevnte har mer fokus på ledelse, HR og organisasjonsutvikling, mens samfunnspsykologiprogrammet er rettet mer spesifikt inn mot det kommunale fagfeltet og oppgavene: forebygging og helsefremming, planlegging og prosjektarbeid, evaluering, implementering, tverrfaglig samarbeid, konsultasjon og informasjonsarbeid mm. (se figur 5.)

I spesialiseringen i samfunnspsykologi settes det krav til praksis kurs og veiledning, både fra klinisk allmennpsykologiske og samfunnspsykologiske systemrettede oppgaver. Dermed bygges en synergieffekt av at psykologen nettopp har videreutviklet både klinisk og samfunnspsykologisk kompetanse.

Det sier seg selv at det å bevege seg fleksibelt mellom de to faglige og strategiske perspekti-

vene – fram og tilbake, opp og ned, ut og inn - mellom allmennpsykologisk klientrettet arbeid og samfunnspsykologisk overordnet systeminnsats inkludert forebygging og helsefremming - er krevende. Psykologen skal oppsummere og delta i refleksjoner over behov, vurdere utfordringene, samhandle på tvers av tjenester, målgrupper og faggrupper, se mulige løsninger og prioritere innsats. Dette krever en helt egen kompetanse. Perspektivskiftene utføres gjerne daglig, flere ganger for dagen. Dette må en lære seg, og en må tåle at en ikke alltid er forberedt og ser alt klart umiddelbart. På fordypningskursene i samfunnspsykologi kalles dette noe uhyggelig for ”spjoing-øvelsen” (Åste Herheim, 2014).

AVSLUTNING

Som kommunepsykologer er vi opptatt av at den hjelpen som ytes fra det tverrfaglige kommunale nivået så langt mulig skal være både samordnet, helhetlig og kunnskapsbasert. Dette må gjelde hele innsatsfeltet fra universell helsefremming og folkehelsearbeid til behandlings- og koordineringsinnsatser. Det skal være rett hjelp til rett tid, der menneskets kontekst og

sosiale sammenhenger er tatt hensyn til. Hjelpen skal være egnet til å bidra til bedre trivsel, livskvalitet, inkludering og deltakelse, enten den er befolkningsrettet eller rettet mot den enkelte, og uansett helsetilstand. Hjelpen skal også kunne evalueres og kvalitetssikres.

Som engasjerte og samfunnsinteresserte kommunepsykologer har vi vært særlig opptatt av hele bildet i kommunen – hele puslespillet – og hvilket bidrag psykologer kan ha i det store og mangfoldige kommuneoppdraget knyttet til barn og unges oppvekst og psykiske helse, bredt definert. Mange kommunepsykologer står klare til å bidra mer, sammen med de andre faggruppene, for å utvikle det kommunale tjenestefeltet.

De artiklene som er skrevet fra praksisfeltet på Vestlandet – og som presenteres i dette nummeret av "Psykologi i kommunen" – viser fram noen mulige rolleutforminger for kommunepsykologer. Vi håper du som leser får glede av - og kanskje til og med nytte av - beskrivelsene. Ta gjerne kontakt om du ønsker å drøfte eller utdype noen av temaene. Ta kontakt med bibi-hj@gmail.com , eller direkte med den enkelte artikkelforfatter.

Referanser

Bronfenbrenner, U.

(1994): Ecological Models of Human Development. *International Encyclopedia of Education, Vol 3, 2nd Ed.* Oxford: Elsevier.

Heggland, J.E., Gärtner, K. & Mykletun, A.

(2013). *Kommunepsykologsatsningen i Norge i et folkehelseperspektiv.* Oslo:

Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helmikstøl, Ø.

(2013): Barnehageeksperimentet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50 (2)*, s130-131.

Helsedirektoratet

(2014): *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.* IS-2076.

Herheim, Å

(2014): *Uttalelse på fjerde og siste samling av fordypningskursene i samfunnspsykologi*, Oslo Millitære samfunn, 6.juni 2014.

Peek, C.J., Cohen, D.j. deGruy III, F.V

(2014): Research and Evaluation in the Transformation of Primary care. *American Psychologist, 69 no 4*, pp 430-442

Norsk psykologforening

Knudsen, A.K., & Mathiesen, K.S.

(2009): *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.* Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nasjonalt råd for psykologutdanning

(2001, rev 7.9.): *Standard for psykologutdanning.*

NOU

(2009:22) *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning og tjenester til utsatte barn og unge.* Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

NOVA

(2013): *Ungdata. Nasjonale resultater 2010 2012.* Oslo: NOVA

Roe, R.

(2013): *Trees and woods. Community Psychology from a European policy perspective.* Innlegg på internasjonal samfunnspsykologikonferanse (ECCP), Napoli, 9.novemember 2013.

Schjødt, B.R Hj., Hoel, A.K. og Onsoien, R.

(2012): *Psykisk helse som kommunal utfordring.* Oslo, Universitetsforlaget.

Ådnanes, M., Husum, T. L. & Kaspersen, S. L.

(2013): Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid. Behandling eller folkehelsearbeid? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50 (11)*, s1066 1073.

Britt-Randi Hjartnes Schjødt

Bergveien 34a

5152 BØNES

Tlf.: +47 922 99 371

Bibi.schjodt@bergen.kommune.no