

AFI-rapport 8/2013

Knut Fossetøl og Ingebjørg Skarpaas

# Modellutprøving av psykologer i kommunhelsetjenesten

En evaluering



# ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

© Arbeidsforskningsinstituttet 2013  
© Work Research Institute  
© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-328-5

ISSN 0807-0865

Arbeidsforskningsinstituttet AS  
Pb. 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO

Work Research Institute  
P.O.Box 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00  
Telefax: +47 22 56 89 18  
E-post: [afi@afi.no](mailto:afi@afi.no)  
Webadresse: [www.afi.no](http://www.afi.no)

Publikasjonen kan bestilles eller lastes ned fra <http://www.afi.no>

# ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE

## THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

*Temaområde*

Velferdsstatens organisering

*Rapport nr.:*

8/2013

*Tittel:*

Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten. En evaluering.

*Dato:*

Mai 2013

*Forfattere:*

Knut Fossetøl og Ingebjørg Skarpaas

*Antall sider:*

168

*Resymé:*

Rapporten evaluerer en tilskuddsordning for modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten med mål om å øke rekrutteringen av psykologer. Modellene som utprøvd var samlokalisering av psykologer og fastleger i kommunene; psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid; psykologer på helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom og psykologer i familiesentre/familiens hus.

Evalueringen er utført i samarbeid med SINTEF, med AFI som prosjektleder. Problemstillingene har omhandlet i hvilken grad tilskuddsordningen som sådan, og de enkelte modellene, har bidratt til økt rekruttering av kommunepsykologer, økt samhandling mellom tjenester, og til bedre kvalitet og tilgjengelighet til psykisk helsehjelp. Spørsmålene er besvart med grunnlag i en nettbasert spørreundersøkelse og en registerdataanalyse (SINTEF), en måloppfyllelsesanalyse basert på årlig rapportering fra kommunene til Helsedirektoratet (AFI), og gjennom en caseanalyse i 8 utvalgte kommuner i Norge (AFI). I denne rapporten presenteres bakgrunnen for prosjektet og resultatene av undersøkelsen og caseanalysene. Vi gir en analyse av forholdet mellom kommunal innramming, psykologrollen og måloppnåelse før vi avslutningsvis konkluderer og kommer med noen anbefalinger. Samlet sett synes våre resultater å tyde på at tilskuddsordningen har bidratt til å øke rekrutteringen av psykologer til kommunehelsetjenesten.

*Emneord:*

modellutprøving  
kommunepsykologer  
kommunehelsetjeneste  
samlokalisering  
familiens hus  
psykisk helsearbeid  
fastleger  
psykologrekruttering

## Forord

Det foreliggende arbeidet utgjør sluttrapporten i prosjektet Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten som Arbeidsforskningsinstituttet, med SINTEF som underleverandør, har gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet. Oppdraget har vært todelt. Det har handlet om å evaluere en statlig tilskuddsordning som virkemiddel for å øke rekruttering av psykologer til kommunene. Det har også handlet om å vurdere plasseringen av kommunepsykologen i det kommunale tjenestetilbudet, ut fra fire ulike tilknytningsformer/modeller. Evalueringen har foregått over 2 år.

Evalueringen startet opp i 2011. SINTEF har foretatt en nettbasert undersøkelse til alle landets psykologer. AFI har foretatt måloppnåelsesanalyser basert på kommunenes egenrapportering til Helsedirektoratet, og en casestudie basert på åtte kommunecase.

AFIs del av prosjektet startet opp med Lars Klemsdal og Reidun Norvoll. Prosjektet ble overtatt av Knut Fossestøl som prosjektleder høsten 2011 og Ingebjørg Skarpaas som prosjektmedarbeider. Lars Klemsdal gjennomførte den første Målanalysen for 2010, mens Cathrine Egeland (også AFI) har stått for Måloppnåelsesanalysen for 2011. Denne sluttrapporten er utarbeidet av Knut Fossestøl og Ingebjørg Skarpaas.

Takk til våre samarbeidspartnere i SINTEF, Marian Ådnanes, Silje L. Kaspersen, Tonje L. Husum og Solveig Osborg Ose.

Takk til Nina Sjøimer Andresen og Linn Rossiné Simensen som har vært våre saksbehandlere i Helsedirektoratet, og avdelingsdirektør Anette Mjelde som oppdragsgiver. Vi vil også takke alle våre åtte casekommuner for god mottakelse og for koordinering av informanter.

Arbeidsforskningsinstituttet, mai 2013

Knut Fossestøl  
Prosjektleder

# Innhold

Forord

Sammendrag

1. Oppdraget .....	1
1.1 Bakgrunn, status og utfordringer .....	2
1.2 Tilskuddsordning for modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten.....	4
1.3 Kommunenes valg av samlokaliseringsmodell.....	7
1.4 Evalueringsdesign og noen metodeoverveielser. ....	10
1.5 Noen begrepsdefinisjoner .....	12
1.6 Gangen i rapporten .....	12
2. Casestudien (AFI).....	14
2.1 Blandingsmodell (Case 1) .....	14
2.2 Helsestasjon/ Familiens hus (Case 2) .....	25
2.3 Kommunal enhet for psykisk helsearbeid (case 3).....	39
2.4 Kommunal enhet psykisk helse, interkommunal modell (case 4).....	61
2.5 Samlokalisering med fastlegene (Case 5).....	85
2.6 Familiens hus (Case 6) .....	97
2.7 Familiesentermodellen (Case 7).....	108
2.8 Kommunal enhet for psykisk helsearbeid (Case 8). ....	122
3. Kommunal innramming og psykologrollen. Noen refleksjoner .....	132
3.1 Kommunal kontekst .....	132
3.2 Legenes rolle med spesielt fokus på fastlegemodellen.....	134
3.3 Henvisningsstrømmer og tiltakskjeder.....	136
3.4 Hvorfor betraktes psykologenes kompetanse som sentral?.....	137
3.5 Forebyggingsarbeidet – institusjonalisert, men likevel skjørt?.....	139
3.6 Utfordringer for samhandling og forebygging. ....	141
3.7 Utfordringer for psykologene.....	141
3.8 Er noen modeller bedre egnet enn andre? .....	144
3.9 Tilskuddets funksjon og fremtid .....	145
4 Svar på problemstillingene .....	147
4.1 I hvilken grad bidrar de enkelte modellene til bedre psykologrekruttering? .....	147
4.2 I hvilken grad bidrar de enkelte modellene til samhandling av tjenester og bedre kvalitet?...	152
4.3 Blir psykisk helsehjelp mer tilgjengelig som et resultat av organiseringen?.....	158
4.4 Hvordan fungerer samlokaliseringen med fastlegene? .....	159

4.5 I hvilken grad bidrar tilskuddsordningen til å nå målet om økt rekruttering? .....	161
5. Konklusjon og anbefalinger .....	163
Litteratur .....	168



## Sammendrag

Hensikten med en god kommunehelsetjeneste er å kunne gi personer med psykiske lidelser et selvstendig liv, og evne til å mestre egen hverdag. Rekruttering av psykologer til kommunehelsetjenesten anses som et viktig kriterium for å styrke kompetansen i førstelinjen, samt å nå ut med kvalifisert hjelp i form av et lavterskeltilbud – uten henvisning og ventetid. Evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) viste at målet om å ansette 184 flere psykologer inn i kommunehelsetjenesten ikke ble nådd. Ved opptrappingsplanens slutt i 2008 rapporterte norske kommuner at statlige øremerkede midler finansierte 121 psykologårsverk på landsbasis<sup>1</sup>. Helseledelse etablerte i etterkant en tilskuddsordning hvor kommuner kunne søke om midler til å ansette en psykolog i kommunen. Søknaden måtte utformes ut fra et ønske om å samlokalisere psykologen i henhold til en av fire samlokaliseringsmodeller; samlokalisering med fastleger, enhet for psykisk helse, familiens hus eller helsestasjon/helsetjenesten. De to siste modellene er i hovedsak rettet mot barn og unge.

Rapporten belyser hvordan kommunepsykologene har blitt innplassert i henhold til de ulike modellene. Den belyser hva som bidrar til økt rekruttering av psykologer, hva psykologene har bidratt med inn i det kommunale tjenestetilbudet, og hvordan samarbeidet med andre tjenesteområder, deriblant fastlegene, har foregått. Og dessuten – bidrar psykologene til bedre tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene?

Analysen bygger på tre ulike datainnsamlingsmetoder; 1) To Måloppnåelsesanalyser basert på kommunenes egen rapportering, 2) en Questback-undersøkelse til alle landets psykologer og 3) en casestudie i 8 kommuner, to fra hver organiseringsform.

### *I hvilken grad bidrar tilskuddsordningen til å nå målet om økt rekruttering?*

Helseledelse var opptatt av om modellforsøket fører til flere psykologer i kommunehelsetjenesten, om det var forskjeller i rekruttering mellom de ulike organisasjonsmodellene, og hva som skal til for at psykologer søker stillingen som kommunepsykolog.

Studien har vist at tilskuddsordningen har ført til flere ansettelser av kommunepsykologer i kommunene som søkte tilskudd. Rekrutteringen har dessuten gått raskere i 2010 enn den gjorde i 2008. Med unntak av Modell 1 har det ingen betydning for rekrutteringen hvilken samlokaliseringsform psykologstillingen har. Heller ikke kommunestørrelse eller geografisk beliggenhet synes å være utslagsgivende for rekruttering. Det som gir betydning er politisk vilje og kommunens økonomi.

Psykologene selv oppgir at frihet i stillingen (autonomi), muligheten til å jobbe helhetlig for eksempel mot familier, å inngå i en "flatere struktur" enn spesialisthelsetjenestens profesjonshierarki, og å kunne bidra til et lavterskeltilbud, er motivasjonen for å søke kommunepsykologstillingen. Når det gjelder å forbli i stillingen, er følgende forhold viktige: at det ansettes flere psykologer slik at man får større fagmiljø. At lønnen blir høyere og mer konkurransedyktig og at det blir mer fokus på folkehelsearbeid. At psykologer får økte muligheter til kurs og utvikling og at det iverksettes tiltak for å synliggjøre psykologenes kompetanse.

Samlet sett synes vårt materiale å tyde på at kommunene langt på vei har lyktes med å rekruttere psykologer. Mange av psykologene som er rekruttert synes å ha en høy personlig motivasjon for den

---

<sup>1</sup> Delrapport, SINTEF.

jobben de gjør (de ønsker å jobbe som kommunepsykologer). Motivasjonen henger antakeligvis sammen med en utvikling og tenkning rundt det psykiske helsearbeidet i kommunene hvor det er godt samsvar mellom politikk og organisasjonsreformer og viktige faglige utviklingstrekk i psykologfaget. I tillegg er de gitt faste stillinger, god lønn, betydelig autonomi og gode faglige utviklingsmuligheter.

### *Samspill og kvalitet*

Overordnet ser vi at psykologstillingene har bidratt til å øke både samspill/samarbeid og kvaliteten på tjenestene. Sammenlignet med øvrige psykologansatte i kommunen, samarbeider modellforsøkspsykologene mer med andre aktører. Øvrige psykologer samarbeider imidlertid mer med NAV, kommunens rustjeneste og somatiske sykehusavdelinger enn kommunepsykologene. Modell 1 og 2 samarbeider med litt andre aktører enn modell 3 og 4. Dette skyldes at modell 1 og 2 er rettet mot voksne og modell 3 og 4 er rettet mot barn. Samarbeidet foregår mest mellom psykologen og tjenesten psykologen er integrert i, men svært mange av modellene oppgir helsestasjon /skolehelsetjeneste som en hyppig samarbeidsaktør. I modell 4 samarbeider de mer med barnevern og PPT enn i de andre modellene.

At kvaliteten på tjenestene har økt henger sammen med hvordan psykologene har intervenert i det øvrige hjelpeapparat, som terapeuter, veiledere, rådgivere, sparringspartnere, undervisere etc, og på den måten kvalitetssikret arbeidet. De har også selv gått inn i en terapeutisk relasjon til pasienter, og behandlet over tid. Psykologene har bidratt i mange ulike tverrfaglige sammenhenger (inntaktsteam /mottaksteam/tverrfaglige oppfølgingsteam) og på den måten veiledet og speilet medlemmer av gruppen i arbeidet med brukere. Økt kvalitet på tjenestene handler også om rollen psykologene har hatt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, hvor de både har bistått til henvisninger til spesialister. Og de har bistått når pasienter har kommet tilbake fra spesialistopphold, og veiledet kommunen i videre behandling/rehabilitering av pasientene.

### *Psykologer vs fastleger*

Samlokalisering med psykolog og fastlege er den modellen som færrest kommuner valgte. Det er denne modellen som har gitt best uttelling med hensyn til å øke samarbeidet mellom psykolog og leger. Psykologene i de andre modellene rapporterer om lite samarbeid med fastlegene. Det er også den modellen som fremstår som mest krevende å gjennomføre i praksis, da det rapporteres om omlegginger og "famling" for å finne endelig form. Dette handler om fastlegenes forventning om at psykologene skal benyttes til konsultasjoner og terapi, og ikke bør bruke sin kompetanse i forhold til systemrettet arbeid (kommuneplanlegging) eller veiledning av fagpersoner. Det var også en frustrasjon blant legene, hvis de henviste pasienter til psykolog, men psykologen mener at lidelsene er så lette/moderate at andre tjenester (for eksempel avdeling for psykisk helse) vel så gjerne kan støtte og følge opp brukeren.

### *Tilgjengelighet/lavterskeltilbud*

Studien har vist at psykologene, med noen unntak, ble oppfattet som tilgjengelige for brukerne/innbyggerne. De aller fleste pasienter/brukere trengte ikke henvisning for å få time, og ventetiden oppgis (også med noen unntak) å være kort. Lett tilgjengelighet og kort ventetid er også forhold som ofte kobles til kvaliteten på tjenesten.

*Hvor* tilgjengelig psykologtjenesten skal være, er en sentral og vanskelig problemstilling. På den ene siden skal psykologhjelpen være lett tilgjengelig for innbyggerne, lett synlig i tjenestetilbudet, og



komme tidlig inn i et behandlingsforløp. På den annen side fører en *for* tilgjengelig tjeneste til at psykologene kan bli sittende med ansvaret for et stort antall pasienter, ventetiden forlenges og det oppstår en uønsket kø til tjenesten. For å motvirke en slik tendens, er det viktig for psykologene å arbeide gjennom andre (veiledning), og at man kjenner godt det kommunale tjenestetilbudet for øvrig, slik at man kan koble inn andre tilbud der det finnes. Svært mange psykologer kunne ønsket å bruke mer tid på lavterskeltilbud og forebygging, men tiden strekker ikke til. Hvor høy "terskel" det skal være for å komme til psykologen var dermed et sentralt og utfordrende punkt i alle prosjektene. Kommunene ønsket å tilby et lavterskel psykologtilbud, mens så samtidig behovet for siling av henvendelser.

#### *Psykologrollen og integrasjon i kommunen*

Tilskuddsordningen har bidratt til å sette psykologstillingen "på kartet" dvs. den har synliggjort stillingen i kommunene og gjennom media. Den har gjort stillingen spennende og gitt den høyere status enn tidligere. Den har fått politikere og kommuneadministrasjon til å fortsette å fokusere på psykisk helse, også etter at Opptrappingsplanen ble avsluttet. Sammen med de øvrige utviklingstendensene vi ser rundt om i kommunene, har tilskuddsordningen vært med å øke interessen for psykisk helsearbeid og forebygging i kommunene.

Våre data viser at ønsket om å få en psykolog er politisk og administrativt forankret, blant annet gjennom ulike former for kommunalt planverk. Stillingen er i hovedsak fast. Stillingen synes imidlertid i mindre grad å være knyttet til en klart beskrevet rolle. Rollen synes i stor grad å måtte utvikles underveis, i et samspill med nærmeste overordnede og samarbeidspartnere i feltet, og hvor dedikerte kommunale lederressurser synes å være viktig. Samtidig synes enkelte av modellene å ha en høyere grad av formell organisering, gjerne opprettet før psykologen var ansatt, og hvor rollen i noe større grad er gitt. Men selv her fjernes ikke det forhold at rollen i stor grad utformes i "forhandlinger" med omgivelsene. Det vil også være en motsetning mellom en alt for presis beskrivelse av rollen og den dynamiske kunnskaps- og utviklingsorienterte plassen den skal ha.

Det synes ikke å være noen nødvendig sammenheng mellom formell integrasjon og praktisk integrasjon, slik at i en av de casene hvor de politiske og administrative visjonene var som sterkest, var også den praktiske integrasjonen av psykologen kommet kortest.

Psykologene synes langt på vei å være administrativt integrert i kommunene. Undervisnings- og veiledningsvirksomhet står sentralt, mye klinisk virksomhet og mye samarbeid med andre aktører særlig knyttet til enkeltsaker. Fokus på enkeltsaker trenger ikke å være til hinder for mer systemrettet bistand, forstått som at enkeltsaker forårsaker mer grunnleggende diskusjoner om rolle- og ansvarsdelinger. Psykologer i ledende stillinger involveres i de overordnede planprosesser og de strategiske avgjørelsene i kommunene, men har sjelden karakter av folkehelsearbeid.

Når det gjelder faglig integrasjon synes særlig Norsk Psykologforenings (NPF) fagnettverk og samlinger knyttet til Helsedirektorat og NPF å være sentrale. Flere av psykologene har også fått avsatt midler til videre- og etterutdanning, og til innkjøp av relevant faglitteratur mv. I hovedsak synes imidlertid den faglige relasjonen til profesjoner med andre fagbakgrunner å stå sentralt.

Psykologene selv, deres kollegaer, samarbeidspartnere og overordnede rapporterer at psykologkompetansen har skapt lavere terskel for psykologhjelp, og at stillingen på sitt beste har bidratt til et mer kunnskapsbasert og intensivt samarbeid mellom ulike kommunale instanser og fagfolk. Utfor-

dringer som tidligere ble behandlet separat sees nå i sammenheng, og fokuset på forebygging og tidlig intervensjon er blitt styrket.

Resultatene fra undersøkelsen viser at kommunestørrelsen har liten betydning for rekruttering til de kommunale psykologstillingene. Samlokaliseringsform har også liten betydning, kun psykologer tilknyttet fastlegekontor (Modell 1) mente organisasjonsmodellen var avgjørende for å søke stillingen. Den viktigste begrunnelsen som oppgis her, er forhold knyttet til stor faglig frihet og autonomi i stillingen. Jo lenger erfaring man har som psykolog, jo mer vektlegges selvstendigheten i arbeidet. Unge, og relativt nyutdannede psykologer ønsker større grad av klare stillingsinstrukser og retningslinjer når de ansettes. På andre plass kommer muligheten for å jobbe med lavterskeltilbud overfor brukerne.

Valg av organisasjonsmodell får konsekvenser for hvilke målgrupper i kommunen man når. Modell 1 og 2 når i første omgang voksne, mens modell 3 og 4 er rettet mot barn (og deres foreldre). Et viktig funn når det gjelder kommunepsykologenes arbeid er imidlertid at de kan jobbe med *relasjonen barn-foreldre samtidig*, i mye større grad enn Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og **Distriktpsikiatriske sentre (DPS)**. Den helhetlige og tverrfaglige tilnærmingen får man i større grad ved samlokalisering på helsestasjon og Familiens hus, enn samlokalisert med enhet for psykisk helse og fastlegekontor.

De aller fleste virker fornøyde med modellforsøket. Den største misnøyen er knyttet til at kommunepsykologen er en knapp ressurs, og at flere fra kommunens hjelpeapparat kan tenke seg en større del av psykologens ressurser. Dette viser ikke overraskende til et behov for flere kommunepsykologer enn det som er tilfelle i dag.

Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og praksisfelt synes å være i vekst i kommunene og til dels være en integrert del forankret på politisk nivå, i kommunens ledelse og blant fagfolk i kommunen. Dette synes ikke minst å henge sammen med nasjonal politikk: Statlige tilskudd har over lengre tid vært knyttet til denne tenkningen; samhandlingsreformen synes å forsterke den, kommunens lovpålagte ansvar og plikter knyttet til folkehelsearbeid, samt krav om et nytt integrert planverk, er alle statlige signaler og reformer som peker i retning av en slik satsing. Dette er også bakgrunnen for at kommunene søker tilskudd til psykologstillinger, og at de fleste av våre casekommuner synes å ha en klar overordnet ide eller retning for hva en slik stilling skal brukes til (selv om den nærmere utformingen av stillingen ikke alltid er like klart utarbeidet).

Slik sett er psykologens individuelle opplevelse av å være en speider i ukjent terreng rammet inn av statlig infrastruktur som gir retning til og dels finansierer arbeidet, og fremsynte kommunale politikere og byråkrater. Samlet sett er det grunn til å tro at dette utgjør en sterk og relativt entydig endringskraft som vil bidra til å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunene.

For statlige myndigheter, som ser behovet for psykisk helsearbeid og styrket forebyggingsinnsats, er psykologene er attraktive. Evalueringen viser at deler av psykologprofesjonen makter å samarbeide på tvers, er kritisk til reparerende og diagnoserelaterte arbeidsformer som forutsetter utstrakt bruk av spesialisthelsetjenesten og er faglig overbevist om at det beste er å løse problemer lokalt.

Mange av psykologene har i tillegg bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten og forteller om en økende byråkratisering og spesialisering av arbeidet der, som er vanskelig forenlig med ønsket om å jobbe forebyggingsorientert. Dette skulle tilsi et fortsatt tilsig av psykologer til kommunehelsetjenesten i

fremtiden. Om denne arbeidsformen vil fortsette etter at de har virket i stillingene en stund, og kommunepsykolog er blitt en etablert rolle, gjenstår å se.

## 1. Oppdraget

Helsetjenester for personer med psykiske lidelser anses å være av de nyeste tjenesteområdene innenfor den kommunale helsetjenesten. Likevel har psykisk helsearbeid for voksne, barn og unge i tiden de har eksistert, gjennomgått omfattende omstillinger. Erkjennelsen av at tilbudet til personer med psykiske lidelser ikke var tilfredsstillende vokste gradvis frem, men skjøt fart fra 1980-tallet og fremover<sup>2</sup>. St.meld.nr.25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*, bidro spesielt med å skissere utfordringene som lå i tjenestene for personer med psykiske lidelser; mangelfulle ressurser, mangelfull kunnskap om behov, og mangelfull kunnskap om hvilke tilbud som bør finnes i kommunene for å kunne imøtekomme behovene. Stortingsmeldingen beskrives som en ”systematisk gjennomgang av problemfeltet i sin fulle bredde (Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse, 2001-2009:25), og pekte på ”svikt” i alle ledd i tilbudet til personer med psykiske vansker/lidelser.

Som følge av denne erkjennelsen, og at det krevdes en betydelig innsats for å få etablert bedre tjenester, ble Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) lansert. Dette var en omfattende satsing som impliserte en opptapping av det totale tilbudet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, samt en omstrukturering av det eksisterende tilbudet<sup>3</sup>. Satsingen skulle både forebygge psykiske lidelser og gi tilbud til mennesker som hadde utviklet slike lidelser. Opptappingsplanen bygger på fire hovedprinsipper; desentralisering, likeverd, kvalitet og brukermedvirkning. For å skape bedre *kvalitet* forutsettes *tilstrekkelig fagkompetanse*, og at den enkelte kommune har nødvendig tilgang på kvalifisert personell, noe som også innbefatter en økning av antall psykologstillinger i kommunene. Behovet for å øke antall psykologer i kommunehelsetjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet påpekt over flere år<sup>4</sup>.

Opptappingsplanen oppnådde mange av sine kvantitative mål<sup>5</sup>, men ikke målet om psykologrekruttering av 184 nye psykologer for å styrke tilbudet i kommunene (Kaspersen m.fl. 2008). For å øke antall psykologer i norske kommuner inviterte Helsedirektoratet en rekke eksterne organisasjoner til to bredt sammensatte arbeidsgrupper og en referansegruppe. Dette ledet frem mot en tilskuddsordning – ”*Modellutprøving, psykologer i kommunehelsetjenesten*”, som Helsedirektoratet forvalter på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kommuner ble oppfordret til å søke om tilskudd til å rekruttere og ansette kommunepsykologer. Tilskuddet skulle brukes til etablering av nye psykologstillinger i kommunehelsetjenesten innenfor rammen av en av fire ulike organisasjonsmodeller: 1) samlokalisering av psykologer og fastleger i kommunene, 2) psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid, 3) psykologer på helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom og 4) psykologer i familiesentre/familiens hus.

En slik ny satsing på kommunepsykologer i primærhelsetjenesten reiser spørsmål både om hvordan psykologene kan brukes inn i psykisk helsearbeid i kommunene, og hva deres rolle er og bør være.

---

<sup>2</sup> Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Forskningsrådet.2009

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008

<sup>5</sup> Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Forskningsrådet.2009

Stillingene og de ulike innplasseringene i tjenestene reiser også spørsmål knyttet til organiseringen; Hvor i det kommunale tiltaksapparatet er det hensiktsmessig at psykologer er plassert?

AFI, med SINTEF som underleverandør, fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å evaluere tilskuddsordningen for modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten. Målet med evalueringen var å belyse i hvilken grad tilskuddsordningen bidrar til å øke psykologrekrutteringen i tilskuddskommunene og på hvilken måte de fire ulike modellene bidrar til dette. Vi skulle også belyse hvilke konsekvenser de ulike modellene har for samhandling, for innholdet i tilbudene, tilgjengeligheten til psykisk helsehjelp og hvor attraktiv kommunepsykologrollen er for psykologer.

Til sammen fikk 68 kommuner innvilget midler innenfor tilskuddsordningen i årene 2008 – 2010. Ordningen ble videreført og i 2011 mottok ytterligere 95 kommuner midler, og i 2012 fikk 61 kommuner tilskudd. Til sammen har 229 kommuner mottatt tilskuddet siden ordningen startet i 2008.

Helsedirektoratet ønsket svar på følgende fem problemstillinger:

- I hvilken grad bidrar de enkelte modellene til bedre psykologrekruttering?
- I hvilken grad bidrar de enkelte modellene til samhandling av tjenester og bedre kvalitet?
- Blir psykisk helsehjelp mer tilgjengelig som et resultat av organiseringen?
- Hvordan fungerer psykologtilbudet, samlokalisert med fastlegene?
- I hvilken grad bidrar tilskuddsordningen til å nå målet om økt rekruttering?

For å belyse og besvare disse problemstillingene ble det lagt til grunn et tredelt design på studien. For det første har vi gjort måloppnåelsesanalyser som er basert på kommunenes egen rapportering fra prosjektene. For det andre ble det utført en komparativ nettbasert spørreundersøkelse mellom psykologer som er på tilskuddsordning, og psykologer som er ansatt på vanlige vilkår. For det tredje ble det gjennomført en casestudie med besøk til åtte casekommuner – to fra hver av de fire tilknytningsmodellene. I rapporten belyser og drøfter vi hovedproblemstillingene i lys av alle tre datasett.

## 1.1 Bakgrunn, status og utfordringer

St.meld.nr.25 (1996-97), som Regjeringen Jagland la frem, la et grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Det skulle legges til rette for et mest mulig normalt liv, dvs. velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Meldingen fikk bred politisk oppslutning, og prinsippene om helhet og mer sammenhengende tjenester avspeilet seg også i St.meld.nr.21 (1998-1999) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*, som ble levert av Regjeringen Bondevik. For å oppnå mer sammenhengende tjenester var det nødvendig å ta i bruk en rekke virkemidler<sup>6</sup>;

- Juridiske i form av lovgivning
- Økonomiske tilskuddsordninger som skulle stimulere kommunene og fylkeskommunene til å bygge og drive effektive tjenester
- Utdanningspolitiske, statlige tiltak for å få utdannet tilstrekkelig faglig kvalifisert personell
- Faglig veiledning fra statlige tilsynsmyndigheter.

---

<sup>6</sup> Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Forskningsrådet.2009.

Selv om satsingen som ble lansert i St.meld.nr.25 (1996-97) var bredt politisk forankret, mottok den kritiske innvendinger da den kun behandlet prinsipper og tiltak uten at det ble knyttet midler til gjennomføringen av meldingen<sup>7</sup>. Med St.prp.nr.63 (1997-98) ble det også knyttet bevilgninger til Opptrappingsplanen for psykisk helse.

### **Opptrappingsplanen for psykisk helse**

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt i 1998, og strakk seg opprinnelig til 2006. Stortinget ba Regjeringen om en utvidelse i 2003, og den ble vedtatt utvidet med to år, til 2008.

Evalueringen av Opptrappingsplanen viste at satsingen nådde de *kvantitative målene* når det gjaldt styrking av infrastrukturen, dvs. antall helsetjenesteårsverk i kommunene har økt betydelig (4376 allerede ved utgangen av 2007)<sup>8</sup>, økning i døgnkapasitet, økt grunnutdanning og etter/videreutdanning etc. Vi vet imidlertid lite om *innholdet* i tjenestetilbudet og følgelig lite om kvaliteten på tilbudene. Konklusjonen i Opptrappingsplanens evaluering er en videre satsing på studier som kan gi meningsfulle data vedrørende hva som kan anses som tjenestekvalitet.

### **Status på feltet i dag**

Evalueringen av Opptrappingsplanen (op.cit) peker på at det fortsatt er store mangler når det gjelder tilgjengelighet, samkjøring og kvalitet på tjenestene (s.121). Evalueringen slår fast at det fortsatt er mangler ved det psykiske helsetilbudet som "rettferdiggjør en opprustning av det psykiske helsevernet". Og at man må sikre at pasienter med psykiske lidelser får et tilbud og en behandling som er likeverdig med tilbudet til pasienter med somatiske lidelser.

Den relativt omfattende utbyggingen av tjenestetilbudet i førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ført til et økt behov for effektivt samarbeid på tvers av tjenester og tjenesteområder. Selv om antall formelle avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har økt, er det et stykke igjen før samarbeidet mellom det psykiske helsearbeidet i kommunene og spesialisthelsetjenesten fungerer tilfredsstillende (s.72). Samarbeidet mellom fastlegene og de øvrige instansene innen det psykiske helsearbeidet i kommunene fungerer i følge evalueringsrapporten ikke godt nok. Det er fortsatt behov for å bedre flyt og samarbeid mellom BUP og kommunene, selv om dette forholdet har blitt bedre med opptrappingsplanen, og mellom DPS og førstelinjen. Det er også fortsatt behov for ytterligere kompetanse og lavterskeltilbud.

### **Psykologrekruttering som et viktig virkemiddel**

Opptrappingsplanen pekte på at det var behov for økt kompetanse i kommunehelsetjenesten, raskere avklaringer og bedre behandling, samt behov for kompetent veiledning av fagpersoner. Som ett av flere virkemidler for å øke kvaliteten på tjenestene, la Opptrappingsplanen for psykisk helse frem behovet for personelltilvekst av psykologer og annet fagpersonell med psykososial kompetanse (s.70). Psykologer kan styrke kunnskapsutviklingen innen psykisk helse ved å formidle psykologisk kunnskap til beslutningstakere, kommune- og brukerne. De kan også arbeide med forebygging ved tidlig å identifisere skjevutvikling og psykiske vansker. Og de kan delta i utredning og iverksettning av tiltak, samt behandling. Kompetanse er viktig for å gi god hjelp på lavest mulig nivå, og for å sikre at de som trenger det, raskt blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Kompetanse blir også definert som et

---

<sup>7</sup> Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Forskningsrådet.2009.

<sup>8</sup> Ibid.



kriterium for å legge faglig anerkjente metoder, basert på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, til grunn for tjenestetilbudet, og bidra til implementering av evidensbaserte verktøy og metodikk.<sup>9</sup> Helse- og omsorgsdepartementet har derfor i flere år påpekt at flere psykologer må inngå i det kommunale tjenestetilbudet – i det tverrfaglige arbeidet.<sup>10</sup> Også forskere har påpekt at psykologer har mye å tilføre kommuner i form av lavterskeltilbud og kortidsterapi for mennesker med psykiske helseproblemer, samt når det gjelder forebygging av psykiske helseproblemer i kommunene (Hoel 2006).<sup>11</sup>

I tillegg viser en rekke studier at ulike tjenester i kommunen har behov for og ønske om tilførsel av kompetanse om psykisk helseproblematikk og håndtering av psykiske problemer, både når det gjelder barn, unge og voksne. Det gjelder blant annet fastleger (Andersson & Tingvoll, 2005, Andersson 2006, Norvoll m.fl. 2006, Ådnanes et al, 2005), og helsesøstre i helsestasjon og skolehelsetjenesten (Andersson og Steihaug 2008). Psykologer er en yrkesgruppe som anses å kunne bidra til å øke kompetansen i det psykiske helsearbeidet i kommunene gjennom samhandling og tverrfaglig samarbeid.

Utfordringen har imidlertid vært at kommuner har slitt med å rekruttere psykologer. At det utdannes for få psykologer har vært lansert som én årsak til manglende rekruttering (Ådnanes og Sitter 2007). Det er også tendenser til at psykologer som spesialiserer seg forsvinner ut av kommunene og inn i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2008). Resultatet er at få søkte på psykologstillinger som lyses ut av kommunen. Av denne grunn ble det som nevnt satt ned to bredt sammensatte arbeidsgrupper (en rettet mot voksenfeltet og en rettet mot barn og ungdom), med et konkret mandat om å utarbeide forslag til ordninger som kunne sikre psykologrekruttering, stabilitet og best mulig utnyttelse av psykologens kompetanse i kommunal helsetjeneste. Begrunnelsen for å opprette to arbeidsgrupper var de organisatoriske forskjellene som finnes mellom barne-/ungdomsfeltet og voksne mht psykisk helsearbeid.

Arbeidsgruppene kom med flere forslag til økt rekruttering i kommunene. Ett av forslagene var etablering av en prøveordning over tre år med lønnstilskudd til kommuner som ansetter psykologer<sup>12</sup>.

## 1.2 Tilskuddsordning for modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til utprøving av modeller for psykologers arbeid og å øke rekruttering av psykologer i kommunehelsetjenesten. Ordningen omfatter tilbud til voksne, inkludert eldre, samt til barn og unge (foreldre).

En sentral bakgrunn for tilskuddsordningen er ifølge Helsedirektoratet Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009) og betydningen av rett behandling på rett sted. Stortingsmeldingen la til grunn at det var behov for å satse sterkere på forebygging og innsats tidligere i et sykdomsforløp. Psykologrekruttering til kommunene oppgis å inngå som en del av denne satsingen<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet 2007.

<sup>10</sup> Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008.

<sup>11</sup> Dette var ikke første gang kommunepsykologspørsmålet kom opp; i 1984 satte sosialdepartementet ned en arbeidsgruppe som drøftet psykologers stilling i kommunene. Dette ble en NOU som ikke ble fulgt opp (IS – 1565 s. 11).

<sup>12</sup> Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008.

<sup>13</sup> <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/psykologer-i-kommunehelsetjenesten-modellutproving.aspx>

Kommunene kan søke om tilskudd til kommunepsykolog i henhold til fire modeller:

- 1) Psykolog samlokalisert med fastleger, Modell 1
- 2) Psykolog innplassert i en enhet for psykisk helsearbeid, Modell 2
- 3) Psykologer i helsestasjon/skolehelsetjenesten, Modell 3
- 4) Psykolog ved familiesentre/familien hus, Modell 4

I regelverket for Tilskuddsordningen ligger det følgende føringer med hensyn til valg av samlokaliseringsmodell<sup>14</sup>:

Modellen som omfatter samlokalisering av psykolog og fastlege (modell 1) skal ifølge Helsedirektoratet spesielt stimulere til samarbeid og behandling av lettere og moderate psykiske lidelser, og til samarbeid og gjensidig kompetanseutveksling mellom psykologer og allmennleger innenfor fastlegeordningen.

Modellen som omfatter psykolog i psykisk helsetjeneste (modell 2) skal også stimulere til behandling av lettere og moderate psykiske lidelser, samt til behandling og rehabilitering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Utvidelse av den tverrfaglige sammensetningen innenfor psykisk helsetjeneste skal legge til rette for samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutveksling. Stimuleringsordningen skal også bidra til at det ansettes psykologer i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (modell 3), samt familiens hus (modell 4).

I henhold til regelverket for tilskuddsordningen skal psykologstillingene utformes slik at psykologens bidrag omfatter hele spennet fra befolkningsrettet til individrettet arbeid. Tverrfaglig samarbeid og gjensidig kompetanseutveksling står sentralt. Blant arbeidsoppgavene nevnes kommunal planlegging, folkehelsearbeid, tidlig identifisering og intervensjon, behandling av lettere og moderate lidelser og rehabilitering, samt oppfølging av alvorlige psykiske lidelser.

Ordnningen har vært flerårig, men har hatt forbehold om Stortingets behandling av de årlige statsbudsjettene. Kommunene som har ansatt psykolog i faste stillinger har blitt prioritert og det forventes at kommunene øker sin innsats i tråd med nedtrappingen av tilskuddet etter fastsatt plan. Tilskuddet kan gis inntil 3 år, deretter overtar kommunene finansieringsansvaret for stillingen.

### **Kriterier for måloppnåelse**

Helsedirektoratet setter følgende som kriterier for måloppnåelse:

- Tydelig forankring av psykologstillingen i kommuneorganisasjonen, også i kommuneplaner
- Gjøre psykologtilbudet synlig gjennom informasjon internt i kommuneorganisasjonen og ut mot befolkningen
- Kommunepsykologen inngår i tverrfaglig samarbeid. Omfatter definerte tverrfaglige oppaver, arenaer og gode samarbeidsrutiner
- Kommunepsykologens arbeid inngår som en del av kommunens lavterskeltilbud innen psykisk helse
- Den enkelte søkerkommune må definere målgrupper for psykologens arbeid ut fra befolkningens behov for øvrig bemanning på kommunalt nivå

---

<sup>14</sup> <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Documents/regelverk-modellutproving-psykologer-kommunehelsetjenesten%202.pdf>

- Befolkningsrettede, gruppevise, familie- og individrettede tiltak skal inngå i kommune-psykologens arbeidsinstruks
- I hvilken grad er målgruppene ivaretatt i tiltaket
- Psykologens oppgaver skal omfatte veiledning til aktuelle personellgrupper og/eller tjenester i kommunen
- Brukermedvirkning på systemnivå. Samarbeid med brukerorganisasjoner for uforming av tjenesten
- Samarbeid med psykisk helsevern skal etableres. Det kan omfatte både drøftinger av enkeltsaker og fagutvikling
- Kommunepsykologen skal inngå i et psykologfaglig nettverk
- Psykologer ansatt med midler fra stimuleringsordningen skal komme i tillegg til evt. andre psykologer i kommunen.

Helsedirektoratet forventer rapportering slik at kommunene må beskrive gjennomførte tiltak som har bidratt til måloppnåelse og *hvordan* de har bidratt til å nå målene. Tilskuddsmottakerne må også rapportere på et sett kriterier for måloppnåelse som står oppført i tilsagnsbrevet. Da Helsedirektoratet ønsker at psykologene skal fortsette å arbeide i kommunen, også etter at tilskuddsordningen opphører, var det viktig at kommunene ikke opprettet prosjektstillinger for psykologene<sup>15</sup>.

### **Målgruppe**

Målgruppen for kommunepsykologene oppgis å være alle mennesker med psykiske problemer og lidelser som er målgruppen for kommunehelsetjenesten. Dette gjelder både enkeltindivider, familier, pårørende, grupper og lokalmiljø. Psykologer i kommunehelsetjenesten skal bidra til økt vekt på forebygging av psykiske problemer og lidelser, samt tidlig intervensjon og behandling.

### **Økonomiske virkemidler som stimulering til ønsket aktivitet**

Ifølge evalueringen av Opptrappingsplanen var øremerking av midler til utbyggingen av de psykiske helsetjenestene en suksess som klart bidro til å nå målene. De statlige, øremerkede midlene bidro også til å utløse egne kommunale midler til psykisk helsearbeid (s.10).

Som en konsekvens av Opptrappingsplanens vektlegging av kommunens rolle og ansvar innenfor det psykiske helsearbeidet, har statlige myndigheter fortsatt funnet det nødvendig å styrke kommunenes økonomiske evne til å ivareta de pålagte oppgavene i form av øremerkede midler til psykisk helsearbeid.

Hensikten med tilskuddsordningen er å bidra til utprøving av modeller for psykologers arbeid og øke rekrutteringen av psykologer i kommunehelsetjenesten. 20 millioner ble bevilget over statsbudsjettet i 2009, med søknadsfrist 1. september. Det kom inn over 100 søknader i 2009, og 40 kommuner fikk tilskudd. På neste års statsbudsjett ble bevilgningene økt ytterligere med 10 millioner.

Satsingen på psykologer i kommunene har fortsatt. I statsbudsjettet for 2011 ble det bevilget 40 millioner kroner til modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten.

---

<sup>15</sup> Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008:33.

### **Kommunepsykologens arbeidsoppgaver**

Psykologene er en yrkesgruppe som tradisjonelt og historisk har arbeidet i spesialisthelsetjenesten. De første stillingene i kommunene, ble knyttet til arbeid med barn. Etter hvert på 1970-tallet dukket det også opp psykologer som ikke var tilknyttet Pedagogisk-psykologiske tjeneste. Noen begynte i sosialtjenesten, deretter helsestasjonene. I løpet av 1980-tallet ble psykologer også ansatt i kommunehelsetjenesten og helsestasjoner. Noen stillinger ble øremerket, for eksempel til barnevernet. Andre var hele stillinger eller kombinasjoner av ulike tilpasninger (Hoel 1991). Stillingsbetegnelsen "kommunepsykolog" dukket etter hvert opp, men med et annet innhold enn i dag<sup>16</sup>.

På bakgrunn av disse tidligere erfaringene med kommunepsykologer, offentlige utredninger (NOU 1988:33), evalueringer som ble gjennomført i forbindelse med Opptrappingsplanen (Ådnanes og Sitter, 2007), annen type forskning (Hoel 2006, Ajo og Vik 2007) og gjennom råd fra de to arbeidsgruppene, dannet Helsedirektoratet seg et bilde av hvordan psykologene arbeidet, og hva som skulle til for å rekruttere psykologer til kommunene. Dette var kunnskap som ble med å forme modellutprøvingen av psykologer i kommunehelsetjenesten.

De tidligere erfaringene gjorde at man hadde kunnskap om det spekteret av arbeidsoppgaver psykologer ansatt i kommunen arbeidet med. De jobbet med folkehelsearbeid, dvs. forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og identifisering, og de ga behandling. De samarbeidet også med ansatte fra andre fag-/tjenestemråder. Dette var funksjoner som også ble vektlagt i modellutprøvingforsøket. Man var videre klar over at psykologer i kommuner ofte hadde lite kontakt med sin faggruppe, og kunne bli faglig isolert (Hoel 2006). I modellutprøvingen ble det lagt føringer på at psykologene burde inngå i et faglig nettverk lokalt (med PPT/BUP/DPS). De kunne også delta på nettverksamlinger for andre kommunepsykologer. Norsk Psykologforening har fått tilskudd fra Helsedirektoratet for å opprette og drifte fagnettverk av kommunalt ansatte psykologer<sup>17</sup>. Fagnettverket skal være med å bedre tjenester, øke rekrutteringen, og skape mindre turnover i stillingene, gjennom kompetanseheving, erfaringsutveksling og fagutvikling.

### **1.3 Kommunenes valg av samlokaliseringsmodell**

Samtidig var Helsedirektoratet klar over at dette er en ny rolle, med nye forventninger, ulik innplassering og ulike målgrupper. Den nye "kommunepsykologen" må absolutt sies å være en stilling som fortsatt er i støpeskjeen. Det fantes ingen fasitsvar for hvordan psykologene best kunne innpasses, og det ble opp til kommunene selv å velge hvilken av de fire modellene de ønsket å legge til grunn.

"Psykisk helsearbeid" utføres fra en rekke tjenester, som fastlegen, helsestasjon/skolehelsetjeneste, sosialkontor, og fra en rekke personell som har utdanning innen psykisk helse. Det er store variasjoner i hvordan kommunene organiserer det psykiske helsearbeidet, men både fastlegene, enheter for psykisk helsearbeid, helsestasjon/skolehelsetjenester og den nyere modellen Familiens hus jobber med mennesker som lider psykisk.

---

<sup>16</sup> Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008.

<sup>17</sup> Fra konkurransegrunnlaget, Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten – underveisevaluering og måloppfyllelsesanalyse. Sak 10/7964.

Hvordan den enkelte kommune har valgt å organisere sitt psykiske helsearbeid, har stor betydning for hvor i organisasjonsstrukturen psykologene bør plasseres. Kartleggingsundersøkelser har vist at innbyggertall, geografiske avstander og økonomi har innvirkning på hvordan kommunene organiserer sitt psykiske helsearbeid (Myrvold 2006). På grunn av de store variasjonene i kommunenes organisering, og det faktum at ulike organisasjonsløsninger både har styrker og svakheter, ble det ikke mulig å anbefale en "idealmødel" for plassering av psykologstillingene i kommunene<sup>18</sup>. Det ble istedenfor lagt noen føringer: Ideelt burde psykologen ha en etatsleder å forholde seg til, og det burde avklares hvem som har myndighet til å delegere arbeidsoppgaver til psykologen. Kommunene burde unngå å plassere psykologen organisatorisk slik at uenigheter mellom etatssjefer vanskeliggjorde psykologens virksomhet. *Hvor* psykologen fysisk har sin kontortilhørighet har betydning for hvem vedkommende får daglig omgang med. Det daglige arbeidsmiljøet er dessuten med å bestemme hvilken informasjon som tilflyter psykologen fra de ulike etatene.

For å lykkes med å ansette en psykolog la Helsedirektoratet vekt på at kommunene ut fra sin egen organisasjon avklarte behov, siktemål og ønsker<sup>19</sup>. Helsedirektoratet slo fast at:

*"Kommunene bør ha en klar formening om hvilke tjenester de har behov for når de ansetter psykologer. Jo høyere grad av presisjonsnivå på ønskede tjenester, dess bedre kan tjenestene målstyrkes. (...) Det er viktig at stillingens formål og mandat defineres sentralt i kommunen, skriftliggjøres og nedfelles i kommuneplanene. En arbeidsinstruks med klar målsetting for stillingen og et definert, avgrenset arbeidsområde, inkludert beskrivelse av metoder og målgrupper, bør først og fremst være arbeidsgivers ansvar. Det forutsetter at arbeidsgiver har tilgang på informasjon om hva psykologen kan benyttes til, i tillegg til en konkret målsetting for stillingen. Mandat og funksjon må beskrives slik at arbeidsoppgavene er tydelige for psykologen selv og utad i systemene. Arbeidsinstruksen skal være retningsgivende for prioriteringa av oppgavene (Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering Helsedirektoratet 2008:27)"*

Kommunene ble i søknaden om tilskudd bedt om å anslå i hvilken grad psykologene skulle brukes til forebyggende perspektiv på systemnivå, som veiledning, kartlegging og kommuneplanlegging, eller direkte klinisk arbeid, eller undervisning og gruppetilbud.

Kommunene som søkte om tilskuddsmidler måtte velge en av fire samlokaliseringsmodeller. Vi skal kort gjengi hva Helsedirektoratet vektla som fordeler og ulemper ved de ulike modellene, selv om begrunnelsene for de ulike modellene ikke er like godt grunnlagt.

Siden samlokalisering med fastlegene (modell 1) er den modellen færrest kommuner har valgt, og dessuten den modellen som skiller seg mest fra de andre, ønsker vi å redegjøre for hva tanken med samlokaliseringen var fra Helsedirektoratets side.

### **Fastlegemodellen**

Helsedirektoratet ønsket å stimulere til et tettere samarbeid mellom fastleger og kommuneansatte psykologer, og dette kunne være mulig under et felles tak<sup>20</sup>. Bakgrunnen var at pasienter og pårørende ofte synes ansvar og rollefordeling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, og også samhandlingen innad i kommunehelsetjenesten, var uklar. Det er dermed behov for en

<sup>18</sup> Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008:39.

<sup>19</sup> Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008.

<sup>20</sup> Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008:29.

bedre intern samordning av tjenestene, og et samarbeid mellom fastleger og psykologer *kan* sikre et mer helhetlig tjenestetilbud til kommunens innbyggere. Begge yrkesgruppene kan også få komplimentert hverandres kompetanse<sup>21</sup>. At mange fastleger eier/eller leier kontorfasiliteter er forhold som må på plass, hvis en psykolog skal inn<sup>22</sup>. Tanken er at psykologen kan drive kompetanseheving innen psykisk helse, veiledning og forebyggende arbeid. Plasseringen er viktig, da det for de aller fleste innbyggerne er fastlegen som er førstekontakten. Hensikten er å nå flere av særlig den voksne delen av befolkningen, og at behandlingstilbudet i primærhelsetjenesten skal bli bedre. En fordel med fastlegekontoret, er at det ikke er knyttet stigma til det, slik at terskelen for å oppsøke en psykolog kan bli lavere. Psykologen kan avhjelpe legenes tidspress mht pasienter som trenger støtte ved plager av lettere grad (lette depresjoner, psykosomatiske lidelser, familiekonflikter, mistilpassning skole/arbeid etc.) og også ved kriser hvor man kan gi gruppeterapi. Kontakten kan bestå i felles konsultasjoner, felles utarbeidelse av henvisninger og fordeling av pasienter seg i mellom. Fastlegene har ofte svært komplekse saker, og det kan være nyttig å få inn en psykolog mht sammensatte utfordringer. En ulempe ved en slik plassering er at psykologen ikke så lett kan bli benyttet i forebyggingsøyemed.

### Psykolog i psykisk helsetjeneste

De ansatte i psykisk helsetjeneste arbeider opp mot alle tjenester og arenaer som er relevante for voksne, barn og unge. En psykolog plassert her, kan dermed nå ut til helsestasjoner, skolehelsetjenesten, fysio-/ergoterapi, og samarbeide med PPT og barnevern. Det er mange typer oppgaver, som kortidsterapi, kriseintervensjoner, utredningsarbeid, veiledning, kompetanseheving og undervisning. Det er viktig med en stillingsinstruks slik at man unngår for omfattende arbeidsoppgaver.

I den endelige utlysningen av midler til modellutprøving av kommunepsykologer, ble også samlokalisering av psykolog i helsestasjoner, og samlokalisering i Familiens hus, lagt frem som alternativ. Uten at vi vet årsaken til at akkurat disse to modellene ble valgt, kan det skyldes at en rekke studier har dokumentert et kompetansebehov og et ønske om mer kunnskap innen psykisk helse. Dette gjelder for eksempel helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Andersson og Steihaug, 2008). Også andre faggrupper med videreutdanning i psykisk helsearbeid har etterlyst mer kunnskap om symptomer, medisiner, medisiner og behandling/klinisk kompetanse (Ådnes & Hartsvik 2007). En styrking av helsestasjon/skolehelsetjenesten og Familiens hus med psykologstillinger, kan dermed være med å øke kompetansen og kvaliteten i tjenesten.

Tilskuddskommunenes valg av samlokaliseringsmodell fordeler seg slik:

Kommunene rapporterer at de har valgt følgende samlokaliseringsmodell i 2011 og 2012:	Samlokalisering fastleger Modell 1	Psykologer i psykisk helseavdeling/enhet Modell 2	Psykologer på helsestasjon Modell 3	Psykolog i familiesentre/Familiens hus Modell 4
2011	10	22	22	13
2012	10	19	36	13

<sup>21</sup> Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet 2008:29.

<sup>22</sup> Helsedirektoratet foreslo tilskudd til samlokalisering.



Som vi ser, har særlig samlokalisering med helsestasjon hatt en økning fra 2011 til 2012. Få kommuner har valgt samlokalisering med fastlege. Flest har valgt samlokalisering psykisk enhet og helsestasjon.

## 1.4 Evalueringsdesign og noen metodeoverveielser.

I undersøkelsen har vi lagt opp til tre ulike datainnsamlingsmetoder. Måloppfyllelsesanalysen, Kvalitative casestudier og nettbasert spørreundersøkelse til alle landets kommunepsykologer (med og uten tilskudd). Først litt kort om hvert av datasettene:

### 1) Måloppnåelsesanalysen (AFI)

Det er gjennomført to Måloppnåelsesanalyser, en i 2011, og en i 2012. Det er stor variasjon i type rapportering, og kvaliteten på rapportene har variert begge år. Den første måloppnåelsesanalysen, er basert på rapportering fra 67 kommuner, den andre analysen er basert på rapportering fra 78 kommuner som har fått bevilget tilskudd.

### 2) Effektvurdering av modellforsøket og tilskuddet (SINTEF)

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført av SINTEF<sup>23</sup>, og rettet seg mot samtlige psykologer i kommunen, både psykologer i modellforsøket som mottar tilskudd, psykologer med stilling i tilsvarende organisering som modellforsøket uten tilskudd, og øvrige psykologer i andre tjenester (PPT, barnevern, BUP o.a). Studien belyser først hvilke aspekt som påvirker rekrutteringen til psykologstillingene og hva som gjør at de ønsker å bli i stillingen. Deretter belyses ulike forhold knyttet til hvorvidt psykologen bidrar til å nå de oppsatte mål.

Undersøkelsen ble gjennomført mars/april 2012, som en nettbasert spørreskjemaundersøkelse. Hensikten med undersøkelsen var å belyse psykologenes bidrag i kommunens psykiske helse-tjenester, og hvordan modellutprøvingen har bidratt til å rekruttere psykologer i kommunene. Det var 235 psykologer som svarte, 100 var fra PPT (svarprosent = 47 %). 95 kommuner er representert i undersøkelsen og 55 av psykologene var, eller hadde vært, finansiert gjennom tilskuddsordningen (Disse 55 representerer 45 kommuner). 75 % av respondentene var kvinner, og gjennomsnittsalder var 40 år<sup>24</sup>. 38 % av kommunepsykologene som besvarte henvendelsen, kom fra spesialisthelse-tjenesten, mens 21 % kom rett fra studiet.

### 3) Casestudier (AFI)

I tillegg har vi gjort en caseanalyse av 8 case i hovedsak basert på intervjuer med ulike informanter i kommunen. Hensikten er å gi en god dokumentasjon av psykologene og deres forankring og rolle i kommunene. Valg av case ble foreslått på basis av måloppfyllelsesanalysene, og valgt i samarbeid med Helsedirektoratet. Vi valgte 8 case. Det var to case for hver modell. Modellene skulle være geografisk spredd og dekke opp problemstillingene knyttet til små og store kommuner. Casene skulle også dekke opp interkommunalt samarbeid om rekruttering og bruk av psykolog, og også fange opp kommuner som hadde kommet kort/langt i retning av å integrere psykologstillingen i kommunen.

---

<sup>23</sup> v/ Marian Ådnes, Silje L. Kaspersen, Tonje L. Husum og Solveig Osborg Ose.

<sup>24</sup> Den yngste var 25 år, den eldste var 68 år, og median var 37 år. 70 % var utdannet mellom 2000-2012, og 79 % hadde fast stilling. Halvparten hadde vært i jobben mellom 1 og 5 år. 26% hadde spesialistutdanning allerede (42% i klinisk barne- og ungdomspsykiatri, 20% i voksenpsykiatri. 15 % i klinisk samfunnspsykologi og 5% i nevropsykologi), mens 23% ikke hadde spesialisert seg.

Antallet informanter har variert fra 8 til 16 i hvert case. Her har vi intervjuet ledelsen, kollegaer og viktige samarbeidspartnere for psykologen. Vi har også i flere tilfeller gjennomført gruppeintervjuer, og observert møter (kommunestyre/ansvarsgrupper etc.). Årsmeldinger og kommunale planverk har også inngått som casemateriale. Det er svært forskjellig kvalitet på den nettbaserte informasjonen fra kommune til kommune særlig når det er spørsmål som berører organisering og styring. Psykologstillingen er ofte ikke omtalt på kommunenes nettsider, og er slik sett ikke tilgjengelig informasjon for den bredere offentligheten. Imidlertid har flere kommuner planer og strategier for forebygging rus og helse, og hvor det fremgår hva slags kommunal kontekst stillingen plasseres inn i.

I praksis viste det seg at casene avvek fra modellene. I flere case ble ulike modeller kombinert, eller det skjedde endringer fra en modell til en annen underveis (case 1, 2, 3 og 4). To av casene var interkommunale (Case 4 og 8). Vi kan derfor ikke snakke om fire modeller, men 5 eller 6 hvis vi tar interkommunal og hybridmodeller hvor ulike modeller eksisterer samtidig. Kommunene synes ikke bevisst å bruke tilskuddet på andre måter enn forutsatt, men endringene skjedde som en følge av lokale vurderinger, og som oftest etter avtale med Helsedirektoratet.

Resultatene må vurderes i lys av måloppfyllelsesanalysen og den elektroniske spørreskjemaundersøkelsen basert på psykologenes eller deres lederes egen rapportering. Vi er heller ikke alltid sikre på om den som har skrevet rapporten, alltid samsvarer med den som har undertegnet den. Flere av spørsmålene som stilles handler om å vurdere bedre tilgjengelighet til tjenester eller bedre samarbeidsforhold over tid. Mange av informantene hadde dårlige forutsetninger for å svare på slike spørsmål siden de som oftest har vært der i kort tid.

I casestudiene har vi informasjon fra et bredere antall informanter. Disse er valgt ut av psykologene, etter ønske fra oss. Det virker ikke som de har valgt vekk kritiske informanter. Det viste seg enkelte ganger å være vanskelig å skille mellom hva som er informantens planer, ønsker, forventninger og forestillinger knyttet til psykologressursen, og hva som er faktiske erfaringer med bruken av den. Dette er naturlig fordi visjonen om psykisk helsearbeidet langt på vei kan forstås som en målsetting som ennå ikke er realisert.

Funnene fra caseundersøkelsen synes ikke å avvike særlig fra SINTEF-undersøkelsen, annet enn for fastlegemodellen, hvor SINTEF informantene synes mer fornøyde enn det casematerialet gir grunnlag for å si.

Vi har ikke informasjon fra brukerne eller tilgang til annen form for informasjon som kan kvalifisere informantens vurderinger av tilgjengelighet, ventetider, samarbeid etc. Vi må derfor stole på informantens vurderinger. Det er imidlertid ikke slik at selv om ansatte rapporterer om mer og bedre samhandling, så kan dette oversettes til bedre kvalitet på tjenestene. Dette er et empirisk spørsmål. Psykologene og andre fagfolk kan være fornøyde med samarbeid, uten at man kan vite at det gagnar brukerne, noe flere av psykologene er inne på. Flere etterlyser studier av hva som virker og hva som ikke virker i kommunene.

## 1.5 Noen begrepsdefinisjoner

I rapporten brukes en rekke begreper som vi vil forklare hva det vises til. Her tar vi utgangspunkt i Helsedirektoratets egne definisjoner, som er formidlet til kommunene gjennom to Veiledere, en for psykisk helsetilbud for voksne, og en for barn og unge.

Ifølge (daværende) Sosial- og helsedirektoratets råd og veiledning til kommunene, innbefatter *psykisk helse* "utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter<sup>25</sup>". Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet.

Mens *psykiske vansker* viser til symptombelastning som ikke er så stor at det kan stilles diagnose (søvnproblemer, mild angst), referer *psykiske lidelser* til en type adferd eller grad som kvalifiserer til diagnose<sup>26</sup>.

*Psykisk helsearbeid* betegner arbeidet i kommunene, som er tiltak rettet inn mot personer med psykiske vansker/lidelser, og konsekvenser av disse, hos enkelte, deres familier og nettverk (ibid). Psykisk helsearbeid er således både et praksisfelt – og et kunnskapsfelt.

*Psykisk helsevern* betegner psykisk helsetjeneste på spesialisthelsetjenestenivå.

*Folkehelsearbeidet* brukes om samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helsen i befolkningen. Det innebærer både å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse.

*Forebyggende arbeid* er arbeidet for å redusere sykdom, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer<sup>27</sup>. Det er også et viktig mål å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles<sup>28</sup>.

*Tverrfaglig samarbeid* er en arbeidsform som innebærer at flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrenser, for å nå et felles mål. Tverrfaglig samarbeid krever også samarbeidskompetanse, dvs. evne til å samarbeide.

Vi omtaler ofte psykologene som "kommunepsykologer", slik mange av psykologene også gjør det selv. Kommunepsykolog er imidlertid ingen egen spesialisering eller tittel. Vi benytter termen "kommunehelsetjeneste", om det som nå kalles "den kommunale helse- og omsorgstjenesten". Når vi gjennomført evalueringen var dette den riktige begrepsbruken.

## 1.6 Gangen i rapporten

I kapittel to presenterer vi casekommunene, i åtte atskilte historier. Hvert case avsluttes med en kort oppsummering. Den formelle og organisatoriske innrammingen av casene kommer tydeligere frem i case fire til åtte, enn en til fire. Det skyldes at vi har vært to forskere involvert, og som i intervjuene har vektlagt ulike aspekter ved psykologressursen tross felles intervjuguide. Case 1-4 fokuserer i

---

<sup>25</sup> Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet 2007.

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> St.meld.nr.37 (1992-1993) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.

<sup>28</sup> Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet 2007.

større grad på psykologen. Konteksten han eller hun er i utgjør bakgrunn. I Case 5-8 er konteksten viktigere, og psykologen blir i større grad bakgrunn.

I kapittel 3 løfter vi blikket og ser på den organisatoriske innrammingen av psykologressursen. I kapittel 4 besvarer vi evalueringsspørsmålene, mens vi i kapittel 5 kort konkluderer og kommer med noen anbefalinger.

Knut Fossetøl har ansvar for case 4-8, og hovedansvar for kapittel 3 og 5. Ingebjørg Skarpaas har ansvar for case 1-4, og hovedansvar for kapittel 1 og 4.

## 2. Casestudien (AFI)

Hensikten med casestudien var å vise kommunepsykologenes forankring i kommuneplaner og i hvilken grad stillingen var synlig mot befolkningen. Vi ønsket også å belyse i hvilken grad psykologen inngikk i tverrfaglig samarbeid med øvrig kommunehelsetjeneste og om tilbudet inngikk som en del av et lavterskeltilbud. Hvilke målgrupper psykologene hadde, sto også sentralt. Vi var også opptatt av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Betydningen av nettverksamlingene, samt hvilke faglige miljø psykologene inngikk i, var også viktig.

Caseanalysen består av 8 case basert i hovedsak på intervjuer med ulike informanter i kommunen. Valg av case ble foreslått på basis av måloppfyllelsesanalysene, og trukket i samarbeid med Helse-direktoratet. Det skulle være to case for hver modell, og modellene skulle være geografisk spredd, og dekke opp problemstillingene knyttet til små og store kommuner. Casene skulle også dekke opp den interkommunale problematikken, og også fange opp kommuner som hadde kommet kort/langt i retning av å integrere psykologstillingen i kommunen.

Casestudien er basert på besøk til hvert av casene. Informanter var kommunepsykolog, kommunalsjef/helse- og omsorgssjef, avdelings/enhetsledere, ansatte ved enhet/avdeling psykisk helse eller andre kommunale enheter/avdelinger, kommuneoverlege, fastleger, ansatte/ledere ved helsestasjoner/Familiens hus, PPT, BUP etc.

### 2.1 Blandingsmodell (Case 1)

Blandingsmodell – Modell 2, 3 og 4

Emipri: Kommunepsykolog, kommuneoverleger, avdelingsledere og ansatte i ulike tjenester i kommunen.

Caset belyser noen utfordringer man kan møte i praksis når man forsøker å implementere en "ren samlokaliseringmodell" ut fra Helsedirektoratets fire modell-typer. Vi ser hvordan organisatoriske endringer gjorde at denne kommunen etter hvert fikk en blanding av Modell 2, 3 og 4. Kommunen hadde psykologer fra før og de inngikk i et tverrfaglig team ved navn *Psykologisk Forebyggingsteam (PFT)*. Kommunepsykologen har dermed ikke måttet opparbeide seg et helt nytt felt, som har vært tilfelle i andre kommuner. Han gikk inn en ny avdeling, og kom inn i tillegg til allerede etablerte tjenester. Psykologstillingen har vært med på å *opprettholde* tilbud i kommunen som var i ferd med å legges ned pga økonomi. Caset gir et innblikk i hvordan kommunepsykologen har bidratt til forebyggende virksomhet og lavterskeltilbud, ved å være til stede på videregående skoler på faste ukedager.

En prosjektorganisert psykologstilling gir noen utfordringer knyttet til hvor mye man bør iverksette av tiltak i løpet av prosjektperioden, når man ikke vet hva som vil skje med stillingen i fremtiden. I case 1 ble imidlertid stillingen fast, etter 1.1. 2013.

Vi merket også (som i case 3) en usikkerhet i kommuneledelsen rundt følgende forhold: Har man gjennomført prosjektet i tråd med det man hadde lovet Helsedirektoratet i søknaden? Etter hvert

som prosjektet tok form lokalt og man fikk mer erfaring, tok man valg ut fra hva som var viktig og riktig lokalt, og ikke ut fra hva man hadde planlagt på forhånd.

### **Bakgrunn for søknaden til Helsedirektoratet**

Kommuneoverlegen fanget opp utlysningen fra Helsedirektoratet, og sammen med assisterende kommuneoverlege utformet hun en søknad. Hensikten med å søke om stillinger fra starten, var hele tiden å styrke kommunens *Psykologisk Forebyggingsteam*, som ble opprettet i 2005. I søknaden ble det søkt om *to psykologer* (de fikk én), én psykolog etter modell to, som skulle inn i enhet for psykisk helsearbeid, og én psykolog etter modell tre: Psykolog på helsestasjon/skolehelsetjenesten for ungdom. Prosjektet og søknaden var ifølge rapporteringen til Helsedirektoratet, forankret i ledelsen i kommunen. Rådmannen var involvert og engasjert i søknadsprosessen.

### **Rekruttering**

Det var over 30 søkere til stillingen. Kommuneoverlegen som sto for ansettelsen, sa det aldri hadde vært problem å få mange søkere til stillinger i denne kommunen, verken når det gjaldt psykologer eller leger, og koblet dette til "sentral beliggenhet". I ansettelsen ble det i følge kommuneoverlegen lagt vekt på erfaring, kunnskap, personlighet, egnethet og interesser for det man skulle jobbe med. Vedkommende måtte for eksempel ha lyst til å gå inn i både kriseteam og sorgarbeid: *"Han var nesten spesialist i voksenpsykiatri, og godt i gang med barne- og ungdomsspesialisering - det skulle litt til å konkurrere med han"*, sa en av kommuneoverlegene.

Kommunepsykologen som ble rekruttert var ferdig psykolog høsten 2003. Vedkommende kjente to personer som jobbet i kommunen fra før, som hadde tipset han om å søke stillingen. Psykologen hadde praksis fra BUP, og hadde også jobbet i Psykiatrisk ungdomsteam (PUT), i tillegg til erfaring fra døgnpost og poliklinikk (VOP). Han hadde også erfaring fra privat praksis.

Psykologen ble ansatt 1. juni 2010. Stillingen var da et 3-årig engasjement (100 % stilling).

Det var mange grunner til at kommunepsykologen søkte stillingen. For det første hadde han jobbet med voksne på døgnpost og poliklinikk, og syntes det var vanskelig å komme i posisjon til å jobbe med *foreldrerollen deres*, dvs. forholdet til barna. Han så at dette var viktig, og at pasientene i tillegg til å slite psykisk, også ofte slet med foreldrerollen. I sin daværende stilling hadde han ikke mandat til å gå inn å gjøre noe for barna: *"Jeg brant inne med det"*, sa psykologen. Tilsvarende hadde han jobbet ved BUP og opplevde der å ha begrenset mandat til å hjelpe foreldrene, da det var barn og unge som var henvist. Ønsket om et utvidet mandat var en sentral grunn til at han søkte seg til kommunen. Stillingen ga en mulighet til å jobbe både med barn og foreldre, og hele familier. Ønsket om å jobbe fleksibelt og helhetlig, vet vi har vært en sentral motivasjonen bak å søke kommunepsykologstilling for mange av psykologene (jfr. Ådnanes m.fl., 2012).

For det andre var kommunepsykologen opptatt av *forebygging*. Dette var et tema han hadde vært opptatt av siden studiene, blant annet på grunn av personlige erfaringer. Som "lærerbar" hadde han gjennom oppveksten fanget opp hjemmesituasjoner barn var i, som ikke var bra. Dette hadde gjort at han var opptatt av å komme inn tidlig; *"Vi er mange faggrupper som vet mye om hva som kan forårsake psykiske lidelser, og hva som skal til for å forhindre det, men vi tar alt i etterkant, som klinikere, etter at problem har oppstått. Vi burde heller være med å lage vilkår for samfunnet, og legge til rette for god psykisk helse"*, sa kommunepsykologen. Dette var forhold han hadde ønsket å ta tak i som kommunepsykolog.



For det tredje ønsket psykologen å jobbe mer *tverrfaglig*, noe han hadde trives godt med tidligere. Innenfor spesialisthelsetjenesten var det, ut fra informantens syn, for mye "faghierarki" og "legehierarki". Fra en døgnpost han hadde jobbet ved, hadde han gode erfaringer fra å samarbeide med miljøpersonalet, sykepleiere og sosionomer.

Og dessuten: "*Jeg ville til kommunen, og det er en fjerde grunn, fordi jeg ikke trivdes i en jobb der jeg sitter fastlåst på kontoret. Jeg liker meg ut på skoler, i barnehager og i familier – der de holder til*". Å være psykolog ute i nærmiljøet å bevege seg rundt var en enda en grunn til å søke stillingen.

En femte grunn, var at han var skeptisk til diagnosemanualen ICD 10. Han så at den *kunne* være nyttig i en del tilfeller, og det kunne være hensiktsmessig å sammenligne adferd og reaksjonsmønstre hos enkelte brukere med andre, men dette verktøyet kunne også ifølge psykologen "være i veien". Når det var sagt, hadde han innimellom faktisk ønsket å bruke ICD 10 som kommunepsykolog, men "*i denne stillingen har man ikke lov å diagnostisere*", forklarte han, slik at det var ikke aktuelt. Alt i alt var han ikke tilhenger av å klassifisere personer, men opplevde i sitt yrke at dette ofte måtte gjøres, mest av hensyn til NAV som krevde en diagnose for å utløse rettigheter og tjenester.

Kommunepsykologen ønsket seg egentlig en fast stilling, men søkte likevel på denne prosjektstillingen, som var et treårig engasjement.

### **Modellform - organisering**

I rapporteringen til Helsedirektoratet for 2011 ble det krysset av for at kommunen hadde valgt Modell 2; "Psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid". I praksis ble det en annen organiseringsform. Dette forklares i rapporteringen til Helsedirektoratet, og gjennom våre intervjuer, med at kommunen opprinnelig søkte om to psykologstillinger, en som skulle dekke voksenområdet (Modell 2), og en som skulle dekke barn/ungdom. Begge stillingene var tenkt lagt til Psykologisk forebyggingsteam, PFT. PFT var da en del av Helseavdelingen i kommunen og servet blant annet skolehelsetjenesten, noe som lå mer over mot Modell 3. PFT tilbød imidlertid også samtaler til deler av den *voksne befolkningen*, blant annet gravide, etterlatte etter selvmord/ personer i sorg. Ansatte fra PFT inngikk også i kommunens kriseteam. Det var dermed tenkt at PFT med to nye psykologer skulle øke sitt tilbud også til den voksne delen av befolkningen.

Fra og med 2011, 6 måneder etter at kommunepsykologen ble ansatt, omorganiserte kommunen sine tjenester, og PFT ble i likhet med mange av helsesøstrenes funksjoner (deriblant skolehelsetjenesten) ikke lenger en del av helseavdelingen, men lagt inn i en ny *Barne- og familieenhet (BFE)*. Etter omleggingen ligger organiseringen nærmere Modell 4 – familiesentre/familiens hus. Organisasjonsformen da vi besøkte prosjektet var dermed en blanding av Modell 2, 3 og 4, og dette rapporterer også prosjektet/kommunen selv til Helsedirektoratet. Man ønsket å opprettholde PFTs funksjoner mot skolehelsetjenesten og veiledningen av helsesøstrene etter omorganiseringen. Samtidig var det ikke like naturlig å videreutvikle et tilbud til *voksne*, siden teamet nå ble en del av Barne- og familieenheten.

Politikerne hadde gått inn for omorganiseringen etter å ha gjennomført brukerundersøkelser. Kommunens innbyggere hadde opplevd at tjenester for barn og unge "var spredt rundt"; noe lå til Barne- og ungdomstjenesten, noe lå under Psykisk helse, noe lå i Helsetjenesten og noe i PPT. Hensikten med omorganiseringen var å *samorganisere tjenestene til barn og unge*. Noen stillinger ble igjen i Helseavdelingen, bl.a. annet kommuneoverlegene.

### **Innpassing av kommunepsykologen – Psykologisk forebyggende team, (PFT)**

Kommunepsykologen inngikk i PFT, som igjen lå inn under "Avdeling tiltak", i Barne- og familieenheten i kommunen. PFT besto i tillegg til informanten av tre andre psykologer, to familierapeuter med helsesøsterbakgrunn, en Marte-Meo-terapeut<sup>29</sup> med bakgrunn fra PPT og en lege. Også fysioterapeuter som jobbet med barn og unge satt her, mens kommunelegene ble igjen i Helseavdelingen, med bl.a. ansvaret for vaksiner og smittevern.

### **Kommunepsykologens arbeidsoppgaver**

Ifølge en kommuneoverlege ble det innledningsvis diskutert mye rundt hva *kommunepsykologen* skulle ha av oppgaver i henhold til prosjektet, og hva *PHT-teamet* som helhet skulle ha av oppgaver: "Skal han ivareta alt som sto i modellutprøvingen, eller hele teamet?" var et sentralt spørsmål. Både psykologen og temaet hadde som hovedoppgave og mandat "å styrke tjenestene kommunen allerede hadde på feltet", dvs. å styrke tilbudet til barn og unge og deres familier, opp til 24 år.

Innholdet i kommunepsykologstillingen, og hvordan midlene i prosjektet skulle anvendes, ble organisert som et "prosjekt" som kommunepsykologen selv ble prosjektleder for<sup>30</sup>. Aktuelle oppgaver har løpende blitt drøftet, ikke bare med Psykologisk forebyggende team, men også med ledelsen i Barne- og familieenheten.

Problemstillinger som teamet jobbet med – og som kommunepsykologen gikk inn i - var foreldreveiledning i forhold til uønsket adferd og reaksjonsmønstre hos barn og unge, relasjonsproblematikk, søvnvansker, angst, depresjon, tristhet, sosiale vansker, skolevegring, selvskadning og spiseproblematikk.

Kommunepsykologen syntes på ingen måte at stillingen hadde en klar og definert rolle fra start. Det var en del saker ved kontoret som "lå klare" og som han startet med: "De var av ymse karakter, og det var spennende at det var variert" sa psykologen. Det som lå klart, og som var en oppgave han raskt fikk tildelt, var å sitte fast en dag i uken på *to videregående skoler* i kommunen. En av disse var en videregående skole for elever med mer spesielle behov. På den videregående skolen for unge med spesielle behov, var stillingsprosenten så liten, at den faste dagen etter hvert falt ut: "Jeg fikk ikke vært der, og det var lite tilfredsstillende både for meg og lærerne", sa kommunepsykologen. I stedet har psykologen blitt tilkalt til skolen ved behov. I intervjuer fortalte han at han hadde hatt en del kontakt med denne skolen på vårtiden 2011. Han hadde tidligere jobbet i nabokommunen, så det var en del elever han kjente fra før. På den andre videregående skolen var han til stede fast hver fredag.

Han har særlig fulgt opp saker inn mot lærerne, som hadde hatt behov for ekstra veiledning. Kommunepsykologen hadde også gitt undervisning til flere av lærerne, bl.a. om Aspergers syndrom. Elevene på skolene har hatt behov for veiledning i forhold til spiseforstyrrelser, små depresjoner, kranling med venner, "tenåringstrøbbel" i forhold til foreldre, engstelse for å få barn, og ellers "alt

<sup>29</sup> Dette er en veiledningsmetode hvor man tar i bruk video og filmer samspill mellom barn og foreldre. Man skal ikke kritisere negative episoder, men utelukkende fokusere på når barnet responderer på en god måte, og hva foreldrene gjør for å fremkalle denne gode kontakten. Man kan for eksempel filme en middagsseanse, og se etter positive forhold ved samspillet. Foreldrene ser videoen, og terapeuten viser dem hva som var bra, og når de fikk god respons.

<sup>30</sup> At kommunepsykologen ble "prosjektleder" for Modellforsøket oppfattet vi også hadde med avlønning å gjøre. Da vedkommende fikk noe høyere lønn enn andre det var naturlig å sammenligne med, fikk han en prosjektlederstilling, som også innebar et utviklingsansvar og fagansvar for PFT, som legitimerer lønnen.

som kan krype og gå”, sa psykologen. Timene med ungdommene var både drop-in og bestilte timer. En av kommuneoverlegene fortalte om tilbudet:

*”Folk kunne bare komme og banke på og det er veldig bra besøkt. (Navnet på kommune-psykologen) har sittet der, og det er et veldig bra tilbud. Før var det jo sånn at de som gikk på den videregående skolen måtte reise helt hit, men det at de kan være der, er veldig bra”.*

Kommunepsykologen har i tillegg til skoleveiledningen gitt veiledning til helsesøstre på helsestasjoner, og til ansatte i skolehelsetjenesten. Annenhver uke veiledet han helsesøstre i grupper, hvor han var hovedveileder. Ved å være til stede ved kollegaveiledningen fikk også psykologen tilgang til viktige erfaringer.

*Sorggrupper for barn* lå som et aktuelt arbeidsområde for kommunepsykologen (og PFT) fra start, men tilbudet var ikke helt kommet i gang. At sorggruppen ikke var startet opp handlet for det første om at kommunen hadde hatt et samarbeid med nabokommunen om sorggrupper for barn, hvor nabokommunen stilte med personell og organiserte tilbudet, mens denne kommunen kjøpte tjenester for 400 000 kr. Casekommunen ønsket imidlertid også å stille med fagpersoner for å bygge opp kompetanse selv, men dette støttet ikke nabokommunen. Vår casekommune sa derfor opp avtalen, og ønsket nå å etablere et sorgtilbud selv, bl.a. ved bruk av kommunepsykologen og PFT.

Videre var det ikke så stort *rekrutteringsgrunnlag* når det gjaldt barn. *Voksne* kan ha større utbytte av å være med i den samme sorggruppen, uavhengig av alder: *”En på 28 år og en på 82 år som har mistet noen nære, kan jobbe sammen i gruppe. Men det kan ikke en på 13 år og en på 18, eller en på 6 år og 13. Og da blir rekrutteringen mindre”*, sa kommunepsykologen, og videre: *”Jeg vet ikke helt hva det blir nå, men det ligger forventinger fra BFE (Barne- og familieetaten) om at det skal etableres en sorggruppe for barn”*, sa psykologen.

Et tredje forhold som ble oppgitt som årsak til at sorggruppene ikke var etablert, var at kommune-psykologstillingen var et engasjement på tre år. Barn i sorg var en sårbar gruppe og mange hadde behov for oppfølging over tid. I følge psykologen får barna ofte tett oppfølging av hjelpeapparatet i akutt situasjonen, mens det er den langvarige oppfølgingen og sorgarbeidet etter en tid som ofte uteblir. Psykologen ønsket derfor ikke å starte opp med en slik gruppe alene, men å få med Psykologisk forebyggende team, og de andre psykologene for å bygge opp et stabilt tilbud, og en felles kompetanse. Behovet for et sorgtilbud til barn ble særlig tydelig etter tsunami-hendelsen i Thailand (2004) og Utøya (2011) - i begge tilfeller ble kommunens innbyggere og barn berørt. Kommunen har derfor ønsket å bygge opp kompetanse både i forhold til krisearbeid, og sorg-/etterlatte-arbeid. Ansettelse av kommunepsykologen var en sentral grunn til at kommunen sa opp avtalen med nabokommunen, og satset mer på å bygge opp et godt tilbud selv: *”Men det er viktig å legge slike oppgaver til et team, og ikke til en person”*, sa en kommuneoverlege.

Som fagansvarlig for PFT har kommunepsykologen fulgt opp ulike metodikk i teamet, som Marte Meo-terapi og Circle of Security (COS)<sup>31</sup>. Når det gjaldt rom for *spesialistutdanning*, så fikk psykologene i teamet dette i regi av kommunen: *”Jeg har hatt flaks, det er ikke gitt”* sa psykologen.

---

<sup>31</sup> COS handler om foreldre-/barn-samspill.

Mer enn å starte opp nye tilbud, har kommunepsykologen bidratt til å opprettholde et tilbud opparbeidet i teamet fra før, men som sto i fare for å bli lagt ned. En kommuneoverlege sa: *"Vi har brukt midlene til å styrke teamet som var der"*. I 2010 hadde Psykologisk forebyggende team 300 saker:

*"Vi rekker hver uke å snakke om de sakene vi har fått inn, det har vært alt fra to-tre saker, til femten. Det kan handle om en fordeling, eller at "den tar jeg!" fra en i teamet. Da har vi sett på kompetanse – trengs det en psykolog? Eller en familieterapeut? Vi har også en spesialist i Marte-Meo-metodikk. Og det er mange i teamet som har tilleggs-utdannelse"*.

Kommunepsykologens målgruppe var brukere opp til 23 år. Blant de eldste brukerne var kvinner som var blitt gravide, og som enten ikke visste om de ville beholde barnet eller var engstelige for å føde.

Kommunepsykologen hadde et sterkt ønske om i fremtiden å få til mer systematisert veiledning og undervisning av skole- og barnehageansatte på alle nivåer. Han ønsket også å etablere primærforebyggende tiltak i form av stress- og depresjonsmestringskurs på skoler.

### **Samhandling og kvalitet**

PFT inngår i kommunens handlingsprogram og i Helseavdelingens årlige virksomhetsplaner. Det er dermed en del av de overordnede planer i kommunen. Tilbud om Kommunepsykolog var gjort kjent på skolene, og psykologen har vært i jevnlige møter med jordmødre og helsesøstre gjennom bl.a. veiledning, og han blir presentert i serviceerklæringer på kommunens hjemmeside. Psykologen sitter også i diverse samarbeidsfora med tjenester det er naturlig å samarbeide med, som BUP, PPT og familiekonsulenter. Både kommunepsykologen og PFT virker dermed godt innarbeidet i det kommunale tjenestetilbudet og tverrfaglige samarbeidet.

Til stillingen og prosjektmidlene sier kommunepsykologen at *"det fulgte en forventning med"*, at det skulle *"etableres et nytt tilbud til befolkningen"*. Da teamet ble lagt inn under Barne- og familieenheten, ble kommunepsykologstillingen brukt til å opprettholde et tilbud til unge, som var på vei til å bli kuttet pga. sparing i kommunen: Tilbudet med psykolog mot videregående skoler og helsesøstre har med psykologstillingen blitt opprettholdt og utvidet, istedenfor å ha blitt trappet ned, som hadde blitt konsekvensen av *ikke* å få en psykolog.

I tillegg til tverrfaglig samarbeid innenfor PFT var det også yrkesgrupper utenfor teamet som kommunepsykologen samarbeidet med. Dette var personer som var rundt et barn eller en ungdom, som foreldre, lærere, rektorer og rådgivere, barnehagens styrere og ansatte, spesialpedagogisk førskoleteam, sosionomer, helsesøstre, barnevernspedagoger, familieterapeuter, og det kunne også være politiet. Det var også sykehuset, i saker som handlet om alvorlig rus. I tillegg kom fagpersoner innen barnevern, PPT eller fastlege. Det var også et familie- og nettverksteam på sykehuset, og familievernkontoret. Psykologen sa at han hadde tett kontakt med nærmeste avdelingsleder, og øverste leder av enheten.

I tillegg til PFT inngikk kommunepsykologen i tre andre team: *Mottak, Inntaksteam, Psykososialt kriseteam*.

Tre av psykologene i kommunen var involvert i *Mottaket*. Dette var en tverrfaglig organisert gruppe, som hadde møte 7-8 ganger i semesteret. Psykologene deltok med samtale-, veilednings- og terapi-

kompetanse. Kommunepsykologen var selv usikker på om det var viktig å ha psykologkapasitet *her*, men oppfattet at ledelsen ønsket det. Avdelingsleder for tiltaksavdelingen forklarte at mottaket skulle ta i mot personer som hadde et problem, men hvor man ikke helt vet hva som er behovet, og da var det viktig å få inn en psykolog fra starten. Innbyggerne i kommunen kan møte opp på en vakt, eller ringe mottaket, og få drøftet saken, eller få en veiledning der og da. Tjenesten rullerer, og kommunepsykologen inngår også i rulleringen, hvor de betjener en telefon fra kl. 10.00 – 15.00. Dersom samtalen konkluderer med at bruker har behov for videre oppfølging, går saken videre til inntaksteamet, og eventuelt til PFT, som kontakter vedkommende. Man skal alltid slippe å gå "runder i systemet", og man skal alltid bli kontaktet, sa avdelingslederen for tiltak.

Et *viktig* sted å sitte ifølge kommunepsykologen var i *Inntaksteamet*, hvor ledelsen først *ikke* hadde tenkt å ha psykolog med. I inntaksteamet møter BUP annenhver uke, og da ville psykologene stille med sin diagnostiske kompetanse fra kommunal side, slik at man kunne få gode samtaler rundt overføring og grenseoppgang mellom første og andrelinje. Kommunepsykologen sa de hadde måttet argumentere for å få en plass der. PFT ble involvert i inntaksteamets oppgaver uansett, da de ofte ble bedt om råd. I kommunens rapportering til Helsedirektoratet for 2011, er det fra kommunens ståsted en viktig endring i samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste at BUP på regulær basis deltar i BFEs inntaksteam, siden teamet har som oppgave å foreta en første vurdering av hvilke tjenester og tiltak som kan tilbys brukere som har henvendt seg til enheten. Inntaksteamet hadde møter to ganger i uken, og psykologer fra PFT deltar på omgang i disse møtene. BUP er til stede hver 14. dag.

Kommunepsykologen fortalte at alle saker som kom til Psykologisk Forebyggingsteam gikk gjennom Inntaksteamet. Særlig helsesøstrene var misfornøyde med dette. Før kunne de søke personer rett til teamet selv, mens nå måtte dette gå via Inntaksteamet. Hensikten med inntaksteamet var å få til en bedre og raskere fordeling av saker, slik at saker ikke skulle hope seg opp i venteliste hos noen av fagpersonene i teamet. Det er uheldig at det skapes ventelister av pasienter, særlig for de som egentlig burde fått annet tilbud enn å vente: "*Vi må ha henvisning via inntaksteam, vi har ingen annen mulighet. Det er en måte å organisere kapasitet på som vi trenger*" sa kommunepsykologen. Det kom saker fra barnevernet til PFT også, og det var viktig å få fortgang, slik at man ikke fikk ventelister.

Leder av avdeling tiltak i Barne- og familieenheten mente også det var viktig med inntaksteamet, fordi det raskt ga en tverrfaglig vurdering og et tverrfaglig skjønn inn i hver sak. Det kunne ofte handle om utfordringer barn og unge slet med, som *lå helt i grensen mellom pedagogikk, helsefag, legetjenester, barnevern, og psykologi*, og dette utgjorde kompetansen i teamet, hvor alle "blikkene" kom inn samtidig. Når det gjaldt tilgangen til kommunepsykologen, så sørget inntaksteamet også for at det ikke var *noen* helsesøstre eller *noen* helsestasjoner som brukte psykologen mer enn andre, noe som hadde vært tilfelle før. Med inntaksteamet ble det foretatt en jevn rekruttering, og man måtte ifølge avdelingslederen "tenke kreativt" hvis man ikke kunne ta inn pasienter til forebyggingsteamet. Kommuneoverlegen var nøye med at man ikke brukte ordet "henvisning" til PFT. For å synliggjøre den lave terskelen brukte man benevnelsen "henvendelser". Hvem som helst av fagpersonene i kommunen kunne henvende seg til PFT, også brukerne selv.

I det Psykologiske forebyggingsteamet, hvor kommunepsykologen var fagansvarlig, var det lagt ned arbeid i å *omstrukturere arbeidsformen* så den skulle fungere bedre. I starten mente kommunepsykologen at arbeidet hadde vært ustrukturert, og at det var litt tendenser til at "alle var verdens-

mestere" på sine fronter. Psykologen mente at samarbeidet og organiseringen etter hvert var blitt mye bedre i teamet.

Kommuneoverlegene ble igjen i Helseavdelingen da den nye Barne- og familieenheten ble opprettet, men en lege er representert i PFT. Ellers samarbeider PFT i enkeltsaker med fastlegene.

Kommunepsykologen har også inngått i et *psykososialt kriseteam*, som har møttes annenhver uke. Dette teamet ble bl.a. brukt på Sundvollen etter 22. juli 2011.

Avdelingsleder for avdeling tiltak i barne- og familieenheten la vekt på at kommunepsykologen hadde jobbet veldig godt både mot enkeltbarn, og deres familier. Og at det var et godt samarbeid mellom psykologene i kommunen, og BUP.

En kommuneoverlege var helt sikker på at man ved å ha en kommunepsykolog kom inn tidligere overfor unge nybakte mødre: Man hadde allerede nådd personene, fått kartlagt dem og veiledet dem over lang tid i kommunen, - på tidspunktet hvor man vanligvis fikk plass på en DPS.

Det som både denne kommunen, og andre casekommuner peker på, er at kommunepsykologen fyller ut et "gap" mellom helsesøstrene på den ene side, og BUP på den andre, og blir med å vurdere hvem som skal henvises og ikke. Men, som en av kommuneoverlegene påpeker:

*"I praksis er det en utfordring. Vi går inn i ting, men så ser vi at de er skikkelig deprimerte. Men de vil fortsatt gå til deg, men de skulle kanskje vært hos BUP. Men vi har blitt strengere nå. Dersom de har rett til andrelinje, så skal de få det, og da jobber vi med å motivere dem til å ville dit. Det er en krevende oppgave, men sånn er fagfeltet! Dette er ikke noen "systemfeil", det er sånn det er. For det andre er det krevende fordi vi har brukere som ikke vil til andrelinjen. De syns dette er mindre formelt og stigmatiserende, og de vil ikke inn i noen "systemer". Det er mange som heller vil hit fordi vi er ufarlige, vi er ikke et "system". Vi skriver også journaler, det er vi nøye med, men vi er nøye med at vi ikke har de rapporterings- og produksjonskrav som andrelinjen har. Vi kan dra hjem til dem, eller dra til skolen, de kan komme hit, det er veldig fleksibelt her i kommunen".*

I følge en av kommuneoverlegene hadde BUP fått færre henvisninger etter at det kom flere psykologer i kommunen. "De har merket en nedgang i antall saker nå som det psykologisk forebyggende teamet fungerer", sa en av kommuneoverlegene. Hvis en person likevel måtte henvises til andrelinjen, skjedde dette enten ved at man oppfordret brukeren til å kontakte sin fastlege, eller at legen i PFT henviste videre.

Det hendte at to fagpersoner fra PFT fulgte opp en familie sammen, for eksempel i familier hvor foreldrene ikke bodde sammen og foreldrene samarbeidet dårlig. Da hendte det man fulgte opp hver sin side, og samarbeidet om løsninger.

Kommunepsykologen mente at det som var viktig i samspillet med andre faggrupper var hvordan man uttalte seg. "Vi bruker mange ord som andre ikke skjønner, og det er viktig at det ikke blir sånn at hvis vi tar ordet, så tør ingen andre. Vi må slippe alle frem, jeg er av dem som tenker at det er mer forskjell på personer enn profesjoner", sa psykologen.

For å styrke forholdet mellom kommunepsykologstillingen og psykologistudiet, hadde kommunepsykologen fått inn en student fra Universitetet i Oslo. Dette ble beskrevet som et strategisk trekk, ved å få studenten til en kommune, så ville erfaringene fra dette arbeidet flyte tilbake til Psyko-

logistudiet gjennom rapportering fra praksis, og dermed bli mer kjent både for studenter og undervisere. Målet var å gjøre flere kjent med ordningen med kommunepsykolog.

### **Tilgjengelighet – forebygging**

Kommunepsykologen kan i dag, med vekt på lavterskel, kontaktes av skoleungdom som kunne få direkte hjelp uten henvisning, vente- eller saksbehandlingstid. Som del av PFT kunne alle brukere innen målgruppen få hjelp, også personer uten betalingsevne. Kommunen hadde en rådgivnings-telefon knyttet til Mottak for barn og unge om psykisk helse, som har vært betjent av PFTs medlemmer.

Når det gjaldt å få oppfølging var det imidlertid en stor utfordring at pågangen til teamet og psykologene til tider var for stor, og at det dermed oppsto ventelister for å få hjelp av noen i teamet.

Det har over lengre tid vært store diskusjoner i kommunen knyttet til hvorvidt man skulle ”åpne Psykologisk forebyggende team opp” for publikum, slik at alle innbyggerne kunne henvende seg. I starten var det bare fagpersoner som kunne kontakte teamet, men det ble tatt en beslutning om å åpne opp tilbudet og gjøre det kjent og tilgjengelig, bl.a. gjennom kommunens hjemmeside:

*”Da vi åpnet, fikk vi mye flere henvendelser, men selv om det kom flere, så var det jo flott at alle kan ringe og si at man har et problem. Men vi skulle gjerne hatt flere ressurser. Jeg skulle ønske det var lovpålagt med et psykisk helsetilbud på kommunalt nivå”, sa en kommuneoverlege, og la til: ”PFT har vært truet år etter år med nedleggelse og vi skulle gjerne gjort mer på den voksne delen”.*

Kommuneoverlegen var opptatt av at nå som kommunen tok unna vanskelige saker selv, og at de begynte å ta tak i saker tidligere, billigere og raskere, gjorde at de burde prioritere dette arbeidet videre. Psykisk helse og forebygging er viktig, men det er ikke så prioritert i kommunene. Kommuneoverlegen sa at hun selv følte at det var ”ikke populært” blant andre ledere i kommunen å satse på forebyggende helse. Men legen hadde vært villig til å satse på dette fordi det var fatalt å kutte i disse tjenestene til innbyggerne. Når politikerne er opptatt av å spare, er det fort her det strammes inn, sa kommuneoverlegen.

### **Trekk ved modellen – suksesser og utfordringer**

Hovedinntrykket var at dette var en kommune som var svært fornøyd med å ha fått tilført ressurser og en stilling som har bidratt med å opprettholde tjenester som ellers sto i fare for å bli lagt ned. Psykologen kommer inn som en del av et ferdig etablert team, og har således en klar ramme og kontekst for stillingen, til tross for nylige omorganiseringer i kommunen.

En utfordring fra kommunen, som vi også har sett i de andre casekommunene, er *hvordan man organiserer henvendelser til kommunepsykologen*. Siden kommunepsykologen inngår i et team med andre psykologer og fagpersoner, handler det om henvisninger til PFT. På tidspunktet vi traff teamet hadde de ventelister pga stor pågang, og det hadde også en periode tidligere vært inntaksstopp. Lange ventelister og inntaksstopp utfordrer både forestillingen om å kunne gi psykologhjelp i form av et lavterskeltilbud, og målet om tidlig intervensjon og forebygging. Kommunepsykologen uttalte: *”Vi ble en liten MiniBUP, vi fikk ventelister (...). Vi satt med altfor mange saker i juni 2010, og det var mange som hadde ventet allerede. Det ballet på seg, og teamet fikk altfor mye gjøre så vi måtte si stopp”*. Å balansere mellom det å ta inn brukere raskt, og samtidig ha nødvendig kapasitet mente lederne var en stor utfordring. Det hadde hjulpet på kapasiteten å få inn kommunepsykologen, og samtidig

avgrense teamets oppgaver til *ikke* å etablere nye tjenester mot voksne – som var planlagt. En viktig strategi i arbeidet med å få ned ventelistene til teamet, var å danne seg en god oversikt over hvilke andre tilbud som eksisterte i kommunen, og i spesialisthelsetjenesten, slik at de kunne finne riktige instanser videre, som for eksempel Forebyggende familieteam på spesialisthelsetjenestnivå. Og det viktigste som kommunepsykologen påpekte: *”Vi må organisere oss annerledes enn hva vi gjør, og heller hjelpe helsesøstrene til å ta sakene selv, og veilede dem, i samarbeid med BUP. Vi må mer ut og styrke kompetansen som er der, og ikke overta jobben. Da blir det ventelister”*.

Avdelingslederen til kommunepsykologen sa at både hun og kommunepsykologen ønsket å få til enda mer systemrettet arbeid for å styrke større deler av hjelpeapparatet. Han ønsket blant annet å jobbe mer mot skoler, og gi opplæring og undervisning til lærere for å forebygge psykiske vansker.

### **Tilskuddsordningen**

Kommuneoverlegene fra denne kommunen vektla at det å søke slike prosjektmidler, er en omfattende og krevende prosess. Det krever god kontakt med ledelsen i kommunen, og politisk ledelse, og det å holde psykisk helse høyt oppe på prioriteringslisten, er en aktivitet som *stadig må gjentas*, særlig etter at Opptappingsplanen er avsluttet. Det tar tid å områ seg i forhold til søknadsressurser, rekke søknadsfrister, og det er også tidkrevende å rapportere på prosjektene. Det skal dermed ligge et ganske stort apparat klart i kommunene for å få det til. Dette leder over til spørsmålet: Hva da med de små kommunene? Hva med de kommunene som ikke er med i forsøket - er det fordi de ikke har ressurspersoner i kommunen som har den kapasitet som må til for å få tilgang til disse midlene? Er det ikke slik, at fattige kommuner - som trenger lavterskeltilbud aller mest – ikke får det pga innretningen til tilskuddsordningene, som krever mye ressurser?

En utfordring var knyttet til at kommunepsykologen var ansatt på prosjektbasis for tre år. Det er sårbare mennesker man går inn og spiller en rolle overfor, og det er ekstra sårbart å kutte i tjenester som følge av at prosjektmidler blir borte. Dette var spesielt en problemstilling i forhold til sorg/og etterlattearbeid for barn og unge.

### **Tilskuddsordningen som brekkstang til ny, mer tverrfaglig praksis**

En stor fordel med Tilskuddsordningen og prosjektmidlene var ifølge avdelingslederen, at hun kunne bruke anledningen til å tydeliggjøre overfor sine ansatte at avdelingen må jobbe mer utadrettet og tverrfaglig for å få midlene. Hun mente at mange fagpersoner ønsket å jobbe på kontoret slik de var vant til, men at det med prosjektmidlene lå en *”utadrettet arbeidsmetodikk”* som *”Helsedirektoratet* krevde at de skulle legge til grunn. Ved å jobbe mer utadrettet, og samarbeide mer, opplevde man ifølge avdelingslederen at hver og en fagperson slipper å bli en *”miniBUP”*, hvor man sitter med lange ventelister med mange klienter, og hvor man har ansvaret for tunge saker alene. Med et tverrfaglig team, er det mange måter å se og vurdere en sak på. *”Da er det lettere å hjelpe personer videre i systemet”*, sa avdelingslederen.

### **Suksesskriterier**

Faglig påfyll med andre psykologer ble godt ivaretatt i denne kommunen, ved at det var tre andre psykologer i PFT. For ledelsen i kommunen har det hele tiden vært viktig å få kommunepsykologen inn i teamet, og integrert i øvrig virksomhet, og at vedkommende ikke skal starte *”noe på siden”*. Psykologen skal ikke *”skal sitte i et lukket rom”* men være ute og jobbe med barn og unge, sa avdelingslederen hans.



En av kommuneoverlegene mente at det var viktig at denne psykologen hadde vært erfaren, og at det nok hadde vært vanskeligere om vedkommende var helt fersk. Stillingen beskrives som en "upløyd mark", og man må ut å finne sin plass, og gjøre en god jobb. "Da må du ha tyngde og trygghet til å klare det", sa en kommuneoverlege.

Flere informanter har påpekt at det i denne kommunen kom en omfattende omorganisering rett etter at kommunepsykologen startet opp, og at det nok kan ha vært krevende. På den annen side hadde omorganiseringen ført til at kommunepsykologen fikk jobbe enda tettere med helsesøstre, jordmødre og leger.

Det virker som det kan ligge noen utfordringer i hva som i praksis er *utredning*, som kommunepsykologen sier han *ikke* skal gjøre da det er en oppgave for andrelinjen, og *behandling* som psykologen får gjøre. En slik grenseoppgang må føre til vanskelige avveininger i den praktiske hverdagen, hvor skillene mellom utredning og behandling er lite tydelige.

Psykologen har brukt en del dager på å være tilgjengelig på en videregående skole, og ha samtaler med ungdom. Å sette av en hel dag i uken til dette formålet er "raust", men det blir et lavterskeltilbud som fungerer fordi det er ufarlig å kontakte psykologen på skolen. Poenget er at den kliniske virksomheten ikke "syntes" like godt i denne evalueringen, som andre større tiltak og prosjekter man iverksetter. Ved å ha veiledet profesjoner, eller arrangert kurs, virker det som om man etterlater seg noe mer, enn ved å sitte flere dager i måneden på en videregående skole og prate med elever. Det er dermed viktig for evalueringen at vi vektlegger betydningen av at psykologene er ute blant folket, selv om det ikke er så lett å se og måle effekten av enkeltpersoners møter med en psykolog, og spesielt gjelder dette for andre profesjoner i kommunen, som kan undre seg over hva psykologen faktisk gjør.

Kommunepsykologen selv mente at plasseringen var god da det var et godt samarbeid mellom alle faggrupper. Men modell-inndelingen til Helsedirektoratet har det vært vanskelig å forholde seg til. Det var ingen av de fire modellene som passet helt inn.

Suksessen i denne modellen ser blant annet ut til å ligge i det tverrfaglige arbeidet. Kommunepsykologens nærmeste leder er barnevernspedagog, med lang erfaring innen barneverntjenesten, og det meldes om en flat struktur og samarbeid på tvers av fag- og ansvarsområder. Psykologen kommer inn i et fagmiljø med andre psykologer.

En styrke i modellen er at kommunepsykologen kommer inn tidlig i forhold til ungdom, og kan foreta vurderinger om hvem som trenger spesialisthelsetjeneste: "Det er viktig at kommunen ikke sitter på saker for lenge" sa avdelingsleder for avdeling tiltak i Barne- og familieenheten. "Vi må forhindre at folk kommer hit til oss, og så starter vi en relasjon, og da må vi beholde dem, ellers blir det et relasjonsbrudd og pasienten må starte på nytt". Dette er et dilemma; når skal man involvere seg i en sak, og når skal man henvise den videre? Det er ingen fasit, og det er en stor gråson.

Det var en stor pågang til psykologene i kommunen. Mange informanter trakk frem gode egenskaper hos nettopp denne psykologen, som at vedkommende både har god kompetanse innen voksenpsykologi og barnepsykologi, og har mange års erfaring fra mange ulike behandlingssteder. Kommuneoverlegen var veldig glad for at det fantes slike prosjekter, som hadde vært med å løfte et felt som "andre krefter lett kunne lagt ned". Kommuneoverlegen mente det hadde vært viktig innad i egen

kommune, og at prosjektet var med å synliggjøre et felt som Helsedirektoratet syntes var viktig, og at "Direktoratet kunne gi midler, hvis kommunen ga litt selv". Dette hadde ifølge Kommuneoverlegen ført til mer velvillighet i kommunen.

Våre informanter forteller, både i denne kommunen og i andre av casekommunene, at det for brukerne oppleves lettere og mindre stigmatiserende å oppsøke psykologen der man allerede er (skolen, helsestasjonen, fastlegen), enn å dra til en "Avdeling for psykisk helse", "Avdeling for rus og psykisk helse" eller noe som heter noe i den retning. Dette oppleves som mer formelt og skremmende og stigmatiserende, enn bare å stikke innom et kontor på skolen.

Kommunepsykologen selv ønsket mer av kollegaveiledning. Vedkommende hadde fått kollega-veiledning inn i PFT slik at team-medlemmene la frem en sak på rundgang, men kommunepsykologen ønsket de fikk til dette enda bedre. Psykologen skulle også gjerne vært enda mer ute i skoler og barnehager og snakket til lærere, barnehageansatte og elever om psykisk helse.

## 2.2 Helsestasjon/ Familiens hus (Case 2)

### Modell 4

Empiri: Kommunepsykologer, enhetsledere, koordinatore, rådgivere, avdelingsledere, samt ledere og ansatte fra ulike kommunale helsetjenester (helsestasjon, utekontakt, barnevern, Familiens hus m.m)

Caset viser stor grad av tverrfaglig samarbeid og virksomhet, noe som spesielt ser ut til å forekomme i Modell 4. Caset viser også betydningen av at kommunepsykologen går inn i én avdeling, og i et avgrenset arbeidsområde, med forankring høyt opp i kommunens ledelse. Ansvarlige for søknaden til Helsedirektoratet hadde en klar oppfatning av hva de trengte stillingen til, og har heget om den, så ikke den skulle romme for mye – i et felt preget av store behov.

### Bakgrunn for søknaden til Helsedirektoratet

Kommunen var allerede en av fire kommuner i regionen som var med i *Modellkommuneforsøket* - et samarbeid mellom BUFetat og Helsedirektoratet<sup>32</sup>. Kommunen fikk 250 000 kr i året til en koordinatorstilling, og til å iverksette nye tiltak. Endringen i Helsepersonell-loven fra 2009, om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, hadde ytterligere satt fokus på barn av psykisk syke. Man ble pålagt å utpeke *barneansvarlige* som skulle være pådrivere og sikre at barns interesser blir ivaretatt i møte med foreldre med psykiske lidelser.

En informant som var sentral i søknaden til Helsedirektoratet, og som nå jobbet som helsesøster i samme avdeling som kommunepsykologen ble ansatt i (Avdeling for forebyggende helsetjenester), kom gjennom sin stilling, tidlig inn i problematikk rundt *nybakte mødre og depresjon*. Informanten ble opptatt av EPDS-metodikk<sup>33</sup> for å kartlegge depresjon blant nybakte mødre. Sammen med Regio-

<sup>32</sup> Målsettingen i Modellkommuneforsøket var å tidlig identifisere, og systematisk følge opp, barn av psykisk syke foreldre fra 0-6 år.

<sup>33</sup> Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). En screeningmetodikk for kvinner som nettopp har født, som er oversatt til mer enn 25 språk. Kan brukes fra 6 uker etter fødsel, til et halvt år. Kvinner fyller ut et skjema som henter frem bevissthet om vanskelige følelser (kilde: <http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Kurs%20og%20konferanser/Modellkommunefors%C3%B8ket/Modellkom%202009%20-%20EPDS%20-%20Edinburgh-metoden.pdf>)

nal Barne- og Ungdomspsykiatri, (R-BUP), var hun pådriver for å få inn en psykolog til kommunen som kunne *veilede helsesøstre*, da dette var nødvendig for å kunne implementere metodikken. Et sentralt utgangspunkt for at helsesøsteren ønsket en kommunepsykolog, var derfor at hun ønsket EPDS til kommunen, men ikke hadde midler til å implementere metodikken: *"Vi visste at det var veiledning på EPDS vi ville bruke henne til, og at vi ville lage en håndbok om samspill med barnet"*, sa denne informanten. Prosjektkoordinatoren i Modellkommuneforsøket, som også satt i avdeling for forebyggende helsetjenester, var også med på søknaden, sammen med leder for avdelingen. Vedkommende hadde også et sterkt ønske om å få kartlagt nye mødre via EPDS-metdikk på helsestasjonene, men visste at verktøyet krevde at man hadde noen til å veilede helsesøstre i arbeidet.

Lederen for avdeling for forbyggende helsearbeid var også opptatt av en annen målgruppe: *"I tråd med Modellkommuneforsøket har vi ønsket å følge ungdom, og satse på psykisk forebyggende helsearbeid. Vi har hatt fokus på dette hele veien"*. De hadde fått et tips om tilskuddsordningen før den ble utlyst, så da den kom, var kommunen klar. De hadde måttet foreta et valg med hensyn til hva de ville bruke stillingen til, og da ble området begrenset til barn og unge – fordi de hadde lest ut av utlysningsteksten at barn og unge var et satsningsområde.

Det ble søkt om to kommunepsykologstillinger, men kommunen fikk bare en.

### **Rekruttering**

Det var 8 søkere til stillingen, fire av disse var ikke ferdig utdannet (studenter).

Kommunepsykologen som ble ansatt, ble ferdig utdannet psykolog i 1995. Hun hadde jobbet over 14 år i den Psykologisk Pedagogiske tjenesten (PPT) i kommunen, så hun kjente den godt fra før. PPT holdt til i samme bygning som kommunepsykologstillingen skulle plasseres i. Avdelingen har ansvar for bl.a. Helsestasjoner, Familiens hus med helsestasjon og Åpen barnehage og dette skulle være kommunepsykologens felt. Åpen barnehage, var en tverrfaglig tjeneste med barnevern, PPT, helsestasjoner og psykolog, og også foreldreveiledning sto i fokus. Huset inneholder også en helsestasjon, samt en helsestasjon for barn med nedsatt funksjonsevne som har spesielle behov<sup>34</sup>.

Kommunepsykologen begynte i august 2010.

Kommunepsykologen sa at hovedårsaken til at hun søkte stillingen var at hun hadde jobbet i PPT over lengre tid, og at hun følte at hun hadde "sittet fast" i den stillingen lenge. Hun syntes det hørt spennende ut å være kommunepsykolog, en stilling hun hadde fått øynene opp for, blant annet gjennom Tidsskrift for Norsk Psykologforening. I tidsskriftet var stillingen blitt godt belyst over flere sider, og *"jeg så at det var drømmejobben"*, sa psykologen. Det var blant annet lagt ut eksempler på hva man jobbet med, og hvordan man jobbet i ulike kommuner, og hun la spesielt vekt på at hun hadde sett at det var et stort spenn i typer oppgaver og målgrupper. Selv hadde hun mest lyst til å jobbe med barn og unge, men i førstelinjen, og ikke i PPT. Hun fortalte at hun hadde ønsket å jobbe med systemarbeid rundt unge, og med forebygging.

Lederen for avdelingen la vekt på at det var en stor fordel at den nyansatte kommunepsykologen kjente kommunen fra før, gjennom sitt arbeid i PPT. Hun hadde 14 års erfaring derfra, og det vil si at hun kjente mange av barna i kommunen fra før, og hun kjente også godt systemet i kommunen; *"Vi*

---

<sup>34</sup> For mer informasjon om Familiens Hus-modellen, se for eksempel [http://uit.no/Content/260981/RKBU\\_FamHus\\_Elekt\\_.pdf](http://uit.no/Content/260981/RKBU_FamHus_Elekt_.pdf)

*trengte en som fort kunne komme inn i det, og som kunne komme raskt i gang*” sa nåværende leder. De oppfattet psykologen som en som var ”ferdig” med utredninger og saksbehandlinger i PPT, og som nå ønsket å være mer ”hands on” på flere sider av prosessene.

### **Organisering**

Kommunepsykologen gikk inn i Avdeling for forebyggende helsetjenester, og har en enhetsleder der. Avdelingen teller ca 70 personer, og har ansvar for blant annet svangerskapskontroll, 7 helsestasjoner for barn og en helsestasjon for ungdom, smittevern/reisevaksinering, miljørettet helsevern, flyktning- og asylantehelsetjenester, forsterket helsestasjon (gravide med rusbakgrunn) m.m. Leder for avdelingen fortalte at det foregikk mange ulike prosjekter i avdelingen knyttet til de ulike målgruppene: ” *I prosjektene er det mange ulike profesjoner inne, og det er utrolig godt faglig påfyll for tjenestene*”, sa lederen, og la til: ”*Enheten strutter av faglig engasjement og utfordringene er særlig store i skolehelsetjenesten*”.

En fordel ved at kommunepsykologen satt i avdeling for forebyggende helsetjenester, var at mange av kollegene var *koordinatorer for andre prosjekter og tjenester*. Det var bl.a. fagkoordinator for helsesøstre og for barnevern, som hadde kontakt med en rekke tilbud og tjenester: ”*Hun (psykologen) kan bidra inn i tverrfaglige prosjekter*” sa leder for avdelingen, som ønsket å plassere psykologen fast ute i helsestasjonene, men for å få til det, måtte det ha vært flere psykologer, det ble for omfattende for én person.

### **Innplassering av kommunepsykologen på helsestasjonen**

Kommunepsykologen fikk plass i et kontorlandskap, noe hun hadde håpet å slippe, men la til: ”*jeg er mye ute og farter, jeg er ofte rundt på 5-6 store helsestasjoner i byen*”, og hun forsto at det var trangt om plassen i avdelingen. Hun hadde faste dager som hun var tilstede i avdelingen. Men det var et problem å ta i mot klienter til avdelingen siden hun ikke hadde et kontor, og det var ingen lydisolerte rom, og det var stor grad av innsyn i møterommene. Lederen for avdelingen skulle gjerne hatt psykologen inn i et eget kontor og hadde gjort forsøk på dette, uten å lykkes.

Utgangspunktet for kommunepsykologstillingen var at kommunen allerede var med i Modellkommuneforsøket, med en spesiell satsning på opplæring av helsesøstre, i en metode kalt EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scales). Hensikten med EPDS er å kartlegge og avdekke alvorlig depresjon hos mødre som nylig har født. Ved hjelp av et spørreskjema skal kvinnene svare på spørsmål knyttet til følelser i hverdagen, som nedstemthet, hvor mye de har ledd, grått osv. De skal også svare på spørsmål knyttet til relasjonen til barnet, for å belyse grad av tilknytning. EPDS er et selvrapporteringskjema, hvor nybakte mødre svarer på 10 spørsmål. Undersøkelsen blir utført av helsesøstre til alle kvinner på 7 ukerskontrollen, og det settes poeng/score etter hva de svarer. Hvis kvinnen får en totalsum på 10-12 poeng, er det grunn til å følge opp kvinnen videre.

### **Psykologens arbeidsoppgaver**

Kommunepsykologen syntes det hadde vært forholdsvis klart hva hun skulle gjøre. Hennes oppgaver var beskrevet i stillingsannonsen, og hennes oppgaver inngikk i kommunens Plan for psykisk helse 2008 – 2011. Ifølge Kommunepsykologen selv, skulle hun arbeide med barn mellom 0 – 17 år og ungdom opp til 18-20 år, og hun skulle jobbe mot helsestasjonen, og mot skolehelsetjenesten (veiledning), samt drive direkte arbeid mot barn, ungdom og deres familier.

## Veiledning helsesøstre

*Veiledning av helsesøstre i EPDS-metodikk* ble en sentral oppgave kommunepsykologen har hatt ansvar for. For å ta i bruk denne type screening er det påkrevet å ha en *tiltaksjede*, dvs. god veiledning til helsesøstrene slik at man avdekker eventuelle depresjoner, og et apparat som kan håndtere de deprimerte mødrene videre. Veiledning av helsesøstre og samtaler med kvinner som har vært deprimert, har vært ett av kommunepsykologens største ansvarsområder: *"Når det gjaldt EPDS, var det helt konkret hva jeg skulle bidra med"* sa psykologen. Hun skulle veilede helsesøstre i metoden på 6 helsestasjoner. Kommunepsykologens viktigste oppgave var å vurdere om kvinnene skulle følges opp videre av helsesøster på den helsestasjonen de tilhørte, eller om depresjonen var av en slik karakter at den burde henvises til spesialisthelsetjenesten. For å vurdere dette spørsmålet, hadde psykologen egne samtaler med kvinnene. De direkte kliniske møtene hun hadde var dermed i hovedsak med deprimerte mødre som hadde slått ut på kartleggingen (EPDS). Kvinnene kunne i tillegg til depresjon også teste høyt i forhold til for eksempel angst eller tvang.

Det var helsesøstrene som "silte" saker inn til kommunepsykologen. Selv kunne psykologen ha ønsket at flere kunne tatt direkte kontakt med henne, men kommunen hadde vært engstelig for å gå ut og offentliggjøre at kommunepsykologen fantes. Økt antall henvendelser ville sannsynligvis ført til uforholdsmessig lang ventetid. I dag lå ventetiden for å komme til henne på ca 2 uker, og sentrale ledere mente den kunne bli lengre når det åpnet opp for at flere faggrupper kunne søke personer inn<sup>35</sup>. Vi fikk hint om at det ikke var helt lik rekruttering fra alle helsestasjonene. Psykologen sa: *"Vi burde hatt et bedre system. Noen steder tar helsesøstre direkte kontakt med meg, enten på mail eller telefon, og så setter vi opp en time"*. Fra andre helsestasjoner kom det få eller ingen saker. De fem helsestasjonene lå i ulik avstand fra kontoret, fra to til tyve minutter unna. *"Det er noen av helsestasjonene jeg er mer i, det er de som har sett meg mest, som kommer med flest saker"* fortalte psykologen, og videre: *"Egentlig burde jeg ha hatt en halv dag på hver av helsestasjonene – ideelt sett"*.

Lederen for avdeling for forebyggende helse sa at psykologen jobbet ca 50 % av tiden med veiledning av helsesøstre<sup>36</sup>. Informanten sa videre at som tidligere ansatt i PPT hadde kommunepsykologen jobbet mye med barn, men hadde lite erfaring med deprimerte mødre: *"Dette var noe hun måtte sette seg inn i, og hun leste seg opp på barseldepresjon, og hun kontaktet kommuneoverleger og laget en oversikt over kriterier for avvik, og det ble så ryddig"*, sa psykologens leder. Hun sa videre at det hadde vært svært viktig å samarbeide med fastlegene. At helsesøstre skulle vurdere diagnoser, for så å melde fra til fastlegen etter på, det ble å "snu på linja". Det var derfor viktig å involvere legene.

Koordinator for Modellkommuneforsøket jobbet sammen med kommunepsykologen om en håndbok og et system for å følge opp deprimerte mødre som fanges opp gjennom EPDS-kartleggingen. Koordinatoren sa at kommunepsykologen spesielt hadde bidratt med kunnskap om samspillet mellom mor og barn. I denne delen av håndboken hadde psykologen vært en kvalitets-sikrer: *"Det hun bidro med her var helt nytt, og dette hadde ikke vi tenkt på før"*.

---

<sup>35</sup> I dag finnes det informasjon om psykologtilbudet på kommunens nettsider, og psykologen får en del henvendelser fra personer som ikke inngår i psykologens primære målgruppe.

<sup>36</sup> I løpet av 2012 ble det etablert et system med faste dager på helsestasjonene, og helsesøstrene selv kunne sette opp timer til psykologsamtaler dersom de ikke vurderte det slik at psykologen burde konsulteres i forkant.

Kommunepsykologens avdelingsleder sa at det var tre viktige biter i denne stillingen mot helsestasjonene, det var 1) veiledning av helsesøstre, 2) direkte bistand til kvinner med moderate lidelser, og også 3) prosjektutvikling. På alle disse områdene hadde psykologen bidratt.

### **Veilede psykologistudenter i Psykhjelpen**

Det andre store oppgaven kommunepsykologen har hatt, var å veilede en håndfull *psykologistudenter* som var i siste fase av studiet, og som hadde ansvaret for et psykologisk rådgivningstilbud til ungdom kalt "Psykhjelpen". Kommunepsykologen hadde veiledet psykologistudentene ukentlig. Tidligere var det psykolog fra PPT for videregående skoler som hadde dette veiledningsansvaret. Lederen for avdelingen psykologen var tilsatt i, sa at denne tjenesten var et nyttig tilskudd i psykisk ungdomshelse.

### **Åpen barnehage**

Koblingen kommunepsykologen hadde til Familiens hus, gikk gjennom *Åpen barnehage*. Dette var et tilbud til mødre som slet psykisk eller som hadde tilknytningsutfordringer til barnet. Mødrene, som ofte var mye alene med barnet, ble oppfordret til å møte opp i barnehagen for å være sammen med andre i tilsvarende situasjon. Både helsesøstre, kommunepsykologen, barnevern og PPT var knyttet til Familiens hus. Stedet skulle være et lavterskeltilbud som blant annet jobbet for å bedre familienes nettverk. Den Åpne barnehagen ble ledet av en førskolelærer, og lå i samme hus som en av helsestasjonene. Familiens Hus er mer en metafor enn et bygg. Det skal inneholde både Åpen barnehage og helsestasjon som kjernetilbud, samt tverrfaglige team bestående av PPT, barnevern, helseansatte og pedagoger. En informant som dels jobbet i avdeling for forebyggende helsetjenester, og dels ledet en avdeling i en avdeling i en av helsestasjonene, sa at Åpen barnehage hadde "sprengt alle grenser". Det hadde vært stort oppmøte, slik at det var tydelig et behov for dette tilbudet. Familien hus, lå i tilknytning til en av helsestasjonene, og det var planer om å opprette flere Familiens hus av denne typen i kommunen. To Familiens hus var i drift, det tredje under planlegging.

Kommunepsykologen var til stede hver mandag i ca to timer i *Åpen barnehage*. Hvis det var behov for mer oppfølging av barn/mødre eller familier i tilknytning til barnehagen, forsøkte psykologen å lage avtaler i forlengelsen av de to timene. Dette for å spare reiseutgifter og tid.

Et viktig arbeid som alle fagpersoner bidro med mens barnehagen var åpen, var å gå rundt og møte foreldrene. En informant fra Åpent hus fortalte at som fagpersoner "*går de inn og mingler, og byr på seg selv*". Informanten sa det hadde vært diskusjon rundt hva kommunepsykologen skulle *kalles*. Man hadde etter hvert blitt enige om at "barnepsykolog" ga mer mening i Åpen barnehage, enn "kommunepsykolog": "*Det låt mer forståelig*" sa informanten. Det hadde imidlertid vært mer uro med en psykolog til stede, da det hadde skapt litt stress blant noen foreldre, når psykologen gikk rundt: "*De kan fort tenke: Ser hun noe på mitt barn?*", sa en informant fra barnehagen. Det ble ansett for en helsesøster som lettere å ta tilfeldig kontakt med en familie, enn for en psykolog.

Åpen barnehage skal blant annet være et sted hvor familiene kan opparbeide et sosialt nettverk, ekstra støtte eller veiledning. Foreldreveiledningsbanken var lokalisert her. Og ved at barna leker, får foreldrene avlastning. Ifølge informanten fra Åpen barnehage var det veldig viktig å ha ulike fagpersoner der, til å støtte foreldrene, slik at det ble noe annet enn en vanlig barnehage. Det var et lavterskeltilbud, og man kunne fange opp problemer med en gang og gi veiledning: "*Vi skal også ha muligheten her til å hjelpe de som sliter*" sa informanten fra Åpen barnehage. Foreldre man fanget opp, som slet veldig psykisk, ble ført over til kommunepsykologen. Kommunepsykologen hadde også

anbefalt Åpen barnehage for deprimerte mødre som hadde kommet til henne (etter EPDS-kartlegging), så hun kjente ofte familier som møtte opp der. Gjennom Åpen barnehage hadde psykologen fulgt familier over tid. Hun sa: *"Det har variert hvem som er der, men jeg har fulgt familier der direkte, som jeg har anbefalt dette for. Da har jeg blitt med første gang. Også de som jobber i barnehagen har ønsket å drøfte saker med meg"* sa psykologen. Kommunepsykologen var dermed tilgjengelig for familier i Åpen barnehage, og tilgjengelig for oppfølging i etterkant.

Informanten fra Åpen barnehage, og kommunepsykologen var nå i gang med å planlegge en egen barselgruppe for deprimerte mødre, etter selvhjelpsprinsippet. Her skulle de få hjelp til å mestre depresjon, og også ha muligheten til å utveksle erfaringer om samspill med barn. Informanten som var involvert i denne planleggingen, sa at kommunepsykologen hadde kommet med gode innspill om hvilke metoder man kunne bruke i gruppen til depresjonsmestring, og hun hadde også foreslått "psykoedukativ metode". Prosjektkoordinatoren i Modelforsøket fortalte om planleggingen av barselgruppen: *"Dette ville sett helt annerledes ut uten henne (psykologen)"*. To grupper har vært i gang; den tredje starter opp i 2013 og skal evalueres eksternt.

Rundt satsningen på Familiens Hus med Åpen barnehage, var det nedsatt et *Tverrfaglig forum* som møttes en gang i måneden. Dette forumet besto av veiledere og ansatte fra Åpen barnehage, barnevernet, helsesøstre, PPT og kommunepsykologen. Informanten fra Åpen barnehage syntes sammensetningen og tverrfagligheten i forumet var spennende. En utfordring hadde imidlertid vært å få på plass taushetspliktsregler. Så langt hadde det vært anonyme drøftinger av brukere.

Kommunepsykologen hadde bidratt med sin kunnskap, og informanter formidlet hvordan dette tverrfaglige forumet ga gode koblinger mellom fagpersonene:

En informant fortalte at en av fagpersonene i det tverrfaglige forumet var bekymret fordi en ansvarsgruppe rundt en mor ikke fungerte. Det handlet om en liten gutt som uttykte stress og med en mor som ble oppfattet som redd og bekymret for barnet. Saken ble drøftet i det tverrfaglige forumet anonymt. Kommunepsykologen hadde stilt en del spørsmål, også knyttet til hvilke personer som burde inkluderes i ansvarsgruppen. En førskolelærer var for eksempel ikke med, og psykologen hadde ment at det kunne bidra positivt. En førskolelærer ble koblet inn etter samtykke fra mor, og mor ble også invitert inn i Åpen barnehage. Som informanten sa: *"Det var godt for gutten å få noen å leke med, og for mor å se litt på hvordan andre mødre gjør det, og komme inn i et fellesskap. Det var jo bare de to alene, dag ut og dag inn"*. Psykologens kompetanse ble gjennom forumet anvendt i forhold til en rekke andre saker. Kommunepsykologen ble dermed mye brukt, og antall saker totalt sett hadde tatt seg jevnt opp fra vedkommende startet i stillingen.

Hvor sakene kom fra, var blitt noe mer variert mer med tiden. Hvilke helsestasjoner som kom med henvendelser, handlet også om hvor store utskiftninger det var i personellet. I noen helsestasjoner hadde det vært omrokninger og da kom det færre saker: *"Jeg burde også hatt lunsj med helsesøstrene en gang i måneden"*, sa kommunepsykologen.

Med sin bakgrunn fra PPT og sin interesse for barn, sa kommunepsykologen at hun skulle ønske stillingen var enda mer rettet inn mot barn og deres familier. Hun hadde jobbet i familier, etter at helsesøstre hadde trukket henne inn i forhold til et barn. Det gjaldt f.eks ett tilfelle, hvor helsesøstre hadde avdekket at det var angst/seperasjonsangst hos et barn, men ikke alvorlig nok til å henvise til BUP. Psykologen fortalte: *"Det er en gråsoner her, jeg har hatt noen saker i vår, og et par nye nå, som*

noen helsesøstere har tatt tak i". Psykologen hadde snakket med foreldre i forkant og underveis, og så med barnet, avhengig av hva som er problemet. Hun har også snakket med lærerne. I et annet tilfelle hadde kommunepsykologen hjulpet en familie som hadde mistet et lite barn. En informant som knyttet kommunepsykologen til denne familien fortalte at psykologen hadde vært til god støtte for både foreldrene og barna i familien som hadde mistet et søsken.

Kommunepsykologen anslo at hun brukte ca 40 % av stillingen på *direkte klientarbeid* og 60% på veiledning og mer systemrettet arbeid rundt enkeltpersoner. Hun hadde også brukt noe tid til egen kompetanseutvikling, gjennom spesialisering i samfunnspsykologi. Hun hadde vært med på kommunepsykologsamlinger, og opplæring/samlinger knyttet til EPDS. Ett forhold kommunepsykologen hadde opplevd som litt uklart, var spesialiseringen og økonomi knyttet til dette. Det hadde ikke vært helt tydelig i hvilken grad hun kunne bestille faglitteratur og kartleggingsverktøy: "Har jeg noe å ta av?", spurte kommunepsykologen.

Enhetslederen for avdeling for forebyggende helsearbeid hadde hele tiden vært bevisst på at oppgavene til kommunepsykologen skulle inn i virksomhetsplanen, og inn i det faglige utviklingsarbeidet. Dette gjaldt spesielt EPDS, arbeidet rettet mot Familiens hus, og mot Åpen barnehage.

### **Samhandling og kvalitet**

Kommunepsykologen selv mente at team-jobbing var mer vanlig i PPT hvor hun kom fra, enn i kommunehelsetjenesten. I PPT jobbet hun også mer med andre fagpersoner som henne selv: "Det var flere psykologer, og det var et større miljø, og det var flere å spille på", sa psykologen. At PPT var lokalisert i samme bygning som avdelingen hun nå satt i var positivt for psykologen: "Jeg sitter tett på dem, og kan gå inn dit. Vi har fått til felles spesialisering hvor vi har hatt felles veiledning, annenhver uke", fortalte psykologen. Veilederens hennes satt på BUP, var nevropsykolog og var spesialist på barn.

En Informant som jobbet i samme avdeling som kommunepsykologen, og som var med å skrive søknaden til HelseDirektoratet, var svært fornøyd med å ha fått en psykolog, og mente de med veiledningen av helsesøstrene i forhold til EPDS, hadde fått et bedre tilbud, og tilgang til ny kompetanse. Informanten sa:

*"Å ha en psykolog er helt fantastisk! Hun er brukt mye til EPDS, hun har veiledning for helsesøstre, og tar støttesamtaler. Det vil si empatisk lytting og aktiv lytting, og at hun er opptatt av egenopplevelsen man har i dette. Hun veileder helsesøstrene i hvordan de kan fange opp og støtte mødre som har liten til moderat nedstemthet og depresjon. For mange helsesøstere er det nok at psykologen gir støttesamtaler, og så følger helsesøstrene opp mødre selv, også med hjemmebesøk. Men vi henviser til (navn på kommunepsykologen) ved vanskelige saker, de med moderate til alvorlige depresjonslidelser, tar hun. Hun følger dem og ser om de må videre. Dette er et helt uvurderlig sikkerhetsnett".*

Det var særlig den kliniske erfaringen som kommunepsykologen bidro med inn med i tiltakskjeden, som ikke andre profesjoner hadde: "Det er klinisk erfaring med dypt deprimerte mennesker. Vi har innblikk og erfaringer vi også, men hun bidrar med teori og mange tidligere erfaringer, og går grundigere inn", sa en informant som jobbet sammen med kommunepsykologen i avdeling for forebyggende helse, og også ledet en avdeling på en av helsestasjonene. Hun sa at de ikke kunne hatt EPDS i kommunen uten kommunepsykologen, og at psykologen hadde et godt samarbeid med BUP:



*"Det har vært så fint å få henne. Da har vi fått en tiltakskjede, og i stedet for å få veiledning fra andre, har vi fått en fast psykolog i avdelingen".* Lederen for avdeling for forebyggende helsetjenester sa at PPT hadde vært brukt som veiledere før, men at det var viktig å ha en psykolog i kommunen som kunne knyttes tettere opp mot kommunes daglige drift. Lederen skrøt av psykologens egenskaper som veileder: *"Hun tar seg god tid i møte med helsesøstrene, og til å lytte til det de står i".*

En viktig side ved å følge opp mødre gjennom EPDS, var også blikket på *far*. En avdelingsleder i en helsestasjon, sa at de etter en modell fra en annen kommune, også var blitt oppmerksom på *far*. I situasjoner hvor mor sliter psykisk, og hvor man fanger opp samlivsproblemer, har man nå også forsøkt å kalle inn fedre til samtaler, og koble inn familievernkontoret for å prøve å få til mekling på et tidlig tidspunkt. Barseltid og småbarnsfasen var en absolutt prioritering, sa informanten fra helsestasjonen.

Ventetiden på ca to uker for å komme til psykologen, ble ansett som overkommelig. Hvis det var aktuelt med en videre henvisning til spesialisthelsetjenesten ble en vurdering foretatt av kommunepsykologen i løpet av to uker, noe som ble ansett som forholdsvis tidlig intervensjon.

Vi oppfattet samarbeidspartnerne som svært oppmerksomme rundt hvordan de kunne bruke kommunepsykologen: En helsesøster for ungdom, sa: *"Dette har vært nytt, å kunne samarbeide med en psykolog, og vi tenker på hvordan vi skal bruke henne best".* De hadde kommet frem til at for dem var det viktigst med veiledning en gang i måneden. De hadde med saker de ønsket å få veiledning på, og det handlet for denne informanten ofte om drop-outs og søvnproblemer hos ungdom. Det hadde også vært noen ungdommer på videregående skoler som var på Utøya, og her hadde også Psykhjelpen vært viktig. Kommunepsykologen hadde gitt støttesamtaler og veiledning til psykologistudentene når det gjaldt spiseforstyrrelser, selvmordsforsøk, selvskading, depresjon, og ungdom som var skoleleie. En helsesøster på ungdomskolen sa om kommunepsykologen: *"Hun har høy kompetanse, og får oss til å reflektere selv".*

På spørsmål om hva psykologen hadde bidratt med inn i samtaler, som de ikke hadde tenkt på selv, svarte helsesøsteren på ungdomskolen at de hadde ofte noe de som fagpersoner selv hadde hatt lyst til å prøve ut, eller gjøre i forhold til ungdommene, men som de ikke turde å iverksette, enten fordi det ikke hadde vært gjort før, eller fordi det brøt med kultur og tradisjon på arbeidsplassen. Her hadde de fått god veiledning av psykologen. I forhold til en jente med spiseforstyrrelser hadde helsesøsteren for ungdom strukket seg langt, vist omsorg i stort omfang, snakket med jenta mange ganger, og forsøkt å henvise henne til mange ulike former for tilbud og tjenester. Til slutt hadde hun tatt kontakt med kommunepsykologen, da hun ikke visste hva mer hun kunne gjøre for jenta:

*"Hun snudde om på alt! Istedenfor at jeg fikk vite hva jeg skulle, og burde gjøre, så spurte hun; hva kan jenta gjøre selv? Det høres jo så enkelt ut, men jeg turde plutselig å stille litt krav, med (navnet på kommunepsykologen) som støtte. Jeg tenkte at jeg risikerte å miste kontakten jeg hadde fått med jenta, ved å stille krav, men de hjemme hos henne hadde begynt å ane at det var noe, og ville ha henne til lege. Jeg fikk henne til selv å tenke hva som hadde skjedd, og til å se at hun må tenke selv. Dette var et vendepunkt for meg".*

Det psykiske helsetilbudet til barn og unge i kommunen i dag, var BUP, PPT, Kommunepsykologen, Psykhjelpen og helsesøstre. Gjennom Psykhjelpen, samarbeidet kommunen, PPT og kommunepsykologen.

Prosjektkoordinatoren i Modellkommuneforsøket fortalte at kommunepsykologen hadde tatt kontakt med jordmødre, fastleger og helsesøstre for å få til et samarbeid rundt gravide og alkohol, svangerskap og vold, og svangerskap og rus. Informanten la spesielt vekt på at de med psykologen hadde fått inn en ny aktør som kunne si: "Dette kan jeg ta meg av": "Og så går hun inn og håndterer vanskelige saker, og kommer med helt konkrete vurderinger"(...). Hun ble kontaktet av en barneansvarlig, og da var hun helt uredd! Hun kan gå rett inn i et samspill mellom mor og barn som ikke fungerer, og bidrar inn og blir en styrke for hele familien", sa koordinatoren. Det som var nytt med kommunepsykologen, var ifølge denne informanten: "Hun bringer inn en grundighet. Hun sier ikke at 'dette er noe jeg har hørt virker', men hun sier at 'når man reagerer sånn og sånn, så pleier det å være viktig å gjøre sånn og sånn'. Det handler om fag".

Lederen for kommunepsykologen mente det var viktig at psykologen tidlig ville jobbe med psykisk helse og tverrfaglighet. Psykologen var opptatt av styrken ved å samarbeide, og å ha "mange briller" inne samtidig. Ifølge sjefen hennes, var hun ikke redd for å slippe andre inn gjennom dørene.

Informanten fra Åpen barnehage mente det var en stor forskjell i tilbudet etter at psykologen var kommet inn: "Hun har en annen forståelse av barseldepresjon og foreldrenes psykiske helse. Det vi har hatt fokus på, har vært barn, men hun kan en del om diagnoser, og hva som kjennetegner ulike diagnoser, og hva som kan funke bra", sa informanten.

En koordinator fra Familiens hus, sa at hun hadde trukket inn kommunepsykologen i forhold til en konkret bekymring rundt et barn som tok lite kontakt med mor. Informanten sa at hun syntes plasseringen av kommunepsykologen i avdeling for forebyggende helsetjenester var bra, da "alle var tilknyttet den avdelingen som jobber med barn og unge".

En informant som selv var tett inne i ulike former for prosjektarbeid i kommunen, skulle gjerne hatt kommunepsykologen mer inne på veiledningsnivå - også til skoler og barnehager (ikke bare helsestasjoner), å gi dem en opplæring i foreldreveiledning slik at det ble et bedre tilbud. Foreldreveiledning i skole og barnehage var et område som informanten mente var for tynt i dag. Ansvar for foreldreveiledning var forankret i PPT, men informanten mente at PPT var for opptatt av saksbehandlinger og sakkyndigvurderinger, og ikke så opptatt av foreldre: "De skal avdekke avvik, og de har ikke kapasitet til å bruke en halv stilling til å gi råd og veiledning til foreldre. Vi må forankre dette andre steder", og her mente informanten at kommunepsykologen var rett sted.

### **Tilgjengelighet – forebygging**

Et viktig prinsipp for leder av avdeling for forebyggende helsetjenester, var at Familiens hus med Åpen barnehage skulle være et universalt tilbud i kommunen, og de skulle tilby godt kompetente fagfolk, mer enn de skulle etterspørre denne kompetansen. Det var viktig å ha høy kompetanse på et lavterskelnivå, for å fange opp personer som sliter, og for å gi et godt tilbud. Her var kommunepsykologen svært viktig, men det var en ny type rolle for mange fagpersoner å tenke tidlig forebygging: "Både PPT, barnevernet, og psykologen må "re-læres" i forhold til hva de er vant til. De må "ned på gulvet" og by på faget og finne en ny rolle og tilnærming" sa lederen. Åpen barnehage skulle være en sosial møteplass, samtidig som de kunne gi foreldreveiledning, og ved å legge psykologtjenesten inn her, tenkte lederen at man fikk til et lavterskelt tilbud med tidlig innsats. Forebygging ble ansett som avdelingens hovedinnsatsområde, prioritert over behandling og diagnostisering.

Også screeningen av kvinner som nylig hadde født, var viktig for å avdekke psykiske lidelser tidlig. Kommunepsykologen sa selv at hun hadde fått veldig mye positiv tilbakemelding fra helsesøstrene om at de nå hadde fått noen å snakke med og få råd fra, i forhold til å veilede nybakte mødre. De hadde fått noen å drøfte vanskelige saker med, og som også kunne gå inn og ta samtaler med kvinnene dersom det var tvil om alvorlighetsgrad. Psykologen så at man gjennom denne kartleggingen på helsestasjonene raskt kom inn i de nye mødrenes liv, og kunne avdekke tilløp til negative tankemønstre: *"Ved at vi når flere mødre, er vi med å forebygge problemer hos barna"* sa psykologen. En informant som jobbet i samme avdeling som kommunepsykologen, sa at det å ha en psykolog ble et sikkerhetsnett, både for mødre som kom til helsestasjonen, og for helsesøstrene.

Psykologen ble oppfattet som å være lett tilgjengelig; *"Det er kort ventetid, og hun er lett å komme til"*, sa informanten fra samme avdeling. Også andre samarbeidspartnere mente det var lett å få tak i kommunepsykologen hvis de hadde et akutt problem. Enten de ringte, eller sendte epost, så fikk de fort et svar. Før drøftet en helsesøster som jobbet mot ungdomskolen saker med andre kolleger. En viktig side ved å drøfte saken med kommunepsykologen, var at hun oppfordret dem, i enkelte saker, til å snakke med PPT eller BUP og det ga en større legitimitet for å ringe disse aktørene - når psykologen hadde anbefalt det. BUP ble ikke oppfattet som like tilgjengelig som kommunepsykologen:

*"De sitter lenger unna, og det er lenger ventetid, og de har stor pågang. Det har ofte hendt at vi henviser dit, men at de kommer tilbake for at vi skal prøve i førstelinjen først. Det er ikke så bra å høre at man ikke er "syk nok", når man føler man går i oppløsning selv. Derfor er det så fantastisk med en kommunepsykolog i vår førstelinje, og vår kompetanse øker når vi kan drøfte saker med henne. Og det går ikke bare på enkeltsaker, vi får alle generelt bedre kompetanse!"*

En av informantene la spesielt vekt på at da psykologen kom, hadde det blitt mer tverrfaglig samarbeid, og at samarbeidet med BUP var blitt betydelig bedre: *"Nå har vi en psykolog, det er helt fantastisk! Nå trenger vi ikke sende alt til spesialisthelsetjenesten, og forsøke å få henvist folk via fastlegen"*, sa informanten, som var helsesøster: *"Min målgruppe er deprimerte mødre, og hjelpen må komme fort. Hvis det tar over 1 mnd, så er det et problem, og tar det 4 mnd, så kan det oppstå tilknytningsskader"*.

I arbeidet mot ungdom mente mange informanter at det var spesielt viktig at psykologen hadde jobbet mye med barn og unge fra før, og kjente til hvordan man skulle forholde seg til barn og ungdommers familier. Informanten fra helsestasjonen for ungdom skulle gjerne hatt psykologen enda nærmere i sin hverdag: *"Min drømmeverden var at hun satt hos oss. Vi har over 3000 konsultasjoner i år, og vi har 1.8 helsesøsterstillinger. Men kommunepsykologen møter opp. Hun er lett å be"*, sa informanten. Vedkommende ønsket å starte en søvngruppe for ungdom, som en forebygging til at unge droppet ut av skolen. Søvnproblemer henger ofte sammen med problemer på skolen, med foreldre, kjærester osv, så i en slik gruppe kunne man ta opp tema som man kunne få belyst: *"Når man har problemer, trenger man ikke alltid bare veiledning og råd, slik BUP gir. Det trengs en dypere kartlegging for å avdekke problemer"*. For "drop-out"-erne var det ofte mange, og ulike grunner for at de ville ut av skolen: *"De har masse fravær, de har ikke sovet, de krangler hjemme og de har slitt seg helt ut og vil slutte på skolen, og er deprimerte. Og det er mange grunner til dette, og hvis vi kan få inn en psykolog for å forebygge at de slutter på skolen så er det fantastisk"*. Vedkommende ønsket seg flere ressurser slik at man også fikk inn psykologer til kartlegging av ungdom. Pr i dag var det ikke

kapasitet: *"særlig de unge som har behov for hjelp fra mange, har det slitsomt"*, sa informanten. En del fikk hjelp fra Psykhelpen, en tjeneste som kommunepsykologen hadde veiledningsansvar for.

En viktig side ved det å få hjelp av kommunepsykologen var at man slapp henvisninger. Mange av samarbeidspartnerne i kommunen hadde faste møtepunkter med psykologen i løpet av uken og måneden, hvor man kunne lage avtaler og legge planer for hele kommende semester. Dette var et aspekt ved arbeidssituasjonen til samarbeidspartnerne som var nytt: *"Vi ser plutselig nye veier, og kan også gi tilbud om nye veier, og får støtte til å sjekke ut egne ting"* sa en helsesøster for ungdom.

Samarbeidspartnerne la også merke til at kommunepsykologen var mye ute - hun var på helsestasjoner, i Åpen barnehage, og møtte foreldre og barn på andre arenaer enn på kontoret. At hun ikke kun satt på et kontor, var med å gjøre henne mer tilgjengelig.

En informant fortalte at hun hadde kontaktet kommunepsykologen med et ønske om at hun skulle gå inn i 4 barnehager og undervise om *hvordan man kan sette inn en tidlig innsats* – etter "Kvello-modellen". Siden psykologen hadde jobbet så lenge i PPT, kunne hun lage et opplegg om barn og risikofaktorer. Hun hadde også flettet inn litt om utviklingspsykologi, fortalte informanten. Førskolelærerne hadde fått noe undervisning fra før, men ikke assistentene, så ved bruk av psykologen, kunne det settes i gang et felles opplegg for alle ansatte. Informanten var veldig fornøyd med psykologens innsats i barnehagene: *"Jeg skjønner ikke hvordan kommuner kan igangsette dette opplegget, og undervise i kjennetegn og bidra med handlingskompetanse, uten å ha psykolog. Jeg er sosionom og cand.polit og har jobbet lenge i det lokale barnevernet, og kjenner kommunene godt, og vi har ped.ledere, men med kommunepsykologen ble det veldig bra!"*, sa informanten. Dette undervisningsopplegget inngikk egentlig ikke i kommunepsykologens stilling, så her hadde informanten brukt av andre prosjektmidler for å få det til. Informanten hadde jobbet mye med psykologer i PPT tidligere, og var bevisst på å utnytte ulike kompetanser i tillegg til sin egen. Hun var også opptatt av at kommunepsykologene skulle få ta sin spesialisering i kommunen, og at dette kunne bli en mulighet for felles kompetanseheving i avdelingen/fagmiljøene i kommunen, ved at psykologen delte sin kunnskap.

Det var også andre instanser som hadde tatt kontakt med kommunepsykologen ved akutt behov; Tildelingskontoret hadde for eksempel kontaktet kommunepsykologen for å drøfte en sak vedrørende søknad om avlastning/hjemmetjenester for barn av psykisk syke foreldre.

Kommunepsykologen selv ønsket seg flere psykologer til kommunen. Det var flere foreldre som burde hatt et tilbud om psykolog. Det var også behov for en ruspsykolog, og at legevakten også hadde en tilgjengelig psykolog, sa kommunepsykologen. Hun syntes selv at hun ikke hadde kommet så langt i arbeidet enda, men at det hadde vært spennende å starte opp. Hun trivdes godt i jobben, men gjentok flere ganger at hun gjerne skulle ha jobbet mer med barn, og at hun savnet PPT litt, fordi det handler mer om barn. Og at det skulle vært et større tilbud til barn som sliter med sine foreldre.

### **Psykolog vs fastlege**

Samarbeidet med fastlegene var spesielt viktig i forhold til kvinner som slo ut på EPDS-kartleggingen. Kommunepsykologen ønsket flere psykologstillinger til kommunen, for å bli enda mer tilgjengelig for leger. Det var ikke noe formalisert samarbeid med legene, men det hendte at hun skrev en epikrise eller anbefaling om viderehenvisning, sykmelding og andre behandlingstiltak. Det var stort sett bare

kontakt og samarbeid med fastlegene i forhold til enkeltsaker. Flere informanter som jobbet på helsestasjoner mente at det var mye lettere å få adekvat hjelp til deprimerte mødre av *kommune-psykologen* enn av fastlegene. Fastlegene var ikke nok koblet på voksenpsykiatrien, sa en annen informant. Informanten fra helsestasjonen for ungdom syntes det var svært viktig å ha fått en psykolog. Også hun mente at fastlegene ikke var så interesserte i psykiske lidelser, og at de ikke hadde anledning til å engasjere seg i større saker.

### **Trekk ved modellen – suksesser og utfordringer**

Informantene/fagpersonene uttaler at de har fått god hjelp av psykologen, spesielt i forhold til enkeltsaker. Mange kvinner hadde fått god hjelp av helsesøstre, som igjen hadde fått oppbacking av psykologen, og dette hadde gitt et godt og nytt apparat rundt barseldepresjon. Det har ført til at helsesøstre mener de har fått et litt annet fokus på kontrollene, mer enn bare barnet, det handler om større helhet, familiesituasjonen, psykisk helse og samspill mellom mor og barn: "Allerede på hjemmebesøket tas screening på barseldepresjon opp. Dette har medført at helsestasjonen i møte med familier bedre enn før tar opp familieproblematikk og psykisk helse", sa lederen for avdeling for forebyggende helsearbeid.

Det ble opplevd som ryddig at stillingen er så klart avgrenset, og at det lå en klar bestilling til hva den skulle inneholde. Siden hun var alene i stillingen har avgrensningen vært ekstra viktig.

Kommunepsykologen selv sa det var en klar fordel - og forutsetning når man var alene som psykolog - at hun i stillingen helt fra starten skulle prioritere særlig to oppgaver; å veilede helsesøstre (EPDS-metodikk) og veilede psykologistudenter som drev et tiltak for ungdom. Avgrensningen av ansvar og oppgaver har nok gjort sitt til at stillingen har blitt opplevd som overkommelig.

Det har også vært "silingsmekanismer" i form av at helsesøstre har avgjort hvem som skal til psykolog og ikke. Psykologens nærmeste leder var tydelig på at oppgavene og ansvaret som psykologen hadde nå, var det hun kunne klare i stillingen pr i dag.

Kommunepsykologen syntes rollen som kommunepsykolog var en stor rolle å fylle alene, og håpet at det skulle komme flere, noe det så ut til å gjøre på sikt. Hun ønsket å få etablert en barselshjelpsgruppe for dem som sliter mer enn andre, og som kan arrangeres mer skjermet.

Psykologen hadde kontor plass på samme sted og i samme korridor som sin nærmeste leder, og det hadde vært viktig. De tok ofte en kaffe sammen. "*Fra å ha null psykologer til å ha én, var det en stor forskjell*", sa lederen. Lederne var veldig fornøyde med å ha fått en psykolog, men var forsiktige med å sette i gang flere tilbud og tjenester enn de man klarte å følge opp på en god måte. Når det gjaldt EPDS, visste de at dette var noe de klarte å følge opp.

Psykologen hadde fått delta på spesialiseringskurs ved siden av jobben. Dette var kurs som kostet mye for kommunen, men som de tenkte man kunne få utbytte av også, ved kompetanseoverføring til andre faggrupper i kommunen. Leder av avdeling forebyggende helsearbeid, sa at kommunen hadde et godt samarbeid med nærmeste universitet, ikke minst i forhold til Psykhjelpen. Det var viktig å få studenter til tjenesten som ikke var for problemfokuset, men som kunne inspirere ungdom i et helsefremmende perspektiv – og ikke bare se problemer. Studentene til Psykhjelpen blir derfor håndplukket, og veiledningen fra kommunepsykologen var en viktig del av kvalitetssikringen av tjenesten.

Et område en avdelingsleder på en av helsestasjonene ønsket å bruke psykologen mer i forhold til, var *skolebarn*. Det var mange flere helsesøstre som kunne trenge veiledning både når det gjaldt å hjelpe barn som man *visste* sliter, og for å avdekke eventuelle psykiske lidelser hos barn. I dag hadde BUP noe veiledning, men det anses som å være begrenset kapasitet.

Helsesøsteren for ungdom ønsket å få kommunepsykologen inn i forhold til *ungdom og søvn*. Og også på *motivasjon* for å få gå skole. Informanten ønsket å ta i bruk Motiverende Intervju (MI) som er en samtaleteknikk som er ment for å skape endringer hos de man snakker med. *"Veldig mange ønsker endring, med de vet ikke hvordan de skal få det til, og de som mister skolegangen i tillegg til å ha psykiske problemer, de får en dårlig start"* sa helsesøsteren, og la til *"så her er det samfunnsmessig nyttig å satse på dem, og det skal ikke så mye til"*. Informanten fortalte videre at de som ikke ble fanget opp på ungdomskolen, ble fanget opp når de var 18-20 år, men da var det vanskeligere å få tilgang til et lavterskeltilbud. Men det lå en risiko i å gripe inn overfor ungdom: *"Det er ofte ikke bra å slå på blålys overfor ungdom. Da mister man dem. De må kunne følge med hele veien, eller så trekker de seg. De må være med på det selv, men det kan gå begge veier. Enten at man havner i selvskading og rus. Eller at de blir sett, og at de kommer ut av en krise*, sa informanten, og at man griper inn på riktig tidspunkt og på riktig måte, er viktig å drøfte med en psykolog.

Kommunen hadde drøftet om kommunepsykologen skulle sitte i arbeidsgruppen til Modellkommuneforsøket, men koordinator for forsøket mente at det var viktig *"å lande"* i forhold til EPDS-prosjektet først, og informanten var fornøyd med å bruke psykologressursen operativt inn i et tiltak. Særlig når det gjaldt de vanskelige sakene, hadde de merket at man hadde fått en ny type kompetanse inn i kommunen. Men informanten skulle gjerne hatt flere kommunepsykologer, slik at man fikk kompetansen både ut til klienter og opp i strategisk planlegging. I dag er det et dilemma, om man skal plassere psykologen ute, der hvor fagprofesjonene og brukerne er, eller om de skal *"trekkes opp"* i planarbeid.

En stor fordel med å ansette nettopp denne kommunepsykologen, var at hun hadde jobbet i PPT i 14 år, og kjente dermed kommunen godt fra før. Dette trekker flere informanter frem som en stor styrke. Likevel ble det lagt vekt på at rollen som kommunepsykolog *har vært et utviklingsarbeid* og at stillingen og rollen måtte utformes. Hvordan hun best skulle nå frem til barn og ungdom, har ikke vært gitt, men *"det har gått bemerkelsesverdig greit"* sa informanten, og videre *"vi har jo fått en psykolog! Oh, yes!"*

Gjennom *tverrfaglig forum*, som var tilknyttet Åpen barnehage, har det vært koblinger mellom barnevern, helsestasjon, PPT og kommunepsykologen. Dette har fungert som en arena hvor saker kunne drøftes på tvers, anonymt, men hvor alle kunne bidra i forhold til løsninger. Dette har fungert bra i praksis. Samarbeidspartnere sa at det var viktig å få psykologens blikk inn i tidlig, i forhold til familier som sliter: *"Da kan hun ta vare på de minste ungenes psykiske helse"*, sa en informant. Fagpersonene som satt i tverrfaglig forum, skulle alle gjerne hatt psykologen i sin avdeling, men de møtes i forumet, og samtlige sier at psykologen var lett å få tak i, enten på telefon eller via epost. En konklusjon informantene delte, var at hvis psykologen hadde vært plassert i Barnevern eller PPT, hadde hun vært mindre tilgjengelig for helsestasjon/Åpen barnehage/Familiens hus, som var et lavterskeltilbud til innbyggerne. Og psykologen hadde en annen mor/barn-forståelse på utfordringer med mor og/eller barn enn fastlegen.

Plasseringen i avdeling for forebyggende helsearbeid har vært ideell, men ikke lokaliseringen på Rådhuset, fordi det ikke har vært ideelt å ta imot klienter pga. manglende lydisolering og innsyn. En stor fordel med å ha psykologen i avdelingen er som en informant sa: *"vi kan ta viktige diskusjoner her. Før var vi avhengig å få tak i BUP eller voksenpsykiatrien. Nå er hun her, og hun er en viktig faktor i vår tiltakskjede"*.

Det hadde vært nyttig at psykologen hadde sittet vegg i vegg med PPT, sin tidligere arbeidsplass. Ved å sitte i denne avdelingen mente lederen at kommunepsykologen hadde et fagmiljø i avdelingen og ved å ha nær tilgang til PPT: *"Det ville nok blitt mer ensomt å sitte ute i helsestasjonene"*, konkluderte leder. Dessuten var *"lavterskelarbeid"* og forebyggende helse noe annet enn å jobbe i PPT, så dette var noe psykologen måtte lære seg. Og da var avdeling for forebyggende helse et godt sted å sitte ifølge leder: *"Hun er i en fase hvor man må lære seg lavterskelarbeid og tidlig innsatstenkning. Det er lite av det forebyggende perspektivet i utdanningen"*, sa leder. Et ønske for kommunepsykologen fremover, var at hun skulle delta i kurs og oppfølgingsvirksomhet etter Utøya, slik at hun kunne bygge opp kompetanse på langtidsoppfølging av traumatiserte personer.

For samarbeidspartnere rundt var veilederrollen i forhold til EPDS og tilbudet de kunne gi til nybakte mødre den største endringen som har skjedd etter kommunepsykologen, når det gjelder å skape *nye tilbud*. Flere informanter ønsket å utvide veiledningstema overfor helsesøstre, *utover EPDS*, og at vold i nære relasjoner og rus var tema som kommunepsykologen kunne bidra i forhold til.

Forventningene til kommunepsykologen hadde først og fremst vært knyttet til å veilede helsesøstre, og der mener samtlige informanter har blitt innfridd. I tillegg sa mange av informantene at de hadde fått *viktige nye dimensjoner* inn i faglige diskusjoner. Det var viktig også for fremtiden at hovedtyngden lå i å veilede og støtte helsesøstre i vanskelige saker, og ta færrest mulig møter med mødre selv. Altså ikke bruke så mye tid til behandling, men heller styrke helsestasjonen ute.

Også her legges det vekt på at kommunen med kommunepsykologen hadde en fast diskusjonspartner i forhold til andrelinjen. Kommunen hadde fått en *"ballast"*, ved at kommunepsykologen kunne argumentere for forhold som ble tillagt vekt fra spesialisthelsetjenesten. Det eneste som var negativt ifølge lederen, var at man vil ha flere kommunepsykologer!

Oppsummert ser vi at kommunepsykologen har hatt en avgrenset stilling i form av å veilede på EPDS-metodikk, og å gi støttesamtaler til helsesøstre som har deprimerte mødre. Hun har også tatt samtaler med deprimerte mødre. Hun har veiledet studenter på Psykhjelp til ungdom, og har klart å verken bli spist opp av for mange oppgaver, eller blitt forformet av noen av profesjonene. Hun har kunnet jobbe klinisk, og hun har gått inn og støttet familier i dyp sorg ved tap av barn. Hun har vært kontaktperson med andrelinjen, og *"har fått folk videre"*. Hun har også vært diskusjonspartner for svært mange helsesøstre, men også kollegaer i avdeling for forebyggende helsearbeid. I tillegg har hun vært brukt i kompetanseheving av barnehageansatte i 8 barnehager som jobber etter *"Kvello-modellen"*.

## 2.3 Kommunal enhet for psykisk helsearbeid (case 3)

(Modell 2 + 3)

Empiri: Kommunepsykologer, rådgivere, fastleger, samt ledere og ansatte fra andre deler av den kommunale helsetjenesten (Avdeling for rus og psykisk helsetjeneste, Familien hus, familieteamet, barnevernet, helsestasjoner og familievernkontoret).

Caset belyser innplassering av to kommunepsykologer i kommunal helsetjeneste. Den ene psykologen hadde lang erfaring som psykolog, den andre var relativt nyutdannet. I tillegg til å bruke psykologenes kompetanse til klinisk virksomhet, veiledning og undervisning, var sentrale aktører også opptatt av hvordan psykologen kunne bidra til *tjenesteutvikling* slik at tilbudet ble bedre for kommunens innbyggere.

Caset illustrerer utfordringer knyttet til samlokalisering og samarbeid mellom kommunepsykolog og fastleger, og hvilke ønsker og behov fastleger kan ha i forhold til øvrige kommunale tjenester.

Dette var en "prosjektkommune"; Den hadde egne prosjektstillinger/-koordinatorer som fulgte tett opp prosjektvirksomheten, og søkte aktuelle tilskudd og prosjekter etter hvert som de ble utlyst.

Innbyggertallet i kommunen var ca 12 500. Kommunen hadde i følge informantene ingen "spesielle utfordringer" ut over det normale. Familiens Hus har vært i kommunen siden 2008 og er en samlokalisering av helsestasjon, barnevern og PPT.

Det var avsatt midler til en *interkommunal psykolog* – som var et samarbeid mellom denne kommunen og seks andre. Den interkommunale psykologen skulle jobbe mot skoler, men stillingen var enda ikke besatt på tidspunktet vi besøkte kommunen. Stillingen ville innebære en del reising på tvers av kommunene, men psykologen ville få tilholdssted i denne casekommunen - sammen med de to kommunepsykologene. Med en "skolepsykolog" anså flere informanter at behovet for psykologbistand i kommunen kunne bli dekket.

### **Bakgrunn for søknaden til Helsedirektoratet**

Kommunen, ved Helse- og omsorgssjef, søkte om midler til å dekke utgifter til en kommunepsykolog for 3 år. Bakgrunnen for søknaden knyttet til Opptappingsplanen for psykisk helse, og plan for psykisk helsearbeid i kommunen, 2008-2011. Det ble fattet et vedtak i kommunestyret om at administrasjonen, i samarbeid med Den Norske Legeforening og Norsk psykologforening, skulle utarbeide en pilotsøknad om en kommunalt ansatt psykolog. Kommunestyret ba deretter rådmannen utarbeide søknaden. En informant fortalte at en psykolog i spesialisthelsetjenesten, med andrelinjen, som hadde gode kontakter til politikerne i kommunen, hadde "jobbet i kulissene" for å få politikerne til å gå for prosjektet.

Rådgiver for psykisk helsearbeid skrev søknaden sammen med Helse- og omsorgssjefen. Rådgiveren mente de hadde fått løftet det psykiske helsearbeidet for alvorlig syke personer under Opptappingsplanen. Det lå imidlertid fortsatt utviklingsoppgaver knyttet til et bedre samarbeid med fastlegene. Sentrale informanter mente legene hadde lett for å henvise "det meste" til poliklinikk og sengepost: "*Tilbudet til de med lettere til moderate lidelser kan vi styrke med kommunepsykologen*", sa rådgiveren.



Hovedformålet med å ansette en kommunepsykolog var å bedre tjenestetilbudet til mennesker med psykiske problemer, få til tidlig og raskere intervensjon i forhold til avklaring av behov og tiltak og videreutvikle både interne og eksterne samarbeidsrutiner og samhandlingsmetoder. De ønsket også å unngå lang ventetid for innbyggerne for å få hjelp, støtte og avklaring i forhold til psykiske lidelser. Kommunen ville knytte psykologstillingen opp mot legekantorene i kommunen, for å redusere sykemeldingsperioder gjennom en tettere samhandling mellom lege, psykolog og pasient. Psykologen skulle veilede ansatte som jobbet med psykiske lidelser, dvs. ansatte ved avdeling for Rus og psykisk helsetjeneste, Familiens Hus ved Barnevern, Helsestasjon og Familieteam, samt fastleger. De ønsket et sterkere fokus på familien til den eller de som hadde psykiske problemer og/eller rusproblemer.

Målgruppen til kommunepsykologen skulle være *voksne personer med psykiske problemer og deres familier*. Psykologen skulle gi bistand til voksne med lett til moderat angst og depressive plager, i tett samarbeid med fastlegene.

### **Rekruttering**

*Kommunepsykolog 1* ble ansatt i august 2009. Hun var ferdig psykolog i 2005, og hadde jobbet med barn (BUP) og hadde også erfaring med småbarnsteam. Psykologen hadde lest om kommunepsykologstillingen i Tidsskrift for norsk psykologforening, hvor hun over tid hadde lagt merke til en økende andel artikler om kommunepsykologer. Hun hadde blitt nysgjerrig på stillingen:

*"I andrelinje er det mye byråkrati, og det kan ta lang tid før man møter ungen som har strevd i mange år. Jeg ønsket å komme inn tidligere, og at vi da kan nå bedre frem med hjelpen. Dette var en tankegang jeg syntes var spennende, og så dukket stillingen opp i denne kommunen".*

Psykologen hadde søkt på stillingen fordi den var lokalisert i nærheten av der hun bodde. Hun likte tilnærmingen som ble presentert under jobbintervjuet, dvs. at stillingen var *samspillorientert* med fokus på familier og partnere med barn. Det hadde vært 3 søkere til stillingen.

For psykologen hadde det vært annerledes å begynne her enn andre steder. Hun hadde selv gått i gang med å male og innrede kontoret hun fikk på avdeling rus og psykisk helse: *"Det er en del utfordringer her, som du ikke finner på et sykehus. Det ble en snuoperasjon i hodet, at sånn og sånn må jeg ha det, samtidig som det var 'give and take'",* sa psykologen.

En viktig årsak til å jobbe i kommunehelsetjenesten var at det var mye profesjonsstrid i andrelinjen, hvor enkelte yrkesgrupper følte seg "under" psykologer og leger. Psykologen likte bedre arbeidsformen i kommunen. At det var fagområder rundt henne hvor andre profesjoner hadde mer kompetanse, anså hun som helt naturlig. For eksempel at sykepleierne kunne mer om psykofarma enn henne.

*Kommunepsykolog 2* ble ansatt i august 2011, og hun var ferdig utdannet februar 2011. Hun hadde arbeidet i en familie- og barnetjeneste hvor hun hadde fått veiledning fra en kommunepsykolog, og det førte til at hun hadde fått lyst til å jobbe i en kommune. Stillingen var en fin anledning til å bo i hjemkommunen. Hun hadde snakket med kommunepsykolog 1 før hun søkte stillingen. Hun hadde fått et jobbtillbud i BUP også, men sa at lønnen som kommunepsykolog var bedre: *"Lønnen var ikke avgjørende, men det at man kunne få videre kompetanse i utvikling hos barn, var spennende, og at det var så åpent, slik at jeg kunne legge det litt opp som jeg ville"* var forhold som hadde vært viktige.

## Organisering – endring i modellvalg

Samlokaliseringsmodellen for psykolog 1 ble endret i forhold til oppsatte planer. I søknaden til Helsedirektoratet ble det redegjort for en innplassering sammen med fastlegene, men det ble mange diskusjoner om hvordan de skulle få dette til. I kommunen var det tre fastlegekontor med 10 fastleger og en turnuslege, og det var mange uavklarte spørsmål: Hvor skulle psykologen sitte? På hvilke tidspunkt? Hvem skulle dekke kontorutgiftene? Dette var diskusjoner som gikk mellom fastlegene, helse- og omsorgssjefen, kommunepsykologen som etter hvert ble ansatt, avdelingsleder for psykiatrisk poliklinikk, leder for mental helse, og rådgiver for forebyggende helsearbeid. Diskusjonen førte til at kommunepsykolog 1 ble innplassert i Avdeling rus og psykisk helse, og ikke et fastlegekontor, dvs. modell 2 istedenfor 1.

Kommunen søkte om en psykologstilling til, og fikk det. Det var dermed to kommunepsykologer i denne kommunen; én i avdeling for Rus og psykisk helse, den andre var tilknyttet Familiens hus, dvs. Modell 4. Familiens Hus hadde vært i kommunen siden 2008, og var en samlokalisering av helsestasjon, barnevern og PPT.

## Innplassering av kommunepsykolog 1

Kommunepsykolog 1 ble plassert inn i staben til Helse- og omsorgssjefen. Hun fikk fast ansettelse og fast lønn. Det ble satt ned en *prosjektgruppe* rundt henne, som i tillegg til psykologen selv, besto av Helse- og omsorgssjef, rådgiver for psykisk helsearbeid, leder for Familiens hus, leder Rus og psykisk helsetjeneste, tillitsvalgte for fastlegene, brukerrepresentanter og en representant for Helseforetak. Det ble også etablert en *styringsgruppe* bestående av Helse- og omsorgssjef, rådgiver for psykisk helsearbeid, leder Mental Helse, representant for voksenlinjen/voksenpsykiatrisk, en fastlege-representant, leder ved rus- og psykisk helsetjeneste og kommunepsykologen.

Kommunepsykolog 1 satt først sammen med staben til Helse- og omsorgssjefen, hvor rådgiver for forebyggende helsearbeid også satt. Etter hvert ble hun plassert inn i avdeling Rus- og psykisk helse i kommunen. Årsaken til at psykologen ble plassert i denne avdelingen, og ikke et fastlegekontor, forklarte rådgiver for forebyggende helsearbeid slik: *”Vi synes det var lurere at psykologen var i lag med de som jobber med psykiske helsetjenester til voksne ellers. Hun har derfor kontor til rus og psykisk helse, men skal samhandle tett med fastlegene”*. En annen årsak som ble nevnt, var at legene eide og drev sine kontorer, og kommunen måtte derfor leie kontor og fasiliteter til psykologen.

Leder for avdeling Rus og psykisk helse sa at han tidlig ønsket å få kommunepsykologen plassert hos seg, og som medlem av styringsgruppen, hadde han argumentert for sitt syn: *”Det er ikke så mye man får utrettet innenfor det psykiske helsefeltet helt alene. Det er bedre å jobbe med - og gjennom - flere, tverrfaglig - og siden hun skulle jobbe med voksne, var det naturlig at hun kom hit til meg”*. Som leder for avdelingen, så han sin rolle som et bindeledd mellom psykologen og øvrige tjenester.

Kommunepsykologen selv hadde en periode vært urolig for at kommunen ikke hadde samordnet psykologstillingen med fastlegene, som planlagt. Etter hvert som kommunen overtok mer og mer av finansieringen av stillingen, ble hun mer avslappet på at den ble brukt mer inn mot kommunehelsetjenesten enn til terapi for fastlegenes pasienter.

Samlokaliseringsmodellen ble beskrevet ved oppstart som en kobling av Modell 2 og 1; psykologen var plassert innenfor enhet for rus og psykisk helse, men skulle *samarbeide tett med fastlegene*. I følge kommunens egen rapportering til Helsedirektoratet, skulle *”samarbeid med fastlegene utfor-*

mes slik at fastlegene kan sende henvisninger til psykologen i skriftlig form, eller ved telefonhenvendelse”.

### **Avdeling Rus og psykisk helse**

Kommunepsykolog 1 hadde et eget kontor på Avdeling Rus og psykisk helse. Avdelingens leder fikk personalansvaret, men ingen overordnet faglig rolle. Avdelingsleders administrative ansvar innebar for eksempel egenmeldinger, reiseregninger og økonomien i prosjektet. Arbeidsinstruks og avgrensninger skulle utformes av styringsgruppen i samarbeid med psykologen. I kommunens rapportering til HelseDirektoratet for 2010 heter det at psykologens deltakelse på nettverkssamlinger for kommunepsykologer også skulle være veiledende i forhold til utformingen av stillingen.

Avdeling for Rus og psykologisk helsetjeneste ble beskrevet som en samorganisert tjeneste for kommunens psykiske helsearbeid og rusarbeid, med primært fokus på de voksne. Ifølge leder for avdelingen var en stor del av bildet innenfor psykisk helse. Tjenesten skulle være et lavterskeltilbud som ble utøvet etter vedtak, til mennesker med psykiske problemer og/eller rusproblemer. Det ble tilbudt støttesamtaler, råd og veiledning, sosial trening, koordinering av ansvarsgrupper og eventuelt individuell plan. Det ble også gitt praktisk bistand i form av boveiledning. De som jobbet i tjenesten hadde utdanning som sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere, og de fleste hadde videreutdanning innen psykisk helsearbeid.

Kommunepsykologen gikk inn som leder for *psykisk helseteam*, hvor møter ble avholdt hver onsdag morgen. Psykologen ledet møtene og var fagkoordinator for de ulike yrkesgruppene. I teamet møtte ”de som jobbet ute med brukerne”, og det var sykepleiere, vernepleiere, ungdomskontakter og annet ”fotfolk” som hadde samtaler og oppfølging av brukerne daglig. Til sammen var de ca seks personer. Møtene ble avholdt på personalrommet i avdelingen. I starten syntes psykologen det hadde vært lite struktur på møtene, og at kommunikasjonen mellom fagpersonene som oftest foregikk i gangene og under lunsjen. Det var ingen faste arenaer hvor man kunne drøfte felles problemstillinger. Tjenesten var preget av å gi støtte og veiledning *ute*, mens det var mindre rom for å reflektere over veivalg og resultater. Avdelingsleder ga kommunepsykologen i oppgave å koordinere arbeidet bedre.

Psykologen var glad for å ha fått rollen som leder av teamet: *”Det funker jo ikke bare å komme inn og ta en plass. Man er avhengig av at det er noen i dette systemet som gir deg den plassen”*. Hun roste dermed lederen som ga henne rollen som fagleder og koordinator, og at det hadde vært viktig for utformingen av psykologrollen:

*”Det er bedre å få noen konkrete oppgaver. Det å være ”psykolog” eller ”kommunepsykolog” - det er diffust. Men så fort man får en funksjon og en funksjonsbeskrivelse som fagkoordinator, så er det lettere å forholde seg til. Jeg koordinerer alt fagarbeidet rundt brukerne. Da kan jeg definere konkret hva jeg legger i det”*.

At psykologen ble gitt en rolle i forhold til avdelingen var viktig, og peker på betydningen av at lederen var døråpner. Som vi skal se av det neste caset, var *det* ikke å få en klar funksjon i forhold til øvrig avdeling, en sentral årsak til at samarbeidet her til slutt brøt sammen.

Kommunepsykolog 1 syntes det var en fordel kun å ha fagansvar i det psykiske helseteamet, og ikke ha personal/lederansvar. Det gjorde noe med dynamikken i gruppen at avdelingslederen tok lederoppgavene. Psykologen vektla at en avgjørende innstilling for å få til samarbeidet var ydmykhet

overfor andre faggrupper – og et fokus på at de også kan mye, og ”her må man virkelig passe seg”, sa psykologen: ”Vi kan mene noe om alt, men det er ikke alltid at det vi mener er det klokeste. Men vi har samtidig noe som de treårige ikke har”. Psykologen mente hennes bidrag blant annet var å spille erfaringer mot et større univers med forskning og vitenskap, og at hun også kunne trekke slutninger fra statistikk, om forhold som angikk psykisk helse.

Kommunepsykologens avdeling hadde en leder som var opptatt av tverrfaglighet, særlig når det gjaldt å arbeide på nye måter:

*”Vi har sosionomer, aktivitører, hjelpepleiere og miljøterapeuter og tar inn en pedagog nå. Jeg er ikke opptatt av ensartet helse- og sosialfaglig kompetanse, men det krever litt jobb, – psykisk helse har vært en medisinsk greie, men vi har nå gått over til å tenke endring og mestring, og da må det mer enn sykepleiere og vernepleiere inn. For vi er ikke tradisjonelt gode på endring. Sykepleiere er mer på behandling, men alle som har videreutdanning og KOR<sup>37</sup> er mer på at brukerne må ha tro på egne ressurser, slik at de blir presset mer ut, og ikke blir så avhengige av oss”.*

Det var i følge lederen stor forskjell på *rusproblematikk* og *psykiske lidelser*, og det måtte de ansatte i avdelingen ha et bevisst forhold til da utfordringene krevde ulike fremgangsmåter; Ved rusproblematikk ble det jobbet gjennom ansvarsgrupper, og de måtte få orden på økonomi, bolig og familieforhold. I arbeidet med psykiske lidelser trengtes en annen type kompetanse, mer i form av MI (motiverende intervju), kognitiv terapi og kunnskap om psykisk helse: ”Men grenseoppgangen er diffus, så vi går ofte i to-spenn” sa avdelingslederen. Kommunepsykolog 1 arbeidet først og fremst i forhold til psykisk helse, og da i et familieperspektiv. Men selv om psykologen selv ikke jobbet aktivt med rus, opplevde likevel lederen at ”døren hennes alltid var åpen” også for de som jobbet med rusrelaterte saker.

For lederen hadde det vært viktig helt fra starten å trekke psykologen inn i et større univers, med koblinger til NAV, administrering av medisiner, kontakt med arbeidsgivere og lignende - som var et mye videre arbeidsfelt enn behandling. Lederen syntes det var en stor fordel at psykologen satt på avdeling rus og psykisk helse, da hun ble godt kjent med hver og ens kompetanse når saker skulle fordeles: ”Det er fint at hun vet hva de andre er gode på, for legene sender jo alle til (navnet på psykologen), og det har blitt 250 saker i året. Men det er ikke alltid psykolog som trengs”, sa avdelingslederen.

Når det gjelder utformingen av stillingen, var styringsgruppen<sup>38</sup> tidlig på banen med å vurdere hvordan kommunepsykologstillingen skulle utformes. Samtidig påpekte leder for avdeling rus og psykisk helse at psykologen hadde fått ”frie tøyler” i forhold til sitt fag. I følge en informant fra styringsgruppen hadde også representanten fra Mental helse i styringsgruppen fra starten vært opptatt av psykologens tilgjengelighet, dvs. hvor fort man kunne få hjelp, hvordan man fikk tak i psykologen osv.

### **Kommunepsykolog 1 sine arbeidsoppgaver**

Kommunepsykolog 1 startet sitt arbeid med å kartlegge samarbeidspartenes forventninger. I tråd med planene om et tett samarbeid med fastlegene, jobbet hun innledningsvis mye med pasientarbeid, hovedsakelig henvist fra fastlegene. Psykologen hadde ført statistikk som viste at hun hadde

---

<sup>37</sup> KOR (Klient- og resultatstyrt praksis) er et verktøy for å måle *relasjonen* mellom hjelper og bruker, og man måler også ulike måter å snakke om psykisk helse på, som er tilpasset ulike brukere.

<sup>38</sup> Den besto av leder avdeling rus og psykiske helse, helse og omsorgssjefen, en person fra voksenpsykiatrien, rådgiver i kommunen for psykisk helse, og en representant fra Mental helse.

fått henvist 200 pasienter fra fastleger i løpet av de to første årene av prosjektet. Også interne samarbeidspartnere som NAV, sykehuset og familievernkontoret hadde henvist brukere, eller drøftet saker over telefonen. Totalt antall henvendelser i november 2011 var 250. Av disse var 100 saker blitt direkte fulgt opp av kommunepsykologen, enten gjennom a) rask vurdering med viderekobling til andre instanser kommunalt eller i andrelinjen, b) et korttids behandlingstilbud (6-8 konsultasjoner) bestående av individuelle og/eller familieorienterte samtaler eller c) en lengre tids behandling gjennom en rask vurdering med viderekobling til andre instanser (kommunalt eller andrelinje) eller en noe lengre behandling hos psykologen. I de øvrige sakene har psykologen vært med å veilede annet helsepersonell i kontakten med brukeren. Lederen til kommunepsykologen anslo at hun i stillingen hadde jobbet ca 60 % med oppfølging av brukere og 40% med systemarbeid.

Psykologen hadde gitt veiledning til ansatte i avdeling rus og psykisk helse, i tillegg til andre faggrupper. Hun har veiledet ansatte i barnevernet og ansatte på helsestasjoner. Hun har også gått inn i enkeltsaker i *familieteamet* ved Familiens hus, hvor den andre kommunepsykologen etter hvert ble tilknyttet. Fagpersoner rundt kommunepsykologen hadde i starten merket at hun kom fra en kultur (spesialisthelsetjenesten) hvor man var vant til å ta inn enkeltpersoner til behandling og samtaler, for så å "sende dem ut" igjen. Avdelingslederen hadde vært opptatt av å endre en slik struktur - over mot teamarbeid, hvor man i fellesskap tok inn saker og drøftet dem felles.

Et tettere samarbeid var hensiktsmessig for å sile ut saker som *ikke* skulle til kommunepsykologen, men til spesialisthelsetjenesten. Psykologen hadde hatt stor pågang fra legene, og det var viktig å identifisere personer som skulle til andrelinjen på et tidlig tidspunkt. Det var også lette til moderate tilfeller som like gjerne kunne få hjelp andre steder i kommunen enn hos psykologen. Å få inn psykologens blikk i forhold til fordeling av saker, mente avdelingslederen hadde vært svært viktig: "*Så kunne hun si hvem de skulle til, og fordele saker, og samtidig gi litt veiledning til de som fikk sakene*". Å få psykologen inn i fordelingen av saker, førte til at tilbudet ble så bra tilpasset behovet som mulig, i følge lederen.

Kommunepsykolog 1 har jobbet med fagutvikling i deler av stillingen. Gjennom stillingen har hun fått opplæring i KOR, Klient- og resultatstyrt praksis ved R-BUP, og startet deretter et pilotprosjekt, hvor hun har gitt veiledning og undervisning i bruk av verktøyet.

Hun var spesielt fornøyd med at hun i starten hadde fått være 20% på et familievernkontor for å gjøre ferdig spesialiseringen i klinisk familiepsykologi. Hun trengte mer erfaring med par-mekling og par-terapi, så det ble lagt til rette for at hun kunne praktisere, samtidig som kommunen betalte for kurs.

Leder for avdeling rus og psykisk helse, hadde ikke hatt så mye med kommunepsykolog 2 å gjøre, men noen henvisninger hadde de hatt, hvor barn av foreldre med psykiske problemer trengte hjelp. Da hadde Kommunepsykolog 2 kommet til avdelingen, og jobbet med familiene.

Da vi besøkte kommunen hadde kommunepsykolog 1 fått en 40% stilling i PPT, og var der to dager i uken. Hun hadde lenge ønsket å jobbe mer med familier og barn, og sa selv at hun gjerne skulle jobbet i Familiens hus. På tiden vi treffer henne var hun også nær en svangerskapspermisjon.

### **Henvisningsrutiner til kommunepsykolog 1**

Et sentralt og utfordrende punkt vi har møtt i alle casekommunene, handler om hvordan de øvrige kommunale tjenestene og innbyggere skal få tilgang til kommunepsykologen. Også i case 3 har dette vært et sentralt tema - som hadde skapt debatt. Da samlokalisering med fastlegene likevel ikke ble valgt, skulle psykologens samarbeid med fastlegene spesielt prioriteres. I starten henviste fastlegene direkte til kommunepsykologen. Dette var en ordning som legene var fornøyde med, men som resulterte i at en stor del av psykologens arbeidstid ble forbeholdt disse pasientene.

Fra høsten 2011 ble fastlegene bedt om å sende henvisninger til avdeling for rus og psykisk helse, og ikke direkte til psykologen. Da henvisningene etter hvert ble mange, ble rutineene ytterligere endret, og de gikk over til å si henvedelser via et bruker-/forvalterkontor som fordelte saker, og deretter viste til et inntaksteam. Kommunepsykolog 1 satt i inntaksteamet, og hver uke kom en representant fra brukerkontoret med personer som trenger hjelp. Psykologen syntes det var nyttig å sitte i inntaksteamet og være med og vurdere sakene, men var ikke så fornøyd med løsningen:

*”Jeg ser i dag at denne henvisningsformen har mange risiko-faktorer ved seg. Mange er spille-avhengige, har opplevd et brudd, har mistet jobben og har mange forhold rundt seg, og da ser jeg at når man kaller inn til første samtale, så er det ofte egentlig en sak for andrelinjen – ut fra omfanget på lidelsene. Men det er fint å spille på teamet, og hverandres kompetanse”.*

De nye henvisningsrutinene var legene (og pasientene) lite fornøyd med. Dette kommer vi tilbake til.

### **Kommunepsykolog 2**

Kommunepsykolog 2 begynte i stillingen i august 2011, så på tidspunktet vi treffer henne hadde hun hatt stillingen i ett av til sammen tre år. Stillingen hadde tilskudd i to år til. Psykologen ble lokalisert inn i stab med Helse- og omsorgssjefen, samlokalisert med Familiens Hus. Bakgrunnen for å søke om midler til stillingen var å styrke tilbudet til foreldrene til barn og unge. Mange hadde dessuten oppfattet at det hadde blitt mye arbeid på den første psykologen, og av den grunn ønsket seg en kommunepsykolog til. Rådgiver for psykiske helsetjenester hadde spesielt ønsket at familieteamet skulle ha tilgang til psykolog.

### **Innpassing av psykologen**

Kommunepsykolog 2 hadde sitt kontor på en helsestasjon som var tilknyttet Familiens Hus. Hun inngikk i det *tverrfaglige familieteamet* som arbeidet bredt mot familier. I tilfeller hvor mange familiemedlemmer var berørt, pleide teamet å dele seg. Psykologen sa hun jobbet mest for seg selv. Hun foretrakk enkeltsamtaler, da hun følte at brukerne åpnet seg mer da enn når de var flere. Psykologen hadde innimellom hatt 30 brukere å følge opp samtidig. Noen var familiemedlemmer, men det var en stor oppgave, hvis man skulle møte alle en gang i uken. Tiden var knapp til enkeltpersoner når man samtidig var med i team og deltok på andre møteplasser. Det hadde vært vanskelig å finne en god balanse mellom tverrfaglige arenaer og enkeltsamtaler hadde vært vanskelig å regulere.

### **Familiens Hus**

Familiens hus ble etablert i november 2008, og var en samlokalisering av helsestasjon, barnevernet og PPT. Samlokaliseringen var et resultat av modellkommuneforsøket, og det tverrfaglige familieteamet som ble opprettet, førte til et utvidet tilbud til familier som slet med psykisk helse og rus, i forhold til aldersgruppen 0-6 år. Det var ca 40-50 personer som jobbet på huset til sammen. Ifølge rådgiver for psykisk helsearbeid var ønsket å få til en bedre samhandling mellom tjenestene: *”Vi tenkte at brukerne skulle få en dør inn, og at vi skulle få til et bedre tverrfaglig samarbeid. Før var*

helsestasjonen, barnevernet og PPT på hver sine steder, og brukerne måtte løpe rundt", sa rådgiveren, og videre: "Det er ikke først og fremst et hus vi har her, men det er måten vi samarbeider på".

En informant fra helsestasjonen var godt fornøyd med Familiens hus og samlokaliseringen av helsestasjonen, barnevernet og PPT: "Det gjorde noe med måten vi samhandler og omgås på. Vi er ikke knallgode på samarbeid, men vi har en helt annen holdning til hverandre nå, og ser muligheter. Og vi kjenner mer på ansvarsfordelingen og det er annerledes" sa informanten. Spesielt handlet det om koblingen til barnevernet, en aktør helsestasjonen tidligere ikke hadde hørt noe fra. Dvs. det hadde vært mangel på tilbakemeldinger, noe som kunne gi en opplevelse av at barnevernet "ikke gjorde noen ting": "Nå ser vi at vårt ansvar går langt inn i deres, og det er bare å banke på døra!", sa informanten fra helsestasjonen.

Samarbeidet med helsestasjonen og Kommunepsykolog 1 var til stede fortsatt. Da vi var på casebesøk jobbet kommunepsykologen med voksne som hadde barn, og dermed også med familier som kom inn under i helsestasjonens arbeidsområder. Informanter fra helsestasjonen fortalte om tett samarbeid med begge psykologene.

Psykolog 2 fikk opprinnelig midler til å fokusere på voksne personer, men siden det ikke var psykologtilbud på barnefeltet, ble ressursen satt inn her. Dette mente også kommunepsykolog 1 var viktig: "Voksne kan ta buss til avdeling rus og psykisk helse selv, mens ungene er prisgitt de voksne". Så psykolog 2 jobbet med voksne, og små barn. Helsestasjonen sa at psykologen ikke hadde noen "fast plass" i kommuneomsorgen, men ble trukket inn ved behov. Selv om stillingen ikke var fast, hadde psykologen fått muntlig beskjed om at hun kan "ta det med ro", og at helse og omsorgssjefen ønsket å beholde begge psykologene etter prosjektets slutt. "Og da må jeg jobbe for at stillingen skal være nyttig, da videreføring av stillingen avhenger av hvor nyttig den er", sa psykologen.

### **Familieteamet**

Familieteamet jobbet med familier, hvor barna var fra 0-6 år, og hvor en eller begge foreldrene hadde et rusproblem. I teamet satt barnevernet, PPT, helsestasjonen, kommunepsykologen og representanter fra avdeling for rus og psykisk helse. Informanten fra familieteamet hadde lenge ønsket seg en psykolog. Dette for å kunne bli et lavterskeltilbud for foreldre med små barn, hvor barna egentlig ikke hadde symptomer, men hvor man likevel kunne tenke seg en skjevutvikling på sikt, da barna var "godt og vel preget av det de får" sa informanten. Vedkommende jobbet også med tunge og vanskelige saker, hvor hun ønsket mer veiledning da det ofte var tøft å stå i jobben. Hun ønsket også å jobbe tettere med psykologen i enkelte saker. Informantens oppfatning var at en kommunepsykolog ikke trengte å snakke så mye med brukerne, men heller gi veiledning og jobbe inn mot "systemet".

Henvisningene til familieteamet kom fra mange tjenester, men særlig fra helsesøstre. Informanten fra familieteamet hadde oppfattet at kommunepsykolog 1 også fikk mange henvisninger fra legene, og la til at det var vanskelig for teamet å avgjøre om pasienter skulle til psykologene eller teamet.

De øvrige medlemmene i familieteamet arbeidet ofte i tospann mot den enkelte familie og de gikk ofte på hjemmebesøk. Ved større utfordringer drøftet fagpersonene saker med Kommunepsykolog 2. Psykologen deltok på inntaksmøter til familieteamet, og bidro med veiledning i saker som teamet hadde. Familieteamet hadde *ikke* ventelister. Dette sa leder for helsestasjonen skyldtes at teamet var dyktige til jevnlig å evaluere tiltakene de hadde, og også effekten av dem. Teamet jobbet fleksibelt,

og ønsket ikke å sette seg fast i én arbeidsform. Teamet var også flinke til å avslutte saker ved å henvise videre, enten til BUP eller voksenpsykiatri, da *teamet* ikke skulle sitte med behandlingsansvar. Teamet jobbet i følge en informant med endringsarbeid i familiene, med fokus på at det var barna som skulle ivaretas. Kommunepsykolog 1 veiledet også ansatte på helsestasjonen, særlig før Kommunepsykolog 2 var på plass. Kommunepsykolog 2 hadde spesielt veiledet helsestasjonen i forhold til EPDS. Å ta i bruk verktøyet krever at man har kompetente fagpersoner som kan gi veiledning til helsesøstrene og ta samtaler med kvinnene som slår ut negativt på depresjon, angst etc.

En fordel med å ha psykologen i familieteamet, var at samtykkeerklæring ikke var nødvendig. Men om helsesøstre tok kontakt med kommunepsykolog 2 utenom teamet, var de nøye med å innhente samtykkeerklæring, ifølge psykologen.

### **Barnevernet**

Som ved de andre casefylkene, så var tjenestene rundt avdelingen som hadde psykologer, lei seg for at de ikke fikk psykologen knyttet til seg. Det gjaldt også barnevernet, som gjerne skulle hatt større og raskere tilgang til psykolog. En informant var også lei seg for at det ikke ble større satsning på barn, da den første psykologen ble ansatt.

Forventningene til psykologen var ifølge en informant fra barnevernet likevel innfridd, og det gjaldt både rådgivning i enkeltsaker over telefon, og pr mail. Barnevernet kunne gjøre avtaler med psykologen direkte, og barnevernet hadde mange felles saker med psykologene. Fordelene for barnevernet, var at begge kommunepsykologene ofte kjente familiene til barna de hadde fra før, og dette var viktig i arbeidet med barna. Psykologtjenesten for informantene fra barnevernet, var innfridd.

Kommunepsykolog 2 hadde innimellom invitert barnevernet med på møter, og de fikk veiledning to timer, to ganger i måneden. Veiledningen var på ulike nivå, på saker, på prosesser, på samarbeid i stab – det vil si om hvordan man fungerer sammen, eller systemveiledning. En informant fra barnevernet sa: *"Jeg har likt (navnet på psykolog 1) sin innfallsvinkel. Hun har sett barnevernet som en del av verden, og har reflektert rundt hvor barnevernet er, ut fra en systemtenkning som involverer BUP, skole, og PPT, og det er spennende"*. En informant fra barnevernet sa: *"Vi har hatt veiledning med psykolog før, men det er viktig å ha en som kjenner oss, og som ser at mange sliter med psykisk helse, og som kjenner barnevernet i førstelinje"*. Det er også viktig å forstå andrelinjen med BUP, voksenpsykiatri og habiliteringstjenester, så man kan forstå samspillet mellom første og andrelinjen, og forstå hverandres fagfelt. Psykologene så barnevernet med andre øyne, og utenfra, men det krevde en tillit i relasjonen å ta imot råd og veiledning. Ifølge en informant kan det være utfordrende. Mange i barnevernstaben hadde fått gode tilbakemeldinger fra kommunepsykolog 2, og var veldig fornøyde med kontakten de hadde med henne.

### **Psykolog 2 sine arbeidsoppgaver**

Psykologens arbeidsoppgaver var i hovedsak klinisk praksis og hun hadde et eget kontor hvor hun hadde individuellterapi. Brukerne var gravide, eller det var kvinner som nettopp hadde født og som hadde samspillsproblemer med barnet, eller depresjon kartlagt av helsesøstrene ved bruk av EPDS. Tilbudet skulle være et lavterskeltilbud, *"så om det er en minste bekymring, så skal helsesøstrene ta kontakt"*, sa psykologen. Ved ikke fullt så høyt utslag på kartleggingskjemaet, kunne helsesøstrene veilede kvinnene selv. Psykolog 2 fulgte opp en manual som ble brukt i barnehagene, som skulle fange opp tilknytning/mangel på tilknytning hos små barn.



Kommunepsykolog 2 hadde samarbeidet med flere helsestasjoner og andre fagpersoner innen svangerskapsomsorg. Hun inngikk også i et førskoleteam, som jobbet med barn fra 0-6 år. Hun veiledet også et skolehelseteam (ikke på enkeltsaker, men generelt) tre timer, hver tredje måned. Hun hadde veiledet helsesøstre i komplekse familiesaker, ungdomskontakter og fagpersoner som jobbet med "Barn som pårørende"-prosjektet. Som nevnt opplevde hun å bli noe dratt mellom å gå inn med teamet å ta saker der, og jobbe mot helsestasjonen og helsesøstre: *"Jeg har tenkt at jeg ville lage en mer tydelig stillingsinstruks, da det er en del forvirring om hva som skal til dem, og hva som skal til meg"*, sa psykologen. At hun var litt kommunepsykolog, og litt med i familieteamet, kunne bli rotete, også utad: *"Det er ikke alltid for eksempel legene skjønner hvem jeg representerer på møter"*, sa psykologen.

Psykolog 2 opplevde stillingen som uoversiktlig i starten. Som nyutdannet, var det mange navn og tjenester hun skulle finne ut av, samtidig som hun følte at omkringliggende aktører hadde sterke formeninger om hva hun skulle gjøre. Selv ønsket hun å jobbe mer mot barnehager, og ha flere formelle møtepunkter mot barnehagene. Hun hadde litt lite systemerfaring, og skulle gjerne hatt bakgrunn fra BUP, før hun fikk kommunepsykologstillingen, så hun viste mer om hva hun henviste barna til. Hun hadde vurdert en hospiteringsperiode. Samtidig hadde hun månedlige møter med BUP, så en del nyttig informasjon hadde hun fått.

Fra samarbeidspartnerne beskrives psykolog 2 som en viktig drøftingspartner når de var i tvil i saker. Psykologen gikk inn og kartla situasjonen og foretok vurderinger.

### **Henvisninger til kommunepsykolog 2**

Både fastleger og helsesøstre kunne henvise til psykolog 2. Det skulle være et lavterskeltilbud, men *"hvem som helst kan ikke ringe kommunepsykologen direkte"*, sa leder av helsestasjonen. Det lå størst utfordringer i forhold til skolene som hadde et stort behov for mangel på psykolog i skolen var et tema som kom opp flere ganger. Kommunepsykolog 2 var psykolog for barn fra 0-6 år med foreldre, men ofte hadde de søsken på skolen.

Det hendte at fagpersoner fra andrelinjen tok kontakt med psykologen, og også jordmødre.

### **Fordel med flere kommunepsykologer i kommunen**

De to kommunepsykologene hadde møter hver uke. For kommunepsykolog 1 var det viktig å få overført sine erfaringer og gi råd om hvordan psykolog 2 best kunne få brukt sin kompetanse. For psykolog 2 var det godt å ha en mer erfaren kommunepsykolog å spørre. Psykolog 2 ønsket at psykolog 1 også var lokalisert på Familiens hus, siden hun veiledet barnevernet og jobbet 40 % i PPT. Hadde de sittet sammen, kunne de fått løftet familiearbeidet enda mer, og hatt større slagkraft mot familier, sa psykolog 2.

Kommunepsykolog 1 var glad de var blitt to kommunepsykologer i kommunen:

*"Det at hun (psykolog 2) gikk inn på helsestasjonen og veiledet i forhold til depresjon der, har vært viktig, for det kreves en egen kompetanse på det. Det er et stort felt som man må lære seg, og det krever et samspill. Jeg følte jeg allerede spredte meg for mye."*

For psykolog 1 handlet samarbeidet mellom de to kommunepsykologene også om å bli tydeliggjort selv som fagperson ved at psykolog 2 la kritiske øyne på det hun gjorde. Sammen skapte de et viktig fellesskap som psykolog 1 sa gjorde dem *modigere*, ved at de var to, og kunne stå sammen.

Før kommunepsykolog 2 hadde søkt stillingen, hadde hun ringt psykolog 1, og dette syntes psykolog 1 var et godt tegn på at samarbeidet med den nye psykologen ville bli bra. Psykolog 2 følte av og til at forventningene til psykolog 1, ble overført til henne, men det føltes greit, siden psykolog 1 samtidig hadde tråkket opp noen veier. I kommunen forøvrig, var det en del spørsmål knyttet til hvordan de to skulle jobbe med samspillet, særlig mot foreldre og de minste barna. Kommunepsykolog 1 hadde sammen med rådgiver for forebyggende helse hatt møte med psykolog 2, for å forme denne stillingen.

### **Samhandling og kvalitet**

#### *Tverrfaglig samarbeid og helhetlige tjenestetilbud*

Begge kommunepsykologene inngikk i tverrfaglige team, og gjennom intervjuene fikk vi innblikk i at de hadde vært støttespillere for flere ulike fag/yrkesgrupper i hverdagen. Når det gjaldt psykologens innvirkning på samhandlingen, sa psykolog 1 at hun hadde bidratt til å strukturere og koordinere tverrfaglige møtearenaer for alle som jobbet mot brukerne. Psykologene hadde blitt utfordret på ulike *metoder* for veiledning, og hadde forsøkt seg frem i forhold til ulike måter å få frem kompetanse og ressurser i teamene. Dette førte i følge en informant til at psykologen bidro til mer refleksjon i familieteamet (på Familiens Hus). Veiledning i team ble opplevd som annerledes enn veiledning enkeltvis, da det ble mer diskusjon, og flere som kunne "se en etter i kortene". Det hadde vært en overgang for flere fagpersoner å inngå i et team, men for mange var det svært positivt: *"Jeg snakker med erfaring som familierapeut. Å jobbe i team var som å komme til himmelen. Selv om det er skummelt, så gikk det ikke lenge før jeg tenkte at jeg aldri skal jobbe noe annerledes! Det er så bra og utviklende"*. En informant fra familieteamet sa at et tettere samarbeid med barnevernet hadde ført til at helsestasjonen nå hadde begynt å sende bekymringsmeldinger om barn til barnevernet, noe de aldri hadde gjort før.

Kommunepsykolog 1 fortalte om en henvendelse hun hadde fått fra PPT, om en mor til et deprimert barn som PPT mente trengte tettere oppfølging. Dette hadde psykologen sagt ja til, og pekte på at det var en viktig kobling for å få til helhetlige tilbud: *"Ikke alle går til fastlege, og da er det viktig at fagpersoner rundt barna, på skoler og i barnehager, fanger opp foreldre som sliter, for da ser de ikke hva ungene trenger. Men da må helsestasjoner og skoler vite hva de skal se etter"*, sa psykologen.

Helsestasjonen hadde mest erfaring med psykolog 2. Det ble sett på som en fordel med å ha psykologen med i familieteamet, i og med at samtykkeerklæring da ikke var nødvendig. Om helsesøstre tok kontakt med psykologen utenom teamet, var de nøye med å innhente samtykkeerklæring, i følge psykologen. For helsesøstre handlet kontakten med psykologen om å få tatt avgjørelser tidligere enn før:

*"Det hadde nok rullet og gått lenger, for det å ta avgjørelser på en magesfølelse er ekkelt: Er det BUP eller barnevernet som skal inn? Nå har vi mot til å drøfte magesfølelsen når den kommer, og da kan vi forhindre skjevutvikling og utvikling av plager!"*

Det hadde vært en utfordring å finne en organisasjonsmodell som passet alle de involverte. Barnevernet ønsket en tettere kobling med avdeling for rus og psykisk helse, skolene ønsket en tettere kontakt med psykolog 2, og psykolog 2 ønsket en tettere kontakt med barnehagene.

Flere av kommunens andre tjenesteavdelinger ønsket de hadde en kommunepsykolog i sin avdeling. I denne kommunen skulle barnevernet også gjerne hatt større og raskere tilgang til psykolog. En infor-

mant herfra, var skuffet over at det ikke ble en større satsning på barn da den første psykologen ble ansatt. Barnevernets forventninger til psykolog 1 var likevel blitt innfridd, både når det gjaldt rådgivning i enkeltsaker over telefon, og epost. Barnevernet kunne avtale med psykologen direkte, og de hadde mange felles saker med psykologene. Fordelene for barnevernet var at begge kommunepsykologene ofte kjente familiene til barna fra før, og dette var viktig i arbeidet med barna. Kommunepsykolog 2 hadde invitert barnevernet med på møter, og de fikk også veiledning to timer, to ganger i måneden. Veiledningen foregikk på ulike nivå; i forhold til enkeltsaker, prosesser, samarbeid i stab, det vil om hvordan man fungerer sammen, og systemveiledning.

For å få til dette mer overordnede samhandlingsperspektivet, hadde det vært viktig å få med helse- og omsorgssjef og styringsgruppen. Kommunepsykolog 1 hadde hele tiden holdt oversikt over hvem hun hadde fått henvendelser fra, og hvordan hun har blitt benyttet av ulike tjenester. Dette var informasjon som ble diskutert i styringsgruppen. Styringsgruppen var også viktig for å legitimere et begrenset ansvarsområde, som for eksempel at psykolog 1 i hovedsak skulle jobbe med voksne, og ikke rusrelaterte saker.

Flere fagpersoner mente det var viktig at psykologene tok enkeltsaker selv: *"Det gir legitimitet hos oss, at de også jobber med enkeltmennesker og familier. Og at når det er vanskelige saker, med vold i ekteskap med barn, så tør hun å stå i det, og stiller andre spørsmål enn det jeg ville gjort. Og hun har en del tiltak hun kan utløse, og sette diagnose"*, sa en fra barnevernet om en av psykologene. De var likevel klar over at mye tid avsatt til klinisk virksomhet, gikk ut over tid anvendt til forebyggende virksomhet.

#### *Innføring av nye verktøy for å øke tjenestekvalitet*

Kommunepsykolog 1 (sammen med sin leder) hadde vært med å implementere nye verktøy som skulle forbedre kvaliteten på tjenestene. Både psykologen og avdelingsleder for rus og psykisk helse hadde tatt kurs i KOR, og sammen jobbet for å få metoden inn i tjenestene. KOR er et verktøy for å måle *relasjonen* mellom hjelper og bruker, og man måler også ulike måter å snakke om psykisk helse på, som igjen kan tilpasses ulike brukere. Metoden og tilnærmingen omhandler *selve samtalen*, og hva den har gitt brukeren. Hensikten er å øke kompetansen om hvordan man jobber med psykisk helse og få brukermedvirkningen nedfelt systematisk i tilbudet gjennom KOR og ikke bare som brukerundersøkelser en gang i året: *"Vi skal lytte til dem og det skal være blant våre basisferdigheter"* sa psykologen. Psykologen har også jobbet med KOR inn mot barnevernet, som hadde syntes det var spennende å tenke feedback i forhold til barn.

Psykologen og avdelingslederen for rus og psykisk helse hadde god erfaring med å gå på kurs sammen. De kunne bruke sine ulike kompetanser og ståsted til å utvikle KOR i forhold til kommunens helsetjenester. Også en psykiatrisk sykepleier fra avdelingen var med på kurset. De hadde alle tre fått veiledning sammen, og dette syntes psykologen hadde vært nyttig. Psykologen skrev en spesialistoppgave om KOR, og fikk gjennom den koblet teori og praksis sammen, noe som igjen ble implementert i tjenestene, og i følge psykologen *"kom til nytte for brukerne, svært kjapt"*.

En forutsetning for at ansatte støttet opp om endringer i tjenestene, som for eksempel KOR, var i følge psykolog 1 at nye arbeidsmåter ble sett på som nyttig. Fagpersoner i kommunen har tatt KOR-skjemaet i bruk overfor klienter for å få feedback fra brukerne på samtale de hadde med dem. Kommunepsykologen hadde gjennomført en egen spørreundersøkelse med fagpersoner som informanter, for å måle i hvilken grad verktøyet hadde økt deres bevissthet og kompetanse rundt hjelpen

de gir: Har verktøyet fungert for fagpersonene, for å få mer kunnskap om hvordan tjenestene treffer, og hva som treffer?” Psykologen hadde også bidratt med veiledning, og satt seg inn i forskningen knyttet til verktøyet, noe flere informanter trakk frem som nyttig for å lære hvordan skjemaet kunne brukes. I følge leder for Avdeling rus og psykisk helse hadde psykologen satt fokus på mange ulike metoder og tilnærminger i klientarbeidet; narrativt, kognitivt og dukativt: *”Så de som jobber her hos meg lærer noe nytt hele tiden”* sa lederen, og det var viktig. Fra før hadde avdelingen satt fokus på sosial kompetanse, medisinsk kompetanse, og på hvordan kroppen fungerer (fysioterapeut /ergoterapeut), *”men psykisk helsearbeid i kommunen trenger definitivt en psykolog”*, sa leder, og fortsatte: *”Det som blir for tungt, kan avlenses. Etter at hun har kartlagt litt, så ser vi om det er en ernærings sak, en økonomi sak, eller generelt støttearbeid”*.

Ikke alle informanter hadde hatt utbytte av KOR som verktøy i samtalene. For noen som jobbet med store personlighetsforstyrrelser, var ikke denne type verktøy egnet, da pasientene ikke var tilgjengelige til å svare på spørsmålene.

Som vi har vært inne på, mente flere av informantene at psykologen hadde styrket kompetansen om psykisk helse innenfor tjenesten: *”Vi har en her som vi kan få råd og veiledning av, både barnevern og helsetjenester har brukt både NN og NN. (navnet på de to psykologene)”*, sa rådgiver for forebyggende helsearbeid.

#### **Hva var nytt med psykologkompetansen?**

På spørsmål om *hva psykologene faktisk bidrar med inn i kommunehelsetjenesten* forklarte rådgiver for psykisk helsearbeid det slik:

*”De kan mer om det å tenke ut hva ting kan være. Det er en systemisk tenkning innenfor psykisk helse, hvor de tenker helhet og familieperspektiv. NN har gjort at vi har fått kontakt med KOR, hvor tilbudet gjennom brukererfaringer blir resultatstyrt. Dette er innført i psykisk helsetjeneste her, og det har vært nyttig, for vi tenker mer familiefokus og nettverk. Denne dreiningen, og familieperspektivet har blitt forsterket etter at NN kom inn. Hun spesialiserte seg innenfor dette feltet, og vi har hatt mange spennende diskusjoner på dette. De kan noe annet, så det blir veldig fruktbare diskusjoner”*.

I følge rådgiveren hadde det blitt store endringer i tjenestetilbudet med psykologene. En av de største endringene var at psykologen nå kunne hjelpe personer i sine omgivelser:

*”Man kan ikke hjelpe noen som sliter enkeltstående. Det er hjemme de er, resten av uken når man ikke snakker med dem, og da er det godt for en partner å være med, og at man snakker med ungene. Det er kjempenyttig og bra og se om ungene trenger ekstra oppfølging i en barnegruppe, når foreldre sliter. Vi har prøvd å jobbe sånn før, men NN (navn på kommunepsykologen) har fått opp dette fokuset enda mer. Vi famlet en del i begynnelsen, men det å få inn noen med et metaperspektiv, som kan si at ’nå prøver vi ut dette’, og jobbe sammen med andre som jobber med voksne, som fastleger og psykiatrisk poliklinikk og tenke overlapping, var viktig”*.

Ifølge leder for avdeling rus og psykisk helse hadde samhandlingen mellom psykologen og øvrig personell i bidratt til bedre tjenester for brukerne på ulike måter. Psykologen hadde som nevnt sin kompetanse å bidra med inn i tjenestene, men det å følge brukere til bank eller lege, eller hjelpe dem med å søke lån, var en form for psykisk helsearbeid som psykologen ikke kjente så godt, og var vant til.

Psykologens bidrag oppgis å bestå i ulike tilnærminger til behandling og endring, som var tilnæringsmetoder som var oppdatert i forhold til forskning. Arbeidet ble ansett som en stor styrke,

og kompetansehevende. Et område hvor avdelingen spesielt hadde fått tilført ny kompetanse, var innenfor adferdsproblematikk. I følge avdelingsleder hadde de hatt et *for stort fokus* på symptomer og diagnoser, slik at adferdsmønstre hadde det vært nyttig å lære om. Psykologene sies å være med å gi "et positivt dragsug", og mange fagpersoner sa at de har lært mye, både i forhold til enkeltsaker og system, med fokus på både barn og foreldre.

Informanten fra barnevernet sa følgende om hva psykologene bidro med:

*"Når en helsesøster har en vanskelig sak, så klarer de å identifisere en del mekanismer. De overfører også metoder når det gjelder relasjonene mellom helsesøsteren, brukeren og familien. Det er rådgivning, og det er bekreftelse – at de kan si noe om kvaliteten på det som blir gjort. Vi har hatt veiledning med psykolog før, men det er viktig å ha en som kjenner oss - som kjenner barnevernet i førstelinje".*

En informant fra barnevernet sa: *"Jeg har likt NNs innfallsvinkel. Hun har sett barnevernet som en del av verden, og har reflektert rundt hvor barnevernet er ut fra en systemtenkning som involverer BUP, skole, og PPT, og det er spennende"*. Psykolog 1 sin kompetanse handlet om å forstå spesialisthelse-tjenesten og om å forstå spillet mellom første og andrelinjen. Psykologene så barnevernet med andre øyne - og utenfra - men det krevde en tillit i relasjonen, for å ta imot råd og veiledning. I følge informanten kan det være utfordrende. Psykologen kunne også innta en meklerrolle: Barnevernet hadde blitt kritisert av en rektor som var irritert på barnevernet. Da hadde psykologen bidratt med å belyse barnevernstjenestens rolle overfor rektoren, og overfor ansatte i barnevernet. Hun hadde forklart hvordan tjenesten kunne fremstå utad som et hierarki det var vanskelig å kommunisere med, og at barneverntjenesten satt på en makt som selv ikke en rektor hadde. Dette var en innfallsvinkel som ikke alle hadde tenkt gjennom. Informanten fra barnevernet syntes psykolog 2 alltid stilte som en lyttende og dyktig veileder, som ga gode tilbakemeldinger. Mange i barnevernstaben hadde fått gode tilbakemeldinger og nyttige råd fra kommunepsykolog 2, og var veldig fornøyde med kontakten de hadde med henne.

Begge psykologene ble i stor grad brukt, og flere faggrupper ønsket å bruke dem. Det gjaldt særlig helsesøstre med ansvar for skolene. De ble opplevd som en ekstra trygghet for fagpersoner som hadde kommet til et punkt med brukerne hvor de var usikre, og da var det godt å ha noen å snakke med, eller å koble inn i saken.

### **It takes two**

En avgjørende faktor for å lykkes i samarbeidet var respekt for hverandres kunnskap. Da har man til sammen mye å spille på, og man finner lettere gode løsninger for brukerne, sa leder for avdeling rus og psykisk helse: *"Vi må ha forskjellige syn inn. Der hvor alle tenker likt, tenker ingen – og det kommer ikke noe nytt ut av det"*. Med samhandlingsreformen merket avdelingslederen hvordan kommunen ble presset til å tenke nytt, og da var det å få til god samhandling i praksis viktig: *"Og da må man ha et bevisst forhold til sin kompetanse, og ha tro på den"*, mente lederen. Kommunepsykologen selv var veldig fornøyd med å jobbe i team, og kunne spille på alle fagpersonenes kompetanse. Det å følge brukerne til bank eller lege, eller hjelpe dem med å søke lån, var en for eksempel en form for psykisk helsearbeid som psykologen ikke hadde kjent så godt, eller var vant til – men det var like fullt en sentral del av det psykiske helsetilbudet i kommunen. Først og fremst har psykologene bidratt med en ny og annen innfallsvinkel som gir mer viten og større forståelse, men *"vi liker ikke å bli*

*dirigert, da blir vi såre. Vi liker å bli vist til og referert til*” sa en informant fra kommunehelsetjenesten.

### **Tilgjengelighet – forebygging**

For en informant fra en helsestasjon var det viktig å formidle at for å få til effektiv forebygging var kommunepsykologene viktige, og man måtte ha fokus på små barn. Det var også viktig med gode tilbud til voksne som hadde store barn, og det var det ikke i dag. Det var heller ikke tilbud til store barn, da det ikke var ansatt noen ungdomspsykolog i det interkommunale samarbeidet som det var satt av midler til. Som i case 4, var flere informanter opptatt av om psykologen skulle være mest tilgjengelig for fagpersoner – eller for innbyggere/pasienter, for å få til et godt lavterskeltilbud.

Barnevernet mente at begge psykologene var godt tilgjengelige, og begge psykologene hadde en ”åpen dør”, hvor det var lett å komme med henvendelser selv om det ikke var store saker. Rådgiver for psykisk helsearbeid mente det var godt å ha et ”baklandskap” med kompetanse, som var tilgjengelig ved behov. Ansatte i avdeling rus og psykisk helse beskriver psykolog 1 som svært tilgjengelig, og det var viktig spesielt i forhold til å vurdere nye saker. Ifølge informanter fra avdelingen ”startet” psykologen på en del av sakene, og kunne deretter veilede på den videre, dersom den gikk til andre profesjoner i avdelingen.

Et forhold som angikk tilgjengeligheten til psykologene for andre yrkesgrupper, og som noen informanter kom inn på, var at begge psykologene var oppvokst i kommunen, og bodde også i kommunen. Det var en forholdsvis liten kommune, og informanter hadde registrert at psykologene ofte erklærte seg inhabile overfor brukere og pasienter som de visste hvem var. ”*Dette er rett i en ideell verden, men her står alle i det, i større eller mindre grad, men de skal liksom ta enda mer hensyn, så vi må bare ta det,*” sa en informant.

### **Nye henvisningsrutiner – mindre tilgjengelig tjeneste?**

At legene ikke lenger kunne henvise rett til psykologen, men via et forvaltnings-/brukerkontor mente noen av informantene var problematisk. Årsaken til endringen i henvisningsrutiner var at pågangen ble for stor. For leder for avdeling rus og psykisk helse betydde det at tilbudet fikk mindre preg av lavterskeltilbud. Lederen mente psykologen fortsatt var et lavterskeltilbud, selv om veien inn var blitt litt lenger. Brukerne fikk alltid en konkret dato de kunne komme til psykologen, og de vurderte for hver person hvor akutt situasjonen var.

### **Psykolog vs fastlege**

Forholdet mellom fastlegene og kommunens ledelse/helse- og sosialsjefens stab var preget av diskusjoner rundt hvordan psykologstillingene skulle anvendes. Legene mente at det de ble forespeilet innledningsvis – dvs. at psykolog 1 skulle samlokaliseres med et legekontor – i ettertid var feilinformasjon, og at samarbeidet med psykologen gradvis hadde forverret seg. At legene i starten kunne henvise direkte til kommunepsykologen hadde de vært fornøyde med, men mange pasienter hadde blitt ”sendt nedover i systemet”, til psykiatriske sykepleiere og andre tjenesteytere i avdeling rus og psykisk helse. Dette var verken legene eller deres pasienter fornøyde med: Når legene henviste til psykolog, var det tilbudet de ønsket. En fastlege ga følgende tilbakemelding til kommunens ledelse:

*”Jeg er ikke fornøyd med tilbudet, i forhold til forventninger som ble gitt. Jeg opplever at kommunepsykologen i liten grad har ivaretatt henviste pasienter, de er kanalisert til sykepleiere, eller avvist, stort sett uten faglige begrunnelser i tilbakemelding til u.t., dog med bedring i tilbake-*

*meldinger siste del av perioden. Jeg har etter hvert forstått at kommunepsykologen har arbeidet mer på systemnivå enn som behandler i klinikken. Jeg forstår at det sikkert har vært behov for dette, men synes det burde vært klarere formidlet tidligere i prosjektperioden. Jeg ønsker kommunepsykologer som behandler pasienter i alle livsfaser, og ikke kun smale utvalgte populasjoner. Det hele koker vel ned til at jeg ønsker bedre klinisk kapasitet, og at jeg fra mitt ståsted som fastlege kunne tenkt meg annerledes prioriteringer så langt. Rus og psykiatritjenesten gjør en stor innsats for mine pasienter, men jeg opplever at kommunepsykologen er en mindre del av denne direkte innsatsen enn forventet”.*

Leder for avdeling rus og psykisk helse var fornøyd med at stillingen ikke ble lagt til fastlegene, da det ikke hadde avlastet førstelinjen like mye innenfor det helhetlige arbeidet med psykisk helse. At stillingen ikke lå til et legekontor, fjernet ifølge lederen, også koblingen til at tjenesten skulle ta betaling, på linje med fastlegetjenesten. Lederen ønsket ikke betaling da det ville ta psykologtjenesten bort fra mange som trengte den.

Forholdet mellom fastlegene og psykologene var blitt en utfordring for kommunen. Fastlegene hadde sine klare oppfatninger om hvordan stillingene burde brukes og dialogen var blitt vanskelig mellom Helse- og omsorgssjefens stab og fastlegene. Fra Helse- og omsorgssiden var det en frustrasjon knyttet til at legene ikke møtte opp i prosjektgruppe og styringsgruppe, selv om de sterkt hadde ønsket å være representert i disse to gruppene. Utfordringen fra legenes side var at kapasiteten til psykologene ikke var stor nok. For avdeling for rus og psykisk helse var utfordringen at for mange pasienter ble henvist ukritisk, og at legene ikke leste informasjon de fikk: *”De ønsker at psykologen skal sitte på legekantoret og ta imot pasienter på samleband. De ser ikke systemeffekter eller at én psykolog ikke kan favne alle problemene i en kommune”*, sa en informant. Hovedskillelinjen i konflikten handlet om hvorvidt psykologen skulle jobbe klinisk, eller mer systemrettet.

Men bildet var mer nyansert. Leder for avdeling rus og psykisk helse sa at flere av legene var flinke til å henvise riktig, de ringte for å diskutere saker, de deltok i ansvarsgrupper og de leste informasjonen de fikk.

Da de gikk over til å si henvendelser til psykologen via et bruker-/forvalterkontor, skapte det et dilemma: Kommunepsykologen skulle bistå pasienter uten at det var fattet vedtak, mens psykisk helseavdeling måtte ha et vedtak før de kunne tre inn: *”Da blir det litt håpløst, og fastlegene er ikke fornøyde”*, sa psykolog 1.

Flere informanter var spent på Helsedirektoratets reaksjon på at psykologen likevel ikke ble samlokalisert med legene, men mente samtidig at de hadde fått til et tett samarbeid i dag. Det var en styrke at de hadde hatt et så sterkt fokus på fastlegene fra start: *”Vi har fått en bedre effekt, enn om vi bare hadde plassert psykologen i psykisk helseavdeling. Så vi har styrket denne tjenesten, og fortsatt hatt samarbeid med fastlegene. Nå har vi måttet jobbe mye i lag, og det har vært bra for oss”* sa rådgiver for psykisk helsearbeid.

For psykologen ble det etter hvert positivt at det ikke ble samlokalisering med fastlegene. Det var 10 fastleger, fordelt på tre kontor, og alle legene hadde personer som trenger hjelp. Kommunepsykolog 1 fortalte: *”I begynnelsen var jeg rundt og presenterte dette, og det var 10 forskjellige meninger om hvordan jeg skulle brukes, og de ville jeg skulle være til stede på hvert av kontorene. Alle ville at jeg skulle være i lag med dem, og jeg lurte på hvor lenge jeg ville orket å være i den jobben – å farte mellom alle tre”*. Styringsgruppen gikk derfor inn for at psykologen skulle sortere inn under Helse- og

omsorgssjefens stab, og plasseres på avdeling rus og psykisk helse for å nå målgruppen som var tenkt for psykologen, og at man kunne nå flere ved også å jobbe indirekte.

Koblingen til legene hadde hele tiden vært gjennom henvisninger, og det kliniske arbeidet var som nevnt en stor del av stillingen i starten. Etter hvert som psykologen ble kjent med ansatte ved sin egen avdeling, ble hun trukket mer inn som veileder: *"Jeg synes det er lurt at jeg er i lag med dem. De får min input når de trenger det, og det er en tjeneste som ikke er på farten hele tiden. Det er et svært bredt spekter av brukere, og mange ulike mennesker som vi skal serve. Vi har gått gjennom flere faser, og forsøkt litt forskjellig"*, sa psykolog 1. Hun var opptatt av at man må foreta mange avveininger: Plassering på et legekontor gjør at man når mange brukere direkte. Samtidig bidrar ikke en slik plassering til at det blir like lett å samarbeide og være med og utvikle andre deler av kommunehelsetjenesten, så her må ledelsen i kommunen være med og prioritere. Ifølge psykologen tar det tid før man blir "varm i trøya", og klarer å synliggjøre seg og se hvordan ens kompetanse *best kan benyttes*. At kommunepsykologene som ble samlokalisert med fastlegene (Modell 1) har samarbeidet mindre med de øvrige kommunehelsetjenestene enn psykologene i de andre modellene, var ett av funnene i undersøkelsen til SINTEF.

Informanten fra familieteamet på Familiens hus syntes henvisningsrutinene til psykologen var rotete: *"Legene henviser til psykolog 2, som henviser videre til familieteamet, og legen snakker med foreldre og tror de er hos psykolog, og så er det plutselig vi som ringer, og da blir det litt kluss og misnøye"*, sa informanten. Hun var også tvilende til om taushetsplikten alltid ble overholdt.

Dette handlet om at psykologene ofte så andre muligheter i kommunen, som legene - som hadde henvist til psykolog - ikke var enig i.

### **Drøfting av modellen – suksesser og utfordringer**

#### *Organisatorisk plassering*

Som vi ser av caset, hadde det foregått mange diskusjoner rundt hvordan man burde anvende psykologstillingene i kommunen, og det var fortsatt et tema. Synspunktene sprikte i mange retninger: Legene syntes det var viktig at psykologene arbeidet klinisk som et lavterskeltilbud til pasienter som ble fanget opp av fastlegene – mens andre så det som identisk med at stillingen ble "slukt" av pasientoppfølging. De syntes heller psykologene skulle jobbe med veiledning, slik at man fikk spredt kompetansen bedre. Det var også informanter som ønsket at psykologene brukte enda mer tid til "systemjobbing", dvs. mer involvert planarbeidet i kommunen.

Det tette samarbeidet med fastlegene etter at Modell 1 ikke ble valgt, førte til et stort antall henvisninger, noe enkelte informanter mente kunne skyldes at fastlegene ikke kjente så godt til det øvrige tilbudet i kommunen da det var ganske stort, og at legene ikke var komfortable med å henvise pasienter "nedover" i systemet. En informant mente at kommunepsykologen og en psykiatrisk sykepleier *sammen* burde vurdere om det er kommunepsykologen – eller en psykiatrisk sykepleier – som skulle følge opp personer videre: *"Vi må endre henvisningsrutiner her, slik at de også kunne få til mer individuell oppfølging og veiledning"*, sa informanten.

Noen informanter påpekte at det var en utfordring å få psykologene med i *systemarbeidet*, da kommunen hadde en rådgiver i 100 % stilling som jobbet med planlegging av psykisk helse. De opplevde at psykologen hadde en god bredde innenfor sitt fagområde, og at det var en kompetanse som burde kunne komme til nytte i planlegging og prioritering på høyeste nivå. Dette tok rådgiveren også opp:



*"Vi har ikke det behovet her. Hvis jeg ikke hadde vært her, så kan det hende at vi hadde hatt psykologen mer inn i stab. Men nå er altså jeg her",* sa informanten, som sa at de tenkte mye rundt hvordan psykologene skulle organiseres fremover. Stillingen til Kommunepsykolog 1 var videreført i kommunen, så her følte de seg ikke så bundet av hva de opprinnelig hadde planlagt. De var likevel opptatt av veien videre, og hvordan de best skulle sikre et godt tjenestetilbud til voksne. Det var ikke planer om store endringer på det som var. Det handlet mer om å lære mer om hvor mye veiledning psykologene kunne gi vs. individuell oppfølging av brukerne. Psykolog 1 selv ønsket seg flere oppgaver på systemnivå og veiledning, mens fastlegene ønsket mer oppfølging av pasienter. Fastlegene ønsket noen som kunne ta direkte kartlegging og utredning, og det hadde de formidlet til Helse- og omsorgssjefen: *"Fastlegene ser ikke den samme effekten av veiledningen",* sa denne informanten, og la til: *"Det går an å gjøre begge deler".*

Leder for avdeling rus og psykisk helse var tydelig på at psykologen ikke skulle inn i administrative stillinger: *"Hovedvekten må ligge på klinisk arbeid. Til administrasjon har du sånne som meg med lederutdanning, som kan flytte papir. Men vi trenger dem inn i systemtenkningen og på overordnet nivå for å få inn retninger der",* sa lederen. Om kommunepsykologen bør et ha administrativt ansvar eller ikke, er en interessant diskusjon i forhold til en annen casekommune, hvor kommunepsykologen er avdelingsleder.

Det hadde vært diskusjoner knyttet til i hvilket omfang kommunepsykologtilbudet skulle gjøres kjent, spesielt på grunn av de høye forventningene som øvrig kommunehelsetjeneste hadde. Flere skoler hadde tatt opp hvorfor ikke de hadde fått tilgang til kommunepsykologer. Rådgiver for psykisk helsearbeid var klar på, at for at stillingen skulle oppleves overkommelig, måtte psykologene ha et avgrenset arbeidsområde. Derfor fikk Kommunepsykolog 1 voksne som målgruppe: *"Jeg hadde håpet at vi fikk til enda mer for barn med nummer to psykolog, men jeg ser at vi burde hatt tre kommunepsykologer"* sa rådgiver for psykisk helsearbeid.

For noen fagpersoner som ikke jobbet i samme avdelinger som psykologene, var psykologstillingene diffuse. En informant sa:

*"De flyter rundt og er hyggelige, men deres funksjon har jeg aldri fått tak i. Vi har heller ikke laget noen treff-punkter. De kommer når de kommer, og tar telefonen når de tar den. Men vi har ikke etterspurt dem så mye. De har sikkert sine saker som de jobber med, men vi har ikke jobbet så tett i lag. Vi forventet noe annet, og kanskje hun gjør noe annet? Nå har jeg aldri diskutert forventinger med dem, de har klare oppfatninger selv om hva de skal gjøre, uten å spørre hva vi har behov for. Det er en ettertraktet vare, men det er vanskelig å få tak i dem. Jeg tror de tror at de kan styre jobben selv, og hva de skal gjøre."*

Det var flere informanter som savnet mer struktur rundt psykologene. At de ikke bare "kom og gikk", men var fast med på møter. At psykolog 1 nå jobbet 40 % i PPT hadde gjort noe med psykologtjenesten i kommunen – at man ikke visste lenger helt visste hvor hun var. Flere informanter syntes tilgjengeligheten var blitt for ustabil. Det som fungerte best, var veiledningen i vanskelige saker, mens møtedeltakelsen var blitt mer sporadisk og ustrukturert. Samtidig forsto mange at psykolog 1 ønsket å jobbe mer med barn, og at det var hovedgrunnen til at hun søkte stillingen i PPT. *Men for kommunepsykologtjenesten* hadde det blitt mer uforutsigbart den siste tiden.

Informanten fra helsestasjonen mente tilskuddsordningen og kommunepsykologstillingen hadde gitt mye tilbake i form av kunnskap til kommunen, som fagdager og opplæring, og det hadde *"favnet hele*

*feltet som har jobbet med barn og unge” mente informanten: ”Én psykolog får isolert sett får gjort lite, men gjennom samarbeidet, og som lavterskeltilbud, når man langt” sa informanten.*

Noen informanter oppga at pasienter syntes det var en bøyg å møte psykologen i ”Avdeling for rus og psykisk helse”. De syntes det var flaut å møte opp på et sted hvor det sto ”rus” på døren, når man ikke drakk eller ruste seg. Å gå til psykolog på et legekontor ble opplevd som mindre stigmatiserende og dette var et poeng som også fastlegene var opptatt av, og som de mente burde fått en større plass i samløkaliseringsdiskusjonene.

#### *Målgrupper som ikke dekkes opp og knappe ressurser*

Kommunepsykolog 1 var bekymret for aldersgruppen 6-18 år, og at det var en aldersgruppe som ikke ble dekket opp i dag. En helsestasjon hadde utlyst en stilling som ungdomskontakt, rettet mot ungdom 12-20 år, som var ubesatt. Det var som nevnt tidligere også lyst ut en stilling via et samkommuneprojekt, men ingen hadde søkt stillingen. Leder for helsestasjonen var bekymret for skolen, hvor foreldre slet med barna sine: *”De skulle gjerne hatt familieterapikompetanse, men ingen av psykologene skal inn her, så vi må tenke hvordan vi kan bruke de ressursene som vi faktisk har”*. Kommunepsykologene syntes det var uheldig at kommunene ikke hadde trukket dem mer inn i utforming av stillingen, eller oppgitt at de kunne kontaktes av psykologer som hadde spørsmål om stillingen. Hvis de hadde fått kommet med forslag til teksten i utlysningen, hadde det kanskje vært lettere å rekruttere en psykolog.

En informant som tidligere hadde jobbet i skolehelsetjenesten med barn mellom 6-12 år, hadde jobbet mye alene. Hun hadde hatt god hjelp fra kommunepsykologen og satte stor pris på samtaler, om det så var for ett kvarter. Det hadde vært et stort behov for å ha noen å diskutere med når det gjaldt denne aldersgruppen. Hun opplevde at psykolog 2 hadde vært til stor hjelp, og samtalene med henne hadde fungert bra. Informanten var skeptisk til for mye systemjobbing på psykologene. Hun hadde jobbet med tøffe saker, og hvis noen som kunne gå inn i tunge saker, skulle jobbe med system, så mente informanten at det var et større behov for fagpersoner som kunne snakke med mennesker: *”Legene vet at vi finnes, men vi er ikke psykologer. Psykologene har kvalifikasjoner som går langt over oss, og derfor trenger vi dem på gateplan. Vi trenger dem hjemme hos folk, og ikke på kontorene, men det er stritt å organisere dem”*.

Det vi ser, er at det er noen typer oppgaver kommunepsykologene utfører som ”synes godt” - det gjelder for eksempel direkte klientarbeid. Det er også typer (utviklings)oppgaver som ikke er like synlig for andre fag- og tjenesteområder som de psykologen er i direkte kontakt med. Det kan føre til misnøye i forhold til bruk av stillingen, som kanskje ikke er helt berettiget. Fagutvikling (utvikling av KOR), veiledning og undervisning ser man ikke like raskt den direkte effekten av, som det at man er med og tar unna en lengre kø.

#### *Rollen som kommunepsykolog*

Nye lover (helse- og omsorgslov/samhandlingsreform) stiller nye krav til kompetanse. Saker innen helse- og omsorgsfeltet som kommunen jobber med ble ansett som komplekse - og kanskje mer komplekse enn tidligere, fordi kommunen nå var tillagt større ansvar for endringsorientert arbeid (jfr. prioritetsveileder for psykisk helsevern). Dette stilte nye krav til rett hjelp i rett tid, krav til ny kompetanse, og også krav til dokumentasjon av primærhelsetjenestens effekt, slik at man kunne gjøre gode prioriteringer. Psykologens kompetanse ble ansett som viktig både som kliniker i direkte arbeid med brukere, som veileder for annet helsepersonell, som underviser og som fagutvikler.

Her, som i case 2, kom fagpersoner inn på at det var et sårbart punkt i relasjonen til bruker, *når* man skal anbefale psykolog, i frykt for at noen kunne ta det opp negativt. I praksis ble det imidlertid ofte enklere enn de så for seg. Det handlet ikke om å "henvise til en psykolog", men om et *samarbeid* - at psykologens kompetanse også ble trukket inn, men uten at det ble gjort så stort nummer ut av.

Flere informanter kom inn på at begge psykologene var oppvokst i kommunen, og bodde der. Særlig psykolog 1 kjente godt til helsetilbudet i kommunen, fra tiden i PPT. Det var imidlertid en forholdsvis liten kommune, og noen informanter hadde registrert at psykologene ofte erklærte seg inhabile overfor brukere og pasienter de visste hvem var: "*Dette er rett i en ideell verden, men her står alle i det, i større eller mindre grad, men de skal liksom tas enda mer hensyn, mens vi bare må ta det*", sa en informant.

Kommunepsykolog 1, jobbet mer med å utvikle tjenestene og veiledning, kommunepsykolog 2 mer med klientarbeid. Psykolog 1 hadde vært opptatt av fagutvikling, og av å øke basiskompetansen, særlig når det gjaldt *måten* fagpersoner utøver faget på, og KOR har vært viktig for å bevisstgjøre seg selv i forhold til hvordan man kommuniserer med brukerne. Psykolog 1 mente at det å ha en kommunepsykolog til å undervise og formidle, var billigere enn å sende store deler av staben på kurs. Det var en fordel når man ønsket å iverksette nye måter å jobbe på, samtidig som psykologen kunne følge tettere opp i etterkant. Psykologen syntes det var viktig med felles satsninger i kommunehelsetjenesten.

En viktig forutsetning for å få til godt samarbeid, var i følge en leder for helsestasjonen at psykologen var trygg på sin egen kompetanse, identitet og fagfelt. Men en nyutdannet, som brant for jobben sin og var engasjert, ble også oppfattet som en ressurs. Informanten så på utdanning som en ferskvare, slik at man visste at det var forskjell på en nyutdannet helsesøster, og en som ble utdannet for tyve år siden. Var man ikke aktiv, ble man fort utdatert. Spesielt fokuset om å ta vare på hele familien, mente informanten var av nyere dato. Og bevisstheten om at "man kan ikke hjelpe barna, uten å hjelpe foreldrene", var en holdning som nå hadde "satt seg", mente leder for helsestasjonen. Konsekvensen var at man nå "graver og spør", særlig i forhold til rus og vold og andre forhold knyttet til den private sfæren, mer enn før. Denne endringen hadde ført til at om en leder av en helsestasjon kunne velge en ny ansatt på øverste hylle, så ville hun hatt en nyutdannet.

Om psykologene hadde erfaring, eller var nyutdannet, ble trukket frem som positivt på hver sine måter. Nyutdannende hadde ofte et engasjement og et ønske om å revolusjonere, og det ble satt pris på. Psykologer med lengre erfaring ble beskrevet som tryggere, og noen man kunne støtte seg på. Forskjellen mellom den mer erfarne kommunepsykolog 1 og den nyutdannede kommunepsykolog 2, sa informanter var at kommunepsykolog 2 i større grad veiledet i enkeltsaker, mens kommunepsykolog 1 også har veiledet stab, og mer generelt innen fagtema, som for eksempel familier (til barnevernet).

#### *Fellesskap med andre psykologer*

Kommunepsykolog 1 hadde forsøkt å møte psykologer fra sykehuset, men det var for forskjellige arbeidssituasjoner til at det ble oppfattet som nyttig. Det ble dermed bare "enda en relasjon", i tillegg til å finne sin plass i kommunen. Det var mer nyttig å samarbeide med kommunepsykolog 2, som hun i tillegg til de faste uketreffene, ringte jevnlig, og hun hadde også møtt kommunepsykologer i nabokommuner. Hun hadde i oppstartsfasen kjørt langt for å møte andre kommunepsykologer.

Begge mente det var viktig å få "hands on experiences" før man kunne selge inn kunnskapen sin til andre. Når det var sagt, så var helsesøstrene veldig fornøyde med veiledningen fra psykolog 2. Psykolog 2 syntes hun jobbet litt for mye for seg selv, og ønsket et enda tettere samarbeid med flere psykologer. Feltet ble oppfattet som svært bredt, og hun skulle gjerne hatt flere å spille på: *"Det er ikke alltid greit å være den som alle spør. Det er et stort ansvar, og av og til skaper det et skille. At jeg er psykologen"*. Hun ønsket likevel ikke å bytte jobb. Hun hadde noen møter med andre kommune-psykologer som jobbet i kommuner i samme distrikt, og det var viktig for henne.

#### *Tilskuddsordningen*

Siden dette hadde vært et forsøksprosjekt, med prosjektledere og en prosjektgruppe som hadde tid til å være ledere og tid til å følge opp stillingene og evaluere underveis, fikk kommunen et mer bevisst forhold til hva de gjorde og et videre fokus på tjenesteutvikling. Det var viktig både med en prosjektleder og en forankring i kommunen for at stillingene skulle videreføres, sa rådgiver for psykisk helsearbeid. Vedkommende hadde snakket for politikerne med ansvar for helse, oppvekst og kultur og opplevd dem som engasjerte, og med mange interessante spørsmål. Det var en fordel at kommunen hadde en egen ansatt prosjektleder: *"Vi har en prosjektleder som har tid til å være prosjektleder, og sånn var det ikke før"*, sa en informant. En egen prosjektleder var viktig for å holde oppmerksomheten oppe på politisk nivå, og motivere dem til å videreføre psykologstillingen. Det var også viktig for å få til gode organisatoriske løsninger rundt psykologen.

Kommunepsykolog 1 påpekte at det var svært viktig å ha tilskuddsordningen slik at kommunene fikk anledning, og press på seg, til å føle seg frem med stillingen, og utforme den slik at den passet best mulig til hver kommune. Hun kunne ønsket seg enda mer plass til fagdager og fokus på tjenestene, og mer tid til kompetanseutvikling. Hensynet til barn hadde kommet inn i helsepersonalloven (§10) noe som betyr at det var lovpålagt å følge med på hvordan det gikk med barn av voksne som sliter, og da måtte man også ha kompetanse på barn. Dette burde vært utviklet bedre, for eksempel i form av tegnefilmer, og leker også på avdeling rus og psykisk helse, noe som viste at man var opptatt av hele familien. Psykologen på avdeling for rus og psykisk helse sa:

*"Nå kommer man ikke til familiens hus før man sliter veldig mye, og da er PPT eller barnevernet eller helsesøster der. Men her kunne vi tatt et tidligere blikk og fanget opp ungene. Vi vet mye om de stille og flinke barna som ikke lager noe trøbbel i klasserommet, som smører matpakken til seg selv og sine søsken, og som ser til at mor har det hun trenger før de går på skolen. Disse ser man ikke. Men vi som jobber her er i en kjempeposisjon, det er voksne her som har fått hjelp over tid, og som har tillit til oss, og da kan vi komme inn, men da må jeg ha mer tid og rom". Dette var noe lederen måtte legge til rette for".*

Leder for avdeling rus og psykisk helse var fornøyd med at stillingen i hovedsak ble klinisk, og at psykologen ikke satt i Helse- og omsorgssjefens stab: *"Jeg syns ikke det er en heldig plassering, da kommunepsykologen bør være nær brukere"*, sa lederen, som videre ønsket en styrking av det utøvende lavterskeltilbudet. En utfordring var imidlertid, at dersom psykologen hadde vært inne i saker og kartlagt personer, så ville spesialisthelsetjenesten ofte ikke ta imot dem. En annen utfordring var det store antall henvisninger fra fastlegene. Selv om lidelser skal være lette til moderate for å være kommunepsykologens område, hendte det ofte at mange pasienter hadde tyngre lidelser. Informanter mente dette skyldes tre måneders ventetid i andrelinjen, og at det dermed var bedre å henvise pasienter til kommunepsykologen.

Kommunepsykolog 1 var selv litt usikker på om det var nyttig for kommunen å bruke såpass mye tid i én avdeling. Hvor mye får de ut av det?, spurte hun. Hun takket rådgiver for psykisk helsearbeid for at så mange forhold rundt psykisk helse fungerte i kommunen: *"Det var ingen ødemark innen psykisk helse da jeg kom"*, sa psykologen. På sikt ønsket hun at kommunepsykologer også kunne sparre mer med ledelsen i kommunen og tjenesteledere. Kommunepsykologen var opptatt av at alle tiltak og verktøy som ble tatt i bruk, var forankret i ledelsen, på høyt nivå i kommunen, slik at alle fikk undervisning og veiledning. Dvs. det måtte være forankret hos helse- og omsorgssjef, det ble for snevert at det bare var forankret i ledelsen i en avdeling: *"Men det er toveis. Du må selge inn det du kan og vise at du tør, samtidig som du må være der og ta imot oppgaver"*, sa kommunepsykologen. Hun var fornøyd med at hun var knyttet til avdelingen når det kom til konflikter: *"Da er det stor forskjell på å være en del av avdelingen, og det å komme utenfra å veilede. Det handler om å kjenne stammespråk og kultur, og ikke være som andrelinja. Skal man føre noen, så må man vite hvor personen er, før man kan hjelpe dem, dette er Kirkegaard. Hvis man kommer inn én dag i uken, så kan man bidra med noe, men enda mer hvis man blir godt kjent"*.

#### *Behov for tettere kontakt mellom barne- og voksenpsykiatri*

Fra helsestasjonens synspunkt, skulle de gjerne hatt enda tettere kontakt med avdeling for rus og psykisk helse, da de fleste voksne som brukte psykiske helsetjenester, hadde barn: *"Det å lage et kunstig skille mellom voksenpsykiatri og barnpsykiatri hindrer oss i å få til gode behandlingsløp"*, sa informanten. *"Det var en utfordring når de minste barna sliter, da må BUP fort inn i bildet for å kartlegge risiko, før de utvikler alvorlig sykdom, og da må foreldrene trekkes inn. Og den kompetansen burde ligge hos BUP"*, sa informanten fra helsestasjonen.

#### *Psykologens arbeidssituasjon*

Kommunepsykolog 2 ønsket en klarere ramme for sin stilling. Det lå mange ønsker og planer for stillingen, men det var ikke like enkelt å oppfylle disse forventningene i praksis i hverdagen. Opplevelsen av ikke å synliggjøre og legitimere stillingen var et stressmoment. At de to kommunepsykologene hadde helt forskjellig fokus i stillingen, den ene voksne og den andre relasjon foreldre barn gjorde at det kunne være vanskelig å finne et faglig fellesskap. Psykolog 2 skulle gjerne ønske at de kunne gjøre mer sammen. Samtidig så var tilbakemeldingene at det var viktig utad å skille stillingene, slik at det var tydelig for omverdenen hvem som var hvem, og hvem som satt hvor. Psykologene sa de hadde brukt mye tid på å tenke gjennom hva som kunne tas i deres tempo, og hva som må tilpasses omgivelser og kontekst. Psykolog 2 hadde en veileder fra PPT som gjerne skulle brukt psykologene enda mer i forhold til familiene som virkelig slet, for eksempel i barnevernet. Her var psykolog 1 inne som veileder, men psykolog 2 skulle gjerne samarbeidet mer, men det ville gått ut over kapasiteten til å kartlegge depresjon hos kvinner som nylig hadde født. Psykolog 2 sier hun gjerne skulle brukt begge psykologenes kompetanse mer utfyllende. Kommunikasjonen mellom styringsgruppen og nærmeste leder så ut til å være noe tettere for psykolog 1 enn for psykolog 2. Psykolog 2 var urolig for hva som ville skje når psykolog 1 gikk ut i svangerskapspermisjon. Hun trodde ikke det kom inn vikar.

En av kommunepsykologene sa at utfordringene ikke bare handlet om å utforme *innholdet* i en stilling. Det handlet også om å bevege seg i et felt som var preget av generell mangel på psykologer, og at det var en stor utfordring å håndtere at det kom så mange henvendelser: *"Legene får ikke henvist til andrelinje, det kommer henvendelser fra andre kommuner, og det er ikke så mange å råd-*

*spørre seg med heller, som det er andre steder".* Mangelen på psykologtilbud mente psykologen preget noe av samhandlingen.

At kommunen hadde fått to psykologer, sa en informant skyldtes ressurspersoner i kommunen som sto på for å få dette til. Rådgiveren hadde satt fokus på psykisk helse og forebygging i mange år, og det hadde gjort at hele kommunen har fått et "yes, dette får vi til" og at det ble ansett som lett å forankre initiativet politisk. Tingen – at de var i forkant og søkte midler i rett tid, hadde gjort at de hadde fått midler, som igjen hadde gitt dem motivasjon til å fokusere på psykisk helse videre: "Det handler om personer som ser muligheter og har gode evne til å få med seg folk på laget," sa en informant.

## 2.4 Kommunal enhet psykisk helse, interkommunal modell (case 4)

### Modell 1 og Modell 2

Empiri: intervju med kommunepsykologer, kommuneoverleger, ledere i kommunen, fastleger og ledere og ansatte fra avdeling psykisk helse, samt andre tjenester i kommunen.

Dette caset belyser et *interkommunalt samarbeid* mellom to kommuner som sammen søkte om tilskuddsmidler for å rekruttere kommunepsykologer. Begge kommunene skulle samlokalisere psykologene med Avdeling psykisk helse, dvs. Modell 2. To psykologer ble rekruttert, og de har delt en stilling. I den ene kommunen gikk samarbeidet med Avdeling for psykisk helse og øvrige kommunale helsetjenester bra. I den andre kommunen gikk ikke samarbeidet mellom psykologene og Avdeling psykisk helse helt som forventet, men psykologene har samarbeidet godt med andre deler av kommunehelsetjenesten. Organisatorisk valgte denne kommunen etter hvert å samlokalisere psykologen med et fastlegekontor, dvs. Modell 1.

Gjennom caset ser vi hva som må ligge til grunn for at et samarbeid mellom psykolog og enheten de blir samlokalisert i, skal fungere. Vi får også eksempler på hvordan psykologer kan benyttes i en liten kommune, både innad i kommunehelsetjenesten, og som en "bro" mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Psykologene hadde lang erfaring og høy grad av spesialisering - langt over andrelinje nivå, så vi ser også hvordan "spesialisthelsetjenestekompetanse" kan tas i bruk i kommunehelsetjenesten. Psykologene har hatt stor grad av autonomi i stillingen, samtidig som de har tilpasset seg ønsker og behov fra ledere og samarbeidspartnere i kommunene.

Hver av de to kommunene har ca 4500 innbyggere. Sykdomspanoramaet innen psykisk helsevern, sies å ligge nær landsgjennomsnittet. Kommunene oppgir å ha et utstrakt samarbeid innen helse- og sosialtjenester. Ifølge prosjektsøknaden har kommunene *sammenfallende organisering* av helse og sosialtjenestene, og begge kommuner har egne avdelinger for psykisk helsearbeid. I begge kommuner var det lenge fremmet et behov for kommunepsykologer gjennom helse- og sosialsjefens planverk og i innspill til kommunens økonomiplanarbeid.

I kommune A ligger Avdeling psykisk helse (som psykologene er tilknyttet) inn under helse- og sosialsektoren, som igjen ligger under rådmannen. Helsestasjonen, fysio- og ergoterapi, Hjemmetjenesten, NAV og legetjenesten ligger også under Helse- og sosialområdet. Helsestasjonen og jordmortjenesten

lå dermed inn under helse- og sosialsektor. Tilsvarende fant vi i kommune B, her lå også Psykisk helsevern inn under Helse- og sosialsektoren, sammen med legetjenester, fysio-ergoterapi og NAV, men i Kommune B var helsestasjonen lagt til Oppvekstsektoren, sammen med PPT, barnehager og skoler. Noen tjenester ligger bare i en av kommunene. For eksempel barnevern og PPT ligger i kommune B, felles for begge kommunene.

De to kommunene hadde planer om å bygge opp et felles, interkommunalt, lokalmedisinsk senter. Et sentralt spørsmål var om kommunepsykologene i større grad burde integreres i det medisinske senteret, i stedet for kommunehelsetjenesten(e).

### **Bakgrunnen for søknaden til Helsedirektoratet**

Det var en kommuneoverlege, som på den tiden var felles for begge kommunene, som tok initiativet til søknaden. Begge kommuner hadde ønsket seg en psykolog, men planene var stoppet pga budsjett og økonomi, og *"stillingen tapte i kampen om midler"* sa kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen var blitt kontaktet av en psykolog – opprinnelig fra kommunen - som ønsket en stilling. Et poeng i søknaden til Helsedirektoratet, var dermed at stillingen var ønsket: *"Det er jo ikke lett å få psykologer til distriktskommunene"* sa kommuneoverlegen. At det var et interkommunalt samarbeid ble også vurdert som et fortrinn da dette var en modell direktoratet ønsket å prøve ut.

I begge kommuner skulle psykologen få kontorplass og inngå i avdelingen som hadde ansvar for det psykiske helsearbeidet. Vedkommende skulle inngå i avdelingens interne planarbeid og den løpende fordelingen av arbeidsoppgaver og arbeidsinnsats. Kommune A ble administrator for prosjektet.

Hovedmålet med prosjektet i følge søknaden var å innarbeide en stilling som kommunepsykolog som en fast del av det kommunale hjelpetilbudet innen psykisk helsearbeid. De ønsket samtidig å belyse om psykologen(e) burde inngå i det kommunale tjenestetilbudet, eller som del av det interkommunale, lokalmedisinske senteret. De skulle også prøve ut ulike arbeidsoppgaver innenfor rammene til Avdeling psykisk helse i hver av kommunene, for å se hvordan gevinsten ble størst mht kompetanseflyt til personellet og til pasienter som hadde størst behov for kompetansen<sup>39</sup>. Det ble søkt om en 100 % stilling, og psykologen skulle jobbe 50 % i hver av kommunene. Det ble satt ned en prosjektgruppe og en styringsgruppe med sentrale aktører fra begge kommuner. I følge leder for avdeling psykisk helse i kommune A, hadde kommunen i mange år håpet på økt kompetanse i kommunehelsetjenesten innen psykisk helse. Han knyttet dette særlig til implementeringen av samhandlingsreformen. Kommuneoverlegen roste Helsedirektoratets etablering av tilskuddsordningen, da dette var å anse som en viktig "gulrot" til kommunene for å få dem til å satse på psykologer. Flere andre informanter sa også at en kommunepsykolog manglet for at kommunehelsetjenesten skulle bli komplett. Det var dermed store forventninger i begge kommunene til psykologene.

Ifølge prosjektbeskrivelsen til prosjektet var begge kommunene var åpne for å bruke psykologens kompetanse bredt<sup>40</sup>, men ønsket samtidig å peke ut aktuelle arbeidsoppgaver som folkehelsearbeid, tidlig intervensjon, utredninger, behandling, lavterskeltiltak, veiledning og undervisning.

---

<sup>39</sup> Jfr. søknaden til Helsedirektoratet.

<sup>40</sup> Jfr. søknaden til Helsedirektoratet.

Begge psykologstillingene hørte administrativt inn under Kommune A. Her foregikk *tilsetningsprosessene*, her lå arbeidsgiveransvaret og leder for Avdeling psykisk helse i Kommune A hadde oppfølgingsansvaret.

Avdeling psykisk helse ble valgt som samlokaliseringsmodell fordi det var her hovedoppgavene til psykologene ville ligge. En kommunal leder sa om å rekruttere psykologer: *"Det handler om å hjelpe tjenesten med å få fagkompetanse ut over det vi hadde fra før. Vi fikk ikke så god hjelp fra andrelinje som vi kunne ønske oss, fra BUP og voksenpsykiatri. Vi opplevde ikke å få hjelp i vanskelige saker"*. Enkelte informanter sa de hadde blitt henrykt over psykologenes cver, som viste lang erfaring og høy grad av spisskompetanse.

## Rekruttering

### *Kommunepsykolog 1*

Kommunepsykolog 1 begynte mai 2010 og var 40 % i kommune A (to dager i uken) og 20 % i kommune B (en dag i uken). Han var også 20 % tilknyttet et forskningsinstitutt, 10 % tilknyttet et universitet, og drev en liten privat praksis ved siden av. Han var spesialist i klinisk psykologi med fordypning i klinisk nevropsykologi, og var spesialist i temaer som dekker barn, ungdom og voksne. Han hadde blant annet jobbet med barnehabilitering, rettspsykologi og rusproblematikk. En motivasjon for å søke stillingen var at han ønsket å flytte tilbake til hjemkommunen og gjøre noe annet: *"Dette er en stilling som ikke fantes fra før og som må lages fra bønn"* sa psykologen. Etter lang fartstid i spesialisthelsetjenesten ble det å utvikle en stilling ansett som en spennende side av jobben<sup>41</sup>. Føringerne som lå til grunn var ifølge psykologen å styrke psykisk helsearbeid for voksne knyttet til psykisk helseadministrasjon, og gå inn i et fagmiljø og finne tjenlige måter å jobbe på.

### *Kommunepsykolog 2*

Kommunepsykolog 2 begynte mars 2010, og jobbet 20 % (en dag i uken) i kommune B. Vedkommende var også spesialist i klinisk nevropsykologi og hadde jobbet i psykiatrisk poliklinikk og akutt psykiatri i mange år. Hun hadde blant annet erfaring med utagerende - og voldelige pasienter, fra nevrologiske avdelinger, og fra somatiske barneavdelinger og barnevern. Hun drev også en privat praksis hvor hun blant annet jobbet for barnevernet, og var sakkyndig i kompliserte barnevernssaker. Hun hadde lang bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten, men ønsket nå andre typer utfordringer. At sakene ofte kunne være mer kompliserte i en kommune enn i spesialisthelsetjenesten var én motivasjon for å søke stillingen. Hun anså innsatsen i andrelinjen som mye snevrere enn den man la ned i kommunehelsetjenesten, og det var dermed viktig med høy kompetanse i førstelinja, slik at man kunne vurdere hva som var et riktig skritt videre: *"Ofte har man veldig kompliserte saker fordi det har gått så lenge, og man ser ikke lenger hvilken diagnose man burde ha stilt. Man trenger psykologkompetanse for å se at dette kan være noe annet enn det man tror det er, og det er spennende å være med på den vurderingen også"*, sa psykologen.

Med samhandlingsreformen ble det stilt større krav til høy kompetanse i kommunene, og dette var også et forhold som var viktig for psykolog 2: *"Da kreves psykologkompetanse som del av det tverrfaglige teamet. Forventningene til andrelinjetjenesten blir desto høyere når kommunene selv innehar den samme fagkompetanse som spesialisthelsetjenestens avdelinger for psykisk helse (BUP og VOP).*

---

<sup>41</sup> Å utvikle stillingen oppgis for mange av kommunepsykologene som en sentral årsak til å søke stillingen i følge SINTEF-kartleggingen.



*Det er et problem på bygda hvor det er langt mellom spesialistene. Når spesialisthelsetjenesten mangler spesialister i distriktene fører det til at kommunen må løse flere og større oppgaver selv” sa psykologen.*

## **Organisering**

### *Avdeling for psykisk helse i de to kommunene*

Informanter som kjente psykisk helse-avdelingene i begge kommunene, sa at avdelingene etter hvert var blitt forskjellige da de hadde bygget opp sin styrke på forskjellige områder. Dette er viktig bakgrunnskunnskap, som kan forklare hvordan samarbeidet med kommunepsykologene fungerte i de to avdelingene. Kommune A sies å ha bygget opp sin kompetanse innen behandling, rådgivning og samtaleterapi, mens kommune B har satset på miljøarbeid, døgntilbud og omsorgsdelen av tjenesten. Utviklingen ble ansett som anerkjent i begge kommuner, og sett i sammenheng med Opptrappingsplanen.

Vi vil nå redegjøre for kommunepsykologens virke i hver av kommunene, og starter med kommune A.

## **Innplassering av kommunepsykolog i kommune A**

### *Kommune A – Avdeling for psykisk helse*

Psykolog 1 ble plassert inn i Avdeling psykisk helse, under Helse- og omsorgssektoren. Avdelingen har 10 tverrfaglige medarbeidere, de fleste med videreutdanning i tillegg til basisutdanning. Det var psykiatriske sykepleiere med videreutdanning innen kognitiv terapi, en klinisk sosionom og en klinisk barnevernpedagog med klinisk videreutdanning i rus og psykisk helse. Avdelingen fulgte opp ca 100 pasienter, med utfordringer knyttet til sorg og samlivsvansker. Det var også kronisk syke med en kjent diagnose som trengte oppfølging og samtaleterapi. Til avdelingen lå et dagsenter med 15-20 faste brukere. Den drev også tiltaksprosjekter, blant annet et brukerdrevet kjøkken og leiligheter som personer med psykiske lidelser bygget selv. Informantene fra avdelingen fortalte om et godt miljø, og ansatte hadde vært positive til å få inn en psykolog: *”Vi tenkte det var nyttig å få inn en som kunne noe annet”*, sa en informant.

Avdelingsleder for psykisk helse sa at samarbeidet med fastlegene fungerte veldig bra og at avdelingen fikk mange pasienter fra legene.

### *Psykolog 1 sine arbeidsoppgaver*

Psykolog 1 har jobbet bredt og på mange nivå, dvs. individrettet, med veiledning rundt enkeltbrukere, med generell veiledning og undervisning. Han har samarbeidet med ulike avdelinger og seksjoner i kommunehelsetjenesten. Han har veiledet helsestasjoner, legesenter og Avdeling pleie- og omsorg, i tillegg til Avdeling psykisk helse. Han har kartlagt og utredet pasienter, og gitt veiledning til fagpersoner rundt brukerne og pårørende. Psykologen har deltatt på faste tverrfaglige teammøter i avdelingen. I saker som hadde ”stoppet opp” har psykologen deltatt på fellessamtaler og fulgt opp brukere og behandlere. Psykologen har også hatt trekantsamtaler med fastleger. Hans nedslagsfelt ser ut til å ha vært hele kommunen - styrt etter behovene til de som henvendte seg. Han har også satt fokus på tema han selv var opptatt av, for eksempel etiske aspekt ved tjenesteyting. Han har bidratt i forhold til barn, psykisk utviklingshemmede, voksne, eldre og demente. Den brede målgruppesammensetningen har ført til at han fikk brukt bredden i sin kliniske psykologi. Han har også spesialistveiledning av studenter. Den siste tiden hadde han satt fokus på traumer, og bl.a. deltatt på

kurs i etterkant av 22. juli 2011, for å oppdatere kompetansen på dette feltet. Selv om psykologen jobbet 40 %, var han tilgjengelig på e-post utover dette.

#### *Henvisninger til psykolog 1*

Henvisninger av alle enkeltsaker/pasientsaker skulle gå via Avdeling psykisk helse, og registreres der. De tyngste sakene skulle prioriteres. Fagpersoner som ønsket råd, veiledning eller opplæring, kunne ta direkte kontakt med psykologen selv. Dette var et henvendelsessystem som både psykologen og omkringliggende fagpersoner syntes fungerte godt. Med et så bredt nedslagsfelt som psykologen etter hvert fikk, var det viktig at han ble godt integrert i Avdeling psykisk helse: *"Han må ikke bli en øy i øya"*, sa lederen.

#### **Samhandling og kvalitet**

Vi skal gå over til å se hvordan kommunepsykologen har utformet sin rolle og hvordan den har hatt innvirkning på samhandling og kvalitet.

#### *Psykteam*

Psykologen deltok ukentlig på et møte i Avdeling psykisk helse, kalt *Psykteam*. Fem fagpersoner, kommunepsykologen og lege gikk gjennom brukersaker. Arbeidstilnærmingen beskrev psykolog 1 som *"uhyre effektiv"*. Teamet gikk gjennom brukerlisten ut fra ulike innfallsvinkler. De begynte ikke på "A" eller "Andersen", men tok for eksempel bare rusrelaterte saker, eller bare personer med barn. På denne måten fikk de drøftet seg gjennom alle sakene. Fagpersonene følte seg "kikket etter i kortene" i oppfølgingen av sine brukere – både av psykologen og av hverandre - noe de opplevde som nyttig. Det hendte noen hadde "private prosjekter", dvs. pasienter de ikke ville gi slipp på, men hvor de ikke kom videre. Psykologen har gått inn der oppfølgerne var usikre. Informanter sa at om de ønsket veiledning innen spesielle tema, påtok psykologen seg oppgaven. Kommuneoverlegen, som var med i psykteam som fastlege, sa han hadde hatt god nytte av å diskutere "sine" pasienter og få faglig oppdatering. For medlemmene representerte teamet at personer som tidligere ville blitt henvist til andrelinje, nå ble i kommunehelsetjenesten pga. bedre samhandling rundt pasientene. Samtidig førte tilbakemeldingene til bedre kvalitet, da teammedlemmene fikk innspill og bistand fra psykologen (og legen) i utfordrende saker.

#### **Eksempler på kommunepsykologens bidrag inn i kommunal helsetjeneste**

Informantene kom med mange konkrete eksempler på hvordan kommunepsykologene hadde bidratt i forhold til deres brukere. Vi har samlet noen for å vise ulike tilnærminger og arbeidsformer som vi ser har vært lite behandling, og mye råd og veiledning.

#### *Eksempel 1 – samarbeid med fastlegen*

En informant fra Psykteam fortalte:

*"Jeg har brukt han i forhold til smertepasienter og ADHD, hvor vi også har hatt samarbeid med legene. Den ene pasienten var urolig og ustabil i jobben. Vi hadde en fellessamtale med psykologen og legen, og etterpå kom NN (kommunepsykologen) og sa: Har du tenkt på at pasienten kan ha ADHD? Han fikk tilgang til journalen, og testet litt gjennom nevropsykologiske tester, og han hadde rett. Han kunne ikke medisiner, så da kom fastlegen inn også".*

Dette eksempelet viser arbeidsfordelingen mellom psykolog og fastlege.

### *Eksempel 2 – trekantsamtaler*

Informanten over fortalte også at psykologen hadde veiledet i forhold til smertepasienter. Informanten, pasienten og psykologen hadde hatt trekantsamtaler som hadde vært nyttige i forhold til vinklingen på oppfølgingen. Informanten sa: *"Vi er gode på samtaler her, men ikke alltid til å utrede, eller tenke på en annen måte"*. Slike trekantsamtaler fikk vi flere eksempler på fra andre informanter.

### *Eksempel 3 – bruk av spesialistkompetansen*

En pasient hadde pådratt seg en kraftig hodeskade etter en ulykke. Fastlegens råd var to måneder med hvile og deretter ble det ansett som sunt å gå tilbake på jobb. Psykologen, som nettopp hadde vært på en konferanse om hodeskader og rehabilitering, var blitt gjort oppmerksom på betydningen av ro og hvile i lang tid etter en slik omfattende skade. Spesielt hvis arbeidet innbefattet komplisert tankearbeid. Pasienten holdt seg i ro på oppfordring fra psykologen, og kunne etter hvert trappe opp, uten hodepine eller svimmelhet. Psykologen hadde her en veilederrolle overfor legen, sammen med leder for avdeling psykisk helse, som startet med psykisk trening for pasienten.

Psykologen kommenterte: *"Her fikk jeg god nytte av faglig oppdatering. Man kan aldri parkere, selv med professor-kompetanse"*. De daglige og faglige utfordringene i møtet med ulike pasienter mobiliserte egen kunnskap, og gjorde at det aldri var kjedelig å gå på jobb som kommunepsykolog. Kommuneoverlegen som også hadde vært involvert som fastlege for pasienten med ulykken, sa han hadde fått god innsikt i denne type hodeskade gjennom samarbeidet med psykologen, og lært mye om rehabilitering av hodeskader gjennom å følge forløpet.

Flere fagpersoner sa at samarbeidet med psykologene fungerte bra, spesielt pga kompetansen innen nevropsykologi: *"Det er fint å få inn noen som har mer kunnskap om hjernen"* sa en informant, som beskrev psykologen som kunnskapsrik og lett å kontakte: *"I forbindelse med samhandlingsreformen må man ha en psykolog. Han vi har er i tillegg god på lovverk og etiske spørsmål. Han har virkelig mye kompetanse"*, sa informanten.

### *Eksempel 4 – veiledning rundt brukere*

Oppvekstsjefen hadde kontaktet psykolog 1 fordi det hadde "skåret seg" mellom et foreldrepar og en skole. Det hadde oppstått en tillitskrise, og oppvekstsjefen ønsket hjelp. Psykologen hadde først bedt foreldrene om samtykke til å gå gjennom journaler og utredninger så langt. Han hadde deretter et møte med foreldrene, og et møte med rektor/oppvekstsjef og kontaktlærere. Gjennom samtalen fikk han kartlagt eleven hjemme, og hørt hvordan skolen la opp sin strategi: *"Det var mye skolen hadde gjort som var velbegrunnet, men som ikke var meldt godt nok fra om tilbake til hjemmet. Mor syntes det var vanskelig å mase, mens rektor ikke syntes hun maste. Vi fikk etter hvert kommunikasjonen på plass, og sørget for at det ble færre fag med vikar"*, sa psykologen. Med psykologens hjelp, hadde foreldre og skole fått drøftet seg frem til et felles opplegg for eleven som alle kunne stille seg bak.

Denne saken var i følge psykologen også et eksempel på hvordan han fikk brukt sin psykologkompetanse. Ved å gå gjennom journaler fra legekantoret, spesialistutredninger og pleiejournaler i kommunen, dannet han seg en oppfatning av hva som var gjort. Psykologen hadde spesielt satt pris på sin *uavhengige rolle*. Han hadde følt seg nøytral, og snakket verken på vegne av skolen, BUP, eller som advokat for foreldrene, og det hadde fungert veldig bra. Også dette var en oppgave han trakk frem som spesielt spennende og utfordrende ved jobben som kommunepsykolog.

### *Eksempel 5 – veiledning av fagpersoner og nettverk*

Dette tilfellet handlet om en pasient som skulle rehabiliteres etter en hjernesvulst. Pasienten hadde fått adferdsendringer etter behandlingen. Psykologen veiledet de som skulle følge pasienten opp; Det var sykepleiere, leger og en ektefelle som holdt et nettverksmøte med venner, naboer og familie, for å informere om den nye situasjonen. Ved nærmere undersøkelse så psykologen at det var foretatt utredninger som det ikke var meldt godt nok fra om tilbake til kommunen. Oppfølgingsoppgavene som gis kommunene er ofte kompliserte, og krever høy kompetanse. Her hadde psykologen "oversatt" for fagpersoner og pårørende hva spesialisthelsetjenesten hadde vurdert som riktig oppfølging videre. Han passet på å ikke foreta for store undersøkelser av pasientene selv. En nevropsykologisk undersøkelse tok fem-seks timer å utføre, og kunne kreve opptil tjue timers arbeid. Hen henviste derfor til utredninger, men hadde han en fordel når det gjaldt å utforme presise bestillinger og tolke resultatene. I dette eksemplet ble psykologen et bindeledd mellom nevropsykologene på sykehuset og kommunen – en funksjon han også hadde hatt i andre saker.

### *Eksempel 6 – helhetlig oppfølging*

En helsesøster fortalte om en elev som hadde falt ut av skolen. Etter en utredning var det vanlig å sette inn spesialpedagogiske tiltak, men informanten fortalte de ofte ikke fungerte så godt fordi eleven ikke fikk god nok veiledning i den praktiske hverdagen. Psykologen hadde rettet oppmerksomheten mot hva eleven mestret og ikke mestret. Det handlet om forståelsen av seg selv, analyse av venner, forholdet til lærere og hvordan de hadde det. Han hadde brakt inn et mer helhetlig fokus som også var til nytte for helsesøstrene: *"Han har vært i kontakt med noen pasienter også, og det er fint, men vi har gjort dette til kompetanseheving"*, sa informanten, som dermed pekte på at kvalitetsforbedringer både skjer i tilbudet til brukerne, og gjennom kompetanseheving av fagpersonell. Det handlet ikke bare om å løse situasjoner og få til et bedre tilbud for pasientene, selv om det var viktigst. Fokus lå samtidig på metode, og hvordan man som fagperson tilnærmet seg problemstillingene. Flere informanter sa at avdelingene, etter tilgang på psykolog, hadde satset mer aktivt på psykisk helse, og at dette var tema som alle var blitt mer interessert i.

### **Hva viser eksemplene om psykologens rolle?**

#### *Lett tilgjengelig kompetanse i avdelingen*

Den største endringen, særlig for avdeling psykisk helse, var tilføring av høy kompetanse som var lett tilgjengelig. Leder for avdelingen var derfor svært fornøyd med psykologstillingen:

*"Dette hadde vi ikke fått til med bare høyskoleutdanning. Men det er viktig å holde han i det kollegiale fellesskapet, og drøfte saker over en kaffekopp. Legekontoret ville gjerne ha han, men det er viktig for oss å ha lett tilgang til kompetanse. Jeg har spurt han om hvordan det er for han å jobbe med fotfolk, men det har han sagt ikke er noe problem. Dette trives han med. Og han har glidd så godt inn og vi har ikke følt oss truet. Vi kan forstå mer og lære mer".*

Mange informanter var fornøyde med psykologens tilgjengelighet på telefon og e-post, og at han alltid stilte godt forberedt. På spørsmål om hva psykologen hadde bidratt med, svarte avdelingsleder for psykisk helse:

*"Det har vært å få et annet syn på hvem vi har foran oss. Og når vi står fast, har han vært med inn i samtaler og sagt til oss at dette går fint - dette fikser vi. Eller at vi må ha en utredning. Han har satt retning, eller tatt en annen retning. Han bidrar også med å forstå utredninger fra andre tjenester og skriver gode henvisninger".*

Det siste var viktig, da kvaliteten på henvisningene ofte hang sammen med utfallet, dvs. om pasientene ble tatt i mot i andre linje eller ikke.

#### *Tilgjengelig spesialistkompetanse*

Flere informanter fremhevet at spesialkompetanse var blitt lett tilgjengelig: *"Jeg sendte flere til psykiatrisk poliklinikk før, enn det jeg gjør nå. Nå får vi gjort mer lokalt"*, sa kommuneoverlegen. Leder for avdeling psykisk helse sa at avdelingen hadde hatt høy kompetanse fra før, men at psykologen hadde *"toppet laget"*, og bidratt med å stille spørsmål ved orden, struktur og taushetsreglement, samt med å identifisere og prioritere saker det hadde vært viktig å ta tak i.

#### *Veiledning*

Vi ser av eksemplene at psykologens tilnærming ofte handlet om å veilede aktørene i konteksten rundt brukerne, og det varierte i hvor stor grad han utredet brukerne selv. Måten psykologen har veiledet på, hadde for en helsesøster *"fylt et hull"*: Tidligere, i vanskelige saker, var barn blitt henvist til BUP eller barnevernet. Psykologen var opptatt av journalføringen, og hadde gått gjennom tre-fire journaler med helsesøstrene for å se om de hadde et bredt nok bilde, og hva de eventuelt trengte å innhente. Denne veiledningen hadde vært til stor nytte, særlig fordi psykologen også fulgte opp sakene videre og ga råd: *"Han trenger ikke være ute på skoler hver uke, og snakke med lærere og se klassemiljøet"*, sa informanten. Han jobbet heller gjennom fagpersonene, og informanten la til:

*"De fleste ansatte synes det er gøy å ta tak i nye utfordringer. Og iblant trenger man en "second opinion" i forhold til et tiltak, og da har man ikke hatt noen å spørre. Nå får vi veiledning, noe vi ikke har hatt før fordi PPT ikke får ansatt noen som kan psykisk helse, og BUP kommer aldri ut. Mange saker har havnet hos barnevernet fordi vi ikke har vært gode på psykisk helse".*

En helsesøster fortalte at kvaliteten på refleksjonsmøtene deres var blitt bedre. Helsesøstrene møttes en gang i måneden, og gikk igjennom to krevende saker hvor alle kunne komme med innspill. Kommunepsykolog 1 ble invitert til å være med. Informantene var fornøyde med måten de ble speilet på utenfra. Han stilte nye spørsmål, samtidig som han hadde fagkompetanse i å veilede: *"Spørsmålene hans var med på å oppklare en del ting som var viktige"* fortalte en informant, som var glad for at han jobbet så grundig: Han gikk inn i vanskelige saker, så i journaler, og på pasientens bakgrunn. Det var dermed ikke råd basert på *"overfladisk synsing"*, men anbefalinger etter å ha satt seg grundig inn i sakene.

#### *Langsiktig oppfølging*

Flere informanter fortalte om hvordan psykologen hadde gått inn i deres vanskelige saker. Rett før vi besøkte kommunen, hadde psykologen hatt en samtale med ett barn, og sett noe han syntes var bekymringsverdig. Han hadde da snakket med foreldrene. Helsesøster skulle nå arrangere et møte med fastlegen og foreldrene, og var spesielt fornøyd med følgende arbeidsfordeling: *"Psykologen skal informere foreldrene om resultatet av undersøkelsene. Det er mange som blir utredet, og så sier psykologene litt om det, og så kutter de kontakten - selv om vi kunne fått mye mer. Og vi blir utrygge i forhold til hva som er nødvendig. NN er tilgjengelig i kommunen hele tiden"*. Med kommunepsykologen fikk foreldrene, og legen informasjon av en person som også kunne følge opp videre. At psykologen var del av kommunehelsetjenesten, ga en annen støtte i oppfølgingen til både foreldrene og oppfølgeren, etter en utredning.

#### *Hjelp til de mest belastede brukerne*

Et av de største behovene kommunen hadde, var i følge kommuneoverlegen veiledning i krisehåndtering, særlig i tunge akutte saker. Uten kunnskap om suicidaltankegang eller kompetanse innen schizofreni, kunne det være vanskelig å finne gode løsninger. Overlegen fortalte at det hadde hendt at ansatte i psykisk helsetjeneste jobbet overtid for å hjelpe de aller sykeste. Kommunen hadde en periode to døgnplasser i andre linje innenfor en psykiatrisk seksjon, som var en lavterskel sykestue. Da en psykiater hadde avdekket at pasientene som ble lagt inn her var *for* dårlige, ble tilbudet avviklet. Nå var et nytt tilbud på kriseplasser etablert, men mange mil unna. Det var dermed fortsatt et akutt behov for å håndtere vanskeligstilte personer, og også her ble psykologene trukket frem som en svært viktig, og helt nødvendig ressurs.

#### *Fri organisatorisk plassering*

Psykologen har også gitt fagveiledning til ansatte som jobbet med lavterskeltiltak innen psykisk helsetilbud for barn og unge. Dette handlet om adferdsproblematikk, men også somatiske inngrep (for eksempel en operasjon) som hadde ført til psykisk uhelse. Psykologen hadde vært på sykehjem og gitt veiledning til betjeningsgruppen i utfordrende situasjoner: *"Han tar alle! Dels fordi han er bevisst på det selv, men også fordi han har den organisatoriske plasseringen han har"*, sa en av kommuneoverlegene, og la til: *"Hadde han sittet på legekantoret, så hadde han vært mer fanget"*. Plasseringen i avdeling psykisk helse ga kollegagruppen lett tilgang til psykologen, samtidig som han har beveget seg fritt rundt i kommunehelsetjenesten etter behov, og styrt av egen kapasitet.

Psykologen bidro også med kritisk vurdering av tjenestene som ble gitt. I én sak, hvor en bruker hadde fått svært mange sett av tiltak, hadde psykologen betvilt hele diagnosen fordi tiltakene ikke fungerte. Han hadde stilt en helt annen diagnose. En større bevissthet rundt hvilke tilbud som gis, mente flere informanter økte kvaliteten på tilbudet.

Det var viktig å skjerme psykologen også. En helsesøster sa: *"Foreldre vil gjerne rett til kommunepsykologen. De vet vi har en spesialist. Men det går via oss"*, la hun til. Og det var en viktig regel: *"Det skal alltid være fokus på at det er vi som skal videre, og at vi som skal få til en utvikling – det skal ikke ende opp hos han"*. Men det var en utfordrende balanse. Det hadde vært situasjoner hvor psykologen hadde vært i kontakt med noen foreldre, og da barnet fikk avslag hos PPT, ville foreldrene snakke med psykologen igjen: *"Det ble en vanskelig situasjon"*, fortalte informanten. Imidlertid hørte slike situasjoner til sjeldenhetene. Som oftest hadde kommunepsykologen en viktig rolle som "bro" mellom tjenestene.

#### *"Bro" og "oversetter"-rollen*

Som vi ser av eksemplene fikk psykologen en rolle "oversetter" mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenestenivået. Når pasientene kom fra andrelinjen, var det mange og ofte kompliserte oppgaver psykologen kunne følge opp og utdype overfor fagpersonell gjennom videre veiledning: *"Når man har pasienter, trenger man alltid å drøfte med noen hvordan man skal komme videre"*, sa psykologen, og tilnærmingen var at behandleren og psykologen gikk gjennom saken i fellesskap. Psykologen var klar på at *han* ikke skulle sitte med ansvaret for enkeltpersoner å binde opp sin tid, men jobbe indirekte som veileder. På den måten fikk han hjulpet flere. "Oversetterrollen" og "broen" mellom første- og andrelinjen ble omtalt som en ny kompetanse i kommunen. *"Han er god til å skrive henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og til å lese epikriser etter utredninger fra andre linjen. Han har vært brua"*, sa avdelingsleder for psykisk helse.

#### *Kompetanseheving*

Fagpersonene sa de hadde lært mye gjennom samarbeidet med psykologen. En informant sa: *”Vi har lært om hvordan man kan gi informasjon til pasient og pårørende, men også mye om svulster og hjerneskader som vi ikke hadde så mye kunnskap om fra før. Og vi har lært om hvordan vi alle som blir involvert, får en felles kunnskapsplattform fra NN.”*

Flere informanter trakk frem at det var spesifikke tema psykologene selv var opptatt av, og hadde formidlet kunnskap om. Det gjaldt for eksempel journalføring. Etske utfordringer var et annet forhold psykologene satte fokus på. Det angikk forholdet til pasienter/brukere, men også samspeillet mellom profesjonene. Psykologene hadde hatt etikkundervisning for ledere og mellomlederne i kommunene. En av kommuneoverlegene ønsket å trekke psykologene mer inn i forhold rundt etikk, særlig i hverdagen i helse- og omsorgsavdelinger. Han ønsket halvdagsseminarer til å reflektere rundt dagligdagse, vanskelige problemstillinger.

*Hvorfor har det gått bra å innplassere psykologen i avdeling psykisk helse?*

På spørsmål om hvorfor det har gått bra å få inn psykolog i Kommune A svarte en informant fra avdeling psykisk helse:

*”Vi er veldig positive, men du må ønske endring og tåle at noen stiller spørsmål til hva en driver med. Og NN er god til å gi alle en følelse av mestring. Dette er også kvalitetssikring. Det er jo et maktforhold mellom oss og de vi gir tjenester til, og det er en etikk-bit. Vi satser på etikk, også før de kom, og dette går som hånd i hanske, nå kan vi få det ut i praksis. Vi må ha personale som trives, og gevinst i alle ender. De (psykologene) har så mye kunnskap, de to til sammen. Hurra for at vi fikk den stillingen til (navn på kommunen). Fastlegene vi har er også aktive, og har blitt mer delaktige inn, noen av dem vi har er med på teammøter med personalet, og kjenner nå sakene godt. Vår avdeling ser veldig god nytte av dette.”*

Som vi ser av erfaringene fra kommune A, formidles et godt inntrykk av psykologressursen og samarbeidet med psykologene. Informantene var derfor engstelige for at stillingen ikke skulle viderefinsieres etter at tilskuddsmidlene var utløpt.

### **Kommune B – Avdeling psykisk helse**

I kommune B ble kommunepsykologstillingen også lagt under avdeling psykisk helse. Avdelingen hadde blant annet ansvar for hjemmeboende, og et eget bofellesskap med tilbud om miljøtjenester til praktiske gjøremål. På et dagsenter kunne brukerne møte andre i samme situasjon. Ansatte i avdelingen hadde oppfølging av barn og unge, og fikk mange henvisninger fra fastlegene. Informanter fra avdelingen fortalte at problemstillingene de sto i til daglig, *ikke* var avgrenset til uker, måneder eller år - som i spesialisthelsetjenesten - det handlet om langvarig oppfølging av brukere i hverdagen. Ca 70 % av brukerne var personer med angst, depresjon og livskriser, henvist fra fastlege.

Forholdet tilspisset seg etter hvert mellom psykologen(e) og Avdeling psykisk helse i denne kommunen. Psykologstillingen ble etter seks måneder plassert rett under Helse- og omsorgssjef, og psykologene ble samlokalisert med et legesenter. Kommune B gikk fra en Modell 2-samløkalisering, til en modell 1-løsning. Dette var motsatt av Case 3, hvor kommunen planla en Modell 1-samløkalisering, men endte med Modell 2 - samløkalisering psykologer og avdeling for psykisk helse. Dette viser at planlagte organisasjonsmodeller ikke alltid er like lett å gjennomføre i praksis.

#### *Psykolog 2 sine arbeidsoppgaver*

Psykolog 2 har også jobbet bredt i kommune B, og på flere nivåer. Hun har spesielt vært opptatt av barn og deres familier. De fleste henvisninger har allikevel vært angående voksne pasienter. Hennes

20 % stilling utgjorde én dag i uken. Denne dagen var 2-4 timer i avtaleboken åpne slik at legene kunne sette opp de pasientene de ønsket å få vurdert. Øvrige timer var forbeholdt henvendelser fra fagpersonell/avdelinger i kommune B. Det ble blant annet informert om at kollegaer i Avdeling psykisk helse kunne kontakte psykologene når som helst for samarbeidsavtaler, gjerne via mail, de dager hvor psykologene ikke var i kommunen. Psykolog 2 hadde i tillegg den første tiden fast stilling ved en helse- og omsorgsinstitusjon og en liten privat praksis.

#### *Innplassering og arbeidsmetoder*

Avdeling psykisk helse i kommune B var som nevnt kjent for sin oppfølging av brukerne knyttet til miljø- og nettverksarbeid, og hadde opparbeidet sin styrke i langtidsoppfølging av brukerne. Dette var en arbeidsform som informanter fra avdelingen var stolte av. Det tette forholdet til brukerne mente en av kommuneoverlegene hadde ført til at avdelingen tok flere tunge brukere nå, som før ble overført til spesialisthelsetjenesten: *"Avdelingen er veldig flinke i kognitiv terapi, og støttesamtaler ved angst, spiseforstyrrelser og depresjon, og følger tunge brukere over langt tid"*.

Kommunepsykolog 2 fikk ved oppstart en kontorløsning som ikke ga en tilfredsstillende arbeids-situasjon: *"Jeg hadde et kontor på møterommet. Jeg skulle sitte der - det var det de hadde å tilby. Det virket ikke som det var så farlig - jeg skulle ikke være her så mye"*, fortalte psykologen. Kontorpulten i hjørnet sto i et rom som både ble brukt til møtevirksomhet og lunsj. Arbeidsplasseringen ble forklart med at psykologen bare hadde en deltidsstilling, at det var flere prosjekter /prosjektstillinger i kommunen samtidig, og at det var mangel på kontorer.

Sett bort fra kontorforholdene, fortalte kommunepsykolog 2 om en positiv start i kommunen. Psykologen fortalte fra sin første periode:

*"Jeg kom her og tenkte det var kjekt. Jeg ble med ut til langtidsboliger for psykiske kronikere, og på boliger for psykisk utviklingshemmede. Jeg kikket på og hilste på. Jeg var med på morgenmøter og gikk gjennom pasienter, og de som bruker tilbudene. Jeg brukte et par måneder på dette, og veiledet og gikk gjennom journaler"*.

Etter hvert på møtene ble hun usikker på hva som skulle være hennes oppgaver, utover et tverrfaglig samarbeid rundt beboerne som ble drøftet på morgenmøtene. Det var én målgruppe avdelings-lederen ønsket at psykologen kunne følge opp:

*"Vi kom til noen som hadde Asperger syndrom, som jeg skulle følge ekstra opp. Det skulle bygges opp et eget team for Asperger, og vi skulle bygge opp dette sammen. Men så viste det seg at noen av de som skulle inngå i gruppen ikke hadde Asperger likevel, så det ble en skikkelig nedtur. Det ble ikke noen Aspergergruppe, men en læringsgruppe"*.

Psykologen fortalte videre at tiden gikk, og hun hadde fortsatt ingen henvendelser eller oppgaver å ta tak i:

*"Etter noen uker på møtene tenkte jeg: Hvor er de "vanlige" brukerne? De med angst, depresjon? De som er i livskriser? Hvor er de som bare skal komme hit og få hjelp, samtaler og korttidsbehandling? Jeg var her hver torsdag kvart over to, med leder og to til, hvor vi skulle gå gjennom pasienter og henvisninger. Men møtetiden passet nesten aldri for de andre. Det ble forsøkt et annet tidspunkt, men det kom aldri i gang"*.

Frustrasjonen begynte å slå inn for alvor, og psykologen så ikke seg selv inn i det øvrige oppgave-fellesskapet i avdelingen. Hun fortalte:



*”Vi kom til juni, og jeg ble ennå ikke involvert i avdelingens øvrige saker. Jeg var på morgenmøter, men det var stort sett samtaler rundt turnusopplegget, og hvem som skulle være på varmestua, når. Jeg satt her hele tiden og tenkte at det ble helt feil, for jeg skulle verken jobbe turnus eller i helgene. Jeg satt her og drakk kaffe, og det var forferdelig å våkne om morgenen å vite at det ikke var noen oppgaver til meg. Og da ble det sånn at jeg ikke ville være her, jeg ville heller til legekantoret”.*

På et avdelingsmøte i juni ble det enighet om at møtene skulle endre form. Det skulle etableres et psykteam, etter modell fra Kommune A, hvor begge psykologene skulle delta. Dette kom likevel ikke i gang fra august som planlagt, og psykolog 2 begynte da å tenke på en annen løsning.

#### *Gjensidig frustrasjon*

Frustrasjonen hadde bygget seg opp på begge sider. En informant fra Avdeling psykisk helse fortalte at avdelingen hadde reagert negativt på samarbeidet med psykologene:

*”Vi ble forvirret på hva vi skulle bruke NN (navn psykolog 1) og NN (navn psykolog 2) til, i og med at de ikke bød på seg selv. De satt og ventet på alle sakene vi skulle dele med dem, og vi følte samtidig at de valgte oss bort, og den uformelle settingen vi hadde. De ville heller sitte og jobbe på sin PC, men det var uvant for oss. De hadde en helt annen arbeidsform, og de er lite nysgjerrige på å møte brukere i sitt miljø”.*

Avdelingen og psykologene hadde ulike måter å tilnærme seg psykisk helsearbeid.

#### *Interkommunal modell - samarbeid eller konkurranse*

En omstendighet som ikke var med på å bedre situasjonen, var at det interkommunale samarbeidet førte til at de to kommunene følte de i større grad enn før ble sammenlignet – og at det vippet mer over mot konkurranse enn samarbeid. Informanter i kommune B sa de hadde fått oppfordringer fra psykologene til å legge om tjenestene, ”mer i retning av kommune A”. Det hadde særlig gått på hvordan samtalevirksomheten var lagt opp og hvordan ansatte oppdaterte hverandre. Dette ble ikke så godt mottatt. En informant fra kommunen sa:

*”Jeg følte at psykisk helse i (Kommune B) og (Kommune A) fungerte så godt sammen, men så kom noen inn og nesten splittet oss! Jeg syntes vi skulle glede oss over forskjelligheten og at vi er komplementære, og heller glede oss over det enn at vi skulle bli like”.*

For ledelsen i kommune B ga det å ikke lykkes med prosjektet, stor fallhøyde. Det de trodde skulle gå lett, og være til nytte og glede, ble en skikkelig knekk: ”Jeg har stor tro på at psykologer har noe i grunnhelsetjenesten å gjøre, men ikke på dette viset”, sa en informant fra ledelsen.

#### *Ingen vei tilbake*

Samarbeidsforholdet mellom avdeling psykisk helse og psykologene kom over i et stadium hvor det ble ansett som umulig å redde. Det var forsøkt, uten at de fikk til en bro mellom de ulike tilnærmingene. En informant fra avdeling psykisk helse sa: ”Det må være gjensidig respekt, og en lyst til å finne hverandre for at det skal fungere. Men når de kommer inn med sine ting, og sier at vi skal jobbe sånn, så blir det feil”. Til tross for konfliktløsende møter sto partene for langt fra hverandre mht hvordan tjenestene skulle drives. For ledelsen i kommunen hadde det vært mer konflikthåndtering og negative tilbakemeldinger, enn positive. En av lederne i kommunen, som hadde hatt høye forventninger sa: ”Vi hadde flere runder på det. Jeg vurderte å avlyse hele prosjektet for det var så destruktivt”.

Alle informantene vi snakket med presiserte at det ikke var på det personlige planet konfliktene lå, og at begge psykologene var hyggelige personer. En person som syntes samarbeidet hadde vært vanskelig sa: *"Som personer kan jeg gjerne dele en flaske rødvin med dem, men som psykologer...."*.

Vi skal se nærmere på hva ulikhetene besto i.

### **Hva gikk forskjellene mellom psykologene og avdeling psykisk helse ut på?**

*Ulike forventninger og tanker om kommunepsykolog-rollen*

Det ser ut til at psykologene og avdeling for psykisk helse hadde det samme målet - om gode tjenester og tillit i brukerrelasjonene - men de hadde ulike tilnærminger for å nå dem. En informant fra avdeling psykisk helse sa:

*"Det handler om forskjellige oppfatninger av hva god behandling er. Og om en kommunikasjonsbrist i å møte hverandre. Og at det var for lite miljø. (...) Avdelingen opplevde at det ikke var interesse for det vi gjør, og som vi utad har lykkes godt med. Vi opplevde raskt at vi ble sett på som en "pleie- og omsorgsenhet", og ikke et aktivt psykiatrisk helsevern."*

En sentral uoverensstemmelse gikk på i hvilken grad psykologene skulle delta i det daglige arbeidet i avdelingen – eller om de skulle yte noe "ekstra". Informanter fra avdelingen forventet at psykologene skulle være nysgjerrige på - å gå inn i – den daglige oppfølgingen av brukerne: *"Vi har en nærhet til våre pasienter og innbyggere. For eksempel når det gjelder dagsenteret. Psykologene har aldri vært sammen med våre pasienter der og spist sin matpakke"*, sa en informant fra avdelingen. En annen sa: *"De liker å drive på helt for seg selv, og det er ingen andre i min avdeling som har det privilegiet"*.

Når det gjaldt *hvor nær* man som profesjonsutøver skulle være brukerne, var det ulike oppfatninger mellom psykologen og avdelingen. Psykologen tenkte at psykisk helse måtte få mer plass i kommunen:

*"Da mener jeg at psykisk helsearbeid også handler om å komme tidlig inn, enten det gjelder alder, i en krise eller ved for eksempel begynnende depresjon. På denne måten å være med å forebygge at det blir en alvorlig psykisk lidelse. Jeg hadde trodd at mine primæroppgaver ville ligge her" og hun fortsatte: "Min styrke er ikke å male eller gjøre andre aktiviteter sammen med brukerne når det forventes å være mine primæroppgaver da skjønner jeg ikke kulturen, og har egentlig ikke lyst til å være en del av det. Jeg blir undrende, er det antroposofi? Idealisme? Er det profesjon?"*

Psykologen hadde håpet å bli inkludert i avdelingens øvrige virksomhet. Det var meningsfullt å være del av tilbudet til langtidspasienter og kronikere, men hun så ikke seg selv inn som en del av den miljønære arbeidsformen. Dette gjorde de også innledningsvis hvor hun var med på å kartlegge hva de visste om bruker og hvordan de utarbeidet og justerte mål i henhold til egenskaper ved bruker og i samarbeid med bruker. Hun reflekterte rundt hva hun hadde gjort dersom hun var nytutdannet og kom til denne avdelingen. Men hun hadde nå engang sin erfaring og kompetanse, og kunne ikke fylle forventningene:

*"Kanskje jeg har for stor avstand til pasienter, hvem vet. Og ulempen med meg, er at du kunne ikke ha plassert meg i en sofa. Men det er ingen ulempe å ha med seg erfaring inn i kommunehelsetjenesten. Men det er viktig å vite hva jeg kan, og at det ikke bare blir en smeltedigel. Vi må stille gode spørsmål fra ststedet vi har. Det blir mye fokus på tverrfaglighet, da er det viktig å arbeide tverrfaglig også, det vil si ut i fra at vi kan ulike ting. Jeg er psykolog, og*

*jeg vet hva jeg kan og det er blant annet diagnostisk kompetanse”(...) De så ikke at vi alle kunne være noe mer. Men det er som om det er de som har ”oppfunnet” psykisk helsetjeneste. De har et omdømme, og de er veldig flinke på kronikere og bo-tilbud, på dette er de flinkere til enn i (Kommune A). Og det gikk jeg inn i, og kritiserte - stoltheten deres. Men jeg ville jo bare se andre pasienter også. I forhold til at jeg ikke skulle bruke min kompetanse til miljøarbeid og til å sitte på en varmestue, eller sitte i en sofa og snakke med pasienter, som er kulturen her.”*

Psykologen så ikke sin plass inn som utelukket en del av langtidsoppfølgingen, og avdelingen ønsket ikke å løfte frem utfordringer til en ekspert.

#### *Arbeidsmåte/ dokumentasjon*

Dokumentasjon og journalføring var et annet tema mellom psykologene og avdelingen. For psykologene var det vanskelig å koble seg på brukerne da det fantes lite dokumentasjon i journal. Det å ikke dokumentere og føre journaler på en kvalitetsmessig måte, handlet for psykologene både om etiske sider ved måten man som profesjon jobbet på, og det skapte utfordringer i forhold til etterprøvbarehet. Den ene psykologen sa:

*”Jeg vet fortsatt ikke hva som skjer på avdelingen når det kommer en henvisning dit. Det er ikke noe felles. Kanskje jeg er ødelagt av spesialisthelsetjenesten, men jeg er vant til at man tar et felles møte, et inntak, der man går gjennom saker. Det er store utfordringer i organiseringen av kommunehelsetjenesten. Det er en utfordring når kommunehelsetjenesten skal ta mer av de lette til moderate sakene, og de skal få den hjelpen de trenger. Da er det viktig, hvordan man har inntak og vurderer saker. (...) Det er synd for det handler om organiseringen. De er kjempehyggelige mennesker”.*

Psykologene ønsket en mer åpen og gjennomsiktig måte å jobbe på, som innebar at man ”kikket hverandre etter i kortene”. I Kommune A hadde mange ansatte jobbet i spesialisthelsetjenesten tidligere, og sies å ha et mer bevisst forhold til hvem de skulle ta ansvar for, hvem som skulle til andrelinjen, og de dokumenterte dette. Både de ansatte og psykologene følte de her hadde god oversikt over brukerne, bl.a. gjennom psykteam. Denne gjennomsiktigheten og oversikten over alle brukerne, hadde ikke psykologene i avdeling psykisk helse i kommune B. Den største forskjellen mellom kommunene var likevel måten å trekke psykologene inn i oppgavene på. Psykolog 2 sa; *”I (Kommune A), kan jeg bare stikke nesen inn, så er det noen som vil ha råd om pasienter. Det gjør de mye der, men jeg har bare så vidt møtt det her!”*

En informant forklarte hvorfor han mente det gikk bedre med samarbeidet med psykologene i Kommune A enn i kommune B:

*”Min opplevelse er at i (Kommune A) jobber de mer slik at NN (Kommunepsykolog 1) har fått en ekspertrolle; Man har båret frem saker og så sier han, ’gjør sånn og sånn’. Han har fått rapporter og journaler og sett hvordan man tolker en sak, og hatt en ekspertrolle. Det har man ønsket seg der, og det har fungert. Her hadde vi mer forventet en mer jevnbyrdig kollega, og det har gått til helvete”.*

Informanter har forklart møtet mellom psykologene, og kommunehelsetjenesten som et møte mellom ulike kulturer, og at det var forskjeller i arbeidsform og -måter. En informant fra avdeling psykisk helse forklarte om sitt møte med psykologene:

*”Deres kultur er en andrelinjetjeneste, som plutselig kom inn i hverdagslivet til syke folk. De har en annen arbeidsform. De forventet at vi skulle løfte frem problemstillinger, som om vi løftet dem frem for en ekspert. Det gjorde ikke vi. Vi håpet de kunne være mer nysgjerrige på hva vi gjorde,*

men det var de ikke. Vi har en for eksempel en morgenmøteplass, en uformell plass, der det skal deles informasjon. Og vi avtaler hvem som skal gå hit og dit. Det er også pasientbehandling! De (psykologene) var invitert med dit, men de opplevde det som unyttig, fordi det var praktiske problemer. Men det er viktig for oss, i kommunehelsetjenesten. Psykisk helsetjeneste er forholdsvis nytt i kommunen, og det er ulikt driftet rundt omkring, men det handler om hvordan man spiser, trimmer, om husvask, ernæring – dvs. hvordan man lever sine liv. Diagnostisering har mindre betydning - det har ikke noe med hvordan man mestrer livet. Mange av de vi har, har vi fulgt i tjuer år, og vi er viktige for vedkommende. Men det er ikke noen spørsmål fra psykologene om hva det handler om - at det er å etablere relasjon, at vi får tillit, men vi må jobbe for den. For dette er personer som er relasjonsskadet. Det ble litt kræsje her. Alt vi gjør er basert på frivillighet, og i forståelse med bruker. Det er brukernært og brukerrettet. Og dette er noe som kommer - det er mye forskning som støtter praksisnær og erfaringsbasert kunnskap”.

Kommune B overførte etter hvert psykologene til et fastlegekontor.

### **Overføring fra Avdeling psykisk helse til fastlegekontoret**

Det tok et par måneder å få overført psykologene til fastlegekontoret, fordi legekontoret først ikke ønsket det. Fastlegene ønsket å gjøre plass til dem i kontoret, men de ønsket ingen fast organisatorisk tilknytningsform, og begrunnet det slik:

*”Vi er privatpraktiserende leger. Vi leier personal og lokaler av kommunen, men vi var redd for at vi sementerte en modell som ble lite hensiktsmessig i forhold til det å få på plass samarbeid. Hvis vi tok dem inn fysisk og administrativt, var vi redd for å låse situasjonen enda mer, så vi skrev et brev der vi ønsket at kommunen så på andre løsninger for å løse en konflikt som var oppstått. Vi ville ha dem her på legekontoret fysisk, for det var fordel for oss. Men hva definerer vi dem som? Vi er bare leger som jobber som fastleger. Vi vil ha de her, men skal kommunen ha nytte av ressursen, vil vi at de skal bli brukt av hele kommunen, og vi ville ikke sementere denne modellen ved at de hadde ”søkt tilflukt” hos oss.*

Legenes oppfatning var at det var best for kommunens innbyggere om det hadde fungert med psykologene på avdeling for psykisk helse. Avdelingen kunne raskere ta i bruk ressursene til psykologene på andre måter enn til enkeltpasienter på legekontoret. Legene var spesielt opptatt av familier – foreldre av barn med psykiske lidelser, barn av foreldre med psykiske lidelser, og ikke minst søsken. Etter legenes oppfatning var denne type bistand viktig å ivareta i kommunehelsetjenesten, og legene kunne likevel få innpass både hos foreldre og barn, med psykologene inne. Legene kunne tenkt seg å bruke psykologene også på andre måter enn til enkeltkonsultasjoner. En lege sa:

*Foreldreveiledning er det et stort behov for. Vi får mødre og fedre som sykemeldes og blir fysisk og psykisk dårlige, og vi har de samme barna som har blitt utredet. Her har vi mulighet til å koble på måter som ikke er mulig andre steder. Vi ser sammenhenger og kan tenke behov for tiltak før andre møter dem”.*

Ut fra denne tanken om å bruke psykologressursen bredere inn i kommunehelsetjenesten, meldte legekontoret først fra om at de ikke ønsket å overta ansvaret for psykologene. Da situasjonen stadig var like fastlåst i Avdeling psykisk helse, ville fastlegekontoret likevel innplassere psykologene hos seg.

## Tilgjengelighet – forebygging

Avdelingsleder psykisk helse var svært opptatt av tidlig intervensjon:

*”Har man angst eller tvangstanker, er det lett å gjøre noe med det fra starten. På fem, seks samtaler er man ferdig. Vi må klargjøre tidlig, og ha terapitilbud, ikke bare prate litt, ta noen støttesamtaler og skrive et brev til skolen. Det må være mer trøkk i kommunen!”.*

Og da må kommunene ha tilstrekkelig kompetanse så ikke ventetiden til spesialisthelsetjenesten blir for lang. Her var psykologene viktige. At man hadde kommunepsykologene nær opp til brukerne, ble dermed et argument som taler mer for å beholde psykologene i kommunehelsetjenesten enn å overføre dem til det lokale medisinske senteret.

### *Innplassering*

Psykolog 2 fikk et eget kontor på legesenteret: *”Det var ganske deilig å ikke sitte på et møterom”*, sa psykologen. På legekantoret fikk psykologene tilgang til programvaren Winmed. Psykologen hadde fortsatt veiledning for noen på avdeling psykisk helse og i barnevernet, men tilknytningen til legekantoret åpnet enda mer opp for å samarbeide med resten av kommunehelsetjenesten. Blant annet har avdelinger med særlig krevende og voldelige brukere henvist ansatte med behov for debriefing og bearbeiding av vanskelige situasjoner. Dette har vært viktig både for å forebygge sykemelding og for å få den sykemeldte raskere tilbake i arbeid. I dette arbeidet har samarbeidet med fastlege og avdelingsleder vært avgjørende.

### *Henvisninger og oppfølging fra psykolog*

Med psykologene på legekantoret ble det tidlig klart at pasienter og innbyggere ikke kunne oppsøke psykologene direkte, det kunne lett bli venteliste. Henvendelser skulle gå via fastlegene eller avdelingsledere ved kommunens øvrige enheter. Legene disponerte ca en halv dag til psykologbistand, og de kunne føre opp pasienter uten å konferere med psykologene først. Ofte var det personer som kom til legene samme morgen, så psykologene anså dette som en lavterskelmodell. Psykologene hadde også avtaler med fastlegene utenfor dette tidspunktet. De likte godt trekant-samtaler med fastlege og pasient. Pasienttilfanget var bredt, og psykologene diskuterte legens opplegg mht kroniske smerter, angst, adferdsvansker (eks sengevæting) og posttraumatisk stresslidelse: *”Vi har fått gjort mye”*, sa psykologen.

Psykolog 2 syntes organiseringen til legekantoret var *”både/og”*. Hun var mest fornøyd med å være litt rundt, da det ga den mest effektive veiledningen. Hadde jobben bare bestått i pasientbehandling, ville stillingen rommet lite: *”Jeg vil ikke bare sitte og følge dem opp, da kunne jeg jobbet andre steder. Jeg vil gjøre noe mer. Jeg fulgte opp noen i starten, fordi det gikk tregt med andre henvisninger, og jeg måtte ha noe å gjøre, og den beste modellen er at man litt for sin egen del har noen pasienter”*.

At kommunepsykologene opprettholdt en viss prosent av stillingen til å ha egne pasienter ble også fremholdt som viktig i de andre casene. Ikke minst pga legitimitet og kompetanse til å utføre veilederrollen overfor andre faggrupper.

### *Hva har endret seg for legene etter at psykologene kom inn?*

For fastlegene ble kontakten med psykologene endret etter at de kom til legekantoret: *”Vi har snakket om det i dag, at det er veldig enkelt å ta kontakt med de. Så det er en stor forandring til hvordan psykologressursene så ut for oss før de kom. Før var det en privatpraktiserende psykolog i kommunen, som det ikke var lett å få tilgang til”*. På grunn av manglende psykologtilgang før, sa

legene at psykologressurser hadde de brukt veldig forsiktig. Psykologene holdt dessuten til et stykke unna: *"De få psykologene vi har hatt rundt oss her, er enten på poliklinikken med lang ventetid, eller de er privatpraktiserende, med inntaksstopp. Det var ikke noe tilgjengelig før NN (navn på psykolog 1) og NN (navn på psykolog 2) kom"*, sa en lege. I dag var det annerledes: *"Nå kan vi flere ganger og dager i uken bare banke på kontoret deres, eller sette opp en konsultasjon, eller ha veiledning sammen med en pasient, og det en uke frem i tid. Det er ikke fylt opp"*.

*Hvordan har fastlegene brukt psykologene?*

Fastlegene kom med mange eksempler på hvordan de hadde anvendt psykologenes kompetanseområder. En lege fortalte om et stort omfang av pasienter med psykiske lidelser, og hvor de nå hadde fått noen å spørre til råds:

*"Jeg hadde mange som har depressive reaksjoner, utmattelsessymptomer og andre depressive problemstillinger og der angst og depresjon hadde et volum. Det ble en del felleskonsultasjoner med meg og psykologen her"*.

En pekte på bruken av spesialisthelsetjenestekompetansen i kommunehelsetjenesten:

*"Jeg har hatt en pasient med hjerneskade og langvarige depressive plager. Så kom det opp et spørsmål om at det kanskje var en løsemiddelskade (...). Jeg spurte (navn på psykolog 1), og det hadde han selvsagt også jobbet med! Så han møtte brukeren sammen med meg, og gikk gjennom sine punkter for å si om det var aktuelt å utrede videre eller ikke. Dette var blitt en vanskelig sak for meg, og alternativet hadde vært enten å henvise til andrelinje, eller å vente"*.

En lege supplerte: *Jeg har hatt det samme. Og vi har også blitt flinke til å bruke dem på smerte. Der har jeg brukt dem når det har vært vanskelige ting, men også i forhold til avhengighetsproblematikk"*.

Legene fortalte om et case hvor de hadde hatt god nytte av begge psykologene. Det var en jente med en medfødt sykdom. Barnet skulle gjennom en operasjon, og hadde fått store smerter etter operasjonen, noe det ikke hadde hatt tidligere. Legen hennes fortalte:

*"Hun har fått mer smerter, og det er mye ubehag for henne i møte med en smertefull hverdag. Og alle ansatte rundt henne, og foreldrene, var uforberedt på at hun skulle ha det så vondt. Ansvarsgruppen begynte å tenke; 'Hvordan blir dette?' I tillegg til funksjonshemmingen så skal hun ha det så vondt. Vi koblet inn (navn psykolog 1), som kunne gi informasjon om smerter og hva vi kan gjøre, og hvordan vi skal tenke riktig rundt dette, for det var vi opptatt av. Han sa at dette kunne vi få hjelp til å jobbe med, for det var stor usikkerhet og fortvilelse for de som jobber med henne til daglig. (Navn psykolog 2) snakket litt med foreldre og barn"*.

Det hadde vært mange ufaglærte assistenter rundt barnet, og det ble viktig å få en felles plattform å jobbe ut fra. En viktig oppgave var å snakke med foreldrene om hvilket opplegg man la opp til, og dette hadde psykologene gjort. Det var fastlegen som hadde koblet psykologene inn i familien.

Samarbeidet mellom legene og psykologene har vokst frem gjennom en prosess. En lege sa:

*"Nå vet vi mer om dem, og da kan vi bruke dem mer. I starten visste vi ikke helt hvordan vi kunne bruke dem. Ting tar tid. Og vi har to, og de har forskjellige spesialiteter, og det er jo gull! Det er min forståelse. Jeg vet ikke hvordan de ikke kan brukes, vi har de til å bygge opp kompetanse i personalgruppen over tid, og det er suverent. De er ute i verden og i et forskningsmiljø og vi får inn kunnskap og holder oss oppdatert, det er en kjempemulighet"*.

### *Samarbeid med andre deler av kommunehelsetjenesten*

SINTEF sin kartleggingsundersøkelse viste at kommunepsykologer som var samlokalisert med fastleger, hadde mindre samarbeid med øvrige tjenester i kommunen enn psykologer som var samlokalisert ut fra de tre andre samlokaliserings-modellene. I kommune B har psykologene bidratt en god del i forhold til øvrige avdelinger. Særlig ett eksempel gjorde inntrykk. Informanten, som jobbet i en bolig/avlastningshjem for personer med psykisk utviklingshemming, var egentlig ikke satt opp til intervju med oss, men hennes sterke ønske om å formidle sine og avdelingens erfaringer med psykologene gjorde at hun oppsøkte oss selv. Eksempelet er interessant fordi det viser hvilken veiledningskompetanse psykologene besitter også når det gjelder å jobbe med en hel avdeling som sto fast i forhold til en bruker. Vi fikk høre om dette eksemplet både av informanten fra boligen, og av psykologen som var involvert:

Informanten kom fra en bolig som tilbød leiligheter for langtidspasienter med psykiske lidelser. Saken gjaldt en bruker med tvangstiltak, som de ansatte hadde store utfordringer med. Psykologen ble koblet inn, etter at brukeren ble opplevd som truende og aggressiv mot de som jobbet med vedkommende. Det oppsto daglig situasjoner som de opplevde som vanskelig å løse, og ansatte var usikker på hvordan de skulle håndtere brukeren vaner, medisinerer etc. Situasjonen ble snudd da psykologen kom inn, og informanten fortalte:

*”Personalet har blitt tryggere på hvordan de skal jobbe. Han er så dyktig på løsninger, samtidig som han er opptatt av etikk. Vi har ingen krav til utdanning, noen har noe og noen har mer, og vi er forskjellig med hensyn til hvor mange år vi har jobbet. Og det å bygge kompetanse i en gruppe med så mye sprik er ikke lett, samtidig som det må ligge på et nivå som alle kan mestre. Men han bygger og bygger og det er han suveren på. Og det at vi nå tør å gjøre noe, selv om det kan gi uønsket atferd, men vi får støtte, og det er godt å kunne drøfte at har vi lov til å gjøre noe annerledes. Har vi lov å la være? Måten han loser oss gjennom fra problemstilling til tiltak, han tenker, hva er konsekvensen av en regel? Vi må jobbe og jobbe, og han vil ha alle med, og at alle skal bli hørt. Vi må regne med at det ikke alltid går så glatt, men vi er pliktige til å gjøre noe som gir dem menneskeverd. Det gir oss trygghet, og det å komme utenfra med hans kunnskap, har vært en enorm styrke. Jeg er veldig glad i han, og redd for å miste han. Fagnivået har steget!”*

Den største forandringen for de ansatte etter veiledningen, var at brukeren gikk fra å være en stor utfordring for personalet, til å bli en positiv opplevelse:

*”Synet på vedkommende har snudd seg generelt, og det er ikke så mye skummelt lenger. Det er mer over på det positive, og distriktpspsykiatrien har nå delegert ansvar til oss, og nå er det personer derfra som også er med på veiledning med NN (psykologen), for å se hva vi har fått til. Vedkommende vil i år ha pakker og kake på bursdagen, og brukeren har ikke forholdt seg til noe av dette før, for vedkommende var ikke verdt det. Det er ingen tvil om at vi har fått til mye”.*

Det var flere sider ved veiledningen som traff personalet:

*”NN (psykolog 1) kommer opp til oss, og vi snakket om hva vi ønsket. Han sa at det er uproblematisk at vi snakker om dette, uten at brukeren var med. Vi kan forsvare det, men bare det å si det - det er et menneskeverd i det han gjør, og jeg blir mer bevisst på det. Det skal foregå på en verdig måte, for at vi skal gi bedre tjenester. Han har vært tre ganger hos oss. Vi ønsker å dele i primær og sekundæransvar, så da må alle komme, og en del andre*

*fagpersoner kan også komme. Men alle er ikke alltid på jobb, men folk kommer likevel, på fridager for å få veiledning. Alle går ut og føler seg løftet”.*

Personalet hadde etter dette begynt å jobbe med brukeren mot konkrete mål. De registrerte hver utvikling og endring og gledet seg over små skritt i riktig retning. Det handlet ikke lenger om å ”overleve” i hverdagen.

#### *Spesialist i kommunehelsetjenesten*

Psykolog 2 pekte på at rollen som ”spesialist” i kommunehelsetjenesten, kunne være vanskelig. Det hendte foreldre henvendte seg fordi de mente at de ikke hadde fått god nok hjelp i spesialisthelsetjenesten og at det var stilt feil diagnose. Noen ganger tok foreldrene feil i henhold til hennes oppfatning, og da måtte man gå varsomt frem. Det var ikke rom for å stille egen diagnose, og det var også en innsats i samarbeid med fastlege først å drøfte saken med spesialisthelsetjenesten og i samråd henviser barnet på nytt slik at det fikk nye utredninger. Psykologen fortalte:

*”Det er noe av det som er utfordringen i forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste: Jeg sitter i kommunehelsetjenesten, og er nevropsykolog, og det kommer barn som har vært utredet både i BUP og PPT. Og så ser du at du er uenig i diagnose, mens du selv sitter i den kommunale helsetjenesten. Skal du gjøre deres jobb? Av og til gjør jeg det. Men de fleste ganger samarbeider jeg med fastlege og ber om et møte på BUP. Og når jeg snakker med foreldrene, når ikke barnet er der, og innhenter opplysninger og er på BUP, så spør jeg ’hva skal vi gjøre? Det er et dilemma når det ikke er spesialkompetanse i spesialisthelsetjenesten her, og det er vi i kommunen som vil at barna sendes ut av kommunen for utredning. Men det blir vanskelig at jeg skal sitte her og si det når de allerede har gjort en utredning. Og jeg må si ’at det kan tenkes at det kan være sånn...’ Det viktigste er at det meste av oppfølging og tilrettelegging skjer i kommunen, og da mener jeg at vi må kunne stille krav til spesialisthelsetjenesten når vi trenger deres bistand.”*

Hun påpekte også at behovet for spesialistkompetanse innen psykisk helsevern var betydelig mindre anerkjent enn i somatikk:

*”Innen somatikk kommer det spesialister fra andre kommuner, og de tar sin turn her. Man ville ikke tenkt at en hjelpepleier kunne gjøre et inngrep, de får tilkalt en spesialist. Men når det gjelder psykisk helse, da er det ikke så farlig, har du en prest, så trenger du ikke en psykolog!”*

#### *Hva var nytt med kommunepsykologer i kommune B?*

Det å ha spesialistkompetanse i kommunen og at utredningen skjer i kommunehelsetjenesten i samarbeid med andre profesjoner påpekte en informant fra kommunehelsetjenesten som viktig:

*”Det å kunne gi et lokalt tilbud, og at vi har kompetanse her og ikke om fire måneder er viktig. Det er nå du trenger den. Vi burde fått det fortere, men nå er det lett tilgjengelig. Vi trenger ikke skrive lange søknader! Du kan bare ringe. Og ta en prat. Og vi kan være med og sortere på hva som er problemet! Det er vanskelig innimellom, og da er det fint å være med og sortere.*

En av fastlegene syntes arbeidet med pasienter med psykiske lidelser gikk bedre nå:

*”Før var det ingen alternativ. Vi måtte klare oss selv, eller henvise til poliklinikk. Vi har psykiatriske sykepleiere som er viktige. Men det å nå kunne ta en eller to samtaler med kommunepsykologen, og få tilbakemelding på at man har tenkt riktig om bakgrunn og årsak, og*



*at vi har tatt opp de rette temaene i samtalene, og at vi er på rett kurs. Da kan man bære situasjonen lettere og lenger, både for pasientene og oss”.*

Legene fortalte om et godt samspill mellom dem og psykologene:

*”Det har vært gode samtaler og jeg kjenner pasienten fra før. Men (psykolog 1), går inn med helt andre spørsmål, og får opp nye ting, og kommer inn i en prosess, som blir avsluttet, og så er pasienten tilbake til meg. Og da – ” fortsetter vi der vi slapp”. Det er en vurderingstime med (psykolog 1) og det er ikke behandling inne i dette. Det er viktig at jeg må si dette til pasientene på forhånd”.*

Fastlegene på legekantoret som ”overtok” psykologene, var dermed svært fornøyde med å få råd og veiledning inn i saker som hadde en psykisk dimensjon, og legene påpekte at psykiske utfordringer plutselig kunne dukke opp når som helst, også i somatiske saker.

#### *Fastleger og Avdeling psykisk helse*

Fastlegene sa også at Avdeling psykisk helse var svært tilgjengelig for dem i kommune B, og at det var et godt samarbeid rundt de tunge pasientene: *”De er åpne, og de har ofte kontakt med pasienter lenge før vi har kontakt med dem. De er i kontakt med de som kommer fra sykehus, de har hatt kontakt med dem på sykehuset, og når vi kommer inn, da er vi et stykke ut i dette”.* Legen la imidlertid til at de savnet noe mer tilbakemelding fra avdelingen.

Det var i følge legene heller vanskelig for befolkningen å komme i kontakt med Avdeling for psykisk helse: *”De har ikke et tilbud som går direkte ut mot befolkningen, slik at de kan ta direkte kontakt, men hvis man går direkte til dem, så tror jeg ikke de ber dem om å ta kontakt med fastlege først, da tar de imot. Nå går det også henvendelser fra PPT og Helsestasjonen”* sa en av fastlegene.

#### *Spiss eller bred psykologkompetanse?*

Avdeling for psykisk helse i kommune B, samt ledelsen i kommunen, ga uttrykk for at psykologenes kompetanse var for spesialisert til å jobbe i kommunehelsetjenesten, men dette var ikke fastlegenes oppfatning. En av legene sa:

*Jeg har aldri tenkt at NN (psykolog 1) og NN (psykolog 2) er så spesialiserte at det er problemstillinger de ikke kan noe om. Tvert imot! Alt de har fått i fanget har vært ukjent og uvanlig for dem, og de er åpne på at dette er nytt og at de ikke er inne på sine sterke områder. Det er nytt land, og de må finne en måte å håndtere dette på som de ikke har i bagasjen fra før. Men ”livet på bygda” er de interessert i og åpne for. De har på ingen måte tatt med seg urbane uvaner og vansker, eller faglige perspektiv som ikke har blitt moderert inn i jobben. De har inntatt en ny posisjon, og ser det er komplisert – og at man må jobbe på en ny måte i kommunen, og de har vært åpne på det.*

Fastlegene i Kommune B gjentok (som tidligere informanter) at samarbeidet mellom avdeling psykisk helse og psykologene gikk bedre i kommune A, da denne avdelingens måte å strukturere arbeidsoppgaver på var mer lik psykologenes:

*”For å si det generelt, kommer du fra fagmiljøet til NN og NN, (spesialisthelsetjenesten) så har de har sans for henvisninger, og man blir vurdert i forhold til hastegrad, og går inn i et forløp - med en start og et stopp. Men her er det en mer løs struktur, og det blir veldig fjernt for den type fagpersoner. Og det er klart at hvis en kommer som ny i et sånt miljø, og vil forandre på ting og ikke anerkjenner dem, så skal det ikke mye til før det blir en kræsje. Det er ingen som syns*

*det er kjekt at nye kommer inn og sier at man gjør ting feil. Styrken til psykisk helsevern her er at de på en god måte har tatt seg av kronikere. De har fokus på miljø og trygghet for kronikere, for bolig og aktiviteter, noe som har gjort at den gruppen er lite synlige for oss”.*

Kommuneoverlegen sa han hadde brukt kompetansen til psykologene på allmenmedisinens faste møter, for å snakke om nevropsykologi og undersøkelsesmetodikk: *”Det er jo spesielt at han har denne kompetansen, men da fikk vi mer anatomiske forklaringer etter hjerneslag, hjerneblødninger og hodeskader, og da skjønner vi mer nevroanatomi. Han snakker mer vårt språk, enn andre psykologer”*, sa informanten.

### **Tilgjengelig for fagpersonale mer enn innbyggere**

Med det store behovet for psykologbistand rundt om i kommunehelsetjenesten, hadde psykologene landet på at deres rolle først og fremst var å være lavterskeltilbud for de ansatte, mer enn for brukerne. På den måten kunne de gå inn i flere saker, og fikk bidratt bredere, uten at de ble sittende med ansvaret for brukerne og skape ventelister. Det var svært viktig for ledelsen i kommune A at psykologene ikke skulle ”drukne i enkeltsaker”.

Samtidig førte den store variasjonen av målgrupper og problemstillinger; barn og ungdom med adferdsproblemer, demente, psykisk utviklingshemmede, kreftsyke, voksne med traumer, hodeskader o.l til at psykologene stadig ble utfordret bredt i forhold til deres kompetanseområder. Dette gjorde stillingen interessant og bød på utviklingsmuligheter som gjorde at de ønsket å bli i stillingene. Det handlet om å komme inn så fort som mulig i brukernes daglige situasjon. Det faktum at ”ingen pasienter skrives ut av kommunen” – og at de må få den hjelpen de trenger i hverdagen, ga spennende utfordringer som måtte håndteres: *”Man skal alltid tilbake til kommunen, og man blir sittende med ansvaret for de tunge sakene. Det er ikke alltid så høy prestisje”* sa psykologen. Han syntes det å være lett tilgjengelig, og veiledningsoppgavene, var spennende sider av jobben.

### **Trekk ved modellen – suksesser og utfordringer**

#### *Tilskuddsordningen og interkommunalt samarbeid*

Også i denne kommunen ble det å opprettholde psykisk helse på den politiske dagsorden beskrevet som en stadig kamp. Midlene til kommunepsykologene ble gitt for tre år, og få visste hva som ville skje etterpå. Svært mange informanter fra de ulike tjenesteområdene var engstelige for at både stillingene, kompetansen og funksjonen som de nå hadde blitt vant til å bruke, skulle bli borte.

En utfordring ved det interkommunale samarbeidet var at det ble opplevd som tyngre å reise politisk interesse i egen kommune for tjenester som var lokalisert i nabokommunen. Interkommunalt samarbeid ble dermed opplevd som å trekke tjenester og ansvar – og dermed også oppmerksomheten - ut av kommunen. Hvis man tenkte seg en kommunepsykolog tett inn i kommunehelsetjenesten som en samarbeidspart, var det informanter som ikke syntes den interkommunale modellen passet.

En sentral erfaring fra kommuneledelsen side var at når kommunepsykologene bidro til gode løsninger, ble det lettere å få med politikerne.

#### *Organisatorisk plassering*

Selv om psykologene fysisk var plassert inn i et kontorfellesskap, samarbeidet de godt med andre avdelinger i kommunene. Vi så også i dette caset at organisasjonsmodellen man hadde valgt på forhånd, ikke var så lett å gjennomføre i praksis.

Det oppsto en diskusjon i kommune B rundt hva som skulle være en kommunepsykologs rolle. Fastlegene var selv redd for at psykologenes kompetanse skulle bli for snevert anvendt ved en tilknytning der. I ettertid ser vi imidlertid at psykologene på dette fastlegekontoret har samarbeidet mer med øvrig kommunehelsetjeneste enn andre psykologer med samme tilknytning har gjort.

Henvisningsformen mot de øvrige kommunale tjenestene ser i begge kommunene ut til å fungere bra. Avdelingslederen for psykisk helse i kommune A ønsket imidlertid i enda større grad å bruke psykologene til forebyggende virksomhet.

En konsekvens av at psykologene i kommune B flyttet til legekantoret var i følge en kommuneoverlege at legene i Kommune A også ønsket å kunne benytte psykologene på samme måte. Dvs. at de fikk tilgang til psykologenes kalender og kunne ha samtaler med dem i det daglige: *”Da kunne vi fått mer direkte veiledning, og terapi. Når man sitter på samme avdeling, så spiser man lunsj sammen, og treffer hverandre i gangen, og man får mye gratis”,* sa kommuneoverlegen. En grunn til å samlokalisere psykologene med fastleger var også at det var kommet tilbakemeldinger fra pasienter som syntes det hadde vært lettere å oppsøke en psykolog på et fastlegekontor enn på avdeling psykisk helse. Dette var også et forhold som kom frem i Case 3.

For psykolog 2 spilte det ingen rolle for tilgjengeligheten hvor hun satt. Hun mente likevel det gjenster en stor jobb å gjøre mht organiseringen. Det var fortsatt uklarerhet rundt hvem som skulle til kommunepsykolog, og hvem som bestemte dette? Det var en utfordring for mange målgrupper, og særlig barn.

Det vi ser her, som i noen av de andre casene, er at psykologene jobber administrativt under en avdelingsleder som har lavere formell utdannelse, men hvor det ikke ser ut til å ha noen betydning for samarbeidet eller profesjonsutførelsen. Psykologene selv har det faglige ansvaret for innholdet i stillingen.

#### *Kommunene som kontekst for kommunepsykologstillinger*

Gjennom caset ser vi betydningen av samspillet mellom vertskapsavdeling og psykolog, og at *”it takes two”* for å få til et godt samarbeid. Psykologenes måte å jobbe på ble vurdert som nærmere legenes arbeidsform enn arbeidsformen for Avdeling psykisk helse i kommune B. Samtidig ble en for snever bruk av psykologen til konsultasjoner ikke ansett som hensiktsmessig, da psykologen måtte inngå i et større fagmiljø og anvendes bredt. Stillingen måtte fylles av rett person i forhold til behovet i kommunen. Dette er imidlertid en utfordring, da det ikke alltid er mange søkere.

For kommuneoverlegen var det viktig med en klar organisatorisk plassering, enighet om hva stillingen skulle innebære og at dette var noe annet enn spesialisthelsetjeneste.

Kommuneledelsen i kommune B skulle gjerne vært tettere på prosessen i starten: *”Vi skulle vært mer nøye med hva vi forventet allerede ved det første intervjuet. Sånn de fremstår, burde vi ha sett i intervjuet at dette ikke var en kompetanse som vi ønsket eller trengte.* Ledelsen tok selvkritikk:

*”Vi skulle nok vært mindre naive, og de skulle ha fått sitt eget kontor.(...). Jeg ser at langt på vei har jeg hatt en naiv drøm om hva vi kunne oppnå. Jeg hadde håp om enda et faglig ben inn i støtteapparatet rundt våre innbyggere, jeg tror på tverrfaglighet, og at man ved å ha flere bakgrunner og personligheter vil skape bedre behandling til de som trenger hjelp. At vi skulle få en kompetanse som styrket de ansatte i vår organisasjon, og at de kunne spille dem bedre, og*

*gjøre dem bedre på de tøffeste utfordringene vi har. Og gjøre våre ansatte mer robuste. De har tøffe situasjoner, og at de kunne støttes i dette, gjennom kollegaveiledning og felles samtaler. Det er det jeg sitter igjen med, at det ikke var noen gjensidig interesse. Psykologene vil nok si at de ikke slapp inn, og de ansatte her vil synes at det aldri ble vist interesse for dem.”*

Psykologenes kompetanse og interessefelt ble mer førende for hvor de ble plassert, enn hva sentrale aktører hadde planlagt på forhånd. En informant sa om kommune B: *”Skulle de valgt på øverste hylle, så hadde de nok valgt en som kunne mer miljøarbeid, og som kunne være en aktør inn i systemoppbyggingen, enn en som hadde en konsultativ rolle i tjenestene”*. Dette spriket i forventninger til kommunepsykologen kjenner vi igjen fra andre case, blant annet i case 3.

Spørsmålet er i hvilken grad man på forhånd kan ”styre” hvem man ansetter i forhold til spesifikke forventninger, eller om man til syvende og sist må finne en felles plattform med den som blir ansatt, som en toveis-prosess. Dette fordi psykologene som søker har ulike interesser og kompetanse, og fordi det jevnt over er få søkere.

#### *Kommunepsykologens rolle*

Psykologene har hatt og tatt mange ulike roller. *Kontinuerlig kompetanseheving* overfor ansatte ble ofte nevnt, da psykologene stilte nye spørsmål, og bidro til å ”se” personen man hadde foran seg. Det handlet også om hvordan man skulle informere pårørende, hvordan rehabilitere personer etter omfattende hodeskader, etc. En kommuneoverlege sa om psykologenes kompetanse, at den var: *”definitivt mer nyttig enn det jeg var klar over, og de har bidratt med mye kompetanse inn i teamet”*.

Psykologene fikk en *veiledersrolle* i forhold til brukere, men som også handlet om å lære å bli mer kritisk til tjenester som ble gitt. De *avklarte* saker hvor lite skjedde, og bidro med å sette fokus på journalsystem og dokumentasjon, og hvordan man vurderte om det var behov for å innhente flere opplysninger, og få belyst forhold best mulig. I kommune B var mye av psykologens innsats knyttet til enkeltsamtaler/*terapi*, men også til konsultasjoner og trekantsamtaler med fastlegene.

Kommuneoverlegen mente psykologene var sentrale medspillere i å *frem snakke psykisk helse*, noe som var ekstra viktig da en stadig økende andel sykemeldinger skyldes psykiske lidelser, og her kunne kommunepsykologen bidra.

Rollen psykologene hadde i forhold til spesialisthelsetjenesten var også viktig. Det var ofte uklare og kunstige skiller mellom første og andre linje – særlig for personer med kroniske lidelser. Det trengtes mer samhandling, og det var mer realistisk nå, med økt kompetanse i kommunene: *”Det handler om et behandlingsskjedeforløp, mer flettet i hverandre”* sa informanten.

At ulike behov i kommunene krevde ulike psykologroller var et forhold flere informanter hadde blitt klar over: *”Dette handler om mye, og om hele spekteret fra folkehelsearbeid til krisepsykiatri, og plassering er avhengig av måten psykologer jobber på”*, sa kommuneoverlegen.

I rollen som kommunepsykolog ser vi her, som i de andre casene, at det er et spenn som må balanseres. Det ligger en stabilitet i å være knyttet til én avdeling. Samtidig kan det medføre at mye tid bindes opp til intern pasientbehandling, som kan føre til ventelister. Og/eller at psykologen går lei av ensartede og begrensede oppgaver. Mange som søker stillingen som kommunepsykologer gjør nettopp det for å ha en frihet og variasjon i oppgavene. Det andre ytterpunktet, er en for ”vid” og uforankret stilling, på tvers av nivåer og avdelinger i kommunehelsetjenesten. Det kan gi en høy grad

av variasjon og spennende oppgaver, men resultatet kan bli en følelse av utilstrekkelighet, hvis psykologen selv ikke er god på avgrensning og prioritering, som her i dette caset. Alternativt kreves en klar avgrensning av stillingen, forankret på et høyere nivå.

#### *Ekspertrolle, "ovenfra og ned", eller likeverdig veiledning?*

Informantene fra de to kommunene vurderte psykologenes kompetanse ulikt. Noen så spesialkompetansen som snever og spesialisert:

*"Hvis psykisk helsetjeneste skal være trygg og føle en gjensidighet med psykologene, må det ikke være "ovenfra og ned". Men nå snakker jeg med "caps lock". Jeg trenger ikke noen som bare har et snevert felt, vi har to som er gode på nevropsykologi, hovedparten av leger er spesialist i allmenntilleggsmedisin, og på samme måte skulle jeg gjerne hatt en generalist til psykolog. Disse ser seg selv som spesialister. Jeg trenger en generalist. De kan ikke ha den eneste rette løsningen, og at det bare er én god løsning. Den siden, der de er inne og fisker, den ser ikke jeg".*

Andre fremhevet at "de kunne alt" og at det de ikke var utlært på, satte de seg raskt inn i. Kommunepsykologstillingen ble av kommuneoverlegen beskrevet mer som en analogi til allmennlege (allmennpsykolog), enn som spesialisthelsetjeneste.

Mens mange informanter i kommune B så psykologens rolle som en "ovenfra og ned ekspertrolle", beskriver informantene i Kommune A at psykologene hadde en rådgivnings- og veilederrolle, opplevelsen var mindre autoritær.

#### *Psykologens kompetanse – og karrieremuligheter*

Kommunepsykologene opplevde sin kompetanse som bred, og med god tilgang til den diagnostiske verden. De tenkte helhet i tjenestetilbudet, og så alltid "inn og ut" av spesialisthelsetjenesten som en del av pasientbildet. Samtidig var det mye nytt å lære seg når man gikk inn i en kommune. Erfaring fra andrelinje gjorde at de kunne sette seg inn i journaler og epikriser, og visste raskt hvor de fant kunnskap de hadde behov for fra øvrig hjelpe-/tjenesteapparat. Bredden i kunnskap måtte ifølge den ene psykologen fornyes med god fagutvikling, og det er spesielt viktig for kommunepsykologene: *"Man må ha karrieremuligheter her også".*

Begge kommunepsykologene opplevde at stillingsprosenten var svært begrenset i forhold til behovet i kommunen. Den var nok oppdrag til å fylle en hel stilling i hver av de to kommunene.

#### *Spesialistkompetanse i kommunehelsetjenesten?*

En diskusjon i forlengelsen av behovet for psykologenes spisskompetanse, var hvem som skulle betale for den. Ledelsen i kommune B påpekte at psykologens tjenester i realiteten lignet på tjenester de fikk fra andrelinje. Dette var dermed en tjeneste kommunene burde fått av spesialisthelsetjenesten, og ikke en kompetanse som kommunen måtte betale for selv, over kommunalt budsjett. Lederen forklarte:

*"Hvis jeg i dag skulle velge om jeg ville hatt to-tre ekstra hender på sykeheim, eller dem, så ville jeg valgt to-tre til sykehjemmet. Den hjelpen vi får, burde vært fra spesialisthelsetjenesten og ikke ligge til kommunale tjenester (...). For meg er forskningstilnærming til hjerneskada ikke førstelinge, men andrelinje. Og for meg er dette en stor sorg. For jeg gikk inn i dette med stjerner i øynene og glede i sinnet, og snakk om å lande på magen! Jeg må si med Knut Hamsun: 'noen lykkes med*

*eder, andre feiler med bønn'. Det finnes ingen enkel oppskrift, og det at vi har vansker har vært gjensidig. Det er ikke bare psykologenes feil".*

Dette peker igjen på gråsonen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

#### *Rekruttering av psykologer til små kommuner*

En sentral problemstilling i denne studien har vært hvordan man kan rekruttere og beholde psykologer i små kommuner i distriktene.

Et forhold ved stillingene her, som ble trukket frem som attraktivt fra psykologenes side, var at en begrenset stilling som kommunepsykolog var relativt bra lønnsmessig i forhold til andre kommunale stillinger.

Psykologene var også slått av hvor kompliserte sakene i kommunene var, og at det var utfordrende og interessant. Det var viktig å få frem til andre psykologer. Den ene psykologen sa: *"Det krever mer faglig enn det en har lett for å tenke"*. Kompetansen i andre linje, var dessuten ofte ikke så god som man kunne ønske, og det overløt mye av ansvaret for brukerne til kommunene. Høy kompetanse i kommunen og nærhet til brukerne og deres miljø, var derfor viktig.

Begge psykologene var opptatt av at statusen i kommunen måtte heves. Nå syntes begge det var fint å være spesialist i privatpraksis også, men det var mange som undervurderte kommunen: *"Vi vil at alle skal vite hvor fint det er. Vi er ikke så avhengig av organiseringen - jeg klarer fint å styre meg selv. Men vi må være enige om hvilke oppgaver vi sammen skal løse. Når jeg sitter og jobber i (Kommune A), og sitter sammen med kolleger, så er det en egen stemning"*.

Kommunepsykologene så gjerne at ordningen ble videreført etter prosjektperioden: En sa: *"Jeg trives godt med spesialistkompetanse, nær brukerne"*. Han mente imidlertid at det var en stor fordel å ha vært i spesialisthelsetjenesten, før man tok jobben som kommunepsykolog. I andre kommuner har relativt mange av de ansatte bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten. I kommune A sa psykologen at tre hadde det. For å fange opp flere, må kommunen gjøres mer attraktiv som arbeidsplass, og mer "prestisjefyllt", for å få dyktige fagpersoner. Samtidig som det er viktig for fagpersoner å være i gode fagmiljøer "både av økonomiske og faglige grunner" mente psykologen: *"Skal man trekke til seg gode fagpersoner, nytter det ikke å friste med fin natur!"*.

## **2.5 Samlokalisering med fastlegene (Case 5)**

Empiri: Intervjuer med kommunaldirektør, oppvekstkoordinator, leder helsekontoret, psykolog og fastlegekontor. Årsmelding og planer.

### **Om kommunen.**

Kommunen har i underkant av 50 000 innbyggere, og har de seinere årene hatt befolkningsvekst på ca 500 per år, ikke minst som følge av innvandring. Arbeidsledigheten er lav. Det forventes at denne utviklingen fortsetter. Tross tilflytting av i hovedsak yngre mennesker, øker antall eldre per yrkesaktiv, og kommunen forventes å stå overfor store utfordringer i tiden fremover. Kommunen har også en gjeldsbyrde som er dobbelt så stor som den anbefalte, men er ingen ROBEK-kommune, noe som legger begrensninger på den økonomiske handlefriheten. Fellesadministrasjonen og skolehelse-

tjenesten nedbemannes (normtall tilsier dobbelt så mange), og kommunale fastlegekontor er foreslått privatisert. Men, som det heter i årsmeldingen til kommunen, så er de ”kritisk til å sette likhetstegn mellom antall hender (volum) og kvalitet”. I Rådmannens forslag til budsjett for 2012-2015 heter det at alt prosjektrettet arbeid krever ekstern finansiering. Kommunen har ca 2500 ansatte.

Arbeidet med å utvikle en forebyggings- og tidligintervensjonskommune har pågått i over 10 år, og har vært forankret i kommunene på øverste politisk og administrativt hold. Kommunen var en av de første til å prøve ut familiesentermodellen i Norge. Spørsmål om tilskuddet til og forankringen av psykologstillingene har vært diskutert både på kommunaldirektør og rådmannsnivå, og søknaden og innpassingen av stillingen må sees mot denne bakgrunnen.

### **Kommunal organisering**

Kommunen er organisert med rådmann, tre kommunaldirektører med ansvar for hver sin avdeling: Teknisk avdeling, Avdeling for oppvekst og kultur (OK) og Helse- og sosialavdelingen (HS). I helse- og sosialavdelingen inngår blant annet oppfølgingstjeneste for psykisk helse og rus, sykehjem, andre tjenester og NAV. Her er også psykologressursen plassert, i Helsekontoret med ansvar blant annet for fastlegetjenesten. HS er organisert med et eget tildelingskontor som tar i mot og behandler søknader om tjenester og bestiller tjenester hos dem som er ansvarlig for å utføre dem. OK består av flyktningstjenesten, grunnskolen, barnehage, kultur, bibliotek, barnevern og helsesøster- og utekontakttjenesten. I OKs fellesadministrasjon sitter det allerede en psykolog opprettet i forbindelse med modellkommuneforsøket.

### **Organisering for helhetlig tjenesteyting**

Kommunaldirektøren (HS) forteller at utfordringen i kommunene handler om samarbeid. Kommunen er stor og kompleks og et bedre samarbeid er tvingende nødvendig. Her er man avhengig av ledere som makter å se kommunen under ett, og møte de store utfordringene. Dette er blitt forsterket av samhandlingsreformen og av den nye folkehelseloven. Ifølge kommunaldirektøren er det viktig å forstå at samhandlingsreformen ikke bare handler om ”et HS-problem”, men et ”gjennomgripende problem”, for hele kommunen.

Oppvekstkoordinatoren, som er plassert i fellesadministrasjonen i OK, og har hatt en sentral rolle knyttet til å utløse statlige tilskudd, også psykologtilskuddet, beskriver arbeidet med utvikling og implementering av Handlingsplanen for barn og ungdom - som handlet ”om å starte en prosess som innebar at helhetlige tjenester kunne nås på andre måter enn gjennom samlokalisering” – som et vendepunkt. Hun forteller at handlingsplanarbeidet tok utgangspunkt i brukerkartlegginger og forskning som viste at det var veldig mange kommunale tjenester som ikke hang sammen, utført i forbindelse med modellkommuneforsøket. Ut fra den tradisjonelle tenkningen i kommunene var det en plutselig og overraskende innsikt at voksne med rus – og psykiske problemer hadde barn, eller at et barn med skoleproblemer og ekstraundervisning, egentlig hadde en psykisk syk mor. Dette er eksempler på former for ”yrkesskade”, som resultat av at tenkningen følger fagkompetanse og sektor og ikke brukernes behov. Utfordringen har vært å skape systemer på oppvekstsiden som følger ungene - det oppvekstkoordinatoren kaller en alders- eller oppveksttenkning. Det gjaldt å flytte blikket fra et sektor- til et brukerperspektiv.

Handlingsplanen var politisk forankret, og eksternt finansiert (via fylkesmann, opptrappingsmidler og andre statlige tilskudd). Det var viktig å arbeide tverrpolitisk rundt problemstillingene for å heve det over partipolitikken, og lage en organisering som kunne fremme målene i prosjektet. Også i dag har

denne forebyggende satsingen en sterk tverrpolitisk forankring, og hvor folkehelseperspektivene i stadig større grad kobles inn. Dette kommer til uttrykk i kommunens planarbeid, blant annet i Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2011-2016, og i Kommunal planstrategi 2012-2016 hvor levekår (blant annet folkehelse og oppvekst) inngår som sentrale elementer i det totale planarbeidet.

Arbeidet var med på å fremtvinge en gjennomgang av den kommunale strukturen, hvor man søkte å gå vekk fra den sektorielle tenkningen som tidligere preget kommunens virksomhet. Politisk har arbeidet resultert i opprettelsen av fellespolitisk komité som omfatter både OK og HS området. Organisatorisk har kommunen gått vekk fra det kommunaldirektøren kaller en "paddeflat struktur", med virksomhetsledere som rapporterte direkte til henne, noe som umuliggjorde "et blikk for omgivelsene". I dag rapporterer virksomhetslederne til personer som inngår i kommunaldirektørens stab eller til tildelingskontoret. Helsekontoret har imidlertid egen leder.

Det er møtefora og samarbeid mellom kommunaldirektørene, av opprettelsen av fellesadministrasjon i OK hvor strategiske ressurser og kompetanse knyttet til tidlig intervensjon og folkehelse sitter plassert, samt opprettelsen av flerfaglige familiesentra i ulike deler av byen som fungerer som organer som går på tvers av de ulike kontorene som inngår i OK (flyktning, grunnskole, barnehage, kultur, bibliotek, barnevern og helsesøster/utekontakt). I tillegg støtter rådmannen aktivt opp om oppvekstkoordinatorens arbeid, noe gjør at hun "kan løpe mellom" avdelingene uten fullmakter, å ta utviklingsoppgaven (mens psykologen i større grad kan ta de faglige oppgavene). I tillegg er det etablert felles samarbeidsorgan på tvers av avdelingene i kommunen, og også mot spesialisthelsetjenesten, noe som gjør at kommunaldirektøren føler at kommunen er i godt inngrep med reformen. I tillegg har HS en egen person som ser på utdannings- og kompetansenivået blant de ansatte i kommunene, og forsøker å tilpasse det til omverdenens krav.

Det er også bygget opp 4 familiesentra, som skulle ha tverrfaglige funksjoner i forhold til de tradisjonelle fagområdene innenfor OK. Familiesentraene har en koordinator, en helsesøstertjeneste og en åpen barnehage. Koordinatoren har ingen arbeidsgiverfunksjon, men forsøker å se ulike innsatser i sammenheng. Felles administrasjonen har også betydelige samordnende funksjoner innenfor OK-området og også til dels på tvers av avdelingene. Begge grep forutsetter at ledere på neste forvaltningsnivå følger opp tingene på tvers, og gjør det som de er blitt enige om.

#### **Begrunnelsen for modell samlokalisering med fastlegene.**

Det er en felles analyse hos kommunaldirektørene leder for helsekontoret og oppvekstkoordinator at utfordringene med å utvikle helhetlige tjenester særlig har foregått innenfor OK feltet, og at samarbeidsutfordringene i dag er størst knyttet til Helse- og sosialavdelingen (HS) hvor diagnosetenkningen står sterkest. Kommunepsykologressursen skulle derfor brukes til å utvikle den helhetlige tenkningen her. Tross dette var søknaden om psykologtilskudd ikke forankret hos fastlegene før psykologen kom, noe som handlet om tidspresset i forbindelse med søknadsarbeidet.

Psykologkompetansen kan slik sett forstås som et svar eller alternativ til utfordringene knyttet til den medisinske og diagnostiske tenkningen.

Plasseringen av stillingen på Helsekontoret innenfor HS-området, var strategisk. Helsekontoret har det kommunale ansvaret i forhold til fastlegene, men også til institusjonene (sykehjemmene). Det er ikke så mange som sitter på Helsekontoret, men det var likevel den mest naturlig organisatoriske plasseringen, sier de. Det er imidlertid ikke gitt at legestanden selv opplever at de trenger psykolog,



sier kommunaldirektøren. Stillingen var lagt opp slik at psykologen må vinne sin egen legitimitet, by på seg selv, være på tilbudssiden, og lære kommunene og kjenne, og så etter hvert vil folk begynne å etterspørre tjenesten.

Oppvekstkoordinatoren bruker barn og rus/psykiske lidelser, for å illustrere fastlegenes sentrale plass i forebyggingsarbeidet, og utfordringene med å trekke dem med i arbeidet. Grunnleggende sett er arbeidet prioritert av kommunens politiske ledelse og administrasjon, og forankret i lovgivningen (helsepersonellovens § 10a om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn). For å få til dette spiller legene en viktig rolle. Legene har viktige roller i forhold til barn som pårørende og barn og unge generelt. Samtidig mangler ofte allmennpraktikerne kompetanse på psykisk helse. Blant annet er det legene som må underskrive henvisninger til BUP, men ofte stopper disse henvisningene opp hos fastlegene, det går for seint, og de kan bli "propper i systemet". Kommunene har i samarbeid med Helsedirektoratet forsøkt å skolere leger og andre i kommunene på å bruke et eget skjema knyttet til dette arbeidet. Ifølge oppvekstkoordinatoren burde man vurdere om henvisningsretten burde ligge et annet sted enn hos legene, "for eksempel hos helsesøstrene, som er de som likevel skriver henvisningene i praksis".

Det er en slik analyse som ligger bak ønsket om å koble psykologressursen til kommunene, og å samarbeide tettere med legene. Oppvekstkoordinator (kommunaldirektør), og helsesjefen (HS/helsekontoret) har etablert kontakt på systemsiden, for å sikre forankring av tenkningen blant aktører som har myndighet til å påvirke på tvers. De delte analysen av at det var fornuftig å koble psykologressursen/kompetansen til legene. Psykologen skulle inngå i en utviklingsoppgave, hvor psykologen i fellesadministrasjonen OK og psykologen i HO skulle være med på å forme rollen. De kunne ha legitimitet i begge systemer, vil dekke både barn, unge og voksne, og ville med plasseringen på helsekontoret kunne komme lett i dialog med legene.

Psykologene sitter nå sammen med kommuneoverlegene i kommunen, og har møter sammen med dem. Ifølge lederen for helsekontoret var det vanskelig å plassere ham. Det var ikke riktig å sette ham på et kontor sammen med legene. Poenget med stillingen var at den skulle bidra internt og mot alle legekantorene i kommunen.

#### **Hvorfor psykologenes kompetanse betraktes som sentral.**

Kommunaldirektøren fremfører flere resonnementer for hvorfor psykologenes kompetanse er sentral for å virkeliggjøre kommunens strategi for å bygge ut lavterskeltilbudene i kommunen:

For det første handler det om å gjøre folk trygge på at normale reaksjoner ikke er farlig – kompetansen er bygget ut på familiesentraene i byen, men kunne også være tilgjengelig på legekantorene. Psykologenes kompetanse er knyttet til diagnosesetting og testing. Men det er mange som ikke vil trenge dette. Psykologen kan, i samarbeid med psykiske helsearbeidere, psykiatriske sykepleiere eller for den sakens skyld helsestasjoner, gjøre dem sikrere i forhold til å bistå i avgjørelsene om hvem som trenger hva.

Videre kan psykologen brukes til kompetansekrevede avklaringer, rådgivning, og til samarbeid med psykologen i OK (en del av modellforsøket), og knyttet til de ulike oppvekstprosjektene i kommunen. En psykolog kan imidlertid ikke fungere alene, men må ha et miljø rundt seg. Dette var en begrunnelse for at stillingen ble integrert i helsekontoret (med ansvar for fastlegene).

Psykologkompetansen er også en nøkkelkompetanse for samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Ifølge kommunaldirektøren er det viktig (men vanskelig å opprettholde) spisskompetanse i kommunen, slik at det er mulig å diskutere/overprøve spesialisthelsetjenestens vurderinger knyttet til hvor grensen mellom statens og kommunens ansvar skal gå i den enkelte sak. Dette gjelder også på det somatiske området. Per i dag ligger disse vurderingene diskusjonene på tildelingskontoret (forvaltningen) i kommunen, og de har ingen enkel jobb.

Ifølge oppvekstkoordinatoren er kompetanse den andre siden av organisering. Særlig gjelder dette i sammenhenger hvor de økonomiske rammene blir trange, eller nye arbeids- og ansvarsdelinger skal utvikles. Da må det være noen som har kompetanse og faglighet til å fastholde brukernes perspektiv. Når for eksempel BUP forskutterer den nye arbeidsdelingen i samhandlingsreformen ved å trekke seg ut fra flere tverrfaglige team, så er det lett å tillegge de økonomiske nøklene som er knyttet til reparasjon større vekt enn forebygging. Det er i denne forbindelse psykologstillingen blir sentral.

Endelig er det som kjennetegner psykologenes kompetanse at de ikke er "yrkesskadd". Med dette mener hun at det virker som om psykologene (i motsetning til legene) har et bredt analysefelt i forhold til ungenes behov, og som i større grad går inn i den kommunale virkeligheten. Samtidig har de en "naturlig autoritet" som får gjennomslag på tvers av systemene (OK og HS). Det er derfor ikke tilfeldig som hun sier at psykologstillingen er plassert på sentralt nivå i kommunene. Det er viktig at den ikke blir knyttet til en sektor eller en enhet, noe som fort tilføyer hun, kan bli en utfordring.

Samtidig er det viktig at psykologressursen ikke bare overtar andrelinjetjenestens oppgaver ("her kommer vi til å få problemer"). Kompetansen må brukes på tvers. Dette hensynet må balanseres mot ønsket om å bevare psykologenes kliniske kompetanse, dvs. deres ønske om også å få brukt denne siden av kompetansen sin. Slik sett beskrives tjenesten som utvikles som en 1 ½ linjes kompetanse. Her befinner også utfordringene for psykologen seg, dvs. å finne en balanse mellom første og andrelinjetjeneste, i tillegg til "ensomheten i forhold til å prioritere".

### **Oppgaver og utfordringer i arbeidet**

Psykologens oppgaver er mange. Han driver med veiledning av personale på oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus, han bistår helsestasjonene med "screening", og veileder legevakt i forhold til seksuelle overgrep. Han var også tiltenkt en rolle i forhold til en intern konflikt i kommunen om ansvars- og rolledeling mellom psykisk helseteam, og tildelingskontoret i kommunen som de er organisatorisk underlagt. Den viktigste oppgaven har imidlertid vært i forhold systemnivået, og i forhold til legekantorene, for å få dem til i større grad å se seg selv som "en del av problematikken". Psykologen ble også valgt fordi han selv hadde en erfaring og kompetanse som kunne "matche" legenes, fordi han hadde erfaring fra spesialisthelsetjenesten og privatpraksis, hadde et kjent navn, og hadde interesse for organisasjonspsykologi og systemarbeid.

Ifølge oppvekstkoordinator har det at psykologene har blitt rekruttert inn i dette ført til et "kvantesprang" i forhold til den tidligere samhandlingen med legene: "Tidligere var samhandlingen negativ, nå er det i større grad mulighetsrommet som utforskes". Kommunaldirektøren mener arbeidet mot fastlegene har vist seg vanskeligere enn det de hadde tenkt. Det kan handle om at det er inngått arbeidstidsavtaler som ikke passer med kommunenes behov, og som gjør at det er vanskelig å mobilisere dem i opplæringsløpene. Det kan handle om at kommunene ikke har anledning til eller penger til å frikjøpe legene til utviklingsoppgaver. Begge deler beskrives som former for systemfeil.

Resultatet er at mange leger ikke deltar i utviklingsarbeidet i kommunene. De klarer ikke å holde seg à jour med omorganiseringene - og det er varierende forståelse fra lege til lege om at de faktisk skal inn i denne prosessen. Kommunelegene har imidlertid større mulighetsrom og er lettere å få inn i prosessen. Dette blir imidlertid vanskeligere hvis kommunelegene privatiseres. For det er som lederen for helsekontoret sier, "en annen styringsrett når legene er kommunale, enn når de er en likeverdig avtalepart som drives på kontrakt".

Lederen for helsekontoret mener også det har vært vanskelig å finne en god link mot fastlegene, selv om det har vært gjort flere forsøk. Det har vært tatt opp i samarbeidsutvalg med legene; de har vært til stede på allmøter med legene, og det er også gjort et arbeid i forhold til hvert enkelt av kontorene, og også det kommunale legekantoret, og de har blitt tilbudt felleskonsultasjoner.

Utfordringene har vært flere:

Det handler om legenes somatiske orientering. De liker å løse saker, og få sakene unna. Det handler også om at legene har privatpraksis, noe som gir et annet handlingsrom, og driver business. Tiden er knapp, og relasjonsbygging blir nedprioritert. Videre vil legene gjerne ha noen å henvise til. De ønsker seg en lett poliklinikk, slik at de slipper å stå i kø til spesialisthelsetjenesten. Men selv om de ser behovet, så bruker de likevel i liten grad muligheten. Turnoveren på legekantorene er også stor.

Ifølge lederen på helsekontoret handler det om tålmodighet. Psykologen har ennå vært på kontoret kort tid (3/4 år), og "Det skal ikke mange suksesshistorier til før det vil gå bedre". Men han vil så langt ikke spekulere over resultater av innsatsen, det får andre avgjøre, men sier han "vi har ennå ikke fått dreisen på systemarbeidet".

### **Psykologen**

Psykologen (spesialist i klinisk psykologi), en godt voksen mann med bakgrunn blant annet fra spesialisthelsetjenesten og privatpraksis, med en interesse for organisasjonspsykologi, og har jobbet i stillingen under et halvt år på intervjuetidspunktet. Han har aldri jobbet i kommunen før, som han beskriver som en "mastodont av en organisasjon". Hans bakgrunn er sykehusene (psykiatrien) som selv om det var konkurranse mellom leger og psykologer var del av en legedominert orden.

Han sier han søkte på stillingen pga av innrettingen på reformarbeidet i kommunen (og staten). Fokuset på forebygging, tverrfaglighet og lettere psykiske lidelser - og vekk fra kronikergrupper, poliklinikk (som lett blir så likt spesialisthelsetjenesten). I tillegg var det interessant å være med på å bygge opp en ny tjeneste.

Han forteller også om hvordan spesialisthelsetjenesten har blitt veldig standardisert og byråkratisert, med mye utredning og prosedyrer, men liten tid til behandling. Dette er ikke kommet til kommunene ennå. Her slipper de å utrede og å sette diagnoser. I stedet handler det om å være tilgjengelig.

Stillingen er plassert på helsekontoret i kommunen med ansvar for, men ikke lokalisert sammen med legetjenesten, vaksinasjons- og smittervernkontoret, eldrehelsetjenesten, fengselshelsetjenesten, 2 kommunale legesentra, legevakten og helsestasjon for rusmisbrukere.

Han opplever at kontoret er dominert av somatikken og økonomien i kontoret er knyttet til det å ta seg av eldre og demente, og som ikke har blitt noe mindre viktig etter samhandlingsreformen. Ledernes tid går til sykehjemmene, hvor det store antall årsverk og investeringene går. Han har fått en overstrømmende mottakelse på kontoret ("en mur av velvilje"), men de (fastlegene) fortsetter å

drive med sitt... Dette gjør også at psykologen beskriver kontorleder for Helsekontoret som en interessert, men ikke veldig strategisk leder. Bruken av psykologressursen er ikke av strategisk interesse for dem. Han orienteres (for eksempel om aldersspektret samlokalisering som ikke skiller mellom barn og voksne), slik også oppvekstkoordinatoren orienteres, men utviklingsarbeidet og fremtidsplanene, skjer i større grad i samarbeid med den andre psykologen.

Psykologen uttrykker ambivalens knyttet til "den frittflytende organisatoriske plasseringen". På den ene siden ønsker han struktur, på den andre siden ønsker han ikke å være en del av linja. Han ønsker imidlertid å være en del av det han kaller "bølgen", og som er knyttet til den energien den kommunale tidligintervensjons- og forebyggingssatsingen utløser.

Det legges imidlertid planer (på intervjudtidspunktet) for en ny psykologstilling (finansiert av barnevernet), en søknad som informanten har vært med på å utvikle. "Spesielt ville det vært viktig å få dekket opp hele aldersspekteret med psykologer", hevder psykologen" slik at psykologen i OK kunnet ta de små barna, en kunne ta de voksne og en tredje, ny psykolog aldersgruppa 7-18 år":

*"Kanskje man kunne utvikle et team (ikke en virksomhet), lage et miljø og få koblet merkantilt personale til, så kunne man jobbe mer systematisk, møtt helsesøstre, pedagoger, jordmødre og sosionomer og utviklet tjenesten som en halvannenlinjetjeneste? Og med ulik administrativ tilknytning for psykologene kunne vi jobbet mer på tvers av avdelingene".*

Psykologen reiser spørsmål om hvor den riktige plasseringen burde være. Innflytelsen ligger i helse, men der står somatikken så sterkt, og det er ingen kritikk, som psykologen sier: "Vi må finne ut hvor vi skal inn i organisasjonen. Vi hører hjemme på overordnet nivå, strategisk nivå, i stab. Jeg ønsker ikke å være i linja, med den administrasjonen som følger av dette, jeg er først og fremst fagperson".

Samtidig understreker han at han i dag er "legenes mann". Kliniske saker fra dem må prioriteres, og så må andre oppgaver tas etter hvert, drøfting av vanskelige saker, felles konsultasjoner etc. Og det er mange brikker som må falle på plass før man kan gå videre.

Psykologen peker også på en uoversiktig organisering. Tilsynelatende er organisasjonen flat. Virksomhetslederne rapporterer imidlertid, ikke til kommunaldirektøren, men til personer i stab. Samtidig finnes det et tildelingskontor med stor makt. Helsekontoret har for eksempel ansvar for helsestasjonen for rusmisbrukere, men det er tildelingskontoret som bestemmer hvem som skal få hva. Slik er det også for oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus og rehabiliteringssenteret.

Han beskriver også en organisasjon hvor det er mange prosjekter, med veldig mange prosjektstillinger, og hvor det kan være vanskelig å få oversikt i over alt som foregår. Ifølge psykologen er det mange som rører i samme gryte. Psykologstillingen beskrives som en del av denne uoversiktligheten: Det er søkt om og utløst midler til stillingen, men søknaden var ikke drøftet med dem det gjaldt: Forslaget om samlokalisering av stillingen på legekantoret var ikke forankret hos fastlegene. Forslaget var ikke drøftet med dem "De visste ikke at jeg skulle ansettes eller at vi skulle arbeide sammen. Dette kunne ha skjedd på forhånd", ifølge psykologen.

Tanken bak modellen "samlokalisering med fastlegetjenesten" er at fastlegene er viktige fordi de møter brukerne tidlig, fordi de sitter i en portvaktfunksjon og fordi de ofte er tiltenkt viktige koordinerende roller. Derfor er det viktig å komme i inngrep med dem. "Systemet baserer seg på at

legen kan alt, men det kan de ikke. De yngre legene forstår det". Samtidig driver de butikk, som han sier, og å få dem inn i samarbeid som ikke er regningsvarende, er derfor vanskelig, hvis ikke kommunen tilbyr tapt arbeidsfortjeneste.

Måten psykologen har gått frem på for å få kontakt med legene, og å få etablert seg i systemet på er å selge seg inn. Dette skjedde ved å reise rundt til samtlige legekontorer (ikke enmannsforetak), og besøke dem i lunsjen.

Her presenterte han seg, fortalte hva ressursen kan brukes til og utveksler erfaringer. Han satte det inn i rammene bak samhandlingsreformen og psykisk helsevern. Forteller om hvordan han kan brukes til veiledning, felles konsultasjoner eller drøfting av enkeltsaker, men også at han kan henvises til. Her forsøker han å være tydelig på at henvisningene ikke gjelder pasienter som hører hjemme i spesialisthelsetjenesten, for eksempel ADHD. I stedet må henvisningene gjelde lettere angst, søvnproblemer, depresjon etc. og gjerne uten en lang sykdomshistorie. Hvis man investerer her så kan man forhindre kronifisering.

Utfordringene slik fastlegene opplever det, er ifølge psykologen, at det er vanskelig for dem å henvise videre. Det er så lange ventetider, også for privatpraktiserende psykologer. Det er i denne sammenhengen psykologstillingen kan komme inn. Fastlegene trenger, ifølge psykologen, et apparat rundt seg, knyttet til muskel- og skjellettlidelser, psykiske lidelser og rus. Dette tar dagene deres, båndlegger deres tid. Det er imidlertid store forskjeller mellom legene når det gjelder henvisningspraksis. Noen leger er raske med å henvise til spesialist, og ønsker bare å gjøre det, mens andre også kan henvise til helsesøstre eller til familiesentra når de kjenner dem.

Samtidig er spesialisthelsetjenestens kompetanse i forhold til psykiske lidelser ofte oppskrytt – den utgjør ikke "G-faktoren" (en forkortelse for "generell intelligensfaktor"). Erfaringskompetanse er undervurdert, hevder han, og ofte er kompetansen like gode i kommunene. Det er ikke alltid slik at det viktigste for en hver pris er å snakke med en psykolog, i stedet handler det om venner og familie, og om å skape stabilitet over tid slik for eksempel Oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus arbeider, eller om det psykiske helsearbeidet helsesøstre på skolene driver.

De største utfordringene er imidlertid i barnevernet hvor gapet mellom ansvar og kompetanse er størst. Ofte mangler de formelle kvalifikasjoner, men likevel har de ufortjent lav status, uten noen ordentlig god begrunnelse.

Resultatet er at det hender legene ringer psykologen, selv om psykologen ikke føler seg "nedringt". Det har kommet en henvendelse om felleskonsultasjon. Men de fleste sakene har handlet om drøfting av enkeltsaker hvor psykologen har tatt henvisning hvis den de har henvist er i målgruppa (samtidig som man ennå ikke helt hvem som inngår i målgruppa). En pasient ble de enige om at burde henvises til BUP. For psykologen er det et paradoks at han (psykologene) ikke har henvisningsrett. De er kvalifiserte til å behandle, men kan ikke henvise. De fleste som henvises til ham er yngre personer, men en har vært nesten 60 år. Samtaletiden er fra 4-5 timer og unntaksvis opp til 12 timer. Det kan handle om skilsmisse, dødsfall, arbeidsmiljøproblemer eller situasjoner hvor folk føler seg emosjonelt ruinerte, og da er dette ofte et tilstrekkelig timeantall. Det har tatt en viss tid å avklare hvor mye tid som skal brukes på det kliniske arbeidet, i tillegg til veiledningsoppgaver fra helsesøstre, skoler og leger etc. Og det er ikke noe problem å ta 4-5 personer i uka. På denne måten blir psykologen en slags halvannenlinje mellom fastlegene og psykiatrien.

Psykologen har tatt kontakt med andre kommunepsykologer og sett at deres stillinger ikke fremgår på nettsider etc. Stillingen er heller ikke synlig i denne kommunen.

Det psykiske helsearbeiderne i kommunen, har ifølge psykologen vært dominert av etablerte profesjoner som sykepleierne, sosionomene og pedagogene (lærerne). Men i tillegg har du helse-søstrene som er flinke, ofte flinkere enn de selv tror, og i realiteten fungerer de som "barfot-psykologer", ifølge psykologen. Disse burde fått mer bistand.

Psykologen forteller at også hos privatpraktiserende psykologer er det kø. Psykologen kjenner dem, og ønsker å lage et møte mellom dem og fastlegene for å diskutere utfordringene.

### **Legenes rolle.**

Jeg besøker et fastlegekontor som består av fire fastleger (allmennpraktikere), en turnuskandidat, og 4-5 legesekretærer. De fire fastlegene har jobbet sammen i 15 år, og beskriver fordelene ved å jobbe sammen som firedelt; man kan overta for hverandre ved fravær, kurs etc.; det blir lettere å få til faglig utvikling (de har månedlig faglig forum); og det er mulig å søke råd hos andre når man lurer på noe, endelig kan man dele alle de vanskelige oppgavene på fire (drift, personal, regnskap etc). Kontoret har allerede koblet til seg en psykiater som brukes til felles konsultasjoner og veiledning i vanskelige enkeltsaker.

Møtet er preget av at legene kommer og går; av en morsom og til dels ironisk tone (også om meg og min kompetanse), og av et sinne knyttet til forslaget om bøter i forbindelse med nytt sykefraværsregime: Vårt ansvar er å dekke "øyeblikkelig hjelp" sies det, ikke å gå på "drittmøter". "Allmennpraktikerne er blitt en søppelboks, og nå har vi begynt som reisebyrå også". "Nå er nok nok... dette er feil bruk av ressurser".

Teamet gjør seg en rekke refleksjoner mens jeg er der:

For det første forteller de om en travel hverdag. De møter 15-18 pasienter hver dag. Hvis vi ser at pasientens situasjon er alvorlig "spiller vi trekkspill med tiden", og skyver på de andre, men dette blir fort vanskelig. Ofte settes det av dobbelttimer når det trengs mer tid, og noen ganger strekker vi dem også. Men hverdagen er travel, travlere enn før, og virkeligheten er at man nesten alltid er forsinket. "Enkelt sagt er det dette fastlegene hverdag handler om",<sup>1</sup> sies det.

Legene føler et stort behov for bistand fra andrelinjetjenester. De gir uttrykk for at mange har behov for andrelinjetjenester, og at deres pasienter ikke får den hjelpen de trenger. Ikke minst gjelder dette psykiatri, hvor det også er mulig som allmennpraktiker å si "at alt som er psykiatri skal henvises videre".

Legene har fått så mange avslag, sies det, på spesialisthelsetjeneste, at de har gitt opp; "Vi har ikke kapasitet, sier andrelinja, eller dette bør dere klare selv". Og "det er også det vi sier til våre pasienter: Dette må vi klare selv". Barn og unge prioriteres, men det er for lenge å vente på BUP (og DPS), og de har også en praksis om sirkulasjon, dvs. at behandlingen skal avrundes etter et år, og da må du starte på nytt. I tillegg er det mange flere enn barn og unge som "sitter fast", og som har så mye plager som kunne hatt nytte av andrelinjehjelp". Men de får det ikke. Psykologer med avtale er fullt belagt, og du får ikke innpass. Legene forteller også om manglende kapasitet hos privatpraktiserende psykologer. Nav har også et tilbud, de har også arbeidsevnepsykolog. Men uansett problemer, så får de 18 timer

til avklaring og oppfølging, men de trenger mer og burde utredes bedre. Men så får de henvisning til poliklinikk, men der møter de ikke.

For det tredje er de, på spørsmål fra meg, enige om at veldig mange av pasientene har lettere psykiske lidelser, angst og depresjon, og diffuse muskel- og skjelletlidelser. De er imidlertid ikke tydelig på hvordan en ekstra psykologressurs kan benyttes i arbeidet med denne gruppa. Ifølge legene burde psykologressursen hatt en klarere formell forankring, og de hadde synspunkter på hvem og hvordan han skulle behandle: Deres tilnærming var individorientert, mens kommunene (og psykologen) snakket om at mer skulle være på "systemnivå" ("jeg skal ikke bare brukes til klinikk", hadde psykologen sagt). Dette systemnivået opplevde de som "svevende og der oppe", og de ønsket at de (les kommunen) burde komme med noe mer. De var heller ikke tatt med på råd knyttet til plassering, definisjon og bruk av psykologressursen.

Praktikanten spør: "Men er det ikke nettopp dette legene har etterlyst, et behov for lavterskel henvisninger innenfor psykisk helse?". "Mange pasienter kunne trengt psykolog, og hadde vi vist at psykologen var der for oss, så hadde vi brukt ham" sies det, "men da ville han ha druknet": "Kanskje en psykolog kunne ha hatt en viktig oppgave i forhold til klienter som faller mellom stoler, og hvor man trenger å finne ut om de er syke eller ikke. Fastlegenes jobb er jo ikke å diagnostisere, men sortere – hvem skal behandles hvor". En annen lege sier "vi har en 18 åring som virkelig er ute å kjøre. Han vil ikke involveres i noe, han vil ikke på BUP, VPO eller på rus, han vil ikke inn i et behandlingsapparat. Kanskje kommunepsykologen kunne ha vært noe her"? Samtidig vises de til eksempler på hvordan psykologressursen er brukt, blant annet som mellommann i forhold til ungdom som trengte bistand raskt, og hvor det ville ta for lang tid å vente på BUP eller DPS.

For det fjerde har kontoret allerede en psykiater knyttet til seg, og som benyttes i felles konsultasjoner og til drøfting på kontormøter. Når det trengs å diskutere en sak eller få faglige råd, og få en bekreftelse på at det man gjør er rett, gjerne i forhold til litt vanskeligere pasienter, som det sies, så gjør de det med ham. Her kan man for eksempel diskutere en mann med store magesmerter, men som også sier at han også har humørsvinginger, og går i kjelleren enkelte dager. Da kan fastslegekonsultasjonene, kombineres med medisiner, og her fant vi en god løsning. Felles konsultasjoner fjerner også mange pasienters redsel for psykiaterne.

For det femte forteller de om utfordringene med å holde kontakten med alle instansene og kontaktpersonene i kommunen: "Det nytter ikke å holde oversikt". "Jeg tar kontakt med de jeg kjenner", spissformuleres det, "enten det er psykiater eller (privatpraktiserende) psykologer". Samtidig fortelles det også om kontakter med poliklinikker, og andre. På spørsmål fra meg om det kan være noe riktig i påstandene om at legene har vanskelig for å etablere i samarbeid med andre instanser, hevder de at dette er noe de ikke kan kjenne seg igjen i. De har tverrfaglige møter mange ganger om dagen, og får godt betalt for det, og har et system for hvordan man kan steppe inn for hverandre, slik at alle ikke er ute samtidig. De har også felles kurs med andre faggrupper, for eksempel fysioterapeuter, noe som oppleves som svært nyttig.

### **Forebygging – institusjonalisert, men skjørt**

På tross av at dette er en kommune hvor forebyggings- og tidligintervensjonstenkningen er kommet langt, så er det likevel en opplevelse at satsingen er skjørt:

På helse- og sosialområdet er ressursene alltid truet, de står i fare for å gå med "i sluket", ikke minst knyttet til de store oppgavene på pleie- og sykehjemsområdet. De er også mye mer sektororganisert (og legestyrt). Videre tar det lang tid før satsingen på tidligintervensjon viser seg. Det gjør det viktig å "å overleve på kort sikt, men å fastholde visjonene". Hvis vi ikke holder fokuset, så er vi tilbake til skyttergravene, mener oppvekstkoordinatoren.

Videre må nye ledere (politiske og administrative) læres opp på nytt, og da gjelder det at de har fokus på ikke sektorene, men på det som forener sektorene brukeren eller levekårsperspektivet. Det er daglige utfordringer fordi de ulike systemene som finnes ikke passer overens med den strukturen som man forsøker å bygge opp (man jobber motstrøms). Seinest i år var flere av de vedtatte tverrgående tiltakene ikke lagt inn i budsjettet. "Det blir rettet opp, uten at noen ble sure, men det skjedde".

Koordinatoren mener videre at Kostra (KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner) ikke underbygger en slik forebyggingstenkning. Et stort spørsmål er hvordan prosessen skal ledes videre. Den synes, tross organisatorisk og politisk forankring, knyttet til strategisk plasserte enkeltpersoners innsats. Så langt har oppvekstkoordinatoren et sentralt ansvar, men hun vil etter hvert slutte. Hvem skal erstatte henne? Dette kan ikke være sektorledere, det må finnes en faglig innfallsport. Kanskje en psykolog? Kommunen er imidlertid kommet så langt at den ikke lenger er avhengig av en enkeltperson, hevder hun.

Samtidig forteller levekårsplanens integrasjon i plan- og byutviklingsarbeidet at ting begynner å henge sammen, selv om flere av de organisatoriske dynamikkene drar i en annen retning. Og de som begynner å jobbe sektorovergripende vil ikke tilbake til den gamle arbeidsformen. Men lederne på avdelings- og kontornivå må kjenne tenkningen og vite hvor vi skal, for at arbeide skal lykkes. Det er også viktig å feire de små seierne, ikke bare fokusere på manglene.

Slik sett er tre forhold sentrale med tanke på å forankre tidlig intervensjonstenkningen i kommunen: Du må ha god innflytelse på lederne i kommunen, du må ha kompetansen, og du må ha en plassering som er høy nok til at du kan samhandle på tvers.

### **Oppsummering**

Dette er en kommune som over lengre tid har forsøkt å utvikle en forebyggings – og tidlig-intervensjonsprofil/tidligintervensjonsprofil, og som også i nytt planverk integrerer denne tenkningen i utviklingen av byen. Tenkningen er forankret på politisk hold, hos rådmann og kommunaldirektører, og er også støttet opp av en politisk og administrativ organisering, som på tross av at det ikke fremkommer så tydelig på organisasjonskartene, søker, å ivareta flerfaglige og tverrsektorielle funksjoner, ikke minst knyttet til barn og unge (oppvekst).

Tenkningen synes likevel mer utviklet innenfor OK-området, enn innenfor HS området, noe som på den ene siden knyttes til at HS området er styrt av de store utfordringene og volumer knyttet til pleie- og omsorgssektoren, og som har betydelige konsekvenser for kommunens økonomi. I tillegg snakkes det også om at legedominans innenfor HS-området (portvaktfunksjoner, og funksjon som propper) kan ha noe med saken å gjøre, og at de er frakoblet den faglige tenkningen og de omorganiseringene som ellers skjer i kommunen.



Uansett synes forsøket på å koble psykologressursen sterkere til en samlokaliseringsmodell, å være et strategisk svar på ønsket om å koble HS tydeligere til tenkningen ellers i kommunen, og til OK-området. Oppvekstkoordinatoren spiller en sentral administrativ rolle i forsøket på å utvikle og forankre forebyggingsrollen. Hun er også meget aktiv i å utløse statlige tilskudd og prosjektmidler (psykiatri, modellkommuneforsøk, storbymidler etc.) til kommunale tiltak som understøtter satsingen, noe som antakeligvis er med på å forklare den nære og langt utviklede sammenhengen som eksisterer mellom statlig tenkning på området og kommunale strategier.

Ifølge oppvekstkoordinatoren er imidlertid verken en slik politisk og administrativt forankret forebyggingstenkning, eller en tilskuddsbasert kommunal utviklingstenkning nok til å forankre å opprettholde forebyggingstenkningen. Kortsiktige (men strukturelle) hensyn basert på organisatoriske og økonomiske dynamikker drar hele tiden i retning av "yrkesskade" som oppvekstkoordinatoren, sa det, av sektortenkning og reparasjon, og forebyggingstenkningen står hele tiden i fare for å svekke eller vanne ut tenkningen. Tenkningen må kontinuerlig holdes ved like, og ha en sterk faglig forankring. Det er her psykologenes faglige autoritet som anerkjennes over alt, og deres forståelse av at gode resultater krever at mange andre aktørers innsats mobiliseres i tillegg til behandlingen, står sentralt.

En utfordring ved en slik aktiv bruk av statlige tilskudd for å utvikle og finansiere utviklingsfinansiering kan være (til dels uoversiktlig og) mange, midlertidige prosjekter, og som ikke alltid er like godt forankret blant de berørte virksomhetene. For samlokaliseringsmodellen innebar det som vi så, at psykologressursen, tilkom, uten at bruken av ressursen var forankret hos fastlegene.

Kommunepsykologen har fremdeles vært ansatt i så kort tid at det ikke er rimelig å trekke noen endelig slutning om den formelle plasseringen av stillingen eller av psykologens innsats. Plasseringen på legekantoret er potensielt sett en maktfull plassering, men innebærer imidlertid ikke at legene umiddelbart klarer å integrere ressursen i sitt arbeid. Dette kommer også til uttrykk i kommunens plan for legetjenesten 2007-2016, som inneholder lite materiale om hvordan legetjenesten kan inngå i kommunens samlede innsats på forebyggingsfeltet.

Vi så også den betydelige innsalgsjobben psykologen sto overfor vis a vis fastlegene. Deres tenkning synes i liten grad å vitne om at de forstår seg selv som del av et lokalsamfunn og en kommune hvor også andre yrkesgrupper og instanser kan bidra i forhold til deres pasientgrupper med lettere psykiske lidelser og muskel- og skjellett lidelser. De jobber individorientert som de sier, og ser ikke behovet for noen systemtenkning. De har mye å gjøre, men ser ikke behov for "avlastning" utover dette. Derimot ønsker de å henvise vanskelige saker eller pasienter som har behov for det, videre til spesialisthelsetjenesten, og da fortrinnsvis til de personer de kjenner, men her er det ikke kapasitet.

Kommunepsykologen (men også den tidligere psykologen) har ønsket stillingen fordi han som han sier ønsker å være en del av "bølgen". Dette henviser nettopp til den tenkningen knyttet til lavterskel, tidligintervensjons- og forebyggingsideologien som synes å ligge i tilskuddsutlysningen, og som også synes å ligge i forlengelsen av flere statlige reformer av typen NAV, samhandlingsreformen etc. Det virker som de opplever at det er i kommunen den faglige og organisatoriske fornyelsen ligger, og ikke i spesialisthelsetjenesten hvor de tradisjonelt har blitt rekruttert.

Tross betydelig satsing, er det likevel mulig å oppfatte satsingen på forebygging som en skjør satsing. Rådmannens budsjettforlag for 2013 innebærer forslag om nedskjæringer i forhold til fellesadministrasjon og helsestasjonene, som er viktige aktører i forebyggingsarbeidet.

Og mens psykologen fremdeles, og i stor grad alene, utforsker muligheten for et tettere samarbeid med fastlegene forsøker han også å legge strategier for en tettere samarbeid med eksisterende psykologressurs i OK, nyrekruttering av en tredje psykolog, og mulighetene for å lage et team på tvers av avdelingene som kunne betjene alle aldersgruppene i kommunen.

Kommunen har allerede en psykolog knyttet til "modellkommuneforsøket", og som den nye kommunepsykologen knyttet til samlokaliseringsmodellen, samarbeider tett med.

## 2.6 Familiens hus (Case 6)

Empiri: Intervju med psykolog, kommuneoverlegen, gruppeintervju med ansatte på familiens hus, (logoped, barnevern), helsesøster, psykiatrisk sykepleier. Observasjon av møte i kommunestyre om samhandlingsreformen. Leder for regionrådet.

### **Om kommunen**

Kommunen er en utkantkommune med ca 2500 innbyggere, og et innbyggertall som har vært svakt dalende de siste årene. Ledigheten er lav og kommunen er plassert i nærheten av stort industri-anlegg, hvor nær 1/3 av kommunenes innbyggere arbeider, like mange inngår i offentlig administrasjon og tjenesteyting. Bedriften har 4000 ansatte, fra 54 nasjoner. Økonomien i kommunen er god, og antall eldre over 80 år ser ut til å synke i årene fremover, og slik sett ikke legge kommunen under et sterkt prioriteringspress i tiden fremover. Kommunelegen beskriver folkehelseutfordringen i kommunen som til økte forventninger pga stabile livsvilkår og mye penger. Kommunen er aktiv i et interkommunalt samarbeid, styrt av et regionråd hvor flere av kommunene som inngår beskrives som "kraftkommuner", og følgelig har svært ulik økonomisk situasjon. Kommunen er imidlertid ikke selv noen kraftkommune. Dette samarbeidet er blitt vitalisert gjennom samhandlingsreformen.

### **Kommunal organisering**

Kommunen er ledet av en rådmannsgruppe på fire personer og en ledergruppe med 10 avdelingsledere. Rådmannsgruppa består av rådmann, assisterende rådmann, økonomisjef og kommunalsjef. Psykologen som leder av Familiens hus (som kommuneoverlegen) er en av disse avdelingslederne.

### **Kommunale eller interkommunale løsninger.**

Kommunen ser interkommunale løsninger som sentralt i kommuneutviklingen, og inngår i en rekke interkommunale samarbeidsfora, og er en del av et regionråd som har blitt sterkt aktivisert som følge av samhandlingsreformen. Kommunepsykologen er engasjert i dette arbeidet i forhold til utfordringene knyttet til psykisk helse.

Likevel har kommunen valgt å legge ned interkommunale løsninger knyttet til barnevern (et godt fungerende ressurskontor, ifølge psykologen), og PPT i forbindelse med opprettelse av familiesenteret i kommunen i 2007.

At kommunene trakk seg ut av det interkommunale PPT etter 30 år synes å henge sammen med en diskusjon rundt bruk av ressurser (den interkommunale løsningen var for lite oppsøkende, for lite ressursbruk i kommunen i forhold til behov) og ledelses- og personalkonflikter. Resultatet har ifølge psykologen, gjort PP-innsatsen bedre, men dyrere (de server også en nabokommune med PP-tjenesten), og samtidig mer sårbart personellmessig og faglig, selv om det finnes faglige nettverk. Barnevern ble også lagt til familiesenteret. Her fantes det også en interkommunal løsning, med et ressurskontor som reiste rundt og deltok i saker. Dette var ifølge psykologen ennå en fornuftig ordning, som forsvant. Fra sosialsiden i NAV var det et ønske om at barnevernet var sammen med dem. Det skjedde ikke. *I dag beskrives sosialsaker som en "blindtarm" i NAV-systemet, og som saker som er falt ut av det kommunale systemet.* De blir ikke lenger invitert til tverrfaglige treff mv.

I kommuneplanen (tiårsplanen) beskrives kommunens hovedmål som å fortsette å være egen kommune, og alle andre mål er underordnet dette. Dette var også hovedmålet i forrige kommuneplan. Kommunen er liten og ser en evt. kommunesammenslåing, som et middel for å svekke, ikke styrke "det politiske trykket som er nødvendig for å halde opp ny aktivitet og få til ny utvikling i kommunen" som det heter i kommuneplanen. Ifølge, den psykiatriske sykepleierne, har dette også "styrket presset i retning av forebygging og samordning og å tenke tidlige omkring ting"; nå skulle alt tilbake til kommunen, og de var så små at de måtte jobbe integrert (dvs. etter familiemodellen).

En annen viktig begrunnelse for senterets opprettelse var at de ulike tjenestene hadde lite kunnskap om hverandre, noe ikke minst assisterende rådmann og tidligere rektor var klar på og som har vært drivkraften bak reformen. De ulike tjenestene samarbeidet ikke, de viste til taushetsplikten, og ungene fikk ikke hjelp.

### **Familiesenteret**

Opprettelsen av familiesenteret hvor PPT, barnevern, helsesøstertjeneste, og psykiatritjenester (kommunepsykolog/psykiatrisk sykepleier), ble sett som en forutsetning for å nå målet om å fortsette som en kommune, ved å sikre familier, barn og unge i kommunen et godt og integrert tilbud. En annen viktig begrunnelse for opprettelsen av kontoret var konkurransen om arbeidskraften fra et stort industrianlegg i en nabokommune. Kommunepsykologen er avdelingsleder for familiesenteret.

Familiesenteret lå først under rådmannen, og hvor psykologen var faglig koordinator og leder for PPT. Den første tiden ble det brukt mye tid på å gjenoppbygge PPT etter nedleggelsen av den interkommunale enheten. Psykologen har også bakgrunn fra PP-tjenesten. I dag (fra og med 2008) er hun avdelingsleder for PPT (to spesialpedagoger pluss logoped), barnevern (2 stk), jordmor, helsesøster og psykisk helse (psykiatrisk syke pleier). Hun ønsket ikke lenger å være leder for PPT, for å unngå den "slagsiden inn i feltet" (og viser til tjenestens tunge fokus på sakkyndighetsutredninger, som riktignok er mindre på større kontorer enn på små, hvor en må jobbe bredere).

Tjenestene som inngår i Familiens Hus er barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), helsestasjon med jordmor helsesøster og psykiatrisk sykepleier. Familiekontoret har i tillegg ansvar for støttekontakter, avlastning og omsorgslønn for barn opp til 18 år. Fra februar 2011 fikk Familiekontoret det overordnede koordineringsansvaret for individuell plan (IP) i kommunen. Familiekontoret er primært en samorganisering av tjenester rettet mot barn, unge og familier. Psykiatritjenesten jobber i tillegg mye med voksne og eldre med psykiske utfordringer, og der pårørende i alle aldre er en viktig del av oppfølgingen.

Alle tjenester er lokalisert i samme bygning, men helsesøster, jordmor og psykiatrisk sykepleiere er rent fysisk lokalisert sammen med helsetjenesten. Kommunen planlegger som en del av samhandlingsreformen å være med på etablering av helsehus, og som antakeligvis vil innebære at helsepersonalet også vil bli lokalisert sammen med resten av familiens hus.

Den første tiden hadde de ikke egne lokaler, men satt i åpent landskap sammen med tekniske og økonomiske tjenester. Dette gikk ikke, sier psykologen, og så ble etter hvert kommunehuset ombygd. Psykologen har selv søkt kommunepsykologtilskuddet for å få avdelingslederrollen til å bli mer "kommunepsykologaktig".

Oppstarten av senteret var preget av at det var kulturproblemer mellom de ulike tjenestene involvert og at man hadde fordommer og lite kunnskap om hverandre. "Konfliktene var høye", som det sies i et plenumsmøte. Det var også motstand mot omorganiseringen. Kommuneoverlegen var i mot, og helsesøster og jordmor hadde hatt et godt samarbeid med ham i mange år. Den første tiden var preget av fagkonflikter. Utviklingen var ikke medarbeiderdrevet, ifølge psykologen, og det var ingen som hadde spurt de ansatte om hvor de ville være organisert.

### **Psykologens bakgrunn**

Psykologen har lenge hatt en interesse for kommunepsykologi. Hun sier at hun har en generalistutdanning, er ikke identifisert med noen bestemte skoleretninger, og fikk interesse for dette via en kommunepsykolog som underviste på studiet som gjorde henne interessert i en (samfunns)psykologrolle som handlet om noe annet enn å sitte på kontor, men som innebar variasjon og reising, og om å gjøre det riktige, mer enn det korrekte. Hun ble uteksaminert i 1997. Mannen har gård i nabokommunen, hvor de nå bor og hun har selv røtter i nabofylket. Ifølge psykologen er det deilig å bo i en annen kommune enn man jobber, og også å få avstand til den kommunen man bor i.

Hun selv bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten, en psykiatriske avdeling på et sykehus, og stilte seg spørsmål om hvorfor de ikke var fanget opp før. Dette er pasienter som koster minst 1,5 mill i året. Dette fremmet hennes interesse for forebygging, for å jobbe mer matnyttig, og å rehabilitere dem til vernet bosted.

Overgangen til PPT var en del av et ønske om å vende oppmerksomheten mot "forebyggingsenden". Det er kommunalt, fokus på skolen, klasserommet, foreldrene og mye psykososial jobbing, ikke bare evnetesting eller diagnoser som i BUP.

### **Administrativ plassering**

Som avdelingsleder (1 av 10) er psykologen på linje med andre avdelingsledere (virksomhetsledere/enhetsledere) i kommunen. Dette gjør at hun kommer i en maktposisjon, på lik linje med kommunelegen eller pleie og omsorgssjefen og deltar på ledersamlinger, lederutvikling sitter i råd og styrer, sammen med de andre etc.

Skal man bruke en psykolog bør de også sitte i ledende stillinger, ifølge psykologen. Lengre ned blir arbeidet mer klinisk. Økonomisk og administrativt og personalmessig ansvar kan være krevende. Man må være tett oppe i sakene. Men det er samtidig økonomi som skaper tyngden bak argumentene, og som kan påvirke prioriteringene.

Hun gir to eksempler på problemstillinger som kan tas opp når man sitter i posisjon: Barnevern bruker for eksempel mye penger. Overtar vi et ansvar for et barn, er dette svært kostbart. Dette er

kostnader ved ikke å forebygge. Da må vi løfte i lag for å unngå dette, og dette kan lett gå på bekostning av forebygging, i dette tilfelle en 50 % helsesøsterressurs. Men så snakker jeg med økonomisjefen i kommunen, og da fikk jeg lagt frem en argumentasjon rundt satsingen på budsjettkonferansen med politikerne, og fikk gjennomslag for at dette kunne være lønnsomt på sikt. Slik sett så har vi også direkte kontakt med politikerne.

Et annet eksempel er knyttet til penger brukt på private konsulenter som driver tiltak i heimen, og som tar seg godt betalt. Det har kostet flere millioner. Da er det bedre å samarbeide med nabokommunen som har bygd opp nærmiljøtiltak med kommunalt ansatte, og som ikke har noen vinning i å fortsette hjelpen hvis det ikke er behov. Da kunne vi ha ansatt en person til dette, fått mer ressurser igjen, mer kontroll med pengebruken og mer kontinuitet i arbeidet.

### **Psykologens oppgaver**

Per i dag deler leder sin oppmerksomhet med 25% på de ulike tjenestene. Det føres ikke timer, og i praksis så er det vanskelig å avgjøre hvor en sak/person hører hjemme. Poenget er å gjøre tingene "riktig, men ikke nødvendigvis korrekt", sier psykologen.

I avdelingen så har de også faglige diskusjoner og diskusjoner om ressursbruk og prioriteringer, knyttet til hva slags programmer de skal gå for, og hvem innsatsen skal rettes mot (flyktninger, helsesøster).

Det er ingen uenighet om ressursfordelingen i avdelingen, selv om det ikke nødvendigvis er slik at rådmannen alltid har en like klar forståelse av hva som er avdelingslederens oppgave. Blant annet ønsker han å bruke henne i HMS arbeidet i kommunen. Men her bør, ifølge henne, Bedriftshelse-tjenesten være riktig adressat.

Siden psykisk helse mangler leder går også psykologen på alle møter med andrelinjetjenesten innenfor psykiatrien.

Arbeidet med foreldreveiledning er viktig og hvor flere av personalet på kontoret, blant annet helsesøster, er sertifisert i foreldreveiledning. Arbeidet er forebyggende, foregår i grupper og handler om å styrke foreldrefunksjonen. Dette arbeidet er det ikke vanskelig å få foreldrene med på. Lignende kurs holdes for nyfødte barn og mødre. Samtlige mødre får tilbudet, og ved bekymringer tas ting i en til en samtaler. Dette gjør det enklere å oppdage problemer og å tilby hjelp. Man bekymrer seg på en annen måte, og gjør folk mottakelige for litt ekstra, når det foregår på denne måten. Ja selv barnevernet kan noen ganger kobles på, uten at det er så farlig. Nå (ved Familiens hus modellen) har de flere å spille på. Barnevern er fremdeles skummelt for foreldrene, og også PPT kan være viktig i enkelte saker.

Psykologen er også aktiv i et regionalt interkommunalt samarbeid rundt samhandlingsreformen, og hvor hun representerer kommunen (rådmannen) i forhold til et fagråd for psykisk helse. Hun gir også innspill til en strategigruppe som forsøker å utvikle en felles helse- og omsorgsplan for regionen ut fra et utvidet helsebegrep hvor rus og psykiatri er med. Psykologen er rådgiver for lederen av regionrådet, som beskriver seg selv som å ha et "interkommunalt perspektiv" på det forebyggende helsearbeidet og er medspiller i arbeidet med å utvikle en regional omsorgsplan, som så i neste omgang skal ligge til grunn for handlingsplanarbeidet. Ifølge lederen er psykologkompetansen viktig

fordi psykologene stiller spørsmål på en annen måte enn sykepleierne og legene, og i kraft av sin lederrolle ser hun også oppgavene sine i et organisatorisk perspektiv.

Ifølge leder for regionrådet - som har samhandlingsreformen som hovedoppgave – er reformen svært komplisert og vanskelig å få oversikt over. Konsekvensene for forebygging og psykisk helsearbeid er ennå ikke klare. Det refereres imidlertid til "la linea" tidlig innsats-heile veggen" – et kvalitetsprogram - utviklet med grunnlag i skolesektoren, og hvor det vektlegges tett samarbeid med alle parter i forhold til hele livsløpet, og hvor de ulike aktørenes bidrag beskrives, som en modell for hvordan man kan tenke forebyggende helsearbeid i kommunen. Planen er å utvikle dette til et interkommunalt samarbeid, og starte opp dette i to eller tre kommuner med grunnlag i folkehelsemidler. Det er ikke så mye nytt her, ifølge, lederen, men innsatsen settes i system. Dette er et opplegg som utvikles sammen blant annet med psykologen. Hun setter videre spørsmål ved hvor grensen og overlapping mellom spesialisthelsetjenestens lærings- og mestringsentra og de nye kommunale frisklivs- og mestringsarbeidet.

Hun sitter også i et barnefaglig utvalg, som ikke direkte er knyttet til samhandlingsreformen, men hvor kommuneovergripende spørsmål knyttet til forebygging berøres.

Psykologen er også representert i kommunens kriseteam. Det har vært mobilisert blant annet i i forhold til uro knyttet til en stor eksplosjonsartet brann med giftige utslipp som berørte mange kommuner i nærheten.

Oppstartsproblemene gjorde at senteret jobbet mye med å bygge opp en fellesidentitet. De jobbet mye med å bli kjent og reiste blant annet til utlandet sammen. Psykologen gikk gjennom ulike lovverk for de berørte tjenestene, og forsøkte å finne en fellesnevner. Fellesnevneren var forebygging.

Alle ble kjørt gjennom et ICDP (International Child Development Program) kurs i foreldreveiledning gjennom BUFetat, og dette fungerte samlende i arbeidet, og har gjort at gruppa kan jobbe mer på tvers, for eksempel har PPT og barnvern hatt felles samlinger. Nå er alle sertifiserte og helsesøster og psykiatrisk sykepleier har også gått videre på dette, og arrangerer nå selv samlinger med mødre i svangerskapspermisjon. De har også fått opplæring i "psykologisk førstehjelpsskrin" bygget på kognitiv terapi og egnet til arbeid med barn og unge, og har brukt dette overfor alle jentene på barneskolenivå i kommunen.

Et annet program senteret har undervist i er "De utrolige årene" for barnehagepersonell. Programmet bidrar til å mobilisere lokalt personell og gjør det lettere å ta kontakt etterpå, i motsetning til MST (multisystemisk terapi) og PMTO (Parant Managment training - Oregon) hvor opplæringen sentraliseres. Dette programmet gjør at kontakten med helsesøstrene blir mer uformell, og at det også blir lettere å ta kontakt med barnevernet. I skolen har de innført programmet PALS (psykisk helse i skolen) og "Zippys venner".

Etter hvert har samarbeidet gått seg til, de har i større grad fått et faglig fokus og medarbeiderne etterlyser selv mer faglig påfyll og opplæring. I tillegg så blir man tryggere på hverandre etter hvert.

Arbeidet med å bygge opp PP-tjenesten etter at den ble kommunalisert har også tatt tid, men nå kan avdelingsleders oppmerksomhet i større grad knyttes til helsesiden (helsesøster og sykepleier).

Det opereres med felles samtykkeskjemaer som foreldrene undertegner på, og som letter samarbeidet i avdelingen når det er saker hvor vi tror flere burde være inne. Dette kan imidlertid være vanskelig i barnevernssaker hvor frivilligheten ikke alltid er til stede.

### **Vurderinger av senteret**

Det var i starten stor motstand mot opprettelsen av familiesenteret, særlig fra kommunelege 1. Psykologen er imidlertid også tydelig på at Familiens hus modellen ikke er hennes "hjerdebarn". Legene kunne ha vært med, Nav og sosial burde vært med (og er blitt borte), og fysioterapeutene er også interessante, ifølge psykologen.

Det var imidlertid også står usikkerhet blant det helsefaglige personale. De hadde det bra før, og var som psykiatrisk sykepleier sier, en del av en "sykdomsorientert helsekultur". Det var denne forståelsen, tenkemåten og språket som var felles tidligere, men som skapte usikkerhet når PPT og barnevern kom inn og representerte en annen kultur. Tradisjonelt hadde fokuset vært forebyggingsorientert, men nå skulle andre "arenaer" inn, ikke minst den store skolearenaen.

Barnevernet mistet mye kompetanse når man gikk vekk fra den interkommunale løsningen. Den gamle lederen sluttet, og "det var ingen igjen". Dette skjedde parallelt, ble det sagt, med at Bufetat hadde stadig mindre å tilby. Mer og mer skulle skje lokalt, og barnevernet ville ikke ta omsorg for noen barn. Fagteamene stiller mye spørsmål ved våre vurderinger – river fra hverandre våre argumenter – men de hjelper ingen videre, heter det fra kommunalt barnevernshold. De har nesten ingen av barna, men alle ressursene. Og når vi ønsker fortgang, så må vi kjøpe konsulenttenester.

Ifølge psykiatrisk sykepleier er fordelene med å ha en fra psykologprofesjonen mange; faglig sett er psykologen en støttespiller for sykepleieren. Det handler om å ha flere å tenke sammen med, og om å drøfte vanskelige saker med psykologen – "jeg ser somatikken, mens psykologen tar det psykiske; det handler om trygghet"; det handler om å kjenne sine begrensninger å vite hva en selv kan gjøre, og hva andre bør gjøre; det handler om felleskonsultasjoner blant annet med kronikere; det handler om å ha en som klarer å fange opp ting, og gi en vidvinkel på ting, hennes plattform berører alle; det handler om "raskt å se de ulike bitene, og hvordan de henger sammen, uten å tenke at mitt område er alt... til å se de ulike arenaer og systemene som ting inngår". Kort sagt har de fått større oppgaver, større faglig bredde og større kompetanse, og større evne til å kunne håndtere komplekse saker lokalt.

For psykiatrisk sykepleier har fokuset i arbeidet endret seg etter ny modell kom på plass. Legene beskrives som veldig travle, og hvor bruken av spesialisthelsetjenesten er vanlig. Men nå tar vi og psykologen saker lokalt som tidligere ville ha blitt kjørt videre (i systemet). Det er også samarbeidsmøter mellom sykepleier, og psykolog om henvisninger fra lege. Fastlegene er blitt mye flinkere til å bruke oss, og i tillegg har de vært her lenge og kjenner sine pasienter godt, ulike familiekulturer etc.

Ambulerende team og voksenpsykiatrien rapporterer også om at de får lite henvisninger fra kommunen, og at de pasientene de har hatt kontakt med får god oppfølging i kommunen. I tillegg sees voksne og barn i sammenheng på en annen måte enn før. Helsesøster tar den direkte kontakten med barna, mens sykepleieren følger opp foreldre med barn.

Helsesøster har et betydelig ansvarsområde med helsestasjon, to grunnskoler og en videregående skole samt en ungdomshelsestasjon. Helsesøster ser både positive og negative sider ved familiens

hus modellen. Det har vært et savn å ikke tilhøre legekantoret, helsesøster har alltid samarbeidet med psykiatrisk sykepleier, og dette har vært fint. I stor grad jobber man som før, men må forholde seg til to etasjer. Helsesøster uttrykker ønske om at familiens hus og legekantoret ble samlokalisert. Nå er det imidlertid flere som arbeider med samme barn, og dette kan gjøre det enklere å finne løsninger. Men dette kan også være vanskelig, man må ha "evnen" til å snakke i lag, og taushetsplikten (barnevernet) kan være et hinder for dette. PP-tjenesten er imidlertid blitt lettere å få fatt i, her viste det seg at det tidligere var mye overlapp, vi var inne i samme saker. Det er også positivt at man ikke henviser så mye videre (til BUP, VOP eller til noen uten avtale), men at man har kompetanse lokalt, ventetidene er blitt kortere.

Ikke minst er det kommet en stor fremmedspråklig kontingent knyttet til den store industriarbeidsplassen i kommunen. Særlig helsesøster merker her, ifølge psykologen, stor pågang, og hvor språkvansker og kulturforskjeller etc. spiller en viktig rolle. I tillegg er det kommet en flyktningkontingent med en del barnevernsproblemer, hvor flyktningene også skifter bosted ofte. Her hadde det vært fordel med interkommunale løsninger.

Psykologen blir imidlertid "spist av alle", så det er ikke alltid hun er tilgjengelig. Det er "førstemann til mølla". Dette kommer også til uttrykk på fellesmøter (som holdes hver fjortende dag) kan bli avlyst på grunn av saker som "må tas". Samarbeid kan være utfordrende sies det, men samtidig er "vi voksne kloke damer, og arbeidsmiljøet er godt og sykefraværet lavt".

For logopeden innebærer nedleggelsen av det interkommunale PPT at tjenestene er kommet nærmere skolene og barnehagene. Gjennom samarbeidet med barnevernet om "de utrolige årene" er det blitt et lettere og mer uformelt samarbeid med tjenestene. Det er blitt lettere å ta kontakt med barnevernet, selv om det er ennå lettere å ta en telefon til PPT, mens grenseflatene mot helsesøster-tjenesten er ikke helt avklart.

Organisasjonsmodellene og programmene har ifølge logopeden, ikke bidratt til å endre det faglige arbeidet i PPT. Det har imidlertid bidratt til flere kollegaer og at man kommer tettere og raskere inn i sakene. Dette tjener brukerne på. På den andre siden savner logopeden et større faglig nettverk. I dag har hun ikke kollegaer hun kan diskutere fag med, eller som har spesialkunnskap om PPT-problemstillinger. Hun opplever også at det kan være vanskelig å ringe andre fagfolk å be om råd; "Da må det helst være noe mer enn at man er usikker". Ifølge logopeden kan det være en motsetning mellom å jobbe avgrenset og faglig på den ene siden, og jobbe brukernært på den andre. På den andre siden er det likevel nyttig å være i et større fagmiljø, særlig hvis man ikke var så travle. Logopedens travelhet henger sammen med at logopeden også betjener tre andre kommuner.

Dette har imidlertid gått seg til. Ved omstillinger hevdes det, er det mye lettere å se hva man taper. Det man vinner ser man først etter hvert. Og det var bare helsesiden som tapte noe, fordi de var de eneste med en historie forut for familiens hus. På helsesiden hadde de lenge, også før kommune-psykologtilskuddet kom, sett behovet for en psykolog (selv om de ønsket en annen organisering), og de var veldig positive til nyrekrutteringen. Samarbeidet har også gått seg til, og det er naturlig med litt endringsmotstand.

Kommunelegen er spesialist i samfunnsmedisin, og har en kollega som også er psykiatrisk orientert. Han har jobbet lenge i kommunen, kjenner alle og har en sterk posisjon i befolkningen, blant de ansatte i kommunen og på politisk hold. Veiene er korte for å ta opp utfordringer som melder seg.



Han var i mot opprettelsen av familiekontoret, og argumenterte for at jordmødre og helsesøster-tjeneste og legene (forebygging/samfunnsmedisin) ville ha vært nyttig og naturlig i forhold til de arbeidsoppgavene og arbeidsformene de hadde forsøkt å utvikle i kommunehelsetjenesten tidligere. Han var heller ikke forespurt om endringene, og mener at det skulle mye til å bryte opp noe som fungerer godt. "Det har vært rart", som han sier, "som lege, å ha vært på utsiden av dette arbeidet".

For kommunelegen har behovet for psykologisk kompetanse vært klart siden han startet i kommunene for snart 30 år siden, og hvor dette med "å gjøre noe i tide" og jobbe proaktivt har vært viktig. Behovet for psykolog er der, og legen tar opp med pasientene mulighet for bruk av psykiatrisk sykepleier og psykolog, og etter hvert så innarbeides dette. Meningen var jo at psykologen kunne brukes i diagnostikk og behandling i forhold til ulike aldersgrupper, og ha en rolle i forhold til kompetanse og kapasitet knyttet ny oppgavefordeling i forhold til samhandlingsreformen.

Ifølge legen har mesteparten av psykologressursen så langt vært brukt mot PPT, og på å få de ulike aktørene til å samkjøre seg. Fokuset har i mindre grad vært rettet mot psykiatrien og fastlegene. "Hun er i et nytt marked, og det må innarbeides nye rutiner" mener legen. De ønsker et samarbeid, men da må de bli noe mer enn PPT. Så langt er det ikke felles møtetidspunkter utover avdelings-ledermøtene, men det er en del uformell kontakt i korridorer, og ved at psykologen kommer forbi.

Ifølge legen har utfordringen vært (og er fremdeles) at det diagnostiseres, bekymres og skrives for mange rapporter, mens det i for liten grad gripes inn. Dette handler om kvaliteten på tilbudet som gis. "Hva er det vi (les kommunen/familiekontoret) egentlig er så flinke til", spør han retorisk. "Til å bekymre oss og utrede. Men hva skal vi gjøre, og hvordan skal vi evaluere resultatene? Vi må sette i gang tiltak, i stedet for å utrede, og så må vi evaluere tiltakene. Det er dette som skal til for å snu utviklingen til det bedre".

Særlig er utfordringene store i forhold til å samarbeide med barnevernet. De tar i mot meldinger, insisterer på taushetsplikten uten at dette alltid virker like godt begrunnet, men gir ingenting tilbake. Vi vet ikke hva som skjer, og resultatet blir manglende helhet i arbeidet. I en liten kommune som vår blir dette vanskelig. Resultatet er at vi ikke snakker med dem, sier legen.

Ifølge legen er kontoret kvinnedominert, og består av snille personer i en liten kommune som blir "steike forsiktig" og ikke tør å stille krav og ha forventninger om endring. Et eksempel knyttet til narkoman far med omsorgsansvar. Hvorfor griper de ikke inn? "De burde gripe inn proaktivt", mener han, og hevder at "dette er ånden i kommunepsykologprosjektet".

Kommunen har tradisjonelt hatt et godt samarbeid med voksenpsykiatrien ("men kan de få hjelp her, så skal de få det"), og hatt felleskonsultasjoner med psykiatrisk overlege fra andrelinjetjenesten for læringsoverføring og kvalitetssikring. Kommunepsykologen kunne vært brukt til dette, men "så langt er vi ikke kommet".

En utfordring i forhold til samhandlingsreformen er ifølge kommunelegen at staten utvikler lavterskeltilbud for kommunene, uten at kommunene er involvert: "Tiltak som skal brukes i kommunene må være forankret der" sier kommuneoverlegen.

To av fastlegene i kommunen er samfunnsmedisinere, og det er samarbeid mellom dem og Familiens hus. Legene henviser til psykisk helsetjeneste, hvor psykiatrisk sykepleier og psykolog fordeler henvisningene seg i mellom.

I tillegg er det jevnlig samtaler med fastlegene (den ene av dem er også kommunelege) om enkelt-saker, og psykologen forteller også at hun tar en del individualsamtaler med voksne i kommunen. Initiativet til samarbeid kommer imidlertid alltid fra psykologen. Legene "motarbeider meg ikke" som hun sier, "men de er ikke veldig interessert".

For eksempel har hun forsøkt å ta opp noen saker med deprimerte som har fått medisiner, og diskutere deres sak. Legene spør "går det bra, og pasienten svarer ja, men jeg vet jo at ikke alt er så bra". Dette er saker som vi bør diskutere. Ofte er psykiatrisk sykepleier inne. Andre ganger handler det om pasienter som har vært innlagt, og som bør diskuteres, og hvor vi ofte diskuterer sakene med ambulant team fra VOP.

Psykiatrisk sykepleier er en sentral medarbeider i avdelingen og kommunen. Hun har tidligere hatt ansvar for opptrappingsmidlene, og tar mange av sakene. Hun har også kronikerne som gjerne oppsøkes hjemme, eller den eldre med begynnende depresjon/Alzheimer. Her er det mye skjulte problemstillinger. Sykepleierne følger også opp ansatte på et aktivitetshus som finnes i kommunen. Ifølge psykologen mangler den psykiske helsebiten en leder, på lik linje med PPT og barnevern. Det hadde styrket den formelle posisjonen til det psykiske helsearbeidet både i familiens hus og i kommunen.

Den psykiatriske sykepleieren får veiledning i distriktpsykiatrien. Her er det gjennomgang av case, men også refleksjon over en selv og egen yrkesrolle. Det er også samarbeid med BUP, med avdeling for rusmedisin, med VOP etc.

### **Utfordringer for samhandling**

Psykologen beskriver hvordan ulike organisatoriske logikker gjennomsyrrer de ulike systemene:

I forhold til arbeidet med samhandlingsreformen så blir ikke sosialsiden i NAV nevnt, selv om rus og hjelpemidler ligger på NAVkontoret. Dette henger sammen med at helseperspektivet er snevert. Det psykiske har planleggerne med seg, men det sosiale, PPT og barnevern er borte. I tillegg finnes det ifølge psykologen, et "agg" fra leger, helsesøstre, og psykiatrisk sykepleiere mot spesialpedagogene. De vil ikke se at lærevansker eller lese- og skrivevansker er en risikofaktor som kan ha helsekonsekvenser. Men sosial og skole må være på plass hvis man skal lykkes.

Det er ulemper med mange journalsystemer, i tillegg til lisenskostnadene vi betaler. De ulike systemene (på kontoret) snakker ikke sammen. Det er juridiske problemstillinger knyttet til tilgang, og det er mye vanskeligere enn bare å strekke nye kabler mellom avdelingene, selv om dette er vanskelig nok i seg selv. For en psykolog med journalføringsplikt (for eksempel knyttet til barnevernssaker eller innsynsbegjæringer) er det særlig utfordringer fordi de skal være lagret utilgjengelig for andre. Et godt system er INFOdoc som psykiatrisk sykepleier bruker, men dette er legenes journalføringssystem. Helsesøstrene har et annet system.

I dag bruker hun PPT systemet, men dette en utfordring for brukere som ikke er PPT-brukere. Her har hun opprettet et eget "distrikt" som bare hun har tilgang til. Dette innebærer at opplysninger som burde journalføres ikke blir det, eller at de lagres på en utilfredsstillende måte.

Ifølge psykologen burde det utvikles nasjonale standarder - et AS Norge journalføringssystem - tilpasset lavterskel og arbeid mot flere tjenester. I dag finnes ikke et system som er tilpasset oppgavene (den nye arbeidsformen i kommunene). I tillegg mangler det system slik som Feide (felles

elektronisk identitet) som er utviklet av Kommunaldepartementet og som muliggjør sikker kommunikasjon i skole Norge.

En annen utfordring beskrives som det store antallet veiledere som finnes for barn- og unge i kommunen. Hun referer til en KS undersøkelse som opererer med 300 statlige veiledere for barn og unge. Psykologen opererer med parallelle linjer; helselinja, BUP linja, barnevernslinja og statpedlinja – alle skal rådggi og veilede og utvikle programmer som sier hva kommunalt ansatte skal gjøre. PPT selger jo inn masse forebyggingsprogrammer, men BUP har jo også slike programmer, men kanskje vi heller skulle ta PALS (Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling i skolen)? Men statped er jo skeptisk til helsebaserte ting. I tillegg kommer andre opplegg av typen MOT (en ideell organisasjon som har utviklet program for ungdom). Veldig mye av dette blir, ifølge psykologen, ”valgt i hytt og vær”. En viktig oppgave blir å bruke noe som virker, satse på evidens og gjøre det samme. Dette er noe psykologen forsøker å gjøre kommunen og rådmannen bevisst om, og å bruke tid på velge og implementere disse programmene.

I tillegg ønsker andrelinjetjenesten å drive systembistand. BUP for eksempel ønsker at PPT skal gjennomføre masse kartlegging(-sverktøy først), før de kommer inn for eksempel knyttet til AD/HD. Det innebærer at vi har gjort arbeidet først. Så stiller de diagnosen, ordinerer Ritalin, og kommer med masse anbefalinger til oss om hvordan vi skal følge opp personen.

Hun snakker også om ulike kulturer i kommunen som ikke drar i samme retning. Pleie og omsorgskulturen handler om at du skal hjelpe folk. De står i en institusjon hvor svaret på mange problemer ofte er at man trenger mer ressurser og mer folk. De klarer ikke alltid å se hva problemet handler om, og forsøke å ansvarliggjøre pasienten i størst mulig grad.

Saken er blitt aktualisert ved at sykehjemmet i kommunen også skal utføre oppgaver knyttet til psykiatroliger, i tillegg til de tradisjonelle pleie- og omsorgsfaglige oppgavene, for eksempel omsorg for en ung mann med Asperger som i tillegg har epilepsi. Psykologen sitter her i en ansvarsgruppe, hvor også atferdspsykologisk ekspertise er inne, og som møtes jevnlig for å diskutere mannens utvikling blant annet sammen med faren. Mannen oppleves som krevende, og har også i perioder stor utfartstrang, og klarere ikke alltid å finne tilbake alene. Pleiepersonalet er lite villig til å underkaste seg den systematikken, og de enkle, men klare grensene, det systematiske arbeidet som denne saken krever. Enkelte ganger møter de ikke engang på møtene. De tar sine instruksjoner fra sin egen ledelse som ikke kjenner saken, og mener at de egentlig ikke har ”tid til dette fjaset”. Resultatet blir ifølge psykologen lett at pleiepersonalet ønsker å begrense handlefriheten til brukeren, og at brukeren langt på vei umyndiggjøres. Igjen blir psykologens overordnede plassering viktig. Hun kan ta opp problematikken i møter hvor felles sjef (rådmannen) er tilstede, og be om at pleiepersonalet følger opp det de er blitt enige om. Den psykiatriske sykepleieren er koordinator for ansvarsgruppa rundt gutten, treffer han hver morgen, gir ham medisin, og står til rådighet hvis det er behov fra lærere, foreldre etc. Hun pleier også å delta på veiledningsmøter med de ansatte, i den grad personalet kommer. Manglende oppmøte handler ikke om vond vilje, ifølge sykepleieren, men om tid og tilrettelegging og hvordan man oppfatter og prioriterer slik samhandling. Dette er en ansvarsgruppe som tar tid, andre ansvarsgrupper er mindre tidkrevende.

Både kommunelegen og psykiatrisk sykepleier er enige om at det er en problematikk knyttet til taushetsplikt i kommunen, særlig i forhold til barnevernet. Men mens sykepleieren mener at proble-

matikken kan handle om at man ikke alltid er så flink til å huske samtykkerklæringene, synes andre å knytte det til at barnevernet glemmer seg bak en taushetsplikt som vanskeliggjør samarbeid.

### **Oppsummering**

Vi ser en liten kommune med hovedmål om å fortsette å være egen kommune. Interkommunale tjenester er bygget opp. Kommunen har relativt god økonomi, og har slik sett muligheter til å finansiere et dyrere lokalt tilbud, et tilbud som flere av fagfolkene mener hadde vært bedre hvis det hadde vært større.

Familiens hus modellen kan slik sett sees som en del av en politisk og administrativ strategi for å fortsette som egen kommune. Psykologtilskuddet ble sett som en del av denne strategien. Samtidig har noen av dem som har båret frem løsningen fra administrativt hold, også hatt faglige begrunnelser for opprettelsen av huset (at ting ikke fungerte tidligere). Både kommunelegen og psykologen er åpen for en større organisasjon hvor helsesiden også er inkludert.

Familiens hus flytter tyngdepunktet vekk fra kommunelegen, og fra helsesiden. Siden kommunelegen har vært i kommunen lenge, har samfunnsmedisinsk kompetanse, og er tett opp i kommunale plan- og strategiprosesser, så innebærer det at familiens hus modellen kan oppleves som et "stort" organisatorisk grep. Kommunelegen er i mot det – og synes å mene at de oppgavene som nå er lagt under psykologen kunne ha vært ivaretatt under hans ledelse. I tillegg hadde de allerede etablert et samarbeid med spesialisthelsetjenesten og som på flere måter har ivaretatt de oppgavene kommunepsykologen skulle gjøre. Helsesøster og psykiatrisk hjelpepleier savner det, men mener likevel at grepet har ført til et raskere og mer helhetlig bistand i forhold til barn og unge

At psykologen er avdelingsleder som kommunelegen er viktig ved at hun får direkte tilgang til kommunens ledelse og også involveres i samarbeidsfora ikke minst med spesialisthelsetjenestene. Det synes å styrke hennes rolle i strategi- og planarbeid, enten det skjer på kommunalt nivå eller interkommunalt nivå.

Teamet arbeider atskilt, men sammen. Mye av det konkrete arbeidet foregår som før, og det tegnes opp en liten spenning eller utfordring mellom barnvern og PPT på den ene siden og helseprofesjonene på den andre. Særlig synes barnevernet og det som kan beskrives som en problematikk rundt taushetsplikt" å legge en demper på samarbeidet. Samtidig synes de fleste å være enig om at Familiens hus har ført til kortere ventetider, mindre bruk av spesialisthelsetjeneste og tettere samarbeid rundt enkeltpersoner.

Det snakkes om ulike kulturer, om pleie og omsorgskultur hvor svaret på utfordringen gjerne er med ressurser, og om mestrings- og forebyggingskultur som tar utgangspunkt i eksisterende ressurser, og ikke er preget av somatiske avgrensinger.

Kommunen er liten. "Vi setter ikke diagnoser, men bruker gårds- og bruksnummer...", sier kommuneoverlegen for å fange denne mentaliteten. Det kan være vanskelig å være profesjonell når man kjenner hverandre så godt. Flere vi intervjuet uttrykker glede over ikke å bo i kommunene, og det hevdes at de er for forsiktige i forhold til å fatte ubehagelige beslutninger. Det kan være at dette gjør at det som egentlig er faglige uenigheter, og uenigheter som er knyttet til arbeidsoppgaver, arbeidsstrømmer og arbeidsmengder, ikke diskuteres av redsel for ikke å fremstå som negativ. Arbeidet

knyttet til barn og unge beskrives av enkelte som preget av en forsiktighet, og hvor samhandlingen og beslutningene som fattes kan bli preget av en konfliktskyhet, som ikke tjener brukerne.

Caset forteller også noe om hvor lang tid det kan ta å bygge opp en forståelse som gjør at man ser kunnskaper og handlinger som komplementære, mer enn som atskilte. "Båten blir til mens man ror".

Familiens hus organiseringen synes tross utfordringer, å ha ført til at barne- og ungdomsarbeidet i kommunen har blitt prioritert, og samhandlingen mellom de involverte aktørene intensivert. Noe av utfordringene synes også å handle om at psykologens ressurser i perioder har måttet bli brukt på PPT som lå nede, og at andre har fått mindre oppmerksomhet enn ønsket. Dette er på vei til å endre seg nå.

## 2.7 Familiesentermodellen (Case 7)

Empiri:

Kommunaldirektør skole, barnehage og kultur; enhetsleder (FBU), avdelingsleder (FABU), psykolog, familierapeut (teammedlem), ledende helsesøster, avdelingsleder psykisk helsevern.

### Noe om kommunen

Kommunen har ca 31 000 innbyggere, og er en vekstkommune, ikke minst knyttet til utviklingen av flyplass i nærheten. Befolkningsveksten har de siste 8 årene vært mellom 2,8 og 4,5 %, dvs. mellom ca 500 og 1000 personer hvert år. Nesten 5000 flyttet til kommunen i 2011, og nesten 2100 ut. Det er stor mobilitet innad og mellom kommunene i området. Ikke minst er det en stor økning av barn og ungdom, og i skolene har det, ifølge kommunaldirektøren, vært en vekst i elevantallet på neste 6 % per år. Nærheten til flyplassen skaper også behov for beredskap i forhold til ulykker, og skaper også merarbeid blant annet til barn som reiser med foreldre som er ruset, og hvor det trengs akutt-plasseringer.

### Organisering av kommunen og opprettelsen av FBU

Det politiske styringssystemet består ifølge nettsidene, av en modifisert hovedutvalgsmo- dell. Den administrative modellen er organisert etter en trenivåmodell; med rådmann, 3 kommunaldirektører (skole, barnehage og kultur; helsevern og sosial omsorg; plan, eiendom og teknisk drift) og enhetsledere. Enhetene består, som vi skal se, av avdelinger ledet av avdelingsledere.

Ifølge kommunaldirektøren for skole barnehage og kultur hadde kommunen tidligere en etatskultur med tette skott mellom ungdom, kultur, barnevern, helse og sosial. Opprettelsen av enhet for Forebygging barn og unge (FBU) i 2008 har ifølge kommunedirektøren hvert fall 10 års forhistorie, og har vært drevet fram av ekstern statlig finansiering (tilskuddsmidler), fra toppen i kommunen ("politikkerne liker "lavterskeltenkning"), og av ansatte som brenner for forebygging og tidlig intervensjon. En viktig begrunnelse for et fortsatt fokus på barn og unge har ifølge kommunaldirektøren, vært økt mobilitet, ustabile familier og et voksende ungdomsmiljø, og betydningen av å se ressursene i kommunen i sammenheng. Det var et ønske om å jobbe lavterskelorientert, løse problemer når de er på lavt konfliktnivå, bistå familier uten nettverk, lage strukturer rundt dem, ifølge kommunaldirektøren. Det handlet også om å gjøre skolene og lærerne i stand til å gjøre jobben, ved at de kunne henvise til FABU og ikke være sosialarbeidere.

Kommunens, enhetens og avdelingens vektlegging på tidlig intervensjon bygger også på en ungdomsundersøkelse gjennomført av NOVA som del av det rusmiddelpolitisk handlingsplan. Undersøkelsen viste at ungdomsproblemene i kommunen synes å forskyves fra tyngre problemstillinger knyttet til rus og atferd, til "lettere" problemstillinger knyttet til ensomhet, depresjon og psykiske lidelser.

Ved opprettelsen av FBU ble forebyggende helsevern (helsesøstre/helsestasjoner), som tidligere var plassert innenfor helse- og sosialområdet, knyttet sammen med det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet (Forebyggende avdeling barn og unge – FABU). FABU består av et ungdoms – og et utekontaktteam – og et familieteam. Psykologressursen er knyttet til det forebyggende barn- og ungdomsarbeidet, nærmere bestemt til det som på folkemunne omtales som FABU (Forebyggende avdeling barn og unge). FABU består av to team et utekontakt og tiltaksteam knyttet til ungdomskubbene, og et familieteam. Psykologen er knyttet til det sistnevnte teamet. Dette skulle være et lavterskeltilbud som folk kunne kontakte og henvise til, uten at de ble en del av "et alvorlig system" som barnevernet. Ifølge kommunaldirektøren hadde kommunen aldri ønsket et stort "familiens hus" modell, dvs en samlokalisering og samorganisering med barnevernet. På samme tid var Rådhuset, hvor barnevernet befinner seg, også for lite til å romme dem.

Kommunens ledelse synes enig om at dagens organisering er fornuftig. De fleste enheter som hører sammen, er lagt sammen, og det er ikke samarbeidsutfordringer innad i enheten. "Vi har en klok organisering hevdes det". Ikke minst har det at forebyggende helse (særlig på skolene) har blitt lagt til enheten ført til et tettere samarbeid og flere henvisninger mellom helsestasjoner og barnevern som ikke skjedde tidligere. Nå fanger vi opp familier tidlig, allerede i jordmortjenesten, mener enhetsleder. Da trekkes FABU inn, men også i økende grad barnevernet, som er blitt mindre farlig for foreldrene etter omorganiseringen.

Vellykket organisering betyr imidlertid ikke at alle får hjelp og bistand. Det er også noen som faller mellom flere stoler, ifølge enhetsleder, eller som FBU ikke kan prioritere. Det gjelder overgangen fra ungdom til voksen, og hvor du skal klare deg selv fra den ene dagen til den andre. Det gjelder også tilbud til psykisk utviklingshemmede og funksjonshemmede som henvises fra helse og sosial og hvor det er mange IPer, og det gjelder henvisninger fra BUP eller somatikken knyttet til foreldre til handikappede barn.

### **Økonomiske og organisatoriske utfordringer med hensyn til å satse på forebygging.**

Politisk og administrativt har det vært strid om hvor det forebyggende helsevern skulle ligge, og også seinere om plasseringen av kommunepsykologstillingen, som kommuneoverlegen har ønsket til enhet for helsevern og sosial omsorg. Ifølge kommunaldirektøren er begrunnelsen for den nåværende organiseringen at den styrker integrasjonen mellom samarbeidet med skole og barnehagesiden (inkludert helsestasjonene), og det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet. En plassering av kommunepsykologen i enheten for helsevern og sosial omsorg ville føre til at ressursen ble slukt av voksenpsykiatrien.

Det er ikke store konflikter i kommunen, selv om de faglige miljøene som inngår er i "stand til å bruke mye tid på hverandre", ifølge kommunaldirektøren. Å fastholde et fokus på tverrfaglig forebygging handler om systemforståelse og lederforankring: Det handler om å vite hvilken rolle man skal ha i ulike settinger. Man må være bevisst den stillingen man har. Videre er det "mange som vil gjøre mye godt, og da er man fort ute i andres arbeidsfelt". For helsesøstre (som for lærerne) er det et

spørsmål om hva som er "godt nok, og ikke ta alle problemer innover seg". Det er en del av å være en profesjonell yrkesutøver. Hver enkelt medarbeider kan kanskje ikke ha en slik systemforståelse, men lederne må ha denne kunnskapen og veilede sine medarbeidere.

"Mange ønsker økte ressurser til sitt arbeid", sier enhetslederen, og ønsker å "bruke penger som ikke finnes. Da gjelder det at lederne forstår politiske og økonomiske rammene og prosessene som rammer inn kommunenes virksomhet: "Vi må dokumentere vårt ressursbehov, og hvis pengene ikke kommer så kan vi ikke kjempe omkamper".

Enhetsleder beskriver også betydningen av "å implementere økonomi på alle trinn". Dette har fått særlig betydning i og med utfordringene knyttet til budsjettoverskridelser i barnevernet. Det handler ikke primært om redselen for sprekken i budsjetter, men å bli mer bevisst på hva barnevernet, familiekontoret og BUP skal gjøre, for ikke å kaste bort ressurser. Det handler om "å bli gode sammen" (dvs de offentlige aktørene), før man kjøper tjenester eksternt.

Det bedrives en utstrakt møtevirksomhet i kommunen for å utvikle en slik systemforståelse og lederforankring mellom toppen i kommunene, på enhetsledere (ukentlig), mellom alle avdelingene i enhetene (4-6) ganger i året, men også mellom alle avdelingsledere på personalsamlinger (en gang i året). Ifølge enhetsleder handler det om å tydeliggjøre grensene mellom avdelingene og at man har ulike ansvarsområder, og at det er viktig at de ansatte ikke konkurrerer om hvem som skal gjøre hva og ulike perspektiver.

Men selv om FBU beskrives som en vellykket organisatorisk grep, og ytterligere styrket gjennom ansettelsen av en psykologressurs i FABU, finnes det imidlertid en helsesøster- og en barnevernsproblematikk som har skapt utfordringer for forebyggingssatsingen, og også en vanskelig relasjon til fastlegene.

Fra kommunens ledelse beskrives "helsesøsterproblematikken" som at de ansatte har vært engstelige for å miste kontakten mot sykepleierne og legene, og fremveksten av miljøterapeuter som finnes på alle skolene. Flere av helsesøstrene jobber godt på de enkelte skoler, men de løper mye rundt, i tillegg til at man trækker i hverandres bed har enkelte skoler hevdet. Vi får for lite igjen, sier noen skoleledere. Men rektor, miljøterapeutene og helsesøstrene har funnet ut av det nå, ifølge enhetsleder. Helsesøsterproblematikken beskrives også som å henge sammen med at det er en tjeneste med stort trykk, og med høyt sykefravær og turnover. De har mange eldre ansatte, og kommunen har lav ressursinnsats i forhold til de lovpålagte tjenestene.

Tidligere ledende helsesøster (nå rådgiver for kommunaldirektøren) knytter også problematikken til at arbeidsbelastningen har vært økende, med flere fødsler og flere unge familier, men uten økning i ressursbruken. Dette har skapt en tøff arbeidssituasjon, til dels ledsaget av høyt sykefravær og stor vikarbruk. Samtidig trekkes det fram to andre forhold som har skapt utfordringer. På den ene siden handler det om de nye nasjonale retningslinjer for veiing og måling av barn, blant annet knyttet til fedme. For helsesøstrene har dette blitt en etisk problematikk ved at man vil komme til å avdekke store avvik (i forhold til anbefalt vekt) og problemer, men ikke ha mulighet til å gjøre noe med dem. Retningslinjene er ennå ikke implementert i kommunen. Denne kommer også til uttrykk knyttet til mødrene: Flere helsesøstre sier at de ikke lenger tør å spørre mødrene om hvordan mor har det (les fødselsdepresjoner), fordi de da kan få så mye i hendene at de ikke får gjort noe mer. "Det er knapt mulig å gjøre de lovpålagte oppgavene lengre, sies det.

For det andre har samarbeidet med eksterne blitt skadelidende: Tidligere var helsestasjonen under helseenheten dvs. med legevakt, fysioterapi, psykiatri, fengselshelsetjeneste etc. Da var det voksenpsykiatrien (psykisk helsevern) som ble brukt. Pågangen ble imidlertid så stor at det ble krevd henvisninger fra fastlegen, for at foreldrene/barna kunne få hjelp. Dette beskrives som en betydelig utfordring. Tidligere jobbet voksenpsykiatrien forebyggende, de tok folk på dagen, vi kunne bare ta en telefon. I dag må det henvises til fastlegen (køordneren) ofte med lange ventetider til følge. Resultatet er at mødrenes problemer forplanter seg videre til ungene. Ifølge rådgiverne kan mødrene og de små barna faller mellom flere stoler; "Voksenpsykiatrien har ikke tid, og barna er så små at bistanden til barn og unge ikke tar det".

Barnevernet har hatt store interne konflikter, med stor turnover, og stor bruk av (kostbare) eksterne konsulenter. I dag driver barnevernet bare med kartlegging og koordinering av tiltak, og driver ikke med forebygging overhodet. De blir "slukt av noen få alvorlige saker", noe som forsterkes av manglende erfaring og kunnskap om den kommunale organiseringen.

Enhetsleder er også inne på samarbeidskonflikter med fastlegene, som beskrives som tungt og omstendelig, så vel for barnevernet, som for forebyggende helse og til jordmødre. Det er vanskelig å få kontakt med fastlegene, de svarer ikke på mail, og man får ikke ut nødvendige opplysninger. Det beskrives også som en profesjonskrig. Enhetsleder opplever at fastlegene ikke informerer om jordmortjenestene, som ofte har mer ressurser og bedre tid enn fastlegene, og anerkjenner ikke deres kompetanse. Det finnes også fastleger som inngår i den forebyggende helsetjenesten, for eksempel ungdomshelsetjenesten. Her benyttes de, men tiden de har til rådighet er for liten.

Kommunaldirektøren ser FABU som et delvis svar på disse problemstillingene. FABU har tidligere fått stillingsressurser fra barnevernet, som i liten grad har vært brukt til dette formålet. Det skal opprettes en ny familieveilederstilling fra 2013 bare jobbe med barnevern. I tillegg bruker de en stillingene i teamet til tyngre barnevernssaker. For avdelingsleder er det viktig å ta denne utfordringen, men uten å slippe den langsiktige tenkningen rundt betydningen av tidlig intervensjon og forebygging. Samtidig reiser dette viktige spørsmål knyttet til forholdet mellom FABUs frivillige, muntlige og tillitsbaserte lavterskelidentitet, og barnevernets "identitet", dvs. muligheter for å bruke tvang, deres krav til rapportering og dokumentasjon etc. Problematikken skaper også uro internt i avdelingen, hvor man blir bekymret for at barnevernet skal "ta oss", og også avdelingsleder er opptatt av at de ikke blir en del av barnevernets tiltakskjede, og uttrykker frykt for tiden disse sakene tar; Vi skal være lavterskel... og hindre barnevernssaker". En viktig måte å avklare dette på eksternt er felles avklarings- og oppstartsmøter med barnevern før familien kommer til FABU. Kommunaldirektøren mener at FABU (familieteamet) burde fått mer erfaring med veiledning i hjemmet. De ville tjene på en mer barnevernsnær arbeidsform. FABU kan gi mye av den veiledningen som tidligere ble kjøpt og med bedre kvalitet. I tillegg sier FABU ifra når familiene ikke trenger veiledning lenger, noe private leverandører aldri gjør ("de som selger vil bare selge mer"). Slik sett bør noe mer av FABUS ressurser knyttes til barnevernet. "Da kunne de befrukte hverandre". Som vi skal se får begge disse debattene konsekvenser for ressursbruken og prioriteringene innad i FABU.

Avdelingsleder er opptatt av å understreke at de klarer denne balansegangen. FABU er tydelig på hvem de er og har kommunaldirektørens støtte. Hun er også opptatt av å understreke at det ikke finnes konflikter, og at de samarbeider godt med alle.



Enhetsleder med arbeidserfaring fra privat barnevernsinstitusjon, sier at den kommunale organisasjonskulturen til sammenligning er en veldig formell kultur: Det er lengre vei mellom og til lederne, som er mer beskyttet fra underordnede. Linjene til kommuneoverlege eller BUP og fagteam (statlige aktører) er lange, og krever mer tid, og innsats, og linjene skal følges". Innslaget av profesjonskamper er også større i kommunen, noe som føres tilbake til den linjedelte arbeidsformen.

## **FABU**

FBU enheten (forebygging barn og unge) ble opprettet i 2008. Da ble helsesøster/helsestasjonene (forebyggende helsevern) som tidligere var plassert innenfor helse og sosialområdet knyttet sammen med barnevern og det forebyggende barn og ungdomsarbeidet. Ifølge familieterapeuten utgjør dette "de tre pilarer" i det forebyggende arbeidet i kommunen. Samtlige ansatte kjenner hverandre på navn og ansikt (55-60 stk), ifølge enhetsleder. Skillene er vekk, og det er mye kontakt på tvers.

I FABU inngår det to tiltakskonsulenter som inngår i et ungdomsteam med ansvar for to ungdomshus. I tillegg inngår det 3 hele stillinger som inngår i utekontaktteamet, og som dekker opp hver ettermiddag pluss tre helger i måneden. De jobber oppsøkende, og kan hente ungdom med behov, inn i klubben.

Endelig kommer 6 ansatte i familieteamet, 3 i hovedsak godt erfarne folk med familieterapeutbakgrunn og som driver barneorientert familierapi (BOF), en psykisk helsearbeider med fokus samtaleteknikk barn og unge og med erfaring fra psykiatri, samt psykologen og avdelingslederen.

Fabu ligger i 2 etg i en av de to ungdomskubbene i kommunen, en eldre gårdsbygning som er plassert ved siden av en barne- og ungdomsskole. 4 av de ansatte sitter i samme kontor, og psykologen har et eget lite kontor. Avdelingsleder sitter i samme etasje som de andre medlemmene av familieteamet. For avdelingsleder har lokaliseringen vekk fra Rådhuset vært viktig, fordi det har gjort dem mer selvstendige, og gitt dem anledning til å utvikle løsningene selv.

Familieteamet går tilbake til 2004, men tilbudet ble kraftig utvidet i 2008 samtidig som psykologressursen kom. Da ble det også opprettet to nye stillinger. Ifølge rådgiver for enhetsleder og tidligere ledende helsesøster i kommunen var den psykiske helsearbeideren tidligere en del av et team på tre, som ble opprettet i forbindelse med opptrappingsplanen. Først var de 3 i helsesøstertjenesten, så kom til psykiatritjenesten, og nå er de i FABU. Stillingene og midlene til psykisk helsearbeid er blitt redusert. Og derfor var det svært velkomment at psykologressursen kom til FABU.

### *Teamets arbeidsform: Tidlig intervensjon.*

Visjonen for enheten er ifølge enhetsleder å ha et lavterskeltilbud som folk kan kontakte og henvise til uten at de blir et del av et "alvorlig system" som barnevernet. "Vi skal løse små problemer før de kan utvikle seg" heter det.

Det sentrale er å komme tidlig inn, før ting fester seg, og det skal mer til for å få det løst opp. "Det er det jeg ønsket stillingen til" sier avdelingsleder, "før det blir krise, at foreldrene, barna og ungdommene, kan ta kontakt. Det er så mange ungdommer som sliter psykisk. De har dårlig selvbilde, er ensomme, har angst". "Vi er lavterskel", sier avdelingsleder. "Du skal kunne komme uten henvisning, og innen to uker skal vi kontakte og gjøre avtaler med familien. Og det klarer vi. Terskelen er ikke for høy. Vi skal være tilgjengelige. Familier i krise skal slippe å vente i en måned før de får hjelp, først gå

til fastlege og så bli vurdert for henvisning: "De kan ta en telefon, gjøre en avtale dagen etterpå, og komme hit, anonymt, og bli tatt på alvor..."

Familieterapeuten mener at forbyggingsperspektivet er blitt noe svekket. De første årene hadde de "enkler lavterskel", nå har de mer sammensatte problemer". Dette synes dels å handle om forventningen om deltakelse i barnevernsarbeidet, men det handler også om at de har blitt mer kjent med hvem som gjør hva og hva som er behovene, og at det skarpe skillet mellom forebygging, barnevern og psykiatri er blitt borte.

For familieterapeuten er det viktig at "vi ikke stempler inn og ut og at alt går etter klokka... at man føler seg sett, ikke bli en del av et maskineri". Det er viktig ikke å sykliggjøre. Et annet viktig trekk er at "vi ikke henger oss opp i det familiene ikke får, det er barnevern. Vi jobber på en annen måte, styrker mestringsfølelsen, og også måten foreldrene møter barna på. Familieterapeuten utvikler resonnementet: "Jeg er ikke interessert i å sette diagnosen, det er ikke vår rolle... Problemene oppstår i relasjoner, og må løses der, uavhengig av diagnose eller ikke".

#### *Arbeidsformer, møtestruktur og teamutfordringer*

Arbeidsformen beskrives som uformell. De fører arkiv, men ikke journal. I 2010 hadde teamet 175 nye familier, året etter over 200 nye. I tillegg følger de opp de gamle sakene. Familieterapeuten beskriver tilbudet som frivillig lavterskel, og hvor det er viktig å kunne ha anledning til å ta direkte kontakt.

"Det er ingen regler for hvor lenge kontakten med familien/bruker skal vare, men fokuset er på om innsatsen er til hjelp, og om man nærmer seg målet som er satt opp. Noen ganger følger de ungene gjennom hele barndommen deres. Andre ganger så er det bare snakk om et begrenset antall konsultasjoner. Men noen familier er og vil være her, og ungene deres blir en del av oss. De er med på alt som foregår reiser, teater, svømmebasseng. Vi har et søskenpar som kommer her jevnlig, hvor mamma ringer oss en gang i uka og spør hvordan hun skal klare det hele, og så går det en måned før hun ringer neste gang. Det blir innført en slags rullering når det er mange henvendelser. Det betyr at familier og team blir enig om når de kan ta kontakt igjen, men hvor de loves at det er mulig å komme raskt tilbake hvis det skulle være behov. Det oppleves som betryggende for mange".

Alle avdelinger i enheten møtes 4-6 ganger i året (helsestasjon, FABU og barnevern). Da har man gjerne felles foredragsholdere for å utvikle felles faglige plattformer, og for at andre skal forstå hvordan for eksempel FABU faglig begrunner innsatsen i forhold til en familie. Så har avdelingslederne også ukentlige møter en gang i uka, hvor samarbeidsflater og samarbeidsutfordringer og felles prosjekter diskuteres, for eksempel samarbeid rundt enslige mødre. Teamene har felles personalmøte en gang i uka, hvor man utveksler informasjon om ungdom og ber hverandre holde øye med. I familieteamet møtes man gjerne 1 gang i uka. Og her handler det først og fremst om fordeling av brukere.

"Vi er team, men jobber mest alene", sier terapeuten, "travelheten tar overhånd, selv om man jo har enkelte fagdager". Han skulle gjerne sett at teamet ble bedre kjent med hverandre, hadde flere diskusjoner rundt hva som virker, spørsmål knyttet til verdier etc. Enkelte ganger jobber man med andre, spesielt i barnevernssaker og familievernssaker. Ifølge familieterapeuten handler ikke dette bare om tid, men også om prioriteringer. Det finnes en handlingsplan for familieteamet (vi har ikke

sett den) med mål- og delmål som evalueres to ganger i året, og vi har også serviceerklæring. Disse verktøyene burde brukes mer aktivt, mer familierapeuten.

#### *Aktiviteter og samarbeid.*

Aktiviteten til enheten er omfattende. FABU har åpen kveld en gang i uka for familier, med og uten barn, i tillegg er det ungdom som bruker ungdomshuset. De har fadderordninger i forhold til ulike aktiviteter, og samarbeid med frivillige organisasjoner (se sitat fra enhetsleder s 2).

Typiske saker avdelingen har er ifølge avdelingsleder, samlivskriser, utroskap for eksempel hvor alt raser. Da samarbeider vi ofte med familievernkontoret. Da er det gjerne foreldrene som kommer for å få hjelp. Da snakker vi ikke alltid med barna selv om vi har fokus også på dem. En typisk dag kan inneholde avtaler med foreldre og barn eller bare foreldre, og det kan handle om direkte kontakt. Ved førstegangskontakt må vi finne ut hva de ønsker og hvordan vi skal samarbeide, og så lager vi en plan som seinere evalueres. Mye handler om samspill mellom barn og foreldre, og samarbeid mellom skilte foreldre. Ofte så er det også møtevirksomhet på barneskoler, i barnevern eller i PPT hvor de har samtaler med familier jeg kjenner på forhånd. Det er viktig at vi snakker sammen, og foreldrene ønsker at vi skal delta og gir samtykke til at vi snakker sammen.

Helsestasjonene inngår i FBU, og er en viktig samarbeidspartner for familieteamet. Den organisatoriske integrasjonen er blitt særlig viktig pga arbeidssituasjonen blant helsesøstrene, ifølge rådgiver og tidligere ledende helsesøster. "Nå viser vi til dem, kanskje vi sender for mye, men det får fortelle oss hvis de ikke makter det". I tillegg sies det, er det viktig at psykologressursen er plassert der, og brukes til barn og familier, og ikke hos kommuneoverlegen (dvs enhet for helsevern og sosial omsorg). For rådgiveren er det viktigere at man har "felles målgruppe (opp til 21 år), og samarbeider om dem", enn at arbeidet skal "hete helse og er samorganisert med dem". "Hva har vi til felles med geriatri, rehabiliteringsavdeling eller fengselshelsetjeneste", spør hun retorisk.

Skolene bruker oss hele tiden, også gjennom utkontaktene. Vi sitter i tverrfaglige team på skolene og psykologen har ansvar for en av skolene. Helse bruker oss også mye. Her er det mye veiledning for mødre med nyfødte barn. Her trenger mor noe mer støtte og veiledning enn det hun kan få på helsestasjonen, eller det kan være usikkerhet om andre ting.

Familieteamet jobber tett med familievernkontoret, som er lokalisert i nærheten. De bruker samme kartleggingsverktøy og skjemaer som dem, drøfter saker gjensidig, og har jevnlig møter (hver 6 uke) med dem. På familievernkontoret er det også psykolog.

Rådgiver og ledende helsesøster beskriver samarbeidet med BUP beskrives som godt. Det vises til fellesmøter hvor alle er til stede (skole, FABU, barnevern, psykiatri og tildelingsavdeling mv), og er også involvert i ansvarsgruppemøter og individuell plan. Men også dette samarbeidet er preget av at alle har det trangt økonomisk. Familierapeuten beskriver et ubyråkratisk lavterskelsamarbeid med BUP og hvor de eller andre kommunale instanser kan få en anonym konsultasjon knyttet til et enkeltbarn. Da trenger ikke foreldrene å være med, men kontakt lærere eller andre i barnets omgivelser. Hvis det skulle kreves noe mer, blir det imidlertid en henvisningsak via fastlegen.

PPT er ikke en del av enheten, de er plassert i stab. Det er imidlertid et godt samarbeid med dem og FABU særlig gjennom deltakelse i ansvarsgruppemøter.

Teamet deltar også i drøftingsteamet for ungdom i kommunene hvor politi, barnvern, rektor på videregående, representanter for ungdomsskolene og utekontaktene deltar, som er et lukket team og hvor ungdom man er bekymret for diskuteres, og det lages opplegg for problemungdom. I bunn for arbeidet ligger en perm med samtykkeerklæringer.

Avdelingsleder involveres også i kommuneplanene, er involvert i handlingsplanen for rus og kartleggingsarbeid som foregår i denne forbindelse, og som så i neste omgang innebærer forespørsler om foredrag for departement, idrettsråd etc. Dette er nyttig, men svært tidkrevende.

#### *Prioriteringsutfordringen*

Å spre informasjon og å markedsføre FABU er viktig. FABU har blant annet informert barnehagestyret, vært ute hos helsesøstrene og har informert på skoler. Ifølge familieterapeuten må dette informasjonsarbeidet balanseres mot formålet med FABU, å komme inn tidlig, og å gi et tilbud til de aller yngste. Ifølge avdelingsleder kommer alle til FABU for å få hjelp. Alle yrkesgrupper henviser – helsesøstre, jordmødre, pedagoger og lærere - hit, og mange kommer hit selv også; "alle kan slite med å få til et godt samarbeid med barna"... Også legene har begynt å henvise til FABU. Pasientene forteller dem om det, sier det til legen, og da blir legen kjent med oss... Behovene er mange, og det er lett å bli slukt opp av tunge saker.

Andre instanser ønsker å tenke dem inn som en del av deres tiltakskjeder, men da forsvinner fort lavterskeltenkningen. Særlig gjelder dette barnevernet. Dette trekket er ifølge en av familieterapeutene blitt forsterket etter at de fikk en psykolog inn i teamet - det "henvises" til teamet. Den andre siden av dette er at FABU også henviser til andre, til familievernet (for eksempel for meklingsattester) til BUP, de sender bekymringsmeldinger til barnevernet, til PPT, fastleger etc.

Utfordringen beskrives som et spørsmål om prioriteringer. For at lavterskelfokuset skal beholdes så må det prioriteres, og det er vanskelig. Spørsmålet om prioriteringer aktualiseres når mange i omgivelsene vil ha en del av psykologressursen og av teamets oppmerksomhet. Det aktualiseres også i forhold til barnevernet som i denne perioden har vært i en krise, og hvor det fra overordnet hold er en klar forventning om at FABU skal bidra til å løse denne krisen.

FABU samarbeider med mange, og gjennom disse samarbeidsmøtene kommer det til uttrykk forventninger. Leder for FABU sier:

*"Skolene henvender seg hele tiden til oss. Mange av sakene må vi avvise. Dette må dere henvise til barnvernet sier vi, men det er mye mindre skummelt for dem å henvise til oss; PPT henviser autister hit. Men her har vi jo en annen tjeneste i kommunen som burde vært koblet på, nemlig habiliteringsteamet og som tilhører en annen enhet (helse og sosial). Men kan dere ikke bare ta en prat med foreldrene, sier de, men vi kan ikke være støttekontakter. De får også henvisninger fra habiliteringsteamet på sykehuset, men der sier de ofte nei. Barna har individuell plan, og ønsker oss inn, men dette er familier som allerede er inn i systemet. Men noe bidrar vi med, blant annet bidrar psykologen i forhold til MR-pasienter, som kan være krevende saker; "Funksjonshemmede tar mye ressurser... heter det. Men vi har tirsdagsklubb for psykisk utviklingshemmede som andre drifter i våre lokaler hver tirsdag..."*

Vi får også mange henvendelser fra helsestasjonslegene. En av dem kjenner oss godt, og bruker oss hele tiden. Helsesøstrene henvender også saker til oss som nok burde ha vært meldt til barnevernet. Men sier avdelingsleder, vi ringer alltid tilbake til henviser og spør om hva de tenker seg at familiene har behov for. Det gjelder å forsøke skille mellom alvorligheten i sakene. Ofte er sakene så alvorlig at de må meldes barnevernet, og uten at foreldrene kan involveres.

Tilsvarende gjelder for familievernssiden og fra barne- og ungdomspsykiatrien. De skal ikke bli "et BUP light", eller et familievernkontor, så vi må også ofte si nei til dem. Familiekontorene har ofte barna kort inne, og noen ganger trenger de mer oppfølging.

Samtidig forsøker man å være fleksible, og å komme ønskene i møte, spesielt i vanskelige saker, for eksempel en sak hvor mor skrives ut fra psykiatrien, det er brudd med faren, og barnets interesser skal ivaretas.

Viktige hensyn i slike vurderinger er å ivareta forebyggings- og tidligintervensjonsprofilen. Mor og barn prioriteres framfor tyngre tjenester, sier avdelingsleder. Ofte er dette "vakuumsaker": Man er ikke syk nok til psykiatri, har ikke rett til PPT, ikke alvorlig nok til at det er barnevern. Slik sett blir vi "en tjeneste mellom de lovpålagte tjenestene og henvisningstjenestene". Videre er det viktig å prioritere de barna og ungdommene som kommer hit. Foreldrene kan komme hver tirsdag, og da er det fullt, og halvparten av dem som kommer følges opp av familieteamet. Men de voksne kan fort kuppe ressursene totalt, vi må prioritere barna og de unge. I tillegg forsøker man å se prioritere saker i forhold til teamets kompetanse, og et element av "hva-jeg-har lyst-til", dvs at man melder seg på saker som man er interessert i. Til syvende og sist "blir vi alle enige" sier psykologen "men det er avdelingsleder som har siste ordet".

#### *Bakgrunnen for psykologstillingen.*

Stillingen ble utløst ved at avdelingsleder så utlysningen, og sendte av gårde søknad etter kontakt med kommunaldirektøren. Direktøren har også fått rapporter til Helsedirektoratet til gjennomsyn.

Ifølge enhetsleder er psykologkompetansen viktig fordi man med den kan hjelpe folk og ta drøftinger raskere, man slipper henvisningene, og har en kompetanse som alle kan benytte seg av. I tillegg tenker psykologen oftere psykisk helse, andre blir fort for her og nå orienterte, og opptatt av det akutte. I tillegg ser hun det i hele i en større sammenheng. Enhetsleder mener det har skjedd noe med utdanningene av psykologer; "de er kreative, kan gå inn på mange forskjellige felt, og det er slik de vil ha det. Det er faget deres. De legger vekt på vekt på den gode relasjonen".

Avdelingslederen for psykisk helsevern fremfører en rekke argumenter for betydningen av en kommunepsykolog: Psykologer snakker stammespråket til spesialisthelsetjenesten, henvisningene vil ha en annen tyngde og blir en måte å ansvarliggjøre andrelinja på som alltid vil si "dette kan dere klare selv". En psykologstilling krever faglig utvikling, veiledning og prioriteringer som ikke gjelder for andre psykiske helsearbeidere. Dette kan ha smitteeffekter. I tillegg spør psykologer om hvordan man kan gjøre ting annerledes. Det er ikke minst viktig i forhold til barn og unge.

Familieaterapeuten har en annen innfallsvinkel. Økt kompetanse handler om andre fagbakgrunner og arbeidsredskap. En psykolog har psykodynamisk teori, mye skolegang, mer innsikt i forhold til personlighetsutvikling. Men "i møtet med andre handler det vel så mye om å skape tillit. Det handler om deg som person, du kan være så utdannet som du vil, men du må ønske folk godt, du må tro på

det du gjør. Mye kan virke hvis det er en del av deg selv, det handler om person. Det handler om måten å tilnærme seg det på, fagligheten må ikke gå på bekostning av nysgjerrigheten, av hva de (brukerne mtf) tenker". Arbeidet med barn krever en særlig kompetanse. Voksne kan snakke, og man snakker ofte om erfaringer fra et langt liv. Barn er uten historie, de er en del av et familiesystem og man kan ikke kommunisere eller bygge relasjoner med dem på samme måte som voksne. Denne kompetansen har FABU (og psykologen).

Som det har fremkommet har det vært en diskusjon som har kommet til uttrykk på møter og via administrasjonen, og som ikke synes å være helt forbi, og som er knyttet til stillingens plassering. Alle vil eie stillingen, og hadde kommunens administrasjon stått som søker av tilskuddet, så ville stillingen, ifølge avdelingsleder, blitt plassert hos kommunelegen, for at ressursen skulle brukes i kommunalt planarbeid. Det har også vært stilt spørsmål i administrasjonen ved om stillingen slik den nå er innplassert, er knyttet til helse(stasjons)linjen noe den ifølge kriteriene for stillingen skulle gjøre.

I denne forbindelse gjennomfører avdelingsleder flere resonneringer: For det første hevder hun at når stillingen er plassert i FABU så kommer den alle til gode, i den forstand at jordmødre, helsestasjoner, ungdomshelsetjeneste, skoler, leger, barnevern PPT etc. henviser til FABU og ber dem bistå. For det andre hevder hun at hvis man skal vente på at alle blir enige, og at alle prioriterings-spørsmål er løst så vil man ikke få gjort noen ting: "Jeg hadde en langsiktig strategi, ønsket å styrke oss, lavterskeltenkningen og tilbudet til våre brukere. Det kan ikke være slik at fordi andre blir oppmerksom på ressursen, så skal den brukes på andre måter". Videre er ikke psykologen en selvstendig ressurs, som kan disponeres fritt, hun er en del av team og en tenkemåte, og det er denne og ikke psykologressursen som bør etterspørres. For det tredje hevder hun at psykologen selv har ønsket å jobbe forebyggende.

#### *Psykologens vurdering*

Arbeidet beskrives av psykologen som ikke-diagnostisk lavterskelarbeid, og hvor man jobber med et familieperspektiv hvor det brukes et konflikthåndterings- mer enn et psykologperspektiv.

Situasjonen er imidlertid preget av at helsestasjonene og helsesøstrene har manglende kapasitet, og at barnevernet har det tungt. Ofte kan arbeid også stoppe opp når personer som er NAV-klienter ikke får pengene sine. Det stopper arbeidet vårt.

Teamet jobber sammen og det er ingen forskjell mellom medlemmene i teamet i forhold til henvisninger ol. Alle er like.

Teamet er blitt pålagt å jobbe med barnevernssaker (driver veiledning, ikke undersøkelser), man har ansvar for ulike skoler som man jobber i forhold til og får familieveiledningssaker samt vanlige lavterskelsaker via foreldre eller andre.

*"I forhold til barnevernet kan det dreie seg om at vi er hjemme hos en familie, observerer, skriver ned og sender et notat til barnevernet. Vi skal ikke vurdere noen ting, men si noen ting om hva vi ser. Vi er jo der for å hjelpe, ikke for å ta foreldrene. Så vi skriver en evaluering på bakgrunn av den jobben vi har gjort, men vi utreder ingenting, selv om barnevernet ønsker det. Særlig når de selv ikke har gjort tilstrekkelige undersøkelser, blir de avhengige av oss. I forhold til barnevernet er det lett at man blir en del av deres tiltakskjede".*

Familieveiledning gjør vi hele tiden. Det kan handle om samværskonflikter, skulking, konflikter knyttet til PC-bruk, skolevegring hos yngre etc). Ofte er det veldig små ting og det skal gjerne ørlite til for å skape endring. Ofte er det nok bare å prate med dem, men i forhold til en mor med problemer, graver jeg ikke hennes relasjon til mor, kommer ikke med antydninger til diagnoser. Utgangspunktet er (og må være) at de er vanlige mennesker preget av en vanskelig situasjon. Mer uvanlige tilfeller må henvises videre.

Arbeidet med skolen er det som gir mest glede. De (miljøterapeuten) ser på oss som en redning. Når det blir for mye for dem, ringer de oss og ber om et bidrag. Vi ringer ikke foreldrene da, hvis ikke ungdommene har sags det først. Alt skjer med ungdommene i ryggen. Vi snakker ikke med noen hvis de ikke vil. Arbeidet her handler også om at skolen diskuter vanskelige saker med teamet.

Psykologen liker arbeidet. Synes det er variert og spennende og gir mersmak, og mener det er en suveren måte å møte befolkningen på.

Ulempen ved den flate og likeverdige arbeidsformen i teamet er imidlertid at alle gjør alt. Det er positivt for familiene, men det er vanskelig å forene en arbeidsform som hele tiden består av praktiske arbeidsoppgaver, med tid til fordypning og skriftliggjøring. Ikke minst er tiltaksarbeidet krevende, og selv om man har en ansatt med spesielt ansvar for dette, tar masse tid. Å følge opp fadderbarn, tusenfrydbilletter som skal lånes ut (finne ut datoer, levere billetter, hente billetter) er et kjempeprosjekt som også tar tid i helgene. Det betyr mye for familiene, men de skal minnes på dette etc. Lignende oppgaver er knyttet barn som skal på trening, som skal meldes på ferier i Røde Kors regi etc. Dette er krevende.

En annen ulempe er at tiden til å snakke om vanskeligere saker i teamet blir liten. Vi har en "veldig tillitt til hverandre i teamet - tillitt til at vi ordner dette selv".

#### *Psykologen som ikke var psykolog*

En utfordring som ble oppdaget like før casebesøket var at psykologen viste seg ikke å være autorisert til å praktisere som psykolog pga av utdanning fra utlandet, og at hun måtte ha praksis i spesialisthelsetjenesten for å godkjennes som psykolog. Dette kom som en overraskelse både på overordnede og på psykologen, og var ennå ikke kjent blant flere av de informantene jeg intervjuet. Dette har gjort at stillingen ikke har kunne benyttes så fleksibelt som ønskelig (Hun kan "egentlig ikke virke i stillingen" som avdelingsleder sa). Hun kunne ikke stille diagnoser, ha terapi etc, i tillegg måtte noe av hennes ressurser brukes i BUP for å få en praksis som var godkjent.

Psykologen var ikke til stede på tidspunktet jeg besøkte kommunen, og intervjuet ble gjennomført flere måneder etter det første besøket. I intervjuet fremkom det at psykologen også var preget av autoriseringsproblematikken. Manglende autorisasjon gjør at hun ikke kan "drive behandling og sette diagnoser", og svekker selvfølgelig hennes posisjon som faglig autoritet i forhold til teamet og andre ansatte i kommunen. Når man blir "solgt inn" som psykolog, er det vanskelig å opprettholde autoritet når det viser seg at man ikke er det.

Det har derfor vært viktig for psykologen å understreke at hun er en del av teamet, jobber på lik linje med andre, driver veiledning og ikke gjør undersøkelser, ikke driver behandling eller setter diagnoser, ikke fører journal (selv om det etterspørres) og viser til BUP og andre faginstanser i saker hvor hun ikke har autorisasjon.

Hun har ønsket å få omgjort stillingen til familieterapeut, men har ennå ikke lykket med dette. Hun ønsker å søke seg vekk for å få praksis fra spesialisthelsetjenesten, og den nødvendige autorisasjonen.

#### *Vurdering av resultater.*

Ifølge kommunaldirektøren har politikerne i kommunen fokus på lavterskeltiltak. At ungdomskubbene gikk inn i FABU har også styrket deres stilling. I tillegg scorer FABU høyt på brukerundersøkelser som gjøres, har fått mye oppmerksomhet gjennom media, og blir snakket positivt om av brukere og samarbeidspartnere. I tillegg har de et utstrakt samarbeid med sivilsamfunnet, blant annet Lions, Sanitetskvinnene etc., som også bidrar til mye oppmerksomhet i media, særlig knyttet til tilbud i høst- og vinterferie, skidager etc.

Langt på vei lykkes FABU med tidlig intervensjonsarbeidet, ifølge enhetsleder. FABU er veldig ufarlig. For eksempel er enslige mødre ikke redde for å ta kontakt med avdelingen, de får ikke noe stempel. Dette er et tegn på at vi har lykket.

Ifølge avdelingsleder er det vanskelig å måle resultatene av arbeidet. *”Kostnadmessig sparer kommunene penger på dette. Det vet vi, men det er vanskelig å dokumentere. Tilbakemeldingene vi får tyder på at det går bra. Lærere på skolen og andre forteller oss at elever og andre sier det. Selv legene anbefaler oss (les en av familieterapeutene). Også familieterapeuten er inne på problemstillingene knyttet til å dokumentere at kommunene tjener på å jobbe forebyggende. Det finnes imidlertid en sterk overbevisning om at de fleste problemer starter i det små, og hvis man kommer inn tidlig nok så kan de hindres fra å bli større”*. Han mener at de forhindrer barnevernssaker og framtidige institusjonsplasseringer. Ifølge han er det være slik at hvis man har et langsiktig perspektiv på arbeidet, så vil det være kostnadsbesparende. Ifølge ham så er det en forståelse for betydningen av forebygging blant politikerne, tross at forebygging ikke er lovpålagt oppgaver (noe barnevernet er) og at de ofte ikke tenker så veldig langsiktig.

Vurderingen fra avdelingsleder for psykisk helsevern i kommunen av FABU er positiv. Man skal alltid spørre om barna, men det er svært lett å glemme familien når du sitter med voksne med store psykiske problemer. Avdelingen har imidlertid satt en halv stilling som bare jobber mot FABU (FABU-koordinator), og deltar i jevnlig møter med dem. FABU jobber med familie og barn, vi tar det psykiske helsevernet. Også tidligere skulle man øremerke ressurser i helsevernet til barn og unge med psykiske problemer, men dette fungerte ikke. Nå er det samlet i FABU. *”Og opplevelsen min”*, sier han, *”er, at der vi virkelig er bekymret for barna, der er FABU allerede inne”*. Dette er særlig viktig i forhold til de små barna, og hvor samarbeidet med helsesøstrene blir kritisk. Heller ikke har han opplevd at FABU slipper ungdom, de overføres eventuelt til oss (selv om de bare er 17 år). FABU er kjempeviktig for det forebyggende arbeidet i kommunen, sier han.

Lignende historier fortelles fra sosiallærer på en av skolene i kommunene. Skolen samarbeider med FABU i såkalt tverrfaglige møter i kommunen hvor sosialleder, rektor og en fra ressursteamet fra skolen er med. I tillegg er helsesøster, barnevern, PPT og en psykisk helsearbeider fra FABU med. Ressursteamet er et bindeledd mellom skole, PPT og de andre hjelpeinstansene, og hvor miljøterapeut (opplært i LP-modellen – læringsmiljø og pedagogisk analyse), rektor og representant fra klassetrinne er representert. Ved behov kan også lærere og andre trekkes inn. Hennes inntrykk er at FABU som ifølge henne har inntaksmøter hver uke, gjør at de kommer fort i gang med arbeidet, og



representerer et lavterskeltilbud som er gull verd. PPT har ikke kapasitet, de driver med sakkyndighetsvurderinger, og helsesøstrene har ikke tid til annet vaksinerings (det lovpålagte).

Tidligere ledende helsesøster, som nå er i en rådgivende stilling for enhetsleder i kommunen, uttrykker også lignende synspunkter. Veldig godt å få psykologkompetansen inn i FABU. Her har vi et fagmiljø som er lett å få tak i, og det med tilgjengelighet er veldig viktig, at det finnes en fagperson på grunnplanet som foreldrene bare kan ta kontakt med, uten å gå via BUP eller andre. Dette er veldig bra. Den "åpne ringingen" har gjort at dette virkelig er blitt en lavterskel tilbud. Etter hvert som de har blitt bedre kjent har det blitt tettere samarbeid, og her kan helsestasjonene henvise som oftest uten ventetider eller å bli avvist. Og er de (helsestasjonene) tvilrådige, så kan de diskutere saken med psykologen/teamet eller med barnevernet, og ofte er det ikke så mye som skal til.

### *Oppsummering*

Caset er spesielt fordi mange av resonnementene som gjennomføres knyttet til psykologressursen ikke har latt seg virkeliggjøre fordi psykologen ikke var autorisert som psykolog, og ikke kunne gjøre de oppgavene hun var tiltenkt. Uttalelsene til rollen som psykolog vil derfor være til dels basert på ideer mer enn realiteter, siden hun mangler den kompetansen hun skulle ha.

Caset er likevel av interesse fordi forebyggings- og tidligintervensjonsinnsatsen er såpass godt forankret i kommunen at det er grunn til å tro at en del vil være det samme selv uten en psykolog i stillingen. Psykologen har også fungert i stillingen over noe tid, og det er først i den seinere tid det er blitt oppdaget at hun ikke er autorisert. Slik sett fungerer caset likevel som en empirisk illustrasjon av hvordan en psykologressurs kan benyttes. Det er imidlertid grunn til å tro at en del av oppgavene knyttet til rolle og ansvarsdragingene mot spesialisthelsetjenesten og andre aktører, knyttet til veiledningsfunksjoner som forutsetter klinisk kompetanse og knyttet til deltakelse i kommunalt plan- og strategiarbeid, kunne ha vært tydeligere, hvis avdelingslederen i større grad hadde hatt psykologressursen å spille på.

Det finnes en organisatorisk strid om hvor helseforebygging og psykologressursen burde være forankret. Det klages over treghet og profesjonsstrid i forhold til fastlegene. Det fortelles om overarbeidede helsesøstre som opplever at de blir pålagt stadig nye oppgaver, som de i realiteten ikke har ressurser til å gjennomføre, og om et barnvern i krise, med stor turnover, manglende kompetanse på kommunens organisering og knyttet til betydelig kjøp av eksterne barnevernstjenester.

For overordnede i kommunen er dette problemstillinger som må arbeides og løses med, innenfor de rammer som eksisterer. De etterlyser systemforståelse blant sine ledere og ansatte, og som handler blant annet om å se egen ressursinnsats i lys av andres, mao om reelle og ansvarsavklaringer; og om å ikke stille for ideelle krav til sin yrkesutøvelse, og om å se seg som en del av et forvaltningssystem preget av politiske og økonomiske prosesser og rammer. Potensielt vil en slik forståelse kunne stå i motsetning til satsingen på tidlig intervensjon og forebygging.

For ledelsene vil det være viktig at de faglige ressursene i kommunen brukes for å løse kommunens utfordringer, og de vektlegger de vinn vinn-situasjoner som kan oppstå hvis for eksempel familieteamets og barnvernets utfordringer sees i sammenheng. Avdelingsleder operer med en "like for like" logikk og tenker at ved å komme kommunens ledelse delvis i møte, så blir de lettere å sikre en satsing på tidlig intervensjon også på lengre sikt. Andre faglige ansatte i FABU, inkludert

psykologen, ser i større grad barnevernet som en av flere krefter som forsøker å endre fokuset fra tidlig intervensjon og lavterskel, til å bli en del av et henvisnings- og tiltakssystem.

Spørsmålet om prioriteringer står derfor svært sentralt, og hvordan man skal balansere hensynet til å informere om FABU generelt og psykologressursen spesielt. Mange instanser i kommunene har behov for psykologisk bistand, og det må begrunnes spesielt hvorfor denne innsatsen ikke bare kan disponeres fritt av andre instanser innenfor kommunen.

På tross av ressursbegrensninger synes det som om teamet klarer å gjøre en type prioriteringer som gjør at viktige aktører i omgivelsene er fornøyd med deres innsats. I denne kommunen er heller ikke psykologen alene om å foreta disse prioriteringene. Både helsesøstrenes og skolenes tilbakemeldinger samt tilbakemeldingene fra psykisk helsevern i kommunen, gir et inntrykk av at de treffer mange av de barne- og ungdommene i kommunen som trenger bistand og oppfølging.

Samtidig innebærer det at noe prioriteres, at noe annet prioriteres bort. Enhetsleder mener at det som prioriteres bort særlig gjelder ungdom på vei over i voksenlivet, og psykisk utviklingshemmede og funksjonshemmede barn og foreldre.

Veldig mye av den strategiske tenkningen synes forankret hos avdelingsleder og kommunaldirektør. Likevel synes tenkningen rundt tidlig intervensjon og forebygging i hovedsak å være knyttet til området for oppvekst og kultur og hvor helsesøstertjenesten litt motvillig er integrert. Tross utfordringer, særlig knyttet til fastlegene, er imidlertid leder for voksenpsykiatrien i kommunen, godt fornøyd med FABU, og mener at de nærmest uavhengig av dem, har maktet å komme i kontakt med barn som trenger bistand pga av rus og/eller psykiske problemer hos foreldrene.

Caset forteller også om at satsingen på tidlig intervensjon og forebygging er utsatt for økonomiske nedskjæringer og omorganiseringer og personalendringer som endrer tilvante arbeidsformer. Innsatsen knyttet til psykisk helse i FABU ble bygget opp gjennom opptrappingsmidlene, men ble så svekket inntil tilskuddet til kommunepsykologen kom. Innsatsen står i fare for å bygges ned igjen eller omprioriteres når lovpålagte oppgaver står i fare. Dette betyr ikke at tilskuddene bidrar til å spille på lag med og endre kommunal tenkemåte og prioriteringer.

Samarbeidet er imidlertid skjørt, (og det er ikke alltid lett for ulike ansatte og ta hele kommunens ansvar innover seg), krise i et system forplanter seg til de andre. Fra overordnet hold er det et ønske om å forholde seg til dette, snu ressursene (og resonnementene kan også gis en faglig begrunnelse) langt på vei aksepteres dette, men for mange yrkesgrupper er identiteten sterkere knyttet til faget og brukere enn til kommunens politiske, økonomiske og organisatoriske situasjon.

Samarbeidet med BUP er et eksempel på en type avklaring som man på kommunalt hold ofte mangler, dvs. samtaler med fagkyndige om hvordan man skal vurdere en sak. Disse avklaringene og denne veiledningen ville psykologen ofte ha stått for andre steder.

## 2.8 Kommunal enhet for psykisk helsearbeid (Case 8).

Empiri: Kommunepsykolog, Seksjonsleder BUP, leder for interkommunalt barnevern, kommunelege, 2 ledende helsesøster, jordmor, 2 psykiatriske sykepleiere.

### Om kommunene

De seks kommunene som inngår i det interkommunale samarbeidet er distriktskommuner med spredt bebyggelse. Folketallet i regionen er lite, og minskende og den største kommunen har ikke mer enn ca 3500 innbyggere. 3 av kommunene er kraftkommuner, noen av dem har stor gjeldsgrad, men sitter pga statlige overføringer igjen med betydelige høyere brutto driftsutgifter enn landet for øvrig. Det betyr at nivået på tjenestene, dvs. bemanningen, er høyt.

### Kommunal organisering.

Den kommunale organiseringen er svært ulik, politisk så vel som organisatorisk. Den administrative organiseringen varierer fra flat organisering til sektororganiserte 5 nivåkommuner. Flere av kommunene har nylig gjennomgått større organisasjonsendringer, og flere av dem har hatt vakanser på ledelses- og på fastlegesiden. Gjennomgang av kommuneplaner og årsmeldinger i de respektive kommunene viser at det er uklart hvordan det psykiske helsearbeidet er prioritert og organisert eller integrert i resten av den kommunale aktiviteten. I en av kommunene har de egne planer for psykisk helse som nylig er rullert. Planen integrerer aktiviteter innenfor og på tvers av sektorer, og beskriver også et institusjonalisert samarbeid med 2 linjetjenesten. Videreføringen er drøftet med representanter skole, kultur, barnehage, helse, psykiatri, pleie og omsorg, aktivitet og NAV, og er sett i sammenheng med ruspolitisk plan. Satsingen er imidlertid ikke tydelig i årsmeldingen. Jeg har for eksempel intervjuet avdelingsleder for psykisk helse i en av kommunene. Avdelingen gjenfinnes imidlertid ikke i organisasjonskart eller årsmeldinger. En av dem har jeg selv intervjuet. I årsmeldingen for 2010, (Årsmeldingen for 2011 er på skrivende tidspunkt ikke kommet), står ikke denne avdelingen nevnt.

En informant med lange røtter i distriktet beskriver det som "tradisjonstungt", og et distrikt hvor kulturen er at man går stille i dørene, med mye gjetting, halvkvadete viser og ting man "burde skjønt". Kristenlivet står videre sterkt, med et stort antall menigheter i forhold til populasjonen som forsterker bygdepreget, "man holder seg til sitt". Samtidig beskrives psykologen som en som stiller de spørsmålene folk tenker, men ikke tør å si høyt. Da bryter hun med kulturen, får folk til å føle seg yre, og får respekt, "dette var heilt nytt", sier de, "dette var forfriskandes". For sin egen del mener han at han allerede ble betraktet som hoven fra barnsben av, og at dette sitter igjen fremdeles, noe som svekker tillitten til en selv som fagperson.

PPT, barnevern og kommunepsykologen er interkommunale løsninger. Psykologen er ansatt som interkommunal psykolog som skal betjene 6 kommuner. Psykologstillingen er forankret i de formelle samarbeidsorganene som eksisterer mellom de kommunene som inngår (ting/råd), og som har både en politisk og administrativ representasjon. Andre oppgaver som også er interkommunale er blant annet barnevern og PPT. I vertskommunen er psykologstillingen samlokalisert med barnevernet, men knyttet til enhetene for psykisk helsearbeid. Stillingen er prosjektbasert, i 75 % og er dels finansiert av Helsedirektoratsmidler, dels gjennom et spleiselag fra kommunene som inngår. Kommunen får ikke "igjen timer, men innsats". Stillingen var rettet mot tidlig intervensjon i aldersgruppen 0-9 år, og øvrige aldersgrupper opp til 23 år etter ressurser.

Hovedutfordringen handler ifølge psykologen om å etablere en forståelse av et bredere normalitetsbegrep. Man må tåle at 3-5 % av barna trenger et behandlingstilbud, men alt verken kan eller skal kureres. Det er her alle de andre fagfolkene må inn. De må tilføres en type bredspektret kompetanse som gjør at de kan tåle mer lokalt, ikke bare det gjennomsnittelige eller det som er over. Spørsmålet vi må stille til dem, og til foreldrene er: Hva må dere vite for å tåle barna deres bedre, hvordan bli tryggere på dere selv? Hva kan vi øve på som gjør at problemene ikke blir så store. Det handler om forskningsformidling, om introduksjon til analysemodeller og evalueringer og evalueringsinstrumenter.

Hovedutfordringene for bruken av psykologstillingen og for tidlig intervensjonstenkingen i dette interkommunale samarbeidet er ifølge psykologen er flere:

For det første er det store antallet kommuner og det store antallet aktører som inngår i dem (6 legekantor, 6 helsestasjoner, 4 avdelinger for psykisk helsearbeid osv), en uoversiktlig organisering (etter å ha jobbet i flere år kan det fremdeles dukke frem nye personer som arbeider med psykisk helse), og en manglende kommunedebatt og aktiv administrativ oppfølging av satsingen på psykisk helse. Resultatet er at de ikke kjenner hverandres tjenester. Fagutvikling og sammenhenger i tjenestene blir borte og det blir vanskelig (også for psykologen) å få oversikt.

Mens psykologen har kort vei til toppen i Helse-Norge (psykologforeningen og Helsedirektoratet), er kommunene langt unna dette. Kommunene forholder seg ikke til idealsystemet slik det presenteres gjennom føringer, NOUer etc. I kommunene er fokuset på stillinger; "vi har fått en stilling til å løse dette", sier de. "Vi må vite at vi er på riktig trikk", sier psykologen, og mener dette bryter med den kommunale kulturen. De spør aldri om det jeg gjør har effekt. Det er fint å få tillit, men bedre med kunnskap, og noen å diskutere med. I de berørte kommunene har det for eksempel ikke vært noen evaluering av opptrappingsplanen, ifølge psykologen fordi kommunene tenker arbeidsplasser og ikke faglig kvalitet. Psykologen har også forsøkt å aktivisere fylkesmannen i forhold til ansvaret for psykisk helsearbeid og opptrappingsplanen, men opplever at fylkesmannen ikke har hatt mye fokus på disse problemstillingene.

Den manglende kommunale interessen gjør at ressursene ikke utnyttes ordentlig, hevder psykologen. Selv om alle legene er kommunalt ansatte, så skjønner ikke kommuneadministrasjonen at de kan kreve noe av dem. I stedet trår de veldig forsiktig, mens de burde ha instruert.

En annen viktig utfordring er helsestasjonsproblematikken. De er ofte ikke store, de er én eller tomannsforetak, og er kjennetegnet ved at man når sitt eget nivå veldig fort, fordi man mangler innspill på andre arbeidsmåter. De mangler verktøy som kan brukes i forhold til problemstillingene de møter, og de klarer i liten grad å beskrive hva problemet er. Kunnskap som finnes for eksempel om spe- og småbarn tar lang tid på å komme ut til helsestasjonene, og slik sett er det mye som burde ha blitt fanget opp som ikke blir det. Det er ingen debatt rundt hva slags programmer de skal lære eller som de bør arbeide etter og som oftest velger de etter forgodtbefinnende. I tillegg finnes det ingen kvalitetsutvikling av helsestasjonene eller noen som kiker dem i kortene.

På den andre siden innebærer dette ifølge psykologen, at de har store potensialer for å arbeide bedre. Dette har da også vært en viktig satsing for psykologen, å forsøke å være med på å utvikle helsestasjonene, selv flere av dem ikke ønsker en psykolog "som titter dem i kortene", som hun sier.

En tredje utfordring er knyttet til psykisk helsearbeidere. Ifølge psykologen mangler enhetene med psykisk helsearbeidere en instruks eller plan for arbeidet. Det gjelder å bevisstgjøre dem på hva de skal gjøre, deres relasjon til helsestasjonene og avklare roller i forhold til BUP, PPT og barnevern. Særlig beskrives relasjonen mellom helsesøstrene og de psykiske helsearbeiderne som å være uavklart. Helsearbeiderne oppfordres som å være en trussel for helsestasjonene, og ofte tilhører de også ulike administrative systemer.

Psykologen beskriver det som sin oppgave å "pushe kunnskap" ut i systemene, men samtidig forsøke å ikke gjøre seg uunnværlig, siden stillingen er et prosjekt. Det er derfor viktig ikke å lage behandlingskjeder som forutsetter psykologkompetanse. Det gjelder å utvikle systemer og skape en forståelse av hvor og hvilke veier som skal krysse hverandre, som står sentralt. I denne forbindelse har hun forsøkt å "klistre seg til legene". De synes det er vanskelig å vite hva de skal bruke psykologen til: "Jeg tar alle saker fra leger", sier hun, og kaller det "utenrikspolitikk".

En fjerde utfordring er legene. Selv om de er inngangsporten til helsesystemet, er det ikke alltid sikkert at det beste er å henvise direkte til dem; pasientene skal jo "på laveste kommunale nivå først. Legene er på toppen av helsepyramiden", sier hun "de vil ikke henvise nedover, bare bortover eller oppover. Kanskje man henviser til fysioterapi, men de henviser ikke nedover i kompetansekjeden. Legene mener de kan noe om psykisk helse, og vil ikke henvise til treåringer".

Samlet sett er dette krevende oppgaver. Det første året sier hun, går du på med full hals, det andre året møter du systemet, og tredje året håper du på resultater og på at det utvikles rutiner på noe av arbeidet. Det er dette året som er avgjørende sier hun, for man kan ikke leve av "innsalg eller juble seg selv frem til resultater". I tillegg er jobben ensom. Hun har faste møter med seksjonssjef, legger fram saker i regionrådet, men beskriver det likevel som å jobbe alene: "Du må lage dine egne møtearenaer". I denne forbindelse blir midler til fagutvikling og konferansene i regi av Helsedirektoratet og psykologforeningen "mentale ladestasjoner".

Det tar tid å komme utover introduksjonsløsningene, og et resultat er at psykologressursen i mindre grad har vært brukt til tidlig intervensjon i forhold til barn enn det som har vært planlagt – det er vanskelig å få henvisninger fra flere av kommunene. Ifølge psykologen kunne PPT vært et vel så bra sted å jobbe i forhold til disse problemstillingene. De har et bredt nedslagsfelt, høy faglig kompetanse og kan mye om tiltak. Og PPT kan ha og har mange helsefunksjoner. At stillingen ikke kunne forankres der er et utslag av at sektortenkningen på departementalt hold når helt ut i kommunene, psykologtilskuddet var helsemidler.

#### **Erfaringer fra andre interkommunale tjenester.**

Barnevernet har en over tiårsperiode vært interkommunalt, og barnevernsleder er opptatt av de store utfordringene dette innebærer. Målet for barnevernet er på mange måter det samme som for psykologen og styrke evnen til å løse problemer lokalt. Arbeidet handler mye om å vri tiltakene mot foreldrene og mot å styrke foreldrekompetansen. I forhold til arbeidet med barn og unge handler dette blant annet om samarbeid med 9 helsestasjoner som alle er forskjellige, og hvor noen vil og andre ikke ønsker å samarbeide.

Når hun startet hadde arbeidet hadde hun en forståelse av den interkommunale løsningen kunne gi et grunnlag for å påvirke tverrfagligheten og utvikle en fells arbeidsmetodikk i kommunenes arbeid knyttet til barn og unge. Dette har imidlertid vist seg mye vanskeligere en antatt, fordi hver kom-

mune vil ha det på sin måte. Kommunene er ulikt organisert, og de organiserer også det tverrfaglige arbeidet på helt ulike måter. Og når ting ikke fungerer så tas det ikke organisatoriske grep. I stedet utvikles det nye og uformelle fora på siden av den formelle organisasjonen, løsninger som ifølge barnevernslederen, kommunenes ledelse og politikerne, ikke kjenner til. Lederen etterlyser et overordnet perspektiv og grep hvor politikerne og administrativ ledelse gir et klart og tydelig mandat til den tverrfaglige jobbingen, og så følger det aktivt opp. I dag starter personer som brenner for noe nytt, og gode erfaringer tas ikke vare på eller overføres mellom kommunene. "det koker bort i kålen" som barnevernslederen sier.

Her ligger også en bekymring vis a vis kommunepsykologen, hvis ikke psykologen og barnevernet blir bedre kjent enn de er blitt så langt, at hun skal bidra til å forsterke tendenser til dobbeltarbeid og til parallell jobbing. Det blir lett slik at psykiske helsearbeidere eller helsestasjoner bruker kommunepsykologen hvis det er lange ventetider i barnevernet eller BUP, men også at de gjør begge deler samtidig. Det viktigste er imidlertid at psykologen (og andre) bare handler, men forsøker å sjekke ut hva andre har tenkt først.

Den andre siden av dette er at barnevernslederen mener at barnevernet kunne brukt psykologressursen bedre enn helsesiden, og uavhengig av dette selv hadde ønsket å kunne bruke psykologressursen mer aktivt, spesielt i forhold til gravide og barn. Her ligger det ifølge barnevernsleder mange uavklarte prioriteringsutfordringer; når kan vi bruke dem, hvordan prioriterer de hvis de får for mange saker, kan vi henvise saker til henne nå, tas det bare i gangen etc. Det er også en redsel for at hvis presset på psykologen blir for stort så vil hun vende oppmerksomheten mot en annen kommune. Denne prioriteringsutfordringen er imidlertid ikke forbeholdt bruken av psykologressursen, men er knyttet til psykisk helses karakter. Både barnevern og PPT har sterke regelverk som gjør at man trenger å vite når man kan regnes med og når man ikke kan regnes med, dette prioriteringslovverket mangler når det gjelder psykisk helse.

Samtidig er det flere samarbeidsarenaer mellom barnevernet og kommunepsykologen, ikke minst knyttet til et kompetansenettverk hvor mange av barnevernsaktørene møtes for å koordinere sitt arbeid mot kommunene. Psykologen er også inne i flere spesielt vanskelige enkeltsaker, og har også vært involvert i opplæring i Marte Meo. Hun driver også et utstrakt veiledningsarbeid knyttet til de psykiske helsearbeiderne i kommunene. "Men hvis hun da informerer om barnevernet, kjenner hun oss godt nok?" spør barnevernslederen, noe som jeg tolker som et uttrykk for en tettere og mer formalisert kontakt med psykologen.

Utfordringen for den regionen og de kommunene BUP betjener er ifølge seksjonsleder og psykologspesialist i BUP, er flere:

For det første dreier det seg om at det geografiske nedslagsfeltet er stort (og større enn det kommunale nedslagsfeltet psykologressursen har), og antall innbyggere lavt. Det skaper store vanskeligheter for å gi et likeverdig tilbud, det blir vanskelig å gi dem som bor langt unna god hjelp.

Dette innebærer at man fra sentral hold blir "avhengig" av hjelpeapparatet ute. De må være kompetente, og vi må stole på - og stoler på - kompetansen deres ute, og må samarbeide med dem. Fremveksten av psykiske helsearbeidere (og nå psykologen) har i betydelig grad styrket muligheten for et slikt arbeid.

Et annet sentralt forhold, sett fra spesialisthelsetjenestens side, er at det finnes noen ansvarlige personer ute. Når et barn er ferdig her anbefaler vi at førstelinja tar et ansvar, men da må det finnes noen ansvarlige personer med navn og nummer som vi kan ringe til. Finnes de ikke må vi beholde barna lengre enn nødvendig. Utfordringen her er at det ofte ikke finnes noen å ringe til. Kommunene sprer oppgavene på mange og har uklar organisering. Enkelte helsestasjoner har interesse for problemstillingene, men har liten kapasitet, andre steder er det konflikter mellom helsesøstrene og de psykiske helsearbeiderne. Helsesøstrene har ifølge psykologen, vært enerådende i arbeidet mot barn og unge i mange kommuner, og nå det kommer inn nye folk som kan mer eller andre ting kan de bli engstelige.

Et tredje forhold er knyttet til fastlegene. Ifølge BUP-psykologen er legene krumtappene i forebyggingsarbeidet. Fastlegene undervurderer imidlertid gjennomgående førstelinja, og henviser videre. Dette må til BUP, sier de. Ofte når vi får henvisninger så ser vi at kravene for å ta inn barna på spesialistnivå ikke er oppfylt, men at barnet trenger oppfølging for lettere depresjoner og angst. Vi sender saken tilbake til legen, og en stund etter kommer den til nytt tilbake til oss. De tviler på om førstelinja kan ta disse sakene, men de har ikke satt seg inn i hvilke tilbud som finnes lokalt eller undersøkt om de kan det. Når de henvises andre gang kan det også hende at vi sender saken tilbake. Den tredje gangen kan vi imidlertid ikke gjøre dette, da må vi møte personen.

Skal man lykkes i å styrke hjelpen i førstelinja må legene sørge for at det settes inn tiltak før de henviser. De må sette seg inn i hvilken kompetanse som finnes lokalt, de må tro på og ha aksept for at de kan bidra. Legene må jobbe tettere opp mot de andre aktørene i kommunen. Da vil de skjønne at de kan henvise lokalt, og ikke bare oppover. I tillegg er det jo mye bedre for pasientene å få hjelp der de bor, og slippe å bli en pasient i psykiatrien.

Ifølge BUP psykologen er det ingen som blander seg inn i hva legene gjør, de holder på med sitt. Men noen burde ta ansvar, helse- og sosialsjefen eller noen andre. Nå har BUP fått bedre henvisninger etter hvert, fordi man fra BUP sin side sender ut jevnlig oversikter til dem og prøver å oppdra dem. Men hvis turnoveren er høy, og vikarlegene mange, så starter det hele på nytt igjen.

Sett fra BUP sin side har kommunepsykologen bidratt til å gjøre situasjonen betydelig bedre. Kommunepsykologen sikrer kompetansen på de ute, hun er veileder for de psykiske helsearbeiderne i flere av kommunene, har bidratt til samarbeidsmøter mellom dem og oss, og har bidratt til å peke ut ansvarlige i kommunen som BUP kan ta kontakt med, eller hvor de kan ringe direkte til oss og snakke om enkeltsaker og få veiledning. Alt er blitt mye tydeligere, de er kommet på banen på en annen måte, og de jobber bedre både i forkant og etterkant. Man kan inngå avtaler med dem og bestemme en arbeidsdeling. De psykiske helsearbeiderne synes i større grad å ha fått en felles politikk på tvers av kommunene. Flere ønsker å ta litt tyngre saker, og vi har gått inn i dialog med dem om hva de skal gjøre og hva vi skal/bør gjøre. Dette gjør legenes devaluering av de psykiatriske sykepleierne (og av PPT) ennå mindre begrunnet, hevder hun.

Det er også jevnlig samarbeidsmøter mellom BUP og kommunene. Enkelte ganger er kommunepsykologen til stede, men det hadde vært en fordel om hun var med på alle, hevdes det.

### **To kommuneeksempler.**

*Kommuneeksempel 1.* I en av kommunene sitter de psykiske helsearbeiderne (3 stk) samlokalisert med helsestasjon, jordmor, fastleger. De er alle underlagt kommunalsjefen for helse og omsorg. Det

er stor utskiftning på legesiden, og kontoret har nettopp ansatt ny ledende helsesøster. Den psykiatriske sykepleieren har jobbet der i fire år, og beskriver satsingen på psykisk helsearbeid i kommunen som et resultat av opptrappingsplanen. Ifølge henne er de veldig godt dekket opp med fagfolk i kommunen. Hun reiser spørsmål ved om de trenger å være så mange, og mener at kommunen burde se nærmere på hvordan ressursene blir brukt.

De første årene i stillingene beskrives som å handle om et opprydningsarbeid.

For sykepleieren har arbeidet med å utvikle tydelige grenser mellom tjenestene stått sentralt særlig i forhold til BUP. De har en del felles oppfølging med dem, og forsøker å trekke en grense mellom milde til moderate lidelser som skal lokalt, og moderat til alvorlig som BUP tar. Her har de hovedansvaret, men lokalt kan man også gjøre en jobb her.

Relasjonen til helsestasjonen har vært vanskelig i lang tid, men er nå blitt løst gjennom at det er blitt ansatt ledende helsesøster som manglet tidligere. Helsestasjonen opplevde ikke at "psykiatrien" var en del av deres oppgaver. Det innebar, særlig den første tiden, at sykepleieren ikke fikk henvisninger og tilgang til barnefamiliene. Det ble heller ikke etablert en arbeidsdeling som gjorde at man utfylte hverandre. I stedet ble tiden brukt til konkurranse og haling og draing: "Nå er det mitt barn tenker de", og var ikke veldig interessert i å finne ut om andre var inne i sakene, heller ikke BUP. De vernet om de sakene de hadde startet opp med, og ofte var det mye dobbelt ressursbruk i forhold til barn og ungdom.

Det tettteste samarbeidet er mot barnevernet, PPT og skolene. Samtidig har arbeidet mot skolene vært krevende for de psykiske helsearbeiderne, ikke minst knyttet til å forsøke å "selge seg inn" i skolene. Dette har gått seg til, men fremdeles er skolene ofte lite tydelige på hvem de kobler inn og når, ifølge sykepleieren "shopper" rektorer og klasselærere "i villskap". Selv om rektor vet at vi har en av deres unger, og også har satt i gang prosesser rundt ungene, oppdager vi plutselig at de har sendt brev til helseseksjonen om at noe må skje. De mobiliserer alle systemer samtidig, helsesøster, PPT, leger og meg, men uten å fortelle om hva de allerede er involvert i.

I tillegg beskrives systemet, i den grad det eksisterer, som svært sårbart. Ingen deler er utbyttable, alt må bygges opp på nytt igjen når folk slutter eller det skjer endringer.

Sykepleieren beskriver kommunepsykologen som et før og etter, ja som et være eller ikke være for alle de psykiske helsearbeiderne som jobber de berørte kommunene. Særlig møtene hver tredje uke mellom alle helsearbeiderne viktig: Hun gir veiledning og behandlingsassistanse. Hun har utrolig kjennskap til systemene og til barn og unge, og kan si noe om hvordan arbeidsdelingene bør være. Hun hjelper også til med å gjøre strategiske valg knyttet til hvilken mark vi skal pløye, i tillegg slipper man å pløye alene lengre. "Hun sier ting, som jeg også kunne sagt, men meg hører de ikke på", sier sykepleieren.

Ledende helsesøster i kommunene slutter seg langt på vei til denne beskrivelsen. Psykologen driver veiledning av personale på helsestasjonene hver 6 uke, og et resultat som delvis tilskrives psykologen er at forholdet blant annet mellom helsestasjoner og de psykiske helsearbeiderne har bedret seg. Fremdeles er det slik at helsesøstrene på mange steder henviser til BUP, og så skriver legene under, men på dette kontoret er det ikke lenger slik. Helsesøster forsøker å aktivisere det koordinerende ansvaret helsestasjonene har, og særlig forsøker de nå å ta dette ansvaret i forhold til skolene, i



motsetning til tidligere hvor de i større grad hadde helsekontroller. Dette samarbeidet er fremdeles vanskelig – og det beskrives hvordan innføringen av programmet Zippys venner – har gjort noen av skolene mer innadventde og mindre interesserte i samarbeid - jobber ikke lenger med ting de ikke burde jobbe med. Det skjer ifølge ledende helsesøster ”en profesjonalisering”. Psykologen har også forhåndsoppsatte behandlingsdager, hvor det er mulig å booke timer for elever som trenger det. Ifølge ledende helsesøster har de også, inspirert av psykologen, blitt flinkere til å involvere kommunens ledelse i spørsmål som går på tvers, og det arbeides med å få til jevnlige møter mellom de ulike sektorlederne i kommunene.

*Kommuneeksempel 2.* I en annen av kommunene psykologen betjener, finnes det en psykisk helseavdeling, opprettet i forbindelse med opptrappingsplanen. 50 % av lederens arbeidsinnsats skal gå til barn. Avdelingen er lagt til pleie- og omsorg, selv om rus/psykiatri, foreldre/barn og barn inngår som avdelingens arbeidsoppgaver. Ifølge leder for avdelingen er plasseringen et utslag av manglende føringer for bruken av opptrappingsmidlene, og av manglende tenkning i og mellom kommuner som burde samarbeide. De har holdt på snart et tiår, og har fremdeles en uklar forståelse av hva avdelingens rolle i forhold til resten av kommunen skal være.

På den andre siden har man en helsestasjon (en avdeling for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge) som er tillagt koordinerende oppgaver i kommunen knyttet til målgruppa barn og unge. Denne gruppa ligger under helse og sosialavdelingen, og har et tett samarbeid med BUP og fastlegene.

Samarbeidet mellom disse aktørene beskrives som konfliktfylt.

Ifølge ledende helsesøster er det helsestasjonene som har koordineringsansvaret for barn og unge i kommunen. Opprettelsen av den psykiske helseavdelingen (opprinnelig finansiert gjennom opptrappingsmidlene) er ikke en del av dette ansvaret. De jobber heller ikke på samme måte. Mens helsestasjonen, i overensstemmelse med de faglige vurderingene til BUP, jobber ”foreldreorientert”, så jobber den psykiske helsearbeidsavdelingen ”barneorientert”, dvs. med barna alene uten at foreldrene er informert eller aktivisert. Endelig har avdelingen kontakter og fast treffpunkt mot en av skolene i bygda, som helsesøster vet lite om som gjør samarbeidet med skolen vanskelig og som oppleves å trekke i andre retninger enn slik helsestasjonen arbeider. Dette kan innebære at ulike instanser i kommunene arbeider mot samme barn/foreldre på samme tid. Ifølge helsesøster burde avdelingen ha jobbet med unge og voksne som faller ut av skolen. De er vanskelige å få i tale og har ofte psykiatriske problemer. Samarbeidet mellom foreldre-barn er dekket opp.

For lederen for avdelingen for psykisk helsearbeid fremstår den formelle organisasjonen som rotete. Ideelt sett burde de ha samarbeidet tettere, og tidvis trækker de i hverandres bed, uten at det nødvendigvis er så farlig å møte flere. Hun mener selv helsestasjonen skal ha det brede ansvaret, og hun et mer spesialisert ansvar, men opplever ikke at hennes eller avdelingens kompetanse tas i bruk. At helsestasjonen også skal ha ansvar for det psykiske helsearbeidet mot barn og unge synes hun imidlertid ikke er riktig, siden de i liten grad kan være med å utvikle den faglige tryggheten et slikt arbeid krever. Ifølge lederen handler det også om faglige uenigheter. Helsestasjonen jobber tett mot BUP, men noen ganger burde kommunen ifølge leder ha gjort mer lokalt. Det er lang reisevei for ungdommene å dra dit, og i mange tilfeller kunne de ha konsultert avdelingen før de henviste til spesialisthelsetjenesten. Det er også en problematikk rundt taushetsplikt, og hvor helsestasjonen, ifølge leder for psykisk helsearbeid, kan oppleve at de holder tilbake informasjon, noe de også gjør.

De har felles møter, men de kan være vanskelige dels fordi møtene kan få karakter av "forhør", men også pga av taushetsplikten. Vi kan ikke diskutere saker mellom oss, der brukerne ikke vet at vi gjør det.

Ifølge en av informantene er konfliktene et resultat av at lederne betrakter sine avdelinger som "små kongedømmer". Hun knytter konfliktene til at kommunen er liten, og hvor personlige forhold lett kan stå i motsetning til faglige og profesjonelle forhold. "Konfliktene sprer seg som ringer i vannet når det snakkes om dem, og folk som bor i kommunen kan føle at de blir tvunget til å velge side".

Det vanskelige samarbeidet berører også eksterne aktører. For helsesøster kan forholdet til noen av skolene bli vanskelig fordi den psykiatriske sykepleieren har møtetider der, og skolen i mindre grad samarbeider med dem. For psykiske helsearbeider kan det dreie seg om forholdet til BUP som har et så nært forhold til helsestasjonen. Dette står i veien for felles løsninger, og kan også gå utover brukerne. Ikke minst merker ungdommene godt "sprekkene selv om det bare er nyanseforskjeller mellom hva ulike aktører sier", hevder en av de "nøytrale" informantene.

Avdelingen skal nå, etter initiativ fra avdelingen for psykisk helsearbeid flyttes over til helse- og sosialavdelingen, med en ny sjef. Begge parter håper at den nye organiseringen skal bedre samarbeidet. De har imidlertid forsøkt å involvere egne ledere i problemene tidligere, men har ikke lyktes. Lederne beskrives av dem begge som konfliktsky, "konfliktene bare henger der".

Det er i denne sammenhengen kommunepsykologen kommer inn. Ingen er mot henne, snarere tvert imot, men hvilken rolle skal hun spille i?

Kommunelege 1, med ansvar for å ha den helhetlige oversikten over tjenestetilbudet i kommunen og behov og ressursbruk, synes ikke å være klar over konflikten eller forholde seg til den. Kommunelegen er veldig fornøyd med psykologressursen, men synes imidlertid ikke at det uten videre var klart hva psykologen skal brukes til. Han har da heller ikke brukt henne og mener at de har klart seg bra uten henne tidligere.

Ifølge legen er det ikke mye så mange med lette psykiske lidelser i kommunen, og de som finnes tar skolehelsetjenesten og skolene seg av. I tillegg er det et godt samarbeid mellom fastlegene og helsestasjonen i kommunen og hvor de psykiske helsearbeiderne også kan være involvert. I tillegg har de hatt et godt samarbeid med andrelinjetjenesten, og tilgangen til slik hjelp er ifølge legen, blitt bedre. De kan trekke inn DPS ved behov, og BUP driver i tillegg også med ambulansetjeneste.

Ideologien, sier legen videre, er at behandlingen skal skje på hjemstedet nær pasienten. Men for legen assosieres psykolog med spesialisthelsetjeneste. Dette er en av grunnene til at han ikke har benyttet seg av henne. Hun representerer ikke noe annet enn det BUP eller DPS gjør. Men i forhold til kriseteamet i kommunen skulle han gjerne sett at psykologen var med på laget, han har imidlertid ikke hatt tid til å ta kontakt.

En ulempe ved samarbeidet med psykiatrien kan være at arbeidet knyttet til ulike grupper (for eksempel ADHD) er så rutinemessig. Dette innebærer en opplevelse av å ha fått et oppdrag, være en forvalter og å måtte svare på bestillinger, og at den personlige og individuelle behandlingen av pasienten blir skadelidende. Han har imidlertid valgt å "stole på systemet" som han sier, og "ikke krangle om pasientene".

For ledende helsesøster er det som vi har sett helsestasjonen som skal ha den koordinerende rolle i forhold til barnehabiliteringsarbeidet (ifølge helsestasjonsforskriften, opptrappingsplanen og kommunale beslutninger). Det har de nå, og med BUP og fastlegene som nære samarbeidspartner.

I en slik situasjon kan kommunepsykologen lett bli et forsinkende ledd mellom helsestasjonen, legene og BUP, og ifølge ledende helsesøster, er det viktigste til syvende og sist ikke færre henvendelser til BUP, men at de får riktig hjelp (og at foreldrene har "kontroll" over samarbeidet). Det er flott at psykologen har avklart at hun *ikke* skal utrede og ikke skal behandle. Men hva skal hun gjøre? Hun har ingen formell posisjon, og hva er hennes posisjon i forhold til barnet?

Ifølge helsesøster presenterer også psykologen seg i forhold til omgivelsene som en som representerer helsetjenesten i det interkommunale samarbeidet, og som jobber med koordinering. Dette er imidlertid ikke uten videre riktig, siden det ikke er en noen felles organisering av helse-tjenester i kommunene. Alle kommuner har ansvar for sitt, og skal noen fylle rolle i forhold til dette må de ha en god dialog med kommunene. Det har så langt ikke kommunepsykologen. I beste fall er hun et supplement til det som allerede foregår.

Helsesøster mener også at selve søknaden om psykologstillingen bar preg av "hurtigmikseren". Den var skrevet mens søkeren fremdeles satt i PPT, men skulle ha funksjoner i forhold til helsetjenesten og fastlegene. Men fastlegen var ikke engang informert.

For avdelingen for psykisk helsearbeid forholder det seg imidlertid annerledes. Fra en situasjon hvor "blinde ledet blinde" er det kommet større faglighet og trygghet inn i arbeidet. De har fått veiledning, og også relasjonen til BUP er blitt betydelig endret etter at hun kom inn. Ikke minst har hun blitt klarere på bevisstheten om seg selv som fagperson i forhold til andre, hva som skal være det psykiske helsearbeidets rolle i systemet, og ikke minst hva som skal gjøres kommunalt og hva som bør gjøres i spesialisthelsetjenesten.

### **Oppsummering.**

Dette caset illustrerer i mindre grad utfordringene ved en av de fire modellene, enn utfordringene ved en interkommunal psykologstilling, som i tillegg heller ikke er i 100 % stilling. Caset representerer slik sett en "femte", interkommunal modell. Reiseavstandene er så store og antallet aktører involvert i arbeidet så mange og så ulike at det i seg selv skaper utfordringer i forhold til hvordan en begrenset ressurs skal utnyttes.

Søknaden er utviklet i vertskommunen, men støttet opp av regionrådet, dvs. ordførere og rådmenn. Denne forankringen betyr imidlertid ikke at stillingen er forankret lengre ned i den enkelte av de seks kommunene, snarere tvert imot ser det ut til.

Bak disse utfordringene synes det, i tillegg til en uoversiktlig organisatorisk struktur, å ligge en manglende oppmerksomhet og kunnskap om psykisk helsearbeid på politisk og administrativt nivå, som gjør at ressursene ikke utnyttes på hensiktsmessige måter. Dette gjør at psykologen selv blir avhengig av å bygge opp samarbeidsarenaer og diskusjonspartnere. Utfordringene i kommunene synes ikke primært å være mangel på personale eller ressurser - 3 av kommunene er kraftkommuner. I stedet synes utfordringen å være å utnytte eksisterende ressurser på en hensiktsmessig måte. Som i andre mindre kommuner synes bygdekultur også å spille en rolle, og som gjør at slektskap og

bekjentskap og tradisjon kan stå i et spenningsfylt forhold til mer profesjonelle og faglige normer for arbeidet.

I denne forbindelse må kommunens ledelse/psykologen gjøre strategiske valg. Noen har valgt systemnivå, dvs. veiledningsoppgaver i vid forstand, for eksempel i forhold til avdelinger/team for psykiske helsearbeidere og helsestasjoner, andre driver også klinisk arbeid, og ofte finner vi ulike kombinasjoner av dette. På den andre siden føler andre aktører usikkerhet i forhold til hvordan ressursen skal benyttes, at den har manglende lokal forankring, at ressursen skulle ha ligget hos dem, eller at psykologen ikke har nok kunnskap om lokale forhold (for eksempel barnevern) til å kunne informere og veilede godt om dem.

Det er særlig relasjonen mellom de psykiske helsearbeiderne som er kommet gjennom opptrappingsplanen, og de etablerte helsesøstermiljøene, samt fastlegenes rolle som pekes ut som utfordringer. Dette skaper dobbeltarbeid, og enkelte steder til dels betydelige konflikter med ringvirkninger også utover de direkte berørte. De to sistnevnte miljøene synes i stor grad å få tilfredsstilt sine behov via et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Forankring av arbeidet har derfor stått sentralt, et arbeid som må balanseres mot at stillingen er prosjektbasert og midlertidig, og følgelig ikke kan inngå i for eksempel i behandlingsskjeder som forutsetter psykolog.

Ifølge flere av informantene både fra spesialisthelsetjenesten og fra helsestasjoner/psykiske helsearbeidere, synes psykologens innsats å ha ført til betydelige endringer i form av faglig støtte og trygghet, bedre og mer avklarte samarbeidsforhold (ansvar/roller), og en klarere rolle og ansvarsdraging i forhold til spesialisthelsetjenesten. Om dette har innebåret enklere tilgang til bistand for bistandstrengende fremgår ikke tydelig av materialet. Men det er rimelig å tro at en klarere forståelse av egen rolle i forhold til andre aktører involvert fungerer avlastende, og gjør dem i stand til å arbeide bedre med problemstillingene.

Det synes slik sett som psykologen, på tross av strukturene, har lyktes med finne og fylle en rolle i den interkommunale modellen. Å fungere innenfor en slik kontekst synes å kreve ekstraordinær kompetanse av psykologen, en kompetanse som ikke kan forventes å ligge i psykologutdanningen.

## 3. Kommunal innramming og psykologrollen. Noen refleksjoner

### 3.1 Kommunal kontekst

De fleste kommunene synes å ha en forståelse av at helhetlige problemer krever helhetlige løsninger. Samtidig er den statlig-/kommunale strukturen disse helhetlige løsningene skal utvikles i, og psykologene innfases i, svært kompleks.

Den statlige infrastrukturen rundt kommunene er relativt lik. Det er imidlertid store forskjeller i måten staten styrer de ulike sektorene de har ansvar for. Hver sektor har sine regelverk og prioriteringer, med sine profesjoner, kunnskapssentra, tilskuddsordninger, direktorater og departementer. I tillegg til at kommunalt ansatte innenfor ulike områder naturlig nok vil ha en tendens til å vende oppmerksomheten oppover mot sine statlige systemer, så vil disse statlige systemene ofte ikke være koordinert. Det refereres til en oversikt som KS har utarbeidet hvor det fremgår at det eksisterer 300 statlige veiledere knyttet til barn og ungdomsarbeid i kommunene.

En statlig politikk vis a vis kommunene kan ikke basere seg på at den kommunale organiseringen er lik fra kommune til kommune. Tvert imot gir organisasjonsfriheten som del av det kommunale selvstyret en organiseringsform som kan variere fra kommune til kommune. Mange av kommunene er store og komplekse systemer, som det i seg selv kan være vanskelig å få oversikt over.

Ofte vil så vel de statlige som de kommunale systemene være en del av fornyelses- og moderniseringsprosesser, som gjør at de systemene man er en del av og de partnerne man skal samhandle med vil endre seg, og at man kan være del av flere og ofte innholdsmessige og organisatoriske atskilte endringsstrategier samtidig. Enkelte ganger vil også mangelfull planlegging og organisering av tjenester internt i kommunen skape ytterligere kompleksitet. Dette innebærer at det kan finnes betydelige ressurser for eksempel knyttet til barn og unge i en kommune, men at det kan være en reell utfordring for kommunene å utnytte denne ressursen på en hensiktsmessig måte.

Et tredje kompliserende forhold kan være at det eksisterer et misforhold mellom tale og handling. Utviklingsarbeid er ofte knyttet til en visjon og til mål som ligger i fremtiden. For å tydeliggjøre og fastholde visjonen er det ofte en tendens til at man snakker som om visjonen og den faktiske implementeringen av den var et og det samme. Visjonen er ofte bare delt av noen aktører i kommunen, og er selvfølgelig heller ikke ennå realisert. Dette gjør at satsingen på forbygging og på "systemarbeid" av enkelte kan oppleves som uklar tale, og kan gjøre det vanskelig å få vite om det som foregår faktisk skjer, eller skal skje i fremtiden.

En fjerde faktor er at kommunen ikke bare er en organisasjon, men også et lokalsamfunn med sine egne kulturer. Særlig gjelder dette i små og mellomstore kommuner eller i samarbeid mellom slike kommuner hvor folk kjenner hverandre gjennom lang tid (bygdekultur, inngifte etc.). Slike forhold kan både påvirke hvem som samarbeider med hvem, men kan også overstyre profesjonelle normer og formelle regler, noe som settes på spissen i uttalelsen "her i kommunene gir vi ikke diagnoser, vi ser på grunn- og bruksnummer". Ved konflikter og vanskelige beslutninger kan dette komme til uttrykk som taushets- og ryktekulturer. I tillegg kommer at i flere av casene ser vi hvordan omorganiseringer i kommunene eller utfordringer knyttet til innplassering av psykologstillingen, gjør at den modellen som faktisk prøves ut, avviker fra den det er søkt om tilskudd til, og at veien følgelig blir til mens man går.

Det er i en slik organisatorisk sammenheng tilskuddet og psykologressursen må sees. På den ene siden kan psykologressursen sees som del av en strategi for å gjøre kommunene bedre i stand til å håndtere forebyggende arbeid, lavterskeltiltak og gode samarbeidsrutiner. Da kan vi se for oss kommuner med en klar retning for forebyggingsarbeidet, og hvordan psykologkompetansen parret med en formell innplassering av psykologen i kommunen, vil bidra til å nå målene. På den andre siden er nettopp de problemene psykologressursen skulle være et svar på - sprikende organisering og manglende systematisk forebyggingsfokus - også en del av de utfordringene psykologene møter i dag. Dette tilsier et utviklingsarbeid hvor koblingen av fag – og organisering ennå ikke er gitt, men må utvikles over tid. Dette gjør at psykologen i større grad må forstås som en entreprenør, og en som må finne, mer enn å få sin rolle.

På tross utfordringene over så synes det likevel som om de fleste kommunene vi har besøkt, har en betydelig oppmerksomhet knyttet til forebyggingsinnsatsen, og at det finnes faglig personale som det kan spilles på i forhold til å realisere en slik innsats. Samhandlingsreformen synes i mange tilfeller og ha forsterket fokuset på betydningen av denne innsatsen fra kommunens side, og å ha gitt det et "boost" hvor de involverte synes å ha en opplevelse å være del av et fremtidslaboratorium. Optimismen synes for flere av kommunene å være knyttet til økonomisk velstand. Flere av kommunene kan karakteriseres som vekstkommuner, med flere arbeidsplasser, tilflytting, liten arbeidsledighet og store skatteinntekter.

I et av casene har også det nye integrerte planverket som implementeres i kommunene, og som bidrar til at ulike kommunale ansvarsområder sees i sammenheng, også å ha forsterket et slikt fokus. Forebyggingsmålet er i denne kommunen et av de overordnede målene for alt planarbeid i kommunen. Her har de også foretatt en politisk omorganisering som tvinger politikerne til å se helse- og oppvekstområdene i sammenheng, og ikke som atskilte sektorer.

Det synes å være denne kommunale "boosten", vel så mye som organisasjonsmodellene, som ligger bak at psykologene har søkt kommunepsykologstillingene:

En understreker (case 5) den faglige innrettingen på reformarbeidet i kommunen. Han ønsker å være en del av det han kaller "bølgen" knyttet til den kommunale forebyggingsinnsatsen, og være med på å bygge opp nye tjenester. Han er fascinert av fokuset på forebygging, tverrfaglighet og lettere psykiske lidelser, og hvor man også kan jobbe systemorientert (med organisasjonspsykologi). "Bølgen" kontrasteres til det standardiserte og byråkratiserte arbeidet i spesialisthelsetjenesten, med mye prosedyrer og utredninger, men liten tid til behandling. Også i case 4 finner vi en psykolog som primært ønsket stillingen pga. utviklingsdimensjonen.

En annen (case 6) ønsker å vende oppmerksomheten mot forebyggings- mer enn behandlingssiden, det som gjorde at pasientene ikke var fanget opp før og viser til erfaringene fra spesialisthelsetjenesten. Dette ser vi også i case 1 og 2. Et annet forhold i case 6 er at psykologen allerede i studietiden ble introdusert for en kommunepsykologrolle som var variert, innebar reising og å gjøre det riktige, mer enn det korrekte, som hun sier. Familiære årsaker trekkes også frem som en grunn, mannen overtok farsgården i nabobygda.

En tredje psykolog (case 8) synes å hvile på en sterk faglig motivasjon. Hun identifiserer seg med den faglige og politiske tenkningen som er utviklet knyttet til betydningen av tidlig intervensjon og forebygging, og en tilhørende skepsis til muligheten og nytten av at stadig flere får psykologisk be-

handling. Hun ønsket å være med å tilføre lokalsamfunnene den bredspektrede kompetanse de trenger for å kunne bli trygge på hvilken forebyggingsrolle de kan ta.

Når en av psykologene sier at årsaken til at han søkte stillingen var at han ønsket å være med på "bølgen", så tror vi det er grunnlag for å hevde at dette peker tilbake på et generelt utviklingstrekk i kommune-Norge, nemlig at det foregår en reorientering av ressursinnsatsen i kommunene bort fra et ensidig somatisk og individorientert perspektiv, til et mer helhetlig og forbyggingsorientert perspektiv.

Men hvorfor er psykologene den sentrale kompetansen i dette arbeidet? For å besvare dette spørsmålet vil vi gå veien om legenes rolle i det psykiske helsearbeidet og det vi har kalt problematikken rundt henvisningsstrømmer og tiltakskjeder. Analysen viser et behov for at det psykiske helsearbeidet blir løsere koblet opp mot legene, og at flere av tilskuddsmodellene som utprøves i praksis synes å ha denne funksjonen.

### **3.2 Legenes rolle med spesielt fokus på fastlegemodellen.**

Legene spiller en nøkkelrolle i forebyggingsarbeidet i kommunene. De er krumtapper både i kommunikasjonen med barna og deres foreldre, men også i forhold til henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og eventuell bruk av lokal kompetanse fremfor bruk av spesialisthelsetjenester. I samtlige case bruker informantene mye tid på å beskrive deres relasjon til legene. På grunn av deres betydning er det grunn til å forsøke å systematisere synspunktene på dem.

Langt på vei, selv om bildet ikke er uten nyanser, er det imidlertid et bilde av en ganske "gjenstridig samarbeidspartner" som tegnes – et omdreiningspunkt, men som i liten grad binder ulike synspunkter og aktører sammen, utover det som følger av egen arbeidssituasjon. Langt på vei synes dette bilde og underbygges av legenes forståelser av seg selv.

Vi vil først understreke, selv om mange av synspunktene som kommer frem er kritiske, at det finnes en betydelig forståelse for legenes situasjon.

For det første handler det om å forstå (fast)legens hverdag. Det handler om legenes individorienterte og somatiske orientering. De liker å løse saker, og få sakene unna. Det handler om at legene har privatpraksis og driver business. Og det handler om at tiden er knapp. Dette gjør at tiden til relasjonsbygging blir nedprioritert. Det gjør også at legene ønsker noen å henvise til, en "lett poliklinikk", slik at de slipper å stå i kø til spesialisthelsetjenesten.

Det er også viktig å huske på store deler av økonomien og oppmerksomheten i en kommune er knyttet til det å ta seg av eldre og demente. Det er her årsverkene og investeringene forsvinner. Dette er somatisk orientert område, og som naturlig beslaglegger mye av kommunelegenes oppmerksomhet. Dette fokuset er ikke svekket med samhandlingsreformen.

Det er videre en utfordring at kommunene ikke har anledning til eller penger til å frikjøpe legene til utviklingsoppgaver, eller at det er inngått arbeidstidsavtaler som ikke passer med kommunenes behov, og som gjør at det er vanskelig å mobilisere dem i opplæringsløpene. Begge deler beskrives som former for systemfeil.

Et fjerde problem er høy turnover og utstrakt bruk av vikarleger i mange kommuner, noe som vanskeliggjør nødvendig kontinuitet i utviklingsarbeidet.

Uansett årsak, er imidlertid vurderingen av relasjonen til legene i flere av casene negativt preget. I et case så hevdes det at legene ikke deltar i utviklingsarbeidet i kommunene (case 5). Mens kommunene er i en evolusjonsprosess, så er legene ikke en del av den. De klarer ikke å holde seg à jour med omorganiseringene - og det er varierende forståelse fra lege til lege om at de faktisk skal inn i denne prosessen.

I et annet case (case 7) beskrives legene som å være en del av en profesjonskamp, og som særlig går utover helsesøstrene og jordmødrene. I denne kommunen hevdes det at fastlegene er dårlige til å svare på henvendelser fra disse aktørene, de gir ikke ut nødvendige opplysninger, og henviser ikke til dem, antakeligvis fordi de ikke anerkjenner deres kompetanse. Selv om dette personale rent faglig identifiserer seg med en "helseorientert sykdomskultur" som det heter i et av casene (Case 6), så er det ikke noe poeng å hete helse eller være samorganisert med dem, hvis man i praksis ikke samarbeider om målgruppene (case 7).

I et tredje case (case 8) hevdes det at det beste ikke alltid er å henvise direkte til legene hvis pasientene skal behandles på laveste kommunale nivå først. Legene "er på toppen av helsepyramiden", sies det "de vil ikke henvise nedover, bare bortover eller oppover". Kanskje de til nød henviser til fysioterapi, men de henviser ikke nedover i kompetansekjeden. De vil ikke henvise til "treåringer".

En informant fra spesialisthelsetjenesten bekrefter denne forståelsen. Fastlegene undervurderer gjennomgående førstelinja, og henviser videre, selv om de gjøres oppmerksomme på at pasientene ikke oppfyller kravene for tjenester på spesialisthelsetjenestnivå, men trenger oppfølging lokalt. De tviler på om førstelinja kan ta disse sakene, men har ikke satt seg inn i hvilke tilbud som finnes lokalt eller faktisk undersøkt om de kan ta dem. Skal man lykkes i å styrke hjelpen i førstelinja er det derfor kritisk at legene sørger for at det settes inn tiltak, før de henviser. Da må de ha tro på at lokale aktører kan bidra, og ikke bare henvise oppover.

Legene bekrefter langt på vei beskrivelsene over. På den ene siden har du de legene som mener at utfordringene knyttet til forebyggingsarbeidet og lettere psykiske lidelser har vært godt også tidligere, og som ikke uten videre ser behovet for en kommunepsykolog i tillegg. De viser gjerne til det tette samarbeidet særlig mot helsestasjonene og spesialisthelsetjenesten.

I flere av casene (Case 6 og 4) opplever kommunelegene som selv har kompetanse i samfunnsmedisin, at behovet for felleskonsultasjoner, veiledning og kvalitetssikring allerede er ivaretatt av kontakter i andrelinjetjenesten, at en alternativ plasseringsmodell for psykologen, kunne være at den ble koblet opp mot de proaktive arbeidsformene som var utviklet på kommunehelsetjenestesisiden, sammen med blant annet helsesøstre, psykiatrisk sykepleier og jordmor. Han var heller ikke forespurt om endringene, og synes det har vært rart å ha stått på utsiden av dette arbeidet.

I et annet case (case 8) ser vi at en av kommunelegene forteller en lignende historie, hvor de egentlig har klart seg bra i kommunen tidligere, uten psykologen. Det er ikke så mange med lettere psykiske lidelser i byga, og de som finnes har de klart å ta seg av selv ikke minst gjennom et tett samarbeid med helsesøstrene og spesialisthelsetjenesten som trekkes inn ved behov. Sett fra legens side



representer ikke psykologen noe annet enn det spesialisthelsetjenesten allerede gjør, og det er slik sett ikke noen grunn til å endre på et arbeid som allerede fungerer.

På den andre siden har du dem som setter spørsmål ved om utnyttelsen av psykologrollen er den riktige. Dette er spesielt interessant i case 3 og 4; i case 3 ønsker fastlegene at psykologen skal være lokalisert på legekantoret, som ble forespeilet legene tidlig i prosjektperioden. Kommunen ønsket imidlertid å bruke stillingene friere og videre i forhold til øvrige avdelinger. I case 4b kunne et fastlegekontor ta imot psykologen, men legene ønsket at ressursen ble brukt til å veilede andre profesjoner i kommunen, og ikke låse den til legekantorets pasienter.

I et case (case 5) forteller de om en travel hverdag. De møter 15-18 pasienter hver dag, og hverdagen beskrives som travlere enn før. For det andre har de stort behov for bistand fra andrelinjetjenester, ikke minst innenfor psykiatrien, men det finnes i liten grad kapasitet der. Legene har fått så mange avslag, sies det, at de har gitt opp å henvise og i stedet forsøker å klare det selv. For det tredje er de enige om at veldig mange av pasientene har lettere psykiske lidelser, angst og depresjon, og diffuse muskel- og skjellettlidelser, og at det kunne vært nyttig med psykologressurs i denne forbindelse. Da måtte det imidlertid være trygge på at psykologen var der for pasientene hvis de henviste. Da ville psykologen ha druknet i saker. I dag skulle han også jobbe på systemnivå, et nivå de opplevde som svevende og uklart. For det fjerde har kontoret allerede en psykiater knyttet til seg, og som benyttes i felles konsultasjoner og til drøfting på kontormøter. Når det trengs å diskutere en sak eller få faglige råd, og få en bekreftelse på at det man gjør er rett, gjerne i forhold til litt vanskeligere pasienter, som det sies, så gjør de det med ham. Endelig forteller de om utfordringene med å holde kontakten med alle instansene og kontaktpersonene i kommunen. Resultatet er at de tar kontakt med dem de kjenner fra før.

Det er disse forholdene som gjør at fastlegene betraktes som "propper" i systemet. Fra flere informanter er det forslag til hvordan legene i større grad kan komme på banen. I forhold til kommunelegene handler det om i større grad å ta i bruk den styringsretten som ligger i ordningen og som er betydelig større enn for fastlegen som likverdig avtalepart som drives på kontrakt (case 5). I dag hevdes det, er det ingen som blander seg inn i hva legene gjør, de holder på med sitt (case 8). En annen informant mener man burde begrense henvisningsretten til legen, (og overføre dem til helseøstrene, som er de som likevel i praksis skriver dem) (case 5), eller utvide henvisningsretten til også å omfatte psykologen (case 5).

Har disse betraktningene noe for seg, er det klart at betydningen av å koble utviklingsressurser opp mot fastlegene for å få dem mobilisert inn i det kommunale psykiske helsearbeidet kan beskrives som å være av stor strategisk betydning. Dette gjør fastlegelokaleringen til en av de mest interessante, men samtidig mest krevende plasseringene. Diskusjonene om utfordringene ved denne modellen føres et annet sted.

### **3.3 Henvisningsstrømmer og tiltakskjeder.**

På mange måter kan den kommunale virkeligheten forstås som ulike "henvisningsstrømmer". Alle instanser har sine oppgaver og oppgaveforståelser. Ofte vil en enhet ikke selv ha kapasitet og eller/kompetanse til å ta alle sakene. Da blir det viktig å finne ut hvem man kan henvise videre til. Slik

sett kan lavterskel- og forebyggingstenkningen oppleves som utsatt fordi ressursen lett vil forstås som å inngå i en tiltakskjede.

Strømmene ser ulike ut fra kommune til kommune, men synes i noen grad å henge sammen den overordede sektororganiseringen i kommunene, dvs. at den kommunale virksomheten i hovedsak synes delt rundt en helseakse og en oppvekst, skole og eller kulturakse. Aktørene som inngår i de ulike sektorene vil ha større sannsynlighet for å samarbeide, enn hvis samarbeidet skal gå på tvers av sektorene. Hva som inngår i sektorene synes i hovedsak å være likt på tvers av kommunene, men det synes å være en tendens til at de psykiske helsearbeiderne ikke tilhører helseaksen, og at helsesøstertjenesten og jordmortjenester flytter organisatorisk tilknytning fra helsesiden, og over til oppvekstsiden.

Helsesøstertjenesten synes å være en tjeneste med stor grad av turbulens. De er en genuin lavterskeltjeneste, men i enkelte kommuner sliter de med at virksomheten ikke prioriteres, og at kommunen ikke klarer å opprettholde tjenesten på det nivå som er forutsatt og helsesøstrene mener er forsvarlig. I andre kommuner opplever de seg utsatt for manglende interesse og respekt fra lege- og helsesiden, mens de i noen tredje kommuner igjen opplever at vel etablerte samarbeidsformer hvor helsesøstrene, fastlegene og spesialisthelsetjenestene har utgjort et trespann, trues av fremveksten av sosiallærere på skolene, av psykiske helsearbeidere eller av kommunepsykologer.

Deres opplevelser og de organisatoriske endringene som skjer i kommunen synes slik sett å peke i retning av en situasjon hvor mange av aktørene som er involvert i kommunalt psykisk helsearbeid løsrives fra fastlegene. Det er ikke nødvendigvis en enkeltsituasjon, men det er en situasjon hvor henvisningsstrømmene i kommunen potensielt endrer karakter. Fra den medisinske tenkningen forbundet med et individfokus, hvor legene jobber alene med pasientene og der deres tid eller kompetanse ikke strekker til slik at de ønsker å henvise pasientene til spesialisthelsetjenesten. Til et fokus på aktivisering av de kommunale ressursene som finnes.

I denne sammenhengen synes psykologen å utgjøre en nøkkelkompetanse ved at hun/eller han kan skape trygghet og verktøy for hvordan disse ressursene kan utnyttes og sees i sammenheng. Legenes formelle betydning er ikke endret, men det virker likevel som mange av kommunene ønsker at andre yrkesgrupper kan overta en del av oppgavene til legene og at vi i flere kommuner ser en tyngdepunktsforskyvning vekk fra et somatisk helseperspektiv, til et bredere og mer mestringsorientert perspektiv.

### **3.4 Hvorfor betraktes psykologenes kompetanse som sentral?**

I alle casene fremføres det argumenter fra overordnede og samarbeidspartnere i kommunene for hvorfor nettopp psykologisk kompetanse er sentral for å utvikle forebyggingsarbeidet i kommunene. Det er ingen som har argumentert mot kompetansen, selv om leger og/eller helsesøstre i enkelte kommuner mener at de har jobbet godt rundt forebygging tidligere, og kan være i tvil om hva kompetansen skal brukes til. Argumentene har klare fellestrekk fra case til case, selv om det ikke alltid fremgår klart om dette er en kompetanse man håper at psykologene skal ha, eller om man har erfart at psykologene har den. Uansett vitner argumentene om en sterk tillitt til psykologprofesjonen og den rollen den kan spille i kommunalt psykisk helsearbeid.

Grunnleggende sett er psykologkompetansen viktig fordi man med den kan hjelpe folk raskere, man slipper henvisningene, og har en kompetanse som "alle" kan benytte seg av. I tillegg er de ofte nysgjerrige, og interessert i hvordan ting kan gjøres annerledes, noe som er særlig viktig i innsatsen i forhold til barn og unge.

Videre er kompetansen sentral fordi den kan brukes til å gjøre brukerne trygge på at normale reaksjoner ikke er farlig. Ikke minst kan psykologen gjøre kommunale fagfolk tryggere i forhold til å bistå i avgjørelsene om hvem som trenger hva, og om å kjenne sine begrensninger, å vite hva enn selv kan gjøre, og hva andre bør gjøre (Case 4).

Ofte har ulike yrkesgrupper (og systemer) en tendens til å bli for her og nå orienterte, og opptatt av det akutte. Psykologen kan fastholde et perspektiv og ser ting i sammenheng. Ifølge en informant ser psykologen "raskt de ulike bitene, og hvordan de henger sammen, uten å tenke at mitt område er alt... til å se de ulike arenaer og systemene som ting inngår".

Psykologen kan også brukes til kompetansekrevede avklaringer, rådgivning og felleskonsultasjoner.

Psykologenes kompetanse kjennetegnes også av at de i liten grad lar sektor- og profesjonshensyn stenge for en oppmerksomhet mot brukernes behov (de er ikke "yrkesskadd"). Psykologene har (og ofte i motsetning til legene) et bredt analysefelt i forhold til brukernes behov, og som i større grad ser seg selv som del av den kommunale virkeligheten og samarbeider og henviser på tvers av sektorer og profesjonsgrupper. Samtidig har de en "naturlig autoritet" som får gjennomslag på tvers av systemer og profesjongrensener (case 1 og 5).

Psykologkompetansen er også en nøkkelkompetanse for samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. De snakker stammespråket til spesialisthelsetjenesten. Ofte er det vanskelig for kommunen å ha tilstrekkelig spisskompetanse slik at det er mulig å diskutere/overprøve spesialisthelsetjenestens vurderinger knyttet til hvor grensen mellom statens og kommunens ansvar skal gå i den enkelte sak. Argumentene fra kommunen vil ha en annen tyngde og kan bidra til å ansvarliggjøre en andrelinje som alltid vil si "dette kan dere klare selv" (Case 4).

Videre hevdes det også at psykologen representerer en form for hukommelse og faglig fokus for forebyggingsarbeidet. Særlig gjelder dette i sammenhenger hvor de økonomiske rammene blir trange, eller nye arbeids- og ansvarsdelinger skal utvikles. Da må det være noen som har kompetanse og faglighet til å fastholde brukernes perspektiv.

En psykologstilling gir ofte rom for faglig utvikling og veiledning som ikke uten videre gjelder for andre psykiske helsearbeidere. I en kommune understreker en kommunal leder at dette er viktig fordi det kan ha "smitteeffekter" i forhold til andre ansattegrupper i kommunen.

Skal vi oppsummere måtte det være at kommunepsykologen, i tillegg til sin kliniske kompetanse, på sitt beste synes å besitte en faglighet og et sett av verktøy som gjør det mulig å lære opp og veilede ansatte i forebyggingsarbeidet i deres konkrete arbeid med brukerne. Deres faglighet understøtter, og ligger til grunn for tenkningen om psykisk helsearbeid i kommunene. I et slikt arbeid ligger det potensielt systemrettete innsikter ved at grunnleggende avklaringer skjer eksemplifisert gjennom enkeltcase. De synes også raskt i stand til å sette seg inn og se nytten av samarbeidet med ulike profesjoner, og til å kunne arbeide innenfor komplekse byråkratiske systemer hvor det stadig må gjøres prioriteringer, uten at dette tilsynelatende får paralyserende effekter. De ser hvilke roller og ansvar

de ulike aktørene har og kan klargjøre den for de involverte aktørene. Denne egenskapen gjør dem også egnet til å delta i kommunalt planleggings- og strategiarbeid.

### 3.5 Forebyggingsarbeidet – institusjonalisert, men likevel skjørt?

I flere kommuner hevdes det at det felles tankegodset utviklet knyttet til forebygging, gjør at politikk, fag, økonomi og organisering ikke på samme måter som tidligere hindrer arbeidet. Andre steder har de kommet kortere og forsøker i stedet å bruke psykologtilskuddet for å få snudd allerede etablert arbeidspraksis i kommunen. På tross av ulik grad av institusjonalisering, og at den har foregått over flere år, synes satsingen på forebygging å være en skjør satsing. Den kan oppleves som å være knyttet til strategisk plasserte enkeltpersoners innsats, og å stå og falle med dem.

Forebyggingsarbeidet beskrives i denne sammenhengen som en visjon eller et mål som det vil ta lang tid å nå, og som må fastholdes selv om det i øyeblikket bare handler om å overleve. Forebyggings-tenkningen står hele tiden i fare for å svekkes av sektortenkning og reparasjonsfokus. For å unngå dette trengs det sterke fagfolk. I et av casene setter man sin lit til psykologene i denne forbindelse. De er i besittelse av den sterke fagligheten, den metodikken og den autoriteten som gjør at tenkningen kan overleve (case 5).

Årsakene som trekkes frem for å forklare denne skjørheten er mange og ulike:

Det vises til "tyngdekraften". Så vel økonomiske som organisatoriske dynamikker står hele tiden i fare for å dra oppmerksomheten vekk fra forebyggingsarbeidet, og å vektlegge kortsiktige hensyn. Særlig pleie- og omsorgsområdet fremheves som ressursluk, hvor forebygging alltid er truet (case 5). Andre fremhever økonomiske eller organisatoriske kriser innenfor delsystemer som PPT og barnevern - områder med lovpålagte tjenester – som steder som tar administrativ og økonomisk fokus fra forebyggingsinnsatsen (case 7).

En refleksjon man kan gjøre seg i lys av det materialet som er presentert, er i hvor stor grad problemstillingene knyttet til forebyggingsarbeidet handler om mangel på ressurser, eller om hvordan disse ressursene utnyttes. Vi har ikke data til å besvare et slikt spørsmål, men det synes som, særlig i de mindre kommunene finnes til dels betydelige ressurser som ikke alltid sees i sammenheng. Dette kan skyldes manglende politisk og administrativ oppmerksomhet, og/eller manglende faglig kompetanse. Legene kunne ha tatt jobben, men synes fanget av fastlegepraksisen sin og av kommunelegeoppgavene. Psykologene synes i større grad i stand til å fylle denne oppgaven.

Organisatorisk sett føres problematikken tilbake til ulike former for sektor- og faggruppetenkning. Tross forsøk på horisontal integrasjon, så vil de fundamentale økonomiske rolle- og ansvarssystemene følge hierarkiet og sektorene. De ulike lovgrunnlagene gir de ulike gruppene oppgaver og roller og en organisasjon som har fokuset innad, mer enn utad. Og etter hvert oppstår det i tillegg lokale og /eller fagspesifikke kulturer som inkluderer noen aktører og ekskluderer andre. I flere av casene hvor de opererer med såkalte tildelingskontorer oppleves denne hierarkiske logikken også å bli forsterket (case 5, 7). Vi skal komme tilbake til disse utfordringene et annet sted, men det er interessant at i et av casene kalles denne formen for sektortenkning for en form for "yrkesskade". Grunnleggende sett er det imidlertid i større grad en systemskade eller en systemsvikt, enn en yrkesskade. Det henger sammen med at horisontal integrasjon er vanskelig å forene med ansvars- og kontrolltenkning som ligger til grunn for den byråkratiske og hierarkiske organiseringen.

Et tredje forhold som trekkes frem er at KOSTRA-data, dvs. at den overordnede infrastrukturen og styringen av kommunen, ikke underbygger en slik tenkning. Når kommunens innsats beskrives og sammenlignes, noe som blant annet skjer i årsmeldingene fra kommunene, så er det ikke forebyggingsdata som sammenlignes. De finnes ikke (case 7).

I denne sammenheng trekkes også det frem hvordan ulike statlige sektorer alle ønsker å drive systembistand og utvikle veiledere og anbefalinger for hvordan fagfolkene i kommunene skal arbeide. I tillegg til at disse veilederne er mange, ikke har det samme kunnskapsfundamentet eller betraktes under ett, så skaper de et virvar statlige signaler som ikke uten videre understøtter den lokale koordinerte forebyggingsinnsatsen (case 6).

Et fjerde forhold er turnover. Det fremheves særlig knyttet til legene, som spiller viktige roller i det psykiske helsearbeidet i kommunene, og den til dels utstrakte bruken av vikarleger. Det tar lang tid å få dem på å spille på lag med andre kommunale instanser, og når de forsvinner så starter det hele på nytt igjen (case 8). Dette gjelder selvfølgelig også for andre personalgrupper hvor turnover er et problem.

Det er ulemper med mange journalsystemer, i tillegg til lisenskostnadene. De ulike systemene (på kontoret) snakker ikke sammen. Dette er ikke bare tekniske, men også juridiske problemstillinger knyttet til tilgang. For en psykolog med journalføringsplikt (for eksempel knyttet til barnevernssaker eller innsynsbegjæringer) er det særlige utfordringer fordi de skal være lagret utilgjengelig for andre. Ifølge psykologen i case 6 burde det utvikles nasjonale standarder - et AS Norge journalføringssystem - tilpasset lavterskel og arbeid mot flere tjenester. I dag finnes ikke et system som er tilpasset oppgavene (den nye arbeidsformen i kommunene).

Et sjettede forhold er knyttet til ulike kommunale kulturer, som ikke nødvendigvis drar i samme retning. Vi har andre steder snakket om helse- og legekulturen, og helsesøsterkulturen, men det snakkes også om en pleie- og omsorgskultur som handler om at du skal hjelpe folk. Da trenger man alltid mer ressurser og mer folk, i stedet for å i større grad å se klart hva problemet handler om og så forsøke å ansvarliggjøre pasienten i størst mulig grad, som en av psykologene sier det. Enkelte fremhever spesialpedagogisk personale som svært utsatt. Helsepersonell vil ikke se at lese- og skrivevansker er en risikofaktor som kan ha helsekonsekvenser.

Et forhold som ikke trekkes frem, men som fremtrer i materialet, er at mye av den kommunale satsingen på psykisk helsearbeid synes knyttet til statlige tilskuddsmidler - fra modellkommuneforskning, over opptrappingsmidlene til psykologtilskuddene - midler som er øremerkete og som så etter en periode enten stoppes opp, eller inngår i de kommunale rammetilskuddene. Da står satsingen i fare for å stoppe opp, ved at kompetanse og stillinger som tidligere ble bygget opp, står i fare for å forsvinne igjen (case 7). Dette synes likevel å være en begrenset problematikk, og mer utbredt i de større kommunene. De små kommunene, også flere av de seks som inngår i et av de interkommunale samarbeidene, synes alle å ha relativt god økonomi, og muligheter for å holde på de psykiske helsearbeiderne som tidligere er ansatt.

### 3.6 Utfordringer for samhandling og forebygging.

Det er således mange forhold som gjør at forebyggingsarbeidet i en kommune kan stoppe opp.

De forholdene vi har referert til er av ulik karakter. Noen er av strukturell karakter (for eksempel spenningen mellom et fokus på lovpålagte oppgaver, versus et fokus på forebygging, eller at de kommunale oppgavene forholder seg til ulike nasjonale lovverk, statlige etater, som alle utvikler sine faglige anbefalinger og råd til hvordan førstelinjetjenesten best kan arbeide forebyggende i barnevern, skole helsestasjoner etc.); noen er av økonomisk karakter for eksempel knyttet til midlertidigheten i utviklingsattsinger knyttet til statlige tilskudd. Et tredje forhold er knyttet til manglende politisk og administrativ interesse for forebygging, særlig når den krever at man går inn i og engasjerer seg i den faktiske tjenesteutviklingen. Andre er knyttet til etablerte tradisjoner og samarbeidsformer mellom allerede eksisterende aktører i feltet (særlig fastlegene og helsesøstrene), og som kan representere en endringsmotstand i forhold til nyere yrkesgrupper som kommer inn i kommunene, og hvor man enkelte ganger kan gjemme seg bak taushetspliktsbestemmelser, uten at det alltid er sikkert at det er strengt nødvendig å gjøre bruk av dem. Et femte forhold kan være av teknisk karakter for eksempel knyttet til dårlig utviklede journalføringssystemer, særlig for en ny yrkesrolle som kommunepsykologer, eller at vakanser og turnover gjør at det er vanskelig å bygge opp den tilstrekkelige kompetansen. I stedet må man alltid begynne på nytt.

Det er slike forhold som gjør at satsingen på forebygging handler om noe mer enn å tilføre ny kompetanse til kommunene. I stedet handler det om en dyptgripende endring som må forankres og gjennomsyre ulike deler av den kommunale organisasjonen, men som stadig trues av oppgavens pedagogiske og flytende karakter, mer enn av etablerte kommunale mål-oppgaver knyttet til somatikk, barnevern, PPT eller pleie- og omsorg.

På mange måter kan satsingen knyttet til psykisk helsearbeid (modellforsøkene/opptrappingsplanen) sies å være et statlig svar på disse utfordringene, som gir kommunene en mulighet til å forankre satsingen i kommunen. Dette fjerner imidlertid ikke de grunnleggende utfordringene forebyggings-tenkningen er knyttet til, eller som gjør at de psykiske helsearbeiderne eller kommunepsykologene kan forvente å komme inn i en struktur hvor disse forholdene er på plass. I stedet ser vi at psykologen selv blir en del av en kompleks struktur, hvor psykologressursen enkelte ganger er godt forankret i kommunens ledelse, mens i andre tilfeller er knyttet til enhet eller et delsystem som ivaretar eller forsøker å utvikle denne tenkningen i kommunen.

### 3.7 Utfordringer for psykologene.

Dette stiller selvfølgelig psykologen overfor en rekke utfordringer og som løses/leves med alene eller med overordnede og kollegaer.

Uansett hvilken sektor psykologressursen knyttes til, vil de stå overfor skarpe prioriteringsutfordringer. For forebyggingsavdelingen for barn og unge i case 7 dreier det seg i tillegg til barnevernet, om skolene, PPT-tjenesten, habiliteringsteamet på sykehusene, helsestasjonsleger, familievernet, barne- og ungdomspsykiatrien etc.

Dette stiller psykologene over store utfordringer, ikke minst innenfor de litt løsere eller mindre etablerte organisatoriske sammenhengene knyttet til interkommunalt samarbeid: Oppgavene og

forventningene er store: Brukerne forventer bistand, samarbeidspartnere avlastning og veiledning, og overordnede bedre samhandling, mindre ventetider og bedre planlegging. I tillegg er det stor bredde i oppgavene, fordi de inngår i førstelinja og møter alle brukere. Dette gjør at det kan oppleves som vanskelig å avgrense eget ansvar for disse.

Kommunen skal ha en sterk faglig-strategisk begrunnelse for bruken av psykologen for at den ikke skal drukne i en av henvisningsstrømmene. I fraværet av ledelse vil det være psykologen som må fatte disse prioriteringsbeslutningene. Dette er krevende, og vil lett kunne oppleves som en svært ensom og utfordrende jobb, hvis man ikke er svært erfaren.

Det handler også om å finne balansen mellom fire nivåer å jobbe på: Individ/klientrettet bistand; veiledning av personell/skole/fagpersoner rundt enkeltbrukere; generell veiledning/undervisning og systemrettet virksomhet (strategiplaner, kommuneplanlegging psykisk helse). Psykologene i våre case forteller at dette er krevende avveininger, men samtidig også langt på vei spennende og tilfredsstillende.

Noen av disse utfordringene løses innenfor modellene med tydeligst struktur, og hvor mandat og funksjon for stillingen oppleves som klart og godt beskrevet. Men også i disse sammenhengene må psykologstillingen fylles med innhold, noe som skjer i et samarbeid med de andre "jevnbryrdige" samarbeidspartnere. Blant sterke aktører med lange tradisjoner og oppfatninger av hvordan ting bør gjøres eller hvis du er en ung og uerfaren psykolog som skal gjøre seg gjeldende blant eldre og erfarne fagfolk med mindre formell kompetanse, kan dette være krevende.

For alle case gjelder det at psykologressursen ikke kommer inn i et jomfruelig felt. Det finnes ofte godt organiserte aktører i kommunene allerede som dels spiller en lovpålagt og formell rolle, men også er del av en lokal kultur utviklet til dels over lang tid. Selv der hvor psykologen kommer inn i noe som ser ut som en definert stilling i en bestemt organisasjon, må hun selv finne sin stilling og plass innenfor en enkelte ganger uklar uformelt definert organisasjonsstruktur.

Dette beskrives som en innsalgsoppgave og som et betydelig relasjonsarbeid, og som tidvis kan oppleves som svært ressurskrevende, og ikke alltid mottas med begeistring av aktører som opplever at de allerede jobber godt rundt mange av de problemstillingene psykologen skal løse. Eldre og erfarne psykologer synes naturlig nok å ha bedre forutsetninger for å løse denne oppgaven en yngre og uerfarne.

I flere case beskrives denne innsalgsopgaven som å bli vanskeliggjort av at en kommunal styringskultur hvor man styrer på budsjetter og stillinger, mer enn på innhold, kvalitet og ressurser. "Kommunen teller stillinger, ble det sagt. De stiller ikke krav til kvalitet eller resultater". Av enkelte blir det beskrevet som vanskelig og krevende å få den politiske og administrative oppmerksomheten som trengs for å gjøre jobben godt. Og selv om man kanskje hadde denne oppmerksomheten hos egen leder, så betyr ikke det nødvendigvis at andre deler av den kommunale ledelsen deler eller forstår denne interessen. Dette innebærer at psykologen og nærmeste overordnede ofte bruker mye tid på å legitimere nytten av en tidvis vanskelig dokumenterbar forebyggings- og tidligintervensjonsinnsats.

### **Entreprenørånd og organisatorisk læring.**

Psykologene beskriver sin egen rolle som å være knyttet til en rekke dilemmaer og utfordringer. Det kan handle om forholdet mellom det å finne eller å bli gitt en rolle; om ressursbruk knyttet til system- og veiledningsarbeid (samhandlingsutfordringer, kvalitet) og klinisk arbeid (legitimitet hos aktørene rundt/forventningene hos kommunene). Disse utfordringene kan bare unntaksvis løses alene. Igjen understrekes betydningen av overordnede sparring-partnere. Enkelte av psykologene synes utstyrt med ekstraordinære evner og en stor entreprenørånd, og kan klare å etablere legitimitet selv uten støtte fra overordnede. Kostnaden på sikt kan være at de løsningene som utvikles blir mer person-avhengige og sårbare enn man skulle ønske seg.

### **To betydninger av systemforståelse.**

I flere av casene har ulike informanter vært opptatt av det som kalles systemforståelse. Det synes på mange måter å handle om at de ulike aktørene som arbeider med forebygging inngår i en "verdikjede" og vet hvilken rolle man skal ha i ulike settinger. Man må være bevisst den stillingen man har, og ikke ut fra sin godhet gjøre for mye for raskt, uten å ta innover seg at det også finnes andre aktører som har oppgaver og ansvar. En viktig del av denne systemkunnskapen hevdes det er spørsmålet om "hva som er godt nok, og ikke å ta alle problemer innover seg". Det å være en profesjonell yrkesutøver er å klare dette. Og om ikke hver enkelt medarbeider skal ha denne forståelsen, så er det viktig at lederne har den, og kan veilede sine medarbeidere.

Det finnes også imidlertid en annen systemforståelse som påvirker forebyggingsarbeidet i kommunen, og den er knyttet til forståelsen for at arbeidet i kommunen er påvirket av og rammet inn av politiske og økonomiske rammer: Man kan ikke bruke penger som ikke finnes. Man må dokumentere sitt ressursbehov, og får man ikke gjennomslag for sine synspunkter, må man ikke kjempe omkamp, men akseptere at man i denne omgangen ikke fikk gjennomslag. Denne forståelsen må implementeres på alle nivåer i kommunen.

I et av casene (Case 7) settes forholdet mellom disse systemforståelsene i spill på en interessant måte. Barnevernet i kommunene har store budsjettoverskridelser, mangler fagfolk og har måttet kjøpe dyre tjenester eksternt. Dette ønsker de å endre ved å få de ansatte i forebyggingsenhet for barn og unge til å arbeide med barnvernsoppgaver.

For direktøren handler ikke dette bare om at forebyggingsenheten kunne gjøre denne jobben bedre og billigere enn private leverandører gjorde tidligere, men de ville også bidra til å utvikle dem faglig. Ifølge lederen mangler de erfaring med veiledning i hjemmet, som er den oppgaven de er blitt bedt om å gjøre. Slik sett vil situasjonen kunne være gjensidig befruktende for begge parter.

Spørsmålet for de ansatte (for lederen av enheten og for psykologen) er hvordan de skal forholde seg til dette i praksis. På den ene siden kan de oppleve at barnevernets identitet i noen grad står i motsetning til deres muntlige og tillitsbaserte kultur, og at enheten lett mister sitt særpreg og blir en del av, eller blir oppfattet som, en del av barnevernets tiltakskjede. De skal jo forebygge behovet for barnevernsoppgaver, og ikke være en del av det. Systemforståelse 2 kan slik sett oppleves som å innebære at systemforståelse 1 blir truet. På den andre siden ser de krisen i barnevernet, og føler et ansvar for bidra til løsningen, selv om det kan gå utover forebyggingsenheten.

Det interessante ved eksempelet er ikke at hensynet til forebygging og hensynet til kommunens økonomi og politiske beslutninger kan stå i motsetning til hverandre. Det ligger i sakens natur. Det



interessante er hvordan enhetsleder argumenterer for at hensynet til økonomi og situasjonen i en enhet i kommunene, skal få konsekvenser for en annen enhet, og at dette også faglig sett kan være til det beste for den berørte enheten. Spørsmålet for psykologen blir da om dette er riktig eller galt, og i så fall hvordan disse ulike hensynene kan balanseres på kort og på lengre sikt, uten at forebyggingsinnsatsen forsvinner inn i en av de mange "henvisningsstrømmene" i kommunen". Dette handler om politikk og økonomi men det handler også om fag, og det er ikke uten videre lett når man står overfor en konkret situasjon, å avgjøre hva som er det ene og hva som er det andre.

### 3.8 Er noen modeller bedre egnet enn andre?

Gitt denne bakgrunnen oppstår spørsmålet om det er noen av modellene som synes å være bedre egnet enn andre? I flere av de casene vi har studert har fremdeles psykologen sittet såpass kort at det er vanskelig å avgjøre om det er svakheter ved modellen eller den korte tiden psykologen har sittet i stillingen som er årsaken til utfordringene.

Familiens hus modellen gir psykologen en klar organisatorisk forankring, og et institusjonalisert sett av samarbeidspartnere. Har kommunen valgt en slik modell ligger det antakeligvis også en sterkt ønske om å oppnå noe gjennom modellen.

I et av casene, hvor psykologen også er leder på kontoret (case 6) skaper dette en plattform for arbeid mot ledergruppa i kommunen, og muligheten for å tenke strategisk på vegne av kommunen som helhet. Rekrutteringen synes å ha skapt tettere forbindelser og en mer kunnskapsbasert forståelse av roller mellom de ulike aktørene som er samlokalisert. I et annet av casene (case 7) synes en rekke av aktørene som er involvert i forebyggingsarbeidet å kjenne hverandre, barna og ungdommene i kommunen så godt, at de kunne ha en opplevelse av at de fleste av dem fikk et tilbud, og hvor rollene og ansvaret mellom dem ble fordelt fortløpende. Om dette skyldtes modellen eller at dette var en kommune som over lang tid, på mange nivåer, med dedikerte ledere og med forankring på øverste nivå i kommunen hadde arbeidet med flerfaglig og tverrprofesjonelt problemstillinger er ikke lett å si. Antakeligvis står vi overfor en kombinasjon. Her var det avdelingsleder som hadde sett utlysningen og sørget for at stillingen ble lagt til henne (og ikke til helsedelen av kommunen).

Den interkommunale modellen synes å representere store utfordringer for psykologen. Her er det psykologen selv, med forankring i et interkommunalt PPT kontor som så behovet for og skapte oppslutning om å sende søknad om tilskuddet. I et av casene (Case 8) synes dette særlig å handle om at antall aktører som er involvert blir stort, og at det er vanskelig å forankre en slik ressurs blant ledelse og ansatte i mange og ulike kommuner. Samtidig synes psykologen likevel å ha oppnådd betydelige resultater, ikke minst knyttet til helsestasjonspersonell og team/avdelinger for psykiske helsearbeidere i kommunene, og som BUP kunne rapportere om effekten av i forhold til bedre evne til å drive forebyggingsarbeid lokalt, og til å ha klare adressater for samarbeidet på kommunalt nivå.

I flere av de sektororganiserte kommunene så er det helsesøstre og jordmødre som flyttes fra helsesiden og over til skole og oppvekstssiden. I tillegg har det kommet psykisk helsearbeidere som også i stor grad er knyttet til sistnevnte akse. Dette betyr at den henvisningsstrømmen som er endret, er strømmen fra legene til spesialisthelsetjenesten, med helsesøstrene som mellomledd. I realiteten synes dette å innebære at legemakten svekkes, i den forstand at både pasienter og personale som er mobilisert i fastlegenes henvisningsstrøm minsker. Det er grunn til å tro at dette vil øke integrasjonen

og samhandlingen internt i kommunene, samtidig som behovet for faglig ledelse av denne innsatsen vil øke. Det er her psykologkompetansen ser ut til å spille en sentral rolle for å kunne gi en trygg faglig retning til denne innsatsen.

Potensielt ville en fastlegelokaliseringsløsning kunne være med på å endre henvisningsstrømmene fra fastleger til spesialisthelsetjenesten gjennom bruk av kommunal psykologressurs. Det virker imidlertid som deres behov for henvisninger er så stort at psykologressursen raskt kan bli spist opp av legene, og at det kan utvikles ulike former for halvannenlinjetjeneste, som nok øker pasientens tilgjengelighet til psykologisk bistand, men ikke nødvendigvis styrker kommunens evne til å drive forebyggingsarbeid. Det er antakeligvis redselen for at psykologressursen skal bli spist opp av klinisk arbeid som gjør at få kommuner har valgt å informere om stillingen på nettet. I to av casene våre har de valgt en samlokalisering med fastlegene. Dette ser vi nærmere på i kapittel 4.4.

### 3.9 Tilskuddets funksjon og fremtid

Tilskuddet synes å ha en viktig rolle i forhold til å få rekruttert psykologer og for ytterligere å gi retning og tyngde til det kommunale psykiske helsearbeidet.

Samtidig så ser vi i flere av casene at innplasseringen av psykologene kan by på problemer, og noen ganger på så store problemer at det oppstår konflikter i kommunene (case 3, case 4 og case 8). Dette kan brukes som et argument mot tilskuddsordningen, og som flere i konfliktkommunene argumenterer for, like gjerne kunne ha vært brukt til å rekruttere annet kompetent personale på psykisk helsearbeid. På den andre siden så kan man si konfliktene synes å ha oppstått der det har vært flere kommuner involvert i et interkommunalt samarbeid, og hvor ledelsen synes svak eller fraværende, noe som gir rom for omkamper og kamp om posisjoner. Konfliktene synes i mindre grad å være knyttet til egenskaper ved psykologene, selv om kombinasjonen av en ung og uerfaren psykolog, og mangelen på struktur, synes lite heldig. Tilskuddsordningen er jo også en prøveordning utviklet for å skaffe erfaringer rundt betingelser for en riktig bruk av psykologressursen, og det er slik sett naturlig at det oppstår konflikter og uro.

Et annet forhold er at i en av casekommunene, hvor psykologen som ble ansatt viste seg ikke å være autorisert som psykolog pga av utdanning i utlandet, så syntes dette ikke å være avgjørende betydning for det forebyggende psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunen (case 7). Arbeidet syntes allerede så utviklet og strukturert, at det hadde en retning uavhengig av om personen som ble ansatt var psykolog eller ikke. Hvis dette stemmer, kan det tyde på at man i hvert fall i enkelte kommuner har kommet så langt i arbeidet (jf også case 1), at arbeidet står på egne ben.

I flere av kommunene synes søknaden om tilskudd å være knyttet til egne ressurspersoner eller avdelinger, som har som oppgave å følge med på og søke om statlige tilskudd. De synes å finansiere deler av sin utviklingsvirksomhet gjennom statlige tilskudd. Det er grunn til å tro at hvis man skal lykkes med et utviklings- og forsøksarbeid knyttet til en bestemt problematikk så vil det gjennomgående være en fordel at det er dedikerte personer (og en mer eller mindre dedikert organisasjon som står bak søknadene). Det krever betydelige ressurser fra kommunene både å skrive og rapportere på slike tilskudd, og det er lett å se for seg en systematisk skjevfordeling mellom kommuner som har henholdsvis ikke har slike ressurser. Det er ikke lett å se hvordan man kan unngå denne problematikken, når staten ønsker å prøve ut nye modeller og forsøk. En fare ved kommuner som har pro-

fesjonalisert søknadsarbeidet er at de skrives så fort, at man først i ettertid får forankret tilskuddet i den kommunale organisasjonen. Ofte kan det gå bra, men i flere av casene, særlig der hvor samarbeidet med legene har skullet stå sentralt, har dette vist seg lite heldig.

Per i dag synes tilskuddet å ha vært av betydning for å øke rekrutteringen av psykologer til kommunene. At det er statlige føringer for hvordan tilskuddet brukes, selv om praksis avviker fra søknader, synes å gi de involverte i kommunene en mulighet for å argumentere for at ressursen ikke kan brukes til hva som helst, men skal inngå det forebyggende helsearbeidet i kommunene.

## 4 Svar på problemstillingene

Det var særlig fem hovedproblemstillinger undersøkelsen, ved hjelp av tre ulike datasett, skulle gi svar på:

- I hvilken grad bidrar de enkelte modellene til bedre psykologrekruttering?
- I hvilken grad bidrar de enkelte modellene til samhandling av tjenester og bedre kvalitet?
- Blir psykisk helsehjelp mer tilgjengelig som et resultat av organiseringen?
- Hvordan fungerer psykologtilbudet, samlokalisert med fastlege-kontor?
- I hvilken grad bidrar tilskuddsordningen til å nå målet om økt rekruttering?

### 4.1 I hvilken grad bidrar de enkelte modellene til bedre psykologrekruttering?

I den første Måloppnåelsesanalysen (basert på 2010-data) satte vi som et mål på rekrutterings-suksess hvor lang tid det gikk før en psykolog ble rekruttert. Suksess var knyttet til rask rekruttering. Vi anså rekruttering under ett år som "raskt", da 8-9 måneder med utlysnings- og ansettelsesprosesser må anses å være akseptabelt. Med bruk av en kortere tidsberegning ville dessuten kategorien "raske ansettelser" bli så liten at det ville være meningsløst å skille mellom raske og sene ansettelser i materialet.

Nedenfor viser vi en oversikt over alle de fire modellene, og hvordan de har rekruttert psykologer. Tallene til venstre i kolonnen er basert på kommunens rapportering fra 2010, mens tallene i parentes er basert på rapporteringen fra 2011.

Modell:	Alle	Samlok fastlege (1)	Enh. Psyk. helse (2)	Helsestasjon etc. (3)	Familiens hus (4)
Total	67 (75)	10 (10)	22 (19)	22 (33)	13 (13)
Sen (1+)	36 (30)	4 (6)	13 (5)	9 <sup>42</sup> (9)	10 (10)
Rask (1-)	24 (26)	3 (3)	7 (9)	11 (11)	3 (3)
Ikke ansatt	7 (10)	3 (1)	2 (5)	2 (4)	-

Tabell 1 Oversikt over det kvantifiserte totalbildet for rekruttering for alle modellene.

For alle modellene, med unntak av fastlegemodellen, ser vi at rekrutteringen har vært raskere i 2010-tilskuddene enn for 2009-tilskuddene. En hypotese som kan forklare denne forskjellen er at kommunepsykologrollen har blitt mer kjent, enten som en følge av utbredelse, eller som en følge av informasjonsarbeid fra Helsedirektoratet og Norsk psykologforening.

Når det gjelder samlokalisering med fastleger (Modell 1), viser kommunenes egne rapporteringer at av de 10 kommunene som valgte denne modellen, oppgir tre kommuner at de raskt ansatte en psykolog, mens fire av kommunene brukte lenger tid. En av kommunene hadde ikke fått ansatt en psykolog, verken i 2010 eller 2011. Her så vi ingen sammenheng mellom kommunestørrelse og rekrutteringssuksess.

<sup>42</sup> 3 av kommunene har vært svært sene til å rekruttere, tilskudd fra 2009 og ansatt først i 2011. Kun 2009 tilskudd i denne kategorien. Alle 2010 tilskuddene har rekruttert innen rapportering. Kan ha noe med at oppmerksomheten og trøkket rundt prosjektet har økt.

Antall kommuner som har valgt Modell 2, *samløkalisering med enhet for psykisk helse*, var 22 kommuner i 2011, og av disse har 20 fått rekruttert en psykolog, dvs. 90 %. Det er et lite materiale, men vi ser en tendens til at de største kommunene (over 40 000) ikke rekrutterer noe fortere enn de mellomstore kommunene. De fire største kommunene brukte alle over ett år. Blant de 10 mellomstore kommunene (15'-40') var det 7 som brukte ett år, og 3 som brukte under ett år på å rekruttere psykolog. I 2011 oppgir 9 av 19 kommuner at de brukte under ett år. Det er imidlertid fem kommuner som ikke har fått rekruttert psykolog. Dette er to små kommuner, en mellomstor og to ekstra store kommuner. Størrelsen ser dermed ikke ut til å spille noen rolle for rekruttering. Det er dermed ikke slik at det er enklere å besette stillinger i store kommuner, slik man i utgangspunktet kunne anta. I 2011 ser vi også at det ikke er kommunens størrelse, men andre forhold – som for eksempel kommunens økonomi og manglende politisk vilje, som påvirker rekrutteringen. Sett over to år, har kommunenes rekruttering til Modell 2 gått forholdsvis rakst for de fleste kommunene.

I de 22 kommunene som i 2010 ønsket å samordne psykologen etter Modell 3, dvs. *samløkalisering med helsestasjon/skolehelsetjeneste*, ser vi en stor forskjell på rekrutteringshastigheten for 2010 tilskuddene, i forhold til 2009. Samtlige med 2010-tilskudd ble ansatt innen ett år etter at tilskuddet var innvilget. Heller ikke når det gjelder denne modellen har sentral beliggenhet noe å si for rekrutteringen. Det ser ut til at det er de mellomstore kommunene som har flest raske rekrutteringer. I 2011 er det til sammen 36 registrerte kommuner som prøver ut denne modellen, og 4 fikk ikke rekruttert psykolog. Kommunene som ikke har rekruttert psykolog er små kommuner som rapporterer at de ikke fikk kvalifiserte søkere til stillingene. Ut fra hva kommunene rapporterer, ser det ut til være manglende politisk prioritering og økonomiske forhold som er årsaken til manglende psykologrekruttering, og trolig ikke størrelse på kommunen og geografisk plassering.

Den siste modellen, Familiens Hus valgte 13 kommuner i 2010. Av disse brukte 10 kommuner mer enn ett år, og tre kommuner under ett år, på ansettelse, men alle fikk ansatt en kommunepsykolog. Også her var det stor forskjell på hvor lang tid det tok, i 2010 vs 2009 og 2008: 3 av 4 med 2010-tilskudd fikk ansatt innen ett år, mens ingen av tilskuddene de to foregående årene førte til ansettelse. Som for de andre kommunene, tenker vi at dette kan skyldes at prosjektomfanget har økt og er bedre kjent blant psykologene.

Tilskuddsordningen har dermed så langt ført til flere ansettelser av kommunepsykologer i kommunene som søkte om tilskudd.

### **Årsaker til at psykologene søkte stillingen**

I tillegg til å registrere faktisk rekrutteringstid for hver av modellene har vi også målt hva psykologene som søkte stillingene selv har lagt vekt på, og i hvilken grad samløkaliseringsform har hatt betydning for å søke stillingen.

Kommunepsykologens *organisatoriske plassering i kommunen*, er det forholdet som kommer på *sisteplass* i SINTEFs spørreundersøkelse som omhandlet til sammen 11 forhold som man antok var av betydning for å ønske en stilling som kommunepsykolog. Den eneste modell-formen hvor dette hadde en betydning, var når det kom til *samløkalisering fastleger* – her oppga 5 av 6 psykologer som jobber sammen med fastlegene, at stillingens organisatoriske plassering var viktig for at de søkte stillingen. En viss betydning for at man søkte stillingen hadde også tilknytningen til Familiens hus. Når det gjaldt Modell 2 og 3, avdeling for psykisk helse og helsestasjon/skolehelsetjeneste, så hadde den organisatoriske tilknytningen mindre betydning for å søke stillingen.

Psykologene som var tilknyttet avdeling/enhet for psykisk helse mente at det var faglig inspirerende å jobbe der, men færre var enige i at organisasjonsmodellen var av betydning for deres vurdering av hvor attraktiv stillingen var. Psykologene her skårer dårligst av de fire modellene, på at organisasjonsmodellen var faglig inspirerende å jobbe i. Psykologer som jobbet i helsestasjoner og/eller skolehelsetjenesten, var i gjennomsnitt mer fornøyd med den faglige inspirasjonen organisasjonsplasseringen ga, sammenlignet med Modell 2. Muligheten for *faglig påfyll*, oppga 60 % av respondentene var viktig, og dette var viktigere for psykologene samlokalisert med fastlegene (67 % N=6/7), enn for psykologer samlokalisert med helsestasjon/skolehelsetjeneste (44 % N=45). Et særlig ønske om å jobbe i kommunen, kom på plass nr 8, av totalt 11 mulige hovedbegrunnelser.

Det var særlig *autonomi* i form av fleksibel arbeidstid med stor faglig frihet og autonomi mht oppgavedefinering, som betydde mest, og da særlig for de psykologene som hadde lengst erfaring. Hele 90 % oppga dette som viktigst. Gode muligheter for *hjemmekontor* og *selvstendig definering av oppgaver* var også viktig. Den nest viktigste begrunnelsen var muligheten for å jobbe *lavterskel*. Det var 84 % som oppga dette som viktig. Den tredje viktigste grunnen for å bli kommunepsykolog, var muligheten til å jobbe *helsefremmende og forebyggende*. Det var 78 % av utvalget som svarte at dette var viktig. Å jobbe *tverrfaglig* var også av betydning (for 77 %). Å være med å *utvikle kommunepsykologens rolle*, ble også ansett som en viktig oppgave ved stillingen, et inntrykk som sammen med de ovennevnte årsaker til rekruttering, også stemmer godt overrens med case-studien<sup>43</sup>.

*Lønn* kom derimot langt ned på listen over hva psykologene selv anså som viktig ved stillingen. Psykologene i PPT oppga noe hyppigere at *muligheter for videreutdanning* var viktig, enn psykologene i forsøksmodellen. Her ser vi også at yngre, nyutdannede psykologer hadde høyere tilbøyelighet for å rapportere at videreutdanning var viktig, enn eldre psykologer med lengre erfaring (som i større grad har tatt spesialistutdanning).

Den faktoren som psykologene oppgir å *mest ha blitt som de forventet*, var *faglig frihet og autonomi* i stillingen. Også her kom å jobbe *lavterskel* som nr to. To av tre mente at den *tverrfaglige jobbingen* var blitt som forventet. Psykologene som jobbet med fastleger, hadde økt sannsynlighet for å svare at de får jobbet *folkehelserettet*, sammenlignet med psykologer som ikke jobbet i noen av forsøksmodellene. Psykologene som hadde spesialisering, eller var under spesialisering, hadde lavere sannsynlighet for å svare at forventningene til å jobbe tverrfaglig var forventet. Når det gjelder hva som skal til for at psykologene forblir i kommunene, var det ikke store forskjeller i svarene mellom de ulike organisasjonsmodellene.

Når det gjaldt muligheter for påfyll via faglig nettverk svarte 76 % av psykologene som jobbet i forsøksmodellene "ja" på at de hadde faglig kontakt. Til sammenligning svarte 49 % i PPT bekreftende på dette, mens 77 % av psykologer i barnevernet svarte "ja". Studien viste videre at psykologer i PPT og andre enheter, oppgir det som viktigere å få en spesialisering, enn psykologer i forsøksmodellene.

Supplerer vi så dette materialet med intervjuene vi foretok med kommunepsykologene i case-studien, får vi ytterligere innblikk i forhold som var av betydning for å søke stillingen. Det er mange årsaker til at psykologene opplever at kommunepsykologstillingen er interessant;

---

<sup>43</sup> Merk; Her var psykologene samlokalisert med helsestasjon/skolehelsetjeneste mindre opptatt av å forme kommunepsykologens rolle, enn psykologer samlokalisert i henhold til de andre tre modellene.

En understreker (case 5) den faglige innretningen på reformarbeidet i kommunen. Han ønsker å være en del av det han kaller "bølgen" knyttet til den kommunale forebyggingsinnsatsen, å være med på å bygge opp nye tjenester. Han er fascinert av fokuset på forebygging, tverrfaglighet og lettere psykiske lidelser, og hvor man også kan jobbe systemorientert (med organisasjonspsykologi). "Bølgen" kontrasteres til det standardiserte og byråkratiserte arbeidet i spesialisthelsetjenesten, med mye prosedyrer og utredninger, men liten tid til behandling.

Også psykologen i case 3 syntes stillingen hørt spennende ut. Hun hadde lest om kommune-psykologer og deres varierte og sammensatte oppgaver i Tidsskrift for psykologisk forening, og fått lyst til å søke. Psykologen i case 3 hadde også lest om stillingen i tidsskriftet, og syntes det var spennende å komme tidligere inn i behandlingsskjeden, enn som utreder i spesialisthelsetjenesten, hvor det ofte har "gått en stund".

En tredje psykolog (case 6) ønsker også å vende oppmerksomheten mot forebyggings- mer enn "behandlings-enden", det som gjorde at pasientene ikke var fanget opp før og viser til erfaringene fra spesialisthelsetjenesten. Et annet forhold er at psykologen allerede i studietiden ble introdusert for en kommunepsykologrolle som var variert, innebar reising og å gjøre det riktige, mer enn det korrekte, som hun sier. Familiære årsaker trekkes også frem som en grunn, mannen overtok farsgården i nabobygda.

En fjerde psykolog synes å hvile i en sterk faglig motivasjon (case 8). Hun identifiserer seg med den faglige og politiske tenkningen som er utviklet knyttet til betydningen av tidlig intervensjon og forebygging, og en tilhørende skepsis til muligheten og nytten av at stadig flere får psykologisk behandling. I stedet ønsker hun å være med på å tilføre lokalsamfunnene den bredspektrede kompetanse de trenger for å kunne bli trygge på hvilken forebyggingsrolle de kan ta.

En femte psykolog (case 1) hadde følt seg uttilstrekkelig, både innenfor BUP, hvor han fikk hjulpet barna, men ikke hadde mandat til å ta hånd om de voksne, og innenfor DPS, hvor han så hvordan barna led under foreldrenes psykiske lidelser. I stillingen som kommunepsykolog var muligheten til å jobbe mot familier, og mot skole, avlastningshjem og andre hjelpeinstanser en stor motivasjon for å søke stillingen. For denne psykologen var det også befriende å ikke jobbe så tett på "legehierarkiet" som fantes innenfor spesialisthelsetjenesten.

For enkelte av psykologene i case-studien representerte stillingen en mulighet for å flytte til hjemkommunen, og samtidig få en relevant jobb.

Ifølge undersøkelsen til SINTEF, er de fleste psykologene i de fire modellene, rekruttert fra spesialisthelsetjenesten

#### *Er stillingene integrert?*

I måloppnåelsesanalysene har vi vært opptatt av å undersøke ulike former for integrering av psykologen i kommunen, og i kommunehelsetjenesten. Vi har skilt mellom tre former for integrering.

1. *Formell integrering.* Målet her er at stillingen blir plassert inn som en permanent stilling i kommunehelsetjenestens organisasjon. Indikatorer:

- Stillingsprosent, fast stilling
- Stilling strategisk behandlet enten politisk eller administrativt (1), og inn i kommuneplan (2)
- Klart beskrevet rolle

2. Praktisk integrering. Målet her er at psykologtjenesten blir en del av kommunens helsetjenester, men helst med et eget distinkt bidrag (at psykologen gjør en forskjell). Vellykket integrering er å understøtte etablert psykisk helsetjeneste (gjennom veiledning og vurderingsmøter spesielt), men enda bedre å bidra med en distinkt egen lavterskeltjeneste (ikke bare forbedre eksisterende, men endre den psykiske helsetjenesten). Indikatorer:

- Egen distinkt klinisk virksomhet (henvendelser - lavterskel, innhold)
- Veiledning av andre yrkesgrupper
- Systemjobbing (kartlegging etc.)
- Samarbeid: 1) innen kommunehelsetjenesten, 2) fastlegen, 3) andre kommunale etater (f. eks. skole og barnevern), 2 linjetjeneste
- Voksne, eller bare barn?

3) *Faglig integrering*. Målet er at stillingen har en faglig integrerende ramme, i form av tilknytning til psykolognettverk, samt et avgrenset oppgavespenn som muliggjør faglig konsentrasjon. Indikatorer:

- Oppgavespenn (smalere jo bedre/fragmenteringstrussel),
- klinisk jobbing
- Kontakt med psykolognettverk: 1) NPF, 2) statlige psykologer, 3) lokalt nettverk for kommunepsykologer.

I rapporteringen fra 2010 er det en overveiende stor andel av kommunene som rapporterer om høy grad av integrasjon: 39 scorer høyt og 22 lavt på formell integrasjon, 47 scorer høyt mot 11 lavt på praktisk integrasjon, og 45 høyt mot 8 lavt på faglig integrasjon.

Det er Modell 4, psykologer samlokalisert med Familiens Hus, som er den modellen hvor flest psykologer rapporterer om best integrasjon, både formelt, faglig og praktisk. Disse psykologene rapporterer i måloppnåelsesanalysen også om mest samarbeid mot andrelinjetjenesten. Psykologene i Modell 1, samlokalisering med fastleger, rapporterer om svakest integrasjon. De to øvrige modellene, ligger nærmere Modell 4 (Familiens hus), enn Modell 1 (samlokalisering fastleger) når det gjelder grad av integrasjon. For Modell 1 (samlokalisering med fastlegene) rapporteres det mest om utprøving, dvs. at man jobber med å plassere psykologrollen, i forhold til legene. De tre andre modellene, synes i 2011 å representere mer etablerte organisatoriske strukturer for arbeid med psykisk helse i kommunene, som kan ha betydning for hvordan psykologen blir tatt imot og integreres i arbeidet med psykisk helse. Voksne som målgruppe, synes best ivaretatt i Modell 1 og 2, og barn i Modell 3 og 4. Et fåtall av psykologene mangler faglige relasjoner, de fleste har flere kanaler.

I Måloppnåelsesanalysen for 2012 (basert på 2011-data), ser vi at de fleste kommuner har valgt 3, psykologer samlokalisert med helsestasjon, skolehelsetjeneste eller helsestasjon for ungdom. Modellen som færrest kommuner har valgt, er Modell 1 (fastleger). Vi ser heller ikke dette året noen tydelige tendenser når det gjelder forholdet mellom modeller, kommunestørrelse, rekrutteringsprosess og rekrutteringstid. Det er bare Modell 3, Familiens hus, som har rekruttert en psykolog til alle stillingene som har vært utlyst. Årsaker til manglende rekruttering oppgis å være manglende kvalifiserte søkere, manglende økonomi til å ansette psykolog og store omorganiseringer. Heller ikke geografisk plassering i henhold til sentrum-periferi-skala, ser ut til å ha betydning for rekrutteringen. Også i 2011 rapporterer de fleste kommuner om god integrasjon av kommune-



psykolog i øvrige kommunale helsetjenester. Sammenlignet med de andre tre modellene er det fortsatt Modell 1 (samlokalisering med fastlegene) som i 2011 i minst grad ivaretar psykologens formelle, praktiske og faglige integrasjon. Modell 4 (Familiens hus), som hadde høy integreringscore i 2010, har i 2011 god organisatorisk fornankring i Familiens hus, Oppvekstsenter, Forebyggende avdeling etc. Denne modellen rapporterer imidlertid i mindre grad enn Modell 2 og 3 at psykologen er forankret i plandokumenter, kommuneøkonomiske planer og satsninger. Psykologen inngår ofte i et *team*, og det kan føre til at psykologens *fagspesifikke rolle* blir mer utydelig og usynlig. Også i 2011 er voksne mest ivaretatt i Modell 1 og 2. Bare 2 kommuner rapporterer at eldre er en egen målgruppe for psykologtjenesten. Også i 2011 er det Modell 4 som ser ut til å ha best samarbeid mot 2. linjetjenesten. At psykologenes mest fremtredende arbeidsoppgaver er kortidsbehandling, kombinert med veiledning av enten tilhørende eller eksterte faggrupper, er et bilde som er videreført fra rapporten fra 2010. Heller ikke i 2011 rapporteres det om mangel på faglig nettverk. Mange har kontakt med andre kommunepsykologer, men det meldes også om nettverk via Norsk Psykolog Forening.

Oppsummert kan vi fastslå at med unntak av Modell 1, har ikke samlokaliseringsmodellene, dvs. enheten psykologene blir innplassert i, betydning for rekrutteringen av psykologer. Det er derimot mange andre forhold som vi har belyst, som var av betydning for at psykologene søkte stillingen. Generelt synes det å være et sterkere kommunalt fokus på forebygging blant annet i forlengelse av samhandlingsreformen, og bedre kjennskap til kommunepsykologstillingene blant psykologene. Til sammen skulle dette indikere bedret rekruttering til slike stillinger i tiden fremover.

## 4.2 I hvilken grad bidrar de enkelte modellene til samhandling av tjenester og bedre kvalitet?

Utover økt rekruttering er tanken bak tilskuddsordningen også at et tverrfaglig samarbeid, ut fra hensiktsmessig organisatorisk plassering av psykologen, skal gi en bedre utnyttelse av de totale helsefaglige ressursene. *Samhandling* er et sentralt aspekt for å oppnå mer helhetlige tjenester, preget av god kontinuitet som er et klart mål for tjenestene. Behovet for samhandling er også begrunnet ut fra at det eksisterer et kompetansebehov hos ulike yrkesgrupper i kommunale tjenester. Både fastleger og personell ved helsestasjoner har rapportert at de ønsker tilførsel av kompetanse innen psykisk helsearbeid. Sentrale spørsmål er dermed: samarbeider modellforsøkspsykologene mer med øvrige tjenester, enn andre psykologer i kommunen? Er det forskjeller mellom modellene mht hvor mye de samarbeider, og hvem de samarbeider med? Samarbeider nyutdannede psykologer mer eller mindre enn psykologer med lang erfaring?

Et forhold det er viktig å være klar over, er at det i henhold til *tilskuddsordningens regelverk* (jfr kap 1)<sup>44</sup> legges sterkere føringer på samhandling i Modell 1, enn i de andre modellene. Mål om samarbeid gjennom veiledning og gjensidig kompetanseheving internt er tydeligst formulert når det gjelder samlokalisering med fastlegene, enn i de andre modellene. I Modell 2, samlokalisering med kommunale enheter for psykisk helsearbeid, legges det opp til et mye videre samarbeid enn "samlokalisering". Her skal modellen stimulere til behandling av lettere til moderate psykiske lidelser, og det legges opp til en tettere *integrering* med annen tjenesten og ikke bare samlokalisering. Det

---

<sup>44</sup> <http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Documents/regelverk-rask-psykisk-helsehjelp.pdf.pdf>

ønskes en "utvidelse av tverrfaglig sammensetning" innen enhet for psykisk helsearbeid. Vi finner ingen lignende eller spesifikke visjoner knyttet til Modell 3 og 4, men for alle modellene gjelder at "tverrfaglig samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutvikling er sentralt"<sup>45</sup> i forhold til mål-opnåelse.

Et forhold som også er viktig når det gjelder Modell 1 og samhandling med andre aktører, er at dette er en "ny" modell i forhold til de andre tre modellene, og dette gir seg utslag i spørreundersøkelsen ved at det rapporteres om mer utprøving og "famling" i denne modellen. Dette kommer vi tilbake til når vi vil besvare den fjerde sentrale problemstillingen i studien, som omhandler samlokaliseringen med fastlegene.

### **Samarbeider modellpsykologene mer enn andre kommunepsykologer?**

Gjennom spørreundersøkelsen til modellforsøkspsykologene og alle landets psykologer, er et hovedfunn i studien at alle modellforsøkspsykologene oppgir at de samarbeider vesentlig mer med enhet for psykisk helsearbeid, fastleger, kommunelege samt helestasjon/skolehelsetjeneste, enn de øvrige psykologene i kommunene. De øvrige psykologene (hovedsakelig PPT) samarbeidet derimot mer enn modellpsykologene med barnevern, og skole/barnehage, noe som skyldes PPTs mandat som en pedagogisk tjeneste, og ikke helsetjeneste. Øvrige psykologer samarbeidet også mer med NAV, kommunalt- og spesialisert rusarbeid/rusbehandling og somatiske sykehusavdelinger, enn modellpsykologene.

Når det gjelder enhet for psykisk helsearbeid, fastleger og helsestasjon/skolehelsetjeneste, er det naturlig nok, mest samarbeid mellom psykologene og de respektive modellene der psykologen er samordnet eller integrert i (1, 2 og 3). Psykologer i Modell 4, Familiens hus, rapporterer vesentlig mer om samarbeid med PPT og barnevern, enn psykologer i de andre tre modellene, men samarbeider i likhet med Modell 3, mer med helsestasjon/skolehelsetjeneste enn noen annen aktør.

Vi ser at psykologene i de ulike modellene samarbeider med *forskjellige aktører*, da Modell 1 og 2 i stor grad er rettet mot voksne, og Modell 3 og 4 er rettet mot barn. Psykologene i Modell 1 samarbeider som nevnt med fastlegene, men kanskje i mindre grad enn man skulle tro: 67% av psykologene oppgir at de i stor grad samarbeider med fastlegene. Psykologer i Modell 1 samarbeider ikke med skolen, men det gjør psykologer i Modell 2. Psykologene i de andre tre modellene samarbeider i liten grad med fastlegene.

Totalt sett ser vi at samarbeidet med fastlegene (med unntak av Modell 1) ikke er særlig omfattende. Resultatet bekrefter dermed tidligere studier hvor man finner at fastlegen først og fremst har en rolle i medisinsk vurdering og henvisning, men en mer perifer rolle i det tverrfaglige arbeidet om bruker (Andersson, 2006; Andersson & Tingvold, 2005; Ådnanes & Bjørngaard, 2006; Ådnanes et al., 2005; Norvoll et al., 2006). Det er dermed et spørsmål i hvilken grad psykologene kan påvirke fastlegenes arbeidsmåte, og tilføre kompetanse, eller om psykologene heller innpasses i fastlege-kontorets arbeidsform og tenkemåte. Casene har pekt på begge delser; i case 4 har kommunepsykolog B en tid til rådighet som disponeres av fastlegene, og dette er tid stort sett anvendt til terapi. Her sa imidlertid fastlegene at det alltid ble foretatt vurderinger i "trekant", dvs. psykolog og fastlege sammen med pasienten. Her mente legene at de hadde et godt samarbeid med psykologene, særlig rundt de tunge pasientene. Psykologene ble ansett som lette å kontakte. Psykologene hadde også

---

<sup>45</sup> Jfr regelverket til tilskuddsordningen.

ifølge legene vært i kontakt med pasientene, før legen kontaktet dem. For fastlegene i dette caset, hvor psykologene var samlokalisert med fastlegene, oppga legene at det var stor forskjell etter at psykologene kom, særlig i forhold til diskusjoner i lunsjen. Legene hadde brukt psykologen til alt fra akutt angst på en pasient, til mer langvarig behandling i form av en hodeskade.

Det vi merket oss gjennom det kvantitative materialet er at når det gjelder psykologens samarbeid med fastlegene, hadde alder på psykologen en betydning. Jo eldre psykologen var, jo mer samarbeid forekom. Dette kan bety at det tar tid å opparbeide seg et samarbeid med fastlegene. En annen måte å se det på, er kanskje at samarbeidet er mer relevant for fastlegene, jo mer erfaren psykologen er.

### **Samarbeider modellpsykologene mer med spesialisthelsetjenesten?**

Ut fra spørreskjemaundersøkelsen ser vi at psykologene i de fire modellene har til felles at de samarbeider relativt lite med spesialisthelsetjenesten, i forhold til hva man kanskje kunne forvente. Det er ingen signifikante forskjeller modellene i mellom. Dette bekrefter dermed resultater fra andre undersøkelser, hvor man har sett at samarbeidet mellom kommuner og psykisk helsevern og kommunene er varierende (Norvoll et al., 2006; Røhme, & Hatling, 2005).

Fyller vi dette bildet ut med erfaringer fra casene, vet vi at mange av psykologene er i tett kontakt med brukere som enten skal, eller har vært, i spesialisthelsetjenesten, uten at de nødvendigvis samarbeider så tett med ansatte i spesialisthelsetjenesten. Kommunepsykologene er i de aller fleste casene involvert mht hvorvidt pasienter skal henvises til psykisk helsevern eller ikke. Psykologene er ofte delaktige i å utforme (presise) henvisninger, og mange var også involvert i å lese journaler og epikriser til pasienter som hadde vært i spesialisthelsetjenesten, og hjalp kommunehelsetjenesten med å "oversette" hva som trengtes videre for pasienten, for å utforme et trygt og forsvarlig videre behandlingsopplegg.

Vi så for eksempel i case 1 et direkte samarbeid mellom kommunepsykolog og BUP, og som ikke hadde vært tidligere. Dette handlet om at BUP deltok annenhver uke på inntaksmøte i kommunen. Spesielt i vurderinger som angikk hvorvidt en pasient skulle til spesialisthelsetjenesten, eller kommunehelsetjenesten, var ansatte i kommunen takknemlig for at de hadde en psykolog som kunne matche maktbalansen, og argumentere for eller i mot "på samme nivå".

### **Bidrar tilskuddsordningen til mer samarbeid?**

Psykologene som var ansatt i de fire modellene som mottar tilskudd mente selv i spørreundersøkelsen at samarbeidet med øvrige kommunale tjenester, og spesialisthelsetjenesten var styrket, og at organisasjonsmodellen stimulerte til samarbeid både internt og eksternt. Dette står noe i kontrast til tendensen til at kommunepsykologene *ikke* i vesentlig grad samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Det vi har sett gjennom casene, og spesielt i case 1, var at kommunens ledelse brukte tilskuddet spesifikt – og aktivt - til å vri samarbeid og arbeidsform mot større grad av tverrfaglighet i kommunen. Overfor ansatte i egen og annen seksjon, tilkjennega avdelingslederen at tilskuddet medførte krav til å jobbe på andre måter, dvs. "ut av boksen". Man måtte gå ut av eget ansvarsområdet, og over til å jobbe mer på tvers, og sammen samtidig. På denne måten mente lederen at tilskuddet hadde bidratt til økt samarbeid mellom faggrupper og seksjoner.

### **Er det forskjeller mellom modellene mht samhandlingsform og hyppighet?**

SINTEF fant i sin spørreundersøkelse at det var vesentlige forskjeller innad i de fire forsøksmodellene når det gjaldt grad av samarbeid med de ulike tjenestene, og hvem de samarbeider med:

Psykologene i Modell 2 samarbeidet mye internt med tjenesten psykologen var integrert i, dvs. enhet for psykisk helsearbeid, og også vesentlig mer med denne enheten, enn det de andre psykologene i ene oppgir. Dette interne samarbeidet overgikk likevel ikke det interne samarbeidet som psykologene oppga i Modell 3, til skole- og helsetjenesten. Og det vi ser, er at helsestasjon/ skolehelsetjenesten er en svært viktig samarbeidsaktør for psykologene i samtlige modeller. Psykologene som var ansatt i denne modellen, var de som hyppigst oppga samarbeidet med egen tjeneste som det mest omfattende.

Psykologene i Modell 4, Familiens hus, samarbeider mer med noen tjenester – som barnevern og PPT – som psykologer i helsestasjon/skolehelsetjeneste ikke samarbeider så mye med. Familiens hus er tverrfaglig i sin utforming, ved at kommunens primære helse- og sosialtilbud for barn er samlet her, slik at psykologene inngår naturlig inn i et samordnet tilbud. Helsestasjon/skolehelsetjenesten var også de mest sentrale samarbeidspartnere for det *totale utvalget* psykologer, godt over 80 % samarbeidet med disse instansene. Enhet for psykisk helsearbeid var ikke en så sentral samarbeidsaktør for det totale antall psykologer, noe som nok skyldes at de fleste psykologer arbeider mot barn og unge.

### **Mer samarbeid om enkeltsaker**

Spørreundersøkelsen viste også at psykologene samarbeider vesentlig mer om enkeltbrukere, enn det samarbeides på generelt grunnlag. Her kunne man forventet at modellene var differensierte på dette punktet, og med mer samarbeid på Modell 1 ettersom behandlingsmålsettingen er tydeligst her ved at modellen skal "stimulere spesielt til samarbeid om behandling av lettere og moderate psykiske lidelser". Det var likevel ingen signifikante forskjeller mellom modellene på dette punktet, men her må det minnes om lite utvalg i Modell 1. Det kan som nevnt også være relevant at modellen er ny, og dermed ikke helt har funnet sin form like raskt som de andre.

Vi så gjennom casene, hvordan fagpersoner i helsestasjon/skolehelsetjenestemodellen hadde kontaktet psykolog i Modell 2, avdeling psykisk helse, og at psykologen allerede var i kontakt med foreldrene til barnet det gjaldt. I flere andre tilfeller har vi sett hvordan en henvendelse til psykologen kobler sammen tilbud til voksne og barn, som jobber mot den samme familien uten å være koordinert. Psykologen har dermed representert en aktør som har kunnet forholde seg til hele familien, og fått til en bredere tilnærming.

### **Er psykologens bakgrunn relevant for samhandlingen?**

Vi ser av spørreundersøkelsen at psykologenes bakgrunn har betydning for samarbeidet i stillingen. Nyutdannede psykologer samarbeidet mer innad i den kommunale helsetjenesten, enn psykologer som kom fra en annen stilling. Det var også overraskende at nyutdannede psykologer også samarbeidet mer med spesialisthelsetjenesten, enn de som kom fra andre stillinger. Det kan være mange årsaker til dette. Det kan være at de nyutdannede er mer usikre på hva stillingen innebærer, og har behov for å koble den til andre, og annen virksomhet. Det kan også være at de har mer behov for å samarbeide, da de har mindre erfaring og kjennskap til helsetjenesten, og trenger mer informasjon enn sine erfarne kolleger. En tredje forklaring er at de erfarne som kommer fra spesialisthelse-

tjenesten har mindre behov for å samarbeide med den, fordi de kjenner den, og at det er nedslagsfeltet i kommunen som fanger mest av oppmerksomheten nå.

### **Hva karakteriserer oppgaver og innretning på arbeidsoppgaver og arbeidsform?**

Når det gjelder psykologenes rolle i kommunen, og arbeidsoppgaver, bruker psykologene mest tid på behandling, utredning og diagnostisering knyttet til enkeltbrukere, og forsøkspsykologene gjør dette i større grad enn øvrige psykologer i kommunen (PPT, barnevern m.m). Veiledning og undervisning er også en sentral oppgave. De bruker aller minst tid på folkehelsearbeid.

Ut fra casene ser vi at psykologene inngår i en rekke tverrfaglige inntaks-/mottaksteam, og "psykteam" som vurderer enkeltbrukere på tvers av tjenesteområder. I case 1 var psykologene med i flere slike typer tverrfaglige team – noen fordi de selv mente det var viktig å sitte der, andre fordi ledelsen syntes det var viktig at de møtte. Gjennom intervjuene kommer det frem at psykologer inn i mottaksteam var spesielt viktig, for å være med å vurdere videre behandlingsforløp. Ifølge en kommunal leder ga psykologens bidrag inn i teamene med å sikre en rask tverrfaglig vurdering, og et tverrfaglig skjønn inn i hver sak. Flere psykologer har også inngått i psykososiale kriseteam.

Det som kommer tydeligst frem gjennom casestudien, er hvordan psykologene har støttet og veiledet fagpersonell rundt enkeltsaker, og gitt dem ny giv i behandlingsprosesser. I case 4 fikk vi en rekke eksempler på tilfeller hvor ansatte sto helt fast i forhold til gode løsninger. Psykologen gikk inn og kartla hva som var gjort, og brukte sin kompetanse til å stake ut nye behandlingsopplegg for brukerne. Ifølge en informant, klarte psykologen å tilrettelegge veiledningen slik at både ufaglært og faglært personell rundt brukeren fikk opplæring, støtte og trygghet til å prøve alternative metoder. Tilsvarende har vi sett i de andre casene, at psykologen har gått inn – med eller uten enkeltsamtale med bruker – og kartlagt, veiledet og kommet frem til nye løsninger som har fungert bedre for bruker/pårørende. I noen tilfelle har psykologen måttet forholde seg til samspillet mellom et stort sett av aktører; hjem, skole, botilbud, avlastningshjem, og også personer i brukernes storfamilie. At man mottar den *samme veiledningen*, og kan legge opp hverdagen på tilsvarende lik måte, er det mange som trekker frem som viktig for å sikre et godt tilbud.

For psykologene var det imidlertid viktig *hvordan* man opptrådte i samarbeidet, og at det kan oppstå konflikter, så vi spesielt i case 4. Det er lett å få en "ekspertrolle", og da er det viktig å ha et bevisst forhold til fremtoningen. Var man nyutdannet var det åpenbart at det var mange forhold man ikke hadde kjennskap til, og her var det ekstra viktig å vite hva slags kunnskap man satt på, som forskning, metoder og verktøy som kunne være relevant i forhold til hvilken tilnærming det var best å anvende. Men at det også var mange områder hvor man ikke hadde like lang erfaring.

### **Jobber på gruppevis, familie og individrettede tiltak.**

Gjennom casene kommer det frem at psykologene jobber på alle fire nivå; de jobber 1:1 med brukerne. De veileder fagpersoner *rundt enkeltbrukere*. De gir *generell veiledning* og undervisning, og de er også med i planlegging og utforming av tjenester. Mange har bidratt med nye verktøy og metoder, som for eksempel innføring av KOR-skjema i case 3, og utvikling av EPDJ-metodikk/screening i case 2. Dette er også kompetanse hos psykologene som andre ansatte setter pris på; både at man har ulike tilnærminger og metoder og møte utfordringer på. Og at psykologene på denne måten har et større register når det gjelder ulike tilnærmingsmåter – ut fra ulike oppnådde hensikter. At dette er tuftet på forskning og eksisterende kunnskap trekkes også frem som positivt. I case 2 trakk de også frem at det var spesielt godt å ha psykologens kompetanse i tilfeller av dypt deprimerte

mennesker. I dette caset hadde fagpersoner sammen med psykologen fått reflektert over hvilken form for støtte de hadde gitt en ungdom med spiseforstyrrelser, og fått støtte av psykologen til å stille større krav til jenta, enn hun selv hadde turt å gjøre. Dette ble et vendepunkt i behandlingen.

### **Hvordan defineres målgruppene?**

I casene ser vi det varierer mht hvor klart målgruppene er definert. Mens psykologen i case 2 hadde en klart definert målgruppe, fastsatt av styringsgruppen i prosjektet, på ledernivå, hadde psykologene i Case 4 ikke avgrenset målgruppen, men bidro der det var behov. I hovedsak jobbet psykolog 1 mot voksne, og psykolog 2 mot barn og familier, men det var også overlappinger. Psykologen i det forebyggende teamet i case 1, jobbet med alle innbyggerne fra 1 – 24 år. I case 3 var det to psykologer, en som var tilknyttet psykisk enhet, og jobbet mot voksne, og en som jobbet på familiens hus, mot barn. Også for disse to, overlappet familier, og de jobbet av og til sammen.

### **Inngår psykologen i faglig nettverk?**

Psykologene i casene hadde ulike erfaringer med det psykologisk nettverket i kommunen. I case 1 var det et psykologteam som jobbet sammen, så denne psykologen var svært fornøyd med det faglige samarbeidet. I et av de andre casene hadde psykologen forsøkt å knytte seg til psykologer i spesialisthelsetjenesten, og spise faste lunsjer med dem, men oppdaget fort at hverdagen, og faglige problemstillinger var så forskjellig, og at oppmerksomheten i stor grad var rettet mot spesialisthelsetjenesten - det var liten interesse for kommunepsykologen. Kontakten opphørte. En psykolog hadde kjørt i flere timer for å møte andre kommunepsykologer i andre kommuner, mens en fjerde hadde tidligere jobbet i PPT, og var i dag samlokalisert under samme tak. Veien var dermed kort inn til tidligere kolleger, dersom det var behov for det.

For alle psykologene var nettverkssamlingene viktige, både som input, og for å møte andre i samme funksjon og rolle.

Gjennom casene får vi innblikk i at psykologene med erfaringer, mener det er mer utfordrende og spennende hverdager, enn i spesialisthelsetjenesten: "du kan ikke skrive folk ut av kommunen" henviser til at man må finne løsninger som er tilpasset bruker, fagpersonell, pårørende etc. og dette beskriver (særlig de mest erfarne psykologene) som mer spennende, enn "utredningshverdagen" i spesialisthelsetjenesten. Hvor intervensjonen var kort. I kommunen kan man jobbe langsiktig, forsøke ut nye tilnærminger og evaluere effekter, for så å legge opp videre løp i samarbeid med de fagpersonell som til daglig har ansvaret.

### **Dekker kommunene utgiftene til spesialisering?**

For de psykologene hvor spesialisering var aktuelt, hadde kommunene lagt til rette for spesialisering, både i form av økonomiske ressurser og avsatt tid. For enkelte ledere ble spesialiseringen også et løft for kommunens øvrige ansatte, ved at tema som psykologen skrev om, også var kompetansehevende for flere. I case 3 tok psykologen spesialisering bygget på KOR-metodikk, og brukte denne metoden innad i kommunen, og samlet data om erfaringer.

### 4.3 Blir psykisk helsehjelp mer tilgjengelig som et resultat av organiseringen?

I IS-1565 anbefalte Helsedirektoratet en operasjonalisering og definering av lavterskeltilbud. I hvilken grad kan vi se at de kommunale psykologstillingene virkeliggjør en slik forståelse av et lavterskeltilbud? Utvikler det seg en praksis med ventetid, jfr at psykologene i henhold til definisjon skal gi direkte hjelp uten henvisning, ventetid og lang saksbehandlingstid? Kvalitet og tilgjengelighet er koblet sammen ved at ventetid og tilgjengelighet ofte knyttes til kvaliteten på tjenester. Tilgjengelighet er koblet til hvor tidlig i et sykdomsforløp man kommer inn. Psykologer i kommunale tjenester er tiltenkt å kunne bidra mer både mht forebygging av psykiske problemer, samt tidlig intervensjon til mennesker med psykiske lidelser.

Hvordan man regulerer tilgangen til psykologen, har i praksis vært et sårt og vanskelig punkt, noe vi spesielt fikk innblikk i gjennom case-kommunene. Balansen mellom å opprettholde et raskt og "åpent" psykolog-tilbud, og ikke få opphopninger, ventetid og en psykolog som "drukner" i enkeltsaker, var for mange av kommunene vanskelig. I case 1 måtte det til slutt settes inntaksstopp. Også de andre psykologene sa at balansen var vanskelig. Enkeltsaker holder dem inne i faget, og var også det som måtte til for å kunne komme med anbefaling om videre behandling – i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Samtidig "spiste" terapi-timer av tid som kunne gått med til veiledning, undervisning og tverrfaglig samarbeid.

Psykologene og mellomledere var etter hvert blitt bevisste på andre måter å jobbe på, for å redusere antall henvisninger og saker til psykologene. Konsultasjoner, veiledning og det å "jobbe gjennom andre", ble viktig for å nå flere. En god oversikt over kommunens totale hjelpetilbud, og en bedre, mer bevisst og kompetent siling til de ulike tiltakene, var også med å redusere tilfanget til psykologen. Imidlertid førte en slik praksis enkelte steder til at fastlegene reagerte: de hadde i overrensstemmelse med pasienten henvist til psykolog, og hvis tilbudet som ble gitt innbefattet støttesamtaler i avdeling rus og psykisk helse i stedet for – da lidelsene ble vurdert å være lette – førte dette ofte til protester både hos pasient og lege.

Som vi tidligere har sett, har det å få jobbe lavterskel stått høyt oppe på lista hos psykologene selv da de ønsket stillingen. Vi ser av spørreundersøkelsen at 84 % av psykologene mente dette var svært viktig. Det var 162 av 235 kommunepsykologer svarte at de drev behandling av enkeltbrukere i stillingen. Av disse sa 62 (38 %) at de hadde ventetid, mens 16 (10 %) oppga at det måtte fattes vedtak før behandling kunne igangsettes. Det var 120 psykologer (74 %) som oppga at brukerne selv kunne ta kontakt og få tilbud om hjelp, uten henvisning.

Vi kan ut fra rapporteringen til psykologene selv, se at terskelen for å få hjelp generelt er lavere i de fire modellene, sammenlignet med de øvrige tjenestene (PPT, barnevern og annet). I de øvrige tjenestene er det også mer vanlig at det må fattes vedtak før behandling kan iverksettes.

I Modell 1 oppgir 4 av totalt 6 psykologer at brukerne selv kan ta kontakt for tilbud om hjelp uten henvisning. 2 av de 6 psykologene hadde ventetid. I modell med psykolog integrert i enhet for psykisk helsearbeid svarte 8 av de 37 psykologene (32 %) som driver behandling av enkeltbrukere at brukerne ikke selv kan ta kontakt og få tilbud om hjelp uten henvisning. 2 av 37 psykologer (5 %) svarte "ja" på at det må fattes vedtak før behandling kan igangsettes, mens 14 av 37 psykologer (38 %) har ventetid på behandling. Også psykologene i egen enhet for psykisk helsearbeid må dermed

kunne sies å jobbe lavterskel, basert på svarene vi fikk inn i kartleggingen. I familiesentermodellen/familiens hus svarte 22 av 25 psykologer (88 %) at brukerne selv kan ta kontakt med dem uten henvisning. 3 av de 25 psykologene (12 %) svarte at det må fattes vedtak før behandling kan igangsettes, mens 6 Av 25 psykologer (24 %) i familiesentermodellen hadde ventetid på behandling hos seg. Dermed må også denne modellen kunne sies å representere et tilbud med lav terskel og god tilgjengelighet. Som vi skal se under, er også familiesentermodellen den organiseringsmodellen der ventetiden hos psykolog i gjennomsnitt er kortest. Konklusjonen må dermed være at tjenestene levert av kommunepsykologene ser ut til å oppfylle lavterskeldefinisjonen godt.

Fra casene får vi et mer utfyllende bilde, og eksempler på tilbud og tiltak psykologene gir, som kan defineres som lavterskeltilbud. I case 1 satt for eksempel psykologen en dag i uken på en videregående skole, med "åpen dør" og hadde mange ungdom inne som slet med foreldre, spiseforstyrrelser, søvn, kjæreseter, angst, spill-/pengeproblemer etc.

I en kommune gikk psykologen rundt i Åpen barnehage, og snakket med familier, og var tilgjengelig for familiene dersom de hadde spørsmål. En side ved denne form for lavterskeltilbud er imidlertid også at familier kan følge seg utrygge hvis psykologen stopper opp og prater med deres barn, og foreldre kan spørre seg, er det noe galt?

I case 2 kan screeningen av alle nybakte mødre også defineres som et lavterskeltilbud, der alle som slår ut på testen får tilbud om videre samtaler og oppfølging.

Vi ser samtidig at når det gjelder å være et lavterskeltilbud, er dette er et felt de fleste psykologene i casestudien ønsket de kunne bidra mye mer på, - også av forebyggende karakter - men andre oppgaver har så langt gått foran.

Samtlige psykologer, i alle de fire modellene, rapporterte likevel, *at kvaliteten og tilgjengeligheten i de kommunale psykiske helsetjenestene var blitt styrket* som følge av stillingen. Alle psykologene i fastlege-modellen og nesten alle i samlokalisering med enhet for psykisk helsearbeid mente at modellen hadde ført til styrket kompetanseutvikling blant kommunale aktører, mens halvparten av psykologene i familiesentre, og helsestasjon/skolehelsetjeneste mente det samme. *Folkehelsearbeidet* skårer imidlertid dårlig, og dette er et inntrykk som stemmer godt overens med casestudien.

#### 4.4 Hvordan fungerer samlokaliseringen med fastlegene?

Samlokalisering psykolog med fastlege var den minst utbredte modellen kommunene har valgt. Det er også en modell som skiller seg fra de andre på mange måter, ved at den hadde en klarere visjon, knyttet til samhandling, fra Helsedirektoratets side. Modell 1, samlokalisering psykolog og fastlege, er også en "ny" modell i forhold til de andre tre. Modell 1 er den eneste samlokaliseringsmodellen som kan sies å ha hatt betydning for at psykologer har søkt stillingen. At datamaterialet for denne modellen er så lite, gjør det vanskelig å generalisere.

Når det gjelder samarbeid mellom psykologer og fastleger, er dette samarbeidet betydelig større i modell 1, enn i de andre modellene. I det andre tre modellene er samarbeidet med fastlegene ikke særlig omfattende. Mellom 4 – 13 % oppgir at de i stor grad har samarbeid med fastlegene.



Måloppfyllelsesanalysene viser at nesten halvparten av psykologene i 2011 rapporterer at de har voksne som målgruppe, enten alene eller sammen med barn og unge. Modell 1 er dermed den av de tre modellene som har flest voksne som målgruppe. Ett kontor rapporterer at de har flyttet psykologen rundt organisatorisk, men at psykologen jobber ut fra en klar rollebeskrivelse, klar klinisk virksomhet, rettet mot barn og voksne med moderate lidelser. I en annen kommune har psykologen også blitt flyttet rundt, men stillingen har etter hvert blitt klinisk rettet mot voksne. Det gis veiledning ved behov, spesielt til fastlegene. Vi ser av måloppnåelsesanalysen fra 2011 at det rapporteres både om faste stillinger, og prosjektstillinger i Modell 1. Det rapporteres både om at brukerne kan ta direkte kontakt, uten henvisning, noen rapporterer om at det kreves henvisning.

Når det gjelder samarbeid med resten av kommunehelsetjenesten, rapporterer psykologene i spørreundersøkelsen, at tjenesten nok ikke er så kjent i det øvrige hjelpeapparat, enn det psykologene i de andre modellene rapporterer. Dette kan ha med å gjøre at modellen er ny, og at det tar lenger tid å gjøre den kjent.

I Måloppnåelsesanalysene, skilte AFI mellom tre ulike former for integrasjon. Ut fra måloppnåelsesanalysen fra 2010, ser vi at samlokalisering med fastlegene er den modellen hvor kommunene oftest rapporterer om at tjenesteinnhold og organisering er under utvikling. Rapportene peker på famling og utprøving av ulike måter å realisere modellen på. 5 av de 10 kommunene beskriver utviklingsprosesser og forsøksvis omflytting. Vi ser ingen forskjeller mellom kommunestørrelse.

Ut fra casene, ser vi at det ligger ulike forståelser til grunn fra fastlegenes side, om hvordan kommunepsykologene bør benyttes.

I case 3 var legene inne allerede i planleggingsfasen, og kommunen søkte om midler til å samlokalisere psykolog med fastlegene. Da psykologen ble ansatt, gikk man imidlertid bort fra Modell 1. Dette begrunnes med at det oppsto en diskusjon rundt hvem som skulle betale kontorplass for psykologen, at det var vanskelig for fastlegene å ha et arbeidsgiveransvar for psykologen, og at kommunens ledelse, når det kom til stykket, mente at psykologens kompetanse ville komme flere til nytte gjennom en samlokalisering med Avdeling rus og psykisk helse. Det skulle imidlertid legges opp til et tett samarbeid med fastlegene, som på sin side skulle henvise til psykologen, og dette var også tilfelle de første to årene hvor psykologen fikk henvist til sammen 200 pasienter fra fastlegene.

For fastlegene ble situasjonen en annen enn den de ble forespeilet, dvs. en psykologressurs som kunne ta i mot og behandle deres brukere. Etter hvert ble henvisningene omdirigert via et brukerkontor, mens legene ønsket å kunne henvise direkte til psykolog(spesialisten). Det faktum, at stillingen ble plassert et annet sted (avdelingen for rus og psykisk helsetjeneste), i tillegg til at stillingen også ble benyttet til systemarbeid, var ikke klart kommunisert til legene i utgangspunktet, og begge forhold var de skeptisk til. Å henvise til avdelingen for rus og psykisk helse kunne oppleves som stigmatiserende for pasientene; og muligheten for å henvise i det omfang legene ønsket ble redusert, tross at psykologen fremdeles brukte en stor del av sin tid på å ta i mot og behandle henvisninger fra fastlegene. Ikke bare kunne pasienten bli henvist til avdelingen for rus og psykisk helse, men de ble også henvist til det noen leger anså som personer uten tilstrekkelig faglig kompetanse ("treåringer") eller de fikk avslag på hjelp, uten at henvisningen/avslaget, slik de så det, var faglig begrunnet. For legene ble det å ha en kommunepsykolog å sitte igjen med "svarteper": de opplevde at spesialhelsetjenesten avviste henvisninger med begrunnelse om at kommunen hadde en

psykolog, samtidig som de etter hvert opplevde at kommunepsykologen ikke var disponibel for deres pasienter.

Resultatet ble at det i prosjektet er blitt et vanskeligere samarbeidsforhold med legene, og at de ikke lenger deltar i styrings- og prosjektgruppa for psykologstillingen.

Eksempelet er interessant fordi det illustrerer hvordan legene ønsker bedre klinisk kapasitet, samtidig som de ønsker å sikre seg at de personene deres pasienter henvises til får best mulig hjelp, og en hjelp som legene har stilt seg som faglige garantister for (gjennom å henvisningen). Antakeligvis vil heller ingen pasient ønske seg en hjelp som ikke er best mulig, eller som legene ikke tør å anbefale.

I case 5 er det også valgt en fastlegemodell, men hvor legen er lokalisert på "strategisk" nivå, helsekontoret, og ikke på et fastlegekontor. Arbeidet er ikke kommet så langt som man hadde ønsket. Årsakene som nevnes er flere, ikke minst manglende forankring av prosjektet hos fastlegene i forkant av prosjektet. Som vi har sett viser fastlegene selv til et behov for å kunne henvide pasienter videre, noe som ifølge legene i for liten grad har skjedd, fordi psykologen også skal jobbe "systembasert". Det er imidlertid ennå gått relativt kort tid i dette prosjektet, og det gjenstår å se om psykologen, helsekontoret i kommunen og kommunaldirektør ikke etter hvert vil lykkes å komme bedre i inngrep med legene.

Med bakgrunn i utfordringene skissert over, og erfaringene fra de kommunene hvor modellen er utprøvd, så synes modellen og være en av de mest strategisk interessante modellene, men samtidig en av de modellene som er mest krevende for kommunene og psykologen og utvikle videre. Det virker som modellen krever et utstrakt forarbeid fra kommunens side og hvor legene er trukket inn allerede i utformingen av søknaden. Det virker også som en del av de utfordringene som kan dukke opp underveis i implementeringen av modellen er av en slik karakter at de vil kunne kreve en stor og kontinuerlig oppmerksomhet fra kommunens ledelse, hvis den skal ha sjanse til og lykkes.

I case 4 har prosjektet tatt motsatt vei enn i prosjekt 3: her har man gått fra en tiltenkt samlokalisering mellom psykolog og avdeling psykisk helse, til at psykologen måtte "søke tilflukt" hos fastlegene, da samarbeidet mellom psykolog og psykisk helse ikke fungerte. Fastlegene i case 4 er svært positive til å ha fått inn en psykolog. De får veiledning i enkeltsaker, og for psykologen var det viktig å få tilgang til et journalsystem. Fastlegene var imidlertid opptatt av å bruke ressursen også videre, overfor familier og personer i brukernes miljø, i tråd med hva som var "kongstanken" med kommunepsykologer. Om enn så lenge var legene fornøyde med å ha psykologen ved kontoret.

#### **4.5 I hvilken grad bidrar tilskuddsordningen til å nå målet om økt rekruttering?**

Tilskuddsordningen har vært med på å holde fokus og gi retning til det psykiske helsearbeidet, også etter Opptappingsplanen, og synes sammen med en rekke andre faktorer som drar i samme retning (lovendringer, planarbeid, samhandlingsreform) bidratt til å skape oppmerksomhet og økt rekruttering av psykologer til kommunene. Det er skrevet mye om kommunepsykologene i media, og psykologene fikk også mye oppmerksomhet etter tsunami-ulykken i 2004 og 22. juli 2011. Tilskudds-

ordningen har laget blest om kommunepsykologrollen, både gjennom Norsk psykologforening, og gjennom nettverkssamlingene og økt stillingens renommé og legitimitet.

En ting er å rekruttere psykologer, en annen ting å få dem til å bli. Spørreundersøkelsen til SINTEF viser at hele 91 % av respondentene trives godt eller svært godt i stillingen sin. Av forhold som har betydning for at man blir i kommunen, var fem forhold viktige: at det ansettes flere psykologer, slik at man får større fagmiljø. At lønnen blir høyere og mer konkurransedyktig. At det blir mer fokus på folkehelsearbeid. At psykologer får økte muligheter til kurs og utvikling. Tiltak for å synliggjøre psykologenes kompetanse. Kommunens størrelse eller organisatorisk tilknytning hadde ingen betydning.

## 5. Konklusjon og anbefalinger

Samlet sett synes vårt materiale å tyde på at kommunene langt på vei har lyktes å rekruttere psykologer. Mange av psykologene som er rekruttert synes å ha en høy personlig motivasjon for den jobben de gjør (de ønsker å jobbe som kommunepsykologer), en motivasjon som antakeligvis henger sammen med en utvikling og tenkning rundt det psykiske helsearbeidet i kommunene hvor det er godt samsvar mellom politikk og organisasjonsreformer og viktige faglige utviklingstrekk i psykologfaget. I tillegg er de gitt faste stillinger, god lønn, betydelig autonomi og gode faglige utviklingsmuligheter.

Våre case synes å vise at ønsket om å få en psykolog er politisk og administrativt forankret, og forankret i ulike former for kommunal planverk. Stillingen er i hovedsak fast. Stillingen synes imidlertid i mindre grad å være knyttet til en klart beskrevet rolle. Rollen synes i stor grad å måtte utvikles underveis, i et samspill med nærmeste overordnede og samarbeidspartnerne i feltet, og hvor dedikerte kommunale lederressurser synes å være viktig. Samtidig synes enkelte av modellene å ha en høyere grad av formell organisering, gjerne opprettet før psykologen var ansatt, og hvor rollen i noe større grad er gitt. Men selv her fjernes ikke det forhold at rollen i stor grad utformes i "forhandlinger" med omgivelsene. Det vil også være en motsetning mellom en alt for presis beskrivelse av rollen og den dynamiske kunnskaps- og utviklingsorienterte plassen den skal ha.

Det synes ikke å være noen nødvendig sammenheng mellom formell integrasjon og praktisk integrasjon, slik at i en av de casene hvor de politiske og administrative visjonene var som sterkest, var også den praktiske integrasjonen av psykologen kommet kortest.

Psykologene synes også langt på vei praktisk integrert i kommunene. Undervisnings- og veiledningsvirksomhet står sentralt, mye klinisk virksomhet og mye samarbeid med andre aktører særlig knyttet til enkeltsaker. Fokus på enkeltsaker trenger ikke å være til hinder for mer systemrettet bistand, forstått som at enkeltsaker forårsaker mer grunnleggende diskusjoner om rolle- og ansvarsdelinger. Psykologer i ledende stillinger involveres i de overordnede planprosesser og strategiske avgjørelsene i kommunene, men har sjelden karakter av folkehelsearbeid.

Når det gjelder faglig integrasjon synes særlig NPF fagnettverk og samlinger knyttet til Helse- og omsorgsdepartementet og NPF å være sentrale. Flere av psykologene har også fått avsatt midler til videre- og etterutdanning, og til innkjøp av relevant faglitteratur mv. I hovedsak synes imidlertid den faglige relasjonen å være knyttet til de fagfolkene med andre fagbakgrunner å stå sentralt.

Psykologene selv, deres kollegaer, samarbeidspartnere og overordnede rapporterer om at psykologkompetansen har skapt lavere terskel for psykologhjelp, og at stillingen på sitt beste har bidratt til et mer kunnskapsbasert og intensivt samarbeid mellom ulike kommunale instanser og fagfolk og som gjør at utfordringer som tidligere ble behandlet separat nå sees i sammenheng, og at fokuset på forebygging og tidlig intervensjon er blitt styrket.

Resultatene fra undersøkelsen viser at kommunestørrelse har lite å si for rekrutteringen av psykologer. Organisatorisk tilknytning har liten betydning, og bare for Modell 1. Den viktigste begrunnelsen er forhold knyttet til stor faglig frihet og autonomi i stillingen. Jo lenger erfaring man har som psykolog, jo mer vektlegges selvstendigheten i arbeidet. Unge, og relativt nyutdannede psykologer ønsker

større grad av klare stillingsinstrukser og retningslinjer når de ansettes. På andreplass kommer muligheten for å jobbe med lavterskeltilbud for brukerne.

Valg av organisasjonsmodell får naturlig nok konsekvenser for hvilke målgrupper i kommunen man først og fremst når. Modell 1 og 2 når i første omgang voksne, mens Modell 3 og 4 er mer rettet inn mot barn (og deres foreldre). Et viktig funn når det gjelder kommunepsykologenes arbeid, er imidlertid at de kan jobbe med *relasjonen barn-foreldre samtidig*, i mye større grad enn PPT, BUP og DPS. Den helhetlige og tverrfaglige tilnærmingen får man i større grad til samlokalisert på helsestasjon og Familiens hus, enn samlokalisert med enhet for psykisk helse, og fastlegekontor.

De fleste er fornøyde med forsøket, selv om det i enkelte case har oppstått utfordringer. Den største misnøyen synes å være knyttet til at kommunepsykologen er en knapp ressurs, og at flere fra kommunens hjelpeapparat kan tenke seg en større del om psykologens ressurser. Dette viser ikke overraskende til et behov for flere kommunepsykologer enn det som er tilfelle i dag.

Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og praksisfelt synes å være i vekst i kommunene og til dels være en integrert del i/forankret på politisk nivå, i kommunens ledelse og blant fagfolk i kommunen. Dette synes ikke minst å henge sammen med nasjonal politikk: Statlige tilskudd har over lengre tid vært knyttet til denne tenkningen; samhandlingsreformen synes å forsterke den, kommunens lovpålagte ansvar og plikter knyttet til folkehelsearbeid, samt krav om et nytt integrert planverk, er alle statlige signaler og reformer som peker i retning av en slik satsing. Dette er også bakgrunnen for at kommunene søker tilskudd til psykologstillinger, og mange av våre casekommuner synes å ha en klar overordnet ide eller retning for hva en slik stilling skal brukes til, selv om den nærmere utformingen av stillingen ikke alltid er like klart utarbeidet.

Slik sett er psykologens individuelle opplevelse av å være en speider i ukjent terreng rammet inn av statlig infrastruktur som gir retning til og dels finansierer arbeidet, og fremsynte kommunale politikere og byråkrater. Samlet sett er det grunn til å tro at dette utgjør en sterk og relativt entydig endringskraft som vil bidra til å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunene.

For myndigheter, som ser behovet for psykisk helsearbeid og styrket forebyggingsinnsats er det klart at psykologene er attraktive. På mange måter synes Helsedirektoratet og psykologene og passe i hverandre som hånd i hanske. Evalueringen viser at psykologene er en profesjon som tilsynelatende makter å samarbeide på tvers og som er faglig overbevist om at det beste er å løse problemer lokalt, som ønsker å gjøre seg selv overflødige og som er kritisk til reparerende og diagnoserelaterte arbeidsformer som forutsetter utstrakt bruk av spesialisthelsetjenesten.

Mange av psykologene har i tillegg bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten og forteller om en økende byråkratisering og spesialisering av arbeidet der, som er vanskelig forenlig med ønsket om å jobbe forebyggingsorientert. Dette skulle tilsi et fortsatt tilsig av psykologer til kommunehelsetjenesten i fremtiden. Om denne arbeidsformen vil fortsette etter at de har virket i stillingene en stund, og kommunepsykolog er blitt en etablert rolle, gjenstår å se.

Det er vanskelig på bakgrunn av empirien og gi noen tydelige anbefalinger knyttet til valg av modeller. Materialet gir imidlertid grunnlag for å komme med noen refleksjoner rundt hva statlige, kommunale myndigheter og psykologene bør være oppmerksom på, i videreutviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Staten synes, med relativt små midler via tilskuddsordningen (og den store satsingen som har foregått i forbindelse med opptrappingsplanen), å ha en betydelig innflytelse på retningen på tjenesteytingen på lokalt nivå, og på en styrket rekruttering av psykologer. Den strategiske alliansen med NPF synes å ha bidratt til dette. I flere av kommunene er det opprettet egne stillinger som på fulltid følger opp aktuelle statlige prosjekter å søke på, og som i sum finansieren en omfangsrik, om enn ikke alltid like godt integrert lokal utviklingsvirksomhet.

Særlig betydningsfull synes det psykiske helsearbeidet som foregår utenfor "helseaksen" å være viktig, selv om fastlegenes formelle rolle fremdeles er uendret. Det synes som å være av gjørende betydning å få trukket legene tettere inni dette arbeidet, eventuelt redusere fastlegenes rolle i det psykiske helsearbeidet. Flere informanter i kommunene er inne på at psykologene burde ha henvisningsrett, og at legenes rolle som portvakt (og propp?) i systemet, burde reduseres. Andre mener at kommunene i en annen utstrekning enn i dag, burde bruke sin instruksjonsrett i forhold til kommunelegen mer aktivt. Fra vårt ståsted synes forslaget om å gi psykologene henvisningsrett å være fornuftig. Det kan innebære en reduksjon av antall aktører involvert i en enkelt sak, og vil kunne styrke de aktørene som ser det som sentralt å utvikle et kommunalt forankret psykisk helsearbeid.

Det kan reises spørsmål ved hensiktsmessigheten av å operere med bestemt formelle modeller som kommunene må velge for å få psykologtilskuddet, fremfor en modell som åpner for (ennå) større lokal variasjon. Ulike argumenter kan gjøres gjeldende. For det første gjøres det lokale tilpasninger til utlysningen uansett, og som i flere tilfeller innebærer at valgte løsninger avviker fra søkte løsninger. Hvis avviket ikke blir for stort kan dette være hensiktsmessig. På den andre siden gir modellene en retning for bruken av psykologressursen som kan være positiv, særlig i de casene hvor tenkningen rundt psykisk helsearbeid ikke er kommet så langt. Fra et forskningsstående, som er bedt om å se på sammenhengen mellom blant annet modeller og psykologrekruttering, vil overensstemmelse mellom modell og den faktisk implementerte modellen være en fordel, og gjøre det lettere å sammenligne erfaringer på tvers, og å kunne si noe om effekter. Et stort antall "hybridmodeller" vanskeliggjør en tenkning om effekter.

PPT er en sentral aktør i forhold til barn og unge i Norge. Sammen med skolehelsetjenesten og helsestasjoner for ungdom og miljøterapeuter/ressursteam på skolene synes disse å være sentrale lokale aktører i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Ofte er også PPT i kontakt med familier og barn på svært tidlige tidspunkt. Det synes, gitt en målsetting om å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunene urimelig at psykologstillingen under noen nærmere bestemte betingelser ikke kunne plasseres her, hvis kommunen fant det hensiktsmessig. Vi kjenner ikke bakgrunnen for denne beslutningen men antar at det handler om at tilskuddet finansieres over Helsedirektoratets og ikke utdanningsdirektoratets budsjetter, mao er et utslag av sektorpolitikken.

For kommunens ledelse er det viktig å utnytte de statlig finansierte utviklingsmidlene som tilskuddsordningene representerer, på bedre måter enn i dag. Det betyr ikke at det ikke finnes ledere i kommunene som ser betydningen av tilskuddene og bruker dem på systematiske måter, men det virker som om enkelte kommunene kunne vinne på å organisere opp utviklingsarbeidet ved å se ulike ressurser i sammenheng ("det er mange som rører i samme gryte"), og ved å følge tilskuddene lengre enn det de gjør, dvs sette seg inn å være med på å diskutere og finne løsninger på innovasjonsutfordringer som synliggjøres gjennom tilskuddene. Dette for ikke å gå i fella å tro at ekstra stillinger er det samme som at problemet er løst.

Enkelte steder har vi sett at statlige tilskudd skaper og opprettholder konflikter mellom aktørene. Konflikter trenger imidlertid ikke i seg selv å være av et onde, men det krever imidlertid kommunal vilje til å gå inni og følge opp de konfliktene som måtte oppstå ved nye faglige satsinger.

Skal man styrke forebyggingsarbeidet i kommunene synes, ut fra vårt materiale, "samlokalisering med fastlegene" å være en av de mest strategisk interessante modellene. Dette ikke primært fordi de har bidratt så aktivt inn i det lokale psykiske helsearbeidet, men fordi de formelt og faktisk spiller nøkkelroller i forhold til brukerne, og i forhold til kontakten mot spesialisthelsetjenesten. Alternativet vil være å redusere deres makt, ved i større grad å ta i bruk kommuneleger eller ved å gi flere yrkesgrupper samme rettigheter som legene. Skal man lykkes i strategisk arbeid sammen med legene synes imidlertid forankringen av samarbeidet hos fastlegene å være av avgjørende betydning, samt en tett oppfølging av satsingen fra kommunens ledelse underveis. Hvis ikke kan innsatsen virke mot sin hensikt.

En fare, særlig ved koblingen mot fastlegemodellen, er at psykologressursen står i fare for og spises opp av klinisk arbeid (selv om klinikk kan være nødvendig for å utvikle egen faglighet og for å få innpass hos samarbeidsaktører). Dette kan gå på bekostning av arbeidet med å sette de andre involverte aktørene i stand til eller være med på å skape en plattform for å utvikle hvordan andre kommunale aktører kan jobbe forebyggende og med intervensjoner, dvs. å jobbe systembasert.

Psykologressursen innenfor rammen av interkommunale løsninger kan være krevende å få til. Interkommunal bruk av en psykologressurs gir grunnlag for stor administrativ kompleksitet som gjør at innsatsen, hvis den ikke er veldig godt forankret i kommunenes ledelse og de involverte fagfolk, fører til at mye tid og ressurser kastes bort. Det vil derfor være viktig å se nærmere på betingelsene for interkommunale psykologer. Tross tøffe betingelser, og at alle kommunene involvert nyter like godt av ressursen, synes den likevel å kunne bidra til viktig endringsarbeid.

I tillegg synes flere av psykologene å besitte en faglig kompetanse som i større grad kan trekkes inn i kommunalt planarbeid. Det vil derfor være viktig å se på å stimulere bruk av ressurser som i større grad trekkes direkte inn i kommunens folkehelsearbeid, og planmessig bruk av de samlede ressurser innenfor psykisk helsefeltet.

Det er et formelt krav for tilskuddet at stillingen skal bli godt integrert i det kommunale planverket og på øverste hold i kommunen. Dette er ikke seg selv en garanti eller en nødvendig betingelse for integrasjon av psykologressursen i kommunen, men kan likevel ikke understrekes sterkt nok. Særlig gjelder det der innplasseringen av psykologen har en tydelig utviklingskarakter, og hvor det vil oppstå prioriteringsutfordringer og behov for avklaringer på høyere nivå i kommunen. Denne personen er viktig for å sikre at psykologressursen brukes på en adekvat måte, og ikke involveres i strid om domener eller forsvar for etablerte arbeidsformer. Der denne ikke eksisterer eller er vanskelig å etablere (for eksempel ved interkommunale løsninger) synes konfliktene og utfordringene å være flere. Vellykket bruk av psykologressursen og kommunalt samarbeid synes å forutsette ledere med tydelig myndighet, og som har kapasitet og myndighet til å følge opp og avklare mer prinsipielle spørsmål.

En god søknad er ikke nødvendigvis det samme som en godt forankret søknad, som inngår i kommunale planprosesser. At overordnede kjenner søknaden og aksepterer dens formål betyr at resten av kommunen er informert om stillingen eller enig i hvordan den bør utnyttes.

En måte å sikre en faglig og strategisk bruk av psykologressursen er å la psykologen inngå i ledelsen av kommunen. Da blir man involvert i kommunens ledergruppe, veien til andre ledere (og politikere) blir kortere, og man får ansvar for mye av de eksterne kontaktene opp mot spesialisthelsetjenesten og blir også valgt inn og utfører planarbeid i regionale fagråd i forbindelse med samhandlingsreformen. En slik bruk synes i liten grad å være tilfelle.

Psykologressursen synes i hovedsak som å forstås som av behandlingsmessige og veiledningsmessig karakter, og i mindre grad knyttet til strategier og langsiktig tenkning. I de færreste av våre case synes psykologene å være involvert i kommunens ansvar og plikt til folkehelsearbeid, dvs. i arbeid med å kartlegge og holde oversikt over innbyggerens psykiske helse, kartlegge forekomsten og årsaken til slike lidelser, nedfelle psykisk helsearbeid i kommuneplanene eller annet planverk eller være med i planlegging av tiltak og organisering av tjenester for å bedre helsetilstanden. Flere av psykologene (særlig dem vi kan beskrive som "ildsjeler") sitter med betraktninger rundt organiseringen av det psykiske helsearbeidet i kommunene som antakeligvis burde ha vært utnyttet mye mer systematisk i planarbeidet i kommunene.

Psykologene som vurderer å søke en kommunepsykologstilling bør forsøke å bringe på det rene i hvilken grad innfasingen av psykologstillingen er en del av planarbeidet i kommunen, at man har fysisk lokalisering som er hensiktsmessig, og sist, men ikke minst ledere og strategiske diskusjonspartnere i kommunen som kan bistå i å utforme valg og bruk av stillingsressursen. Dette behovet vil være mindre der psykologen sluses inn inni en veldefinert modell, med avklarte samarbeidsmønstre, og øke der de formelle strukturene er flere (interkommunale løsninger) eller uklare og i endring. Det er grunn til å tro at nyutdannende psykologer trenger noe mer faste rammer i stillingen, enn psykologer med lenger erfaring. I alle tilfeller vil stillingen man søker på være under utforming og i endring. Er man interessert i være med på å skape strukturer rundt det psykiske helsearbeidet i kommunene, er det antakeligvis en av de mest interessante, men krevende, posisjoner man kan søke.

Summa summarum mener vi at tilskuddet har vært med på å gi strukturer og retning til forebyggingsarbeidet i kommunene. Tilskuddet er videreført, og det synes fra vårt ståsted som riktig, gitt den forståelse og autoritet psykologkompetansen synes å bringe med seg. Antallet aktører i kommunen er stort, og det synes liten tvil om at psykologene, når forholdene ligger til rette for det, kan være en viktig stimulans til at ulike lokale fagfolk ser sine innsatser i sammenheng, og trygge dem på hva de selv kan gjøre lokalt og hva som bør sendes videre til mer spesialisert behandling. Slik sett kan de bidra til en bedre utnyttelse av lokaleressurser, og minske henvisningene til spesialisthelsetjenesten, uten at det går utover den faglige kvaliteten på arbeidet. Etter hvert som kommunene får større kunnskap om hva som er den riktige bruken av en slik psykologressurs, og hvilke betingelser som må være oppfylt for at den skal kunne tas i bruk på en effektiv måte, og psykologene etter hvert får en tydeligere forståelse av hva som ligger i kommunepsykologstillingen, er det grunn til å tro at kommunene i fremtiden selv i større grad vil rekruttere psykologer også uten tilskudd, og at psykologene også i større grad vil finne det faglig interessant å jobbe i kommunene.



## Litteratur

- Andersson, H.W. og Tingvoll, L. (2005). Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF Helse, Rapport STF78 A055019.
- Andersson, H.W. & Norvoll, R. (2006). Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen. SINTEF Helse, Rapport A595.
- Andersson, H.W. (2006). Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. SINTEF Helse, Rapport A199.
- Ajo, A og Vik, I: (2008). *Psykologer ut i kommunen: Fra klinikk til åpent jorde*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 2, side 151-156.
- Forskningsrådet. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter.
- Helsedirektoratet (2008). Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. IS-1565.
- Hoel, A.K. (2006) *Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid: psykologenes bidrag. Rapport forprosjekt. 12.10.2006*
- Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnes, M. & Ose, S.O. (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud for psykiske problemer. SINTEF A246.
- NOU 1988:33 Psykologer i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Sosialdepartementet.
- Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet 2007.
- St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet
- St.prp. nr. 63 (1997-1998). Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld.nr.21 (1998-1999) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk
- St.meld.nr.37 (1992-1993) Utdringer i helsefremmende og forebyggende arbeid
- Ådnes, M. & Sitter, M. (2007). Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005 – Nås Opptappingsplanens mål innen 2008? SINTEF Helse Rapport A851.
- Ådnes, M. & Harsvik, T. (2007). Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid. SINTEF Helse. A2954
- Ådnes, M. & Bjørngaard, J.H. (2006). Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. SINTEF Helse. A230

Arbeidsforskningsinstituttet er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt.

Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.

Abonnement på nyheter kan bestilles via hjemmesiden:  
[www.afi.no](http://www.afi.no)

Arbeidsforskningsinstituttet  
Postboks 6954 St. Olavs plass  
0130 Oslo  
Telefon 23 36 92 00  
[www.afi.no](http://www.afi.no)

---