



Anna Mo-Bjørkelund

Hordaland/Kvam Kommune / Oppvekst, samt Jondal kommune (gjennom interkommunalt samarbeid)

Stillinga som kommunepsykolog i Kvam vart oppretta i 2007. Bakgrunnen var "Prosjekt barn og unge" og nasjonale føringar for kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge. Den vart i første omgang finansiert med midlar frå Opptrappingsplanen for psykisk helse. Etter Opptrappingsplanen vart stillinga implementert i kommunen sin økonomiplan. Jondal kommune har kjøpt kommunepsykologtenester frå 2010. I dag er stillinga plassert under oppvekstsjefen, og organisert i Kvam Familie- og Læringscenter som er under etablering. Rapporten vil beskriva korleis stillinga, med oppgåver, rolleutforming og organisering har utvikla seg fram til i dag, på det kliniske og systemretta området, og reflektera over korleis praksiserfaringar har påverka vegval og prioriteringar. Det overordna spørsmålet er korleis psykologkompetanse kan bidra til betra oppvekstvilkår for barn og unge? Og dernest, korleis kan kommunepsykologen delta og bidra i det samla psykiske helsearbeidet for barn og unge? Rapporten vil vera prega av engasjement og interesse for system- og organisasjonsarbeid. Det kan også vera interessant å reflektera over korleis det kan vera både "leveleg" og utviklande å arbeida som psykolog i ein liten og mellomstor kommune, som det enn så lenge er flest av i Norge. Men først litt om Kvam og Jondal.

*Anna Mo-Bjørkelund Kommunepsykolog for barn, unge og familie i Jondal og Kvam, frå 2007.
Mange års praksis frå kommunal PP-praksis, og frå BUP Voss, 2005-2007.
Spesialist i samfunnspsykologi, 2008 – og klinisk samfunnspsykologi, 2010.
Cand.psychol. frå Universitetet i Bergen, 1991.*

KVAM OG JONDAL

Kvam herad ligg på nordsida av Hardangerfjorden 7-8 mil frå Bergen. Innbyggjartalet er omlag 8500, og har vore fallande i fleire år for så å stabilisera seg. Mange unge flyttar frå kommunen for å ta utdanning, og nokre flyttar tilbake i etableringsfasen. Prosjekta *Flytt til Hardanger og Kvammalokk* har ført til at også folk frå andre nasjonar, ma kunstnarar frå Nederland, har flytta til kommunen og regionen. Kvam har eit vedtak på å ta imot 15 flyktningar i årleg, men har teke imot over det doble, grunna fleire familiegjenforeningar. Arbeidsinnvandringa, særleg frå austuropeiske land, har også auka dei siste åra. Kvam er såleis vorte eit meir mangfaldig og fleirkulturelt samfunn enn for få tiår tilbake, då det var eit meir tradisjonelt bonde- og industri-samfunn. Langs fjorden ligg fire større bygder, med Norheimsund som kommunesenter, som i 2013 vart utpeikt som Norges mest "attraktive stad". Kommunen har investert betydelege ressursar i skulebygg dei siste åra, og er snart i mål med å fullføra prosessen med skulestruktur og opprusting. No står barnehagane for tur, noko som utfordrar brukarar, tilsette og politikarar. Store investeringane i kombinasjon med inntektssystemet og overføringar frå staten, har ført at kommunen må stramma inn for å unngå å hamna på den såkalla Robek-lista. Jamt over leverer kommunen tenester av god kvalitet med nøgde brukarar. Når det skal sparast på omfang og tilgang på tiltak og tenester, kan kvaliteten bli utfordra, og ressursane må i større grad prioriterast nøye. Dette er ei krevjande øving i alle ledd, og særleg for tenesteytarar som står nær brukaren, og tilsette i mellomleiarposisjonar.

Den politiske kulturen i Kvam, som i mange andre små og mellomstore kommunar, har lenge vore prega av kamp for si bygd og sitt nærmiljø, kanskje naturleg nok. I debatten om lokalisering av ny ungdomsskule kom dette tydeleg fram. Skulen vart bygd med god kvalitetar, elevane trivst, ordskiftet har stilna, og politikarar, foreldre og andre sin uro er gjort "til skamme". Delar av lokalsamfunnet er prega av dugnadsånd med stor aktivitet i mange lag og organisasjonar. I

ein del av kommunen stod idrettslaget i front for å byggja ny skule og idrettsanlegg, rettnok ved hjelp av kommunale midlar, "snille onklar" i næringslivet, solid dugnadsinnsats, og vilje og ønskje om å få til noko i fellesskap.

Jondal ligg på sørsida av Hardangerfjorden, med om lag 1000 innbyggjarar. Kommunen har ein skule og ein kommunal barnehage. Jondal har kjøpt PP-tenester frå Kvam over ein lengre periode, men nyttar interkommunal barnevernsteneste saman med andre kommunar i Indre Hardanger. Helse Fonna er næraste helseføretak, men innbyggjarane har i liten grad nytta tenester innan psykisk helsevern for barn og unge derifrå. Brukarar og tilsette må nytta og samarbeida med tenester på "kryss og tvers" av geografi, sektorar og kommunar. Hausten 2012 opna Jondals-tunellen, og kommunen vart mindre innestengd med tanke på kommunikasjon og reisetid til dei næraste tettstadane. I kva grad og korleis dette vil påverka val av samarbeidsaktørar framover, er uvisst. Hardangerkommunane er i gang med drøftingar om framtidige kommunesamanslåingar, der samarbeid om tenesteutvikling innan helse, omsorg og opplæring er sentrale tema.

Starten

Eg fullførte profesjonsstudiet i psykologi i Bergen 1991. Allereie før studiet var eg interessert i barne- og ungdomsfeltet, og eg valde praksis deretter. Den første jobben som psykolog var i ein mellomstor kommune i Sogn og Fjordane, i ei interkommunal PP-teneste, som også inkluderte tenester til vidaregåande skular. Erfaring som psykolog er i all hovudsak frå PPT i mellomstore kommunar, med unntak av eit år i BUP for å fylla praksiskravet til spesialiteten i samfunnspsykologi. Ledig stilling i PP-tenesta i heimkommunen i 1996, i kombinasjon med spørsmål om kor familien skulle etablera seg, gjorde at familien bestemte seg for å flytta tilbake Kvam, etter 15 år for min del. I forkant hadde eg mange diskusjonar med meg sjølv og andre om dette var lurt både personleg og fagleg. Eg bur og jobbar framleis i Kvam.

Rolleutforminga i PP-tenesta passa med korleis eg oppfatta kva som hadde betydning for barn og unge si utvikling. Ressurs- og mestringsfokus og tverrfagleg samarbeid, var perspektiv som appellerte til meg også i studietida. Utan så mykje rolleforståing eller erfaring som psykolog, eller for så vidt kjennskap til kommunal drift og forvaltning, kasta eg meg ut i felten, med tilsvarende bratt spennings- og læringskurve. Som studentar fekk me lite trening i denne rolleutforminga, og som eg vil påstå er meir mangfaldig og utfordrande enn den kliniske rolla med individuelt behandlingsfokus. I møte med gamle kullingar og andre psykologar som jobba klinisk, var eg tidvis i tvil om PP-arbeid var "skikkeleg psykologarbeid". Eg var stadig ute av kontoret, samarbeidde med lærarar og andre, gav ikkje behandling i tradisjonell forstand, men hadde mykje kontakt med barn og unge. Ein periode streva eg med å finna psykologrollen som passa meg, min arbeidskvardag og faglege preferansar, særleg med tanke på eit val av spesialistutdanning. Innimellom var eg i tvil om psykologyrket var det rette for meg. Då eg starta på spesialiteten i samfunnspsykologi i 2003, fall fleire brikker på plass i høve til rollar, oppgåver og samarbeid. Som psykolog var eg "komen heim". Gjennom kursrekkja og vegleieing fekk praksis og erfaringar eit fagleg rammeverk som gav nytt engasjement, interesse, tru på og lyst til å bidra til tenesteutvikling for barn og unge på kommunalt nivå. Omlag samstundes vart tenester for barn, unge og familiar i kommunen omorganisert til eining for Helse og Velferd. Målet var at brukarane i større grad skulle møte "ei dør", i form av eit meir samordna og heilskapleg tenestetilbod. Og det skulle det satsast meir på førebygging. Ein av strategiane var meir samarbeid "på tvers" av einingar og avdelingar, med eit nært samarbeid med barnehage og skule. Arbeidet vart av ulike grunnar lite konkretisert, trass i at helse- og velferdssjefen (heretter HV-sjefen) var overtydd og jobba hardt for realisering av målsetjinga.

"Ei dør" - noko for psykologen?

Når perioden med Opptrappingsplanen for

psykisk helse (1999-2008) gjekk mot slutten, fekk kommunane pålegg om å utarbeida plan for bruk av midlane og vidareføring av tiltak. *Fagteam for psykisk helse*, ei tverrfagleg gruppe, fekk dette ansvaret. HV-sjefen var medlem i teamet. Ho var svært engasjert i og delte mange av underteikna sine synspunkt på korleis ein større grad å kunne nå målet om "ei dør", ved meir samarbeid på tvers av lovverk, fag og organisering av tenester. Førebygging og betre samordning var også Opptrappingsplanen sitt uttalte mandat til kommunane. Fagteamet formulerte mål og strategiar, og prioriterte midlar for å ta arbeidet med "ei dør" vidare. Med forankring i kommunal plan for psykisk helse og ekstra ressursar, vart det vurdert som meir sannsynleg at formålet med "ei dør" ville resultera i konkrete strategiar som svar på problemstillinga - *Korleis tilby meir samordna, heilskaplege og lett tilgjengelege tenester, og at dette samla sett skulle verka førebyggjande*. Oppdraget vart prosjektorganisert, og hausten 2006 vart eg engasjert som prosjektleder i 40 % i eit år. Dette førte til ein plass i fagteamet, høve til å påverka fordeling og prioritering av midlane, og dela kunnskap om psykiske helse og strategiar for førebygging. Min næraste leiar var då PP-leiar som var medlem i leiargruppa i Helse og Velferd. I drøftingane rundt "ei dør" vart eg i mange samanhengar HV-sjefen sin uformelle rådgjevar og medspelar. I ettertid ser eg at vårt felles engasjement og forståing, i kombinasjon med mi nye samfunnspsykologiske rolleforståing, bidrog til at eg fekk "armslag" i dette arbeidet. HV-sjefen viste tillit til min kompetanse og interesse for system- og organisasjonsarbeid, og har hatt avgjerande betydning for mitt vidare engasjement. I same periode jobba eg halv stilling i BUP, for å stetta kravet til spesialistpraksis.

Prosjekt barn og unge

Målsetjingar og strategiar frå "Ei dør" var bakgrunnen for Prosjekt barn og unge (PBU). Prosjektgruppa var leiarane frå PPT, barnevern og helsestasjon. Problemstillinga "ei dør" hadde vore drøfta i leiargruppa i Helse og Velferd i flerie år, og prosjektgruppa var opptekne av å

koma raskt i gang. Det skulle ikkje bli ”skrivebordsarbeid”. Å møta tilsette i barnehage og skule for å høyra kor ”kor skoen trykkjer” når det gjeld oppvekstvilkår, var ein måte å koma i gang på. Dagleg kontakt med barn, unge og deira familiar, gjer at dei tilsette er i posisjon til å identifisera tidleg problemutvikling og bidra med støtte og hjelp. Barnehage og skule er såleis ein eigna arena for førebyggjande arbeid. Gruppa meinte det var nyttig å høyra korleis barnehage og skule opplevde eigen rolle, posisjon og ansvar på desse områda, og korleis dei vurderte samarbeidet med kommunale tenestene for barn og unge. I etterkant har rapporten ”Betre føre var...” (2011) peika på barnehagar med høg kvalitet og helsefremjande skular som 2 av 10 tilrådde førebyggingsstrategiar.

Prosjektgruppa besøkte alle barnehagar og skular, og ba leiarane fortelja om ”kor skoen trykkjer” knytt til oppvekstvilkår og samarbeid. I etterkant kunne den enkelte leiaren ta med seg innspela for å justera praksis, rutinar og retningslinjer i samarbeidet med barnehagar og skular. Dessutan kunne dei ”lytta og læra” av samarbeidet med dei andre tenestene. Barnehage og skule fekk møta tenestene samstundes og tenesteleiarane kunne bli betre kjent med kvarandre og reflektera over heilskap, samordning og felles målsetjingar. Den tverrfaglege tilnærminga, og møte med barnehage- og skuleleiarar på ”heimebane”, var bevisst med tanke på moglege synergieffektar som seinare kunne fremja tverrfagleg samarbeid på systemnivå. Innspela vart systematisert og meldt tilbake til barnehage og skule. Personalgruppene i PPT, helsestasjon og barnevern fekk tilbakemelding om det som gjaldt si teneste, som kunne nyttast til utviklingsarbeid i samarbeid med den enkelte skule og barnehage. I tillegg til intervjurunden og innspel etter tilbakemeldingane, drøfta leiargruppa strategiar og tiltak i lys av uttrykte behov og statlege føringar. Andre kommunale avdelingar med ansvar for oppvekstvilkår, vart også informerte om forslag til tiltak og strategiar. Mot slutten av prosjektperioden oppsummerte HV-sjefen arbeidet med ”ei dør” frå 2003

, innspel frå tenestene og forslag til strategiar og tiltak frå PBU i eit notat til rådmannen. Ho- vudbodskapen var behovet for omorganisering og samordning av hjelpetenestene, i samsvar modellen *Familiens Hus (ref)*, og felles leing i barnehage og skule, under ein Oppvekstsjeff. Felles leing og forankring er naudsynt for å oppnå heilskap og samordning av ein tverrfagleg førebyggjande innsats.

Ny jobb – nye oppgåver

Stillinga som kommunepsykolog vart utvida til 70 % hausten 2007, først finansiert av Opptrappingsmidlar, og dertter innarbeidd i økonomiplanen som fast stilling. At dette førte til auke i den totale psykologressursen til barn og unge i kommunen, og som etter kvart vart utvida til heil stilling, var kanskje meir eit samantreff av tilfeldige forhold enn strategiske grep. Forhold som gjorde dette mogleg på det tidspunktet; behov for å implementera tiltaka i PBU, vidareføring av tiltak etter Opptrappingsplanen, eg kom frå ei stilling i BUP då det framleis var vikar i min PPT-jobb, og eit fornya engasjement og interesse for psykologarbeid med samfunnspsykologisk forankring. Eg ønskte å nytta stillingsnemninga *kommunepsykolog*, slik fleire andre kommunar hadde gjort. HV-sjefen vart næraste leiar, kommunepsykologen vart fast medlem i fagteam for psykisk helse og i leiargruppa i eining for Helse og Velferd. Stillinga vart organisert på linje med dei andre tenestene i eininga. 20 % av stillinga var framleis knytt til PPT, med ansvar for kvalitetssikring av evnekartleggingar, vegleing til PPT-psykolog og nokre enkeltsaker. HV-sjef og PP-leiar samarbeidde om personalansvaret og kommunepsykologen fekk fagansvaret. Det var eit strategisk val å vera plassert på linje med tenesteleiarane i helsestasjon/skulehelseteneste, PPT og barnevern, m.a. for at tenesetene kunne få lik tilgang på kommunepsykologen og det gjorde det mogleg å ”trø litt i andre sitt bed”. Som PP-tilsett var eg allereie inkludert i kulturen og personalgruppa, og lokalisert i PPT sitt kontorfellesskap. Med denne bakgrunnen og innarbeidde samarbeidsrelasjonar, kunne eg ta på meg eit sjølvstendig

ansvar for å drifta tenesta. Fram til hausten 2010 hadde PP-leiar, HV-leiar og eg faste møte om arbeidssituasjonen, noko som tok vare på behovet for å høyra til eit personalfellesskap. Eg har framleis kontor ”på gangen” med PPT, og i same hus som barnevernsteneste og Avdeling psykisk helse og rus (over 18 år).

Implementering av Prosjekt Barn og Unge
PBU la føringer for innhaldet i stillinga, og det var forventa at om lag 20 % skulle nyttast til systemarbeid, som i praksis var å delta og ha delansvar for implementering av tiltaka i PBU. Eit at tiltaka var å etablere eit lågterskeltilbod, *Psykolog ”på tvers”*, i 50 %. Tilbodet, som vart utarbeidd i samarbeid med leiargruppa i Helse og Velferd, skulle gje direkte hjelp til barn, unge og familiar, og vegleing og konsultasjon til barnehage, skule og kommunale samarbeidspartar. Utover dette vart det ikkje formulert ein nærare definisjon av stillinga.

I samarbeid med leiargruppa i Helse og Velferd har eg hatt ansvar for å implementera tiltaka i PBU. Dei fleste tiltaka var ”på tvers” av avdelingar, inkludert kulturetat, *Grannehjelpa* (Frivilligsentralen), og frivillige lag og organisasjonar. Leiargruppa var klar over at nokre av tiltaka ikkje var godt nok forankra i barnehage og skule, og avdelingar utanfor Helse og Velferd. Utgangspunktet var likevel å setja i gang uavhengig av organisering og lokalisering. Tiltak som inkluderte helsestasjon, PPT, barnevern og kommunepsykolog var dei som lettast let seg gjennomføra, som *Konsultasjonsteam og Informasjon om tenester* til foreldre i barnehagar og skular. Tiltaket *Tverretatlege samarbeidsmodellar* som inkluderte barnehage og skule, viste seg å vera vanskeleg å få i gang trass eit uttalt behov. Moglege hinder var at barnehage og skule framleis var organisert som eiga eining, og at skulesektoren var oppteken av den såkalla ”skulestriden”, som i stor grad påverka det politiske miljøet, administrasjon og delar av lokalsamfunnet. Eit anna hinder var vanskar med å prioritera arbeidet ”på tvers” oppimot dagleg drift og utvikling i dei enkelte tenestene, trass

forankring i PBU og leiargruppa. Og sist, men ikkje minst, kan innarbeidde kulturar i dei ulike tenestene vera eit ”usynleg” hinder, saman med lite tverrfagleg samansetjing i tenestene. Dette er kjende problemstillingar. Når nye tiltak skal implementerast, krevst eit forpliktande langvarig samarbeid som inkluderer vilje, tålmod, målretting, systematikk og kompetanse. Mandatet frå HV-sjefen var kanskje ikkje tydeleg nok, og det var såleis vanskeleg frå mi side å påleggja den enkelte tenesteleiar å forplikta seg til å følgja opp tiltaka i PBU.

Erfaring frå rolla som prosjektleiar og medansvarleg for implementering av tiltaka i PBU, var spennande og nyttig, men krevjande. I etterkant ser eg at behovet for forankring i leiinga er heilt nødvendig for å få gjennomslag for at tiltak vert prioritert i den enkelte tenesta opp mot ”primær oppgåver”. Innimellom kjente eg på at dette var dels mitt og leiargruppa sitt prosjekt, og at tilsette i den enkelte avdelinga hadde lite eigarforhold til tiltaka.

What`s in it for me?

I tillegg til auka stillingsressurs til psykologtenester for barn og unge i kommunen og nytt innhald i jobben, brukte eg kartlegginga frå PBU som grunnlag for det skriftlege arbeidet til spesialiteten i samfunnspsykologi - *”Prosjekt barn og unge” eit tverrfagleg utviklingsarbeid. Oppsummering av kartlegging i barnehage og skule i eit samfunnspsykologisk perspektiv.* Problemstillinga var i kva grad resultatet frå kartlegginga var relevant, og kunne bidra til utvikling og konkretisering av tverrfaglege strategiar og tiltak, med følgjande oppsummering:

For å utvikla det tverrfaglege samarbeidet må tenestene i fellesskap sjå nytteverdien, erkjenne at slike prosessar tek tid og prioritera deretter. Det er utfordrande i den daglege drifta når krevjande enkeltsaker tek mykje merksemd og kapasitet. Ei anna tydeleg utfordring er implementering av tiltak i tenestene og ta ansvar for ”felles tenking”. Tverrfagleg arbeid krev alle aktørar tek ansvar for det ”fellesområdet” i

tillegg til sine kjerneoppgåver. Ein koordinator aukar truleg sjansane for at tiltaka vert implementerte i tenestene, men målet på sikt er at tenestene tek dette ansvaret.

For mange psykologar er det som kjent ein ”bøyg” å fullføra det skriftlege arbeidet til spesialiteten. Eg kom i mål hausten 2008, medan eg var sjukemeld og tilværet elles ikkje var slik eg kunne ønskja. Det var godt å fokusera på noko eg hadde gjennomført, og som medførte mange refleksjonar rundt rollen som psykolog og eigen arbeidsplass. Så ”aldri så gale...” at det ikkje kom noko godt ut av det. Eg vart godkjend spesialist i samfunnspsykologi 2008, og seinare som spesialist i klinisk samfunnspsykologi.

Lågterskeltilbodet ”Psykolog på tvers”

Då eg tok til i jobben som kommunepsykolog, hadde eg jobba to halvår i BUP. Arbeid i psykisk helsevern gav innblikk og erfaring med ulike vansketypar, diagnostisering, behandling og samarbeid med kommunane. Arbeidet i BUP gav innblikk i måten psykisk helsevern for barn og unge var finansiert, dimensjonert og organisert på, inkl rettsgarantiar og prioriteringar. Personleg og fagleg vart det ”litt trongt” for meg i sjukehuskorridorane, men det var nyttig med tanke på etablering av eit kommunalt lågterskeltilbod for barn og unge. Tilbodet vart utforma saman med leiargruppa i Helse og Velferd, men eg hadde naturleg nok stor innverknad på val av organisering, målgrupper, arbeidsmetodar og samarbeid med andre. Det var hensiktsmessig og nødvendig å ha lett tilgang på BUP, med innarbeidde samarbeidsrelasjonar, både for å ivareta kvalitet og forsvarleg behandling. Fagpersonane på BUP vart, og er framleis ein svært viktig drøftingspart i enkeltsaker. Etter kvart er fastlegane i kommunen blitt ein nyttig og nødvendig samarbeidspart. *Psykolog ”på tvers” vart omtalt slik - Eit av tiltaksområda i prosjektet er utvikling av eit lågterskeltilbod, med vekt på korttidsbehandling, vegleiing og konsultasjon. I første omgang er det tilsett psykolog som kan nyttast på tvers av tenestene – helsestasjon, fastlege, PPT og barnevern.*

Barn og unge 0-20 (23) år, og foreldre skulle få direkte tilgang til Psykolog ”på tvers”. Målet var å prioritera dei yngste, i eit samarbeid med helsestasjon. Barnehage og skule, og andre kommunale tenester kunne også få tilgang med samtykke frå foreldre. I aldersgruppa 16-20 år var det eit stort behov for lett tilgjengeleg psykologtilbod, ma fordi gruppa er lite hjelpeskjande på eiga hand, og tilgangen på psykolog i den fylkeskommunale PP-tenesta var liten. BUP er relativt lett tilgjengeleg med utekontor i kommunen, men ventetida kan bli lang, som kan vera lite tenleg for unge sitt behov for hjelp. I overgangen frå ungdom til vaksen, er det ei utfordring med heilskaplege og samordna tenester med ulike aldersgrenser og ansvarsområde.

Tilvisingsgrunnar kunne vera generell uro for barn og unge si utvikling, tidlege teikn på psykiske vanskar som angst, depresjon, åtferdsproblem, skulevanskar og mistrivsel for å nemna nokre. Også vanskar i foreldrerollen eller i familien, og akutte hendingar der barn og unge var involvert, var nemnt som grunnar for kontakt. Skrifteleg tilvising var ikkje naudsynt, og kontakten kunne gjerast direkte eller indirekte gjennom andre tenester. Arbeidsmåtene var direkte kontakt med barn, unge og foreldre i form av samtalar, vegleiing og samarbeid med andre tenester. Andre arbeidsmåtar var vegleiing og konsultasjon, deltaking i fellessamtalar med andre tenester, og medvurdering og tilvising til spesialisthelsetenesta der det var naudsynt. Tenesta skulle vera gratis og ha kort ventetid. Tilbodet vart definert som ei helseteneste etter Lov om helsepersonell og kommunehelselova (no Helse og Omsorgslova). Journalplikta skulle ivaretakast i helsestasjonen sitt journalsystem, men i separat journal, *Psykologtjenesten*. Helsestasjonen er i praksis kommunen sitt primære lågterskeltilbod for barn, unge og foreldre. Bruk av psykologkompetansen skulle bidra til å utvikla det tverrfaglege samarbeidet på helsestasjon. Tilbodet vart omtalt og marknadsført på leiarmøte og personalmøte i barnehage og skule, på foreldremøte og i dei ulike tenestene.

LITT STATISTIKK FRÅ TILBODET

Psykologtenesta er lokalisert i PPT sine lokale, nær barnevernstenesta. Føresette og samarbeidspartar kunne ta direkte kontakt på telefon eller sms. Målet var å gje eit tilbod innan to veker. Innleiande samtale vert gjennomført på ulike måtar og på ulike arena etter behov. Barn og unge møter i hovudsak saman med foreldre. Samarbeidspartar kan møta saman med føresette og/eller ungdom. Psykologen kan også møta til fellessamtale på samarbeidspartnar sine kontor. Samtalar med barn og unge vert ofte gjennomført på skulen. Fleksibilitet i høve til behov og problemstilling vert vektlagt. Etter innleiande samtale vert det vurdert om tilbodet er eigna i høve til problemstillinga. Dersom ikkje, bistår psykolog med kontakt til rett teneste. Det vert ikkje nytta faste screeninginstrument ved inntak, kun eit klinisk intervju som inkluderer bakgrunnsinformasjon, anamnese, aktuell situasjon og rapporterte vanskar. Nokre gonger nyttar eg verkøy som SDQ, BDI – II, ASEBA, KOR, for å nemna nokre. I den individretta kontakten har eg mitt faglege rammeverk frå eklektisk og ressursorientert tilnærming, og vektlegg kontekst i stor grad. Kognitive verkøy finn eg nyttige i problemstillingar knytt til angst og traume. Det relasjonelle perspektivet er grunnleggjande i all behandling, og teori og metodikk knytt til mentalisering og emosjonell regulering er etterkvart blitt ei referanseramme eg set behandlinga inn i.

Psykolog "på tvers" starta hausten 2007 og har vore i jamn drift fram til no, om lag 50 % stilling. Over 200 barn, unge og foreldre har nytta tilbodet

I starten vart alle aktive saker registrert (*) uavhengig av når dei vart tilvist, og frå 2010 kun tal nye saker. Statistikken er ikkje heilt eksakt fordi det har vore vanskeleg å henta ut eigna rapportar for tenesta i journalsystemet. Tal saker i starten indikerer at tilbodet var i ein startfase og ein lengre sjukemeldingsperiode hausten 2008. Anslagsvis vert mellom 60 og 80 saker følgt opp årleg, som inkluderer korttidsoppfølging, lågfrekvent oppfølging over tid for nokre og langtidsoppfølging i nokre få saker.

Foreldre er dei som oftast kontakta tenesta, men då som regel etter råd frå andre tenester. Foreldre som har vore i kontakt med tenesta tidlegare, tek lettare ny kontakt. Svært få ungdomar tek kontakt på eiga hand. I starten nytta helsestasjonen tilbodet oftast, men mindre dei seinare åra. Det kan ha samanheng med at barnehagane dei siste åra har lett tilgang på eit pedagogisk fagteam som også helsestasjonen samarbeider med. I tillegg til foreldre, er det no fastlegane som tilviser dei fleste. Det kan vera eit resultat av at andre tenester, som skulehelsetenesta og utekontakt ber foreldre oppsøkje lege i forkant av tilvising, og at tenesta er innarbeidd som del av tenestetilbodet for barn og unge. Og alternativt, fordi tilbodet er lettare tilgjengeleg enn BUP. Rådgjevarane i den vidaregåande skulen er også blant dei som tek ofte kontakt. Noko av forklaringa kan vera at OT/PPT i kommunen har liten tilgang på psykolog. Nokre gonger ber BUP om oppfølging etter avslutta behandling eller dersom det av andre grunnar ikkje let seg gjera at BUP kan følgja opp. Det kan vera interessant å sjå nærare på denne aldersgruppa

	2007-08	2009	2010	2011	2012	Aug 2013
Jenter	13	17	36	20	28	31
Gutar	8	19	24	16	22	13
Sum pr år	21*	36*	60*	36	50	44

sitt tenestetilbod, td om Kvam her ”overtek” noko av psykisk helsevern sitt ansvar eller at tilbodet ”hindrar” ungdomane å få tilgang på spesialisthelsetenester der det er naudsynt. Også i kommunen er det behov for å arbeida tettare saman for å gje ”rett teneste til rett tid”, i skjeringspunktet mellom helse og utdanning for aldersgruppa 16-20 (23 år). I starten hadde psykologtenesta jamlege møte med både barnevern, PPT og helsestasjon, for å drøfta saker anonymt, for å bli kjent med tenestene og for å seinka terskel for kontakt. Dette er blitt mindre systematisk etterkvart, kanskje fordi tenesta no er innarbeidd. Behovet er truleg like stort som før, men mindre prioritert.

Litt fleire jenter enn gutar har hatt kontakt med tenesta. Det er færrest tilviste før skulestart, og om lag likt fordelt mellom barne-, ungdoms- og vidaregåande skular, med litt variasjon frå år til år. I 2011 var nesten halvparten nytilviste over 16 år. Emosjonelle vanskar har i all hovudsak vore grunn for tilvising; angst, depresjon, tilpassings- og traumereaksjonar. I over halvparten av sakene er det oppgitt belastningar som er kjende risikofaktorar som kan resultera i psykiske helseplager. Døme kan vera brå og dramatiske hendingar i familie/nettverk, rus og psykiske vanskar i familien, skilsmisse, konflikthar mellom foreldre, fosterheim, vald, langvarig eller akutt traumatisering, flytting, ”ny i Norge”, mobbing, eigen funksjonshemming. I starten var det litt fleire ”skulesaker”, men no er dei i mindretal. Dei fleste får tilbod innafør ramma av 1-10 kontaktar, mellom 10-20 har fått lengre oppfølging og omlag 10 % har teke ny kontakt. Tenesta samarbeider med barnehage og skule i om lag halvparten av sakene.

Det er ikkje gjennomført brukarundersøking med tanke på ”opplevd nytte og adekvat hjelp”. Det er interessant å få kunnskap om tilbodet vert oppfatta som lett tilgjengeleg, med låg terskel for kontakt. *Basert på informasjon frå samtalan har om lag 2/3 gjeve uttrykk for at tilbodet har vore til nytte og hjelp i høve til presenterte vanskar. Inntrykket vert stadfesta av*

samarbeidspartane. Når det gjeld ventetid har ingen venta lenger enn 1 mnd (frå ”årsrapport” august 2009). Brukardialog er ein kontinuerleg prosess i kontakten med barn, unge, føresette og samarbeidspartar. KOR – Klient og Resultatstyrt behandling (Scott og Miller) kan bli aktuelt å nytta som evalueringsverktøy, men er enno ikkje innført som fast metode, berre i nokre enkeltsaker.

KLIENSTRENTERT KONSULTASJON OG VEILEDNING

Psykolog ”på tvers” tilbyr også konsultasjon og vegleiing til kommunale samarbeidspartar, barnehage og skule. Slik bistand vert gjeve med samtykke frå føresette eller etter reglar for anonym drøfting, anten på telefon eller i direkte møte. Anonyme konsultasjonar vert definert som fagleg støtte knytt til ei konkret problemstilling. Når det vert gjeve konsultasjon med samtykke, vert det tilrådd at føresette/ungdom får tilbakemelding om utfallet av konsultasjonen. Bruk av konsultasjon kan å bidra til å dela psykologisk kunnskap med andre faggrupper. I starten var det helsestasjon som oftast ba om konsultasjon, no er det meir jamt fordelt mellom avdelingane. For å opparbeida samarbeidsrelasjonar ”på tvers” deltok eg jamleg på fagmøta i PPT, barnevernstenesta og på helsestasjonen, med høve til å gje konsultasjon til heile eller delar av personalgruppa. I ein periode hadde eg faste møte med utekontaktane og helsesøster på ungdomsskulane, som møtte mange unge i sin praksis. Men erfaringa tilseier at det er lettare for tenestene som ligg ”vegg i vegg” å ta kontakt for slik drøfting, altså at nærleik aukar sjansen for slik drøfting og samarbeid.

VURDERING AV LÅGTERSKELTILBODET

Det er og har vore nyttig å få informasjon om og i kva grad tilbodet er innretta slik at det kan vera ein modell for kommunalt psykologarbeid for barn og unge. Årsstatistikkar og oppsummeringar, tilbakemeldingar frå samarbeidspartar og tilvisar, gjev grunnlag for å vurdere om tilbodet er ”treffsikkert”. I tillegg kan vurdering av utvikling og trendar i tilvisingane og ikkje

minst opplevd nytte og hjelp, vil vera framtidige viktige styringsindikatorar. Journalsystemet bør tilpassast slik at det let seg gjera å ta ut rapportar som er nyttige for å evaluera tenesta. Målet var at tilbodet særleg skulle støtta opp om helsestasjon og skulehelsetenesta. Tilbodet er ikkje blitt godt nok integrert i helsestasjon slik tenkt i starten. Skulehelsetenesta har derimot nytta tilbodet, som ein stad å tilvisa når det var bekymring for den psykiske helsa. Ved å gjera tilbodet tilgjengeleg for mange, har det kanskje gått utover denne prioriteringa.

Spørsmåla er mange, som i Samhandlingsreforma – kva er rett hjelp til rett tid for kven ?

- Er tilbodet slik at det kan kallast eit lågterskeltilbod for alle i målgruppa ?
- Er det slik at det er kun dei med lette og moderate vanskar som skal få tilbod ?
- Kjønnfordeling og alder ?
- Får målgruppa hjelp i andre kommunale tenester ? I så fall kor og kva hjelp ?
- Kva betydning har lokalisering og organisering ?
- Er behandling av lette og moderate psykiske helseplager å ”trø i andre sitt bedd” ?
- Mange rapporterer om kjente risikofaktorar, kunne noko vore gjort før ?
- Kva er verksam hjelp innan rammene av 10 timar ? Og for kva vanskar ?
- Kvalitetsutvikling av tenesta. Kva er god nok kvalitet ?

Og truleg fleire svar. Etter mi vurdering bør problemstillingane gjelda alle tenester og tiltak for barn og unge, og bør stillast så ofte ein kan, ved jamleg evaluering av tilboda. Sidan oppstart har eg hatt årlege drøftingar med HV-sjef og no Oppvekstsjef om meir hensiktsmessig organisering av tilbodet, og særleg stillinga. Psykologtilbodet bør betre integrert med andre tenester som gjev liknande tilbod til barn og unge, td utvida helsestasjon og skulehelseteneste, familieteam, *Familiens Hus*. Argument som talar for det er å ivareta kvalitet på tenesta, både for den enkelte brukar og for psykologen. Det bør ikkje utvikla seg ”privatpraksis”, som i tillegg blir sårbar i høve til fråvær, vakansar og nyttilsetjingar. Mi

vurdering er dessutan at eit kommunalt lågterskeltilbod for barn og unge bør vera tverrfagleg samansett.

Interkommunalt samarbeid

Våren 2010 starta samarbeidet med Jondal kommune om kjøp av *kommunepsykologtenester for barn, unge og familiar*. På den tida var psykologen i PPT i permisjon, Jondal hadde behov for psykologtenester og eg hadde litt ”ledig tid”. Dessutan hadde eg god kjennskap til kommunen gjennom arbeid i PP-tenesta. Reisetid til næraste tilbod innan psykisk helsevern for barn og unge var lang. Hausten 2010 undertekna Jondal og Kvam ein 3-årig avtale om kjøp av Kommunepsykologtenester for barn, unge og familiar, tilsvarande 30 %. Tilbodet vart evaluert hausten 2013, og avtalen vart forlenga med 3 nye år. Tenester innan helse og opplæring vurderer at tilbodet er lett tilgjengeleg og til hjelp for den enkelte. Innhaldet i tilbodet er om lag som i Kvam. Stillinga er organisert i eining for helse med kommuneoverlegen som fagleg leiar. Det er utekontor i kommunen ein dag i veka. Kontorstaden vekslar mellom skulen og helsesenteret, der også helsesøster, jordmor, legar og psykisk helse er lokalisert. Samarbeidet med skulen og helsepersonell er tett, og i hovudsak på individnivå. Samarbeidspartar tek raskt kontakt, både innan helse og opplæring. Så tilgjengeleg at eg kan ta inn foreldre og elevar ”på dagen” om eg har ledig tid. Mellom 10-15 nye barn, unge og familiar har hatt kontakt med tenesta pr år etter oppstart, om lag 20 aktive saker i året. Nokre få har fått langtidsoppfølging over fleire år. Litt av grunnen er truleg lang reiseveg til spesialisthelsetenesta. Barn, unge, foreldre og samarbeidspartar rapporterer at lett tilgang på psykolog er hensiktsmessig og nyttig. Tilvisingsgrunnar, omfang av tilbodet og samarbeid er om lag som i Kvam. Svært få under skulealder har vore i kontakt med tenesta. Det kan skuldast at dei ikkje kjenner tilbodet godt nok, at vanskaner er for små eller dei får hjelp andre stader. Også helsestasjonen i Jondal har lite samarbeid med barnehagen. Dette er eit prioritert område framover. Trass små forhold er særleg samar-

beidsrelasjonane mellom opplæring og helse lite utvikla på systemnivå, slik eg har fått innblikk i. Eg har etterspurt ein meir overordna diskusjon om organisering av tenester i helseavdelinga, og arbeid for å samla den førebyggjande tverrfaglege innsatsen framover.

Jondal og Kvam samarbeidde om prosjektet *Modellutprøving for psykologar i kommunen* i regi av Helsedirektoratet, 2009-2012. Saman med kommuneoverlegen og prosjektleiar for Samhandlingsreforma bidrog eg til at det vart sendt ein søknad i 2009. Kommunane fekk midlar til eit interkommunalt prosjekt, for målgruppa vaksne, organisert i avdeling for psykisk helse. Rekruttering viste seg å vera utfordrande, men i juni 2011 var psykologen på plass. Psykologen slutta dessverre før årsskiftet i 2012, og prosjektet vart ikkje ført vidare. Søknaden var lite forankra i organisasjonen og avdeling psykisk helse der stillinga var organisert. Samstundes var kommunen inne i ein periode der ”sparing” var prioritert. Helsedirektoratet har lyst ut nytt rekrutteringstilskot for psykologar i kommunen. Kommunen søkte igjen, fekk tilskot og skal i desse dagar rekruttera psykolog til stilling i avdeling for rus og psykisk helse. Igjen kan samarbeid med Jondal kommune vera aktuelt. Kollega- og fagfellesskapet i perioden var viktig og nyttig for begge psykologane, både med tanke på teneste- og kvalitetsutvikling og gjensidig støtte. Psykologen som er tilsett i PPT bør også delta i dette fellesskapet. At det er psykologar i kommunen som kan bidra til at det vert søkt, har innspel til utforming og forankring av stillinga, er etter mi vurdering avgjerande for korleis psykologen kan nyttast i det kommunale tverrfaglege psykiske helsearbeidet.

Prosjektet ”Ingen skal stå igjen...”

I 2010 søkte Kvam om tilskotsmidlar frå Arbeids- og velferdsdirektoratet for å motverka barnefattigdom. Med bakgrunn i arbeidet med PBU og som HV-sjefen sin medspelar i tverrfaglege prosessar, fekk eg ansvar for søknaden saman med barnevernsleiar. Prosjektet ”Ingen skal stå igjen...” er tverrfagleg, med forankring

i NAV og eining for Oppvekst. Det overordna målet er å bidra til å jamne ut skilnader hos barn og unge grunna fattigdom. Prosjektet skal bidra til at marginaliserte barn og unge skal kunne delta på linje med andre på fritids- og ferieaktivitetar, aktivitetar i skulen sin regi og få utbyte av grunnskuleopplæringa. Målgruppa er barn og unge av foreldre som mottok bistand frå NAV, og barn av foreldre som deltek i Kvalifiserings- og Introduksjonsprogrammet. Andre grunnar kan vera framandspråkeleg bakgrunn, psykiske vanskar/rus eller andre forhold som gjer at foreldre i avgrensa grad kan hjelpa og støtta borna sine. Fleire av desse familiane har også kontakt med barnevernstenesta. Tiltak som er prøvd ut i prosjektperioden; leksehjelp, ekstra støtte til fritidsaktivitetar inkludert utstyr og reiser, ferietiltak med familien eller i gruppe, utlån av instrument i kulturskulen, mødregrupper for framandspråkelege barn, utprøving av særskild metode for språklæring i barnehagen. Prosjektet skulle avsluttast ved utgangen av 2013, men kommunen fekk forlenga tilskotet eit år til. I tillegg fekk kommunen midlar til planarbeid til innsats mot barnefattigdom. Erfaringar, tiltak og strategiar frå prosjektet skal innarbeidast i kommunal integreringsplan som er under arbeid. Eg har vore prosjektleiar, og samarbeidd tett med NAV, eining for Oppvekst og Helse og Omsorg, kulturetat, folkehelsekoordinator, Grannehjelpa og frivillige lag og organisasjonar. Igjen har eg reflektert over om dette er psykologoppgåver innan mitt mandat. Svaret er at det i beste fall er eit døme på korleis psykologar kan bidra i det kommunale folkehelsearbeidet. Også i dette prosjektet, som i PBU, sit eg att med at prosjektarbeid både er spennande og utviklande, men til tider krevjande.

System- og planarbeid

Interesse for systemperspektivet og generelt for oppvekstvilkår, har følgt meg frå studietida, og var tydeleg i arbeidet i PP-tenesta. I det skriftlege arbeidet omtala eg skulen som ein svært viktig helsefremjande og førebyggjande arena, men hevda også at den kan vera ein mogleg risikoarena for nokre barn. Barn og unge er sårbare

for korleis dei blir møtt og forstått, og er i alle samanhengar avhengig av meistring og kjenna seg inkludert. I møte med tenester, tiltak og system som til dagleg møter barn, unge og deira familiar, er det nærast blitt eit mantra å oppmøda tenestene kvar på sin plass til å bidra til deltaking og meistring. Spørsmålet blir ofte – fører desse tiltaka til at det skjer? I ulike grupper, utval og fora prøver eg å bidra med kunnskap og kompetanse frå psykologien som kan vera relevant med tanke på tiltaks- og tenesteutvikling med bakgrunn i desse spørsmåla.

Fagteam for psykisk helse vart oppretta i forkant av Opptappingsplanen, eit forum for drøfting av fag- og tenesteutvikling, då med namnet *Fagteam for psykiatri*. Teamet var eit tverrfagleg forum for dei som til dagleg jobba med vaksne med omfattande og langvarige psykiske vanskar. Fokuset var på oppbygging av kommunale tenester etter nedbygging i psykisk helsevern, for vaksne som skulle skrivast ut frå institusjon. Under opptappingsplanen var fagteamet ansvarleg for planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak, og fekk ny samansetjing, med fleire medlemmer frå tenester for barn og unge. Vidareføring av tiltak vart konkretisert i *Kommunal plan for psykisk helsearbeid*, der både PBU og lågterskeltilbodet vart forankra. Fagteamet har også fungert som kommunen sitt psykososiale kriseteam. Saman med leiar i teamet var eg med å justera prosedyrar i tråd med ny vegledar på området, som kom i 2011 (IS-1080). Leiar i teamet har gått av med pensjon, helse- og omsorgstenestene er under omorganisering og i skrivande stund er eg usikker på teamet sin status. Områda rus og psykisk helse i kommunen vert utfordra når desse skal implementerast som del av Samhandlingsreforma i 2014/15. Kommunen har teke konsekvensen av det ved å lysa ut etter *Leiar for psykisk helse og rus*. Fagteamet fekk nytt namn då planen skulle lagast, ma fordi førebygging i sterkare grad var nedfelt i planen. Namnet på avdelinga skifta også frå ”psykiatritenesta” til *Avdeling psykisk helse* (frå 18 år i Kvam). Forslag om namneendring på teamet, planen og avdelinga, var med

utgangspunkt i sentrale føringar om psykisk helsearbeid. Så her kan ein spørja om språk er makt?

Tverrsektorielt arbeid i Hardanger og Voss
Underutval for barn og unge i Voss sjukehusdistrikt vart oppretta i 2005. Utvalet er eit av fem samarbeidsutval i distriktet, som omhandlar ulike fagområde. Det er sett saman av representantar frå BUP Voss og kommunane, frå ulike tenester og faggrupper, og ein brukarrepresentant. Utvalet skal arbeida for auka satsing på førebygging, vera eit fagleg og administrativt diskusjonsforum i planlegging av nye, ev reduksjon, av tilbod, og arbeida for felles opplærings- og kompetanseheving. Eg har vore medlem i utvalet sidan det starta, og overtok leiaransvaret i år. I 2010 vart *Konsultasjonsteam for vald og overgrep* i Voss sjukehusdistrikt etablert, dels overlappande med medlemene i underutvalet. Teamet har arbeidd etter modellen med reflekterande rådgjevingsmetodikk tilrådd av RVTS. Få har nytta seg av tilbodet fram til no. Teamet har vore lokalisert på Voss, noko som medfører reiseveg for dei fleste. I tillegg til dette, er det ein kjent terskel for dei fleste å drøfta problemstillingar der barn og unge kan vera utsett for straffbare forhold. Kommunale modellar er drøfta som eit alternativ, med fagleg støtte frå BUP og underutvalet.

Hardangerkommunane var med i pilotprosjekt i regi av RBUP-Vest (no RKBU) for nokre år sidan, *Hardangerprosjektet*. RKBU sitt mandat var å prøva ut korleis dei best mogleg kunne å bidra med kompetanseheving til kommunane. Rådmannsforumet i regionen fekk tilbakemelding med tilrådingar om mogleg vidareføring av prosjektet. I tillegg til underutvalet, er det eit pågåande Samhandlingsprosjekt i regionen og ein ”kompetanseregion” knytt til opplæring. Desse ulike regionsfora innan ulike tenesteområde har dels overlappande målsetjingar innan folkehelse og førebygging, som også var intensjonane i Hardangerprosjektet. Gjennom dette arbeidet har eg som psykolog fått tilgang på andre kommunar sine erfaringar og ikkje minst

tankar om korleis ein kan utvikla tenestetilbod på tvers av kommunar, som vert aktuelt i framtidige drøftingar om kommunesamanslåing. Og – kanskje ”Hardangerpsykologane” om nokre år kan verta ein realitet, ma ved hjelp av regjeringa sitt rekrutteringstilskot og samarbeid på tvers av kommunane?

Kvam Familie- og Læringscenter

Dei kommunale tenestene er omorganisert fleire gonger sidan 2007, under to ulike rådmenn. Inntil våren 2011 var kommunepsykologtenesta i eining for Helse og Velferd. Då vart eining for Oppvekst oppretta, som inkluderte barnehage, skule, PPT, barnevern og psykologteneste for barn og unge, som HV-sjefen tidlegare tilrådde. Av faglege grunnar ønskte helsestasjon og fysioterapitenesta for barn og unge å høyra til Helse og Omsorg. Året etter gjorde ny rådmann endringar og rokkeringar i personar, stillingar og leiarstruktur. Nytt organisasjonskart og ny oppvekstsjef var på plass i januar 2013. Eining for Oppvekst organiserer no barnehage og skule, og Kvam Familie og Læringscenter som samlar hjelpetenestene, inkludert helsestasjon og skulehelseteneste.

Perioden med omorganisering og skifte av leiarar på ulike nivå, resulterte for min del i lange periodar med fråvær av leiing. Det klientretta arbeidet vart prioritert, i tillegg til oppgåver med prosjekt, grupper og utval som allereie var igang. Arbeidet har vore innretta mot brukarfokus og samarbeidsrelasjonar på individ- og systemnivå framfor organisering og leiing. Som ”avdelingsleiar” har eg leia eg meg sjølv og arbeidet i lågterskeltilbodet, noko som er lite gunstig over tid, og som igjen påpeikar behovet for betre organisering av stillinga med betre integrering med øvrige hjelpetenester for barn og unge.

I kommunens Økonomiplan for 2013-16 peika rådmannen på fleire strategiar for å betra oppvekstvilkåra for barn og unge, ma med større satsing på forebygging. Ein hovudstrategi var å etablere eit familie- og læringscenter som skal

bidra til å meir heilskapleg og samordna familjestøttande tenester i same hus. *Målet er å gje god helse og trivsel hos barn, unge og deira familiar, samt styrkja læring gjennom gode oppvekstvilkår. Målgruppa er 0-23 år.*

Oppvekstsjefen ba meg leia ei arbeidsgruppe som skulle konkretisera arbeidet med å etablere KFL innan rammene som organisatorisk eining og rådmannen sitt mandat. Tenesteleiarane i KFL, folkehelsekoordinator og oppvekstsjef deltok i arbeidsgruppa. Dette var ”kjent stoff” for fleire av dei som var med i PBU, og prosessen med ”ei dør”. Skilnaden no var eit klart mandat og forankring på politisk nivå, rådmanns- og etatsnivå, og tenestene var samla med barnehage og skule under oppvekstsjefen. Men forventningane til kommunane har endra seg dei siste åra, i form av nytt lovverk og Samhandlingsreforma. Folkehelsekoordinatoren sine synspunkt inn i gruppa gav støtte til å prioritera arbeidet og nytta kunnskapsbaserte tiltak innan forebygging og tidleg innsats. Ho bidrog også med kunnskap om kva som kan føra til auke i skilnader i helse, som sosioøkonomiske status og utdanningsnivå. Det var avsett lite tid til arbeidsgruppe, og dei fleste hadde allereie hadde mange avtalar og tiltak som forplikta. Tilrådinga om etablering av KFL bar denne gongen preg av å vera eit skrivebordsarbeid, men med god oppslutning frå arbeidsgruppa. Når både mandat og organisering er fastlagt, og lokalisering er på planstadiet, er leiing av prosessar i KFL heilt naudsynt for i større grad å lukkast. Tiltak som i første omgang vart tilrådd; felles og samordna innsats retta mot alle foreldre – ”foreldreskule”, oppretta tverrfagleg barn/unge/familieteam der psykologen inngår, og betre system for tidleg og koordinert innsats for framandspråkeleg barn og unge som flyttar til kommunen, ”Introprogram”. Samarbeid om fritidstiltak med kulturetat, Grannehjelp og frivillige lag og organisasjonar bør også prioriterast. Arbeidet vart lagt fram for kommunen si leiargruppe, på fellessamling i oppveksteininga, og i dei ulike avdelingane i KFL. På spørsmål frå rådmannen om kva som vart vurdert som det viktigast for å nå måla i

KFL. Svaret frå arbeidsgruppa var ”leiing”. Utan leiing er det vanskeleg å fremja planar og prosessar på tvers av lovverk, fag, avdelingar og innarbeidde kulturar. På oppdrag frå rådmannen har leiargruppa i Oppvekst starta å laga ein plan og er i gang med å konkretisera tiltaka ”på tvers”. Det gjenstår å sjå om tiltak og prosessar kan auka og betra den tverrfaglege samhandlinda, og byggja ein felles KFL-kultur. Til slutt vil eg nemna at i forslaget til budsjett 2014 prioriterer rådmannen at det vert tilsett leiar i KFL trass stramme rammer og reduksjon av tenestetilbodet på andre område.

Kommunepsykolog 2013

Heilt frå stillinga vart oppretta i 2007 har eg vore oppteken av at stillinga må forankrast på ein meir hensiktsmessig måte i organisasjonen, i etablerte samarbeidsstrukturar og med definerte oppgåver, rolle og ansvar. Stillinga bør ikkje vera avhengig av mine erfaringar og samarbeidsrelasjonar som psykolog. Organiseringa har fungert for meg fordi eg kjenner kommunen og organisasjonen godt, er medlem i leiargruppa og har gamle kollegaer i PP-tenesta. Den har gjeve rom for og tilgang på tvers av avdelingar i mykje større grad enn dersom eg hadde vore organisert i ei av tenestene. Denne litt ”frie posisjonen” og tilgang til tenester og fagområde ”på kryss og tvers”, mellom kommunar og sektorar, gjev høve for å ”visa fram” at psykologkompetanse kan nyttast på mange område og nivå. Nokre gonger ”trakkar eg i andre sitt bedd” og andre gonger kjenner eg meg som ein ”blekk-sprut”. Det kan liggja ein fare i å framheva at psykologar er ”svaret på alt”. Så lenge fokuset er retta på barn, unge og familiar sine behov og oppvekstvilkår, vert det som oftast godt motteke.

I det klientretta arbeidet har eg med meg noko av den ”feltprega” tilnærminga med stor grad

av fleksibilitet i møte med barn, unge og deira familiar. I samfunnspsykologien vert det omtalt som ”på egne ben i andres kontor”, ei rolleutforming eg kjenner meg igjen i og som er komfortabel med. Og som eg tidlegare i min psykologpraksis var usikker på var ”godt nok” psykologarbeid. No er eg tryggare på det, både for eigen del og for dei som nyttar psykologtilbodet. Men som nemnt over, tilbodet bør integrerast meir i dei etablerte hjelpetenestene i kommunen. Det er truleg samansette grunnar til kvifor psykologrollen har utvikla seg slik, og kanskje dei fleste er meir tilfeldige og personavhengige enn strategiske og planlagde. Kommunestorleik og ”lang og tru teneste” har kanskje mest å seia i høve til å kunna bidra på tvers og frå individ til systemnivå. Faglege preferansar, erfaringar og interesser har fått vore med å leggja føringar for innhaldet i jobben. ”Timing”, behov og øvrig tilgjengeleg kompetanse har også bidrege til utforminga. Eit forhold som har vore avgjerande for at eg er blitt værande i jobben er leiarane eg har hatt og har, som har gjeve rammer, tillit og god støtte på ulikt vis. Og reint personleg har det også handla om å gjera jobben både ”levelag” og utviklande når eg først har valt å bu i kommunen.

Referansar

”Bedre føre var” Rapport 2011:1, Folkehelseinstituttet.

Familiens Hus. Samarbeidsmodell som skal legges til rette for heilskaplege og lett tilgjengelege tenester for barn, unge og familiar. RKBU Nord og UIT.

Helsedirektoratet.

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, 2011. IS-1810, Helsedirektoratet.

Veileidar 2007

Anna Mo-Bjørkelund

Telefon: 56553050 / 56553054 Mobil: 95200535

Epost: anmb@kvam.kommune.no