

Marthe Woldmo

**FOREBYGGENDE PSYKISK
HELSEARBEID I KOMMUNENE-FRA
POLITIKK TIL PRAKSIS**



Masteroppgave i sosialfag- retning barnevern

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Samfunnsfag

Tittelside

Tittel: Forebyggende psykisk helsearbeid i kommune - fra politikk til praksis

Forfatter : Marthe Woldmo, studentnummer: s196031

Master i sosialfag retning barnevern

Fakultetet for samfunnsfag

Høgskolen i Oslo og Akershus

Utgitt: 15.11. 2017

Sammendrag

Dette masterprosjektet handler om forholdet mellom politikk og praksis i kommunalt forebyggende psykisk helsearbeid. Bakgrunnen for prosjektet er min interesse i å få vite mer om hva slags type forebyggende arbeid som faktisk tilbys. Forebyggende psykisk helsearbeid er ikke definert konkret i de mandat som er gitt til kommunen fra stat og regjering. Derfor blir hva som settes i gang av tiltak og hvordan kommunene jobber varierende blant ulike kommuner. Dette skjer som en naturlig følge av at det er opp til kommunene selv, og de fagpersonene de har ansatt å fortolke mandatet og iverksette tiltak.

Min problemstilling er todelt:

- 1) Hvordan tolkes regjeringen og statens forventninger til forebyggende psykisk helsearbeid i kommunen?
- 2) Og hvordan arbeider kommunene i praksis?

Intervju med fagpersoner i fire ulike kommuner i samme geografiske område, danner det empiriske grunnlaget for analysen. Informantene innehar ulike stillinger og roller i de fire utvalgte kommunene. Dette gir ulike perspektiver og erfaringer med det forebyggende psykiske helsearbeidet. Samtidig utgjør de alle en rolle i det byråkratiske systemet beskrevet av Michael Lipsky, med fokus på bakkebyråkratens rolle. Det er disse som har til arbeid å sette uklare og ofte tvetydige målsetninger ut i praksis.

Analysen av intervjuene viser at det er enkelte forskjeller mellom kommunenes tolkninger av det forebyggende psykiske helsearbeidet. Likevel er det store likhetstrekk mellom hvordan kommunene organiserer arbeidet. Jevnt over er hovedfokuset satt på det primærforebyggende arbeidet, hvor tverrfaglig samarbeid mellom ulike instanser står sterkt. Av tiltak så er det i stor grad åpen dør ved skolehelsetjenesten som er første prioritering av tiltak, og for informantene sett på som det viktigste tiltaket. Videre er det stor satsing på gruppearbeid som

arbeidsform med barn og ungdom. Samtlige av kommunene hadde utarbeidet mange grupper, for å møte ulike problemstillinger, og for ulike grupper ungdom. Videre viser analysen at de ansatte i kommunene bekymrer seg for sykeliggjøring av ungdom, samt behandling av ting som kan forstås som normale utfordringer i menneskets utvikling. Det er tydelig at de utvalgte kommunene jobber med mange like tilnæringsmåter, der tre av de fire utvalgte kommunene jobber med modellen utviklet av stangehjelpa i Stange kommune som ideal.

Avslutningsvis konkluderer jeg med at tydeligere rammebetingelser fra staten, der utøvelse av skjønn enda vil være en mulighet, vil være med å sikre et jevnbyrdig psykisk helseforebyggende arbeid på tvers av kommunegrensene. Selv om det faglige skjønn er viktig for å møte lokale utfordringer, vil et tydeligere mandat fra staten til kommunene være med å skape en trygghet for de ansatte i de ulike tjenestene.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Samfunnsfag

Oslo, 2017

Summary

This master thesis is about the preventative psychiatric health care for children and youths in four selected municipalities. The background for the project is my personal interest in preventative health care, with a special concern for which types of health care are provided, and to what degree these are available to the community. The details on what preventative psychiatric health care involves, is not well defined in the mandates given by the government, and the responsibility of interpreting the mandates and implementing measures is left to the municipalities. As a result, a large variation in the approach to psychiatric health care and the preventative measures taken is observed between the municipalities.

This variation forms the basis for the aim of this study, which is divided into two parts:

- 1) How do the municipalities interpret the mandates given by the government on preventative psychiatric health care?
- 2) How is preventative psychiatric health care carried out in the municipalities?

The empirical basis of the analysis consists of interviews with competent personnel in four municipalities located in the same geographical area, the south-east of Norway. The positions held by the informants vary, providing diverse perspectives and experiences with regards to psychiatric health care. Moreover, they complement each other in the bureaucratic system as described by Michael Lipsky, focusing on the role of street level bureaucrats tasked with implementing the obscure and often ambiguous objectives included in the mandates.

Although the interview analysis shows differences between how the municipalities interpret the mandate for preventative psychiatric health care for children and youth, there are more similarities when it comes to the practical implementation of the policies. The main focus is on the primary preventative work, where intersectional collaboration is the preferred mode of action. An open door policy in the school health services is a priority. Furthermore, teamwork

seems to be the preferred mode of action when working directly with children and youth, where all municipalities are arranging groups for different purposes and different groups of children and youth. The interviewed personnel shared a concern about pathologisation of youth, and treating things that otherwise can be seen as a normal part of human development.

While several models are at work, “Stangehjelpe”, a model for practice developed in the Municipality of Stange, serves as an ideal for three of the municipalities.

In conclusion, a well defined governmental framework that still leaves room for judicial assessment, will assist to ensure that the preventative psychiatric care measures are comparable between different municipalities. To face local challenges, the capacity for judicial assessment is important, and a more clear-cut mandate from the government will provide a safer environment for health care service professionals to operate in.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Samfunnsfag

Oslo, 2017

Innhold

Forord	1
1.0 Introduksjon	2
1.1 Hensikt med studien og problemstilling:.....	3
1.2 Økt fokus på psykisk helse blant barn og unge:.....	4
2.0 Psykisk helse og forebyggende psykisk helsearbeid	8
2.1 Psykisk helse:.....	8
2.2 Forebyggende psykisk helse arbeid:.....	9
2.3 Behandling:	11
2.4 Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser:.....	11
2.5 Forebyggende psykisk helsearbeid i Norge gjennom de siste 200 år:.....	12
2.6 Sårbare / vanskeligstilte barn:	16
2.6.1 Resiliens hos de sårbare barna:	17
2.7 Tidlig intervensjon:	18
3.0 Bakkebyråkratene og den kommunale praksis.....	20
3.1 Kommunens oppgaver i psykisk helsearbeid for barn og unge:	20
3.2 Bakkebyråkrati:.....	20
3.2.1 Bakkebyråkratenes politiske makt:	23
4.0 Metode.....	24
4.1 Valg av innsamlingsmetode og informanter:	24
4.2 Utvalget	26
4.3 Intervju med kommunalt ansatte:	26
4.4 Transkribering og analyse:	27
4.5 Forskningsetiske spørsmål:.....	27
5.0 Bakkebyråkratenes fortolkninger og deres valg av arbeidsmetoder.....	30

5.1 Fokus på primærforebygging- bakkebyråkratenes politiske makt:	30
5.2 Tverrfaglighet:	32
5.3 Personavhengig eller ressursavhengige fortolkninger:	34
5.4 Gruppearbeid:	36
5.5 Åpen dør:.....	38
5.6 Psykologbehandling i kommunen.....	39
5.7 Sykeliggjøring av barn og ungdom:.....	41
5.8 Høyterskelsamfunnet- kvalitetstid:	43
5.9 Stangehjelpa- det gode eksempelets makt:	45
5.10 Ressursmangel, eller bare en unnskyldning?	46
6.0 En oppsummering av hovedfunn fra intervjuene	49
6.1 Hovedfokus på primærforebygging – Er risikobarna mer utsatt?:.....	49
6.2 Arbeidet er person og ressursavhengig:	50
6.3 Fokus på tverrfaglighet:.....	50
6.4 Det viktigste tiltak er en åpen dør:.....	51
6.5 Satsing på gruppearbeid:	52
6.6 Sykeliggjøring av barn, og behandling i kommunen:.....	52
6.7 Stangehjelpa- det gode eksempelet:.....	53
7.0 Implikasjoner av ulikhet i tolkninger og praksis	54
8.0 Avslutning	56
9.0 Referanser	58
10.0 Appendix.....	63
10.1 Intervjuguide nr 1.....	63
10.2 Intervjuguide nr 2.....	64

Forord

Dette masterprosjektet er gjort av Marthe Woldmo, skoleåret 2016/2017. Jeg jobber for en liten kommune i Østfold, i en stilling som er rettet nettopp mot psykisk helseforebyggende arbeid hos barn og unge. Jeg er derfor veldig interessert i hva som kreves og forventes av kommunen i dette arbeidet, for å utvikle meg mest mulig som fagperson, og ikke minst gjøre en nyttig jobb.

I mitt arbeid som sosialarbeider, undres jeg stadig over hvor lite konkrete retningslinjer det er innenfor vårt fagfelt. Mitt ønske som fagperson vil være å kunne utnytte min stilling til det fulle, og forsøke å arbeide mest mulig effektivt, samt sikre god kvalitet i den jobben jeg gjør. Jeg ønsker at mitt arbeid skal kunne bidra til en positiv utvikling på de brukerne jeg følger opp. Jeg opplever dette utfordrende da jeg føler usikkerhet rundt staten og regjeringens forventninger til mitt arbeid som sosialarbeider i kommunen.

Denne studien har foregått i Østfold kommune, i samarbeid med Høgskolen i Oslo. Jeg vil takke min veileder Randi Wærdahl for god veiledning, mye tålmodighet, hjelp og støtte gjennom prosjektet. På tross av mye sykdom og utfordringer, har jeg likevel ferdigstilt en masteroppgave, takket være Randi og hennes gode veiledning.

Jeg vil også takke min arbeidsplass Hobøl kommune for muligheten til å fullføre min mastergrad. En spesiell takk til min leder Liv Høgås Steen som har tilrettelagt min arbeidshverdag, og gjort dette mulig for meg.

Jeg vil også takke min nærmeste familie, spesielt min samboer Tommy Sand for god moralsk støtte og oppmuntring underveis. Også en stor takk til Cyril Frantzen som har veiledet meg med i forhold til korrektur og skriveteknikk.

Marthe Woldmo

Skiptvet, 14.11.17

1.0 Introduksjon

Forskning har vist at mildere psykiske plager er mer utbredt i ungdomsbefolkningen enn hva man tidligere har antatt. I følge Nova rapportene 7,8 og 10 (2015-2017) har en av tre 16-åringer en gang i livet hatt symptomer som oppfyller kriteriene for psykiatriske diagnoser. Det er ulike former for diagnoser, eksempler på dette er atferdsforstyrrelser, angst eller depresjon. En av tre 16-åringer er en skremmende stor andel ungdommer med psykiatriske diagnoser. Slike funn skaper bekymring og behovet for nye og bedre tiltak tydeliggjøres. Et av regjeringens svar på dette har vært å legge forsterket vekt på forebyggende psykisk helsearbeid i kommunene. ”Forebygge mer, for å reparere mindre” (Stortingsmelding nr. 16, 02/03).

Stortingsmeldingene og veiledningene er imidlertid ganske vage på hvordan dette arbeidet skal foregå, dermed er det stort rom for kommunene selv til å fortolke mandatet, og selv bestemme hvilke tiltak som passer best for deres kommune. Gjennom å intervjuere kommunalt ansatte som har ulike roller i denne satsningen, ønsker jeg å få en forståelse av hvordan ulike kommuner og ulike roller i kommunen fortolker mandatet, og omsetter disse fortolkningen til tiltak i sine kommuner.

Her er et utdrag fra sosial og helsedirektoratets veileder for forebyggende arbeid i kommunen (2007), som jeg i denne oppgaven har tatt utgangspunkt i: «*Psykisk helsearbeid for barn og unge omfatter tilbud til risikoutsatte barn og unge og forebygging for å hindre utvikling av psykiske lidelser, rusavhengighet og andre psykososiale problemer. Kommunenes ansvar til barn og unge omfatter blant annet lavterskeltilbud som tilbyr utredning, behandling og oppfølging av barn, unge og deres familier. Kommunale tjenester skal styrkes med bl.a. psykologer og høgskoleutdannet personell med videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.*» Dette er dermed regjeringen og statens bestilling til kommunene, når det kommer til psykisk helsearbeid for barn og ungdom (Brustad og Bekkemellem, 2007).

Det er nettopp denne form for bestillinger og forventninger kommunene skal arbeide ut i fra. Dette utdraget gir grunnlag for diskusjon. Hvem er disse risikoutsatte barna? Hvordan konkret forebygger man, og hindrer utvikling av psykiske lidelser, rusavhengighet og andre psykososiale problemer? Er dette mulig i praksis? Hvilke tiltak skal iverksettes? Tilbyr vi i praksis utredning, behandling og oppfølging ute i kommunene, og i så fall, hva legges i dette?

Jeg syntes det er veldig interessant å se hvordan andre kommuner og andre fagpersoner har valgt å tolke mandatet, og ikke minst hvordan de arbeider i praksis. Hva opplever kommuner at fungerer i praksis, og hva fungerer mindre godt?

Oppdraget fra staten og beskrivelsen fra regjeringen er vag. Det står noe om hva som kreves og forventes av kommunen, men det står ingenting om hva som ligger i denne forebyggingen, utredningen og behandlingen av barn og unge. Det står ingenting om eksakte tjenester, hva som forventes av tiltak, eller hvordan man bør gå frem i arbeidet. Jeg mistenker at dette kan gi stort spillerom, ulike tolkninger av retningslinjene i ulike kommuner. Vil tilbudet variere ut i fra hvilke personer som sitter i ulike roller, i kommunene? Hvor stort fokus settes på forebyggende arbeid i kommunen? Hvilke ressurser finnes innad i kommunene, som økonomi og fagkompetanse? Jeg undres hvordan disse forskjellene mellom kommune arter seg. Er det for tilfeldig hva slags oppfølging og hvilke tjenester barn og unge får, ut i fra hvor de bor geografisk i landet, og hvem de møter av fagpersoner?

1.1 Hensikt med studien og problemstilling:

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan ulike fagarbeidere og kommuner tolker mandatet fra staten, rundt forebyggende psykisk helsearbeid hos barn og unge. Den vil kunne illustrere forskjeller i tolkninger, og dermed forskjeller i arbeidet og tiltak ute i kommunene. Studien vil også kunne være med på å gi en pekepinn på hva som fungerer, og hva som ikke fungerer like godt i forebyggende psykisk helsearbeid. Studien vil være med å sette lys på tilfeldighetene som driver forebyggende arbeid i kommunene, og vil illustrere hvor viktig de ansatte i de ulike stillingene er. Avslutningsvis håper jeg studien vil være et lite bidrag til å styrke fokuset på viktigheten av forebyggende arbeid hos barn og unge. Det å iverksette tiltak, før problemene oppstår, og kunne bidra til å lage en lettere og bedre oppvekst/ ungdomstid for barn generelt.

Personlig vil jeg bruke studien til å utvikle min egen stilling som barn og ungdoms terapeut. Jeg håper å få inn data som kan gi meg en pekepinn på hvor jeg bør gå videre i mitt arbeid, og hva jeg kan gjøre annerledes og bedre i arbeidet.

Det er mange spørsmål en kan stille seg rundt forebyggende psykisk helsearbeid.

Problemstillingen skal dekke det som er vesentlig, men samtidig være konkret nok til å kunne besvares. Denne studien vil handle om hvordan det statlige oppdraget tolkes av ulike ansatte,

i de kommunene som er med i undersøkelsen. Videre vil det handle om hvordan disse ansatte omsetter oppdraget til praktiske tiltak. Hvilke tiltak og hva slags arbeid blir gjort av de ansatte i kommunene, og hva begrunnes dette med?

Problemstillingen for det empiriske arbeidet deles i to:

- Hvordan tolkes regjeringen og statens forventninger til forebyggende psykisk helsearbeid i kommunen?
- Hvordan arbeider kommunene i praksis?

På bakgrunn av dette vil det være mulig å diskutere implikasjonene av regjeringens satsning på forebyggende psykisk helsearbeid.

1.2 Økt fokus på psykisk helse blant barn og unge:

Temaet forebyggende psykisk helsearbeid hos barn og unge tar stadig større plass i samfunnet, også igjennom norsk helsepolitikk. I Stortingsmelding nr. 16 ble det beskrevet at det var et stort potensial for forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge. Dette feltet har siden årtusenskiftet fått stort fokus i Norsk politikk, og stadig mer plass ute i kommune Norge. Gradvis har forskning vært med på å fremme det psykisk helsefremmende arbeidet. I statsbudsjettet for 2017, ble det lovet enda mer midler til forebygging, behandling, økt opptrapping av skolehelsetjeneste, tidligere hjelp til de som sliter i skolen og et folkehelseprogram med fokus på økt trivsel.

For å kunne arbeide målrettet med forebyggende arbeid, må man ha en oversikt over hva som skal til for å gi barn gode rammer for sin utvikling, samt hvilke faktorer og hvilke arenaer i barnas liv som påvirker barnas psykiske helse. Man må kunne se skillet mellom vanlige utfordringer i tenårene, i motsetning til alvorlige og mer behandlingstrengende plager. I følge en rapport fra folkehelseinstituttet, skrevet av Helland og Mathisen (2009) er det flere faktorer som er med å påvirke barn og unges psykiske helse. Rapporten baserer seg på forskning gjort på 900 tenåringer mellom 13 og 15, og deres foreldre. De har fokusert på 4 hovedarenaer der det jobbes direkte for å forbedre forebyggende arbeid.

Den første arenaen er familien. Forskningsrapporten hevder at barn som vokser opp i familier med rus, psykiatri og eller vold har mye større risiko for å utvikle psykisk sykdom. Likevel er det slik at flertallet av barn med psykiske plager kommer fra helt «vanlige» familier.

Forebyggende arbeid må derfor skje på flere plan, men mye kan gjøres hjemme i familien. Rapporten hevder at kvaliteten på de nære relasjoner man har, både til familie, omsorgspersoner og venner, er svært knyttet til den psykiske helsen til barn og unge. Disse nære sosiale relasjonene gir barn støtte og omsorg, som er med på å skape trygghet hos barnet. Forebyggende arbeid kan gjøres direkte inn i familien, som for eksempel foreldreveiledning i ulike stadier av barnets oppvekst. Dette kan være med å bedre familieforholdene, og skape tryggere relasjoner innad i familien. Det står videre i rapporten at barn og foreldre generelt ønsker mer tid sammen, at kvalitetstid som familie for mange er et savn. I følge undersøkelsene ønsker tre av fire fedre, seks av ti mødre, og halvparten av ungdommene mer tid sammen med familien (Hellan & Mathisen, 2009).

Flere forskere har vært opptatt av hvordan man identifiserer de barn og unge som står i risikozonen for å utvikle psykiske problemer eller bli sosialt marginalisert (Kvelling, 2012). Andre forskere har vært kritisk til å identifisere slike risikobarn ut i fra individuelle faktorer eller målbare kjennetegn ved familien. Her legges det vekt på at resiliens, eller motstanden mot psykiske problemer eller sosialt utenforskap, må forstås som en kombinasjon av barnets personlige risikofaktorer, og hvordan de inngår i sine ulike sosiale arenaer (Ogden, 2013). Andre har påpekt at selvhevdelse og selvfølelse er det som i størst grad beskytter individet fra sosialt, akademisk og kulturelt utenforskap, og at denne selvfølelsen i stor grad bygges gjennom positive og tillitsfulle relasjoner til både jevnaldrende og voksne (Wærdahl, Nilsen, Svartstad & Jentoft 2017).

Den neste arenaen som Hellan & Mathisen (2009) nevner i rapporten er skolen. Her fremkommer det at skolemiljøet påvirkes av både faglige og sosiale forhold. Skolen har derfor et ansvar som arena å skape trygge forhold, og ha kompetanse til å plukke opp de som sliter psykisk eller er risikoutsatte. Lærerne spiller viktige roller i barnas liv, de tilbringer mye tid med dem, og har på denne måten mulighet til å gjøre en forskjell. Rapporten sier at det er sammenheng mellom barnas holdninger til skolen, og den støtten de føler de får fra lærerne. Lærerne er kanskje ekstra viktige for barn med få andre støttende voksenpersoner rundt seg, og for de med psykiske vansker. Lærerne bør strebe etter å plukke opp dette, få barna i tale og eventuelt hjelpe til med videre henvisning til helsehjelp om det er nødvendig. Skolen kan også være en arena som kan hjelpe ungdommene i forhold til kosthold og ernæring. Dette ved og for eksempel ha gratis skolefrokost. Kosthold er som kjent med å påvirke ungdommenes

fysiske og psykiske prestasjonsnivå, og vil på denne måten bli likt for alle barn uansett bakgrunn og oppvekstvilkår (Hellan & Mathisen, 2009).

Den neste arenaen som nevnes av Hellan & Mathisen (2009) er fritiden. Rapporten hevder at ungdom som opplever å ha gode relasjoner til jevnaldrende, har mindre risiko for å utvikle psykiske lidelser. Dette er i tråd med funnene fra levekårsundersøkelsen blant barn på Sørlandet, hvor det nettopp er det å ha folk å snakke med og venner å være sammen med er det som styrker et barns selvfølelse, som igjen har stor betydning for dets psykiske helse (Wærdahl et. al 2017). Gode vennskap kan skapes i barnehage og skoleinstitusjoner. Derfor må det legges til rette for å kunne utvikle vennskap her, dette både fra de ansatte i institusjonene, men også foresatte. Samfunnet må samtidig tilrettelegge for gode møtepunkter for barna for fritidsbruk. Det er mange måter å gjøre dette på. Kommunene og frivillige kan utvikle gode organiserte aktiviteter som idrett i ulik art, fritidsklubber, musikk og kultur, speider eller andre positivt organiserte aktiviteter. Kommunene kan også tilrettelegge for sunne uorganiserte møtepunkter, som skateramper, lekeplasser, gode turområder, klatrepark, parker til fri lek og andre ting ungdommene kan bruke fritiden sin på (Hellan& Mathisen, 2009).

Helsetjenestene er den siste arenaen som nevnes i Hellan & Mathisens (2009) rapport. Helsetjenestene for barn og ungdom har primært to oppgaver i forhold til psykisk helse. De skal integrere og iverksette forebyggende tiltak. De skal også fange opp og hjelpe barn med allerede psykiske plager. Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å bidra her. Stortingsmelding nr. 16 påpeker at disse tjenestene når ut til alle, og derfor virker i liten grad stigmatiserende, og de har muligheten til å kombinere et primærforebyggende perspektiv med å rette spesiell oppmerksomhet mot utsatte grupper. Dette er en del av regjeringens pakkeforløp for rus og psykisk helse, der fokus blant annet er på styrking av skolehelsetjenesten, samtidig som det finansieres for skoleprogrammer i satsing mot psykisk helse i skolen. Psykisk helse i skolen er en tilskuddsordning til kommunene, her er målet å styrke psykisk helse i skolen. Her jobber de med læringsmiljø, økt kompetanse, trivsel og samarbeid mellom sentrale instanser og tjenester for barn og unge for å bedre området psykisk helse i hele skolen (Hellan & Mathisen, 2009).

Samtidig ønsker regjeringen at psykisk helsearbeid i Norge skal gå fra høyspesialisert behandling, til forebyggende og helsefremmede tiltak ute i lokalsamfunnet.

Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47, 2008–2009), ny lov om folkehelsearbeid (2011) og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) skal realiseres, og psykologer skal ut i kommunene (St. prp. 1, 2009). Det er ønskelig at lokalsamfunnet tar tak i problemene før de utarter seg til noe større, og til psykisk sykdom. I følge Arne Holte (2012) viser nyere forskning at psykiske lidelser koster samfunnet mye, og er en større og større trussel. Kanskje kan dette endres ved en lavere terskel for hjelp, og et større ansvar i lokalsamfunnet. Slike føringer fra regjeringen og statens side øker fokuset på barn og unges psykiske helse ute i kommunene, og satsing på tidlig intervensjon. Det er stor enighet om at dette skal vektlegges, spørsmålet er hva kommunene legger i dette arbeidet.

2.0 Psykisk helse og forebyggende psykisk helsearbeid

2.1 Psykisk helse:

For å kunne diskutere forebyggende psykisk helsearbeid er det nødvendig å ha forståelse for begrepet "Psykisk helse". Psykisk helse kan i grove trekk deles i tre. Psykisk velvære, psykiske plager og psykiske sykdommer.

Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold (2003) hevder at for at et individ skal ha god psykisk helse er det flere faktorer som spiller inn. 1. Man må ha en tilpasningsdyktig emosjonell utvikling. Dette handler både om hva vi føler og hvordan vi håndterer de følelsene vi har. 2. Videre må man kunne danne sosiale relasjoner på en god måte. Det vil si ha at man har en god sosial kompetanse, og har lett for å knytte bånd til andre mennesker. 3. Man bør også kunne være tilpasningsdyktig i måten man tenker og handler på. Dette gjør at vi tåler mer i hverdagen og klarer dermed «å stå» i mer. Et menneske som innehar alle disse faktorene, samt har mening og føler lykke har det vi kaller psykisk velvære. Det er vel de aller færreste av oss som har det akkurat slik. Barn og ungdom skal oppleve utfordringer i sin hverdag som igjen skal være med på å utvikle dem, men om man i størst mulig grad er i den positive enden av skalaen, vil de aller fleste fungere godt med seg selv og i samfunnet.

I følge Castello et al. (2013) er den negative enden av skalaen preget av mennesker med ubehagelige symptomer som angst, fortvilelse, følelse av meningsløshet og uro. Disse symptomene knyttes til psykiske plager. Om plagene er så voldsomme at det går utover fungering i hverdagen og det kan settes en diagnose, kalles det psykisk sykdom. Det er likevel viktig å påpeke at det er et stort spekter her. Mange mennesker sliter med psykiske symptomer, uten å bli så hemmet i sin livssituasjon at man kan kalle det sykdom. De aller fleste har noen symptomer i løpet av livet, men dette er ofte situasjonsbetingede symptomer, som vil gå vekk når situasjonen endrer seg. Funksjonsnivået i hverdagen kan være svekket kun for en periode, da årsaken er situasjonsbetinget. Er det mer konstant og innebygd i personligheten til et individ, vil det i større grad kunne utvikle seg til sykdom.

I følge Costello et al. viser internasjonale studier at mellom 10 og 16 % av alle barn og unge har utviklet psykisk sykdom, i den grad at det går utover hverdagen. Om disse tallene er korrekte, anser jeg dette som meget høye tall. 10-16% av alle barn og unge er et veldig stort antall barn. At alle disse sliter med så alvorlige psykiske plager at det diagnostiseres som

sykdom, er et mulig tegn på at noe er galt i samfunnet vårt. Det er nettopp her vi som forebyggende instans skal komme inn, og forebygge og bidra til at denne prosenten skal gå ned.

2.2 Forebyggende psykisk helse arbeid:

Forebyggende helsearbeid generelt omhandler alle tiltak som gjøres i samfunnet for å redusere risikoen for sykdom, eller øke sannsynligheten for god helse. Det finnes forebyggende arbeid både for vår fysiske helse og vår psykiske helse. For eksempel anti røykekampanjer for ungdom er forebyggende arbeid som skal hjelpe barn og unge til å skape og opprettholde en god fysisk helse. I denne oppgaven er det dog ikke den form for forebygging som er interessant. Jeg er interessert i det psykisk forebyggende arbeidet. Som handler om å skape og opprettholde god psykisk helse hos barn og unge. All forebygging kan i følge Ingvild Skjetne (2009) deles i tre former for forebygging.

I førsteomgang har vi det som heter primærforebygging. Her er målgruppen hele befolkningen, og tiltakene er like hos alle grupper. Dette kan for eksempel være kampanjer som er rettet mot alle barn og ungdom i samfunnet. Et vanlig satsingsområde er barnehage og skole, dette nettopp fordi man treffer alle barna i disse institusjonene. Dette er selvet målet med denne type forebygging, man skal treffe alle barna, ikke kun de vi anser for å være risikoutsatte. Eksempler på slikt arbeid kan være temadager på skolen, der temaet er psykisk helse. Her får ungdommene et naturlig innblikk i psykisk helse, hva som er vanlig, og hva som er mindre vanlig. Her kan de også få informasjon om hvem de kan ta kontakt med om de sliter psykisk (Skjetne,2009).

Den andre formen for forebygging er sekundærforebygging. Dette er tiltak som er rettet mot personer som har symptomer på psykisk sykdom, eller atferd som tilsier at de er i risikogruppen. Dette treffer ofte det man kaller de risikoutsatte barna. De risikoutsatte barna er ofte barn av ruspasienter og psykisk syke, eller andre barn som er preget i negativ retning av de oppvekstsvilkårene de har levd under. Disse barna er ofte plukket opp av systemet, av en barnehagelærer, lærer, barnevern, PPT osv. De kan få tilrettelagte tiltak på skolen som gjør dagene lettere for dem. Et annet eksempel på psykisk forebyggende tiltak i denne gruppen kan være, lavterskel gruppetilbud, der flere barn med noe lik problematikk møtes (Skjetne,2009).

Tilslutt har vi tertiærforebygging som er rettet mot barn og ungdom som allerede har utviklet psykisk sykdom. Her er forebyggingens oppgave hovedsakelig å hindre forverring av tilstanden, og stabilisering av ungdommene. Eksempler på dette kan være støttegrupper og støttesamtaler. Her er det viktig å formidle håp for barna, og motivere de til å drive videre. Mange kan oppleve for eksempel viktige arenaer som skole problematisk. Derfor er oppmuntring og hjelp til å komme seg på skole ekstremt viktig for disse barna (Skjetne, 2009).

Helsefremmende tiltak har fokus på å styrke helsen i positiv forstand. I følge Dalgard (2006) er ikke hovedparten av ungdommene som utvikler betydelige psykiske plager i noen risikogruppe, slik som staten og helsedirektoratet sikter til i sitt mandat, der det skal være hovedfokus på de risikoutsatte. I følge Dalgard kommer hovedparten av barn med psykiske plager, fra gruppen med de ”helt normale barna”, fra ”helt normale hjem” og med ”helt normal bakgrunn”, som skulle hatt et godt utgangspunkt for god psykisk helse. Disse barna har likevel ikke fått den hjelpen de trenger mot en negativ utvikling av sin psykiske helse. Dette kan tyde på at det ligger mye gevinst i satsing på det primære forebyggende arbeidet, som treffer flest og jobber bredest. Ungdommer med psykiske lidelser kan ikke alltid plukkes ut bare ved å se på bakgrunn og sosial status. Betyr dette at man bør prioritere arbeid som treffer alle på et tidlig stadium, foran sekundær og tertiær forebyggende tiltak?

En annen mulig positiv faktor med primærforebygging er at det vil være med på å redusere sykeliggjøring av enkeltindivider. I stedet for å jobbe aktivt med enkelte barn, vil man jobbe aktivt med hele grupper av barn. Eksempler på slikt arbeid kan være helseundervisning i en hel skoleklasse, eller skoletrinn. Man kan tenke seg at dette kan være med på å gjøre skille mellom barn fra ulike bakgrunner mindre. Dette utelukker ikke at de barna som faktisk tilhører spesielle risikogrupper, eller allerede har psykiske plager skal få et godt tilbud om helsetjeneste der de bor. Men det sikrer at alle barn får samme tilbud uansett bakgrunn.

I følge professor i helsepsykologi ved universitetet i Oslo, Arne Holte (2012), er hensikten med forebyggende arbeid å redusere antall nye tilfeller av sykdom – før de oppstår. Foruten om tertiærforebygging som omhandler å stabilisere, kalles i all hovedsak tiltakene som settes inn hos individer med allerede sykdom, behandling. Denne behandlingen kan være kurativ, tilbakefallsrettet, eller rehabiliterende.

2.3 Behandling:

I følge Holte (2012) deles som sagt behandling i tre former. Den første formen er kurativ behandling. Med kurativ behandling er målet å kurere pasienten, altså gjøre pasienten 100 % frisk fra sykdom. Eksempler på dette er eksponeringstrening for pasienter med angstlidelser. Her er målet å jobbe med pasienten slik at pasientene blir kurert for angst.

Deretter har vi tilbakefallsrettet behandling. Denne behandlingsformen har fokus på å unngå tilbakefall av sykdom. Dette er behandling som er rettet mot sykdommer som ofte er tilbakevendende. Eksempel på psykisk sykdom som dette kan være for eksempel depresjoner. Her handler det om å lære seg teknikker for og ikke gå tilbake i samme tankemønstre, som kan være med å hindre at man ikke går tilbake i en dyp depresjon.

Den siste formen for behandling er det som kalles rehabiliterende behandling. Dette handler om å gi pasienter med sykdom, de beste forutsetninger for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne. Dette gjelder ofte sykdom som ikke kan kureres, men som kan tilrettelegges. Alvorlig psykiske lidelser som paranoid schizofreni kan være eksempel på dette. Her handler det om å stabilisere pasienten, og tilrettelegge for en bedre livskvalitet i den grad dette går an (Holte, 2012).

Slik behandling kommer i all hovedsak etter at psykiske symptomer og lidelser er utviklet. For å forhindre dette har Arne Holte (2012) formulert ti prinsipper på hvordan en kan forebygge psykisk sykdom.

2.4 Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser:

Først og fremst snakker Holte om landets samlede *mentale kapital*. Dette er et samlingsbegrep han bruker om alle innbyggernes mulighet til å utvikle trygghet, selvstendighet, kreativitet, bruke følelser, tenke smart, koordinere atferd, danne sosiale nettverk og mestre utfordringer. Holte mener at innbyggerens mentale kapital er noe samfunnet kan utvikle systematisk i fellesskap. Han mener at alle disse faktorene, er faktorer alle i et samfunn har ansvar for hos seg selv og andre. Altså ikke et individuelt ansvar, men et kollektivt samfunnsansvar.

Videre mener han at psykisk sykdom bør prioriteres i større grad i samfunnet. Med dette sier han at han ikke opplever at det blir prioritert nok i dag. Han sier at av alle sykdommer i

Norge, er det psykiske sykdommer som absolutt koster landet mest økonomisk. Videre hevder Holte at av psykisk sykdom, er det depresjoner, angst og alkoholmisbruk som koster oss mest. Holte sier at depresjon, angst og alkoholmisbruk er sykdommer det helt klart er mulig å forebygge. Samfunnet må sammen bygge opp miljøer som gir mindre risiko for å utvikle disse sykdommene på sikt.

Holte mener at dette kan vi gjøre ved å ha større fokus på forebygging. Han sier vi må satse på langsiktige metoder, og flere metoder samtidig. Det bør vektlegges kunnskap og kompetanse som fremmer helse. Han sier gode stikkord er familie, barnehage, skole, venner, arbeid, foreldrekompetanse, belastningsmestring og psykologisk kunnskap. Han sier som også nevnt over at de tiltakene som vil «lønne seg mest» er de som treffer flest mulig barn og unge. Holte er også tydelig for primærforebygging kontra sekundær og tertiær. Han sier at jo tidligere man setter inn tiltakene, jo større avkastning får man i det han kaller mental kapital. Derfor er barnehagen et godt sted å starte dette forebyggende arbeidet. Holte sier med dette at det er de barnehageansatte, vi først og fremst må investere i. Det er de som møter barna våre hver dag fra de er knapt et år gamle frem til de begynner på skolen. Mye av formingen av menneskets psykiske helse skjer i denne perioden (Holte, 2012).

Holte (2012) sier at ofte søker ikke folk hjelp før de allerede har utviklet psykisk sykdom. Dette kan man unngå ved å sette inn tiltak som er rettet mot hele befolkningen. Dette vil også økonomisk lønne seg på sikt. Tiltakene må derfor prioriteres på andre arenaer enn innenfor helsetjenestene. Slik som på idrettsarenaer, fritidsklubber, utemiljø og ellers overalt der barn og ungdom oppholder seg. Holte poengterer at den gode helsen oppstår ute i hverdagen, ikke i helsevesenet. Langsiktig satsing på psykisk helsefremmende og forebyggende tiltaksforskning er antakelig noe av det mest lønnsomme Norge kan gjøre innenfor psykisk helse. Dette tilsier at man kanskje kan redusere psykisk sykdom, ved å redusere psykiske plager i samfunnet og ute i kommunene.

2.5 Forebyggende psykisk helsearbeid i Norge gjennom de siste 200 år:

Historisk sett har psykisk helsearbeid utviklet seg i stor fart i Norge de siste hundre årene i følge Tverdal, Major, Nordhagen, Graff-Iversen & Grøholt (2015). På 1800- tallet ble psykisk syke, fattige og forbrytere satt i samme bås. De ble plassert på sinnssykehus, som en slags oppbevaring. Disse sykehusene ble i all hovedsak kun brukt for å skjerme omverden fra

de menneskene de ikke ønsket ha med i samfunnet. Legen Herman Wedel Major (1814-1854) fikk i oppdrag å sette seg inn i forholdene for de sinnssyke. Hans verk var med å danne ”Sinnsykeloven” i 1848. Han regnes derfor som Norges første psykiater, og grunnleggeren av norsk psykiatri. Samtidig ble det første statlige asylet, Gaustad, bygget i 1855 (Tverdal et al., 2015).

Utover 1900-tallet utviklet behandlingstilbudet seg for psykisk syke. Det ble startet medikamentell behandling, med enkelte opiatte og barbiturater for å roe ned de mest utagerende og urolige pasientene. I takt med dette fortsatte asylutbygningen i Norge. En type behandling som ble satset på var arbeidsterapi. Her ble de ”sinnsyke” satt i arbeid, på for eksempel et gårdsbruk. Det ble ulovlig med tvangstrøyer og andre tvangshjelpemidler, men de mest utagerende pasientene ble fortsatt stengt inne. På midten av 1900- tallet ble det utviklet eksperimentelle behandlingsmåter, som for eksempel. elektroshokk, samt lobotomering. På slutten av 1900- tallet ble nye medikamenter tilgjengelige og ga mulighet for behandling utenfor institusjon (Tverdal et al.,2015)

Fra midten av 1900- tallet til i dag har velstanden økt betraktelig i Norge. Mye fordi vi har blitt en rik oljenasjon. I 2013 lå Norge på 1. plass i følge FNs levekårsindeks. Men i takt med dette har vi fått nye utfordringer i Norge. God økonomi fører til en usunn livsstil som lite aktivitet, usunn mat, rus og for mye fritid. I samme periode har elektronikk, PCer, sosial medier og internett tatt en stor plass i hverdagen vår. I takt med dette har antall psykisk syke også økt. Da dette viser seg å være et mer allment problem i dag, bør vi derfor endre fokuset fra behandling til forebygging av psykisk sykdom for allmenheten. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), ble vedtatt av stortinget som en satsing på å bedre tjenester for mennesker med psykiske lidelser- kvalitativt og kvantitativt. Målet med denne satsingen var å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv hos psykisk syke mennesker i Norge. En del av fokuset i opptrappingsplanen var forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge i Norge (Tverdal et al. 2015).

I opptrappingsplanens tiende og siste år, 2008, la sosial og helsedirektoratet føringer for videre psykisk helsearbeid. De la vekt på å styrke det kvalitative innholdet i tjenestene for å sikre tjenestens tillit og legitimitet. De ytret det fortsatte behovet for satsing i de kommunale tjenestene, så vel som i DPS, og akutt psykiatrien. Fokuset skulle være en sterk satsing på

forebyggende psykososialt arbeid. Da både for voksne, men også barn og ungdom. Videre ytret de at tjenestene skulle ha størst fokus på situasjonen til barn av og pårørende til psykisk syke (Kaspersen & Osborg, 2010).

Sosial og helsedirektoratets presiseringer etter 2008:

- *Kommunen må sikre videreføring av tiltak og tjenester som er finansiert av opptrappingsmidler for psykisk helse, - også etter at opptrappingsperioden er over.*
- *Kommunene bør legge økt vekt på kvalitet, innhold, kompetanse og organisasjon i utviklingen av det psykiske helsearbeidet*
- *Kommunene bør legge vekt på tilbudene til mennesker med særlig omfattende og langvarige tjenestebehov, og tilbud til barn og unge*
- *Kommunene bør legge vekt på å identifisere barn av og pårørende til psykisk syke, vurdere om disse har hjelpebehov og bidra til at disse mottar tilpasset oppfølging*
- *Kommunene bør vektlegge rekruttering til helsestasjons- og skolehelsetjenesten*
- *Kommunene bør vektlegge sammenhengen mellom det psykiske helsearbeidet og innsatsen på rus- og folkehelsearbeidet, bl.a. gjennom lokale partnerskap for folkehelse*
- *Kommunene må legge økt vekt på reell brukermedvirkning, herunder styrket samarbeid med brukerorganisasjonene, jf. vilkår for utbetaling av øremerket tilskudd*
- *Kommunene må sørge for god informasjon til befolkningen om tilbudet på psykisk helsefeltet. Direktoratet vil bidra med veiledning*
- *For å støtte opp under og lede til mer arbeidsrettede løp for de enkelte, bør kommunene videreutvikle lavterskel motivasjons- og mestringsstyrkende tilbud med stor grad av brukermedvirkning*

Dette er på mange måter klare retningslinjer, samtidig som de er meget uklare. Igjen er mandatet lite konkret på hvordan man skal utøve disse retningslinjene. Disse står som hovedoverskrifter, så blir det opp til kommunene å tolke hva som skal legges i dette.

Resultatene i SINTEF rapporten, Psykisk helsearbeid i kommunene: Disponering av statlig øremerkede midler gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 av Kaspersen & Osborg (2010), viser at de fleste kommunene som inngikk i denne undersøkelsen styrket sin helsestasjonstjeneste. Enkelte kommuner ansatte også psykologer inn i tjenesten. Flere kommuner omorganiserte helsesøster ordningen inn under andre virksomheter, og satset på

tverrfaglig samarbeid. Kommunene rapporterte jevnt over at de har god kompetanse på feltet, samt at de har mange gode forebyggende tiltak iverksatt. Resultatene kan tyde på at opptrappingsplanen har vært med å påvirke i positiv retning, der det er økt fokus på samarbeid og samhandling i helsestasjonene, samt oppmerksomhet generelt på psykisk helse.

Når det gjelder PP-tjenestekontorene, var det bare enkelte som ble styrket i opptrappingsperioden. Resultatene tyder på at behovet og presset i tjenesten har økt, men ikke ressursene tilgjengelig i samme grad. Tvert i mot virker kapasiteten til å ha blitt svekket siste årene. Samhandling og samarbeidsaktiviteten ved PP-tjenesten er i liten grad endret i løpet av planperioden. PP-tjenestekontorene rapporterer jevnt over å ha god kompetanse, men for lite ressurser. Det kommer også frem et behov for å tydeliggjøre hvilken rolle PP-tjenesten skal ha i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Resultatene viser også at PP-tjenesten har redusert ventetiden på igangsetting av tiltak (Kaspersen & Osborg, 2010).

Sintefrapporten viser at andel barn som mottar og er i behov av psykisk helsetjenester har økt i løpet av opptrappingsplanperioden. Dett har skjedd i takt med at tilbudet har økt, og det er større bredde på tiltakene. Det er også en større satsing på tverrfaglig samarbeid i kommunene. Av brukere ved helsestasjonstjenesten som har psykiske utfordringer, viser det seg å være et flertall av jenter i alderen 13-18. Dette viser at det er behov for å nå gutter med samme utfordringer i denne aldersgruppen. Dette kommer også frem i min studie, der flere av de intervjuede forteller at jenter i den alderen er flinkere til å ta kontakt, mens guttene må hentes inn. Av ungdommene som er i kontakt med helsestasjonen anses det at 20 % har et behov for psykisk helsetjeneste som ikke dekkes. Dette viser at kommunene mangler hjelpetilbud, og det er et tydelig behov for videre styrking av tjenestetilbudet. Sintefrapporten sier at det spesielt bør fokuseres på den gruppen barn og unge, med en alvorlig problematikk. Det bør satses på lavterskel tilbud, med psykososial kompetanse, der ungdommene selv kan henvende seg for utredning og terapeutisk tilbud (Kaspersen & Osborg, 2010).

Resultatene viser at tjeneste tilbudet og tjenestens oppgaver samsvarer med kommunens ressurser. Dette gjelder i hovedsak PP-tjenestetilbudet og barneverntjenesten som har fått mindre midler under opptrappingsplanen. For å kunne tilby adekvate tjenester i kommunene kreves riktig fagkompetanse. Og undersøkelsen viser at det er et betydelig behov for mer psykososial kompetanse inn i de ulike tjenestene. En annen faktor er viktigheten av et

velfungerende tverrfaglig samarbeid, som vil påvirke tilgjengeligheten av tjenestene innad i kommunen. Samarbeid med fastleger og BUP er en utfordring for mange kommunale tjenester, da det kan råde en uenighet om ansvarsfordeling, møteplasser og direkte tiltak som skal iverksettes (Kaspersen & Osborg, 2010).

2.6 Sårbare / vanskeligstilte barn:

Forventningene fra staten er at det forebyggende psykiske helsearbeidet i kommunene skal spesielt omhandle de ”sårbare” og risikoutsatte barna. Dette kan man være enig eller uenig i, men i førsteomgang må man ha innsikt i hvem de risikoutsatte barna faktisk er.

Mathisen Kjeldsen, Skipstein, Karevold, Torgersen & Helgeland (2007) beskriver dette på denne måten. De aller fleste mennesker er igjennom vanskelige og tøffe perioder i løpet av livet. Likevel er noen mennesker mer utsatt for å havne i flere negative situasjoner enn andre. Ofte ser vi at dette er barn/ungdom som har vokst opp i usunne og skadelige oppvekstmiljøer. Disse barna kan komme fra familier med psykisk syke foreldre, rus i familien, kriminalitet og eller vold nært på seg under oppvekst.

Enkelte forskere mener at barn i slike familier er fra biologiens side genetisk disponible, og dermed i en risikogruppe for å utvikle psykisk uhelse. Disse barna er også utsatt fra et sosialt perspektiv, med oppvekstsvilkår som med stor sannsynlighet har vært med å forme barna i en negativ retning. I følge Donald Hebb (2001), utvikles 75 % av de ulike kretsløp som dannes av nevroner i hjernen vår seg etter fødsel. Det vil si at en del av menneskets personlighet kan påvirkes i positiv retning, på tross av genetisk arv, ved gode og trygge omgivelser.

Hebb sier videre at alle mennesker også er deltakere i hverandres nervesystem. Det vil si at vi er med å utvikle hverandres personlighet i relasjon med hverandre. Dette vil si at barn som vokser opp i et uheldig miljø, med en uheldig genetisk arv, har aller størst risiko for psykisk uhelse. Barn som har samme negative genetiske arv, men vokser opp i bedre omgivelser, for eksempel barn som er tatt fra hjemmet, har dermed en mindre risiko for psykisk uhelse. Hebb sier videre at en utfordring er når mennesker allerede har utviklet uheldige kretsløp, da det er veldig vanskelig å avlære disse igjen. Dette kommer av at nevroner som fyrer sammen, danner relasjoner, på den måten at dette blir en automatikk videre (Hebb, 2001).

Dette er høyst omdiskuterte teorier i sosialforskningen, hvor en ofte frykter at en for sterk tro

på slike biologiske sammenhenger, lett kan føre til selvoppfyllende spådommer. Igjen vil en tro på slike teorier kunne lede til det sosialarbeiderne i kommunene frykter, nemlig å behandle det som ikke er sykt, eller definere noe som er helt normalt som sykt. I sosialfagene har man derfor vært mer opptatt av de barna som ser ut til å klare seg utmerket, til tross for at de har det vi tenker på som et belastet oppvekstmiljø. Dette er det som kalles resiliens, eller evnen til å vokse positivt til tross for motstand, noe jeg kommer tilbake til senere.

Forskere i min umiddelbare nærhet har også forsket på hvordan man tar beslutninger om hvem som er i faresonen. Er det riktig å skjære alle over en kam og si at barn fra fattige familier er mer utsatt enn barn fra familier med trygg økonomi? Hvor stor betydning har foreldrenes helse på barnas evne til å klare seg bra i skolen og sosialt? I denne nevnte undersøkelsen viser det seg at det er tilgjengeligheten på et støttende vennenettverk som gir størst utslag på selvfølelsen og selvtilliten, som igjen er de viktigste faktorene for trivsel og vekst (Wærdahl et. al 2017).

Men i motsetning til denne forskningen, så vel som det rapporten til Dalgard og Holte sier, viser altså enkelte studier at barn med størst risiko for å utvikle psykiske vansker er de barna som vokser opp under forhold som kan vurderes som skadelig for barna. Barn i familier med foreldre som har psykiske plager, særlig depresjon, konfliktfylte parforhold eller mangelfulle foreldreferdigheter. Barn i familier med mange belastninger, negative livshendelser, og med lite støtte fra familie og venner. Her er det både sosiale og genetiske trekk, som gjør disse barna ekstra sårbare.

I følge Mathisen et al. (2007) er de risikoutsatte barna ofte barn med uheldige personlighetstrekk. De kan oppleves som ekstremt sjenerte og stille, aggressive og bråkete, og omtales ofte som problembarn. De har problemer med å regulere følelser, og har vanskelig for å finne tillit og ro. Dette kommer av uheldige tilknytningsmønstre fra omsorgspersoner fra barna var små. Som sosialarbeider er det ingenting en kan gjøre med den genetiske arven til barn og ungdom. Det vi derimot kan gjøre noe med er å bidra til å bedre barnas oppvekstmiljø og deres muligheter i livet. Vi kan derfor være med å forme deres sosiale verden på en positiv måte, og som sett over helst på et tidligst mulig stadium.

2.6.1 Resiliens hos de sårbare barna:

I følge veilederen til Brustad & Bekkemellem (2007) er det flere faktorer som påvirker barn

og unges psykiske helse. Både individuelle, familiære og samfunnsmessige faktorer. Likevel kan noen barn ha vært utsatt for betydelig stress og mange risikofaktorer, men likevel ikke utvikle psykiske vansker. Hvorfor er det slik at enkelt barn greier seg helt fint, i motsetning til andre barn som vokser opp under like usunne oppvekstvilkår?

De barna som klarer seg på tross av mange sammensatte risikofaktor er barn med resiliente utviklingsforløp. Barn med resiliente utviklingsforløp er barn som har en god evne til å holde en god helse, på tross av flere negativt påvirkende utenforstående faktorer som har forsøkt forme barnet. Disse barna blir ofte omtalt som ”løvetann barn”. Dette nettopp fordi løvetannen står i kulde og uvennlige omgivelser, men blomstrer like fint. Resiliens er noe som barnet har med seg genetisk, og fra fødsel. Det påvirkes av individuelle egenskaper som: genetisk sårbarhet, temperament, sykdom, impuls kontroll, selvtilit (Brustad & Bekkemellem, 2007).

Det kan også være forholdet til familie og foresatte som har påvirket barnets resiliens. Det vil si omsorgsgivere som har gitt trygghet og stabilitet i oppveksten, og skapt gode trygge rammer for barnet. Her kommer samfunnet og miljøet barna vokser opp i, inn i bildet. Ikke bare hjemmeforhold, men også barnehage, skolemiljø og sosialt nettverk er med å påvirke barnets egenskap til å opprettholde god helse (Brustad & Bekkemellem, 2007).

2.7 Tidlig intervensjon:

I dag er veldig mange opptatt av tidlig innsats og satsing på barn og unge på flere områder. Når det kommer til psykisk helse viser det seg i følge Andersen, Johansen & Nord (2010) at så mange som mellom 15 og 20 % av alle ungdommer i Norge har psykiske vansker. Mellom 4 og 7 % av disse har behandlingstrengende psykiske problemer. For å unngå at ungdommer får psykiske vansker er det viktig å komme tidlig inn, for å plukke opp faresignaler og eller truende faktorer som bør håndteres før barna utvikler negative tankemønstre. Derfor bør denne tidlige intervensjonen skje der barna er tilgjengelige, og der forebyggingen er tilgjengelig for barna. Dette bør være arenaer som barna faktisk oppholder seg, ikke gjemt bort, slik at barn selv må oppsøke det.

I Norge er det lovpålagt at alle barn skal gå grunnskole, dette er derfor et ypperlig sted å gjøre forebyggende arbeid, fordi her når man alle. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

fikk i 2010, oppdrag fra Helsedirektoratet om å oppsummere tilgjengelig forskning på effekten av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Denne kunnskapsoversikten skulle brukes som grunnlag for å utbedre tiltak, og for å styrke skolehelsetjenesten. Funnene i denne forskningen viste at forebyggende arbeid nytter. Et av funnene viste at påvisning og tidlig henvisning til behandling for barn med tidlige symptomer på nedstemthet var med på å redusere depresjon hos barn og unge. Som sett på tidligere er depresjon en av de sykdommene som økonomisk koster landet vårt mest. Derfor er det samfunnsmessig viktig å forebygge denne tilstanden hos flest mulig barn og unge. Videre viste funnene også at angstforebyggende tiltak som er bygget på kognitiv atferdsterapi hadde en liten effekt på å redusere forekomsten av angst hos barn (Dahm, Landmark, Kirkhei & Reinar, 2010).

Dette er noe av mye forskning som støtter oppunder forebyggende psykisk helsearbeid, og viser nytteverdien av dette i lengden. Tidlig inn i dag, sparer samfunnet mye i lengden. Og enda viktigere, barna har en mulighet til å vokse opp til friske og lykkelige individer, i motsetning til hva som kan være utfallet om man ikke gjør noe i tide.

3.0 Bakkebyråkratene og den kommunale praksis

3.1 Kommunens oppgaver i psykisk helsearbeid for barn og unge:

I følge sosial og helsedepartementets veileder, skrevet av Brustad & Bekkemellem (2007), er barn og unges psykiske helse, hele kommunens ansvar. Det vil si alle arenaer som møter barna har et ansvar for barnets psykiske helse. Et godt psykisk helsearbeid i kommunen innebærer en bred og helhetlig tanke, med et bredt spekter av tiltak. Dette er i samsvar med Professor Holtes tanker om fokus på det primærforebyggende arbeidet, som er nevnt tidligere i oppgaven.

Igjen nevnes det i veilederen at det forebyggende arbeidet i kommunene skal ha særlig fokus på de risikoutsatte barna. Dette vil si at behovene skal avdekkes, og hjelpen skal tilbys tidligst mulig, for å unngå utvikling av problemer. Kommunene skal systematisk tilby behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser eller vansker. Kommunen har også ansvar for bistand, og samarbeid av spesialisthelsetjenesten når det er behov for dette.

Dette er en tydelig bestilling, men samtidig veldig uklar. Bestillingen gir ingen form for veiledning i forhold til hvordan det skal utføres, og lite om hvilke tiltak som bør tilbys. Det nevnes likevel flere faktorer som kan være med å gjøre tiltak rettet mot barn og unge suksessrike. Her nevnes tverrfaglighet, varige og kontinuerlige tiltak, bredt spekter, basis i barnas hjem, skole, barnehage, involvere de foresatte, vektlegge ferdighetslæring og yrkesopplæring.

3.2 Bakkebyråkrati:

Et sentralt tema som går igjen i denne oppgaven er forvaltning av tjenester ute i kommunene, og hvordan tjenestene tilbys til brukeren. En teoretiker som har skrevet mye rundt dette temaet er professor Michael Lipsky. Han har utarbeidet en teori som omhandler det han kaller bakkebyråkrati.

På midten av 1970 tallet, utviklet Michael Lipsky, en professor ved Georgetown Public Policy Institute, begrepet "Bakkebyråkrati" (Street Level Bureaucracy). Med dette mente han byråkratiet som er bygget opp rundt forvaltning og utførelse av tjenester, som er rettet mot brukere. Bakkebyråkratene er de ansatte som jobber direkte med brukere ute i samfunnet. Bakkebyråkratene utfører de tiltak som er forvaltet høyere opp i systemet på ledelsesnivå,

dette ut i fra de forventinger som er satt av stat og regjering enda høyere opp i byråkratiet. På denne måten er bakkebyråkratene de som er ansatt på nederste nivå i en byråkratisk struktur. Lipsky kalte de også for gateansatte. Han forklarte at det nettopp er disse gateansatte som møter innbyggerne og allmenheten ute i det virkelige liv. Det er de som setter til liv de ideer og tiltak som utformes på et høyere nivå (Evans & Harris, 2004).

De gateansattes praksis i første hånd står i motsetning til de som sitter høyere opp i systemet og gjør politiske og økonomiske analyser, og danner lovverket. Dette arbeidet former forventningene til hvordan bakkebyråkratene faktisk skal utføre sitt arbeid. Lipsky sa at politikimplementering til syvende og sist gjelder de som faktisk implementerer det i samfunnet. Han hevder derfor at de gateansatte, som for eksempel en sosialarbeider, bør være en del av det politiske samfunnet, nettopp som utøvere av politisk makt. Bakkebyråkratene har stor grad av selvstendighet og myndighet i møte med brukerne, men igjen ingen kontroll over rammebetingelsene, som kan gå utover fagligheten og kvaliteten på møtet med individene, og virkeligheten der ute (Lipsky, 2010).

En del av Lipskys teori som jeg anser som interessant i denne sammenheng er de forholdene bakkebyråkratene arbeider under. Her nevner han flere forhold som også har kommet frem under denne studien: ressursmangel, tilbud og etterspørsel, det at brukeren ofte er en ufrivillig bruker, og at det er vage og tvetydige mål i arbeidet (Lipsky, 2010).

Kort oppsummert handler ressursmangel om for mange brukere i forhold til ansatte. Samtidig kan ressursmangelen handle om mangel på kompetanse hos de ansatte. Dette er igjen med på å senke kvaliteten på det arbeidet som gjøres. Som gateansatt har man gjerne et eget ansvar for de brukerne man har. Selv om man har leder og kollegaer blir brukerne ens eget ansvar. Dette ansvaret kan være tungt å bære om man har alt for stor pågang, og alt for mange brukere på en og samme tid. Samtidig vil det være et tungt ansvar å bære om man selv føler man har mangel på kompetanse for å faktisk utføre det arbeidet man er satt til. Videre sier Lipsky at om man øker ressursene og antall ansatte, vil etterspørselen på tjenesten øke i takt med dette. Dette vil igjen danne et like stort arbeidspress på de ansatte (Lipsky, 2010).

Når det kommer til forholdet om ufrivillige brukere, handler dette om brukere som er tvunget

inn i tjenesten ved at det er mangel på ivaretagelse av grunnleggende behov. Som regel gjelder dette de fleste brukere av sosialtjenester, da de ikke er i stand til å ivareta behovene på egenhånd, og heller ikke har noen som gjør det for de i nær relasjon. Dette gjør brukerne avhengige av bakkebyråkratene. På den måten vet brukeren at bakkebyråkraten sitter med en stor makt over livene deres. Denne skjeve maktfordelingen mellom bruker og ansatt kan påvirke relasjonen dem i mellom, og skape fortvilelse både hos bruker og ansatt (Lipsky,2010).

Det siste forholdet Lipsky trekker frem er tjenestenes uklare og tvetydige målsetninger. Lipsky sier at den offentlige sektor har mange, vage, uklare målsetninger. Målene er idealistiske, og enkelte ganger veldig vanskelige og kanskje umulig å oppnå. Disse målene kan være så vage, at det er umulig å måle om de faktisk nåes. En annen ting er at hver enkelt sosialarbeider legger ulike betydninger i målene. Målene kan samtidig komme i konflikt med hverandre. Hvis for eksempel brukers mål er i konflikt med samfunnets, eller brukers mål er i konflikt med organisasjonens mål. Samtidig er det mange forventninger rundt arbeidet som skal gjøres, både fra brukere, pårørende, staten, ledelsen, bakkebyråkratene i seg selv. Disse forventningene kan være helt i strid med hverandre, noe som gjør arbeidet til bakkebyråkratene vanskelig. Hva skal bakkebyråkratene fokusere på, og hva forventes av den enkelte ansatte i arbeidet? (Lipsky, 2010).

Da bakkebyråkratene jobber under problematiske forhold, har Lipsky nevnt noe mestringsstrategier en kan bruke.

1. Rasjonering av tjenester: Det vil si og begrense etterspørselen av ulike tjenester. Dette kan reguleres på flere måter. Ved hjelp av tid og tilgjengelighet, ved at man gjør det å søke på tjenester tidkrevende og mer omfattende for brukeren. Ved hjelp av informasjon, ved at de ansatte velger hvilken informasjon som deles og når med hvilke brukere. Kostnader for brukeren, ved at tjenesten har en egenandel, som kan gjøre at flere velger bort tjenesten. Forskjellsbehandling av brukere, der de de ansatte kan prioritere de brukerne de ønsker arbeidet med.

2. Rutiner: gode rutiner kan være gode mestringsstrategier. Gode rutiner skaper en sikkerhet for at brukerne behandles mest mulig likt. Dette vil igjen skape mangel på skjønnsutøvelse i arbeidet. Den ansattes fokus vil være på likheter, i stede for forskjeller og det unike med

brukeren. Dette vil på mange måter være ressurs sparende for den ansatte (Evans & Harris, 2004).

3.2.1 Bakkebyråkratenes politiske makt:

I følge Lipsky (2010) er bakkebyråkratene med på å implementere politikken i samfunnet via møtene de har med brukerne ute i hverdagen. De former hvordan lovene faktisk blir brukt, og hvordan det utøves skjønn ute i tjenestene. Lipskys beskrivelse av byråkratiet og forvaltningen av helse og sosialpolitikk ser ut til å være dekkende for norske forhold. Jeg finner i alle fall begrepene nyttige for å analysere og tolke implementeringen av et vagt mandat i det kommunale bakkeapparat. Jeg ønsker å analysere intervjuer som er foretatt blant ulike personer og posisjoner i kommunene med utgangspunkt i noen av Lipskys begreper. Med utgangspunkt i denne analysen vil jeg diskutere de kommunale bakkebyråkratenes politiske makt i det psykiske helseforebyggende arbeidet for barn og unge. Hva er det som styrer deres fortolkninger og praksis? Er det kompetansetilfanget i kommunene som er avgjørende eller er det den enkeltes kommunes kapasitet til å implementere idealer? Og hvilke strategier brukes når ressursene blir knappe? Ser vi en rasjonalisering av arbeidet eller rutinisering? Eller kan vi finne andre strategier for å forvalte skjønnsutøvelsen innen for den ressursrammen som finnes?

4.0 Metode

I denne studien er det hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode, for å beskrive de tendenser jeg kan se i de utvalgte kommunene. I følge Kvale (1996) er målet med kvalitativ metode å få kunnskap om informantens erfaringer. Man må ha fokuset på informantens livsverden, på den måten får informanten frembragt meningsinnholdet i det den gjør i sin hverdag, og det kvalitative kommer frem. Jeg som forsker skal i størst mulig grad være forutsetningsløs, men samtidig holde fokus på temaet og få mest mulig spesifikke svar. I mitt studie må jeg gjennom informantens livsverden, for å finne ut av deres egne fortolkninger og deres egen praksis ute i kommunene.

4.1 Valg av innsamlingsmetode og informanter:

På bakgrunn av dette valgte jeg å bruke semistrukturert intervju som metodeverktøy i datainnsamlingen. Et slikt semistrukturert intervju innebærer informasjonsutveksling mellom informant og forsker. Samtalen vil være med å skape og forme virkeligheten, og konteksten vil derfor være med å påvirke, noe som er viktig for meg som forsker å ha med meg underveis. Jeg utarbeidet en intervjuguide, før jeg tok kontakt med informantene (se appendix). I mitt hode var dette en god intervjuguide, som ville være med å kunne besvare de spørsmålene jeg lurte på. Det viste seg at jeg senere måtte utforme enda en intervjuguide (se appendix) for å få svar på det jeg følte var essensielt.

Mine informanter ble valgt ut relativt tilfeldig. Som nevnt tidligere jobber jeg selv med forebyggende psykisk helsearbeid i kommunen, og var interessert i å snakke med andre kommuner om deres tilsvarende arbeid. Jeg valgte tilslutt fire kommuner i samme region, med ulik størrelse og ulike ressurser. Jeg valgte kommunene for å få en variasjon i utvalget, samtidig måtte det være praktisk mulig å gjennomføre, derfor var det en fordel at de lå i samme region som der jeg oppholder meg.

Under utvalget av informantene ringte jeg de fire utvalgte kommunene og spurte litt rundt hvordan det forebyggende psykiske helsearbeidet var bygget opp i deres kommuner. Det viste seg fort at det var få eller ingen tilsvarende stillinger som min egen, jeg ble derfor overført til ulike ansatte, dette ut i fra hvilken etat eller hvilken avdeling som har ansvar for det forebyggende psykiske helsearbeidet for unge. Informantene ble dermed valgt etter samtale med disse, der de anslo hvem det kunne være mest hensiktsmessig å snakke med, ut i

fra temaet jeg hadde. Jeg fikk kontakt med 4 ulike roller innenfor psykisk helsearbeid, og tenkte at dette var positivt for å få variasjon i utvalget. Det var en enhetsleder, en psykiatrisk sykepleier, en familieterapeut og en avdelingsleder.

Metoden jeg valgte å bruke, og utvalget jeg gjorde for å samle inn data, kunne muligens vært gjort annerledes. Jeg fikk vite litt om hvordan det foregår i noen få kommuner i et lite geografisk område. Min ide var å sammenligne nærliggende kommuner for å se mønster, og hadde litt mye fokus på gjennomførbarhet. Jeg tenker at disse kommunene er mye påvirket av hverandre og kanskje samarbeider noe, og møtes i ulike forum. Dette vil nok være med å påvirke resultatene i den grad det viser likheter mellom kommunene.

Jeg er også usikker på om mitt valg av informanter også påvirket data. Jeg valgte ansatte med ulik bakgrunn og i ulike roller. Dette så jeg for meg var positivt og ville skape en variasjon i utvalget. Det jeg ikke tenkte på er at de ulike rollene har ikke samme oversikt over alle tjenestetilbudene. Derfor kan det hende at en helsesøster vil beskrive sitt arbeid og sine nærliggende kollegaer sitt arbeid, mer enn hele tilbudet som faktisk var i kommunen. Samtidig vil en på ledernivå kunne beskrive tilbudet overordnet, men ikke beskrive hvorfor de tar de daglige valgene i arbeidet med barna. Dette kan være både positivt og negativt for variasjon i data, men det er en mulighet for at man ikke fikk det klare bildet av det faktiske arbeidet.

Jeg er usikker på om jeg kanskje ville fått bedre og tydeligere informasjon, om metoden var mer gjennomtenkt enn det den var. Samtidig føler jeg at jeg har fått inn mye interessant data, som kan tas opp og diskuteres. På tross av utvalgsmetoden kommer det frem tydelige mønstre, som kan gi grunnlag for en konklusjon.

Jeg vil også påpeke at under utvelgelsen av kommuner var jeg i kontakt med flere andre kommuner som jeg ikke brukte i min studie. Under samtale med kommunenes ansatte ble det tydelig at det var store forskjeller i det forebyggende psykiske helsearbeidet. I flere kommuner var de tydelige på at det var stor mangel på denne type arbeid, og at politikerne har valgt å bruke ressurser på andre felt, og at forebyggende arbeid ikke prioriteres. Enkelte begrunnet dette med at ikke alt arbeid er lovfestet, og midlene som kom inn ikke var øremerket. I andre kommuner var forebyggende arbeid et satsingsområde, på lik linje med det stat og regjering forventer. I disse kommunene ble denne type arbeid prioritert, og de brukte

mye midler for å fremme det.

4.2 Utvalget

Her er en kort oversikt over utvalget, her brukes det ca. tall for å anonymisere kommunene:

- Kommune 1:
 - Innbyggere: 8000
 - Areal: 440 km²
 - Fagperson: Familieterapeut.
- Kommune 2:
 - Innbyggere: 55000
 - Areal: 400 km²
 - Fagperson: Enhetsleder, avdeling forebyggende tjenester.
- Kommune 3:
 - Innbyggere: 5300
 - Areal: 200 km²
 - Fagperson: Psykiatrisk sykepleier, arbeider som terapeut i skolen.
- Kommune 4:
 - Innbyggere: 11500
 - Areal: 240 km²
 - Fagperson: Avdelingsleder på et familiesenter.

4.3 Intervju med kommunalt ansatte:

Under intervjurunden var jeg opptatt av at intervjuet skulle gli mest mulig som en samtale, der spørsmålene skulle falle naturlig, dette for å skape mulighet for ettertanke og trygghet i forsker- informant relasjonen. Spørsmålene jeg hadde utarbeidet på forhånd var åpne, og informantene fikk i stor grad mulighet til å forme intervjuet selv. Graden av naturlig samtale, åpne spørsmål, og informantens mulighet til å forme intervjuet var muligens ikke den beste metoden, da det fort utartet seg til å bli en kollegial tone og vid samtale, som jeg tror påvirket dataene jeg samlet inn.

Da jeg under analysearbeidet etter intervju 1, så at jeg ikke hadde fått svar på alle de temaene jeg gjerne skulle visst mer om, utarbeidet jeg en ny intervjuguide. Det var tydelig at jeg hadde gått i en felle, og ikke greid å trå uten for min egen inneforståthet i feltet. Både jeg og informantene tok en del for gitt i samtalen under det første intervjuet. Dette kom av at vi hadde mye fellesforståelse av å jobbe i samme felt. Dette gjorde at samtalene fort skled over i en slags dialog mellom to ansatte i samme felt, men er enn intervjuer-informant dialog. Dette gjorde at dataene ikke ble så tydelige som jeg hadde forestilt meg. Jeg tror jeg tidvis var så

inne i situasjonen, at jeg ikke helt fikk med meg hva de svarte på som resulterte i manglede data. Heldigvis hadde jeg så tolerante og hensynsfulle informanter at jeg fikk intervjuet de på nytt. Dette opplevde jeg faktisk at flere av informantene trivdes med, da de opplevde å kunne få sagt ting de hadde glemt ved forrige runde. Jeg utviklet mer direkte spørsmål, ut i fra hva jeg ikke hadde fått besvart. Det viste seg i ettertid, at disse to intervjuene utfylte hverandre godt, så jeg brukte data fra begge intervjuene i min analyse.

4.4 Transkribering og analyse:

Videre gjorde jeg en kvalitativ analyse av den dataen jeg samlet inn via intervjuene. Dette var data fra utsagn, men også det som ble observert underveis i intervjuprosessen.

Analyseprosessen foregikk allerede under intervjuet og innsamlingsperioden, men også i ettertid. Alle intervjuene ble etter samtykke fra informantene tatt opp på lydopptak. Dette for å kunne brukes i transkriberingsarbeidet. Jeg transkriberte alle åtte intervjuene, som viste seg å være et tidskrevende arbeid. Jeg opplevde det likevel mye mer nyttig og lærerikt enn jeg så for meg på forhånd. Jeg opplevde å få et mye klarere bilde av hva informantene faktisk hadde sagt, og fikk med meg informasjon jeg ikke hadde fått med meg under intervjuet.

Dette transkriberte datamateriale brukte jeg videre i en tematisk analyse. Jeg brukte dataene til å lage en oversikt over temaer jeg ønsket å analysere. Jeg utformet en rutetabell der jeg hadde informant 1,2,3,4 i de vannrette kolonnene, og temaer i de loddrette. I kolonnene førte jeg inn stikkord fra intervjuene jeg opplevde relevant i forhold til temaene.

Jeg så for meg at jeg kunne bruke svarene fra de konkrete spørsmålene under hver kolonne, noe som viste seg å ikke stemme. Informantene kom med relevant informasjon til de ulike temaene under ulike spørsmål og ulike tidspunkt under intervjuene. Derfor måtte all datamateriale leses nøye igjennom flere ganger under hvert tema. Dette viste seg også å være meget tidskrevende, men igjen veldig lærerikt.

4.5 Forskningsetiske spørsmål:

I forskning er det veldig viktig å følge forskningsetiske retningslinjer. Jeg som forsker har hele tiden måtte ha dette i bakhodet, fra oppstart av prosjektet helt til avslutningen.

Retningslinjene er forpliktende for meg som enkeltindivid, men også meg som representant for institusjoner slik som HIOA. Retningslinjene er med på å regulere forskning ved å gi en pekepinn i forhold til verdier, normer og institusjonelle ordninger. De forskningsetiske

retningslinjene handler i stor grad om forskning, men også annen forskningsbasert virksomhet som for eksempel undervisning og forskningsformidling. Vi som studenter må også bruke forskningsetiske retningslinjer i vårt arbeid. HIOA har i mitt tilfelle et ansvar for at jeg har fått den opplæringen som er nødvendig for å kunne gå ut på egenhånd, og utøve den teorien jeg har lært.

De ulike retningslinjene er forankret i normer som regulerer forskningsaktiviteten. Det er ulike former for normer, noen er interne og i stor grad knyttet til selvregulering. Andre er eksterne og knyttet mer direkte opp mot forskning og samfunn. Under ser man hvilke former for normer som finnes:

1. *normer for god vitenskapelig praksis, knyttet til forskningens søken etter sikker, dekkende og relevant kunnskap (akademisk frihet, åpenhet, etterprøvbarehet etc.)*
2. *normer som regulerer forskersamfunnet (redelighet, etterrettelighet, habilitet, kritikk etc.)*
3. *forskningens forpliktelse overfor dem som deltar i forskningen (respekt, menneskeverd, konfidensialitet, fritt og informert samtykke etc.)*
4. *forskningens relasjon til resten av samfunnet (uavhengighet, interessekonflikter, samfunnsansvar, forskningsformidling etc.)*

(Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009).

Jeg opplevde ikke det å bruke forskningsetiske prinsipper som noen utfordring i min studie. Gjennom god og tydelig opplæring både under bachelornivå, og masternivå har jeg dette som verktøy liggende i ”ryggsekken”. Det ligger en automatikk i å bruke prinsippene, og etikken ligger langt fremme i arbeidet. Det jeg derimot opplevde som utfordrende var min egen sikkerhet til data etter intervjurundene. Jeg ble usikker på hva som var mine føringer og hva som var informantens egne tanker. Men da det er viktig for meg som forsker å ha korrekte data, utfordret jeg mine egne data ved å gjennomføre et intervju til. Der bekreftet informantene mange av de tingene de tidligere hadde kommet med, men samtidig gav de meg ny og mer nyttig informasjon.

Jeg opplevde det som en ulempe eller en utfordring å arbeide i samme felt som mine informanter. Min forskerrolle ble påvirket av den informasjonen jeg bar med meg fra før, og de erfaringer jeg sitter med som fagarbeider. Jeg fikk som sagt mangelfull data etter første

intervju, da det var en utfordring at vi i samme type yrke snakker samme «språk». Det vil si at enkelte ting som kanskje burde vært sagt ikke ble nevnt, da informanten regnet med at jeg som fagperson forstod dette som en selvfølge, og vice versa. Jeg opplevde også i analyseprosessen, at jeg så mulige føringer under intervjuet. Dette kan ha skjedd ved at jeg som intervjuer engasjerte meg, eller gjenkjente det informanten fortalte. Mye av disse dataene er ubrukelig i forskning sammenheng, det var derfor viktig med et oppfølgingsintervju, der jeg tok med meg erfaringene jeg hadde gjort og endret intervjusituasjonen.

I all kvalitativ forskning er forskereffekter nesten umulig å unngå. I en intervjusituasjon er ikke forholdet mellom intervjuer og informanten likeverdig, men et skjevt maktforhold der intervjuer har makten. Intervjuer med sine forutsetninger, forestillinger og måte og fremstå på kan være med å påvirke dataen som samles inn. En av intervjuers oppgaver er å opptre nøytralt og ikke påvirke informantene, og igjen data. Dette er veldig vanskelig, nærmest umulig da en intervjuer alltid har med seg bagasje, og kan påvirke nonverbalt, så vel som verbalt uten å selv være klar over det. Alt fra kroppsspråk, ansiktsuttrykk, eller måten man stiller spørsmål. Spørsmålene kan være for ledende, eller eksempelvis de kan være for konkrete, slik at intervjuer får de svarene han er ute etter. Man skal under intervjuet opptre med rolig, tillitsfull og forståelsesfull ovenfor informanten (Ryen, 2002).

5.0 Bakkebyråkratenes fortolkninger og deres valg av arbeidsmetoder

Når mandatet for arbeidet i kommunene er vagt, er i det i stor grad overlatt til de som skal utføre oppgave å fortolke mandatet. I tråd med Lipskys teori er det opp til bakkebyråkratenes, sosialarbeideren og fortolke mandatet, velge arbeidsmetode, begrunne den faglig, og utøve skjønn. Dette kapitlet skal fremstille en del av funnene fra min datainnsamling, og analyse. Med utgangspunkt i disse resultatene vil jeg diskutere de kommunale bakkebyråkratenes politiske makt i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Hva er det som styres av deres fortolkninger, og deres praksis? Er det kompetansetilfanget i kommunene som er avgjørende eller er det den enkeltes kommunes kapasitet til å implementere idealer?

5.1 Fokus på primærforebygging- bakkebyråkratenes politiske makt:

Som tidligere nevnt i oppgaven har vi tre former for forebygging. Primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Mandatet fra staten er ganske klar på akkurat dette området:

hovedfokuset på psykisk helseforebyggende arbeid hos barn og unge skal rettes mot de sårbare barna, det vil si de barna som ligger i risikozonen for å utvikle psykisk sykdom, eller allerede har utviklet sykdom. Ut i fra dette standpunktet forstår jeg det som at det er sekundær, og eller tertiær forebyggende arbeid som er tiltenkt og skal satses på i kommunene. Det er jo nettopp her man fokuserer på barn i risikogrupper, med risikoatferd.

Et av funnene jeg finner spesielt interessant i mine data er motsetningen mellom statens mandat og bakkebyråkratenes tanker og handlinger. De sosialfaglige ansatte jeg har snakket med i denne undersøkelsen tenker helt annerledes rundt forebyggende arbeid. Alle de fire informantene legger hovedvekt på det primærforebyggende arbeidet. De er alle opptatt av det å nå frem til alle barna og ikke kun de som er de risikoutsatte. Dette begrunner de faglig, ved å legge vekt på at ved å se alle, så utelukker man ingen.

Informant 1 sa: *«Hvem er egentlig de risikoutsatte barna? Det kan jo i prinsippet være alle barn. Skal man sette inn ressurser der det brenner, eller bør vi tilrettelegge for alle barn».*

Informant 2 beskriver det slik: *«Tenker vi oss en befolkning er det faktisk hos de 80% friske det er viktig å plukke opp. De som det allerede er risiko rundt syntes jo. Så med forebygging tror jeg det er mest å hente hos de som er «friske», eller de utenfor risikogrupper».* Hun begrunner her at de som er i risikogruppen ofte er kjente for fagpersoner, lærere og

voksenpersoner. De som ikke er i en kjent risikogruppe er vi ikke like observante på, og bør derfor kanskje derfor jobbes enda mer oppsøkende med.

Informantene snakket i ulik grad om primærforebygging, men de var alle inne på samme tanker. De poengterte at det er nettopp i det primærforebyggende arbeidet man kan nå alle barna, og man kan ta tak i ting før problemer oppstår. Informantene opplever på mange måter at det er det primærforebyggende arbeidet som faktisk fungerer, og dermed bør satses på.

Informant 4 sa: «*Det er her man kan gjøre en forskjell, og det hos flere enn kun de som er i risikogruppen*».

Så da kan man spørre seg, hvor bør det forebyggende psykisk helsearbeidet faktisk foregå? Mine informanter nevnte barnehager, og skoler som de beste arenaer for primærforebygging. Informant 3 sa: «*Her skal i prinsippet alle barn være. Noe som gir godt grunnlag for å nå de aller fleste på et tidlig tidspunkt*».

Informant 2 sa også i intervju nr 2. at primærforebygging er mindre synlig og mindre markant i samfunnet enn sekundær og tertiær. ”*Det er ikke enkeltindivider som plukkes ut, eller enkelte som får all fokus, det fordeles utover alle barn og unge*”. Videre sa hun: «*Barn plukker opp alt, om vi kun fokuserer på de risikoutsatte blir dette kjempe tydelig for de andre barna*». Hun forklarte videre at dette gjør at alle får samme grunnlag, og blir rustet på samme måte. Dette er positivt også for de sårbare barna, som ikke blir utpekt som spesielle, men likevel får den helsehjelpen de har behov for og krav på.

Dette illustrerer en stor forskjell mellom de som sitter på toppen og utarbeider retningslinjene og mandatet, og de som faktisk arbeider dirkete med barna. Det er spennende å se en så tydelig forskjell i fortolkningen av hva som lønner seg og hva som nytter. Dette gjenspeiler Lipskys teori om gatearbeiderens politiske makt, og deres mulighet til å påvirke lovgivningen. Alle mine informanter leste opp mandatet fra staten, som jeg hadde sendt de i forkant. Her er mandatet helt tydelig på satsingsgruppe. Likevel var det tydelig at de ansatte arbeidet annerledes enn det som ble forventet av dem. På denne måten er bakkebyråkratene med å påvirke lovgivningen, da det faktisk er de som utfører det arbeidet som staten har bestemt. De påvirker dette arbeidet og begrunner det med sin faglige kunnskap, og sine tidligere erfaringer i arbeidet med barn og ungdom.

Da kan man diskutere hva som er rett og galt. Hva slags forebyggende arbeid bør man egentlig satse på? Hva som er fasit på dette kan ikke jeg svare på, men jeg syntes mine informanternes poenger er viktige å ta med seg inn i arbeidet. Det er jo faktisk sånn at om man satser på alle, så vil ingen utelukkes. Jeg tenker likevel at begge deler er viktig. Man skal gi alle et godt utgangspunkt med brede tiltak som når alle. Dette gjerne via de instanser barna oppholder seg på daglig basis. Likevel syntes jeg det er viktig å faktisk ta tak i de barna som sliter, og kanskje er på vei i en retning som ikke er heldig for dem. Derfor mener jeg at det også bør være tiltak for dem.

Et godt eksempel på dette er informantene jeg snakket med i kommune 3. Hun er psykiatrisk sykepleier som jobber som terapeut i skolen. Det er lav terskel for å få snakke med henne, men det er likevel vedtaksbaserte tjenester, hvor man må henvises fra noen som er bekymret, eller selv sende inn en søknad. Her er målgruppen risikoutsatte barn, som allerede sliter psykisk, eller har problemer med seg selv eller på hjemmebane. Dette tilbudet var i tillegg til bred satsing på gode primærforebyggende tiltak inn i skole, fritid og frivillige organisasjoner. I disse velger man ikke grupper, men satser på alle, likevel er det et ekstra tilbud for de som trenger det aller mest. Dette sikrer alle, og er kanskje slik man bør hige etter å jobbe i kommunene?

5.2 Tverrfaglighet:

I samhandlingsreformen 2009 (St. mld. 47) har det kommet offentlige føringer på at det skal satses på tverrfaglig kompetanse og samarbeid mellom ulike instanser ute i kommunene. Dette viser seg også i de kommunene jeg har studert. Av mine fire utvalgte kommuner, hadde tre av dem utviklet tverrfaglige familiesentre hvor de hadde base. Disse familiesentrene hadde samlet ulike tjenestetilbud i kommunen, under en og samme virksomhet, og under et og samme tak.

Informant 1 sa at en av fordelene med dette var at de ansatte ble kjent med hverandre. *”Bare det og møtes på morgenen, og ta en kaffe, gjør at terskelen for å ta kontakt ved behov for samarbeid blir mye lavere.”* Hun sa senere i intervjuet at hun trodde noe av grunnen til at mange sliter med tverrfaglig samarbeid kunne være usikkerhet på kvalitet i sitt eget arbeid. *”Jeg tror man er litt redd for å bli ”sett i kortene, eller man er redd for å ikke ha gjort en god nok jobb. Når man får nær relasjon, som en nær kollega, er dette mindre skummelt, og*

tverrfagligheten blir mer tilgjengelig for oss”.

Eksempler på tjenester som var samlet innunder familiesentrene var barnevern, psykisk helse, ruskonsulent, forebyggende team, fysioterapi, PPT, helsestasjonen. Fordelen med å jobbe tverrfaglig er at brukeren blir sett på i sin helhet, med mangfold og variasjon. For å støtte en bruker gjennom ulike relasjoner, roller, opplevelser og problemer er det en stor fordel med variert kompetanse. I tverrfaglig samarbeid må ulike yrkesgrupper samarbeide rundt en og samme bruker. Man samarbeider på tvers av fag, og sette brukeren i sentrum. I et slikt samarbeid er de ulike fagpersonene avhengig av hverandre for å gjøre en god jobb rundt brukeren, dette krever god dialog, og vilje til å samarbeide.

Det er stort sett kun fordeler med det å jobbe tverrfaglig. Det sikrer brukeren den beste oppfølgingen. Mange kan likevel oppleve utfordringer. En utfordring som ble nevnt i flere av intervjuene var samarbeid med barneverntjenesten. Det var noe problematisk å få tak i hva som var utfordrende for de ansatte, men det virket som barneverntjenestens taushetsplikt, ble stilt sterkere enn de andre faggruppene, på tross av samtykke til samarbeid fra foreldre og eller ungdommene.

Informant 1 forklarte: *«Jeg tror mange syntes det er vanskelig i forhold til taushetsplikt. Jeg opplever ikke det selv, man kan jo bare få samtykke. Og jeg behøver ikke vite alt for å gjøre en god jobb. Men jeg opplever at barneverntjenesten har mye mer stengte dører».*

Informant 4 nevnte også denne problemstillingen: *”Nå jobber jeg på ledernivå, så jeg kan ikke si noe om personlige erfaringer... men jeg vet flere ansatte opplever det vanskelig å samarbeide.. spesielt med barnevernet. De vil liksom ikke gi fra seg noe informasjon”.*

Sosialarbeidere og helsefaglige ansatte er lært opp til å ta sin taushetsplikt på alvor. Dette er kjempe viktig i en jobb der man sitter med sensitiv informasjon om andre mennesker. Likevel må de som arbeider med barn og ungdom alltid tenke det beste for barnet. Et barn med problemer handler sjeldent om barnet i seg selv, eller kun en side ved barnet. Det er oftest snakk om familie, miljø og andre faktorer rundt barnet, som påvirker det i en uheldig retning. For å få tak i dette og for å hjelpe barnet på en hensiktsmessig måte er tverrfaglig samarbeid, og ikke minst samarbeid med familie og skole ekstremt viktig. Mange har nok en lang vei å gå i forhold til tverrfaglig samarbeid. Som informant 1 nevnte skyldes nok dette

mye at det kan oppleves skummelt å forvare sitt arbeid ovenfor annen faglig ansatt. Man lager seg vaner der man handler og jobber på egenhånd, det føles sikkert for de ansatte, men er kanskje det som skaper størst usikkerhet for brukerne?

5.3 Personavhengig eller ressursavhengige fortolkninger:

Uavhengig av spørsmål og tema, har alle informantene vært inne på temaet personavhengighet. Gjennomgående er tanken om at det er veldig personavhengig hva slags forebyggende psykisk helsearbeid som blir gjort i kommunene. Både på politiker nivå, men også ute i de ulike instanser.

Informant 3 sa: *”Jeg tror tilbudet ofte er preget av hva slags type bakgrunn den som sitter i lederstillingene har. Hva slags fokus man har, og hva en prioriterer og tenker at er viktig”*. Hun nevnte at i sin kommune var det en ledelse som var *”Våkne, og fulgte med på hva som var forventet fra staten”*. Dette førte til at de ansatte ble kurset, og holdt seg oppdatert på feltet. Hun forklarte at som forventet fra stat og regjering har kommunen satt psykisk helse som et satsingsområde, det vil si at det gis de midler som skulle være nødvendig for å utarbeide et godt tilbud. Videre forklarte informant 3 om ledelsen i deres kommune: *”Vår rådmann har faktisk sosialfaglig bakgrunn, han har faktisk bakgrunn fra barneverntjenesten. Jeg tror dette gjør at han har et annet blikk på hvilke saker som bør prioriteres. I motsetning til mange andre politikere, med helt annen bakgrunn”*.

Informant 1 bekreftet mye av det samme: *”Jeg tror det er litt tilfeldig hva slags oppfølging man får i kommuner. Vi tolker oppgaven fra staten forskjellig.. akkurat samme ord, men forskjellig tolkning. Jeg tror dessverre det er personavhengig. Det er noen ildsjeler som klarer å motivere. Men mange er redde for forandringer, hvordan implementere nye ideer?”*.

Et annet tema som ble tatt opp var hvordan det personlige engasjementet i arbeidet utgjorde forskjeller. Informant 1 beskrev det slik: *”Det finnes alltid noen ildsjeler, som gjør det lille ekstra. Dette handler om hvor engasjert man er i faget tror jeg.. og i barna ikke minst. Noen jobber langt utenfor egne arbeidsoppgaver, fordi de ønsker barna vel”*. Dette opplever jeg som et interessant funn. Det er sier kanskje seg selv at personlig egnethet og eget engasjement må påvirke arbeidet som blir gjort? Jeg ser jo det selv i mitt arbeid. Jeg har jo mange ulike oppgaver, de oppgavene jeg ikke personlig opplever så viktig, eller tenker at

utgjør en forskjell, legger jeg ikke like mye sjel i som i de oppgavene jeg virkelig har tro på.

Etter samtale med informantene viser det seg også at de ulike stillingene innad i kommunene ofte har vage stillingsbeskrivelser, som fører til stor grad av individuelle fortolkninger og arbeid ut i fra dette. I følge informant 1 og 3 kan ansatte oppleve å være i stillinger uten direkte stillingsbeskrivelser. Det vil si at de selv må forme stillingen de er i, og utarbeide rutiner og arbeidsoppgaver ut fra sine egne faglige perspektiv. Dette er på mange måter en luksus for de ansatte, og skaper stor fleksibilitet som på mange måter kan gagne brukerne. Man kan dog stille spørsmålstegn ved sikkerheten av tjenesten. Hvor lik behandling for brukere rundt om? Hvor store forskjeller er det i kvaliteten på arbeidet som blir gjort, og hvor store forskjeller kan dette skape mellom de ulike ansatte.

Informant 1 sa at i deres kommune hadde det skapt usikkerhet hos de ansatte. ”*Hva skal vi være?, hvem skal vi jobbe med?, hvordan skal vi jobbe?*”. Dette var spørsmål som de ansatte stilte seg, og undres over. Hun trodde kanskje noe av denne usikkerheten igjen kunne smitte over på brukerne. Og ikke alle som hadde hjelpebehov fikk tilbudet, fordi man var usikker på hvem tilbudet var rettet mot. Dette tror jeg er gjennomgående i mange av landets kommuner, da vi i stor grad i slike stillinger selv utformer verktøyene, og metodene som skal brukes.

Dette illustrer igjen godt Lipskys teori om tjenestenes uklare og tvetydige målsetninger. Lipsky (2010) sier at den offentlige sektor har mange, vage, uklare målsetninger. Målene er idealistiske, og enkelte ganger veldig vanskelige og kanskje umulig å oppnå. Disse målene kan være så vage, at det er umulig å måle om de faktisk nås. En annen ting er at hver enkelt sosialarbeider legger ulike betydninger i målene. Målene kan samtidig komme i konflikt med hverandre. Hvis for eksempel brukerens mål er i konflikt med samfunnets, eller brukerens mål er i konflikt med organisasjonens mål. Samtidig er det mange forventninger rundt arbeidet som skal gjøres, både fra brukere, pårørende, staten, ledelsen, bakkebyråkratene i seg selv. Disse forventningene kan være helt i strid med hverandre, noe som gjør arbeidet til bakkebyråkratene vanskelig. Hva bakkebyråkratene fokuserer på, og hva forventes av den enkelte ansatte i arbeidet. I denne studien for eksempel er det helt tydelig at informantene vektlegger det forebyggende arbeidet annerledes enn hva som kanskje forventes av stat og regjering.

Hver enkelt av de ansatte i en kommune og hver enkelt av de som har kontakt med

mennesker i en profesjonell setting har en viss makt i relasjonen. Dette gjelder også i aller høyeste i grad i forebyggende psykisk helsearbeid med barn. Man sitter i en profesjonell-bruker relasjon, og en voksen-barn relasjon. Her er barnet avhengig av den profesjonelles kunnskap, og hvordan den profesjonelle velger å arbeide. Den profesjonelles interesse for den enkelte bruker er avgjørende. Man sitter med en makt over brukeren både psykisk, men også rent bokstavelig i mange sammenhenger. For eksempel hvilke tjenester brukeren skal få i sin kommune, eller hvilke ytelse en familie skal leve av. Som vist i sitatet over har den profesjonelles bakgrunn, dens ressurser, og dens måte å fortolke sine oppgaver stor innvirkning på det arbeidet som blir gjort.

Videre er også hver enkelt ansatt i en sosialfaglig rolle i en kommune også en ressurs i seg selv for kommunen. Dette ut i fra den kompetansen og den erfaringen de ansatte sitter med. I følge informant 1, som selv har jobbet i mange ulike kommuner, varierer det veldig fra kommune til kommune hvilke faggrupper som er prioritert eller ansatt, og hvilke områder som blir satset på. Derfor vil kommunenes samlede ressurser variere i større eller mindre grad, som igjen vil påvirke brukerne.

5.4 Gruppearbeid:

Rundt spørsmål på hvilke tiltak som oppleves fungerende ute i kommunene, kom ulike gruppearbeid høyt opp på listen hos informantene. Dette er snakk om ulike grupper for barn og ungdom, men også foreldrene. Det finnes mange slike grupper rundt om i kommunene, noen er mer kjente, andre er utviklet nettopp i denne kommunen.

Informant 4 foreller at deres kommune tilbyr: DU kurs for ungdom (depresjonsmestring), KID kurs for voksne (depresjonsmestring), KIB kurs (stressmestring), dette er alle tre velkjente metodeverktøy som brukes over hele landet. Andre grupper som ble tilbudt i kommune 4 var mestringsgrupper, gruppe for barn av skilte foreldre, jentegrupper, guttegrupper, strikkegrupper, biblioteks grupper med mer. Alle disse gruppene er med på å forebygge psykisk sykdom ved å skape et fellesskap, lære nyttige teknikker for mestring av ulike problemer, hjelp til selvhjelp og en arena for å dele utfordringer og skape trygghet. Satsing på gruppearbeid gikk igjen hos alle kommunene, og videre stadig utarbeidelse av nye grupper ut fra ny problematikk. Slik som informant 4 sa på spørsmål om hvilke tiltak som fungerte best i kommunen «*Grupper!, mange grupper. De er godt etablerte, lett og rekruttere*

til. Ungdommene hjelper seg selv og de hjelper hverandre.. trenger vi nye grupper ut fra ny problematikk så etablerer vi dette».

I gruppetiltak er det brukermedvirkning på høyt plan, der brukeren er en stor del av behandlingsplanen i seg selv. Samtlige kommuner i min studie hadde valgt å prioritere mer og mer gruppearbeid. I følge psykologspesialist Sondre Risholm Liverød (2017) er gruppebehandling en god metode for å oppnå selvforståelse og interpersonlig læring. Her får man et innblikk i sin egne kognitive bevegelser, og lærer seg å se seg selv utenfra, samtidig som man får en bedre forståelse for andre. Dette vil være med å styrke egen selvfølelse, styrke evnen til å regulere følelser, og gjøre oss mer fleksible i møte med utfordringer. Som nevnt innledningsvis er alle disse punktene viktige i det å skape/opprettholde psykisk velvære.

Et funn som jeg syntes er spennende er at flere av informantene opplevde det så givende og inspirerende å jobbe med grupper. Informant 3 beskrev det slik: *”Det er jo så gøy med disse gruppene.. det gir meg som fagarbeider så mye. Det å se dynamikken mellom deltakerne og hvordan de bruker kunnskapen vi gir dem i praksis”.*

Informant 2 sa: *”Jeg tror mange opplever det givende og jobbe med grupper, da det er spennende å se hvordan ungdommer utvikler seg i felleskap, tar vare på hverandre og åpner opp for sine egne og andres tanker. Ofte kan man se mye komme frem i grupper, som kanskje årelang individuell oppfølging ikke har klart å hente frem”.*

På tross av stor satsing på grupper i kommunene var dette likevel noe de ønsket seg mer av. Informant 1 sa: *«Jeg skulle ønske det ble enda mer satsing på grupper. Satt av enda mer tid og ressurser til dette»* Dette tyder på at grupper er noe de opplever at hjelper barn og unge, kanskje enda mer enn individuelle samtaler eller individuelle tiltak, i alle fall på forebyggende plan. Gruppearbeid er tydelig en arbeidsmetode som tar seg opp igjen, etter en lang satsing på individuell oppfølging i psykisk helsearbeid. Dette både i spesialisthelsetjenesten, men også spesielt på kommune nivå.

Når det kommer til barn og ungdom er de i stor grad preget av miljøet sitt. Det å jobbe i grupper kan derfor være til stor hjelp for mange. Grupper i skolen er eksempler på grupper som er for alle, men samtidig begrenser det slik at det er mulighet for å åpne seg og hjelpe

hverandre. Grupper skaper samhold og sosial stimuli, som eller kanskje mangler for mange. Dette vil være med på å opprettholde en god psykisk helse for mange, som kanskje ellers ville følt på utenforskap og ensomhet.

5.5 Åpen dør:

Et av funnene i min data er at alle de fire kommunene hadde åpen dør løsning på helsestasjonen, eller på skolen. Under intervjuene kom dette tiltaket frem som det de aller fleste informantene så på som primærtiltak nr. 1. Det var noe ulikt hvordan de ulike kommunene organiserte åpen dør tiltaket. Hos de aller fleste hadde skolehelsesøster hovedansvaret for tiltaket. I kommune 1 hadde de tverrfaglig åpen dør. Det vil si at det satt helsesøster, psykolog, barnevernspedagoger, sosialarbeider på rundtur. Dette var en modell de selv var veldig fornøyd med. De opplevde at dette sikret tverrfaglig syn på en og samme sak. De kunne ta opp caser med hverandre, og de kunne bruke hverandre i arbeid med elever. Elevene kunne også velge hvem de ønsket å snakke med, kanskje ut i fra problematikken.

Informanten i kommune 2 forklarte at åpen dør var en god løsning: *”Barn er veldig her og nå. De har behov med en gang, og kan ikke alltid vente med behovene sine i flere dager. Da har de kanskje allerede glemt eller fortrent det”*.

Åpen dør er et eksempel på et lavterskel tilbud, der man arbeider direkte forebyggende, og med lav terskel for å få hjelp. Dette fungerer godt nettopp fordi tilbudet er lett tilgjengelig for barna, og er der barna oppholder seg på dagtid. Barna har lav terskel for å komme til de voksne, og snakker om mange ting. Også ting som ikke ansees som et problem, men som kanskje er et problem i elevens øyne der og da. På denne måten kan man løse opp i mange konflikter eller vanskelige situasjoner for barna umiddelbart.

Informanten i kommune 3 nevnte at helsesøster var veldig flink til å markedsføre tilbudet, *”Hun henger opp plakater, tydelige signaliserer når hun er der og ikke, og snakker også med barna i klasserommene om dette”*. På disse plakatene stod det informasjon om når helsesøster var der, og at man kunne komme å ta en prat med helsesøster om lite og stort, om man hadde behov/lyst til det.

I kommune 2 var det noe større forhold, og de prioriterte åpen dør i alle skoler og i alle bydeler, men ekstra der behovet viste seg å være størst. Hun forklarte at i sentrumsdelen av

kommunen, meldte det seg større behov. ”Her bor barn fra minoritetsbakgrunner, som ikke nødvendigvis er ordentlig integrert i samfunnet. Her er det flere gjenger, mer kriminalitet og mer rus i disse miljøene”. Derfor hadde kommunen prioritert en større stilling i denne bydelen, noe som viser seg å være svært heldig og nyttig da tilbudet blir brukt til det fulle. Likevel kan det virke som slike tiltak aldri blir nok, som hun sa: ”Vi kan alltid ønske oss mer, det er et umettelig behov”. Dette utsagnet er på mange måter i tråd med Lipskys teori om at etterspørselen følger tilbudet. Ungdommene kommer gjerne inn til en prat, spesielt hvis det er veldig tilgjengelig. Er det fult, eller man må vente, siler dette kanskje ut de som ikke er så motivert for å ta i mot hjelp. Om dette er positivt eller negativt kan diskuteres.

Åpen dør har mange fordeler i det primærforebyggende arbeidet. Slik som den ene informanten beskrev over er barn veldig her og nå. Ofte kan barn brenne veldig med noe i nuet, de trenger å dele det og finne gode løsninger. Dette kan være kjempe god forebygging, ved at barna får mulighet til å bli ferdig med ting. Det vil si at ting ikke bygger seg opp til store konflikter eller store vansker for barna. Et annet faktum er at åpen dør er så tilgjengelig. Et barn som faktisk sliter i større grad med seg selv eller hjemmeforhold har gode muligheter til å komme hit å fortelle. De er kanskje innom mange ganger før de faktisk åpner seg om det som er faktisk problematikken. Det er gjerne helsesøster eller annet personell de vet godt hvem er, og terskelen for å snakke blir lavere for mange.

Informant 4 beskrev åpen dør slik: ”Vi opplever at barna er flinke til å bruke tilbudet.. jeg tror de opplever det som et trygt sted, jeg er jo selv helsesøster i bunnen, og opplever en stor tillit mellom barna og helsesøster”. Dette var også gjennomgående i alle kommunene. Barna var flinke til å bruke tilbudet, selv om dette var helt frivillig, likte de å ha en voksenperson å snakke med, annet enn mamma og pappa.

5.6 Psykologbehandling i kommunen

I følge Marian Ådnanes (2013) utførte helsedirektoratet i perioden 2009-2013 et prosjekt kalt «modellutprøving- psykologer i kommunen. De gav kommuner et rekrutteringstilskudd for at kommunene skulle få psykologer inn i kommunehelsetjenesten. Prosjektet gikk ut på å imøtekomme behovet for psykologer i kommunene, samt utprøving av fire forskjellige modeller.

1. psykolog samlokalisert med fastlege.

2. psykolog inn i psykisk helsearbeid.
3. psykolog inn i helsestasjonen/skolehelsetjenesten.
4. psykolog inn i familiens hus/familiesentre.

Dette prosjektet har senere blitt evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet, AFI og SINTEF. Prosjektet skulle være en del av den folkehelserettede og forebyggende satsingen.

I undersøkelsene som er basert på 235 kommuner, kom det frem at kommunepsykologene brukte tiden på individuell oppfølging, og lite tid på folkehelserettet arbeid. Psykologene i helsetjenestene var mer behandlingsrettet enn psykologene i PPT og barnevern, men det var uansett lite folkehelserettet arbeid i alle modeller. Undersøkelsene viste at mange av psykologene ønsket å arbeide mer folkehelserettet, men da var det behov av å redusere enkelindividsoppfølging. Videre viste det seg at psykologene med erfaring fra spesialisthelsetjenesten var mer behandlingsorientert enn de uten denne erfaringen. De som var spesialister i klinisk samfunnspsykologi var derimot mer forebyggingsorientert. Undersøkelsen viste at om kommunepsykologene skulle kunne bidra mer forebyggende trengs mer styring og tilrettelegging for dette. En del av konklusjonen i undersøkelsen var at antall psykologer som ansettes bør vurderes ut fra at psykisk helsehjelp stadig flyttes mer over til kommunen, og ut i fra spesialisthelsetjenesten.

Min forskning kan tyde på at det er enda større satsing på psykologer ut i kommunene nå i 2017. Tre av de fire utvalgte kommunene i min undersøkelse har tilbud om psykolog i sin kommune på et lav terskel nivå, uten behov for henvisning. Informant 4 sa også noe om at ”*Det virker som det er mer og mer ettertraktet å jobbe som psykolog i kommunene*”. Om dette faktisk stemmer, er dette helt sikkert med å øke antall kommunepsykologer totalt sett.

I min studie kommer det likevel frem at det er et stort gap mellom hva informantene tolker som statens forventninger til behandling i kommunen, og hva som faktisk tilbys. Kommune 1, 2 og 4 tilbyr psykolog i min studie. Det kommer likevel frem at de selv opplever mangler i tilbudet.

Informant 1 sa: «*Det sier seg selv at det er begrenset hva slags arbeid en psykolog får gjort i en kommune*». Hun forklarer videre at de må prioritere enkeltgrupper, og de er sjeldent med på total behandling av pasientene. Psykologene prioriteres oftere til en utredning, før

pasientene videre henvises til behandling hos spesialisthelsetjenesten. Hun sa: ”*Det sier seg selv at kapasiteten til å jobbe forebyggende og folkehelserettet er knapp når kapasiteten er så lav*”.

Men hva er egentlig behandling i kommunen, hvem definerer det? Mine informanter forbandt det i stor grad med spesialisthelsetjenesten og psykolog/psykiater behandling. Dette henger nok igjen fra tidligere. Da var det tydelige føringer om at ute i kommunene skulle vi ikke behandle. Vi skulle utrede, veilede, tilrettelegge, samarbeide, koordinere, stabilisere, men vi skulle absolutt ikke behandle. Dette har forandret seg de siste årene. I økende grad flyttes behandlingsdelen ut til kommunene. Dette vil ikke si at de som faktisk arbeider ute i kommunene har helt ny kunnskap, kompetanse og utdannelse. Det handler i stor grad om at behandling er mye mer enn det man gjør hos en psykolog eller spesialist.

Enkelte pasienter er absolutt i behov av en dyp utredning, og en intens behandling hos spesialisthelsetjenesten, men for folk flest er ikke dette relevant. For folk flest handler det om å få hverdagen til å fungere, og det å trives i livet her og nå. Det er jo nettopp dette bakkebyråkrater rundt om i landet er med på å bygge opp. Det er mange ulike måter å gjøre dette på. Støttesamtaler, koordinering av tjenester, hjelp til å lage aktivitetsplaner, gruppetilbud, støttekontakt, arbeidsrettede tiltak, skoleveiledning, tilretteleggelse i skolen, familieveiledning, foreldrekurs er noen eksempler. Det viktigste er å få frem behandlingen som er i dette. Hjemme i kommunen hjelper man brukeren til å hjelpe seg selv. På denne måten er kanskje alle tiltakene de 4 utvalgte kommunene tilbyr som forebyggende arbeid, og eller oppfølgende arbeid behandling i seg selv. De har kanskje ikke mangel på behandling slik de selv vurderer, men heller kanskje ikke innsikt i hva staten regner som behandling? Dette er ikke lett å besvare, da behandling ikke er definert av helsedirektoratet i den grad det forventes ute i kommunene.

5.7 Sykeliggjøring av barn og ungdom:

Min studie viser at flere av de som faktisk arbeidet med ungdommene er bekymret for at det skapes problemer som egentlig ikke eksisterer ved å ha så stort fokus på psykiske lidelser. To av mine informanter nevnte flere ganger sykeliggjøring av barn. I den helse og sosialfaglige retningen er vi veldig raske med å studere avvik og abnormalitet hos barn. Så fort et barn ikke har akkurat det atferdsmønsteret som er ønskelig i samfunnet, som det å sitte helt stille en hel

skoledag, være sosial, utadvendt, være flink i alle fag, trives med alle aktiviteter som tilbys, har vi en tendens til å se på det som et avvik, og et barn med problemer. Vi har kanskje litt for lett å glemme at barn og ungdom er individer med stor variasjon og bredde. De modnes forskjellig, og har ulike preferanser.

I følge Svendsen (2006) har vi som samfunn lagt terskelen for lavt når det kommer til psykisk sykdom. Han sier at vi «produserer psykiske lidelser i stor omfang». Dette begrunner han med at vi mennesker frykter og ikke håndterer livshendelser, skuffelser og prøvelser på egenhånd. Vi behandler derfor barna våre deretter, en mulig konsekvens av dette er å skape mennesker som ikke evner det å håndtere noen form for motgang. Det er mye som tyder på at vi legger terskelen lavt når det kommer til hva som betegnes som sykdom. I dag ser vi ungdom, gjerne også kjente ungdommer, som snakker åpent om diagnoser som depresjon og angst i media. Hensikten er å lage åpenhet rundt tema blant andre barn og ungdommer. Tidligere var det ikke like stor åpenhet om psykisk helse, dette var selvfølgelig heller ikke heldig. Man kan likevel undres om alt fokuset på diagnoser og psykisk uhelse, har gjort det lett for ungdom å tenke sykdom når de har en tøff periode. De kjenner seg kanskje igjen i diagnoser som blir beskrevet i media, og tenker at dette også gjelder dem. Dette er kanskje med på at fokuset på situasjonen her og nå blir mindre, og man henger seg opp i egne personlige egenskaper og ikke situasjonelle faktorer.

Dette trekker meg tilbake til et foredrag jeg nylig så på Korus vest sin konferanse: «Barn i rusen» av Ivar Frønes (2016), professor i sosiologi ved universitetet i Oslo. Han snakket om det han kalte lavterskel og høytterskel samfunn. Han forklarte at før i tiden i det han kalte lavterskelsamfunn, fikk alle være en del av samfunnet. Det var et industrisamfunn, der alle fikk jobb, alle var en del av noe. Det var et inkluderende samfunn, der alle hadde sin rolle. På denne tiden var det ekstremt lite fokus på psykiske diagnoser som depresjon, eller angst.

Videre sier han at i dag lever vi i det han kaller høytterskelsamfunn. Dette er et kompetansesamfunn, som krever et utdanningssystem. Han forklarer at dette utdanningssystemet er med å selektene barna. Hvem passer hvor, ut i fra hvor gode karakterer du får på skolen. Han opplever dette som et ekskluderende samfunn, som setter mye større krav til ungdommene. Krav som kanskje kan være med å skape følelsen av utenforskap, depresjon og angst? (Frønes, 2016).

Ett utgangspunkt er at alle mennesker er født med ulike personlighetstrekk, ulikt temperament og ulike forutsetninger for å mestre ulike oppgaver i hverdagen. Verden i dag kan oppleves utfordrende og for noen umulig å vokse opp i. Så fort en ikke stemmer overens med forventningene, ser vi på det som problemer og avvik. På denne måten glemmer man det normale ved å vokse opp, utvikle seg i sitt tempo og på sin egen personlige måte. Man tar ikke høyde for naturlige utfordringer i det å ha hormoner svirrende rundt i kroppen, og i tillegg ha så mange forventninger og krav en skal leve opp til. De aller fleste mennesker har hatt utfordringer i barneårene man har vokst fra seg, evt. lært å takle. Er vi for raske til å lete etter diagnoser og symptomer hos barna, for videre å sende de i behandling? Som informant 1 poengterte: «*Vi er veldig opptatt av å sette diagnoser*».

Informant 2 sa noe som også illustrerer dette: *”I dag blir så små bagateller så store.. det går fra å være vanlig problematikk hos barn og ungdom, så plutselig er det sykdom”*. Det er ikke lenger rom for utfordringer eller hverdagslige problemer. Det blir veldig fort satt diagnoser for å forklare utfordringene.

Så hvorfor gjør vi det? Er det for brukeren? Er det for oss selv som fagarbeidere? For å få system i ting, da vi har et større behov for forklaring enn tidligere? Er det for å sortere og sette i bås? Deretter det viktigste, hjelper denne diagnosen?

For noen er nok diagnosen hjelpsom. Det finnes mange eksempler på ungdommer som beskriver å endelig ha forstått hvorfor de er som de er. Da er det kanskje viktig å poengtere at diagnose eller ikke, så må man ikke la dette definere seg, og sette hinder for målene man setter seg i livet. Man må fokusere på de gode egenskapene som hver enkelt ungdom innehar. Dette er det grunnlaget man har for å nå det man vil, hva enn disse målene innebærer. Hva som skal være drivkraften til hvert enkelt individ er ikke så relevant. Det handler om å se det som fungerer, og hva man kan få til med det man har. Diagnoser kan fort sette begrensinger og skape et negativt selvbilde hos unge mennesker, som overhode ikke stemmer med virkeligheten eller hva de kan få til. Informant 4 beskrev det slik: *”Alle mennesker har gode egenskaper, det gjelder bare å fokusere på det de får til... ikke det de ikke får til”*.

5.8 Høyterskelsamfunnet- kvalitetstid:

Et interessant funn i rapporten til Helland og Mathisen (2009) jeg vil bruke litt tid på å diskutere, er savn av kvalitetstid med nærstående familie. Dette illustrerer også godt Ivar

Frønes sitt foredrag, og hans beskrivelse av et høyterskelsamfunn. Jeg vil tørre å påstå at i dag lever mange i en strukturert hverdag, der alt går i et. Man står opp grytidlig på morgningen og sender barna på institusjoner til sen ettermiddag. Her skal de være fra før de lærer seg å gå og prate, til de er voksne og kan ta ansvar for seg selv. I tillegg til alt som skal gjøres på fritiden både for foreldre og barn, skaper ekstremt lite rom for kvalitetstid med familie.

På mange måter kan man si at samfunnet tvinger oss til å leve i en boble, der alt skal være effektivisert, og ting må gå på skinner. Nå er det nå engang sånn at det er sjelden man hører om et barn som går på skinner. Et barns oppvekst og et barns utvikling handler om det motsatte av å gå på skinner. Barn trenger rom, tid og støtte til å utvikle seg og vokse opp. Det må få mulighet til å teste ut grenser, bevege seg inn og ut av stien de går på og finne ut av hvem de er. Som informant 3 påpekte: *«Barn er jo av natur så forskjellige, det er jo nettopp dette som gjør de så fantastiske, de er jo bare akkurat seg selv»*.

Fra vi er bittesmå får vi beskjed om hvordan vi skal være, og oppføre oss for å lykkes. Man må være flink og passe inn fra første stund. Dette for å lykkes i høyterskelsamfunnet, der man krever ekstrem høy utdanning, perfekt helse, kropp og selvbilde. God økonomi og stor sosial omgangskrets er en selvfølge. Vi skal ha et perfekt hjem og eie mange flotte gjenstander. I tillegg til den høye utdannelsen skal man helst ha full jobb, der det kreves mye relevant og god arbeidserfaring fra før du er ferdig å studere, noe som er ganske umulig å få til. I tillegg til dette skal man ha god tid til kvalitetstid med familie og venner, dyrke de nære relasjonene. Er dette mulig å få til i praksis, og er dette godt for noen? Så fort barna våre ikke passer helt inn i boksen, eller gjør og handler akkurat som vi ønsker og forestiller oss at det skal være, ber vi helseapparatet om hjelp. Vi vil utrede barna for å finne ut hvorfor det avviker fra det vi ser på som normen. Vi er på let etter diagnoser, som kan behandles. Slik at barnet blir normalt, og livet kan gå på skinner igjen.

Dette er kanskje å sette det litt på spissen. Jeg unders likevel om det ikke er noe i nettopp dette. Jeg husker godt hvordan det var å vokse opp på 90- og tidlig 2000- tallet, hva slags press vi la på oss selv for å lykkes. Jeg husker da også hvor fort dette for mange gikk over i store symptomer på stress. Depresjoner, angst, spiseforstyrrelser er bare eksempler på det. Jeg spør meg selv om dette livet vi lever, og de forventningene vi har til oss selv og barna våre, er

med å skape psykisk sykdom hos barn og ungdom. Jeg opplever det som et ekstremt press vi lever under, og oppdras til å leve under. Vokser barna våre opp med et forvrengt bilde av verden, som de fortvilet prøver å passe inn i? Informant 4 beskrev dette slik: *”Barn i dag har så uendelig mange krav å leve opp til. Det er ikke rart det i økende grad er psykisk uhelse hos barn. Tenk så mye de skal mestre”*.

5.9 Stangehjelpa- det gode eksempelets makt:

Et tema som har gjentatt seg i intervjurunden, som jeg syntes er verdt å nevne er Stangehjelpa. Av de fire informantene jeg intervjuet nevnte tre av dem Stangehjelpa i ulike sammenhenger. Informant 3 for eksempel hadde vært med å utforme eget tilbud i egen kommune, ved å bruke stangehjelpa sin modell som utgangspunkt. De kalte det vel og merke for noe annet, men hun påpekte at det var mye likheter i modellene. Informant 1 hadde sammen med sitt team planlagt å reise til Stange kommune, for å få informasjon og opplæring i hvordan de jobber der. Dette nettopp for å bruke det i sitt eget arbeid. Informant 2 nevnte Stangehjelpa som en forgjenger i psykisk helsearbeid.

Jeg personlig har også hørt om Stangehjelpa i mange sammenhenger, både på kurs og seminarer. Etter å ha undersøkt nærmere virker det som Stange kommune er en foranliggende kommune, som mange andre kommuner streber etter å jobbe likt som og lære av. Blant annet er stangehjelpa nevnt flere ganger på KORUS (kompetansesenteret for rus og psykisk helse) sine hjemmesider, så vel som på deres kurs og konferanser.

Så hva er denne Stangehjelpa, og hvorfor streber kommuner etter å jobbe på denne måten? Stangehjelpa er en kommunal tjeneste med flere ulike faggrupper. De arbeider ut i fra en flat struktur, uten hierarki. Hver enkelt medarbeider blir satt til de arbeidsoppgaver den enkelte har kompetanse og ferdigheter til. De arbeider etter den teorien om at terapiens effekt ikke har med profesjonen å gjøre, men relasjonen mellom medarbeider og klient. Dette poengterte også informant 2 i et av våre intervjuer: *”Jeg tror det er samme hva slags bakgrunn eller profesjon man har. Det viktigste i møte med barn er relasjonen. Barnet må tas på alvor og møtes med respekt. Da er de studiepoengene ganske irrelevante”*.

Stangehjelpa er delt opp i 7 ulike team. Førskole, barn og unge, forebygging voksne, aktivitet og bistand, rus og avhengighet, eldre og stangehjelpa aktivitetshus. Det vil si at de møter alle grupper mennesker, akkurat hvor de er. Dette er en modell jeg ser brer seg utover og blir mer

og mer vanlig i mange kommuner. Også i mine informanternes kommuner, med familiesentrene som baser.

Stangehjelpa har fokus på å være lavterskel, der alle kan ta kontakt og man ikke behøver henvisning. De er opptatt av at tjenesten bevisst skal omhandle brukerens behov.

Stangehjelpa bruker klient- og resultatstyrt praksis som evalueringsverktøy. De har på denne måten feedback informerte tjenester, som sikrer brukermedvirkning. Brukeren skal gi tilbakemeldinger på tjenestene de mottar, på behandler og metodene som blir brukt. På denne måten får brukeren gi uttrykk for om den opplever endring eller bedring, og om de er fornøyd med dagens samtale. Denne evalueringsprosessen gjør at brukermedvirkning blir det viktigste i behandlingssamarbeidet. Målet er at man skal vektlegge likeverdighet og tro på brukerens egne evner. Brukeren får hovedregien i sin egen behandling, og endringsarbeidet som må gjøres.

En viktig faktor når man bruker en resultat og klientstyrt praksis, er at behandleren møter utfordringene i tilbakemeldingene en får. En må ta tilbakemeldingene på alvor og handle deretter. En må stadig være reflekterende, klar for endring, og søke ny kunnskap, alt i utgangspunkt i brukerens tilbakemeldinger. I følge Austdal (2015) er klient og resultatstyrt praksis en suksess for brukerne. Flere av brukerne har i Austdals forskning sett en stor endringsprosess hos seg selv. Mange opplever det utfordrende å gi negative tilbakemeldinger til behandler, men ser klart nytten av det.

Til slutt et lite utdrag fra Stangehjelpas hjemmeside og de faktorer de legger vekt på:

- *God helse er mer enn fravær av sykdom*
- *Vi kan ikke på forhånd vite en persons potensial*
- *Tro på ressurser og det folk kan få til selv*
- *Hvem eier prosjektet – endring for hvem?*
- *Hvordan snakker vi med og om folk?*
- *Klienter vs. pasienter, endringsprosjekt vs. diagnose, livet vs. Symptomer*
- *Prestisjefrihet*

5.10 Ressursmangel, eller bare en unnskyldning?

Et siste funn jeg vil diskutere er ressursmangel. En gjentakende strofe man hører rundt om i

kommuner er. «Ja, men i mangel på ressurser...» Mange kommuner forklarer at de har mange gode ideer, og mange gode tiltak på trappende, men i mangel på ressurser, har de ikke mulighet til å gjennomføre dem. Dette kan være en realitet hos mange, men det kan kanskje også være en unnskyldning?

Informant 1 illustrerte dette godt i vårt andre intervju. Hun vippet mellom tanker rundt hva slags tiltak de kunne ønske å iverksette, samtidig som hun påpekte hvor mye de hadde å gjøre fra før. Så stoppet hun litt opp før hun undret seg over sin egen innstilling til dette. Hun sa: «Vi kan alltid trenge flere ansatte, og mer ressurser..men jeg tror kanskje ikke det handler om det... jeg tror kanskje vi kan få til mye med det vi har.. det handler nok mye om egen innstilling, og hvor mye man vil. bare man vil.. vi er så redd for forandringer, det å prøve noe nytt er alltid skummelt. Kanskje vi da skylder på ressursmangel?».

Informant 2 sa: ”Vi snakker ofte om ressursmangler.. og at om vi hadde hatt det sånn og sånn kunne vi fått til mye. Likevel viser det seg, at vi kan få til mye med den tiden vi har, den kompetansen vi har, og de ansatte som allerede er her. Jeg tror det handler om god struktur, god planlegging, og prioritering av arbeidsoppgaver. Ikke minst handler det om vilje og ønske om å få til noe”.

Det kan virke som uklare, nye og vage oppgaver være skremmende. Noe som er naturlig fordi det er opp til de ansatte selv å fortolke de, utføre de, og ikke minst å begrunne det faglig. Kanskje det da kan være lett å unngå disse oppgavene og begrunne det med mangel på ressurser eller faglig kompetanse. Nå er det faktisk slik at kommunene i økende grad for ansvar for behandlingsforløpet til pasienten, og da må kanskje oppgavene endres og utvikles i takt med dette?

Informant 4 som var på ledernivå beskrev de ansattes egne ansvar godt: «Jeg er jo på et leder nivå, jeg har derfor kanskje ikke så god innsikt i hva de gjør i hvert enkelt tiltak. Jeg har jo et mer systemisk ansvar, der jeg skal lede de ansatte. Jeg jobber jo ikke direkte med brukere». Dette illustrerer godt mye av det som beskrives gjennom hele denne oppgaven. De ansatte i kommunene har i stor grad et eget ansvar for å bruke ressursene de har og forme tilbudet ut mot ungdommene på egenhånd. Det er klart dette kan bli en ensom og uklar oppgave. Man blir sittende med noe som for mange kanskje kan virke overveldende, og kanskje for stort?

Kan dette være grunnen til at mange poengterer det med for lite ressurser?

6.0 En oppsummering av hovedfunn fra intervjuene

Som utgangspunkt for intervjuene, stilte jeg spørsmål til hvordan regjeringen og statens forventninger til forebyggende psykisk helsearbeid tolkes i kommunene. Og i forlengelsen av det, hvordan arbeider kommunene og omsetter disse forståelsene i praksis? I samtalene med de kommunalt ansatte finner jeg at det kan være vanskelig å skille mellom fortolkning og praksis. Fortolkningene utfordres bare i den grad en enten ikke strekker til med tjenester, eller der hvor en er i tvil om fortolkningen stemmer overens med det en tenker er regjeringens hensikter. I det følgende vil jeg oppsummere disse fortolkningene og deres praktiske uttrykk under ett.

Det er små forskjeller, og mange likheter mellom kommunene, i fortolkninger og i praksis. De største forskjellene oppstår fordi jeg valgte informanter med ulik utdanningsbakgrunn og i ulike stillinger, noe som kan tyde på at utdanning og profesjon har betydning for hvordan en tolker mandatet, og hvordan en velger å sette det ut i praksis.

6.1 Hovedfokus på primærforebygging – Er risikobarna mer utsatt?:

Jeg opplever at hovedfunnet i denne oppgaven er tydeligheten av Lipskys teori om bakkebyråkratens politiske makt i byråkratiet. Informantene fortolket alle det primærforebyggende arbeidet motsatt av hva som forventes av stat og regjering. Bestillingen er tydelig, man skal sette inn hovedressursene på de risikoutsatte barna. Det er interessant å se hvordan bakkebyråkraterne forstår mandatet, men motsetter seg det og jobber annerledes. De har erfaring med arbeidet i praksis, og kan si noe om hva de opplever fungerer, og hva som ikke fungerer i det virkelige liv.

Det er tydelig at staten også vil satse på forebyggende arbeid, men at de tenker det er viktig å plukke opp de risikoutsatte barna i første omgang. Jeg syntes det er spennende og se hvordan mine informanter setter spørsmålstegn ved nettopp dette. De mener det er umulig å plukke ut de risikoutsatte i en gruppe, da dette i all hovedsak kan være hvem som helst. Tilbudet fra kommune 3 i studien kan fungere som et godt eksempel, hvor de tilbyr både brede primærforebyggende tiltak i stor utstrekning, samtidig som de hadde et godt tilbud til de som allerede hadde utfordringer, og behøvde en form for oppfølging.

6.2 Arbeidet er person og ressursavhengig:

I spørsmålet om informantene trodde det arbeidet som ble gjort var personavhengig, svarte samtlige ja. Faglig bakgrunn ble trukket fram som av betydning for utforming av arbeidet, men også eget engasjement i arbeidet. Informantene opplevde i stor grad selvstendig råderett over arbeidet de gjorde. De opplevde alle å utøve skjønn ut fra hvilken sak de jobbet med. Eksempler på dette kan være informant 2 sin helsesøster bakgrunn, der fokuset i stor grad var på helsestasjonen og skolehelsetjenestens tiltak, i motsetning til informant 3 som var psykiatrisk helsearbeider, og jobbet i tiltak som i all hovedsak var sekundær og tertiær forebyggende arbeid.

Dette impliserer at tilbudet i enkeltkommunene blir ulikt, ikke bare etter kommunenes behov, men ut i fra hvem som er ansatt og deres faglige bakgrunn. Kan det være sånn at det burde være strengere retningslinjer for hva slags tiltak som settes inn i hvilke saker, og hvilke tilbud hver enkelt kommune skal tilby? Eller er det en fordel med bakkebyråkratens mulighet til å utøve skjønn? Jeg tenker at her er det både og. De ansatte opplever i stor grad usikkerhet i egen jobb, og på hva som forventes i ulike saker. Samtidig er det mange ildsjeler som gjør en stor forskjell for barn og ungdom, som de kanskje ikke hadde hatt mulighet for om systemet var mindre fleksibelt. En av de tingene som kom fram var at stillingsbeskrivelser ble opplevd som utydelige. Dette kan være uheldig, fordi det skaper usikkerhet i hvem som tar ansvar for hva i en kommune, som igjen kan resultere i ansvarsfraskrivelse.

Det synes ideelt om en kunne finne en balanse mellom at alle tilbud, tiltak og stillinger i hver kommune i all hovedsak var likt og satt fra statens side, men at det fremdeles var rom for at de ansatte under disse tilbudene og tiltakene kunne utøve skjønn. Målet burde være å sikre at selv om man bor i en liten kommune, ville kommunen være lovpålagt å gi et likt tilbud som til barn i en større kommune. Samtidig kunne de sosialfaglige arbeiderne utøve skjønn, slik at de kunne tilpasse arbeidet ut i fra brukeren og deres omgivelser, som vi vet gjør store forskjeller for barn og deres familier.

6.3 Fokus på tverrfaglighet:

Bestillingen fra staten rundt tverrfaglighet virker som har blitt tatt på alvor i kommunene.. Hos mine informanter strebet samtlige for å jobbe tverrfaglig i sitt psykiske helseforebyggende arbeid. De opplevde alle fordeler for brukeren ved å gjøre dette, men

samtidig opplevde de noen utfordringer. En av utfordringene var for de ansatte personlig, og deres innblikk i hverandres arbeidsoppgaver. De opplevde at det kunne være skummelt og slippe andre til og bli sett i kortene. Det var for mange enda uvant å jobbe på denne måten, da de alltid hadde jobbet på hver sin tue, med hver sine ansvarsområder. Derfor tok det tid å vende seg til denne form for arbeid, de opplevde likevel en bedring etter sammenslåing av arbeidsted, og opplevde at det ble lettere og mer ufarliggjort med samarbeid når de kjente hverandre, og så hverandre på daglig basis.

Et annet funn var at de opplevde at det var enkelte faggrupper som var mindre villige til å samarbeide, da de opplevde deres taushetsplikt så sterk, på tross av samtykke til samarbeid. To av informantene nevnte barneverntjenesten som spesielt utfordrende og samarbeide med. Dette er interessant, men kan selvfølgelig være tilfeldig. Ut fra informantenes forklaring kan det forstås som at barneverntjenesten selv opplever sin taushetsplikt og sine saker som mer taushetsbelagte enn de andre gruppene. Noe som igjen gjør det vanskelig å samarbeide.

Om dette er korrekt, hva kommer dette av og hva kan man gjøre med dette? I følge mine informanter kan det kanskje gjøres noe med ved å forankre det på et ledernivå. Som informant 1 sa: ”Vi må ha tillitt til hverandre og samtykke til tverrfaglig samarbeid”.

6.4 Det viktigste tiltak er en åpen dør:

Åpen dør på helsestasjonen eller skolehelsetjenesten var det viktigste tiltaket de hadde i følge samtlige av mine informanter. Dette gjenspeiler igjen at det brede primærforebyggende arbeidet som det satses på er rettet mot alle. Informantene opplevde at barna var flinke til å bruke tilbudet, og opplevde en tiltro til fagpersonen som satt i rollen, da gjerne helsesøster.

Organiseringen av tilbudet varierte fra kommune til kommune. Det som ble ansett som viktigst var at det var lett tilgjengelig på skolen for barna. Her kunne barna droppe innom i skoletiden, uten å bli sett av foreldre eller andre personer som de ikke ønsket skulle se det. Informantene opplevde at barna kom til åpen dør av veldig varierte grunner. Noen mindre alvorlige enn andre, men samtidig var disse sakene viktige da det kunne forebygge noe større og mer alvorlig for barnet. Dette illustrerer godt hvor viktig det er at det forebyggende arbeidet foregår der hvor barna faktisk er.

6.5 Satsing på gruppearbeid:

Under intervjurundene snakket informantene en del om hvilke tiltak som ble tilbudt i kommunene. Et av satsingsområdene som gikk igjen var gruppearbeid. Kommunene tilbudte grupper som både var primærforebyggende, men også sekundær og tertiær, dette ut fra tema og deltakere. Alle kommunene hadde tilbud om grupper av noe slag. Enkelte av kommunene hadde veldig gode tilbud når det kom til grupper. En informant beskrev det som at de utarbeidet nye grupper, ut i fra behovet de så hos barna. Hvordan de tok greie på hvilke behov barna hadde, ble ikke diskutert.

Hensikten med grupper er at barna opplever mestring sammen, og de kan dele sine historier og oppleve annerkjennelse blant jevnaldrende. Barn, som alle andre, opplever ofte at de sitter alene med tankene og eller problemene sine. I en gruppe kan det gjøres tydelig at mange andre også har det slik. Barna får motivasjon av hverandre, så vel som fra fagpersonen som er med i gruppen for å ta tak i temaer, eller problemer som skulle være eller oppstå. Noen av gruppene var generelt primærforebyggende og handlet om å skape samhold mellom barna, gi gode opplevelser og fine aktiviteter de kunne gjøre sammen. Dette er vel så viktig for barna, som de mer temabaserte gruppene og grupper med mer direkte veiledning.

Gruppearbeid er noe som også de ansatte finner det motiverende og givende å jobbe med. De ser virkningen barna har på hverandre, og den opplever den tilliten som skapes i en gruppe. Ofte ligger svarene hos barna og ungdommen selv, som ved hjelp av andre kan komme frem i lyset og skape klarhet for dem.

6.6 Sykeliggjøring av barn, og behandling i kommunen:

Et av temaene vi snakket mye om i intervjurundene var sykeliggjøring av barn og ungdom. Informantene var i stor grad bekymret for om vi skapte problemer hos barn og ungdom, som i virkeligheten ikke eksisterte. De opplevde at det i økende grad ble satt diagnoser, og problemer som før var hverdagslige nå ble sett på som sykdom. I tillegg setter barn og ungdom merkelapper på seg selv, ut i fra situasjonsbetingede opplevelser. Det kan virke som om vi har mindre tillit til at ting ordner seg av seg selv enn vi hadde før. Alle opplever utfordringer, og ingen takler hverdagen likt. Dette trenger ikke bety at vi er mer psykisk syke enn før, men vi vil gjerne sette navn på problemene slik at vi kan behandle de og fikse de.

Når det blir satt diagnoser, og kartlagt sykdom hos barna, krever dette behandling ute i kommunene. Men behandlingstilbudet varierte i stor grad. Tre av fire kommuner i mitt utvalg har psykolog. Disse psykologene ble i liten grad brukt til behandling, men mer arbeid på system nivå.

Et annet funn var at informantene i stor grad forbandt behandling med spesialisthelsetjeneste, psykologer og psykiatere. De la lite vekt på eget arbeid, og den form for behandling de gir hjemme i kommunen. Det virket for meg som de opplevde at de hadde et mangelfullt behandlingstilbud i egen kommune, nettopp fordi de ikke helt forstod hva slags form for behandling staten krever at kommunene har. Det er en kjent sak at mer og mer av behandlingen skal hjem i kommunen, og ut av spesialisthelsetjenesten. I kommunen er likevel de samme ansatt, med den samme kompetansen som tidligere. Jeg tror mange sosial og helsefaglig utdannede ikke ser på sin posisjon som behandlende, selv om den i virkeligheten er det.

6.7 Stangehjelpa- det gode eksempelet:

Stangehjelpa og dens påvirkning er et av funnene som må nevnes. Stangehjelpa ble nevnt som et forbilde i 3 av de 4 intervjuene. Stangehjelpa er en kommunal tjeneste i Stange kommune, der de jobber tverrfaglig med mange sammensatte faggrupper. De har fokus på å ha en veldig lav terskel, samt en klient- og resultatstyrt praksis. Det vil si at brukeren i stor grad er med å forme tjenesten.

Det som er spennende i Stangehjelpa er at de arbeider med helt flat struktur, der de ansatte får de arbeidsoppgaver de føler seg kompetente og har ferdigheter til. De legger stor vekt på relasjon, framfor profesjon. Dette er noe mine informanter berømmer. Det som framstår som det aller viktigste i arbeid med mennesker generelt, spesielt med barn og ungdom, er relasjonen mellom den ansatte og barnet. Et barn spør ikke hvor mange års utdanning eller hvor mye fagkunnskap en voksen har. Barnet er interessert i hvordan det blir møtt av den voksne, spesielt i sårbare situasjoner.

7.0 Implikasjoner av ulikhet i tolkninger og praksis

Det utfordrende å utarbeide en problemstilling til dette prosjektet. Min første tanke var å finne ut av hva slags forebyggende arbeid som ungdom opplevde nyttig. Dette forstod jeg fort at det var vanskelig å samle data om innenfor rammen av en masteroppgave. Dermed så jeg videre på min egen stilling, hvor mye jeg selv styrer denne og hvilke arbeidsoppgaver den skal omfatte. Jeg tenkte at dette helt sikkert også var tilfelle i tilsvarende stillinger i andre kommuner. Mine spørsmål ble da, er det tilfeldig hva slags hjelp barn og unge får rundt om i landet? Er det slik at de tolkningene av mandat og stiling som ansatte rundt omkring har, faktisk bestemmer hva slags tilbud de unge får? Jeg har også stilt meg det normative spørsmålet om det skal være sånn. Er det en fordel eller er det en ulempe at stortingsmeldinger og veiledere er såpass vage som de er? Eller har det en hensikt at så mye skjønn blir overlatt til fagpersoner i kommunene?

Utvalgets geografiske beliggenhet og deres mulighet for samarbeid gjør at kommunene i utvalget nok er mer like, enn om jeg hadde valgt kommuner som ikke lå så tett og ikke samarbeidet. Det er likevel interessant at det jevnt over hersker en viss usikkerhet i utførelsen av eget arbeid. De uttrykker usikkerhet i om det man gjør er korrekt. Det finnes ikke noen fasit og klare tydelige oppgaver for kommunene i det forebyggende arbeidet. Informantene opplever at mandatet fra staten er vagt. De ansatte bruker sin bakgrunn, sin kompetanse og sine erfaringer til å tolke mandatet. Deretter former de tiltak og arbeider ut i fra dette. Dette er naturlig nok med å skape forskjeller.

Samtidig opplever informantene en stor selvstendighet i jobben, og de framviser stort engasjement. De brenner for arbeidet sitt og gjør det de til en hver tid tenker er riktig. Mandatets vaghet, gir rom for mye skjønnsutøvelse i arbeidet. Det betyr at en kan gjøre nytte av erfaringer som de ansatte har med veldig ulike saker. Erfaringene viser jo at både barn, ungdommer og saker er veldig ulike, som gjør muligheten for skjønnsutøvelse til en fordel. I denne undersøkelsen kommer det frem at de bruker sin faglige kunnskap, og sine personlige egenskaper til å utøve skjønn og velge arbeidsmetoder. Dette gjør igjen at det arbeidet som gjøres er lokalt tilpasset.

Implikasjonene av at statens og regjeringens mandat er lite konkret er altså både på godt og på vondt. At det å hjelpe de mest sårbare blir forstått som primærforebygging rettet mot alle

er vel ikke helt i trå med regjeringens intensjon med denne satsningen, men de fleksible formuleringene her skaper rom for slike fortolkninger og for at kommunene kan sette inn tiltak der de tenker det er best. Vagheten fører imidlertid også til at den ansattes fagkunnskap bestemmer hvordan mandatet fortolkes og hvilke tiltak som settes i gang. I slike tilfeller er det altså ikke barn og unges behov som bestemmer, men de ansattes fagkunnskap.

Stangehjelpen, som har blitt et viktig forbilde for det kommunale arbeidet med forebyggende psykisk helsevern, legger stor vekt på barn- og unges medbestemmelse, noe som både kan veie opp for en sterk faglig styring av tilbudet. Det styrker også tilpasningen til lokale behov.

8.0 Avslutning

Avslutningsvis vil jeg si at dette prosjektet har vært veldig spennende å jobbe med. Jeg opplever å ha utviklet meg mye som fagarbeider, og ser at jeg bruker kunnskapen jeg har fått fra studien i eget arbeid. Samtidig opplever jeg å ha lært mye av å sitte i en forskerrolle å se på det arbeidet jeg jobber med til daglig utenfra. Å være forsker er tidvis veldig utfordrende, noe jeg har lært ved å gjøre feil, som jeg måtte rette opp i.

Studien viser at det forebyggende psykiske helsearbeidet som er i Norge er langt fremme. Det er mye godt arbeid som blir gjort, likevel viser dataene et forbedringspotensiale i det forebyggende arbeidet. De som arbeider i kommunene ønsker at staten gir tydeligere føringer for hvordan kommuner skal systematisere sitt arbeid. For å få til et mer likeverdig tilbud bør det settes krav om ulike typer stillinger, tiltak og tilbud som alle kommuner skal tilby. Informantene i min studie viser en tydelig usikkerhet i egen rolle som ansatt i det forebyggende arbeidet. De har stor tro på egen faglighet, og tro på de konkrete tiltakene de gjør. De opplever likevel en usikkerhet som i hovedsak handler om forventningene fra staten, og hva det kommunale mandatet egentlig innebærer. Jeg tror at tydeligere rammer ville skapt et sikrere og mer likeverdig tilbud til barn og ungdom i Norge, samtidig som det ville gitt en større trygghet i eget arbeid for fagansatte i kommunene.

Videre vil jeg poengtere det positive ved fagarbeiderens mulighet til å utøve skjønn. Det finnes åpenbart mange ildsjeler i den sosialfaglige sektoren, som jobber forebyggende. De har per i dag mulighet til å utføre sitt arbeid på den måten de opplever mest hensiktsmessig, og bra for brukeren. Denne friheten tror jeg er viktig for å beholde gnisten i en jobb som tidvis kan være tung og vanskelig. Jeg opplever at det finnes mange dyktige fagarbeidere, og en bør ha tiltro til at de alle gjør sitt aller ytterste for å gjøre en god jobb.

Mine informanter tolker mandatet fra staten ut i fra sitt personlige ståsted, som i stor grad bygger på deres faglig bakgrunn. Ut i fra dette velger de å iverksette de tiltak de anser å stemme overens med den fortolkningen de har av mandatet. Dette gjør de ved å utøve faglig skjønn. Det er vel ingen tvil om at god skjønnsutøvelse anses som viktig for å få til et godt forebyggende arbeid. Men ulikheter i fagpersonalet skaper ulikheter i tjenestene, samtidig med at rammebetingelser for kommunene blir ulike. Hadde det vært satt noen flere

overordnede krav, med tydeligere forventninger til stillinger, tjenester, tiltak og tilbud, ville kanskje tilbudet til barn og unge blitt mindre tilfeldig, og et sikrere og bedre forebyggende arbeid ville tilbys over hele landet. Samtidig ville kanskje det psykisk helseforebyggende arbeidet være mer forutsigbart og trygt for de som arbeider i tjenestene.

9.0 Referanser

Andersen, B. J., Johansen, R. & Nord, E. (2010). *Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykiske helse*. Trondheim: Norsk epidemiologi

Aulie, M. (2016). *Statsbudsjettet 2017. Rådet for psykisk helse*. Hentet fra <https://psykiskhelse.no/nyheter/statsbudsjettet-2017>

Austdal, S. V. (2015). *Klient- og resultatstyrt praksis i psykisk helsearbeid - Et terapeutperspektiv på implementering og tjenesteutvikling*. (Masteroppgave, Høgskolen i Innlandet, Norge). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2367309>

Brustad, S. & Bekkemellem, K.(2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, American Medical Assn.

Dahm, K. T., Landmark, B., Kirkhei, I. & Reinart, L. M. (2010). *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstsvilkår*. (Rapport fra Kunnskapssenteret,15 /2010). Folkehelseinstituttet, Oslo.

Dalgaard, O.S., et.al. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*.

(Folkehelseinstituttets rapport 2/ 2006). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2009, 12. September). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo

Ekeland, T-J. (2011). *Ny kunnskap- ny praksis, Et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Evans, T. & Harris, J. (2004). Street-level bureaucracy, social work and the (exaggerated) death of discretion. *The British Journal of Social Work*. *Oxford Journals*.

Frønes, I. (2016). *Risiko, intervensjon og evidens*. Oslo: Gyldendal.

Hasle, B. (2005). *Når barn har en psykisk vanske- et foreldrepars opplevelser*. (Masteroppgave, Høgskolen i Volda, Norge). Hentet fra http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/120599/hasle_master.pdf,

Hebb, D. (2001). *Gale Encyclopedia of Psychology (2 ed.)*. Canada.

Helland, M.J. & Mathiesen, K.S. (2009). *13-15 åringer fra vanlige familier i Norge- hverdagsliv og psykisk helse*. (Rapport fra folkehelseinstituttet 1/2009). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/13-15-aringer-rapport-2009-1-pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (2014, 11. Desember). Kommunalt rus og psykisk

helsearbeid. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/>

Helsedirektoratet (2017, 15. januar). Primærforebygging. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Ordbok/L-P/Primarforebygging/>

Kaspersen, S. & Osborg, O.S. (2010). *Psykisk helsearbeid i kommunene: Disponering av statlig øremerkede midler gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse* (Sintefrapport, A14135/ 2010). Oslo: Helsedirektoratet.

Kvale, S. (1996). *An introduction to qualitative research writing*. Thousand Oaks, CA: Sage

Kvello, Ø. (2012). *Oppvekstmiljø og sosialisering*. Oslo: Gyldendal.

Lipsky, M.(2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation, 2010.

Liverød, S.R (2014, 25. september). *Hvorfor gå i gruppeterapi*. Hentet fra <http://www.gruppeterapi.info/hvorfor-gruppeterapi/>

Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. (Rapport 5/2007). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Meld. St. 16 (2006-2007). *Tidlig innsats for livslang læring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/aee30e4b7d3241d5bd89db69fe38f7ba/no/pdfs/stm>

201620170016000dddpdfs.pdf

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

NOVA (2015). *Ungdata 2014. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport nr. 7/2015). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

NOVA (2016). *Ungdata 2016. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport nr. 8/ 2016). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

NOVA (2017). *Ungdata 2017. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport nr. 10/2017). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Ogden, T. (2013). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal.

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skjetne, I, Ulvestad; K. M. D, Ulvestad, R.D. (2009). *Helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal undervisning.

Svendsen, L.F.H (2006). Patologiseringen av menneskelivet. (*Samtiden 1*. 131-138)

Stanghjelpa, (2017, 28. April). *Hvem er vi*. Hentet fra <https://www.stange.kommune.no/category7997.html>

Strøm, V. (2015). *Behovsvurderinger, bakkebyråkrater og mestringsstrategier. Om hvilke mestringsstrategier NAV-ansatte benytter i arbeidet med behovsvurderinger og hvilke konsekvenser dette kan få*. (Masteroppgave, Høgskolen i Lillehammer, Norge). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2374642/VFF3008%20Masteroppgave%20Vibeke%20Str%25C3%25B8m%20september%202015.pdf?sequence=1>

Tverdal, A., Major, E.F., Nordhagen, R., Graff-Iversen, S. & Grøholt, E. K. (2015, 9. April). *Folkehelse i Norge 1814-2014*. (Rapport fra folkehelseinstituttet) Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814---2014/>

Wærdahl R, A.C.E Nilsen, C, Svartstad & N. Jentoft (2017). Whos's at risk? Ekpanding the categorial understandingo f children at risk of social exclusion through measures of self-esteem, *Nordic Social Work Research*, 7:3, DOI: 10.1080/2156857X.2016.1277254

Ådnes, M. (2013). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, (11), 1066-1073.

10.0 Appendix

10.1 Intervjuguide nr. 1.

1. Kan du beskrive hvordan kommunen har organisert forebyggende psykisk helsearbeid?, struktur, etater
2. Kan du si noe om hvordan psykisk forebyggende helsearbeid blir prioritert i deres kommune?
3. Kan du kort fortelle hvilke rolle du har i kommunen?
4. Hvilken rolle har du i dette arbeidet? Vs. andre i samme kommune?
5. Hva legger du i forebyggende psykisk helsearbeid?
6. Kan du nevne noen direkte tiltak dere har arbeidet med siste året?
7. Har kommunen prioritert enkelte grupper ovenfor andre? Dvs. kjønn, alder?
8. Hva er det som fungerer best i dette arbeidet i deres kommune?
9. Hva er det som er utfordrende, ikke fungerer så bra- begrensninger?
10. Lar de lese regjeringens oppdrag- hvordan tolker dere dette?
11. innfrir dere dette? Og hvorfor

10.2 Intervjuguide nr. 2.

Helsedirektoratets veileder gir en definisjon av psykisk helsearbeid for barn og unge som kommunene skal arbeide etter. Her står det: *«Psykisk helsearbeid for barn og unge omfatter tilbud til risikoutsatte barn og unge og forebygging for å hindre utvikling av psykiske lidelser, rusavhengighet og andre psykososiale problemer. Kommunenes ansvar til barn og unge omfatter blant annet lavterskeltilbud som tilbyr utredning, behandling og oppfølging av barn, unge og deres familier. Kommunale tjenester skal styrkes med bl.a. psykologer og høgscoleutdannet personell med videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.»*

1. Hvordan forstår du denne teksten?
2. Hvilke tiltak er det som regnes som forebyggende i din kommune?
3. Kan du nevne noen konkrete tiltak på psykisk helseforebyggende arbeid?
4. Hvor foregår det psykisk helseforebyggende arbeidet hos dere?
5. Hvem er de viktigste aktørene i denne type arbeid i deres kommune?
6. Arbeider du med eller for disse tiltakene?
7. Er du bevisst på at dette er forebyggende tiltak hele tiden?
8. Vet du hvorfor har dere prioritert de tiltakene dere gjør?
9. Er det særtrekk i deres kommune som påvirker de unges psykiske helse? (som f.eks. høy ungdomsledighet, rusmiljøer, fattigdom e.l.)
10. Finnes det tiltak og aktiviteter i lokalsamfunnet og den frivillige sektor som kan regnes som en del av det forebyggende psykiske helsearbeidet i deres kommune?
11. Hva er det som regnes som lavterskeltilbud for utredning, behandling og oppfølging av psykisk helse i kommunen?
12. Kan du nevne noen konkrete lavterskeltilbud?
13. Hvor foregår utredning, behandling og oppfølging av psykisk helse for unge, og hvordan får ungdommen kontakt med disse tilbudene?
14. Vet du hvorfor har dere prioritert disse tilbudene spesielt?
15. Tenker du på at disse skal være lavterskel til daglig?