

Samfunnspsykologen som forebygger i kommunen.

"Litt mindre til de som trenger det mest, men desto mer til folk flest"

Psykolog Eline Røed-Bottenvann

Dato: 24.10.15

Skriftlig arbeid til spesialiteten i klinisk samfunnspsykologi

Kategori: Faglig arbeid

Tjenestested: Hole kommune, Viksveien 30, 3530 Røyse

Epost: eline.roed-bottenvann@hole.kommune.no

Telefon: 40 85 83 75

OPPGAVENS INNHOLD

1. FORORD

2. INNLEDNING

3. PROBLEMSTILLING

4. BAKGRUNN

4.1. Bakgrunn for kommunepsykologsatsingen i Norge

4.2. Bakgrunn for psykologprosjektet i Hole kommune

4.2.1. Om Hole Kommune

4.2.2. Psykologressurser i Hole kommune

5. PROSJEKTFASE 1-OPPSTART

5.1. Organisatoriske utfordringer

5.1.1. Stillingsplassering

5.1.2. Ingen stillingsinstruks

5.2. Mål for prosjektet

5.3. Proaktiv og utadrettet tilnærming

5.4. Risikovurdering og kontrolltiltak

5.5. Kartlegging

5.5.1. Kilder

5.5.2. Semistrukturelle intervju

5.5.3. Hva viste kartleggingen om psykisk helsetilstand og utviklingstrender i Hole

5.6. Hvordan forstå utfordringsbildet?

6. PROSJEKTFASE 2- I STØPESKJEEN

6.1. Hvordan møte utfordringsbildet?

6.1.1. Utfordringer for bruk av psykologressursen

6.1.2. Sense of community

6.1.3. Psykologen i samspill med øvrige kommunale tjenester

6.1.4. Fra reparasjon til forebygging

6.2. Utforming av stilling og tjenestetilbud

7. PROSJEKTFASE 3- DRIFT

7.1. Fra planlegging til hverdager, ord til handling

7.1.1. Lavterskel tilbud

7.1.2. Kompetansespredning

7.1.3. Systemarbeid

7.2. Eksempel på bruk av psykologressursen til arbeid på flere nivåer

8. EVENTYRLIG FREMTID

8.1. Eventyrlig nåtid

8.2. Fremtidige utfordringer for bruk av psykologressursen

8.3. Eksempel på framtidsscenario ved bruk av psykologressursen på flere nivåer

9. OPPSUMMERING

10. REFERANSER

1. FORORD

I mitt arbeid som psykolog har jeg hørt at jeg har evne til å innta fugleperspektivet, hente det ned, se sammenhenger og sette det i system. Jeg trives alltid best når jeg kan jobbe på flere nivå samtidig og har heldigvis hatt jobber som i aller høyeste grad har tillatt dette. Da jeg startet på spesialiseringen i klinisk samfunnspsykologi, uten å vite helt sikkert hva samfunnspsykologi egentlig var, fikk jeg litt uventet følelsen av at brikkene falt på plass. Jeg fikk begreper og kunnskap til å jobbe etter en metodikk som gir mening for meg og min måte å møte verden.

En stor takk rettes til Hole kommune og spesielt helseleder, Linda Skutberg, som har gitt meg rom til å støpe kommunepsykologstillingen i en samfunnspsykologisk form, og som gjennom sin klokskap og ivaretagelse har bidratt til å fremme "mulighetenes perspektiv", arbeidslyst og arbeidsglede.

Gjennom drøfting med mine veiledere og veiledningsgruppa kom jeg frem til hvilke tema og problemstillinger som skulle vektlegges i det skriftlige arbeidet. Tusen takk til Mona, Elisabeth, Silje, Hanne, Jan og Envor for inspirerende diskusjoner og verdifulle faglige innspill i veiledningsprosessen.

Nå vet jeg hva samfunnspsykologi er.

2. INNLEDNING

Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47, 2008-2009) la klare føringer for at helsearbeid skal foregå i form av forebygging fremfor reparasjon, vi skal komme tidlig inn, samarbeide bedre og levere helsetjenestene der folk bor. Samtidig har den store satsingen på psykologer i kommunen, og en politikk som peker mot lovfesting av psykologer i kommunene fra 2020, rettet oppmerksomhet mot hva psykologer kan og bør bidra med i kommunalt psykisk helsearbeid. Dette gjenspeiles også i den nye helse og omsorgsloven som vektlegger kommunens ansvar både for utredning, diagnostisering og behandling av personer med psykiske lidelser (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011), og i den nye folkehelseloven der kommunens ansvar om å holde oversikt, fremme, og utjevne forskjeller også innen psykisk helse presiseres (Folkehelseloven, 2011).

En nytilsatt psykolog i en nyopprettet prosjektstilling som kommunepsykolog vil møte mange forventninger, og kanskje i noen tilfeller også mangel på forventninger, hos kollegaer,

ledelse, samarbeidspartnere i og utenfor kommunen, og ikke minst hos kommunens innbyggere.

3. PROBLEMSTILLING

Hvordan styre psykologressursen på en måte som gir best mulig ressursutnyttelse sett opp mot de lokale utfordringene, og som gir helsegevinst for kommunens innbyggere? Formålet med dette skriftlige arbeidet er å gi en presentasjon av og refleksjon rundt egen praksiserfaring som psykolog i Hole Kommune.

4. BAKGRUNN

4.1 Bakgrunn for kommunepsykologsatsingen i Norge

I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 var kvalitet et av hovedprinsippene (ST.prp.nr 63, 1997-1998). For å skape bedre kvalitet i tjenestetilbudet forutsettes tilstrekkelig fagkompetanse, og at den enkelte kommune har nødvendig tilgang på kvalifisert personell, noe som også innebærer en økning i antall psykologstillinger i kommunene. Behovet for å øke antall psykologstillinger i kommunene har Helse- og omsorgsdepartementet påpekt over flere år (Fossestøl og Skarpaas, 2013). Helsedirektoratet gjennomførte i perioden 2008-2013 en modellutprøving av kommunale psykologstillinger. Det dreide seg om en utprøving av organisasjonsmodeller med psykolog i ulike etablerte tjenester i kommunen, rettet både mot barn, unge og voksne, samt et rekrutteringstiltak for å øke antallet kommunale psykologer med en økonomisk tilskuddsordning (Helsedirektoratet, 2012). For å sikre rekrutteringen oppnådd i modellforsøket og å stimulere flere kommuner til å ansette psykolog, ble det fra 2013 opprettet en ordning med rekrutteringstilskudd fra Helsedirektoratet. Tilskuddet er nå ikke lenger knyttet opp mot ulike modeller, men skal fortsatt understøtte samhandlingsreformens målsetting (St.meld. nr 47, 2008-2009) om økt vektlegging av kommunenes ansvar for kompetanse, tidlig innsats og mer helhetlig tilbud til mennesker med psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2013). Stimuleringsordningen er flerårig, med forbehold om Stortingets behandling av de årlige statsbudsjettene og går nå under navnet "Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, rekrutteringstilskudd". Helsedirektoratet opplyser at fra inngangen til 2013 og frem til januar 2015 har antallet psykologer rekruttert gjennom ordningen til kommunenes helse- og omsorgstjenester gått fra 130 til 270 psykologer.

4.2 Bakgrunn for psykologprosjektet i Hole Kommune

4.2.1 Om Hole kommune

Hole er bygda med de sollyse sletter og med ekte historisk sus. Kommunen har flott natur og gode muligheter for friluftsliv både sommer og vinter. Hole ligger naturskjønt til ved Tyrifjorden og har kort reisevei både til Hønefoss, Oslo og Bærum. Kommunen har 6700 innbyggere og et areal på 195 kvm². Hole kommune har de siste årene hatt høy befolkningsvekst, hvorav en stor del er tilflytting til kommunen. Kommuneplan forutsetter en årlig vekst på ca 2 %. Folkehelseprofilen 2015 (Folkehelseinstituttet, 2015) viser at kompetansenivået i kommunen er generelt høyt, frafallet i videregående skole er lavere enn i landet som helhet og andelen av befolkningen som har videregående eller høyere utdanning er høyere enn landsnivået og høyest i fylket. Kommunen har relativt få arbeidsplasser. De fleste i yrkesaktiv alder pendler ut av kommunen for å jobbe i Oslo-området eller Ringerike (Kommuneprofilen, 2015). Folkehelseprofilen viser at antall barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt eller barn med enslige forsørgere er lavere enn i landet for øvrig (Folkehelseinstituttet, 2015). Kommunehelse statistikkbank viser at inntektsgapet mellom de som har høy inntekt og de som har lav inntekt er større i Hole enn på landsbasis (Folkehelseinstituttet, 2015).

4.2.2 Psykologressurser i Hole kommune

Hole kommune har i likhet med flere andre kommuner hatt ønske om å tilsette psykolog utenfor Pedagogisk psykologisk tjeneste, men har hatt utfordringer både knyttet til finansiering og rekruttering av psykologer til kommunehelsetjenesten og PP tjenesten. Hole har de siste årene hatt 0,8 psykologårsverk i kommunal Pedagogisk psykologisk tjeneste, men stillingen har i hovedsak vært benyttet til sakkyndig pedagogisk psykologisk arbeid i hht opplæringsloven. Da kommunen ble oppmerksom på tilskuddsordningen til Helsedirektoratet søkte helseavdelingen om midler til modellutprøving, "psykologer i kommunehelsetjenesten-modell psykologer på helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom". Samtidig søkte også kommunens psykiatritjeneste, og fikk innvilget tilskudd til delfinansiering av en psykolog som skulle jobbe med individuell oppfølging av voksne.

Helseavdelingen ønsket en psykolog som kunne gi et lavterskeltilbud på helsestasjonen i nært samarbeid med helsesøstrene, men også jobbe tverrfaglig med resten av helseavdelingen. Helseavdelingen i Hole består av helsestasjon og skolehelsetjeneste

(helsesøstre, jordmor, helsestasjonsleger), frisklivssentral, fysioterapitjeneste, Kommunal Pedagogisk psykologisk tjeneste og kommunelege. Helseavdelingen hadde formulert følgende hovedmål for prosjektet i søknad om tilskudd fra helsedirektoratet: "Styrke kommunehelsetjenestens arbeid med barn og unge, 0-18 år, ved å tilsette en psykolog som kan jobbe med barn og unges psykiske helse, både på individ- og systemnivå, i samsvar med samhandlingsreformen". Helseavdelingen fikk innvilget tilskudd for 2012, men innsparingskrav i helsebudsjettet medførte forsinkelser i ansettelsesprosessen. Våren 2013 ble jeg ansatt med avtale om oppstart i august 2013.

5. PROSJEKTFASE 1 - OPPSTART

5.1 Organisatoriske utfordringer

5.1.1 Stillingsplassering

Da stillingen ble lyst ut var den i utgangspunktet plassert under ledende helsesøster på helsestasjonen. Rask hoderegning på forholdet mellom antall barn i Hole (om lag 1500) og statistikken, som i følge Folkehelseinstituttet viser at mellom 15- 20 % av alle barn har nedsatt funksjon pga symptomer på psykiske lidelser, ga meg en blandet følelse av ydmykhet og nøktern realisme. Det ble åpenbart at jeg ikke kunne jobbe direkte med alle og derfor primært måtte spre psykologikunnskapen ut til Holeværingene gjennom andre. En positiv holdning til å dele psykologien med andre, både profesjonelle og lekfolk, er et av åtte grunnleggende samfunnspsykologiske prinsipper (Orford, 1992). I kjølvannet av dette hadde jeg tidlig noen tanker om at en liten psykologressurs plassert på helsestasjonen fort ville kunne bli spist opp av individuelle samtaler og at det kunne bli utfordrende å komme i posisjon til påvirkning innenfor ulike sektorer i kommunen, noe jeg anså som en forutsetning for å kunne jobbe gjennom andre. Siden det var formidlet i søknadens hovedmål at psykologen også skulle jobbe på systemnivå og for å legge til rette for mest mulig tverrsektorielt arbeid på ulike nivå besluttet helseleder tidlig at stillingen skulle flyttes og organiseres direkte inn under helseleder.

5.1.2. Ingen stillingsinstruks

Utover kommunens hovedmål som var beskrevet i søknaden til helsedirektoratet forelå det ingen stillingsbeskrivelse eller forhåndsdefinerte arbeidsoppgaver da jeg startet. Helseleder oppfordret meg til å lage en prosjektplan og bruke god tid til å forme stillingen før jeg åpnet opp for behandling. I ettertid tenker jeg at dette har vært et avgjørende suksesskriterie.

Uten avsatt tid til å forme stillingsinnholdet blir ofte tilbudet til mens man går og styrt av tilfeldig etterspørsel heller enn analyse og behovsvurdering. Innenfor samfunnspsykologisk tenkning fremhever Orford (1992) nettopp viktigheten av å vurdere behov og kartlegge risikofaktorer på alle nivå, fra mikro til makro, i arbeidet med å planlegge tjenester.

Å forme en stilling med relativt frie tøyler kan gjøres på så mange ulike måter. Jeg kunne formet en stilling basert på det første ønsket fra kommunen, som i hovedsak var et lavterskel psykologtilbud på helsestasjonen. Jeg kunne formet en stilling basert på mine egne faglige interesser innen terapi og metode. Jeg kunne formet en stilling basert på mine egne antagelser om kommunens behov, eller en stilling basert på tilbud og tiltak jeg har hørt andre kommuner tilbyr. Men jeg gjorde ingen av delene. Jeg ønsket å finne en måte å utnytte min lille psykologressurs best mulig, slik at det kunne gi helsegevinst til flest mulig. Dette valget ble styrende for prosjektet. Inspirert av bredden og mulighetene Helsedirektoratet skisserte i regelverket for tilskuddsordningen, og mine tidligere arbeidserfaringer, ble det naturlig å løfte blikket fra individ til samfunn og tilbake for å finne best mulig ressursutnyttelse. Bronfenbrenners økologiske tenkning (Bronfenbrenner, 1979), forståelse av sammenhenger mellom de systemene som omgir og påvirker den enkelte og Orfords åtte prinsipper for samfunnspsykologi (Orford, 1992), hvor blant annet forebygging og nærhet til brukeren løftes frem, ble naturlige premisser å jobbe ut i fra.

5.2. Mål for prosjektet

For å holde kursen stødig definerte jeg tidlig noen overordnede effektmål. Målene ble formet slik at de understøttet helseavdelingens hovedmål i prosjektsøknaden og samtidig ville innfri Helsedirektoratets krav til måloppnåelse. Målene ble også bevisst definert på en måte som ville legge til rette for, og muliggjøre, et samfunnspsykologisk perspektiv i det videre arbeidet.

Effektmål 1: En kommunepsykolog som tilbyr befolkningsrettede, grupperettede og individrettede tiltak i henhold til kartlagte behov i kommunen.

Effektmål 2: En tverrfaglig helseavdeling med bedre totalutnyttelse av de helsefaglige ressursene i avdelingen.

Effektmål 3: En kommunepsykolog som er synlig, tilgjengelig, integrert og godt forankret i kommuneorganisasjonen

5.3 Proaktiv og utadrettet tilnærming

For å innfri målene, nå mange, jobbe gjennom andre og komme i posisjon til å påvirke på ulike nivå og i ulike sektorer ville jeg først av alt skaffe meg god oversikt over kommunens organisering og tilbud. En proaktiv, utadrettet tilnærming for å vurdere behov og risikofaktorer er et viktig samfunnspsykologisk prinsipp (Orford, 1992). Som en del av prosjektplanen satte jeg derfor opp en tentativ fremdriftsplan for første fase av prosjektet med oversikt både over planlagt aktivitet opp mot politikerne og andre samarbeidspartnere, kartleggingsarbeid og implementering av ulike tiltak.

5.4 Risikovurdering og kontrolltiltak

Jeg gjennomførte en risikovurdering av prosjektet, hvor momenter som innsparingskrav i kommunen, usikkerhet knyttet til videreføring av tilskudd fra Helsedirektoratet, ressursknapphet i samarbeidende instanser, psykologrekruttering og kontinuitet i stilling ble inkludert.

På bakgrunn av risikovurderingen iverksatte vi kontrolltiltak, deriblant intern og ekstern revisjon og jevnlig rapportering både på måloppnåelse og økonomi. Kartlegging av kommunens behov ble vektlagt for å øke tiltakenes treffsikkerhet. Andre kontrolltiltak var synliggjøring av prosjektet overfor politikere, kommuneadministrasjon, innbyggere og brukere, samt deltagelse i psykologfaglige nettverk, evaluering og måling av brukertilfredshet.

5.5 Kartlegging

I samråd med helseleder ble de første fem månedene av prosjektet definert som kartleggingsfase med hensikt å bli kjent med kommunen, kommunens helsetilstand og utviklingstrender. Tanken var at en god oversikt over flere systemer og forholdet mellom dem (Bronfenbrenner, 1979) ville danne et godt grunnlag for treffsikre tiltak som igjen ville sørge for god ressursutnyttelse.

5.5.1.Kilder

For å få et så nyansert og riktig bilde som mulig valgte jeg i tråd med Orfords prinsipp om metoder (Orford, 1992) å bruke både kvantitative og kvalitative kilder til informasjon, slik at informasjonen skulle bli mangesidig og utfyllende. Følgende informasjonskilder ble benyttet i kartleggingsarbeidet:

1. Folkehelseinstituttets folkehelseprofil
2. Kommunehelsa statistikkbank

3. NOVA/ Ungdata undersøkelse 2013
4. Tall fra BUP Ringerike
5. Statistisk sentralbyrå
7. Erfaringer fra andre kommuner, faglige nettverk og rapporter (Fossestøl & Skarpaas, 2013, Heggland, Gartner & Mykletun, 2013, Ådnanes, Kaspersen, Husum & Ose, 2013, Rodal & Frank, 2008)
8. Erfaringskunnskap hos kommuneansatte om lokale faktorer og utviklingstrekk

5.5.2. Semistrukturerte intervju

For å innhente ikke systematisert erfaringskunnskap hos kommuneansatte gjennomførte jeg uformelle kartleggingssamtaler med mange av dem som jobber med barn og unge i kommunen. Samtalene tok form som semistrukturerte kvalitative intervju. De ansatte fikk blant annet spørsmål om hvordan de jobber forebyggende med psykisk helse i dag, opplevde behov i kommunen og hvordan de tenker et samarbeid med kommunepsykologen kan formes. Målet med disse samtalene var både å innhente informasjon, gi informasjon og ikke minst skape eierskap til prosjektet og vilje til samarbeid hos de aktuelle aktørene. Det ble gjennomført kartleggingssamtaler med følgende instanser: helsesøstre, barnehagestyrere, barnehagefaglig leder, skolefaglig leder, skoleledere, sosialpedagogisk team, et utvalg lærere, KPPT, friskliv, helseleder, barneverntjenesten, NAV, jordmor, kommunelege, fysioterapitjenesten, tannhelsetjenesten, leder helse og omsorg, leder for hjemmetjenesten, psykomotorisk fysioterapeut på kommunalt tilskudd, fastleger, KFAU og psykiatritjenesten.

5.5.3. Hva viste kartleggingen om psykisk helsetilstand og utviklingstrekk i Hole?

Datamaterialet fra intervjuene og informasjonen fra de andre kildene ble vurdert både som individuelle bidrag og som deler av et større bilde. Gjennom kartleggingsarbeidet begynte det etter hvert å tre frem et klarere bilde av kommunen, innbyggerne, ressurser og utfordringer som jeg ville bruke aktivt i det videre arbeidet med å utvikle en kommunepsykologstilling som gir best mulig ressursutnyttelse og helsegevinst for kommunens innbyggere .

Folkehelseprofilen 2015 (Folkehelseinstituttet, 2015) viser at psykiske symptomer og psykiske lidelser i Hole sett under ett og vurdert ut fra data fra fastlege ligger omtrent på landsnivå. Skiller vi diagnostiserte lidelser fra rapporterte symptomer er bildet imidlertid mer nyansert. Kommunehelse statistikkbank viser at antall med diagnostisert affektiv lidelse

(P73, P76) er høyere i Hole enn i landet for øvrig (Folkehelseinstituttet, 2015). Antall med diagnostisert affektiv lidelse (begge kjønn) i Hole er 51 pr 1000 innbygger. Til sammenligning er det i Norge 38 pr 1000 innbygger. Holes standardiserte andel er altså 32 % høyere enn landsnivået.

Totalt antall henvisninger til BUP fra Hole var i 2012: 54 og i 2013: 44, som tilsvarer om lag 3 % av barnebefolkningen og er representativt for kommunene ellers i landet. Av disse 98 henvisningene ble totalt 16 avslått. Henvisningene fordeler seg likt mellom kjønn.

Under kartleggingsamtalene med kommuneansatte var de fleste mest opptatt av å formidle hvordan samfunnet i Hole lar seg beskrive. Særlig to utviklingstrender ble vektlagt:

1. Stress hos foreldre og barn, mange aktiviteter og lite foreldretid.
2. Høye krav til status og vellykkethet.

Et annet tema som gikk igjen i kartleggingsamtalene var tendensen til store forskjeller mellom sosiale grupper. Det ble formidlet at de fleste i Hole har svært gode levekår, men de som har det dårlig har det også svært dårlig. Det ble også formidlet opplevelse av at de ulike sosiale gruppene er tilknyttet ulike tettsteder i kommunen. Tendensen til polarisering kom også til syne i resultatene fra Ungdata undersøkelsen 2013 hvor svarene fra ungdommene samlet seg enten i bunnen eller i toppen med liten grad av spredning utover skalaene. Besvarelsene fra Ungdata undersøkelsen i Hole kommune tyder på at det store flertallet av ungdommen har et godt oppvekstmiljø. De fleste har et godt forhold til foreldrene sine, de opplever å ha god råd, de har venner og de trives på skolen. Ungdommen i Hole bruker mindre tobakk, alkohol og andre rusmidler enn landsgjennomsnittet. De bruker mer tid på lekser, skulker mindre og trener mer, men en del av ungdommene sliter med et depressivt stemningsleie. Det er flere jenter enn gutter som oppgir å ha vært plaget av symptomer på et depressivt stemningsleie. Totalt sett ligger andelen av ungdommer i Hole som har vært ganske plaget eller veldig plaget av et depressivt stemningsleie litt over andelen nasjonalt: 14 % svarer dette i Hole mot 11 % nasjonalt. 20 % av ungdommene i Hole svarer at de er plaget av ensomhet, mot 17 % på nasjonalt nivå. Også her er det langt flere jenter enn gutter som rapporterer dette (35 % mot 6 %). Jentene er også mindre fornøyd med eget utseende enn landsgjennomsnittet. 10 % av elevene svarer at de blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritiden minst hver 14. dag (7 % nasjonalt). 11 % opplever sjelden eller aldri måltidene hjemme som hyggelige. 20 % av

elevene svarer at de noen gang har forsøkt å skade seg selv. 10 % av elevene svarer at de noen gang har forsøkt å ta sitt eget liv.

5.6. Hvordan forstå utfordringsbildet?

Etter endt kartleggingsfase meldte det seg flere spørsmål. Hvordan forstå det kartlagte bildet og ikke minst hvordan møte det? Den psykiske helsa til innbyggerne i Hole ser jo ved første øyekast ut til å være veldig godt beskyttet, siden de fleste har gode jobber, trygg økonomi, høy utdanning og trener regelmessig. Men kan en tenke seg at gode levekår paradoksalt nok, over et visst nivå, kan gi grobunn for mer stress? Kanskje beveger vi oss mot et punkt der det som normalt skulle beskytte oss, begynner å gjøre oss mer sårbare for psykiske vansker. Å leve opp til den høye standarden hvor det skal presteres både på skolen, på jobben og på fritiden skaper stress i mange familier. Bedre blir det kanskje ikke av at en i dag også skal vise frem alt en har og alt en mestrer til en hver tid gjennom sosiale medier. Og hva skjer når gjennomsnittsinbyggeren ikke lenger finnes og kommunen bare består av de som tilsynelatende har og klarer alt og de som befinner seg helt i motsatt ende av skalaen? At Hole ser ut til å ha en høyere andel innbyggere med diagnostiserte affektive lidelser kan tolkes på flere måter. Det kan være naturlig å se tallene i sammenheng med trendene som Ungdata undersøkelsen fra 2013 viser, men tallene kan også tolkes dit hen at fastlegene i kommunen i større grad fanger opp og setter diagnose innenfor det affektive spekteret. Det er utfordrende å si noe konkret både om omfang og om hvordan de «opplevde» samfunnstrendene påvirker Holeværingene, fordi bildet er sammensatt. Eventuelle problemer som oppstår i kjølvannet av samfunnstrendene kan ses som resultat av interaksjon over tid, mellom person og sosiale settinger og systemer, inkludert graden av sosialstøtte (Orford, 1992). Både gener og miljø vil bidra til hvordan den enkelte håndterer og møter trendene. Uansett er det vanskelig å se at disse trendene, hvis de blir for styrende, skal fungere som beskyttende faktorer for psykisk helse i en kommune hvor en allerede ser litt forhøyet forekomst av depressivt stemningsleie, anspenthet, ensomhet og misnøye med eget utseende. Kanskje skapes det opplevelse av relativ deprivasjon i det en begynner å identifisere seg med å ha lavere status enn det flertallet i nærområdet tilsynelatende ser ut til å inneha. I forlengelsen av dette kan en spørre seg om det skjer en form for depressiv nedregulering som tilpasning til samfunnet. Evolusjonsteorier forklarer depresjon som en funksjonell nedregulering av positiv affekt i situasjoner hvor individet erfarer kontrolltap over betydningsfulle ressurser, inkludert det sosiale miljø (Wang, 2012). Wang (2012)

understreker viktigheten av å formidle psykologisk kunnskap om hvordan sosiale miljøer kjennetegnet ved fiendtlighet, manglende sosial støtte og/eller utstrakt konkurranse kan få alvorlige helsemessige konsekvenser og være en sannsynlig forklaring på høyere forekomst av depresjon i det moderne samfunn.

Hole er på ingen måte alene om å ha utfordringer knyttet til stress og press, så kanskje kan en tolke tallene som uttrykk for en nasjonal samtidsdiagnose. På kommunalt nivå kan en snakke om en tentativ "kommuned diagnose", eller kanskje se Hole som en kommune med en livskvalitetsutfordring. Alt ligger til rette for det gode liv i Hole, så hvorfor speiles ikke bare god livskvalitet i trendene og tallene? I lys av Bronfenbrenners økologiske modell (Bronfenbrenner, 1979) blir en mulig tolkning at holdninger knyttet til stress og status gjennomsyrrer alle systemene.

6. PROSJEKTFASE 2 - I STØPESKJEEN

6.1 Hvordan møte utfordringsbildet?

6.1.1. Utfordringer for bruk av psykologressursen

Hvordan kan kommunepsykologressursen utnyttes best mulig slik at den bidrar til å supplere og styrke det tjenestetilbudet som allerede eksisterer med utgangspunkt i opplysningene som er kartlagt? Helsedirektoratets kriterier for måloppnåelse stiller store forventninger til en liten psykologressurs. Utfordringen ligger på mange måter i å finne skjæringspunktet mellom, på den ene siden, Helsedirektoratets føringer, lovverk, retningslinjer og psykologforeningens promotering av psykologer som en ressurs med stort allsidig potensiale, og på den andre siden hva som er mulig for en enkelt psykolog å sette i drift. Skal en få innbyggerne inn på psykologkontoret en etter en og behandle depresjonene på individuelt nivå etter hvert som de oppstår? Kan en da innenfor fagetikkens rammer stå rolig og se på at innbyggerne sendes tilbake til alle kravene etter endt behandling og bare håpe at symptomene ikke blusser opp igjen? Eller skal en legge ansvaret hos det enkelte individ og jobbe for å gjøre alle barn og voksne mer robuste slik at de kan tåle trendene som kommer? Kanskje skal en heller forsøke å dempe samfunnstrendene eller rett og slett ha som mål å endre kursen fullstendig?

6.1.2 Sense of community

Det ble etter hvert tydelig for meg at for å bruke psykologressursen mest mulig samfunnsøkonomisk måtte jeg møte samfunnstrendene, forsøke å skape motvekt og

stimulere til en samfunnsutvikling som gir bedre livskvalitet til flere. Som samfunnspsykolog i kommunen kan en med fordel tillate seg å løfte blikket fra individuell behandling og heller rette det mot folkehelse, helsefremming og forebygging. Det fordrer igjen at kommunen holder løpende oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Kunnskap om hva som stimulerer til god livskvalitet må inn i kommunalt planarbeid. Jeg mener Hole kommunens hovedsatsingsområder: " det gode liv", næringsutvikling, samt barn- og unge og deres oppvekstmiljø, bør ses i lys av definerte verdier som stimulerer til utvikling av gode samfunnstrender. Nelson og Prillelensky, (2005) fremhever at både individuelle, relasjonelle og kollektive verdikomponenter, blant dem deltagelse, mangfold og støttende strukturer, til sammen danner grunnlaget for livskvalitet.

Det må arbeides for å skape en "sense of community" tuftet på verdier om at man vil bli inkludert og ivaretatt i Hole ganske enkelt ved å være seg selv, uavhengig av hva man har, hvor man bor og hvor man er plassert på inntektslisten. En opplevelse av at en tilhører og blir akseptert som viktig bidragsyter i et fellesskap som dekker den både enkeltes og fellesskapets behov. I følge McMillan & Chavis (1986) teori består "sense of community" av fire elementer.

1. Fellesskap. Inkluderer grenser, emosjonell trygghet, følelse av tilhørighet og identifikasjon, personlig involvering og et felles symbolsystem.
2. Påvirkning og innflytelse i eget liv
3. Integrasjon og tilfredstillende av behov.
4. Delt emosjonell forbindelse

Mennesket kan ikke forstå løsrevet fra sin sammenheng (Lewin, 1951, Bronfenbrenner, 1979 og Orford, 1992), men i hvilket av Bronfenbrenners systemer bør innsatsen rettes og tiltakene settes inn når holdningene ser ut til å gjennomsyre systemene? I følge Orford (1992) bør hjelpen gis så nært mottageren som mulig, i hverdagslige sosiale kontekster. I Norsk psykologforenings hovedsatsningsområde for 2013-2016 "forebygging for barn og unge" fremheves viktigheten av at forebygging og helsefremming når barna der de er og ferdes; i barnehage, skole, familien og på fritidsarenaer. I det arbeidet blir det også viktig å stille spørsmål rundt når ting faktisk fungerer godt, kartlegge når og på hvilke arenaer det er fravær av stress og prestisje i Hole. Å bruke psykologressursen til å styrke det som ser ut til å fungere er like viktig som å reparere, og en måte å jobbe for å skape "sense of community",

en opplevelse av å tilhøre i og være en meningsfull del av et større fellesskap (se eksempel 7.2. bruk av psykologressursen til arbeid på flere nivåer).

6.1.3. Psykologen i samspill med øvrige kommunale tjenester

For å legge til rette for mangfold, livskvalitet og "det gode liv" i Hole bør en møte folkehelsebarometeret nyansert og ikke bruke det som hvilepute i folkehelsearbeidet. Det kan heller se ut som det er to tydelige negative trender i Hole, høye krav til status, samt høyt stressnivå i familiene, som en bør anse som sentrale utfordringer i folkehelsearbeidet fremover. I tråd med "person in context" og "development in context" teorier (Bronfenbrenner, 1979 og Orford, 1992) er ikke dette en jobb for en kommunepsykolog alene, men et tverrsektorielt ansvar for kommunen som helhet. Likevel kan jeg i rollen som kommunepsykolog være pådriver for å ivareta perspektivet om livskvalitet i folkehelsearbeidet, gitt at psykologstillingen er formet slik at dette faller inn som en naturlig sentral oppgave (se 6.2 Utforming av stilling og tjenestetilbud).

6.1.4 Fra reparasjon til forebygging og helsefremming

Det samfunnspsykologiske perspektivet om at problemer oppstår som resultat av interaksjon mellom personer og sosiale settinger og systemer over tid og at innsatsen bør dreies mot forebygging fremfor behandling (Orford, 1992) ble viktig i utformingen av kommunepsykologstillingen. En samfunnspsykologisk refleksjon rundt viktigheten av å innhente informasjon om sammenhenger og forsøke å påvirke på flere nivå samtidig dannet grunnlaget for å forme en 100 % forebyggende psykologrolle i Hole kommune. Jo tidligere man setter inn tiltak i menneskers liv og lokalsamfunn, jo større er den samfunnsøkonomiske gevinsten for samfunnet (Heckman, 2009). Så kan en jo med det tradisjonelle bildet av "psykologen som behandler" in mente spørre seg om en rent forebyggende kommunepsykologstilling likevel vil kunne innfri forventningene fra ledelse, samarbeidspartnere, kollegaer og innbyggere om hva en psykolog i kommunen skal gape over. Jeg valgte å prøve ut en modell hvor kommunepsykologen jobber nærmest bare forebyggende, med tiltak som settes i verk før diagnostiserbar sykdom har oppstått, men på både indikativt, selektivt og universelt nivå. Inndelingen som beskrives her er hentet fra Folkehelseinstituttets rapport 2011:1 "Bedre føre var..." (Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011). Universell forebygging er tiltak rettet mot folk flest eller mot hele befolkningsgrupper med forhøyet risiko. Tiltakene som gjennomføres kan i prinsippet

komme alle i den aktuelle befolkningen eller befolkningsgruppen til gode.

Befolkningsrettede tiltak har gjerne små effekter på den enkelte, men siden tiltakene når mange mennesker er effekten gjerne stor for samfunnet (Major et al.,2011).

Selektiv forebygging er tiltak som rettes mot grupper med kjent og forhøyet risiko for å utvikle sykdom. Grupperettede tiltak kan ha god effekt på den enkelte gruppen, men noe mindre effekt for forekomsten i hele samfunnet, avhengig av hvor store risikogrupperne er (Major et al.,2011). Indikativ forebygging er tiltak rettet mot individer med høy sykdomsrisiko eller høyt symptomnivå. Individrettede tiltak har i mange tilfeller svært god effekt for den enkelte, men er av mindre betydning for folkehelsen, siden det kun er de som har høy risiko eller er i ferd med å bli syke som får tiltaket (Major et al.,2011).

6.2. Utforming av stillingsinnhold og tjenestetilbud

For å sikre at stillingen skulle komme flest mulig av kommunens innbyggere til gode og at kapasiteten ikke ble spist opp av individuelle pasientsamtaler valgte jeg å definere en klar tidsdisponering med hovedvekt på indirekte arbeid gjennom andre. Metoden som ble benyttet i utformingen av stillingen er et bevisst organisatorisk grep for å sikre fordeling av ressursen til flere systemer i Bronfenbrenners modell.

Lavterskeltilbud (40 %)

- Samtaler, veiledning og behandling til gravide, barn, unge og omsorgspersoner, maks fem timer pr person.

Kompetansespredning (40 %)

- Undervisning om psykisk helse til fagpersoner, gravide, omsorgspersoner, barn og unge.
- Veiledning til fagpersoner.
- Tverrfaglig samarbeid. Psykologen skal fungere som lim mellom ulike aktører rundt brukerne og initiere kontakt og tverrfaglig samarbeid.

Systemarbeid (20 %)

- Opprettholde oversikt over psykisk helsetilstand og eksisterende tilbud i kommunen.
- Planlegge, utvikle, implementere og evaluere helsefremmende og forebyggende tiltak innen psykisk helse i kommunen ihht kartlagte behov.
- Bidra til kommunale planer og folkehelsearbeid

Kommunalsjef, tjenesteledere for helse, barnehage, skole, og pleie og omsorg ble invitert til innspillsmøte og godkjenning av forslaget om ressursfordelingen beskrevet over. Dette var

et strategisk valg for å forankre stillingsinnhold og tjenestetilbud på ledelsesnivå og gjennom dette både gjøre stillingen mindre personavhengig og øke sannsynligheten for at informasjonen om stillingen og tilbudet spres ut i de ulike sektorene ovenfra og ned.

I utforming av stillingen og tjenestetilbudet søkte jeg råd hos brukerorganisasjonen Voksne for barn, men ser i ettertid at brukermedvirkning på systemnivå ikke er godt nok ivaretatt. Brukerstemmen er til en viss grad inkludert i de kvalitative intervjuene og i brukerevaluering av lavterskeltilbudet, men da primært gjennom foreldre og fagpersoner som er i barnas nærmiljø. I videreutvikling av prosjektet, evaluering og gjennomføring vil jeg forsøke å løfte brukerstemmene opp på systemnivå; "intet om oss, uten oss".

Stillingen er politisk vedtatt, men er fortsatt definert som prosjektstilling. Politikere og ansatte i kommunen er godt orientert om stillingen både gjennom planer og profilering av prosjektet i form av muntlige presentasjoner i en rekke ulike sammenhenger. Tilbudet er inkludert i kommunens oppvekstplan og økonomiplan. Det er lagt ut informasjon på kommunens nettsider og intranett og det er sendt skriftlig informasjon om tilbudet til alle informanter i kartleggingsintervjuene. Det er lagt opp til at fagpersoner som jobber med barn og unge i kommunen skal kjenne tilbudet og kan anbefale at psykologen trekkes inn i saker både på individ-, gruppe- og systemnivå ved behov. Etter hvert som fagpersoner og brukere av tjenestetilbudet har gjort seg erfaringer håper jeg også at informasjonen om stillingen og tilbudet spres ut i de ulike sektorene nedenfra og opp.

7. PROSJEKTFASE 3- DRIFT

7.1 Fra planlegging til hverdager, fra ord til handling

7.1.1 Lavterskeltilbud

Gjennom lavterskeltilbudet drives det i hovedsak indikativ forebygging. For å holde lavterskeltilbudet innenfor rammen av forebyggende arbeid har det vært viktig å tenke prioritering av brukere ut fra begynnende symptomer heller enn klar diagnostiserbar lidelse med rett på helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet er gratis, uten venting og krever ingen henvisning. Brukerne kan selv ta direkte kontakt med kommunepsykologen, eller henvende seg til fagpersoner de allerede har kontakt med. I løpet av 18 måneder med drift har 115 brukere mottatt hjelp gjennom lavterskeltilbudet og det er gitt i snitt fire

konsultasjoner pr bruker. Kun en håndfull av disse ble videre henvist til spesialisthelsetjenesten etter inntak i lavterskeltilbudet, noe som kan indikere en riktig seleksjon ved inntak av nye saker. De fleste som benytter seg av lavterskeltilbudet er henvist av helsesøster, men de andre fagpersonene henviser også ved behov, om enn ikke like ofte. Det er laget evalueringsskjema på nett som fylles ut av brukerne og som skal fungere som mål på brukertilfredshet ved avslutning av hver sak. Jeg opplever at en viktig samfunnpsykologisk gevinst av lavterskeltilbudet er at den erfaringsbaserte kunnskapen fra individsamtalene fortløpende systematiseres og på den måten gir viktig informasjon om hvor skoen trykker og, sett i sammenheng med bakenforliggende faktorer, hvor selektive og universelle forebyggende tiltak bør implementeres.

7.1.2. Kompetansespredning

Foruten lavterskeltilbudet tilstreber jeg å jobbe mest mulig gjennom andre. Alle fagpersoner som arbeider med barn og unge i kommunen har tilbud om veiledning og undervisning ved behov. Det er etablert fast veiledningsgruppe for helsesøstre. Jeg deltar også i tverrfaglig konsultasjonsteam bestående av representanter fra KPPT, fysioterapitjenesten, barnevern og helsestasjon. Konsultasjonsteamet fungerer som en rådgivende ressurs for skoler og barnehager i kommunen. Jeg har hatt innlegg og undervisning om ulike temaer både til fagpersoner, politikere, kommuneledelse, foreldre og den lokale idrettsforeningen. Uavhengig av bestilling benytter jeg anledningen til å skape bevissthet, opplysning, motvekt og motivasjon for endring knyttet til de opplevde trendene med stress og prestasjon i kommunen.

For å styrke barna i kommunen, og gi dem verktøy til å gjenkjenne og håndtere vanskelige tanker og følelser, gjennomfører jeg i samarbeid med helsesøstrene årlig undervisning i psykisk helse og psykologisk førstehjelp på alle skoler i 4. trinn, 9. trinn og 1. trinn vgs. Merverdien av denne undervisningen er at både lærerne og helsesøstrene erverver seg god kunnskap om psykologers anvendelse av psykologisk førstehjelp og selv kan praktisere metoden i møte med elever. Jeg har også fast undervisning for alle nyoppstartede barselgrupper i kommunen om psykisk helse og hva mødre selv kan gjøre for å ivareta både egen og barnas helse. Stress, prestasjon, tilstedeværelse og forventninger er viktige temaer også i barselundervisningen. Jeg strevde en stund med å komme bak fasaden og få gruppene til å samtale om hvordan det egentlig er å være småbarnsforeldre i Hole. Gjennom

felles drøfting av eksternaliserende kasus klarte jeg etter hvert å skape et rom hvor flere kunne si høyt at det ikke alltid er slik det ser ut på utsiden. En mamma sa "Jeg er så glad for at vi kan snakke om dette! Forrige barselgruppe handlet bare om å overgå hverandre i fancy servering, jeg følte presset når det var min tur til å invitere gruppa hjem".

7.1.3. Systemarbeid

Ved flere anledninger har jeg fått mulighet til å påvirke og bidra med psykologkompetanse i kommunalt planarbeid (oppvekstplan, økonomiplan, kompetanseplan, kommuneplan, folkehelseplan, fysioterapitjenesteplan). I skrivende stund deltar jeg i en tverrfaglig og tverrsektoriell ressursgruppe som arbeider med total gjennomgang av folkehelsearbeidet i Hole. Gjennom dette håper jeg å kunne bidra med det samfunnspsykologiske perspektivet inn i det store arbeidet med å påvirke Holeværingenes livskvalitet og opplevelse av å tilhøre og være en meningsfull del av et større fellesskap, "sense of community". Målet for arbeidet er å:

1. Utarbeide en folkehelseplan.
2. Utarbeide en modell som viser aktørene i folkehelsearbeidet og illustrerer det løpende oversiktsarbeidet, samt tilhørende prosedyrer om hvordan det inngår i daglig drift.
3. Utarbeide et oversiktsdokument over helsetilstanden.
4. Utarbeide en kommunikasjonsstrategi for frivillig sektor og kommunen i arbeidet med folkehelse i tråd med øvrige planverk (frivillighetspolitikk).

Etter hvert fikk jeg tilbud om å være stedfortreder for Helseleder som tilleggsfunksjon i stillingen min. Dette har åpnet for mer administrativt arbeid og systemarbeid, særlig innenfor fasilitering av tverrfaglig samarbeid. Jeg har bidratt i arbeidet med å utvikle og organisere tverrfaglig samhandling i helseavdelingen både i form av konkret fysisk tilrettelegging og organisering av omgivelsene og kontorlokalene, og i form av drøfting og vurdering av ulike mulige samhandlingsmodeller. Jeg har gjennomført "Diversity Icebreaker" seminar i helseavdelingen og delt kunnskap om team og ulike former for teamarbeid.

I hverdagen spretter jeg altså rundt fra det ene systemet til det andre, etter hvert vel vitende om at alt henger sammen med alt.

7.2. Eksempel på bruk av psykologressursen til arbeid på flere nivåer

Peter, 13 år, henvises til kommunepsykologens lavterskeltilbud med ønske om å jobbe med selvfølelse. Allerede i første samtale kommer det informasjon som tilsier at det vil være hensiktsmessig å sette inn tiltak på flere arenaer. Peter forteller om et klassemiljø sterkt preget av utfrysning, konkurranse og høyt forventningspress om prestasjon, penger, klær og utstyr. Miljøet som beskrives bærer i liten grad preg av raushet for andre, inkludering og aksept. Det er snart sommerferie og det enkleste ville være å tilby Peter noen individuelle samtaler og deretter håpe at miljøet vannes ut når de til høsten starter på ungdomsskolen og at problemet således løser seg opp av seg selv. Alt er imidlertid del av en større helhet, og i stedet settes det derfor i gang gruppesamtaler med alle guttene i klassen. Helsesøster og psykologen i KPPT samarbeider om gjennomføringen av samtalene med guttene. Viktige tema som ble tatt opp var vennskap, selvfølelse og mobbing. Samtidig fikk Peter individuelle samtaler hos kommunepsykologen med vekt på å finne trygghet i egne verdier og valg, mens foreldrene fikk veiledning på hvordan de kunne støtte Peter i overgang til ungdomsskolen. Informasjonen som kom frem i denne individuelle oppfølgingen kan ses i lys av de allerede kartlagte folkehelseutfordringene i kommunen og forteller at stresset og presset kan bli veldig alvorlig og få store konsekvenser tidligere enn jeg kanskje antok. Jeg tar temaet med meg til foreldremøter og veiledning av ansatte, ikke bare på ungdomsskolen, men også på barneskoler og i barnehager hvor jeg bruker psykologkompetansen i et forsøk på å skape bevissthet og motivasjon til å være gode rollemodeller som motvekt til negative samfunnstrender. I denne saken ble altså både Peter selv, foreldrene, klassen, foreldregruppen og ansatte i kommunen på flere ulike nivå aktuelle aktører for intervensjon.

Selv om individet og taushetsplikten alltid skal ivaretas må kunnskapen og stemmene som forteller om hvordan det er å vokse opp og bo i Hole bringes videre inn i de ulike tjenesteområdene, inn i kommunalt planverk, inn i folkehelsearbeidet og ut til politikerne slik at det kan gjøres gode kunnskapsbaserte beslutninger til beste for kommunens innbyggere.

Kommunepsykologstillingen i Hole er formet slik at kommunepsykologen kan være endringsagent og har påvirkningsmulighet på flere nivå og kan bringe stemmene videre. Så

kan en håpe at de timene jeg brukte på individuelle samtaler med Peter kanskje også kan komme flere av barna i Hole til gode. Det handler om å se ting i sammenheng.

8. EVENTYRLIG FREMTID

8.1 Eventyrlig nåtid

Individuelle møter med innbyggerne i Hole kan belyse det løpende oversiktsarbeidet og gi viktig informasjon om prioriteringsområder i folkehelsearbeidet. Hole kommunes visjon er "Hole-eventyrlig fortid-eventyrlig fremtid". For at vi skal lykkes med å skape en eventyrlig fremtid i Hole bør vi kanskje først og fremst fokusere på tiltak som kan legge til rette for bedre livskvalitet hos Holeværingene. Vi vet mye om ressursene i Hole, det meste ligger til rette for en eventyrlig fremtid, men det gjenstår å finne ut under hvilke omstendigheter disse ressursene eller beskyttelsesfaktorene best kommer til sin rett og gir en reell helsegevinst for innbyggerne. Gjennom et aksepterende, inkluderende og oppmerksomt nærværende samfunn hvor øyeblikkene her og nå blir viktigere enn stress og prestisje, ligger kanskje utgangspunktet for det gode liv. For å favne dette har jeg lyst til å legge "eventyrlig nåtid" til kommunens visjon. I folkehelsearbeidet har vi i lys av samfunnstrendene så langt valgt å la statlige definisjoner på folkehelse være statlige definisjoner, og heller bruke hva folk flest mener gir god helse (Fugelli & Ingstad, 2014) som utgangspunkt for det videre arbeidet. Så kanskje det kan være kommunens helhetlige ansvar å legge til rette for at Holeværingene kan:

1. Være seg selv
2. Godta ufullkommenhet
3. Skape gode, nære fellesskap
4. Finne likevekt mellom arbeid, hvile og lek
5. Bruke naturen som helsekilde
6. Være raus i møte med andre
7. Vise måtehold både med nytelse og plikter
8. Se lyst på livet
9. Ha tro og håp
10. Spise sunt og gå eller løpe en tur, men med måte.

8.2.Fremtidige utfordringer for bruk av psykologressursen

Foran oss ligger spennende oppgaver. Kommunen må forholde seg til store økonomiske innsparinger de neste årene, samtidig som befolkningstallet og kommunens ansvar bare øker. Det skal organiseres og utvikles tverrsektorielle- og tverrfaglige samarbeidsmodeller og tiltak som legger til rette for det gode liv for alle i Hole. Vi må jobbe smartere og mer ressurseffektivt for å kunne hjelpe flere. Det fordrer et langsiktig perspektiv og at verdien av samfunnspsykologisk tenkning og tidlig innsats fremfor brannsløkking løftes frem og bevares når sparekravene skal defineres.

8.3. Eksempel på framtidsscenario ved bruk av psykologressursen på flere nivå

Emma var ikke en av de 20 % som begynte å kutte seg på armene da hun var 15 år.

Emma følte ikke at alle andre var tynnere og flinkere enn henne

Emma følte seg ikke verdiløs da hun begynte på ungdomsskolen

Emma følte seg ikke ensom på barneskolen

Emma hadde ikke problemer med å skape vennskap

Emma hadde ikke dårlig selvfølelse

Emma hadde ikke problemer med å regulere følelsene sine

Emma hadde ikke problemer med å finne trygghet i barnehagen

Emma hadde ikke en utrygg tilknytning og et dårlig samspill med mamma

..... og det til tross for at mammaen til Emma, etter et vanskelig svangerskap, var i ferd med å gå inn i en depresjon fordi hun følte hun ikke mestret den nye tilværelsen med alt stresset og presset om vellykkethet.....

Fordi kommunepsykologen hadde utarbeidet en tverrfaglig prosedyre for å avdekke depresjon i svangerskap og barselstid og satt denne i system på helsestasjonen.

Fordi kommunepsykologen veiledet jordmor på de vanskelige samtalene med Emmas mamma under svangerskapet.

Fordi kommunepsykologen hadde god oversikt over folkehelseutfordringene i Hole og derfor startet forebyggende undervisning i alle barselgruppene.

Fordi kommunepsykologen i barselgruppa ga informasjon om hva mødrene selv kan gjøre for å ta vare på egen psykisk helse og hvordan de kan bygge grunnmuren i barnas psykiske helse fra første stund gjennom godt samspill og trygg tilknytning.

Og fordi Emmas mamma like etter møtet i barselgruppa fikk tilbud om fem samtaler i kommunepsykologens lavterskeltilbud. Ingen ventetid, ingen henvisning, helt gratis og i nærområdet der hun bor.

..... så ble det ingen langvarig uoppdaget barseldepresjon med de alvorlige konsekvenser vi vet dette kan ha for barnet, men tvert i mot en god start for både mor og barn.

9. OPPSUMMERING

Tilskuddsordningen i Helsedirektoratet har ført til flere ansettelse av kommunepsykologer i Norge, og psykologstillingene har bidratt til å øke både samarbeid og kvaliteten på tjenestene (Fossestøl & Skarpaas, 2013). Psykologene oppfattes som tilgjengelige for innbyggerne (Fossestøl & Skarpaas, 2013), men en for tilgjengelig tjeneste kan imidlertid føre til at psykologene kan bli sittende med ansvaret for et stort antall pasienter som resulterer i at ventetiden forlenges. For å motvirke en slik tendens er det viktig at psykologene ikke bare arbeider direkte med brukere, men også gjennom andre.

Erfaringer så langt i Hole tyder på at en samfunnspsykologisk forståelse i møte med kommunen har resultert i en meningsfull modell for kommunepsykologstillingen, som kan gi god ressursutnyttelse sett opp mot de lokale utfordringene og som resulterer i helsegevinst for kommunens innbyggere. Erfaringene viser også at selv med samarbeidspartnere i full drift og med stor brukerpågang er det mulig å selge inn tanken om at psykologen som forebygger fremfor reparatør er den beste ressursutnyttelsen.

Kanskje bør kommunepsykologen etterstrebe en rolle som gartner i "kommnehagen". En gartner som i arbeidet med å skape et godt vekstgrunnlag og vekstklima vet at alt i en hage er gjensidig avhengig av hverandre og vil kreve ulike teknikker på ulike stadier i plantenes vekst og utvikling.. En gartner som ser at helheten er mer enn summen av delene, og at alle delene påvirker og påvirkes gjensidig av hverandre og av hagen som helhet. Hvis det er definert rom for det i stillingen kan kommunepsykologen legge til rette for å fremme trivsel og vekst i alle systemer, heller enn bare å vanne en og en blomst eller luke ett og ett ugress i hjørnet av en overgrodd hage.

10. REFERANSER

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* av 24.juni 2011 nr. 29.

Folkehelseinstituttet (2015). *Folkehelseprofilen*. Hentet 23. oktober 2015 fra <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0612&sp=1&PDFaar=2015>

Folkehelseinstituttet (2015). *Kommunehelsa statistikkbank*. Hentet 23. oktober 2015 fra <http://khs.fhi.no>

Fossestøl, K. og Skarpaas I. (2013). *Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten, en evaluering*. (Rapport 2013:8) Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Fugelli, P & Ingstad., (2014). *Helse på norsk: God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag

Heckman, J.J. (2009) *The case for Investing in Disadvantaged Young Children*.

Heggland, J.E., Gartner, K. & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsningen i Norge i et folkehelseperspektiv* (Rapport 2013:2) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helsedirektoratet (2012). *Regelverk: Tilskudd til modellutprøving-psykologer i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013). *Regelverk: Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rekrutteringsstilskudd*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* av 24.juni 2011 nr 30.

Kommuneprofilen (2015): Hentet 23. oktober 2015 fra

http://kommuneprofilen.no/Profil/Sysselsetting/DinRegion/syss_pend_region.aspx

Lewin, K. (1951): *Field Theory in Social Science*. New York: Harper.

Major E.F., Dalgard O.S., Mathisen K.S., Nord E., Ose S., Rognerud M. & Aarø L.E. (2011): *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport 2011:1)Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

McMillan, D.W., & Chavis, D.M. (1986). *Sense of community: A definition and theory*. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.

Nelson, G., & Prilleltensky, I. (2005). *Community Psychology. In pursuit of liberation and well-being*. New York: Palgrave Macmillan.

Orford, J. (1992): *Community Psychology. Theory and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.

Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene- barrierer og tiltak for økt rekruttering*. (Rapport 2008) Oslo: Helsedirektoratet

St.meld.nr 47, (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling –på rett sted-til rett tid*. Edited by Helse og omsorgsdepartementet.

ST.prp.nr63 (1997-1998):*om opptrappingsplanen for psykisk helse*

Ungdata (2013) Hentet 23.oktober 2015 fra <http://ungdata.no/id/26501.0>

Wang, C.E.A. (2012): *Et evolusjonsperspektiv på depresjon: Samfunnspolitiske og psykologfaglige utfordringer*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 49, nummer 1, 2012, side 4-13

Ådnanes, M., Kaspersen SL., Husum, TL., Ose SO. (2013) *Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen.* (Rapport 2013) Trondheim: SINTEF