

Ingrid Christine Kamphaug Ween

Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge: «Tid og kapasitet, det er det det går på»

En kvalitativ studie av arbeidsforståelse og
praksis i kommunalt psykisk helsearbeid blant
ansatte i Barne- og familietjenesten

Masteroppgave i psykologi- læring, hjerne, atferd og omgivelser
Veileder: Sven Hroar Klempe
April 2019



Ingrid Christine Kamphaug Ween

Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge: «Tid og kapasitet, det er det det går på».

En kvalitativ studie av arbeidsforståelse og praksis i kommunalt psykisk helsearbeid blant ansatte i Barne- og familietjenesten.



Masteroppgave i psykologi – læring, hjerne, atferd og omgivelser
Trondheim, april 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Forord

At jeg hadde en helsesykepleier å gå til da jeg var 15 år og helt alene på hybel i en ny by, det betydde alt. Uten henne hadde jeg med ganske stor sikkerhet ikke vært der jeg er i dag. Jeg har verken før eller siden hatt behov for et slikt hjelpeapparat, men kanskje handler det nettopp om at noen så meg akkurat da jeg trengte det som mest. Jeg var veldig heldig, men jeg tenker også i ettertid at det er jo sånn det burde være for alle.

Fem år med psykologistudier ved NTNU i Trondheim går mot slutten, og veien har vært lang og spennende! Med masterprosjektet ønsker jeg å sette fokus på det jeg etter hvert har fått et engasjement for, nemlig primærforebyggende psykisk helsearbeid. Fra å lese rapporter, politiske visjoner og retningslinjer, fikk jeg omsider møte flere av de fantastiske menneskene som hver dag vier sin kunnskap, kompetanse og tid til å hjelpe barn og unge på et lavterskelnivå. Dere gjør virkelig en verdifull jobb!

Jeg ønsker å rette en stor takk til Barne- og familietjenesten i Trondheim kommune og deltakerne mine. Uten dere hadde ikke dette prosjektet vært mulig å gjennomføre.

Utviklingen av prosjektet hadde heller ikke vært mulig uten min veileder, førsteamanuensis i psykologi ved Psykologisk institutt, NTNU, Sven Hroar Klempe, som tok imot meg og prosjektideen min med åpne armer. Takk for alle konstruktive tilbakemeldinger og for at du har motivert meg til å jobbe så hardt med prosjektet til siste slutt.

Deretter vil jeg også takke Mathias som aldri slutter å tro på meg, og Ingrid K. for rådgøring på sykepleiefeltet. Tusen takk til alle mine flinke klassevenninner, Jorunn, Rikke, Eva, Miriam og Sigrid, for kollokvier, motivasjonboost underveis og stressreduksjonspausser.

Til slutt vil jeg ikke minst takke Silje W. og Andrine for enorm emosjonell støtte fra start til slutt.

Trondheim, april 2019.

Ingrid Christine Kamphaug Ween

Sammendrag

Helsesykepleiernes og psykologenes rolle i kommunal psykisk helsetjeneste synes å ha endret seg gjennom reorganiseringen av det psykiske helsefeltet i primærhelsetjenesten. De politiske strategiene for primærforebyggende arbeid skaper nye forventninger til de ansattes prioriteringer i det psykiske helsearbeidet og tjenestenes verdigrunnlag.

Med bruk av intervjueteknikk og kvalitative analysemetoder ble det blant deltakerne identifisert utfordringer knyttet til mangel på tid og begrenset kompetanse. Det ble også funnet en tendens til å prioritere mer tradisjonell individorientert praksis, fremfor universell, systemorientert praksis som gagnar alle. Dette forstås som en indikasjon på et sprik mellom profesjonell og politisk vurdering i psykisk helsearbeid.

Arbeidsstrategiene tolkes som å skape løsningspraksiser for å overkomme utfordringene og spekteret av de ulike rolleforståelsene blant deltakerne, noe som gir en forståelse av de ulike forventningene som stilles til de ansatte i primærhelsetjenesten og målet om å oppnå en tilstrekkelighetsfølelse. På bakgrunn av funnene og mine tolkninger av deres mening gjennom diskusjonen, blir det foreslått å styrke verdigrunnlaget i tjenestene for å skape en konsistent praksis blant de ansatte, og å bygge opp under profesjonalitet for å støtte kompetanseutvikling i tjenestene.

Nøkkelord: Kommunalt psykisk helsearbeid, forebygging, rolleforståelse, politiske retningslinjer

Abstract

The roles of school nurses and psychologists in primary healthcare seem to have changed through the reorganization of the primary health services. The political strategies for the preventative work in the primary healthcare create new expectations to their priorities in the job and the fundamental values of the services.

Among the participants, I uncovered challenges associated with lack of time and limited expertise on primary prevention, using interview technique and qualitative analysis methods. I also discovered a tendency to prioritize in favor of the traditional indicated approach to prevention – focusing on individual challenges rather than universal policies to promote wellness where everyone is served. This was understood as an indication of a gap between professionalism in primary healthcare and political assessment.

The working strategies of the staff seem to be built on solutions based on overcoming the challenges and managing the spectrum of different role perceptions. This give an understanding of the opposing expectations to the staff in the primary healthcare and the goal of reaching a feeling of sufficiency. Based on these findings, as well as my interpretations and understanding of their meaning in the discussion, I recommend strengthening the fundamental values in the service to make a consistent practice among the staff, and to build upon professionalism to support the development of competence in the services.

Keywords: Primary healthcare, prevention, role perceptions, political guidelines

Innhold

Forord	i
Sammendrag	iii
Abstract	v
Innhold	vii
Innledning.....	1
Forskningsspørsmål.....	2
Oppgavestruktur	3
Teoretisk bakgrunn.....	5
Psykisk helsearbeid	5
Allmennpsykologi i praksis.....	5
Brukermedvirkning.	6
Samfunnsoppdrag.....	6
Samarbeid og tverrfaglighet.	7
Teamarbeid.....	8
Utfordringer.....	9
Politiske retningslinjer.....	9
Omorganisering av det psykiske helsefeltet.	10
Politisk strategi for psykisk helsearbeid.....	11
Normalisering.....	12
Tidlig innsats.	12
Kritikk.	12
Helsesykepleierens arbeid med psykisk helse.....	13
Helsesykepleierens rolle.....	13
Videreutvikling av skolehelsetjenesten.....	15
Undervisning og tverrfaglighet.	15
Utfordringer.....	16

Helsesykepleierrollen i tverrfaglig arbeid.....	16
Helsesykepleierens ressurser.....	18
Anbefalinger og forslag til tiltak.....	18
Psykologer i førstelinjen.....	19
Psykologrollen i kommunehelsetjenesten.....	19
Modellutprøving og evaluering.....	20
Opplevde utfordringer blant kommunepsykologene.....	22
Idégrunnlag i kommunalt psykisk helsearbeid.....	22
Verdi-faktoren.....	23
Jobbverdier.....	23
Organisasjonskultur.....	24
Verdigrunnlaget i helsetjenesten.....	24
Kommunale verdier.....	25
Holdninger.....	26
Jobbholdninger.....	26
Jobbforpliktelse: Personlig indre arbeidsmiljø.....	27
Jobbtilfredshet.....	27
Roller.....	28
Rollekonflikter.....	28
Metodedel.....	31
Vitenskapelig ståsted.....	31
Valg av metode.....	32
Grounded theory.....	32
Posisjoneringsteori.....	33
Utvalg og rekruttering.....	34
Intervjuguide.....	34

Gjennomføring av intervju	35
Transkripsjon.....	35
Analyse av data	36
Åpen koding.	36
Aksial koding.	37
Selektiv koding.....	37
Konstant komparativ analyse.	38
Memo.	38
Posisjoneringsanalyse.....	39
Etiske vurderinger	42
Resultat.....	43
Motiv	43
Forpliktelse til nasjonale retningslinjer.	43
Motivasjonsfaktorer.....	45
Utfordringer.....	46
Utfordringer med tid.....	47
Begrensning i kompetanse.....	49
Mål	50
Å kunne hjelpe.....	50
Å være til stede.....	52
Tilstrekkelighet i jobben.....	53
Strategi	55
Grensesetting av egen rolle.	55
Prioritering i arbeidet.....	57
Individorientering.....	58
Praksis	59

Tverrfaglig samarbeid.....	59
Kontakt med foreldrene.....	61
Samarbeid med skolen.....	63
Undervisning i klassene.....	64
Ulike rolleforståelser	66
Genererte teorier og posisjoner	67
Motiv.....	67
Forpliktelse: Roller, forventninger og mål (ytre orientering).....	68
Motivasjon: Kontekstuelt og personlig (indre orientering).....	68
Utfordringer.....	69
Utfordringer med tid.....	69
Begrensning i kompetanse.....	70
Mål.....	71
Strategi.....	72
Prioriteringer i arbeidet.....	73
Forventningsregulering.....	73
Praksis.....	75
Systemorientert primærforebyggende psykisk helsearbeid.....	75
Individorientert sekundærforebyggende psykisk helsearbeid.....	76
Diskusjon.....	77
Oppsummering av funn.....	77
Hvilke utfordringer finnes i kommunen knyttet til det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge?	77
Hvordan kaster de ansattes arbeidsforståelse og arbeidspraksis lys over disse utfordringene?	77
Hva er sammenhengen mellom de ansattes arbeidsforståelse og arbeidspraksis?	77
Sammenhengen mellom ulike arbeidsstrategier.....	78

Rolleforståelsenes forankring i arbeidspraksisen.....	78
Yrkesmessig posisjonering.....	78
Nasjonale retningslinjer beskriver yrkesrollene.	79
Organisering av arbeidet.	80
Rolleendring.	80
Utfordringer.....	81
Samarbeid.....	83
Anerkjennelse.....	83
Rolleforståelse påvirker praksisen.....	84
Hvordan utfordringene skaper rammer for det psykiske helsearbeidet.....	85
Løsningsstrategier.	86
Prioriteringer	86
Forventningsregulering og samarbeid.....	87
Årsaker til løsningsstrategiene.	87
Forholdet mellom det profesjonelle og den politiske vurderingen.....	89
Politiske vurderinger.	89
Brukermedvirkning.	90
Profesjonell rolleforståelse.	90
Organisasjonskulturens betydning.	91
Forvaltning av psykisk helsearbeid i kommunal helsetjeneste	93
Verdigrunnlag.....	93
Kunnskapsgrunnlag.	94
Lederansvar og ressursutnyttelse.....	95
Metodiske betraktninger.....	96
Utvalg og rekruttering.	96
Intervju.	98

Subjektivitet og refleksivitet	98
Validitet	98
Implikasjoner for Barne- og familietjenesten.....	99
Kvalitetssikring: Bevisstgjøring av verdigrunnet.....	100
Kvalitetssikring: Intern organisering.....	101
Kunnskapsutvikling: Samarbeid.....	102
Kunnskapsutvikling: Brukermedvirkning.....	103
Implikasjoner for praksisen: Dilemma i arbeidsprosessen.....	103
Videre forskning.....	104
Konklusjon	107
Referanseliste	109
Vedlegg	117
Vedlegg 1 – Appendiks A	119
Vedlegg 2 – Appendiks B	120
Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	121
Vedlegg 4 – Skjema for informert samtykke	123
Vedlegg 5 – Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste	125
Vedlegg 6 – Samarbeidsavtale med Trondheim Kommune.....	127

Innledning

Fokus på kommunalt psykisk helsearbeid er viktig fordi det skaper den første linjen inn til helsehjelp. En sterk førstelinje blir blant annet viktig i arbeidet med å drive primærforebyggende psykisk helsearbeid som tidlig kan identifisere, undersøke, behandle og tilrettelegge for begynnende utfordringer. Psykiske lidelser anslås å koste samfunnet omkring 70 milliarder kroner årlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 187), og ifølge Holte (2012) er det de dyreste tilfellene som også er lettest å forebygge, nemlig depresjon, angst og alkoholmisbruk. Det har i de siste årene derfor vært en politisk målsetting å inkludere det psykiske helsearbeidet i større grad i det generelle folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Departementene, 2017).

I 2017 kom regjeringens nye strategi for god psykisk helse (Departementene, 2017), ni år etter Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) som skulle legge til rette for mer helhet i helsetjenestene og dermed bidra til økt forebygging, tidlig intervensjon og oppfølging. Mitt fokus på de ansatte i primærhelsetjenesten, og deres forståelse og praksis i arbeidet med psykisk helse blant barn og unge, bygger derfor på en nysgjerrighet rundt hvordan endringer i tjenestene og nye strategier har påvirket dem. Gjennom spesialiseringsarbeidet i forkant av prosjektutviklingen, gjennomgikk jeg politiske dokumenter for å kartlegge strategier innen psykisk helsearbeid. Her ble jeg oppmerksom på utfordringer med omorganiseringen av det psykiske helsefeltet og implementeringsvanskene i forbindelse med Samhandlingsreformen. Tidligere har jeg også fordypet meg i kommunal praksis i psykisk helsearbeid med fokus på systemteori og forholdet mellom individperspektiv og systemperspektiv for å skape et friskere lokalsamfunn. Slik har jeg blitt bevisst på de ulike nivåene av forebygging, og hvordan normalisering i økende grad har blitt et fokus de siste årene.

Psykisk helse er mer synlig enn noen gang før, noe som ikke bare gjenspeiler seg i de politiske reformene og strategiene, men som også aktualiseres i mediene. Flere står frem med vanskene sine og deler sine erfaringer i TV-serier, på blogger og i podcaster. Språket omkring det psykiske forenkles og vi diskuterer mer åpent om fordommer mot og stigmatisering av psykiske lidelser. Informasjon om psykisk helse er lettere tilgjengelig og flere søker hjelp (Vold & Hjemås, 2018). For mange skoler har også psykisk helse kommet på timeplanen.

Ifølge Folkehelseinstituttet har lokalsamfunnet stor innvirkning på hvordan psykisk helse fremmes hos barn og unge, både gjennom skolehelsetjeneste, helsestasjon, familietiltak,

barneverntjeneste og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten) (Folkehelseinstituttet, 2015). Helsemyndighetene anbefaler at kommunene samordner disse tjenestene som er rettet mot barn og unge (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), noe som også er forankret i regjeringens nye strategi for god psykisk helse (Departementene, 2017).

På bakgrunn av omorganiseringens utfordringer og tjenestens betydning for barn og unges psykiske helse, finnes det et tydelig behov for empirisk forskning på hvordan kommunal helsetjeneste fungerer etter samhandlingsreformen og i lys av regjeringens nye strategi for psykisk helse. Med utgangspunkt i dette vektlegger denne studien å kartlegge opplevde utfordringer blant ansatte i Barne- og familietjenesten, og hvordan disse utfordringene påvirker deres arbeidsforståelse og praksis. Målet er å synliggjøre utfordringene og skape bevissthet rundt arbeidsstrategier i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge. Videre er det et mål at studien skal kunne gi implikasjoner som kan bidra til å forbedre de ansattes arbeidsstrategier i dette arbeidet, og som potensielt kan bidra til å redusere de opplevde utfordringene i arbeidet.

Forskningsspørsmål

Effekten av omorganiseringen og moderniseringen av det psykiske helsefeltet er svært samfunnsaktuelt. Det er viktig for vurderingen av virkemidlene i denne prosessen og den videre utviklingen av primærhelsetjenesten å se på hvordan ansatte i kommunal helsetjenestene forholder seg til endringene, og hvordan det påvirker deres arbeidspraksis. Det har tidligere vært stort fokus på de økonomiske og administrative konsekvensene av endringene, samt tilskuddet av psykologer i kommunal helsetjeneste. Det har imidlertid vært et manglende fokus på de ansattes opplevelser av den interne organiseringen, samarbeid og koordinering av de kommunale helsetjenestene. Dette er viktige faktorer i kvalitetssikringen og kunnskapsutviklingen i primærhelsetjenesten, og legger grunnlag for de ansattes arbeidspraksis (Departementene, 2017). Hovedtemaet for studien er derfor de ansattes opplevelser i og forståelse av arbeidet med psykisk helse i primærhelsetjenesten, der formålet er å utforske sentrale utfordringer og arbeidsstrategier. Videre håper jeg at funnene, sett i lys av eksisterende empiri og teori, kan bidra til en bevisstgjøring av hvordan kommunal helsetjeneste bedre kan kvalitetssikres og hvordan kunnskapsgrunnlaget i disse tjenestene kan forbedres.

Jeg søker gjennom denne studien å svare på problemstillingen: *«Hvordan forstår og praktiserer ansatte i kommunen det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge, og hvordan opplever de utfordringene som finnes der?»*.

Oppgavestruktur

Innledende vil jeg starte med å presentere teoretisk bakgrunn for studien, før jeg går nærmere inn på de kvalitative metodetilnærmingene som ble benyttet og stegene i disse. Metodene er henholdsvis grounded theory og posisjoneringsteori. Den påfølgende resultatdelen presenteres ved hjelp av sitater og figurer som underbygger og illustrerer funnene. Disse bringes inn i diskusjonsdelen der funnene diskuteres i lys av annen relevant forskning og eksisterende teori. Deretter presenteres metodiske betraktninger, diskusjonens implikasjoner for Barne- og familietjenesten og retning for videre forskning på området. På bakgrunn av dette konkluderes det avslutningsvis.

Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet presenteres teori og empiri med relevans for oppgavens tema og fokus. Først del handler om psykisk helsearbeid, både teoretisk og i praksis, samt utfordringene som er beskrevet på dette feltet. Videre presenteres politiske retningslinjer som ligger til grunn for dagens psykiske helsearbeid, og hva som kan være problematisk ved disse. Deretter beskrives yrkesgruppene helsesykepleier og psykolog som arbeider med kommunalt psykisk helsearbeid, og utfordringer disse yrkesgruppene synes å oppleve. Til slutt skal jeg gjøre rede for idégrunnet i kommunalt psykisk helsearbeid, med spesielt fokus på Trondheim kommune.

Psykisk helsearbeid

I denne delen skal vi se nærmere på hva som menes med psykisk helsearbeid og hva det forutsetter i kommunal tjenestep praksis. Hummelvoll (2004, s. 530) definerer psykisk helsearbeid som «en paraplybetegnelse som dekker flere yrkesgrupper og deres respektive faglige perspektiver». Denne definisjonen gir en indikasjon på at psykisk helsearbeid har et kunnskapstilfang som inkluderer flerfaglighet. En slik flerfaglighet kommer til uttrykk gjennom tverrfaglig praksis, tverretatlige samarbeid og samarbeid med brukergrupper og frivillige organisasjoner. I et lokalsamfunn vil fokuset i et slikt arbeid være på hva som fremmer helse og hvordan psykiske lidelser kan lindres. En forutsetning for et slikt arbeid er derfor kunnskap om forskjellene mellom psykisk lidelse og sunnhet (Hummelvoll, 2004, s. 532).

Allmennpsykologi i praksis. Psykisk helsearbeid i primærhelsetjenesten, også kalt førstelinjen i kommunehelsetjenesten, omtales ofte som et allmennpsykologisk felt. Dette er det første vi møter når vi søker hjelp. Hvis behovet ikke kan dekkes her, finnes det en spesialisert andrelinje på sykehusnivå. De mottar også bistand fra tredjelinjetjenesten som regionale og nasjonale kompetansesentre når det handler om mer sjeldne diagnoser. Det allmennpsykologiske feltet bygger på bredden av psykologifagets kunnskapsgrunnlag, der praksisen handler om å nyttiggjøre denne kunnskapen til fordel for et helt samfunn (Imenes, 2018, s. 29). Kjentegn ved en slik praksis er bruk av forebyggende, helsefremmende og helsebevarende perspektiver i ytelse av helhetlig og sammenhengende helsehjelp. Til forskjell fra andre- og tredje-linje helsearbeid, møter førstelinjen vanlige fysiske og mentale helseproblemene blant pasienter og familier som rammes i løpet av sine livsløp (McDaniel et al., 2014). Primærhelsetjenesten kan være medisinsk rettet, men vektlegger først og fremst psykologisk og mental helse (Imenes, 2018, s. 28).

Å utvikle god praksis for forebyggende psykisk helsearbeid bør, ifølge Hummelvoll (2004, s. 590), innebære integrerte og kommunebaserte tilbud. Hummelvoll betegner lokalsamfunnet som «den sosialpsykiatriske arena», et geografisk avgrenset område som med sine tilhørende institusjoner og organisasjoner skaper tilhørighet og fellesskapsfølelse i befolkningen. Fordi kommunebaserte tilbudsplasser er nær hjemmet, sikres god tilgjengelighet og lav terskel for å oppsøke hjelp. Selv om helsepolitikken reguleres nasjonalt gjennom lover, offentlige meldinger og bevilgninger, preges den kommunale praksisen av det lokale arbeidet som gjøres. Dette forutsetter koordinerte tjenester med en effektiv samordning som skaper opplevelse av kontinuitet og der ekspertise er samlet gjennom samarbeid med relevante parter på alle nivåer (Hummelvoll, 2004, s. 591). Relevante parter kan være skole, hjem og kommunale etater.

Brukermedvirkning. I moderne helsetjeneste er brukermedvirkning et krav (Helsedirektoratet, 2013). Det bør være en selvfølge at brukerne av helsetjenestene skal ha innflytelse på hvilke behov de har i tjenesten. Likevel har profesjonene og administratorene mye makt i dette. Aarre og kolleger stiller spørsmål ved hvorvidt hensynet til helsevesenet selv og de som arbeider der veier tyngre enn oppgaven med å ivareta folkehelse og sikre god behandling til brukerne (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 250). De peker også på tendensen helsevesenet og andre systemer har til å reprodusere dominansen av byråkrati, lav effektivitet og forhøyet risiko ved å glemme sine opprinnelige mål (Aarre et al., 2009, s. 249).

Velbegrunnede valg hos brukerne forutsetter at riktig og god informasjon blir kommunisert, og fremfor sykehusinnleggelse foretrekker de fleste brukerrepresentanter polikliniske tjenester, dagtilbud og hjemmebaserte tiltak (Aarre et al., 2009, s. 251). Dette er viktig kunnskap om hvordan tjenestene burde vært organisert. For å kunne identifisere områder for forbedring i tjenesten, har kommunene et ansvar for å benytte brukernes og de pårørende sine erfaringer, i tillegg til de ansattes medvirkning (Imenes, 2018, s. 23). Brukerperspektivet bidrar til å skape en koordinert, helhetlig og tilgjengelig tjenestetilbud i helsetjenestene, som videre blir en sentral del av folkehelsearbeidet med psykisk helse (Imenes, 2018, s. 20).

Samfunnsoppdrag. Psykisk helsearbeid handler om tilgang på tilbud og psykologisk fagkompetanse når og der den trengs, som oftest i hverdagen der vi lever våre liv (Imenes, 2018, s. 15). Dette arbeidet legges til kommunene fordi de har størst nærhet til befolkningen. Den tidlige innsatsen har større muligheter for å lykkes i et system som omfavner innbyggerne der de er i sin hverdag. Helsefremmende og forebyggende tiltak praktiseres med

fordel i skole og barnehage fordi de der når frem til alle barn og deres familier, og arbeidet kan foregå uten å skille ut risikoutsatte barn og unge (NOU 2019: 3, s. 152).

Primærhelsetjenestens samfunnsoppdrag tydeliggjøres i helse- og omsorgstjenesteloven. Gjennom gradvis implementering frem til 2016 ble kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester konkretisert gjennom 6 punkter. Kommunene er blant annet pålagt å skulle kunne tilby helsefremmende og forebyggende tjenester som skolehelsetjeneste, og sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunene skal også kunne tilby utredning, diagnostisering og behandling (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Denne loven skal blant annet bidra til å sikre forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring av sykdom, skader, lidelser og nedsatt funksjonsevne, og fremme sosial trygghet, bidra til likeverd og forebygge sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). I henhold til denne loven er det psykiske helsetilbudet på lik linje med det somatiske tilbudet, og for første gang er psykisk helse likestilt med fysisk helse i lovgivningen.

En betingelse for å redusere antall nye tilfeller av sykdom er forebygging av årsaker til at de psykiske lidelsene oppstår i første omgang (Imenes, 2018, s. 21). Folkehelseinstituttet foreslår bedre diagnostisering og behandling i primærhelsetjenesten for å forebygge senere uføretrygding (Major et al., 2011, s. 18). Et slikt arbeid må inkludere viktige systemfaktorer som livsvilkår og problemer knyttet til økonomi, skole, arbeid, mobbing, omsorgssvikt og vold. Videre må det inkludere tidlig innsats. Lavterskel tjenestetilbud og samfunnsmessige besparelser styrkes ved å hindre utvikling eller videreutvikling av psykiske problemer tidlig i livet eller i et tidlig forløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 69). Barn og ungdom er en viktig satsningsgruppe i det primærforebyggende arbeidet fordi halvparten av alle vanlige lidelser, som depresjon og angstlidelser, debuterer i barne- og ungdomsårene (Heggeland, Gärtner & Mykletun, 2013). Effekten av innsatsen er større jo tidligere vanskene oppdages og tiltak settes inn (Departementene, 2017, s. 48). Da blir det spesielt viktig at de voksne som omgås barna til daglig har kompetanse til å vite hva de skal se etter, hvordan de skal gå frem og hvordan de skal handle. Det gjelder alt fra barnehagelærere, skolelærere og helsesykepleiere til sosionomer, spesialpedagoger og PP-rådgivere. Slik kan riktig hjelp tilbys i riktig omfang på riktig nivå.

Samarbeid og tverrfaglighet. I kommunalt psykisk helsearbeid er god samhandling og koordinerte tjenester helt grunnleggende for å kunne oppdage behov, møte og følge opp disse på en god måte blant barn, unge og deres familier. Lovpålagte samarbeidsavtaler

mellom de kommunale tjenestene og spesialhelsetjenesten er derfor foreslått for å møte utfordringer som finnes i dag (Departementene, 2017, s. 50). Utfordringene handler blant annet om mangel på fleksibilitet, nærhet i oppfølging, tilgang og kvalitet i tjenestene. Plikt til samarbeid mellom ulike kommunale tjenester er allerede forankret i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1).

Samarbeid mellom skole og PP-tjenesten, skolehelsetjeneste og sosial-pedagogisk rådgiver eller sosiallærer er en sentral prioritering for å styrke skolens kompetanse i møte med barn og unges utfordringer (Befring & Moen, 2017). Slike samarbeid kjennetegnes av tverrfaglighet, felles mål og ressurser til å inkludere kvalifisert støtte for tilrettelegging, men vanskeliggjøres når det mangler kontakt mellom flere av de sentrale leddene i arbeidet (Holen & Waagene, 2014, s. 9).

Kommunal organisering og kompetanse krever samarbeid på tvers av fagenhetene som finnes i kommunene. Regjeringen forutsetter at kommunene inngår interkommunale samarbeid når det er nødvendig – der kommunene selv må finne egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Samarbeid er en viktig arbeidsmetode for å forbedre det psykiske helsearbeidet, spesielt i forhold til ressursutnyttelse og kompetanseutvikling. Stortingsmelding 47 peker spesielt på utstrakt tverrfaglig arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 29). Gjennom en reform av samhandling, foreslo meldingen tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid fordi bredt og tverrsektorielt helsearbeid har stor betydning, både sosialt, miljømessig og økonomisk.

Teamarbeid. Også innad i de ulike tjenestene er samarbeid viktig for det psykiske helsearbeidet. Samarbeid i prosjektbaserte eller formelt sammensatte grupper er basert på en tankegang om at individet alene ikke kan yte maks produktivitet og at organisasjonens ytelsesevne maksimeres gjennom gruppeprosesser (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 333). Målet er å oppnå *synergieffekter* gjennom gruppeprosesser, der samspillseffekten blir større enn summen av individets ytelsesevne alene (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 336). Dette krever imidlertid et felles mål, gjensidig ansvarlighet og dyp forpliktelse, tillit til de andre gruppe-medlemmene og gode relasjoner. Tverrfaglige team i kommunen er sammensatt av ulike, men utfyllende fagkompetanser for å løse utfordringer innen psykisk helse blant befolkningen i lokalsamfunnet. Her har medarbeiderne mye kompetanse på ulike felt, og potensielt kan man lære av hverandre og løse svært komplekse problemstillinger. Til forskjell fra typiske arbeidsgrupper, er lederrollen i team mindre tydelig og arbeidsproduktet er ofte

kollektivt (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 334). I stedet for å delegere oppgavene, jobber man sammen, diskuterer og beslutter i fellesskap. Målet er ofte spesifikt, og ansvaret er både individuelt og gjensidig for alle i teamet.

Når alt dette ligger til grunn kan det fremdeles oppstå utfordringer i teamarbeid. Der det er skjevfordeling mellom medlemmenes kompetansenivå eller dersom det finnes et misforhold mellom teamets beste og individets beste kan teamarbeid heller bli ineffektivt (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 341). Likevel viser meta-studier at når teamarbeid fungerer, har arbeidsmetoden både en positiv innvirkning på gruppens produktivitet og holdninger (Goodman, Devadas, & Griffith, 1988). Vellykkede team synes også å ha en positiv effekt på jobbtrivsel.

Utfordringer. Samarbeid i kommunehelsetjenesten kan by på et mangfold av utfordringer. Imenes (2018, s. 185) skisserer en rekke trusler som kan true samarbeidets fungering. Mangelfull systemkunnskap og uklare roller og forventninger er en kilde til usikkerhet som kan føre til misforståelser og dempe effektiviteten av samarbeidet. Slik kan ulike oppgaveforståelser oppstå, og de enkelte i teamet jobber kanskje opp mot helt ulike mål. Profesjonsstrid står frem som et sentralt problem i samarbeid mellom fagfolk med ulik profesjonsidentitet. For noen kan det by på maktulikheter og ubevisste kulturelle faktorer (Aamodt, 2011). Mangel på tillit kan oppstå når det mangler relasjon mellom de ulike fagpersonene.

I tillegg må kommuneansatte ofte gjøre tøffe prioriteringer på grunn av knapphet i ressursene, press og forventninger fra mange ulike hold. Uten anseelse og støtte fra de man skal samarbeide med, kan samarbeidet blir svært utfordrende. Samarbeid forutsetter tillit og aksept mellom fagpersonene som anser, respekterer og støtter hverandre i arbeidet (Skårderud, 2011). Det krever vilje og innsats fra begge parter, samt en ledelse som fasiliterer og legger til rette for samarbeid gjennom å avklare, utfordre og utvikle samarbeidskulturer.

Aamodt (2011) presenterer hvordan felles møteplasser, felles team og felles fagdager kan bidra til å overkomme utfordringer ved samarbeid. Her kan oppgavene defineres og forventninger avklares i fellesskap. Tilliten mellom fagpersonene øker gjennom å møtes og opprette mer personlige relasjoner. Felles anerkjennelse av samspillet mellom de ulike faglige perspektivene og å vise verdighet gjennom støtte, utgjør viktige forutsetninger for god kommunikasjon mellom de ulike fagpersonene (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 336).

Politiske retningslinjer

De politiske føringene synliggjøres gjennom strategier, veiledere og planer, og skaper rammer for det psykiske helsearbeidet, både nasjonalt og kommunalt. I denne delen redegjøres det for hvordan politikken virker inn på det psykiske helsearbeidet.

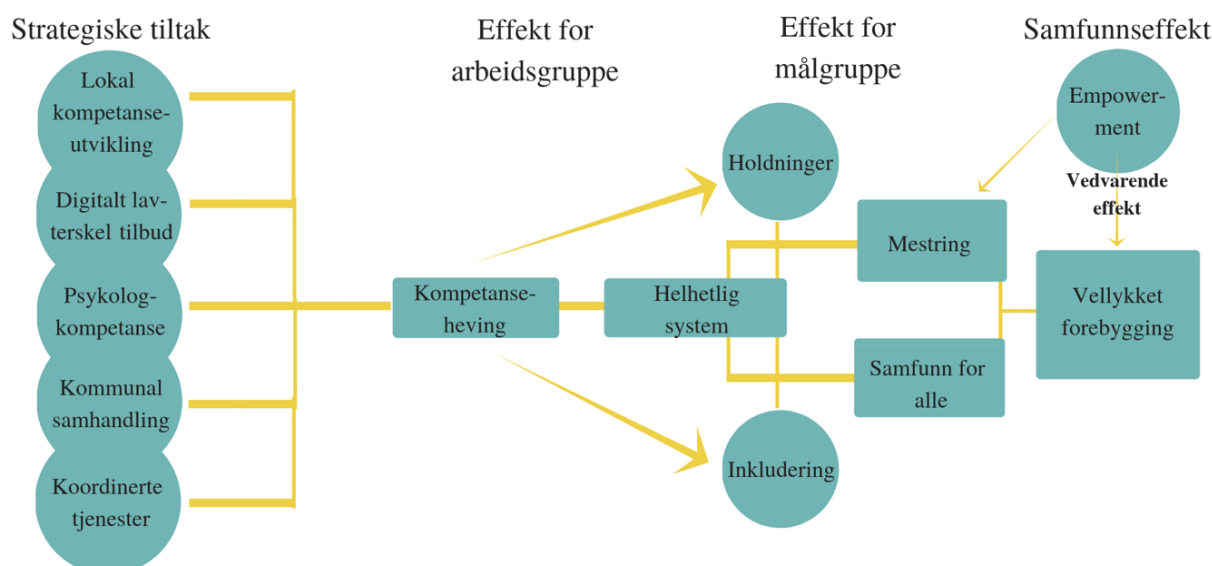
Omorganisering av det psykiske helsefeltet. Det psykiske helsefeltet har i løpet av de siste tiårene vært gjennom en enorm omorganisering. Sosial- og helsedirektoratet (2005) oppsummerer i sin veiledning opptrappingen av den forebyggende innsatsen, desentralisering av helsetjenestene og oppbyggingen av de kommunale tjenestene. Dette har bidratt til en organisering som i større grad vektlegger et samfunnspsykologisk perspektiv på skillet mellom psykisk helse og fysisk helse. Samhandlingsreformen fra stortingsmelding 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) bidro med å legge mye av ansvaret på kommunene, i det som i dag er organisert som en førstelinje til helsehjelp. Omorganiseringen har også bidratt til en større vektlegging av arbeid på systemnivå, for eksempel opplysningsarbeid og tiltak for å motvirke stigmatisering og diskriminering, tilrettelagt i brukernes nærmiljø. Dette er det Sosial- og helsedirektoratet kaller for et *målrettet, samordnet og faglig fundert arbeid*. Direktoratet peker også på utfordringer med omorganiseringen, der en tjenestep praksis som tungt vektlegger individperspektivet, skaper utfordringer for prioriteringen av systemarbeid.

Arbeidsmetodene og samarbeidet innad i kommunen påvirkes av organiseringen, og utfordringer her er ofte relatert til en type organisering som ikke har forutsetninger for å etablere robuste strukturer. Det kan for eksempel omhandle manglende kompetanse eller ressurser i tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Forebygging og tidlig innsats blir derfor tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene, der gapet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten øker. Med flere linjer til helsehjelp oppstår interessekonflikter mellom ulike typer helsepersonell som har ulike perspektiver på helse (Veggeland, 2017).

Hovedmålet med Samhandlingsreformen var å styrke forebyggingsarbeidet, tidlig intervensjon og utbygging av lavterskeltilbudene, med økt fokus på forebygging av psykiske lidelser. Med et sterkt fokus på tverrsektorielt arbeid vektlegges den psykososiale betydningen for lærings-, oppvekst- og arbeidsmiljø. Det helhetlig perspektivet på forebyggende arbeid står sentralt, men den lokalpolitiske forankringen i folkehelsearbeidet er avgjørende for praktiseringen av disse strategiene. Det psykiske helsetilbudet i kommunene er imidlertid ujevne og til dels utilstrekkelige utbygd flere steder i landet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Kommunene benytter ulike organiseringsformer i det psykiske helsearbeidet, i henhold til egne forutsetninger. Kapasitet, medisinsk kompetanse og

bemanning er avgjørende for kvaliteten på tilbudene som gis til brukerne, noe som ofte har en sammenheng med kommune størrelse og total kompetanse gjennom koordinert samordning (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Med en slik organiseringspraksis til grunn er kvaliteten i noen tilfeller overlatt til tilfeldighetene.

Politisk strategi for psykisk helsearbeid.



Figur 1: Figuren viser tolkningen av politisk strategi i kommunalt psykisk helsearbeid (Ween, 2017). De strategiske tiltakene er tenkt å gi en effekt for de ansatte i og brukerne av tjenestene, som videre er tenkt å gi en samfunnseffekt i form av vellykket forebygging. Målet er å skape en selvhjulpne befolkning som opplever mestring og inkludering i sitt lokalsamfunn.

I en gjennomgang av politiske dokumenter (Ween, 2018), ble sentrale kjennetegn ved politisk strategi for norsk psykisk helsearbeid kartlagt. Sosial- og helsedirektoratets veileder (2007), stortingsmelding 47 (2008) og regjeringens strategi for psykisk helse (2017) ble analysert ved hjelp av en tematisk strukturanalyse og videre tolket med bruk av hermeneutisk teksttolkning. Resultatet fra analysene og tolkningen viser at psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge er en kunnskapskrevende samfunnsoppgave som forutsetter modernisering og kompetanseløft. De politiske retningslinjene fokuserer først og fremst på individers oppnåelse av mestring på ulike områder i hverdagen ved hjelp av implementering av ny kunnskap i tjenestene. Målet er å legge til rette for et samfunn for alle.

I en rapport fra SINTEF (2013) belyses det hvordan de politiske retningslinjene fører mot en tjeneste som aktivt skal arbeide for folkehelsearbeid på systemnivå (Ådnes, Husum & Kaspersen, 2013). I den nyeste strategien forankrer regjeringen sine formål i globale og regionale handlingsplaner som legger føringer for hvordan psykiske lidelser skal forebygges

og behandles gjennom å gjøre psykisk helse til en likeverdig del av folkehelsepolitikken (Departementene, 2017).

Normalisering. Fokuset i kommunalt psykisk helsearbeid skal omhandle livskvalitet og ikke de psykiske lidelsene alene: «Ensidig fokus på psykiske plager kan også føre til økende sykeliggjøring av normale reaksjoner og følelser» (Departementene, 2017, s. 14). De politiske retningslinjene veileder derfor kommunene til å gripe det psykiske helsearbeidet på en måte som skaper normalitet rundt psykiske endringer i løpet av livet. Helsedirektoratet bygger opp under dette ved å beskrive psykisk helse som noe som omhandler hvorvidt man trives med seg selv og andre, og hvorvidt man klarer å håndtere hverdagens oppgaver og utfordringer (Helsedirektoratet, 2014).

Rollefordeling og organisering av tjenestene er de viktigste hjelpemidlene for å oppnå en endring i kommunal praksis som kan bidra til økt fokus på psykisk helse, sosiale og miljømessige forhold (Departementene, 2017, s. 49). Noen av de viktigste målene i det politiske arbeidet her har vært å lovfeste plikt for alle kommuner til å ha psykologkompetanse tilgjengelig innen 2020, øke samarbeidet mellom tjenestene og øke lavterskeltilbudet, eksempelvis gjennom videreutvikling av skolehelsetjenesten. Implementering av ny kunnskap bør være hovedstrategien for å følge opp disse målene, der samarbeidet på tvers av kommunene er grunnleggende for å støtte kunnskapsutvikling og oppnå nødvendig kompetanse for å drive langvarig oppfølging av barn og unge (Departementene, 2017, s. 43).

Tidlig innsats. Engasjementet fra skolene, barnehager og de primære helsetjenestene er svært viktig i tidlig identifisering av utfordringer fordi disse har «kontaktflate mot alle barn som gir en helt spesiell mulighet til å fange opp de som trenger hjelp» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 85). Et slikt fokus bygger på en holdning om at miljøet har en vesentlig innvirkning på utviklingen av psykisk helse. Fordi barn og ungdom er spesielt sårbare for risikofaktorer, bør forebygging av risiko skje så raskt som mulig. Lavterskeltilbud er en viktig del av den tidlige innsatsen og kan bidra til å hindre eller minske sjansene for utvikling av mer alvorlige problemer. Tilbudene skal være lett tilgjengelige og basert på brukernes behov. Uten krav om henvisning og lang ventetid, skal lavterskeltilbud være en vurdering av hjelpebehov, rådgivning og veiledning (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 50). Dette er en helt sentral del av praksisen i førstelinjen som kan begrense behov for hjelp ved senere tidspunkt og minke trykket på spesialisthelsetjenesten.

Kritikk. Regjeringens strategi for god psykisk helse (Departementene, 2017) kritiseres sterkt av Arne Holte (2017) som beskriver strategien som en ”politisk smørbrødtype sturt av

politiske tilfældigheter”. Han mener at strategien ikke presiserer hvordan man på en god måte konkret kan utforme kommunehelsetjenesten, spesielt når det gjelder oppgavemål og koordinering mellom tjenestene.

Befring & Moen (2017) postulerer at psykologisk fostring bør bli en klar forpliktelse – i likhet med den fysiske fostringen – og det må skje *nå* fordi det i stadig større grad rapporteres om psykososiale vansker blant barn og unge. Samhandlingsreformen tilrettelegger for at kommunen skal være den praktiserende arenaen for lokalt helsearbeid.

Ambisjonen som skisseres i Samhandlingsreformen om å skape det helhetlig pasientforløpet, forutsetter at kommunene sørger for helhetlig tenkning som inkluderer forebygging, tidlig intervensjon og tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging. Dette krever i sin tur en tydeligere politisk utforming.

Tidlig innsats og vilje til å få gjennomført tidlige intervensjoner er et ansvar som ligger hos politikere og ledere. Opptrappingen av den kommunale innsatsen i skole- og ungdomsalder blir likevel i mange tilfeller det Brekke (2005) omtaler som ”en brannslukking” av akutte tilfeller, sammenlignet med langsiktig forebyggingsarbeid. Det mangler kunnskap om den allmenne psykiske helsetilstanden, spesielt hos de yngste barna. Mål for å kunne kartlegge disse bør derfor utvikles (NOU 2019:3, s. 171).

Helsesykepleierens arbeid med psykisk helse

13. september 2018 skjedde det et bytte i stillingstittelen hos helsesøstre til det kjønnsnøytrale *helsesykepleier* (Barne- og likestillingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette skal bidra til å styrke yrkesgruppens utdanningsbakgrunn fra sykepleie med spesialisering innen helsefremmende og forebyggende arbeid. Jeg har derfor valgt å benytte den nye stillingstittelen. Dette hindrer også avsløring av identiteten til deltakerne som deltok i dybdeintervjuene. Begrepet om helsesøster var imidlertid brukt i intervjusituasjonen da intervjuguiden ble laget før denne endringen. I det meste av litteraturen er også den gamle stillingstittelen benyttet, og direkte sitater vil derfor fremdeles referere til helsesøster.

Helsesykepleierens rolle. I skolehelsetjenesten er helsesykepleieren først og fremst til stede i skolen der barn og unge oppholder seg store deler av hverdagen sin. Ifølge forskning gjort av Sand og Kvarme (2018) handler en stor del av helsesykepleierens rolle om å være en samtalepartner på lavterskelnivå, en lyttende voksenperson som elevene har tillit til. Det kan virke forebyggende å bli sett og hørt, tatt på alvor og få hjelp til å rydde opp i tanker og følelser. Gjennom empatisk og følelsesmessig støtte kan helsesykepleieren tjene til en rolle

som buffer for elevens nedture. Slik jobbes det med risikofaktorer som lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over eget liv, manglende mestringsevne, mobbing eller lettere psykiske problemer (Sand & Kvarme, 2018). Handlingsmetodene for dette arbeidet i praksis er imidlertid lite beskrevet i sentrale retningslinjer for helsesykepleierenes arbeid.

Som en viktig bidragsyter for helsefremmende og forebyggende arbeid, har helsesykepleieren også en rolle i systemarbeidet (Departementene, 2017, s. 48). Samarbeid mellom helsesykepleier, lærere og rådgivere blir viktig for å fange opp og hjelpe elever med behov, men også for å identifisere universelle behov. Dette forutsetter en god dialog mellom lærere og helsesykepleier.

I en studie av Moen (2017) ble helsesykepleiers opplevelse av arbeidet kartlagt. Å være tilgjengelig for ungdom er noe av det viktigste – å være synlig på skolen og ha en åpen dør. Som «en viktig og godt plassert fagperson i møte med ungdom», har helsesykepleieren et stort potensial for å gi barn og unge veiledning, tilstrekkelig kunnskap, riktige verktøy og tilpassede intervensjoner. Disse egenskapene er satt i sammenheng med årsaken til at ungdom føler at de kan henvende seg til helsesykepleieren om vanskelige forhold i livet. I studien kommer det også frem at jobben inneholder mye rutinearbeid og at mange helsesykepleiere opplever mangel på et godt sted for samtale. De etterspør spesielt opplæring i og veiledning knyttet til arbeidet med ungdom med psykiske plager (Moen, 2017).

I samarbeid med andre yrkesgrupper uttrykker helsesykepleierne et behov for å vise frem kompetansen sin fordi de tradisjonelt har hatt ensidig fokus på fysisk utvikling og helse (Moen, 2017). Moen fremhever hvordan «en helhetlig tilnærming og forståelse er helsesøstrenes styrke» i det psykiske helsearbeidet, og at fremfor spesialisert kunnskap, kan helsesykepleieren litt om litt av hvert. Det er i denne sammenhengen fremmet ønske om flere retningslinjer og krav til samarbeid med lærere for å skape et bedre grunnlag for kunnskapsutveksling.

Statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at helsesykepleieres arbeid i kommunen hovedsakelig er rettet mot barn i alderen 0-6 år, mens eldre barn i grunnskole og videregående skole har vesentlig lavere helsesykepleiertetthet (Kjelvik, 2007). Med andre ord avtar andelen barn som kontrolleres med alderen. Delmålet fra stortingsmelding nr. 20 (2006-2007), *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, er at tilgjengeligheten til skolehelsetjenesten skal økes, spesielt med fokus på tidlig identifisering og god oppfølging av barn og unge i risikogrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det er imidlertid stor forskjell mellom de ulike kommunene i landet når det gjelder tetthet av helsesykepleiere og

tilgjengelige tilbud. Statistikken viser at det er de minste kommunene som taper, og tilbudet om helsestasjon for eldre barn og ungdom er svakest her. Dette omhandler kommunal kapasitet og tilgang på ressurser som kompetanse og bemanning, der de minste kommunene ofte ikke strekker helt til. Dette på tross av at de mindre og desentraliserte kommunene har flere årsverk og bruker mer penger per innbygger (Kjelvik, 2007).

Videreutvikling av skolehelsetjenesten. Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten er én av strategiene i regjeringens nye plan for psykisk helse som gjelder fra 2017 til 2022 (Departementene, 2017). Disse tjenestene fremstår som spesielt viktige i tidlig avdekking og forebygging fordi de oppnår kontaktflate med alle barn og unge. I tilfeller der barn og unge har spesielle behov, kan lærerne motta støtte fra disse tjenestene fordi arbeidet med barn og unge må foregå både i og utenfor klasserommet. Samarbeid er derfor nødvendig for å skape gode resultater.

Undervisning og tverrfaglighet. I en undersøkelse gjennomført av Senter for helsefremmende forskning NTNU (Moksnes, Ringdal, Bjørnsen & Espnes, 2018) kommer det frem av 60% av ungdommene mener at skolehelsetjenesten fungerer bra eller svært bra. Helsepsykeleieren synes å være tilstrekkelig tilstede, og ungdom har tillit til henne eller han. De fleste i undersøkelsen svarer at de i stor grad har behov for åpen dør/individuelle samtaler og undervisning om psykisk, fysisk eller seksuell helse. Ungdommenes behov definerer helsepsykeleierens rolle.

Behovet for undervisning er i Trondheim kommune tatt videre i utarbeidelsen av et lavterskel og helsefremmende tilbud ved enkelte skoler, med fokus på å mestre hverdagsutfordringer. Tilbudet kalles MEST og bygger på tanken om at «kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse» (Bjørnsen et al., 2018). Dette tilbudet gis i form av seminarer og undervisning i regi av skolehelsetjenesten. Fra de videregående skolene som har fått denne utvidelsen av skolehelsetjenesten, er det rapportert om signifikant høyere kunnskap om psykisk helse og signifikant lavere stress knyttet til oppmøte på skolen (Moksnes et al., 2018).

Videreutvikling av skolehelsetjenesten inkluderer også et tverrfaglig fokus på alle års- og klassetrinn. Gode overganger mellom barnehage og skole, grunnskole og videregående skole skal sikres gjennom undervisning i sentrale tema og samarbeid mellom blant annet helsepsykeleier, fysioterapeut, ergoterapeut, skolelege og psykolog (Sundstrøm, 2017. s. 20). Undervisningen inkluderer aktuelle problemstillinger ved det bestemte alderstrinnet og omhandler alt fra press, vennskap, pubertet og trivsel, til aktivitet, søvn, mat, graviditet, ansvar og grensesetting. Dette forutsetter en kunnskapsbasert skolehelsetjeneste der

helsesykepleier ofte blir koordinator og daglig kontaktperson for elevene (Bjørnsen et al., 2018).

Fra det man kjenner til, oppstår det positive virkninger av å styrke tverrfaglig kompetanse i skolen, gjennom utbygging av skolehelsetjenesten og etablering av flerfaglige grupper knyttet til skolen (NOU 2019:3, s. 199). Spesielt synes det å være støttende for lærerne, som med stadig større faglig fordypning og spesialisering får et økt behov for et reelt flerfaglig team rundt seg for å ivareta sitt samfunnsoppdrag. NOU-utvalget mener at skolen i mye større grad bør unytte relevante ressurser utenfor skolen som finnes i primærhelsetjenesten (NOU 2019:3s. 200). Dette vil både kunne legge til rette for bedre utnyttelse av de totale kommunale ressursene, men også forenkle observasjon og utredning for å sikre raskere og mer tilpasset støtte gjennom at teamet faktisk er der barna befinner seg store deler av tiden (NOU 2019:3, s. 200). Lederansvaret for hele skolehelsetjenesten bør i tillegg være entydig plassert for å skape best mulig samarbeid.

Tidligere studier viser at skoler som benytter tverrfaglige team samarbeider mer med PP-tjenesten og hjem. Disse har færre henvisninger til skolepsykologtjenesten og færre henvisninger av barn med atferdsvansker (Anthun & Manger, 2006). En styrket tverrfaglig kompetanse i skolen gjennom utbygging av skolehelsetjenesten knyttes derfor til positive virkninger: «Et større mangfold av profesjonsgrupper og tjenester i skolen med et godt tverrfaglig samarbeid er trolig viktig for å bruke ressursene effektivt» (NOU, 2019:3, s. 154).

Utfordringer.

Helsesykepleierrollen i tverrfaglig arbeid. Behovet for å utvikle tettere samarbeid mellom Barne- og familietjenesten og barnehagen ble identifisert i en studie av Teige og Hedlund (2016), som også peker på viktige utfordringer ved helsesykepleierrollen i tverrfaglig arbeid. De rapporterer i studien at helsesykepleierne opplevde seg selv som premissleverandører for samhandlingen med barnehagelærerne, og at det er mange fordeler ved slike tverretatlige samarbeid. Studien viser blant annet hvordan barnehagelærerne er en positiv referansegruppe for helsesykepleierne. Dette gir helsesykepleierne en økt forståelse for eget arbeid med brukerne. Et slikt samarbeid synes å styrke rolleidentiteten hos helsesykepleiere, noe som skaper større bevissthet rundt egne preferanser og spesifikt fagfelt (Teige & Hedlund, 2016). Likevel synes slike tverrfaglige samarbeid å oppleves som utfordrende fordi likeverdige, men ulike roller, møtes uten spesiell innsikt i hverandres kompetansegrunnlag.

Samarbeidet med lærerne i skolen er en annen sentral utfordring. Tradisjonelt er både læreryrket og helsesykepleieryrket profesjoner som jobber mye alene med ansvar for sine områder. Dette oppleves som et hinder for samarbeid, og helsesykepleierne rapporterer at det oppleves som en utfordring å bli akseptert som samarbeidsparter (Larsen, Christiansen & Kvarme, 2016). Å forstå hverandres profesjoner og anerkjenne hverandres kompetanse i et tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for utvikling av gode tverrfaglige samarbeid. Vellykket samarbeidssystem må også nødvendigvis være forankret i ledelsen (Galvin & Erdal, 2013).

Helsesykepleierens fagidentitet skiller seg fra lærernes og de øvrige skoleansatte, og følelsen av å tilhøre et fellesskap på arbeidsplassen går tapt fordi skolehelsetjenesten er organisert utenfor skolen med en annen arbeidsgiver (Larsen et al., 2016). I tillegg er mange helsesykepleiere ansatt på flere skoler, noe som synes å forsterke fraværet av tilhørighetsfølelsen. Flere helsesykepleiere rapporterer at de føler seg ensomme og overlatt til seg selv når det gjelder å finne sin plass og etablere samarbeid. Mange opplever lærerne som veldig travle og at tverrfaglige møter ble en belastning for lærerne (Larsen et al., 2016).

Store kompetanseforskjeller mellom de ulike faggruppene som inngår tverrfaglige samarbeid kan skape utfordringer (NOU 2019:3s. 201). God utnyttelse av potensialet i kommunens samlede tverrfaglige kompetanse, forutsetter en profesjonell kommuneledelse. For å sikre systemorientert innsats i det psykososiale miljøet i alle skoler og barnehager, fremlegger utvalget et forslag til krav om tverrfaglig samarbeid i selve kommuneloven. Oppsummerende påpekes det i rapporten at et godt og inkluderende læringsmiljø ikke bygges gjennom enfaglig kompetanse.

En generell utfordring med tverrfaglig samarbeid i kommunal psykisk helsetjeneste er at det kan få et rutinemessig preg, noe som implisitt kan legge premisser for å hindre utvikling i arbeidet. NOU 2019:3 peker for eksempel på at det rutinemessige ved samarbeidene kan være grunnen til at ansatte i primærhelsetjenesten ofte utelukkende ser på individbetingede årsaker til vansker (NOU 2019: 3, s. 154). I samarbeid der profesjonene er for like, kan for eksempel den diagnostiske kulturen få godt fotfeste. Det kan også handle om institusjonelle tradisjoner for å individualisere vanskene. En annen viktig årsak til det entydige individrettede fokuset er at skolen, som forholder seg til opplæringsloven, ikke plikter seg til systemrettet arbeid, slik som skolehelsetjenesten og andre kommunale tjenester. Disse forholder seg i større grad til Helse- og omsorgsdepartementets forskrifter (NOU 2019: 3, s. 154).

Helsesykepleierens ressurser. I studien til Moen (2017) kommer det frem at mange helsesykepleiere opplever manglende tilfredshet med egen kompetanse om psykisk helse. Opplevd kompetanse øker noe med erfaring og alder, men faglig robusthet ligger til grunn for å møte kravene fra et samfunn i endring. Kunnskapsutveksling er en forutsetning for å kunne møte utfordringene i helsetjenestene. Ifølge Algen og Olsen (2018) handler utfordringen om en mangel på «et felles språk for hva kvalitet i tjenestene handler om og oppfattelse av helsesøstrenes samfunnsmandat».

Helsesykepleieren er pålagt å samarbeide med skolen og bidra til å fremme et godt psykososialt lærings- og arbeidsmiljø. Vanlige arbeidsoppgaver er veiledning og henvisning av barn og unge, men også å bistå i undervisning når skolen ønsker det og være tilgjengelig for elever og lærere. Helsesykepleieren står i en særstilling sammenlignet med øvrig skolepersonale når det kommer til kompetanse om helse og med taushetsplikten de har, noe som også medfører noen utfordringer. I en studie publisert i Nordisk tidsskrift for helseforskning ble det funnet flere kilder til utfordringer hos helsesykepleieren som påvirker hvordan de løser disse oppgavene (Larsen et al., 2016). Helsesykepleierne rapporterer at de ønsker å fremstå som et tilgjengelig lavterskeltilbud, men at de ofte sliter med å få tiden til å strekke til. Å være tilstede for elevene står øverst på prioriteringslisten, men ofte opplever de å ha for liten kapasitet til forebygging fordi tiden brukes til såkalt «brannslukking» av akutte tilfeller. Tidspress med vanskelige prioriteringer er en stor utfordring blant helsesykepleierne i skolehelsetjenesten (Larsen et al., 2016). Ifølge Moksnes og kolleger (2018) brukes helsesykepleieren til det meste, alt fra vaksiner og å gi resepter, til å gi råd og veiledning. Ungdommene i studien ønsket seg flere helsesykepleiere, men å kunne være fast hos den samme.

Anbefalinger og forslag til tiltak. NOU-rapporten «Nye sjanser – bedre læring» legger frem en rekke anbefalinger til forbedringer av dagens skolehelsetjeneste. Eksempelvis er det forslått en utvidelse av dagens datakilder om utvikling og læring fordi dagens informasjon ikke er gjort tilgjengelig for forskning og gir et for svakt kunnskapsgrunnlag for å oppfylle samfunnets kunnskapsbehov om barn og unge (NOU 2019:3, s. 171). Gjennom bruk av det nye KPR (kommunalt pasient- og brukerregister) kan data fra helsestasjonene og skolehelsetjenesten inngå i forskning som kan styrke kunnskapsgrunnlaget i barnehager, skoler, PP-tjenesten og andre tjenester som skal vurdere og gi tilbud til barn og unge med ulike vansker. Normalitetsbegrepet er spesielt fremhevet og satt opp mot hvordan dagens kunnskapssituasjon viser en mangelfullhet som snevrer inn normalitetsbegrepet på en måte

som kan hindre en opplyst offentlig debatt. Utvalget påpeker i tillegg at bedre data og forskning kan effektivisere ressursutnyttelsen i skolen, spesielt med tanke på tilbud til de som har lærevansker eller andre utfordringer i skolen (NOU 2019:3, s. 171).

Videre er det i rapporten lagt vekt på godt fungerende tverrfaglig samarbeid og god forankring i skolens ledelse for å få gjennomført tiltak rettet mot hele det psykososiale miljøet (NOU 2019:3, s. 22). Økt helsefaglig kompetanse i skolen viser positive resultater, og yrkesgrupper fra andre kommunale helse- og omsorgstjenester kan bistå lærernes kompetansebehov i undervisningen i tverrfaglige tema innen folkehelse og livsmestring (NOU, 2019:3, s. 25). Utvalget foreslår derfor å innføre krav om tverrfaglig samarbeid i kommuneloven for å sikre systemorientert arbeid med det psykososiale miljøet (NOU 2019:3, s. 202).

Utvalget peker på god forankring i skolens ledelse som avgjørende å få gjennomført tiltak rettet mot hele det psykososiale miljøet. God ledelse er også en forutsetning for at bedre retningsvalg og prioriteringer av de totale kommunale ressursene skal kunne oppnås gjennom et strengere krav i særlovgivning til tverrfaglig samarbeid (NOU 2019: 3, s. 200). Utvalget mener likevel også at et nytt lovkrav bør rettes mot at de tverrfaglige teamene skal jobbe systemorientert med det psykososiale miljøet, og støtte enkeltelevers læring og utvikling (NOU 2019: 3, s. 200).

Psykologer i førstelinjen

Psykologrollen i kommunehelsetjenesten. Psykologen har lenge vært til stedet i kommunen, i hovedsak i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten) og barnevernet. Psykologene i disse tjenestene arbeider i stor grad med sakkyndigarbeid og pedagogisk veiledningsarbeid. Med stadig økende fokus på forebyggende arbeid, omorganiseringer og opprettelse av en førstelinje til helsehjelp, øker også antallet psykologer i øvrige kommunale tjenester. Kommunepsykologen arbeider i all hovedsak med forebygging, utredning og behandling. Når kommunene i stadig større grad får ansvar for utvikling av forebyggende tiltak og tidlig intervensjon, må fokuset på å fremme helse og forebygge helseproblemer også øke. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) la frem hvordan tjenestene i kommunen må endre sitt fokus i arbeidet fra individ til system, noe som krever en rolle med god kapasitet og kompetanse, tilpasning og fleksibilitet. I arbeidet med psykisk helse, rus og traumer skal kommunepsykologen motvirke frafall i skolen og bidra til brukernes helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2016, s. 9). Kommunepsykologenes oppdrag bygger på hvordan de kan bistå kommunen med kompetanseheving, råd, veiledning og tidlig

hjelp. Gjennom utredning og behandling følger de et pasientforløp, som til forskjell fra fastlegen, ikke er listebasert, men skal gi mulighet for lavterskel oppfølging og kanalisering av henvendelser videre til andre i psykisk helsetjeneste (Imenes, 2018, s. 23). I tråd med psykologens profesjon følger ansvar, plikter og helsefaglig norm.

Et nytt tilskudd av psykologer i kommunen skal bidra til økt kvalitet innen flere felt (Heggeland et al., 2013, s. 9). Det reises imidlertid spørsmål om hvorvidt Samhandlingsreformens skisse for kommunal organisering bidrar til økt kompetanse og samarbeid slik det var tenkt. Kommunepsykologen i førstelinjen er en viktig del av dette bildet, men rollen knyttes også til fokuset i deres profesjonsutdanning. Sosial- og helsedirektoratet (2005) peker spesielt på deres manglende forebyggingskompetanse og fravær av normalpsykologisk fokus. Imenes (2011) mener at et samarbeid mellom PP-tjenesten og kommunepsykologene vil sikre psykologfellesskap og faglig støtte i saker som omhandler barn med psykiske lidelser. Kommunepsykologene har blant annet mye å lære av psykologene i PP-tjenesten når det kommer til kartlegging og tiltaksgjennomføring for spesielle behov. Dette er argumenter som støtter opp under en tankegang om syntetisering av behandlingsperspektivet og forebyggingsperspektivet.

Et annet viktig spørsmål er hva som skjer i en kommune når psykologen tillegges så mye ansvar i tjenestene, og kommunen ikke har tilstrekkelig tilgang på psykologressurser. Selv om målet er at alle kommuner innen 2020 skal ha en slik ressurs, vil noen kommuner måtte samarbeide på tvers av kommunegrensene for å oppnå kravet (Departementene, 2017).

Modellutprøving og evaluering. Kommunepsykologenes virksomhet er per i dag ikke spesifikt forankret i lover og regler slik de er hos for eksempel psykologer ansatt i PP-tjenesten og barnevernet. I kommunepsykologsatsningen beskriver Nasjonalt forskningsinstitutt kommunepsykolog-rollen som svært allsidig med arbeidsoppgaver innen flere former for forebygging: Behandling, lavterskeltilbud og intervensjoner, og forebyggende universelle tiltak som på kan sikt kan føre til bedre folkehelse (Heggeland et al., 2013). Oppgavene er mange og udefinerte, og befinner seg i krysspunktet mellom ulike former for praksis. Kommunepsykologenes tenkte funksjon drukner i mer akutte arbeidsoppgaver, og rapporten til Folkehelseinstituttet argumenterer for at en konkret rolleavklaring er nødvendig for at kommunepsykologene skal kunne jobbe mer målrettet (Heggeland et al., 2013, s. 6).

Kommunepsykologene skal i hovedsak forholde seg til regelverk om familievern og journalføringer som gir en slags rolleavklaring, men prioriteringene i arbeidet etter et befolknings- og folkehelseperspektiv bør defineres grundigere (Heggeland et al., 2013, s. 31).

Etter psykologutprøvingen etterspør Helsedirektoratet (2016, s. 5) mer helsefremmende og forebyggende helsearbeid, mens brukerne etterspør større tilgjengelighet til behandling i lokalsamfunnet. Helsetilsynet vil ha mindre fokus på medisiner og mer fokus på deltakelse, mestring og inkludering. På den andre siden har samfunnet behov for spesifikk kompetanse og oppdatert rolleutforming (Schjødt, 2013). Det er en stor utfordring for kommunepsykologene å skulle imøtekomme alle disse forventningene.

Arbeidsforskningsinstituttet oppsummerer i evalueringen av modellutprøvingen av psykologer i kommunehelsetjenesten, at tilskuddet av psykologer i kommunen forvalter psykologisk kompetansen gjennom forståelse og autoritet over egen rolle (Fossestøl & Skarpaas, 2013). Reflektert forståelse over egen kompetanse og autoritet over egen rolle knyttes til indre motivasjon hos disse psykologene, der henvisning til spesialisthelsetjenesten skjer i redusert omfang. Det er disse psykologene som klarer å opprettholde den faglige kvaliteten i tjenesten, selv om deres tjeneste ikke er spesialisert. Ønsket om flere psykologer i kommunen er i hovedsak politisk og administrativt forankret, men kommunepsykologstillingene er likevel i liten grad en bestemt rolle. Dette står i kontrast til modellens visjon om en dynamisk og kunnskapsorientert rolle med høy grad av formell organisering (Fossestøl & Skarpaas, 2013).

Ifølge SINTEF sin evaluering skal kommunepsykologenes arbeid i utgangspunktet handle om kommunal kartlegging, folkehelsearbeid, tidlig intervensjon og identifisering (Ådnanes et al., 2013). Behandling av lettere moderate lidelser, rehabilitering og oppfølging av psykiske lidelser er en del av dette arbeidet, som videre forutsetter tverrfaglig arbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutvikling. I kartleggingen av forholdet mellom behandlingsrettet og folkehelserettet fokus blant psykologene ble det funnet en tendens til betydelig større vektlegging av behandlingsrettet arbeid (Ådnanes et al., 2013). Selv om kommunepsykologene rapporterte at de ønsket å arbeide mer folkehelserettet, ønsket de også mer tid til behandling av enkeltbrukere. Opplevd rolle kan ha sammenheng med psykologens bakgrunn og spesialisering, men krysspresset mellom umiddelbare og synlige behov for helsehjelp og langsiktig folkehelsearbeid former en kommunepsykologrolle som først og fremst er betinget av innbyggernes og tjenestens behov og forventninger (Fossestøl & Skarpaas, 2013).

SINTEF-evalueringen foreslår å benytte psykologene i mer ledende og rådgivende stillinger innen kommunens helseadministrasjon, men fordi få psykologer rapporterer at de ønsker å redusere behandlingsrettet aktivitet kan dette bli vanskelig å implementere (Ådnanes et al., 2013). Dette har også sammenheng med det store behandlingsbehovet. Psykologens

rolle i kommunehelsetjenesten er fremdeles i utvikling, og arbeidsoppgavene er fremdeles uklare. Behov og psykologressurser må vurderes videre dersom målet skal være å flytte tyngdepunktet i psykisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratets rekrutteringstilskudd har i første omgang ført til flere psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid, selv om psykologenes kompetanse først og fremst fremdeles benyttes i behandling av enkeltbrukere (Ådnanes, et al., 2013).

Opplivede utfordringer blant kommunepsykologene. Mange som arbeider med psykisk helse blant barn og unge står i spenningsfeltet mellom individrettet arbeid og behandling, og forebyggende arbeid på systemnivå. Sentrale måldokumenter for arbeidet krever innsats på begge områder, og utfordringen kan ofte være å få til et godt «både og-arbeid» (Imenes, 2018, s. 31). Spesielt i mindre kommuner kan det være vanskelig å skaffe tilstrekkelig med ressurser og tilgjengelig kompetanse. Rolleutformingene og arbeidsstillingene kan derfor være fleksible, men uklare. Leger, helsesykepleiere og psykologer blir nøkkelpersoner med flere roller i dette arbeidet.

I artikkelen “kommunekuren” uttaler president i Norsk Psykologforening, Tor Levin Hofgaard, at det å ha kompetanse på et fagfelt i seg selv ikke kan gi føringer for arbeidet. Psykologenes terapi- og behandlingskompetanse kan ikke alene være avgjørende for at arbeidsoppgavene utelukkende skal handle om terapi av enkeltindivider (Hofgaard, 2015). Samfunnsbehovet må skape de overordnede rammene for hvordan psykologene skal arbeide i sin kommune. I dag betyr det å tilegne seg et normalpsykologisk perspektiv og å forstå psykiske lidelser i sammenheng med samfunnsproblemer (Hofgaard, 2015).

Gjennom den nye politiske strategien fra regjeringen (Departementene, 2017) vil politikerne ha flere psykologer i arbeidet med barn og unge. De understreker spesielt viktigheten av at tjenestene skal oppleves som helhetlige og at de primære oppgavene som er viktig for videre arbeid ikke må neglisjeres og forsvinne i mengden av andre arbeidsområder. Det politiske fokuset har i stor grad styrt psykologenes plass i systemet og deres betydning for det psykiske helsearbeidet (Heggeland et al., 2013, s. 29).

Idégrunnlag i kommunalt psykisk helsearbeid

Sammenhengen mellom arbeidsforståelse og arbeidspraksis, omhandler forholdet mellom det kognitive og atferdsmessige. Det ene aspektet påvirker det andre og omvendt, og sannsynligvis er dette forholdet nokså sammensatt. Atferd er i stor grad styrt av våre holdninger, forståelse og verdier, uten at dette alltid er bevisst i en travel arbeidshverdag (Kaatrop, Holte & Hummelvoll, 2003, s. 7).

I kommunalt psykisk helsearbeid handler dette om hvilke hensikter som ligger til grunn for målsettingene med arbeidet (Ottosen, Holte & Hummelvoll, 2003, s. 47). Hensiktene kan sees på som et resultat av grunnleggende tanker og verdier i organisasjonen og hos de ansatte, også kalt idégrunnlag. I denne delen skal vi se nærmere på hva som ligger til grunn for hensiktene som det psykiske helsearbeidet bygger på.

Verdi-faktoren. Ingar Kaldal definerer i et arbeidshistorisk perspektiv verdier som «det en ser som positivt, fint, rett og godt» (Kaldal, 1994, s. 103). I et verditeoretisk perspektiv argumenterer Furnham (2005) for at arbeidsrelatert atferd kan være motivert av verdier, der verdiene gir implikasjoner på at et gitt utfall eller en atferd er å foretrekke. Begge disse definisjonene av verdifaktoren peker i retning av at forholdet mellom verdi og motiv er enveis, der motivet kan bli en konsekvens av verdien. For en arbeidsgruppe kan verdiene både være individuelle og felles.

Verdier finnes på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå, og danner grunnlag for felles normer som inngår i organisasjonskulturen (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 363). Verdiene kan sees på som abstrakte idealer som danner grunnleggende prinsipper og generelle overbevisninger i arbeidet. De sier noe om hva som er riktige handlinger og ideelle mål og tilstander i arbeidet. Kaufmann og Kaufmann (2015) trekker definisjonen videre til å gjelde standarder man følger i arbeidet, motiver, ideelle planer og en måte å opprettholde eller øke selvfølelse hos de ansatte i jobben.

Jobbverdier. Når det gjelder verdier i sammenheng med arbeidsliv finnes det ulike definisjoner knyttet til både holdninger og motivasjon i arbeidet. Pennings (1970) definerer jobbverdier som en sammensetting av holdninger og meninger som individet benytter i vurderinger av jobben sin og arbeidsmiljøet sitt. Han benytter et jobbverdi-system for å forklare hvordan ansatte i stor grad er påvirket av sitt yrke og sin utdanning, medlemskapsgrupper og forventningsmønstre fra samtidige sosialiseringprosesser. Dette systemet er et viktig element i den enkeltes referanseramme, og slik dannes ulike jobbverdier på tvers av ulike yrkesgrupper, men også innad i de samme yrkesgruppene. Herzberg på sin side, argumenterer for at jobbverdier mer generelt representerer motivasjonsaspekter som motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer (Herzberg, 1959). Disse motivasjonsaspektene kommer vi tilbake til i delen om jobbtilfredshet. Kaufmann og Kaufmann (2015) skiller mellom *indre jobbverdier* som er knyttet til jobbens innhold, og *ytre jobbverdier* som er knyttet til konsekvensene som jobben medfører. Jobbverdier knyttes derfor til noe som blir rettleidende for den etiske jobbatferden.

Organisasjonskultur. Verdifaktoren er en essensiell del av organisasjonskulturen, som kan defineres som «grunnleggende verdier og antakelser knyttet til virkelighetsforståelse og måter å gjøre ting på» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 367). Kulturen i organisasjonen har viktige funksjoner som å styrke de ansattes identitetsfølelse, skape retningsgivende mening og stabilitet i jobbatferden, samt skape forpliktelse til arbeidet gjennom engasjement (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 364). Organisasjonskulturen manifesterer seg i organisasjonsklimaet som gir et ytre uttrykk for kulturen (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 367). De komplekse prosessene i organisasjonens «indre liv» kan forklares av summen av organisasjonskulturen, -klimaet og -verdiene.

En jobb eller en rolle i en organisasjon kan ofte inneha flere ulike oppgaver, og den ansattes praksis kan være sammensatt av flere ulike måter å gjøre en jobb. I kommunalt helsearbeid har mange yrkesgrupper faglige retningslinjer å forholde seg til. Disse kan si noe om organisasjonens samfunnsoppdrag, om tjenestens fagområde og yrkesgruppens eller fagpersonens arbeidsområde. Politiske strategier gir som vist, også en viss frihet og fleksibilitet til å benytte mer dynamiske arbeidsstrategier. I kommunalt psykisk helsearbeid har vi sett at dette kan skape et vekselspill mellom selvstendig arbeid, faglig-, tverrfaglig- eller tverretatlig samarbeid. Spesielt innen helsearbeid blir ofte brukeren en viktig del av arbeidsprosessen, noe som forutsetter samarbeid og dialog med tjenestebrukeren. Verdier som omsorg, fortrolighet og tillit blir derfor sentralt i de kommunale tjenestene (Hummelvoll, 2004, s. 86).

Kulturen i organisasjonen setter rammer for praksisen, og Ottesen og kolleger (2003) skisserer hvordan verdier i organisasjonen blir retningsgivende for tjenestene. Verdiene får en funksjon i det kommunale helsearbeidet gjennom å være en kilde til inspirasjon, fungere som veiviser, bidra til kontroll og rettferdig fordeling av ressurser, og skaper forpliktelse. Videre argumenterer de for hvordan dette bør være en god grunn til å jevnlig føre verdibaserte samtaler i tjenesten som en del av kvalitetssikringen i tjenesten.

Verdigrunnlaget i helsetjenesten. Grunnleggende verdier i helse- og omsorgstjenesten beskrives som «det som gir mest mulig helse i befolkningen over tid (NOU 2018:16, s. 24). Denne generelle verdien er i tråd med velferdsstatens verdi om likeverdige tilgang til helse- og omsorgstjenester, og ligger til grunn for tjenestens utforming og utførelse (NOU 2018: 16, s. 23). Verdiene kommuniseres på en måte som åpner for ulike tolkninger, med bred samfunnsmessig tilslutning på tvers av politiske skiller. Viktige innholdsmessige detaljer er at borgerne etter behov skal motta likeverdige tjenester uavhengig av sosioøkonomisk status, kjønn, identitet og tilstand,

og at helsepersonell både har et ansvar for å hjelpe den enkelte pasienten og et ansvar for helheten i tjenesten (NOU 2018: 16, s. 24). I tråd med disse elementære verdiene skal prioritering i arbeidet praktiseres på en måte som ivaretar relasjonen mellom helsepersonell og pasient. I tillegg er verdigrunnet i helse- og omsorgstjenesten et uttrykk for sentrale lover og formålsbestemmelser.

Kommunale verdier. Verdibegrepet i kommunalt arbeid omhandler hvilke kvaliteter de ansatte tillegger intensjonen bak arbeidet sitt. «Verdiene er et *ideelt* uttrykk for hva som skal kjennetegne kulturen i kommunens psykiske helsearbeid, og dermed være retningsgivende for de tjenester som brukeren skal forvente å kunne møte i kommunen» (Ottosen, et al., 2003, s. 13).

Kommunene har ofte et overordnet verdigrunnlag som har betydning for hvordan de ansatte forstår arbeidet med psykisk helse. Trondheim kommune skisserer følgende for sitt kommunale arbeid: «Verdiene våre skal være retningsgivende for arbeidet vi gjør og for hvordan vi løser samfunnsoppdraget vårt. Vi er en åpen kommune som opptrer i samsvar med våre verdier: Åpen, kompetent, modig.» (Trondheim kommune, 2012, s. 1). Innenfor disse verdiene vektlegges nyskaping, samhandling, relasjon mellom kommune og befolkning, samt utvikling og innovasjon. I praksis betyr det at Trondheim kommune søker å forbedre og utvikle seg gjennom å tenke nytt og legge til rette for tverrfaglig samarbeid (Trondheim kommune, 2012, s. 3). Felles innsatsområder for utviklingen som koordinerer enheter og områder i kommunene er blant annet tidlig innsats, sykefravær og ledelse. De søker også å være en sentral del av befolkningen gjennom åpenhet og mulighet til medvirkning.

Som andre kommuner i Norge, må Trondheim kommune også forholde seg til sentralgitte forskrifter og lover som omhandler ansvar, plikter og rettigheter (Hummelvoll, 2004, s. 533). Sammen med kommunens egne verdier, skapes verdier hos de ansatte, som i sin tjeneste og rolle forstår arbeidet med psykisk helse på sin egen måte. Bevissthet hos den enkelte rundt egne verdier gir selvinnsikt og synes å være nødvendig for å for eksempel oppnå godt samarbeid med brukerne. Hummelvoll (2004) peker på hvordan en formell retningslinje om aktiv brukermedvirkning og samarbeid mellom ulike etater fører til endring i den profesjonelle rolleforståelsen. Fremfor at fagpersonen skal være eksperten i samarbeidet, vektlegges personlig refleksjoner omkring hva arbeidet omhandler. Disse er ofte farget av de ansattes personlige erfaringer.

Verdigrunnet kan likevel miste sin verdi dersom de ikke kommuniseres høyt blant de ansatte. Over tid kan det forventes at verdiene vil oppleves som fremmede blant de ansatte

og at eierforholdet til jobben de utfører svekkes (Ottosen et al., 2003, s. 37). Forståelsen for verdiene og hvordan de håndheves i praksis påvirkes av de daglige utfordringene som håndteres innenfor tjenestens bestemte områder. Det er derfor viktig å klargjøre en felles forståelse for hvordan verdiene håndheves spesielt i de utfordrende situasjonene (Ottosen et al., 2003, s. 40). En felles utvikling krever ydmykhet, vilje og evne til samarbeid, og at den enkelte tar sin del av ansvaret i å uttrykke sentrale verdier i det daglige arbeidet i møte med brukerne. Samsvaret mellom uttrykte verdier og handlinger er også viktig for å skape tillit mellom ledere og ansatte, som igjen er en forutsetning for å oppfylle organisasjonens potensial (Argyris & Schön, 1974).

Holdninger. Tanker og følelser man har om arbeidet man står i og utfører, handler om de kognitive og affektive aspektene ved holdningene våre, og påvirkes ofte av konteksten de fremkommer i (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 91). De overbevisningene man har om egenskaper ved holdningsobjektene utgjør den kognitive komponenten. Den affektive komponenten baserer seg på sin side på følelser og verdier som ligger til grunn for våre vurderinger (Aronson, Wilson & Akert, 2014, s. 200). En annen viktig del av holdninger er handlingskomponenten – hvor tilbøyelig vi er til å gjøre noe (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 289). Holdninger danner et viktig grunnlag for intensjonen for en handling. I samspill med subjektive normer og opplevelse av atferdsmessig kontroll, er det spesielt i sosialpsykologien teoretisert at man kan predikere robuste intensjoner med en påfølgende tro som leder til atferd (Ajzen, 2011).

Holdningsbegrepet synes også å være et viktig grunnlag for å kunne beskrive *jobbholdninger* som har sterk sammenheng med trivsel og forpliktende engasjement i jobben (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 287).

Jobbholdninger. Holdninger beskrives generelt som en psykologisk tilstand som gir objekter, situasjoner og mennesker i omgivelsene våre mening og relevans (Kaufmann og Kaufmann, 2015, s. 287). Holdningene kan påvirkes av mer dyptliggende verdier, eller det forfatterne beskriver som «abstrakte idealer», og utgjør tilsammen uttrykte holdninger eller våre meninger. I denne konteksten omhandler *jobbholdninger* «relativt konsistente tanker, følelser og handlingsintensjoner tilknyttet ulike sider ved jobben» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 291). Disse kan være eksplisitte eller implisitte, og skaper vurderende og følelsesmessige reaksjoner i jobben. Holdninger knyttes også til prioriteringer i den daglige arbeidspraksisen, og der refleksjon over beslutningsprosessen bak disse prioriteringene kan bidra til å gjøre idégrunnet meningsfylt for den enkelte (Ottosen et al., 2003, s. 12). Først

når disse er bevisstgjorte, kan verdigrunnlaget bli et hjelpemiddel for god planlegging og gjennomføring av arbeidet i henhold til organisasjonens intensjoner. Kaufmann og Kaufmann trekker videre en sammenheng mellom jobbholdninger, trivsel og engasjement.

Jobbforpliktelse: Personlig indre arbeidsmiljø. Jobbforpliktelse er en jobbholdning som skaper forutsetninger for jobbtilfredshet. Det betyr at den ansatte må forplikte seg til arbeidet for å oppleve arbeidsglede og engasjement. Slik dannes grunnlaget for individuell vekst og læring i organisasjonen. De personlige rammene for jobbtrivsel påvirkes av individuelle prosesser som motivasjon, opplevelser og følelser i jobben. Et samsvar mellom subjektive opplevelser og fremskritt i jobben handler om samsvaret mellom indre og ytre arbeidsmiljø. Dette gir grunn til å tro at det finnes en sammenheng mellom motivasjon, velvære, og fremskritt i jobben (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 322). Ansattes evne til å arbeide effektivt på tross av motgang i indre eller ytre arbeidsmiljø betegnes derfor som *arbeidsresiliens*, som henviser til en evne til å håpe i arbeidet for å kunne fortsette å jobbe for å nå målene.

Jobbforpliktelsen i seg selv refererer til den emosjonelle og funksjonelle tilknytningen man har til arbeidsplassen sin. Forpliktelse er et ofte brukt mål på holdninger, men der jobbverdier på sin side kan opptre som uavhengig av jobbholdningene (Elizur & Koslowsky, 2001). Jobbverdier og jobbforpliktelse fremstår dermed som to ulike domener, men er moderat tilknyttet til hverandre gjennom parallellen mellom organisatorisk belønning og viktige jobbverdier hos de ansatte. I tillegg finnes det et sannsynlig gjensidig forhold mellom jobbforpliktelse og jobbtilfredshet (Elizur & Koslowsky, 2001).

Jobbtilfredshet. For å forklare de mulige sammenhengene mellom holdninger, trivsel og engasjement, legges *innholdsteorier* til grunn. Disse handler om hvordan tilfredshet påvirkes av personlige forventninger, behov og verdier. Et eksempel på en innholdsteori er Hertzbergs *tofaktorteori* som skiller mellom hygiene faktorer og motivasjonsfaktorer (1959). Når det oppstår mistrivsel i miljøet fordi noe mangler, betegnes de manglende faktorene som hygiene faktorer. At de er tilstede betyr imidlertid ikke nødvendigvis at trivselen er høy. Eksempler kan være god lønn, godt fysisk arbeidsmiljø, status og sikkerhet. På den andre siden vil motivasjonsfaktorer som er mer eller mindre tilstede i miljøet, bidra til mer eller mindre grad av trivsel. Mangel på disse skaper ikke mistrivsel, men i jo større grad de er tilstede, desto større trivsel medfører de. Eksempler som er nevnt er anerkjennelse, læring, vekst, inkludering og ansvar. Denne teorien understreker hvordan sosial anerkjennelse fra medarbeidere, selvstendighet i jobben, gode kollegaforhold og meningsfullhet i jobben har

innvirkning på den ansattes *jobbtilfredshet* i relasjon til jobben (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 292). Det er likevel mulig å være tilfreds med enkelte aspekter ved jobben, samtidig som man er utilfreds med andre.

Skillet mellom motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer støttes av Elizur og Koslowskys forskning (2001) som viser at kognitive verdier er sterkere relatert til forpliktelse enn andre typer verdier, som affektive eller instrumentelle verdier. For å øke forpliktelsen blant ansatte bør organisasjonen vektlegg de kognitive komponentene ved å jobbe for et samsvar mellom organisasjonsbelønninger og de viktigste jobbverdiene som de ansatte har.

En annen måte å forklare sammenhengene mellom holdning, trivsel og engasjement, er med bruk av *prosessteorier*. Disse har mer fokus på system, og legger samspillet mellom den ansatte og miljøet til grunn for jobbtilfredsheten. En ansatt har personlige behov, forventninger og verdier som de tar med seg inn i jobben. Disse interagerer med miljøet den ansatte arbeider i, som også består av ledelse og organisatoriske egenskaper, kolleger og brukere (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 293)

Roller. I rollen som omsorgsutøver i kommunal psykisk helsetjeneste er de ansatte en del av et større system. Kaufmann & Kaufmann (2015, s. 342) definerer roller som «summen av forventninger som er rettet mot en rolleinneholder». Den ansatte kan oppleve forventninger fra flere hold, om det er kollegaer, ledelsen eller andre mennesker man interagerer med gjennom jobben sin, for eksempel brukere av tjenesten. Ikke minst har ansatte forventninger til seg selv og den jobben de skal utføre. Forventningene kan være ulike i forskjellige kontekster og situasjoner, og ikke alle er aktive samtidig. Å gå inn og ut av ulike roller er en del av hverdagen, også på jobb. I samspill med andre kommuniseres det som oppleves som forventninger til rolleinneholderen. Det er også slik man kan lære roller, for eksempel en yrkesrolle. Dette er en type sosialiseringssprosess som kan påvirkes av rollemodeller – andre som jobber med det samme (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 342). Her justeres handlinger ettersom forventningene prosesseres. Roller læres også gjennom det forfatterne betegner som *rolleskaping*, der de ansattes gjennom eget initiativ bygger ut de opprinnelige rollefunksjonen.

Rollekonflikter. Roller er en viktig kilde til tilfredshet og velvære, som at en ansatt kan føle at den utgjør en viktig del av noe større. Likevel kan rollene også ofte lede til konflikter, tvetydighet og overbelastning (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 344). Når det oppstår uklarheter omkring hvilke forventninger som stilles til den ansatte i en bestemt kontekst, kan den ansatte oppleve *rolletvetydighet* som et resultat av fravær av klare forventninger. Dette kan gi konsekvenser for jobbtilfredsheten og ytelse i arbeidet. Mindre

engasjement i jobben og i verste fall oppsigelser kan også være et resultat av krav og forventninger som oppleves som overveldende i forhold til egen kapasitet.

Rolleoverbelastning kan likeledes være et resultat av nettopp rolletvetydighet, det å oppleve rollen sin som såpass krevende at man har vansker med å tilfredsstille de opplevde forventningene (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 345).

Metodedel

Utviklingen av prosjektet startet i forbindelse med spesialiseringsemnet våren 2018. I en gjennomgang av politiske dokumenter ble det identifisert sentrale strategier for psykisk helsearbeid. Det ble også identifisert en rekke utfordringer som jeg i masterprosjektet ville følge opp. Formålet med studien var å kartlegge og sette fokus på mulige utfordringer kommunen opplever i arbeidet med psykisk helse blant barn og unge. Jeg ønsket videre å se på disse utfordringene i lys av de ansattes arbeidsforståelse og arbeidspraksis. I tillegg ønsket jeg å skape grunnlag for en diskusjon rundt betydningen av sammenhengen mellom arbeidsforståelse og arbeidspraksis for det psykiske helsearbeidet i kommunal helsetjeneste.

På bakgrunn av dette søkte jeg gjennom Trondheim kommunenes prosjektportal der jeg ytret at jeg ønsket å komme i kontakt med ansatte i Barne- og familietjenesten. Tjenesten inneholder enheter med kompetanse innen rådgivning, fysisk og psykisk helse, som alle er sentrale deler av arbeidet med psykisk helse. I samråd med veileder ble det bestemt at studien skulle begrenses til å gjelde fagpersoner i kommunepsykolog- og helsesykepleierstillinger i kommunal helsetjeneste. Jeg var spesielt opptatt av at studien skulle være til nytte for kommunen, og åpnet for dialog med kommunen på et tidlig stadium i prosjektutviklingen. I dette metodekapittelet beskrives fremgangsmåten som ble benyttet for å svare på den skisserte problemstillingen. Her redegjøres det for bruken av kvalitativ metodetilnærming med anvendelse av både grounded theory og posisjoneringsteori. Det er her tatt utgangspunkt i et konstruktivistisk perspektiv som ser kunnskap som relativt til individet.

Vitenskapelig ståsted

På bakgrunn av min interesse for å undersøke et til nå lite utforsket område, med fokus på hvordan ansatte i førstelinjen forstår og praktiserer arbeidet sitt, ble en eksplorerende kvalitativ tilnærming vurdert som en effektiv undersøkelsesmetode. Dette var for å oppnå innsikt i de ansattes kompetanse, holdninger, roller og verdier, og for å produsere en forståelse av dagens kommunale psykiske helsetjeneste. Kvalitativ dybdeboring har potensiale til å gi innsyn i nye detaljer som kan være avgjørende faktorer i forståelsen av området (Smith, 2015, s. 2).

For å oppnå dette, var det nødvendig å nærme seg et dybdenivå som kunne utforske deltakernes tanker, følelser, meninger, holdninger og opplevelser knyttet til arbeidet. Gjennom en intervjuopprosess ønsket jeg dermed å avdekke autentisk virkelighet i deltakernes arbeidsliv, der intervjuet i seg selv var en sosial prosess. Denne måten å se mening som konstruert i individer, innen både en sosial og personlig verden, gir en symbolsk

interaksjonistisk teoretisk tilnærming (Mead, 1934, s. 134). Det er for eksempel nødvendig å anerkjenne språkets sosiale kontekst (Mead, 1934, s. 253). Mead forklarer hvordan det kan gjøres gjennom å se kommunikasjon som en samhandling mellom individer, der individene deltar i hverandre gjennom å sette seg i den andres sted og handling. Vokale gester som fremkaller responser hos begge individene i samhandlingen er et signifikant symbol der individets respons i seg selv blir en stimulus for det andre individet (Mead, 1934, s. 71).

Målet med intervjuprosessen var å oppnå en forståelse av deltakerens virkelighet ut fra handlinger og sosiale interaksjoner (Blumer, 1966, s. 537). I hele denne prosessen hadde jeg som forsker en aktiv rolle i den kontinuerlige tolkningen av hva deltakerne sa, og deres mentale og emosjonelle tilstand.

Prosessen hadde et konstruktivistisk perspektiv, med en epistemologi som er basert på subjektet. I et slikt perspektiv vil eksisterende kunnskap eller hva som er sant variere fra deltaker til deltaker. Dette betyr at det ikke finnes en universell sannhet, men også at den enkeltes oppfatninger om kunnskap ikke nødvendigvis gjelder for flere enn den ene deltakeren. Derfor blir selvmotsigelser og kontrasterende sannheter eller kunnskaper like gyldige. Med deltakerens bidrag, ble fenomener konstruert i fellesskap gjennom en prosess bestående av gjensidige diskurser og deltakelse.

Valg av metode

Med utgangspunkt i det skisserte vitenskapelige ståstedet var det tre faktorer som ble avgjørende for metodevalget. Den første var målet om å studere hvordan deltakerne i studien konstruerer en forståelse av sin subjektposisjon som ansatt i førstelinjen. Den andre var å gi en alternativ teoretisk begrepsforståelse av praksisen i førstelinjetjenesten og peke på hvordan den teoretiske forståelsen gir, og den tredje: mulige praktiske implikasjoner for arbeidet i kommunal primærhelsetjeneste.

Grounded theory. Grounded theory ble valgt som innledende kodings- og analysemetode i analyseprosessen. Med bruk av Strauss og Corbin (1998) sine tre gjentakende steg i en grounded theory, abstraheres overordnede koder og diskursive tema ut fra det empiriske materialet. Dette bidrar til økt teoretisering rundt *kommunalt psykisk helsearbeid* ved å synliggjøre sosiale påvirkningsprosesser som forekommer mellom ulike former for arbeidspraksis.

En sentral kritikk av grounded theory er at dens prinsipp kan ende i positivisme, en tilnæringsmetode som ser kunnskap som et resultat av det vi kan måle og observere (Age, 2011). Dette er en deduktiv resonnering som avviser metafysikken og det som finnes utenfor

våre observasjoner og mål. Slik er også kunnskap noe objektivt. Corbin og Strauss benytter imidlertid en postpositivistisk tilnærming til grounded theory som anerkjenner at vi ikke kan vite sannheten med sikkerhet, men at vi må forsøke å oppnå den likevel (Corbin & Strauss, 2008). Alle observasjoner er teoriladede, og forskeren er alltid påvirket av kultur og sitt verdenssyn. Slik er også mange postpositivister konstruktivistisk i sine tilnærminger til kunnskap. Vi konstruerer våre verdensperspektiv basert på våre persepsjoner av verden, og våre konstruksjoner er derfor uperfekte. Dermed kan ingen se verden objektivt – slik den virkelig er, da også denne objektivismen i utgangspunktet er et sosialt fenomen. Triangulering av ulike kilder og kritikk av hverandres forskning er derfor det nærmeste vi kan komme en ultimat objektivitet.

Med grounded theory sitt induktive utgangspunkt oppnås stor nærhet til datamaterialet. Corbin og Strauss sin versjon av grounded theory lener seg på et konstruktivistisk perspektiv fordi de åpner opp for flere aspekter ved et fortolkende paradigme (Mills, Bonner & Francis, 2006). De tar utgangspunkt i at den aktive interaksjonen mellom to individer gir et resultat som både er gjensidig forhandlet og kontekstueltpåvirket. Grounded theory bidrar til å skape oversikt over hva som kommuniseres verbalt blant deltakerne, og kan potensielt generere teorier om fenomenet.

Posisjoneringsteori. En diskursiv analysetilnærming har mindre klare steg for praktisk utførelse, og må tilpasses studiens grunnlag, hva som undersøkes og ulike epistemologiske antakelser (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 12). En slik tilnærming kan imidlertid gi en bedre forståelse for hva som ligger mellom linjene i det som blir kommunisert verbalt. Posisjoneringsteori og diskursanalyse er verktøy for sosial interaksjonsanalyse, der posisjoneringsteori trekker minst tre linjer videre fra den foucauldianske tilnærmingen til språk og diskurs (Tirado & Gálves, 2007): For det første er diskursene sosiale praksiser knyttet til et gitt samfunn i en konkret periode. For det andre er posisjonsideen knyttet til at en uttalelse er begrenset og får sin verdi gjennom det samfunnet den benyttes i. For det tredje skaper motstående sosiale krefter, interesser og kollisjoner mellom flere uttalelser, en såkalt «agonal character» eller «døende karakter» ved produksjonen av en uttalelse. Den er derfor ikke en form for informativ lærdom. En slik tilnærming tar hensyn til prosesser, interaksjoner og aktiviteter som bidrar til å (re)konstruere et fenomen som noe meningsfullt mellom aktører.

Med en konstruktivistisk forståelse av begrepet om psykisk helsearbeid kunne jeg se nærmere på hvordan deltakerne brukte diskurser til å fremstille seg selv som ansatt i

førstelinjen (interdiskurs). Med en posisjonsteoretisk tilnærming mot et diskursbegrep basert på Foucault, ble det lagt vekt på hvordan slike interdiskursive sammenhenger benyttes for å konstruere mening hos deltakerne. Slik kunne jeg potensielt supplere resultatene fra grounded theory-analysene med analyser som også fikk frem de sosialt konstruerte faktorene som binder sammen elementer og kontekst. I diskursanalysens jakt etter virkeligheten språkbruken skaper, tas det utgangspunkt i at språket konstruerer virkelighetsoppfattelsen, som blir en sentral del av posisjoneringsteorien. Denne omhandler narrativene folk bruker til å posisjonere seg selv og andre gjennom fortellingen som kommer til uttrykk gjennom taleform, gester og handlinger (Moghaddam, Harré & Lee 2008).

Utvalg og rekruttering

Prosjektideen ble fremmet gjennom Trondheim kommunes prosjektportal. Det ble videre inngått en samarbeidsavtale med Trondheim kommune etter vurdering fra kommunaldirektør for Oppvekst og utdanning, og konstituert kommunalsjef for barne- og familietjenesten (BFT) (vedlegg 6). Det ble dermed gitt godkjenning til innhenting av informasjon til prosjektarbeidet. Videre opprettet jeg kontakt med leder for den tildelte bydelen for prosjektet. Ved semesterets oppstart presenterte jeg prosjektet for avdelingslederen for familietiltak, avdelingslederen for skolehelsetjenesten, kontaktperson og enhetsleder for bydelen. Her ble det også gitt praktisk informasjon om godkjennelser, etiske hensyn, plan for gjennomføring og formidling av resultatene. I tillegg diskuterte vi utvalget og nytteverdi av studien for BFT.

På grunn av mangel på psykologer i tjenesten på dette tidspunktet, ble det avtalt og bekreftet møtested og tid for intervju med 4 helsesykepleiere og 1 kommunepsykolog. 5 intervju ble gjennomført i september 2018. Utvalget bestod av 4 kvinner og 1 mann med variasjon i utdanningsbakgrunn og erfaring innen helsefeltet. Alle hadde likevel til felles at de hadde arbeidet med barn og unge i både kommunal helsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten. De ansatte ble rekruttert av avdelingsleder for familietiltak og avdelingsleder for skolehelsetjenesten, som videreformidlet aktuelle deltakere jeg kunne kontakte.

Intervjuguide

I studien ønsket jeg å utforske deltakernes personlige opplevelser, meninger, følelser, tanker og refleksjoner mer detaljert. Intervjumetoden ble valgt på bakgrunn av studiens fokus på å innhente rike beskrivelser av individuell opplevelse og forståelse for egen arbeidsmetodikk fremfor å kunne generalisere. Intervjuguiden ble utviklet i samråd med veileder.

Med en semi-strukturert intervjuguide ble det åpnet opp for en dialog mellom forsker og deltaker som ble ledet av åpningsspørsmålet og modifisert gjennom deltakernes svar (Smith & Osborn, 2015, s. 29). Ut ifra det deltakeren fortalte ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å fasilitere videre utdypning og utforskning av interessante aspekter ved responsen. Slik fikk deltakeren en sterk rolle i føringen av intervjuets retning (Smith & Osborn, 2015, s. 36). Med denne fleksibiliteten ble den kvalitative metoden effektiv i kartleggingen av deltakerens opplevelser og meninger. Metoden ble et verktøy for å oppnå dypere innsikt i daglig praksis og arbeidsforståelse, og videre for å skape tolkninger av informasjonen som kom frem.

Intervjuguiden var inndelt i fire temaer, *kompetanse, rolle, intensjon og verdi*. Hvert tema inneholdt ulike spørsmål som: «*Hvilken type kunnskap mener du det er nødvendig for en psykolog/helsesøster å ha i kommunal tjeneste?*»; «*Hvordan opplever du at din praksis møter behovene barn og unge har?*». Disse var i all hovedsak basert på funnene fra spesialiseringsoppgaven. Intervjuguiden er lagt ved som vedlegg (vedlegg 3).

Gjennomføring av intervju

Deltakerne fikk selv velge tid og sted for intervjuene, innenfor en to-ukers tidsramme. Siste arbeidsdag før intervjuene fikk deltakerne en påminnelse om sted og tid for intervjuet for at de skulle føle seg ivaretatt. Intervjuene ble i tråd med deres ønsker gjennomført på deltakernes respektive arbeidssteder i normal arbeidstid. Intervjuene ble gjennomført i lukkede møterom eller på private kontorer, der ingen andre hadde mulighet til å lyttet til eller forstyrre dialogen. Deltakerne fikk lese gjennom skjemaet for informert samtykke og signerte i forkant av intervjuet (vedlegg 4). Jeg gjennomførte selv alle intervjuene, og disse ble tatt opp på en lydopptaker for å fange store informasjonsmengder på et detaljert nivå. Hvert intervju pågikk i 45 – 60 minutter. Det ble gjennomført totalt 5 intervjuer. Alt av data- og lydmateriale ble slettet ved oppgavens ferdigstillelse.

Transkripsjon

Alle lydopptakene fra intervjuene ble transkribert til tekst for videre tekstanalyse. I transkripsjonen av lydopptakene ble teksten skrevet på bokmål med hensyn til informantens anonymitet. Transkripsjonen ble lagt på et semantisk nivå. Dette omfatter alle uttalte ord, inkludert avbrutte ord, signifikante pauser og latter med eventuell betydning for fortolkning av innholdet (Smith & Osborn, 2015, s. 38). Det ble også markert korte og lengre pauser og forlengede ord (stretched sound) i tråd med Jefferson-systemet (2004). For å oppnå god kjennskap til datamaterialet, utførte jeg selv alle transkripsjonene. To intervju ble transkribert

i samme periode som intervjuene ble gjennomført, mens de resterende tre intervjuene ble transkribert i etterkant av intervju-perioden.

Analyse av data

«Analysis is the act of giving meaning to data», (Corbin & Strauss, 2008, s. 64). I tråd med Strauss og Corbin (1998, s. 102), ble tekstens helhet brutt ned til adskilte deler, og utforsket og sammenlignet for likheter og ulikheter. For å gjøre rede for hva delene forteller om helheten, inkluderte analysen konseptualiseringsprosesser og utvikling av konsepter ut ifra deres egenskaper og dimensjoner. I denne delen presenteres de tre stegene i en slik analyseprosess. Videre redegjøres det for posisjoneringsanalysen av de identifiserte hovedtemaene og hvordan posisjoneringsstrekanten ble brukt som verktøy for å forstå den sosiale signifikansen av deltakernes posisjoneringshandlinger.

Åpen koding. Det første steget i kodingsprosessen handler om å oppdage konsepter (Strauss & Corbin, 1998, s. 102). I grounded theory betyr det å avdekke, navngi og utvikle konsepter fra innholdet i teksten. Gjennom å bryte ned dataene til adskilte deler utforskes de nøye, og sammenlignes for likheter og ulikheter (Corbin & Strauss, 1990, s. 12). Denne mikroskopiske måten å jobbe på legger til rette for utforsking av alle muligheter i teksten (Corbin & Strauss, 2008, s. 64). Her brukte jeg programvaren NVivo 12, et dataprogram for å organisere, kategorisere og analysere datamateriale. I første omgang fikk jeg frem 122 unike linjekoder, med 989 tilhørende sitater.

Til sammen utgjør konseptene de sammensatte delene av et fenomen som potensielt kan oppdages. Disse former grunnlaget for analysen, som her hadde som mål å beskrive kommunalt psykisk helsearbeid. På denne måten er grounded theory induktiv. Videre i prosessen blir analysen mer deduktiv etter hvert som konsepter grupperes til høyere orden for å kunne forklare hva som skjer: Kategoriene som dannes reduserer antall arbeidsenheter og forklarer graden av variasjon i generelle egenskaper ved et fenomen. Prosessen med å gruppere lignende koder i forhold til definerte egenskaper kalles *konseptualisering* og gir kodene navn som står til deres felles kobling (Strauss & Corbin, 1998, s. 121). Den større forståelsen oppnås gjennom mikroanalyse med bruk av konstant komparativ metode og i letingen etter potensiell mening, noe som bryter eventuell subjektivitet og dataskjevhet (Corbin & Strauss, 1990, s. 13). Den analytiske styrken måles etter hvert i kategoriernes potensial til å forklare og predikere.

Tabell 1

Eksempel på linje-for-linjekoding fra analysen.

Sitat fra deltaker	Linje-for-linjekoder
«Og så må en jo være ærlig med dem og si at... i alle fall når en ikke føler at en strekker til, så må en jo bare si at.. eh, jeg har ikke kapasitet, det er derfor jeg velger å si.. sånn OBU eller .. ja. På en måte.. se om de har noen andre muligheter da, for å få hjelp. Så får de i verste fall komme tilbake hvis det... ikke ordner seg».	Tilstrekkelighet i jobben Utfordring med kapasitet Ansvarsfordeling Finne alternative løsninger, koordinerende rolle

Aksial koding. For å oppnå ytterligere dybde og struktur i kategorien, omhandler den aksiale kodingen koding rundt kategoriens akse (Strauss & Corbin, 1998, s. 142). Målet er å systematisk utvikle og relatere kategorier. Konseptene som ble oppdaget gjennom åpen koding analyseres videre for å spesifisere egenskaper ved disse. Innen en større kategori bestående av flere konsepter, kan variasjoner i konseptenes egenskaper forklare kategoriens omfang. Gjennom oppdagelsen av hvordan kategoriene er relatert til hverandre, fremheves et mønster som gir grunnlag for en begynnende struktur på en teori (Strauss & Corbin, 1998, s. 121). Min struktur ble bestående av 15 hovedkategorier etter å ha identifisert de største «nodene» i NVivo. Disse bestod hver for seg av en rekke potensielle indikatorer på et fenomen. Indikatorene beskrev omfanget av kategorien og sammenhengen mellom de ulike kategoriene.

Hos Strauss og Corbin går denne prosessen litt bort fra rådataene. Forskeren inntar rollen som deltaker og ser verden fra deres perspektiv (Corbin & Strauss, 2008, s. 140). Interaksjonen mellom forsker og dataene, og den mulige meningen, forstås bedre med bruk av analytiske verktøy (tenkemåter), som å for eksempel å stille spørsmål, sammenligne ordbetydning, tidsindikasjoner eller narrativ struktur (Corbin & Strauss, 2008, s. 85). Her gikk jeg inn i hver av de 15 hovedkategoriene og analyserte overlappende indikatorer med utgangspunkt i NVivos «Coding stripes». Disse ble oppsummert i 15 ulike tabeller som, med utgangspunkt i deltakernes sitater, skisserte et mulig årsaksforhold. Eksempel på tabellene ligger vedlagt i appendiks A.

Selektiv koding. Først når hovedkategoriene integreres og former et mer sammenhengende skjema, genereres teorien (Strauss & Corbin, 1998, s. 143). Selektiv koding er en prosess med hensikt om å integrere og avgrense teorien. Integrering er interaksjonen mellom forsker og data, noe som skaper det forfatterne omtaler som en «analytisk gestalt» –

der forskerens identitet og innlevelse i sine data får betydning for resultatet. Når relasjonen oppdages av forskeren, fremkommer resultatet gjennom en viss grad av tolkning og seleksjon. Konseptene som beskriver kategoriernes omfang gir grunnlag for den videre organiseringen av kategoriene, der større kategorier relateres til sentrale ideer (Strauss & Corbin, 1998, s. 161). Dette kan gjøres gjennom bruk av storyline, diagram, sortering og vurdering av memos, for eksempel ved hjelp av program som NVivo. Her foretrakk jeg å skrive for hånd, både for å lage en storyline og for å benytte memos som verktøy.

Teorien avgrenses på bakgrunn av de oppdagede hovedmønstrene, der overflødigheter fjernes og underutviklede kategorier utfylles. Metning skjer med bruk av videre teoretisk utvalg der kategorier og relasjoner valideres. Her brukte jeg konstant komparativ-metode som virkemiddel i kategoriutviklingen. Kravet for metningen er at konseptene skal fange bredt og at mønsteret er gjenkjennelig for deltakerne. Dette handler ikke om generaliserbarhet, men om å støtte og utfordre den begynnende teorien.

Konstant komparativ analyse. Å sammenligne likheter og ulikheter er et sentralt trekk ved den analytiske prosessen i mange sosialvitenskaper (Corbin & Strauss, 2008, s. 73). En konstant sammenligning av ulike deler av datamaterialet fremhever likheter og ulikheter innen materialet (Corbin & Strauss, 2008, s. 65). Grupperingen av ulike hendelser og utsagn er i seg selv en komparativ teknikk som sorterer konsepter under et høyere nivå av deskriptive konsepter. Gjennom tilhørende sitater illustreres konseptenes egenskaper og forbindelser som gir grunnlag for kategoriene. Slik kan man skille mellom ulike kategorier og tema, og identifisere spesifikke egenskaper og rekkevidde ved de ulike kategoriene eller temaene (Corbin & Strauss, 2008, s. 73). Fordelen med å bruke en slik sammenligningsteknikk er blant annet at jeg som forsker tvinges til å utforske mine grunnleggende antakelser, forutoppfatninger og perspektiver. Det hjelper også analyseprosessen fra et beskrivende nivå til et mer teoretisk nivå, noe som kan bidra til oppdagelse av variasjoner og generelle mønstre. I tillegg kan det teoretiske nivået bidra til å fasilitere koblinger mellom, og styrking av, kategoriene (Corbin & Strauss, 2008, s. 77 - 78). Denne metoden ble brukt i alle av analyseprosessen tre steg.

Memo. Det ble underveis i hele prosessen skrevet memoer, som fremstilt i eksempeltabellen i appendiks A. I grounded theory regnes memo-skriving som en viktig kilde til analyseprodukter (Corbin & Strauss, 2008, s. 117). Fordi analyseprosessen i stor grad handler om å reflektere over de dataene man har, blir den indre dialogen hos forskeren en viktig del av analyseprosessen. At disse skrives ned blir dermed svært viktig for

analyseresultatene. Memo-skriving blir et flytende aspekt ved analyseprosessen, der teksten i seg selv ikke er så viktig, men der den komplekse og kumulative tenkningen ved en kvalitativ analyseprosess ivaretas (Corbin & Strauss, 2008, s. 118). For å få tilstrekkelig innsikt og for å kunne generere innledende konsepter, kan en forsker bedre «fordøye» eller «føle på» dataene gjennom memo-skriving, for så å gå videre ved å tillegge dem mening. (Corbin & Strauss, 2008, s. 140).

Posisjoneringsanalyse. Posisjonerings-teori søker å utforske forholdet mellom hva som er mulig og hva som er tillatt (Moghaddam, Harré & Lee, 2008, s. 13). Hovedmålet er å kunne forklare hvordan deltakerne forholder seg kommunikativt til arbeidet sitt med hensyn til tanker, følelser og opplevelser rundt egen praksis, kompetanse og verdier. Man leter etter hva som forekommer på diskursenes overflate i det uttalte språket og i språkets mønster, med vekt på deltakernes holdninger til verden og det dialektiske forholdet mellom handling og struktur (Rasmussen, 2016, s. 187).

Posisjonen er en samling diskuterbare og kortsiktige rettigheter, plikter og oppgaver som begrenser repertoaret for mulige tilgjengelige sosiale handlinger for noen som posisjoneres. Disse interagerer i et dynamisk samspill med fortellingen og den illokusjonære makt (Harré, 2012, s. 193). Fortellinger er grupper av narrative konvensjoner der en sosial episode utbroderes og en posisjon fremkommer. Fortellingen representerer konteksten eller situasjonelle betingelser som gir et hint om hva som er tilgjengelige eller passende posisjoner (Zelle, 2009). Den illokusjonære makten er en type talehandling som viser hva som er sosialt signifikant i en gitt situasjon. Sosial signifikans oppnås ved å kunne gi mening til den pågående samtalen. Samtalen driftes på bakgrunn av samspillet mellom posisjon, fortelling og talehandlinger (Harré & Moghaddam, 2003, s. 5-6). Hensyn til denne dynamikken gjør posisjoneringsanalyse til en sterk analysetilnærming (Zelle, 2009).

De 15 hovedkategoriene som ble identifisert gjennom dataanalysen med bruk av grounded theory, gjennomgikk en ny runde med analyser med bruk av posisjonerings-teori. Dette var for å avdekke potensiell underliggende mening i datamaterialet, og ikke for å lete etter en skjult sannhet. Posisjonerings-teori tilbyr på sin side et koherent rammeverk for en analyse som knytter ulike nivå av den sosiale verden ved å introdusere en analyseenhet som kan spores over multiple nivå: Posisjoner (Zelle, 2009). Posisjoner kan identifiseres på tvers av individuelle samtaler, institusjonelle diskurser og samfunnsretorikk. Disse er benyttet skjematisk i resultatdelen. Posisjoneringsanalyse og analyse av posisjoner skaper eksplisitte koblinger og relasjoner som ellers bare kunne ha vært spekulert i. Ved å se på hvordan data

trianglerer eller står i kontrast til hverandre i posisjoner på tvers av analysenivå, kan man sammenligne, kryss-referere og undersøke på tvers av posisjoner som er funnet i dataene på ulike nivå. Posisjonene som kommer frem gjør det mulig å sammenligne ulike kilder og analysenivå for å utvikle en bedre forståelse av mekanismene som er i spill (Zelle, 2009). Slik kan analysemetoden brukes til å bygge bro mellom det analytiske gapet mellom mennesker, institusjoner og samfunnet på mikro-, meso- og makronivå.

Med bruk av skjema ble deltakernes narrativer gjennomgått for mulige posisjoneringer, kategori for kategori. Tabell 2 viser et eksempel på de ansattes posisjonering gjennom sine narrativer.

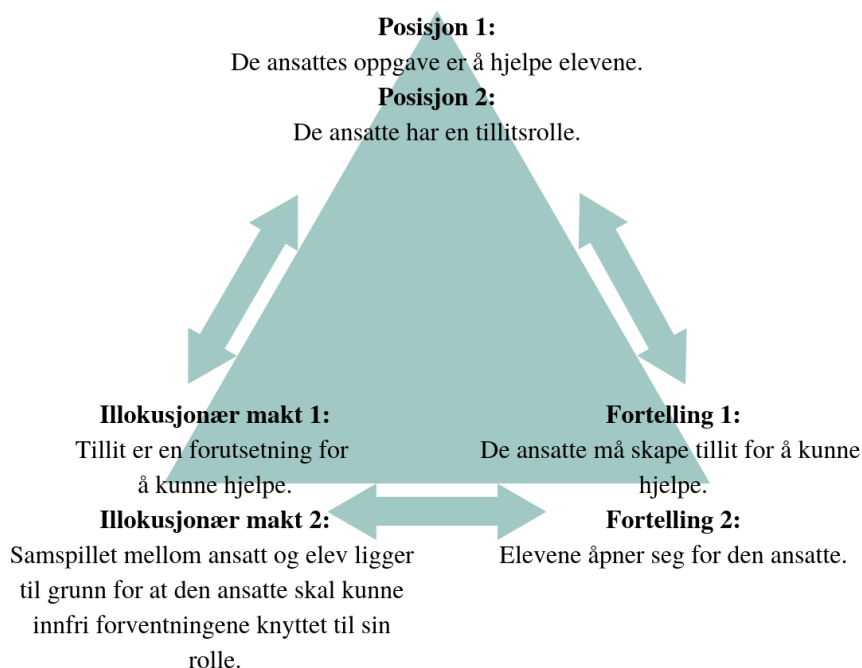
Tabell 2

Illustrasjon av fremgangsmåten som ble brukt for å identifisere mulige posisjoneringer hos de ansatte. Eksempelet er hentet fra hovedkategorien «Arbeidspraksis» under temaet «Praksis».

Narrativ	Diskurs	Posisjonering (diskursiv praksis)	Refleksjon
«Kanskje det aller, aller viktigste er at det fungerer og at vi får kontakten med ungene og med ..., at vi får til å få tillit og at de åpner seg til oss og prater.	De ansatte må ha tillit hos ungen. Den ansatte må være en tillitsperson.	<i>Deliberated self-posisjonering</i> (Bevisst selvposisjonering)	Betrakter egen handling og egne synspunkter for å oppnå en fordel: Tilliten som åpner
<i>At de vil prate med oss er jo i det hele tatt en forutsetning for at vi skal klare å gjøre en jobb».</i>	Elevene må åpne seg for at de ansatte skal kunne gjøre jobben sin.	<i>Local moral-posisjonering</i> (Forpliktelse til å utføre i tråd med forventninger til deres rolle)	Arbeidspraksisen er knyttet til forventninger om å utføre jobben, avhengig av dynamikken i samspillet med ungen.

Videre ble det identifisert et samspill mellom posisjonene, fortellingene og en underliggende illokusjonær makt som ble forsøkt fremstilt i posisjoneringstrekanten (se figur 2). Dette er aspekter ved kognitive betingelser som avdekker meningsfulle episoder, gjensidig bestemt av hverandre (Moghaddam et al., 2008, s. 12). Intervjuene med de ansatte, som allerede var analysert med grounded theory, ble videre gjennomført for posisjoner i termene av Moghaddam, Harré og Lee sine begrep om ulike former for posisjoneringer (Moghaddam, et al., 2008, s. 293 – 294). I neste omgang ble de aktuelle posisjonene, fortellingene og illokusjonære makt satt i sammenheng for å identifisere underliggende mening og videre «danne en diagnose for nåtiden» (Tirado & Gávez, 2007). Det inkluderer blant annet

diskursenes betydning for gjeldende retningslinjer og regler for våre sosiale forhold. Full oversikt over denne prosessen er vedlagt i en eksempeltabell i appendiks B.



Figur 2: Posisjoneringstrekanten på bakgrunn av de ansattes arbeidspraksis.

Med utgangspunkt i de genererte teoriene fra grounded theory-analysen ble det identifisert underliggende mening i deltakernes narrativer som bidro til å avgrense teoriene ytterligere og kaste nytt lys over teoriens implikasjoner for kommunalt psykisk helsearbeid. Mennesker har et hverdagslig behov for å tillegge mening, tolke og konstruere mening, noe som er avhengig av diskursive prosesser. Dette er det posisjoneringsterminologien refererer til som fortellinger og forhandling av posisjoner gjennom talehandlingene eller sosiale krefter ved diskursiv håndtering (Zelle, 2009). Posisjoneringsteori har på den måten et godt potensial til å fylle det analytiske gapet ved å utvide analysen over alle tre posisjonsnivåene. Det skaper først og fremst dybde i analysen, men muliggjør også en bedre forståelse og en mer omfattende forklaring av et fenomen.

Teoretisk avgrensning ble, i tråd med det posisjonsteoretiske rammeverket, gjort med hensyn til samfunnets begrensning - historisk og regelrett, der uttalelser må sees som begrensede hendelser som besvares, repeteres, omformuleres, nektes og ignoreres, men som sjeldent produseres som nye (Tirado & Gálvez, 2007). Uttalelsene ble også vurdert på nytt i lys av deres verdi i samfunnet – deltakernes begrep om sitt arbeid, sin praksis, sine tankeprosesser og sin opplevelse av egen kompetanse.

Etiske vurderinger

I prosjektet ble det ikke innhentet medisinsk informasjon eller annen taushetsbelagt informasjon. All informasjon ble anonymisert og behandlet konfidensielt. Det var derfor ikke meldeplikt til REK i denne forbindelsen. Det ble utarbeidet et samtykkeskjema for de som deltok som gjorde dem kjent med innholdet i deltakelsen og deres rettighet til å være anonym, avbryte intervjuet når som helst og ubetinget trekke sin deltakelse. Her ble det også gitt informasjon om konfidensiell behandling av informasjon, forskers underlagte taushetsplikt, at deltakelsen var frivillig og at samtykket kunne trekkes tilbake når som helst. Med hensyn til oppbevaring av data, i dette tilfellet lydopptak på en ekstern båndopptaker, ble det søkt til NSD. Dette er i henhold til personvern, der informasjonen indirekte kan brukes til å identifisere enkeltpersoner gjennom stillingsbeskrivelse, arbeidsplass og yrke. Søknaden til NSD ble innvilget før prosjektet startet (vedlegg 5). Disse vurderingene samsvarer med American Psychological Association (2010, s. 12) sine etiske retningslinjer.

Resultat

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysene av intervjuene med deltakerne. Resultatene sees i sammenheng med det skisserte forskningsspørsmålet, og tar utgangspunkt i avdekte utfordringer og ulike rolleforståelser som ble funnet blant deltakerne. Disse er eksemplifisert med sitater hentet fra intervjuene, der appendiks (A og B) illustrerer hvordan resultatene har kommet frem. Resultatene leder frem til en presentasjon av de genererte teoriene (modeller) og posisjoneringene (tabeller) som utgjør produktet av analysene.

Motiv

En rekke motiver ble identifisert i kartleggingen av hva det psykiske helsearbeidet i førstelinjen handler om. Motivene sier noe om bakgrunnen for de ansattes arbeidspraksis og representerer grunnpilaren i arbeidet. Gjennom motivene fremkommer tanker om hvorfor de praktiserer arbeidet som de gjør. Disse tolkes som de underliggende drivkreftene bak arbeidspraksisen, der det ble identifisert to hovedkategorier: *Forpliktelse til nasjonale retningslinjer* og *motivasjonsfaktorer*.

Forpliktelse til nasjonale retningslinjer. Forpliktelse til de nasjonale retningslinjene handler om å dekke målene som er presentert i nasjonale strategier for psykisk helsearbeid:

«[...]vi har jo nasjonale retningslinjer som vi følger, men så har du dem... du kan følge de nasjonale retningslinjene, men du trenger ikke å gjøre akkurat som det står i dem, bare du dekker.. bare du dekker dem, hvis du skjønner [...]»

Dette bekreftes av andre deltakere som følger retningslinjene for «det faste programmet», men som ellers i jobben er fleksibel når ulike lokale behov dukker opp:

«Det kom jo nye retningslinjer nå, og.. og.. dem forholder vi oss til. Og det blir mest i forhold til det programmet da.. ikke sant. Som .. det faste programmet.. men utover det så blir det jo det som dukker opp på skolen da [...] Så det er jo det at vi tar opp de temaene som er anbefalt, ikke sant. Eh.. For eksempel som nå er det jo mye mer fokus på vold og overgrep i retningslinjene som har kommet nå. Og det gjør jo noen ting med, at da er vi mer bevisst på at vi må få inn mer eh.. vi også, som kanskje har vært et litt forsømt kapittel tidligere».

Som dette sitatet illustrer blir politiske retningslinjer en indikasjon for de ansatte på hva som er viktig å prioritere i arbeidet, og spesifikke tema som de skal ta for seg. Dette skaper både et utgangspunkt for praksisen i arbeidet og for hvilke mål de skal oppnå gjennom denne praksisen. Disse retningslinjene skaper oppmerksomhet rundt det politikerne mener er viktige tema:

«[...] Forebygging har det jo vært mye fokus på, og så prate med og fortelle og snakke og.. vise og.. få det inn i skolen da, for her treffer vi ungene, og det er hit vi må få det inn tidlig liksom, i stedet for å begynne å snakke om søvn når de er... ja, du må jo snakke om det på ungdomsskolen også, men det har betydning hele veien. Så jeg tror det pakkes inn ganske mye på grunn av at de ønsker å få det inn liksom».

Denne deltakeren illustrerer en forståelse for hvorfor retningslinjene vektlegger ulike tema og at det er viktig for barn og unges psykiske helse å forplikte seg til og følge opp disse. Deltakeren fremviser en rolleforståelse knyttet til opplysningsarbeid, men også en rolleforståelse knyttet til å gi oppfølging og å hjelpe flest mulig. Samtidig finnes det antydninger til motforestillinger til måten retningslinjene er formulert på:

«Det er litt sånn... så når vi har faglig bakgrunn og kunnskap om ting, så føler jeg at det der politiske.. jaa, ... man kommer med litt sånne råd og tips om hvordan man kanskje kan gjøre det, men det hjelper ikke, for da er det allerede en ferdig-pakke [...] At mye blir på en måte kontrollert [...] for man kan jo stole på seg selv og sin egen jobb, på en måte, det får man liksom ikke lov til, (h)».

Som denne deltakeren sier, så opplever fagfolkene i miljøet at de prøver å gi råd om hva som fungerer og ikke fungerer, men at de ikke blir hørt. Innen de politiske rammene er det ikke nok rom til å kunne benytte egne erfaringer om hva som fungerer i arbeidet. Å forplikte seg til retningslinjer som ikke er i tråd med egne erfaringer om optimal måte å praktisere arbeidet på, kan indikere et tap av eierskapsfølelse til arbeidet:

«[...] i Trondheim kommune har de jo begynt i det prosjektet at vi skal være mest mulig likestilt per enhet...både Midtbyen, Østbyen, Heimdal og...Lerkendal enhet, alle skal på en måte jobbe mest mulig likt, og der føler vi liksom at... Da er det nesten kommet litt, nesten litt sånn bestilling på hvordan vi skal gjøre det, selv om vi skal finne ut selv hvordan vi skal jobbe... (h), jeg ble litt, jeg er litt sånn u::enig i... måten man blir hørt på da.»

Dette sitatet poengterer samtidig potensielle utfordringer med samarbeid på tvers av enhetene. En «bestilling» på hvordan de ansatte skal jobbe uavhengig av hvilken enhet de jobber for, kan tyde på neglisjering av faktorer som indikerer at det finnes ulike problemstillinger på tvers av enhetene i de ulike bydelene.

Eierskapsfølelsen er størst når deltakerne har vært delaktig i utviklingsprosessen av måten å jobbe på, og en av deltakerne illustrerte hvordan nettopp denne følelsen blir svekket idet det skjer sentrale endringer som ligger utenfor deres kontroll:

«[...] vi syntes at vi fikk det til rimelig bra da.. eh::, ja::, nå begynner det å fungere! Og så da, nei! Da skal de endre på det. Ja. Så nå holder vi på å endrer det der da, (h). For nå skal vi mye mer ut da, i motsetning til at representanter fra skolen.. altså lærere da, kom hit og presenterte en problemstilling.. rundt en elev. Eh::... så nå har vi liksom begynt på nytt da, og eh, skal etablere et nytt team da. Eh::... og da syns jeg noen gang at de kommer med litt sånn... for å være ærlig, litt rare.. bestillinger på hvordan vi skal gjøre det.. sånn.. det viser litt at de ikke vet helt hvordan .. hverdagen vår er da. Sånn som at, ne::i, at ungdommene bare kunne komme til psykolog og... ringe direkte selv, men altså, hvis ungdommene er under 15 år så, så må en jo ha samtykke fra begge foreldrene for eksempel.»

Utformingen av arbeidet avviker fra hvordan deltakeren selv ville ha gjort det, noe som settes i sammenheng med at politikere «ikke vet helt hvordan hverdagen deres er». Dette

kan være en annen indikasjon på tap av eierskapsfølelse til arbeidet de utfører, og at integrering av teori i praksis kan være utfordrende.

Motivasjonsfaktorer. Motivasjonsfaktorene hos deltakerne i gjennomføringen av det psykiske helsearbeidet ble funnet å være fordelt over flere nivå: Kontekstuelt nivå (situasjonsbestemt), organisatorisk nivå (rollebestemt) og personlig nivå (indre driv). Disse illustreres av deltakerne:

«For det første så skulle jeg jo begynne på sykepleien for at jeg skulle bli helsesøster, det var jo utgangspunktet mitt. Men jeg jobbet jo i 13 år på intensivavdeling, før jeg tok helsesøsterutdanningen».

Samtlige av de ansatte har arbeidet flere år i spesialisthelsetjenesten. Denne arbeidserfaringen kommer frem som en forutsetning for å oppleve motivasjon i arbeidet de er i nå, muligens fordi de opplever å ha oppnådd et langsiktig karrieremål som vist i dette sitatet. Denne motivasjonen kan tolkes som å være knyttet til rollen eller organisasjonen i seg selv. Når erfaringene etter hvert bygger seg opp, viser flere av deltakerne hvordan de blir motiverte gjennom å oppleve mestring i arbeidet de gjør, mer relatert til den indre driven:

«jeg viser dem [elevene] at jeg forstår, at jeg har kunnskap. [...]noen ganger så.. så kommer de og sier en brøkdell, og så sier jeg resten. Så blir de litt overrasket over at jeg kan vite det. Så:... jeg vet ofte.. får veldig fort kjennskap, eller følelse av hva det egentlig dreier seg om, mhm. Det tror jeg de kjenner at, det her var nyttig! (h), for hun forstår! For hos mange så opplever jeg at de ikke blir forstått».

Som dette sitatet illustrerer blir tilbakemeldingene viktige for å få bekreftelse på at man gjør en god jobb. Dette synes å gi en slags «belønnende» effekt i form av anerkjennelse av arbeidsinnsats:

«[...]det er jo som jeg sier, at man får noe tilbake da. Ehm.. om det er fra ehm... at jeg får på en måte opplevelsen av at de synes det er bra å komme hit, de som kommer hit.. eller .. eller at lærere.. eller administrasjonen er fornøyd da. Det gir også noe tilbake. Eller fra kollegaer [...]».

Det å få tilbakemeldinger gir deltakerne indikasjoner på at den er betydningsfulle i rollene sine, og dette settes i sammenheng med motivasjonen for videre arbeid:

«Du treffer... det jo så utrolig variert! Jeg får treffe så mange, og det er liksom aldri en dag som er likedan, og så.. eh.. får jo tilbakemeldinger på at man gjør en forskjell noen ganger da».

Som sitatene viser blir kolleger og andre samarbeidspartnere viktige for å få denne bekreftelsen, slik som en annen deltaker også formulerer det:

«[...] samtidig som det er masse eh, gode kollegaer, både psykologer, og, altså det er jo hele byen, har jo et psykolog-nettverk. Og så er det jo.. jeg syns jo det er veldig artig å være på skolene da, samarbeide med helsesøstre og lærere, da får du jo et litt sånn videre perspektiv. [...] jeg syns det samarbeidet er veldig givende».

På den ene siden gir samarbeidet med skolen og andre fagpersoner grobunn for motivasjon i arbeidet. På den andre siden skaper samarbeidet ulike perspektiver i arbeidet. Dette danner en spesiell motivasjon for rollen de står i. Dersom slike samarbeid er vellykkede kan de på sikt føre til mer av den «belønnende» følelsen gjennom å motta anerkjennelse og støtte. Det er derimot mer sjeldent at tilbakemeldingene kommer fra ledelsen:

«Men det er jo trivelig at noen gir den tilbakemeldingen da, det er det jo. Men jeg får det jo i fra.. det kan jeg jo.. det er veldig sjelden jeg får den fra, den tilbakemeldinga der, det har vi jo snakket litt om, fra leder for eksempel, fra øverste leder. Den kommer ikke fra der. Den kommer ifra foreldre stort sett, og ifra lærere».

Selv om denne tilbakemeldingen ikke er avgjørende for arbeidet deltakerne gjør, handler det om å få en bekreftelse på at man blir sett og at jobben de gjør også anerkjennes på høyere nivå i organisasjonen. Denne anerkjennelsen er grunnleggende for motivasjonen på alle de tre skisserte motivasjonsnivåene.

For enkelte av deltakerne synes imidlertid motivasjonen å være direkte forankret i indre faktorer og som gjør dem mindre avhengige av ytre tilbakemeldinger:

«For det første så syns jeg at.. jeg blir jo fort engasjert. Og så syns jeg det er interessant å snakke med ungene. Eh.. så det er liksom ikke sånn at jeg kjeder meg, sant nei.. sånn æ:h, nå orker jeg ikke å høre noe mer på deg. Det er aldri sånn da... [...] kanskje jeg er litt sånn som type.. blir jo fort engasjert.. jeg blir jo ikke bare engasjert bare med unger... blir jo engasjert på møter og litt sanne ting også, i forhold til fag og.. fagutvikling og.. ja, og hva vi skal.. så.. nei, jeg tror det har litt med typen å gjøre jeg. Det er litt sånn jeg er».

Den engasjerte drivkraften fremkommer som viktig for arbeidsutførelsen i det større perspektivet og over tid, når ytre tilbakemeldinger ikke er kontinuerlige i forhold til deltakernes arbeidsinnsats. Som dette sitatet også illustrerer så er interessen for barna en viktig del av dette engasjementet. Dette går igjen hos flere av deltakerne:

«[...] jeg syns det er veldig interessant. Ja, ja, ja, de er veldig sånn ærlig de vet du, ungene, (h), det er ikke noe sånn.. de kommer jo med sitt og sier ting som de er liksom, det er ikke noe.. jeg har ikke kommet til det stadiet hvor de legger ting mellom liksom. De er verken en fasade eller er redd for å si noe. Derfor er det veldig artig».

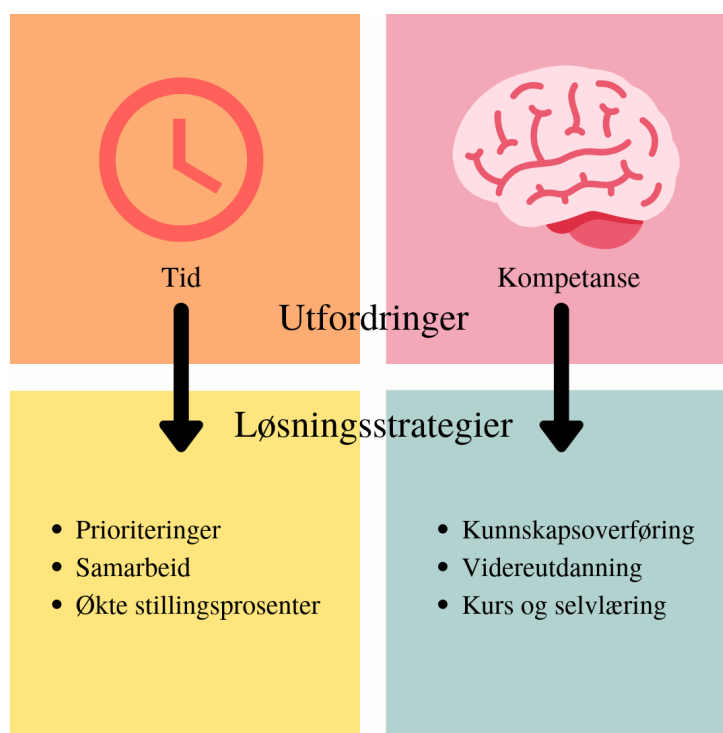
«[...] jeg syns at ungdom er kjempespennende! Ja! Ehm.. Og det som er så artig er at de er så forskjellige, ja. Og så vet en aldri hva en arbeidsdag inneholder. [...] Mhm. Masse utfordringer, ja! Så koselig å jobbe på helsestasjon, og spennende og utfordrende å jobbe på ungdomsskolen. Mhm».

Som begge disse sitatene illustrerer så har deltakerne en genuin interesse for barna og ungdommene, og de opplever arbeidet med dem som både spennende og utfordrende, med mye variasjon. Dette gjør de ansattes arbeidssituasjon motiverende i seg selv.

Bakgrunnen for praksisen i det psykiske helsearbeidet baserer seg på motivene om forpliktelse og motivasjon.

Utfordringer

Utfordringer er et gjennomgående tema blant deltakerne. Grunnleggende utfordringer skaper arbeidsstrategier for å løse utfordringene, som igjen skaper nye utfordringer som krever nye strategier. Utfordringene påvirker med andre ord arbeidspraksisen i stor grad. Figur 3 fremstiller hvordan de to største utfordringene *tid* og *begrenset kompetanse* gir opphav til ulike løsningsstrategier i arbeidet for å oppnå ulike mål.



Figur 3: Identifiserte utfordringer og tilhørende løsningsstrategier i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge.

Utfordringer med tid. En av de største utfordringene som fremkommer i samtale med deltakerne er tid og det å få tiden til å strekke til. Dette fremkommer som en generell opplevelse av mangel på tid til å rekke over alt:

«[...] akkurat nå så er det.. nå er det en utfordring med tid. Jeg ligger på etterskudd i forhold til samtaler. Jeg var blant annet oppe i går og .. og.. da kom det en opp til meg og sa «hei du, hei du, nå har det gått tre uker! Du har ikke hentet meg enda. Du sa at vi skulle ha samtale hver tredje uke», liksom.. så den er jo litt.. Men så syns jeg også at når vi får en sak opp, som vi er helt klar på at her er det behov for noe annet enn det jeg kan tilby, så er det så stor ventetid».

Som dette sitatet viser, skaper utfordringen med tid følger for oppfølgingen av enkeltelever, i tillegg til at henvisning til andre tjenester er svært tidkrevende. Utfordringen legger opp til en prioritering i arbeidet som først og fremst omhandler akutte tilfeller og skadeomfang. En av deltakerne brukte et konkret eksempel for å skissere dette og problematikken rundt slike alvorlige tilfeller:

«[...] jeg hadde en skolestarter her i dag som har en bror som jeg sendte tilmelding på for ett år siden! Og så spurte jeg.., for jeg har jo fått beskjed om at tilmeldingen var mottatt, men jeg har ikke hørt noen ting etterpå, sa jeg til mora. «Har du hørt noen ting?» Ja, hun hadde hørt noen ting nå, det gikk et år, og da var det snakk om pmtto-veiledning [Parent Management Training – Oregon] altså, så det er ganske heftige saker.. så det var jo liksom ikke en filleting heller. Ett år har det gått.. fra jeg sendte tilmeldingen til han fikk tilbud om hjelp da. Det er litt sånn.. trasig».

Den lange ventetiden er problematisk for de ansatte, spesielt fordi henvisning ofte blir en løsning i mer alvorlige saker. Slik sett mister de ansatte kontrollen over hvor langt saken har kommet, slik som det illustreres her. På den ene siden er det ventet at de ansatte skal henvise for å få mer kompetent hjelp, men på den andre siden har de også et oppfølgingsansvar for elevene på skolen. Samtidig kan problemstillingen omkring tid ha sammenheng med de ansattes erfaringer fra spesialisthelsetjenesten, slik som en annen deltaker uttrykte det:

«Og så det er vel litt.. jeg kommer jo fra en bakgrunn som sykepleier på sykehus da, og der er jeg jo vant til å jobbe veldig effektivt, og i... (h), høyt tempo... og i, på en måte,... hva skal jeg si da.. og ressursene er veldig tilgj... lett tilgjengelig for meg da, hvis jeg trenger å .. eh.. diskutere noe med en lege for eksempel ... eller.. noen andre.. andre hjelpeinstanser på sykehuset for eksempel, så er det veldig lett tilgjengelig. Ehm.. her i kommunen bruker man lengre tid».

Dette sitatet illustrerer at deltakeren er bevisst på at saker i kommunen tar lengre tid og at dette har sammenheng med tilgang på ressurser, for eksempel andre hjelpeinstanser. Dette vitner om en opplevd rollekontrast blant ansatte som bytter jobb fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Som deltakeren sier, så er de vant til å jobbe veldig effektivt, noe som virker inn på forventninger de har til seg selv i jobben.

Tid og kapasitet settes i sammenheng med et mål om å være til stede og viktige følger av å kunne være til stede. Å komme tett på elevene og at de skal føle seg sett krever både tid og kapasitet:

«Nei det er nå tid og kapasitet da, det er det det går på. For det er det som liksom gjør til at man ikke gjør det lille ekstra, dessverre. [...]Men jeg tror på en måte at, hvis jeg har kunnet bruke det så har jeg gitt dem en følelse av at, å:h, du så meg. og det har mye å si ... så jeg skulle gjerne ha hatt mer tid ja, til akkurat det. Det er tiden hos meg som gjør at jeg ikke får gjort det lille ekstra».

Det betyr mye for deltakeren å kunne vise elevene at de blir sett. Med tidsutfordringene kan det imidlertid virke vanskelig å oppnå i den grad de ansatte ønsker. En annen deltaker viser likevel hvordan selvstendig arbeid og tillit til egne beslutninger kan bidra til effektivisere de pålagte oppgavene:

«I fjor så gjorde jeg det også litt annerledes, jeg fulgte det [skolehelsetjeneste-programmet] ikke helt. For det hadde jeg ikke rukket, for jeg hadde 178 åttende-klassinger.

Og hvis jeg skal bruke én time på hver av dem hadde jeg ikke hatt nubbsjans, så jeg fusket litt, jeg tok halvparten av temaene og hadde som helseopplysning i klassene».

Som denne deltakeren illustrerer ble arbeidsoppgavene justert på en måte som gjorde jobben overkommelig i forhold til tid og kapasitet. Et slikt tiltak krever forståelse for egen personlig kapasitet og evne til å se alternative løsninger i en gitt arbeidsoppgave.

Foruten det de ansatte kan gjøre innen sine arbeidsrammer, gir mer sentrale bestemmelser om økte stillingsprosenter resultater blant de ansatte:

«Jeg synes egentlig at foreløpig nå så går det egentlig grei da. Ja.... Etter at stillingen ble økt. Men når jeg får 100 prosent så tror jeg det blir mye bedre ja. [...] Det er jo for at jeg lettere kan følge opp de jeg skal ha samtale med, og de som ikke kommer til samtale, og at når det er travelt, så kan de glippe. Og så burde de ikke ha kommet ut av systemet, jeg burde ha sendt en påmelding eller ha gått og hentet, og når at jeg har bedre tid så får jeg til å følge opp de som ikke har kommet, av en eller annen grunn».

Opptopping i stillingene fører til, som illustrert her, en bedre oversikt og større kontinuitet i arbeidet, spesielt i oppfølgingen av enkeltelever.

Begrensning i kompetanse. Begrenset kompetanse blant de ansatte skisseres i hovedsak som mangel på samsvar mellom det deltakerne opplever at de kan og det de opplever at andre forventer at de skal gjøre. Hovedårsaken som flere av de ansatte peker på er en mangelfull helsesykepleierutdanning:

«[...] det er jo det at jeg tenker at utdanningen vår er for dårlig. Så jeg synes at det er litt sånn trist at når at nyutdannede helsesøstre begynner på ungdomsskoler eller videregående, det synes jeg er litt trist for ungdommene. [...] De skulle ha hatt mer kompetanse.. Mhm. Og så skjønner jeg ikke helt at de tørr å begynne, jeg vil.. jeg turte ikke å starte på videregående da jeg var fersk, jeg. For jeg tenkte at nei, jeg må jobbe mer først.. For jeg må kunne møte de utfordringene de har. Jeg bare skjønte det».

Dette sitatet illustrerer hvordan deltakeren opplever å møte problemstillinger i sin arbeidshverdag som krever mer kompetanse enn det som erverves gjennom helsesykepleierutdanningen. Videre utdypes det hva som er mangelfullt ved dagens helsesykepleierutdanning:

«[...] egentlig er det alt. Ett år er a::lt for lite! Jah. Burde i alle fall ha vært to, mhm. Men det gjelder alle områder egentlig, som er for svak, vet du, men spesielt på psykisk helse da. Mhm. Men det kan jo være fordi jeg synes det er ekstra spennende å jobbe med. Mhm.»

Her utvises det en spesiell interesse for psykisk helse, og sitatet viser at deltakeren ser på arbeidet med psykisk helse som en viktig del av sin rolle. Dette går igjen hos flere av deltakerne:

«Jeg tenker at jeg skulle, jeg føler liksom at jeg tilegner meg kunnskap etter hvert. Ehm.. .. så på en måte den.. blir bedre og bedre.. Eh, samtidig så kunne jeg.. så tenker jeg at vi jobber mye med psykisk helse, og at det skulle ha vært .. skulle gjerne hatt mer kunnskap om.. det. Kanskje spesielt gjennom studiet da.. skulle ha vært mer fokus på det da. At det er det samtalene oftest går i da. Ja. Her.»

Denne deltakeren viser på den ene siden at kunnskapen tilegnes etter hvert og at erfaring bidrar kompetanseutvikling. På den andre siden påpekes det at utdanningen skulle gitt mer kunnskap om psykisk helse fordi det er et stort fokus i individuelle samtaler, som videre er en viktig og stor del av de ansattes arbeidspraksis. Dette omhandler også forventninger de har til seg selv og egen kompetanse, samt kunnskap om samarbeidspartnere når de opplever at egen kompetanse ikke strekker til:

«[...] selvsagt så.. kunne jeg jo alltid hatt bedre kompetanse, men jeg føler jo stort sett at den.. den holder til formålet som er her da. Eh, og jeg.. jeg sender jo videre hvis jeg ikke har kompetanse nok, og da er det jo .. trenger de BUP, eller psykolog, fastlege, ikke sant.. noen med annen kompetanse, jeg kan jo ikke ha alles kompetanse her, så nei.. så jeg syns egentlig at så lenge du har andre faggrupper så holder det. Mhm. ... men hadde jeg bare hatt helsesøsterutdanningen, så hadde det ikke holdt. Det hadde ikke holdt i det hele tatt. I forhold til å håndtere alle de psykiske vanskene her nei, nei.»

Dette sitatet illustrerer at kompetansen er tilstrekkelig dersom de ansatte har tilgang på faggrupper/-team ved spesielle behov, og dersom de får ekstra kurs i tillegg til helsesykepleierutdanningen. At de ansatte kan mer enn det de har med seg fra selve utdanningen, blir en forutsetning for å klare å gjøre jobben.

Med utgangspunkt i de skisserte motivene og utfordringene skapes arbeidspraksisen. Denne arbeidspraksisen er imidlertid også påvirket av målene de ansatte ønsker å oppnå gjennom arbeidet. Disse har en innvirkning på samspillet mellom utfordringer og arbeidspraksis.

Mål

Målene for det psykiske helsearbeidet i førstelinjen ble identifisert som produkter av de tidligere presenterte motivene. De ble imidlertid også tolket som å være modifisert av utfordringene de ansatte møter i arbeidshverdagen. De mest grunnleggende målene er derfor antatt å være direkte knyttet til motivene, mens delmål – mål for å oppnå målet, i større grad handler om å komme forbi sentrale utfordringer i arbeidet.

Å kunne hjelpe. Dette er et mål som i hovedsak er knyttet til rollen de ansatte har, den som handler om å hjelpe barn og unge med deres psykiske helse: Å skape en endring til det bedre. Det kan handle om å hjelpe individuelt gjennom oppfølging, foreldreveiledning, akutt hjelp eller koordinering av hjelpetjenester, eller det kan være mer universelt rettet mot klasser eller skolemiljø med fokus på opplysning, tilgjengelighet og tillitsbygging. Verdiskapingen ved jobben ligger i målet om å kunne hjelpe. Å skape endringer til det bedre er knyttet til de ansattes formelle rolle, mens personlig handler det om å gjøre noe givende og meningsfullt.

Å kunne hjelpe fremstår som et sentralt mål i arbeidet på flere måter, som det følgende sitatet illustrerer:

«[...] det jo noen dager at jeg går hjem og tenker, i dag gjorde jeg en dårlig jobb, i dag føler jeg ikke at jeg har oppnådd noe meningsfullt, altså, skjønner du? Sånn... det er jo litt sånn alt etter som hva som kommer på døra og hva du får til å hjelpe til med liksom. Nei, i dag ble ikke en bra dag, liksom, jeg må snakke med den læreren i morgen igjen, skjønner du? Og så kan jeg gå hjem igjen etterpå og føle at, å:h, det var godt å dra og snakke med den læreren igjen, for at man har gått og gnagd på noe som ikke har vært helt bra, skjønner du? Så det er vel kanskje den.. at det meningsfylte er å få gjort ... se at du hjelper folk da».

Dette settes i sammenheng med at deltakeren har et ønske om å hjelpe, å skape endringer til det bedre, og å oppnå noe meningsfullt. Sitatet illustrerer hvordan deltakeren finner støtte i samtale med kolleger, for eksempel en lærer. Å ikke klare å hjelpe gir tilsynelatende en dårlig følelse hos deltakeren, mens når de klarer å hjelpe – å oppnå målet sitt, gir det en motsatt effekt på dem, slik en annen ansatt illustrerer:

«Eh, jeg ser jo at det er vanskelig å snu, men jeg føler jo at en kan hjelpe mange også. Og det er givende! Mhm, mhm. Det er mye givende i å.. ta imot noen som har et problem, og så kan de gå glade og fornøyde ut døra, mhm. Det er givende. Og så er det givende også, når jeg prøver å få noen endringer i systemet også for eksempel, så når det skjer, da.. da er det godt».

Som denne deltakeren forteller, gir det dem noe som ansatt å kunne hjelpe elvene med et problem. Det illustreres videre i sitatet at å hjelpe kan være å skape endringer, og her pekes det spesielt på å skape endringer i systemet, og at dette oppleves som spesielt tilfredsstillende. Denne tilfredsstillelsen fremkommer som en motivasjonsfaktor i det videre arbeidet. En tredje deltaker beskriver hvordan motivasjonen er knyttet til de opplevde resultatene som oppnås gjennom den hjelpen de gir barna og ungdommene:

«[...]det må jo være de gangene du ser at du klarer å hjelpe disse ungdommene da, at ja.. at de slutter å grue seg til å gå på skolen.. klarer å ... å ta de her presentasjonene.. eller finne ut.. får noen andre tanker om hvordan de tolker de sosiale signalene fra venner og.. ja. Eller at de får til å kommunisere med foreldrene sine. Det... Det er jo masse i den gata der.. prestasjonsangst og stress, ja.. du lærer dem noen verktøy, avslapningsøvelser og.. ja»

Dette fremkommer som viktige måter å hjelpe barn og unge på gjennom det psykiske helsearbeidet, noe som både kan være rettet mot enkeltelever, men også mot hele klasser. Det berører aspekter ved jobben som handler om opplysning, trygging og oppfølging. Her fokuseres det på tanker og følelser, og læring av teknikker for å håndtere hverdagslige utfordringer. Målet om å hjelpe er videre sterkt knyttet til forventninger de opplever til arbeidet de gjør:

«[...]det er jo forventninger om jeg skal.. eh.. hjelpe de her ungdommene med psykiske plager [...] samtidig er det viktig å få med foreldrene selv om de er ungdommer, så jeg prøver å gjøre da. Men det er jo mindre enn til de som er yngre da. Eh.. fordi at de er i den alderen

de er, men de må jo fremdeles.. foreldrene er fremdeles viktig [...]. De fleste foreldrene er jo glade bare for at ungdommene får noen å snakke med, eh, det er jo ikke enkelt. Altså i ungdomstiden er det vanskeligere for foreldre å sette grenser .. eller å snakke om litt private ting. Det kan jo være greit å ha noen som er nøytrale å snakke med, i tillegg i alle fall.. tenker jeg».

Dette sitatet illustrerer hvordan forventningene som stilles gir deltakeren et mål om å hjelpe, men at det også er viktig å inkludere andre i denne prosessen, som for eksempel foreldrene. Som her vist, ser deltakeren på seg selv som en nøytral person som kan bidra til å bedre endringsprosessen som foreldrene allerede er en viktig del av. Et slikt perspektiv krever blant annet kunnskap om psykososiale sammenhenger. Forventningene bidrar videre til å skape en forståelse blant de ansatte av hva deres rolle bør dekke av arbeidsoppgaver.

Å være til stede. Å være til stede er et delmål som skaper forutsetninger for å nå målet om å kunne hjelpe. Samtidig er det også et mål i seg selv for å skille de ansattes rolle fra lærernes rolle. Det fremkommer at deltakerne ønsker å gjøre seg tilgjengelige overfor en større elevgruppe. Gjennom å senke terskelen for elevene til å oppsøke hjelp, bygge tillit og skape trygghet, skiller de seg fra lærerne.

Å være til stede handler både om å være fysisk til stede og å formidle dette til elevene for å tilgjengeliggjøre seg selv, og å senke terskelen for at eleven skal kunne oppsøke dem. Slik skal elevene få hjelp når de har behov for det. Sistnevnte handler spesielt om å ta seg tid til å gjøre en jobb for elevene som lærerne ikke nødvendigvis tar seg tid til:

«For det første så tenker jeg at.. vi er ikke en del av lærerne, skulle jeg til å si, så jeg tror faktisk at elever kan komme til oss med eh.. og snakke med oss på en annen måte, skulle jeg til å si, å være kanskje litt mer åpen, og vi kan se ting på en annen måte også, enn kanskje de kan gjøre.. og vi har litt bedre tid til å sette oss ned med dem, skulle jeg til å si».

Dette sitatet illustrerer hvilke rolle deltakende tar på seg i arbeidet, som er vesentlig forskjellig fra lærernes rolle, basert på ulike prioriteringer i arbeidet. Denne rollen synes å være basert på en annen type tilgjengelighet med en mer kontinuerlig oppfølging, basert på en annen type tillit. Sitatet antyder at det finnes en holdning blant de ansatte om at elevene er mer åpne til dem fordi de har en annen rolle enn lærerne. En annen deltaker utdyper hvordan de bidrar til å hjelpe disse elevene gjennom sitt nærvær:

«[...] en ting er jo at man har mulighet til å åpne døra da, (h), det er jo liksom nok det, og liksom si hei og be dem om å komme inn og... men måten jeg jobber på er jo.. jeg prøver å ta meg tid til dem og vise ved hjelp av meg selv, og vise at jeg vil at de skal komme inn og jeg må vise at jeg har tid til dem da. [...] Men det er nok liksom å ta seg tid til det, at de får komme inn og.. at de ser deg... tar dem på alvor, ikke sant. Så det eneste jeg gjør egentlig er å ta dem med inn og setter meg ned med dem og.. ja. Er med dem».

Dette sitatet illustrerer hvordan deltakeren hjelper gjennom å være sammen med elevene, ta dem på alvor og vise at de har tid til elevene som kommer til dem. Tid blir derfor

en viktig forutsetning for å oppnå denne tilgjengeligheten som en egenskap ved deres rolle. En annen deltaker illustrerer hvordan tid, tilgjengelighet og å gjøre en god jobb henger sammen:

«[...]det å være tilgjengelig og være her, det er nå litt sånn begge deler. Jeg er her, men jeg føler ikke at jeg har rom og kapasitet til det. [...] jeg tror jeg har en sånn følelse av at hvis jeg er der, de ser meg... så blir jeg en del av dem. [...] noen dager går jeg hjem og tenker at, dæven, nå har jeg vært flink, for jeg føler kanskje at jeg har vært veldig tilgjengelig og fått... fått en god sånn... harmoni på jobb da, med ungen».

Å være til stede handler, som dette sitatet illustrer, om å vise sin tilgjengelighet. Dette settes videre i sammenheng med følelsen av å være tilstrekkelig i jobben og hvordan de ansatte ønsker å prioritere i arbeidet. Tilstrekkelighet i jobben utspiller seg dermed som et tredje mål.

Tilstrekkelighet i jobben. Dette er et mål med en indre forankring, og som viser et behov blant deltakerne. Behovet baserer seg på utfordringene de møter i arbeidshverdagen, og som fører til en følelse av utilstrekkelighet i jobben. Forventninger til de ansatte som kommer fra mange ulike hold danner en rekke ulike rolleforståelser, og kan være bakgrunn for dette behovet. Å oppnå målet om å føle tilstrekkelighet i jobben betyr at de ansatte har overkommet de belyste utfordringene.

Det fremkommer blant deltakerne at når de opplever utfordringer, som mangel på kapasitet i arbeidstiden, blir det viktig å sette grenser for sin egen rolle:

«Og så må en jo være ærlig med dem [elever og foreldre] og si at... i alle fall når en ikke føler at en strekker til, så må en jo bare si at.. eh, jeg har ikke kapasitet, det er derfor jeg velger å si.. sånn OBU [Omsorgstasjonen for barn og ungdom] eller .. ja. På en måte.. se om de har noen andre muligheter da, for å få hjelp. Så får de i verste fall komme tilbake hvis det... ikke ordner seg. Så da må man jo så klart bare.. men det er når man føler at det skorter litt da, der man vet at man kunne ha gjort noen ting, men har ikke kapasitet. Dessverre».

Her skisserer deltakeren hvordan ansvaret for eleven frasises på grunn av kapasitet. Likevel tar deltakeren på seg en slags koordinerende rolle for å finne en alternativ løsning. Dette kan som vist her handle om henvisning til andre hjelpetjenester og oppfølging av at hjelpen som det er behov for blir gitt. Fordi det her er mangel på kapasitet, står tilstrekkelighetsfølelsen i jobben i fare, og tiltaket er et forsøk på å sende elevene videre. En annen ansatt forteller at endringer i arbeidsnormen har ført til bedringer i forhold til kapasitet:

«[...] jeg har jo kjent på at jeg, at det er travelt, at jeg burde ha rukket mer. Ja. Men så har jo stillingen min økt gradvis, for jeg hadde jo 50 (%), og så i fjor ble det 70 (%), og i år.. nå i høst ble det 80 (%), og kanskje blir det 100 (%) i januar. Så jeg kjenner jo at det har virket, mhm, så nå blir jeg ikke sånn stressa på alt jeg skulle ha gjort lengre, for nå føler jeg at det sklir ganske greit sånn, egentlig da. Mhm».

Som illustrert her, henger opplevd kapasitet og tilstrekkelighetsfølelse i jobben nøye sammen. Én måte å løse det på har vært å trappe opp stillingen, mens en annen måte har vært å fordele arbeidsmengden over flere aktører. Endring i arbeidets omfang gjennom omorganiseringen krever i alle tilfeller mer kontinuitet i arbeidet, noe som igjen krever større stillingsprosenter for at de ansatte skal kunne oppleve å strekke til i arbeidet.

Samarbeid som en alternativ løsning byr imidlertid på andre utfordringer som omhandler de andre aktørenes forståelse for deltakerens problemstilling. Det kan dermed være vanskelig å få hjelp, selv når andre aktører er brakt på banen:

«[...] så blir det masse spørsmål som jeg nesten ikke kan svare på fordi jeg skal bare drøfte det litt og så sånn ja::, hvordan er det og det og det, og da blir jeg sånn, ne::i, de::t vet jeg ikke, nei, de::t,(h). Så det blir sånn at det som kunne ha funket der det funker ikke allikevel. Nei, men jeg vil si at stort sett så funker det bra med sånn fagteam og PPT og.. sosialfaglig, men.. det som ikke funker er... hvis du sitter her og trenger hjelp som helsesøster på skolen så må man sende hen-, henvisning på alt!»

Tverrfaglig samarbeid og organisering av systemet skaper utfordringer i forhold til at de ansatte ikke får den hjelpen de trenger når de trenger den, som her illustrert. Det fremkommer at deltakeren i sin rolle har et spesielt perspektiv på elevenes problemstillinger. Dette perspektivet er vanskelig å legge frem for aktører som ikke kan observere elevene på samme måte. Henvisningssystemet med dets ventetid kan være en annen mulig årsak til at opplevelsen av å strekke til svekkes, som her antydnet. Det bekreftes i videre sitat:

«[...] men det er noe med at når jeg vet at.. noen ganger så trenges bare litt veiledning og så er man der, men så liksom.. det er nå:: de trenger det, de trenger det liksom ikke om et halvt år. Det er nå:: liksom. Det er problematisk i hjemmet og.. det er der jeg føler at, at jeg ikke strekker til, for jeg har ikke tid til å gjøre de små tingene som kanskje kunne ha vært...».

Sitatet illustrerer hvordan den ansatte tydelig ikke opplever å strekke til på grunn av mangel på tilgang til veiledning og ressurser når det trengs. Det tydeliggjøres på den andre siden holdninger som kan ligge til grunn for hvordan de ansatte likevel kan opprettholde en viss opplevelse av tilstrekkelighet i jobben:

«Og ikke tenke at vi er... vi er ikke noen akuttpost, (h). Den har jeg brukt litt tid på å lære meg, (h). For det er ofte sånn at man føler at..folk kommer med det, ja, da må jeg være der, jeg må fikse det nå liksom! Men det er jo ikke sånn, vi er jo ikke.. vi er jo egentlig tilgjengelig her for å jobbe som.. jobbe i vanlig tempo egentlig, (h). Du blir fort litt revet med, å::h, her må jeg hjelpe til, her må jeg gjøre noe. Så::, forventningene mine er vel kanskje å klare å beholde det da, (h)... tenke at vi er ikke noen akuttpost [...]»

Fordi samtlige av de deltakende ansatte har erfaring fra spesialisthelsetjenesten, tydes en rolleforståelse som henger igjen fra spesialisthelsetjenesten når de ansettes i kommunehelsetjenesten. Kontrasten mellom rolleforståelsene omhandler, som illustrert i dette sitatet, blant annet arbeidstempo. Ved å tilpasse egne forventninger til seg selv og for hvor

fort arbeidsprosessene kan gå, innenfor de arbeids-rammene som gis i kommunal helsetjeneste, kan de ansatte opprettholde den ønskede og nødvendige opplevelsen av tilstrekkelighet i jobben. I tillegg bidrar tilbakemeldinger, som tidligere illustrert, med å styrke denne følelsen. Dette synes å ha sammenheng med å få noe tilbake og følelsen av å være betydningsfull.

Strategi

Som vist i figur 3 finnes det en rekke ulike løsningsstrategier for å overkomme de største utfordringene i arbeidet. Disse er konkrete og praktiske. Det finnes imidlertid også en rekke overordnede strategier for det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge, og disse synes å være et resultat av de presenterte motivene, målene og utfordringene.

Hovedkategoriene som ble identifisert er *grensesetting av egen rolle, prioritering i arbeidet og individorientering*.

Grensesetting av egen rolle. En av de tydeligste strategiene som kommer frem blant de deltakende ansatte er å sette klare grenser for hva som er deres arbeidsoppgaver, hva de har kompetanse til å gjøre og hva som er målet med deres arbeid.

«Jeg prøver å være ganske tydelig på hva det er jeg kan tilby, og hva som er.. og hvor går grensa hen da. [...] Men jeg må være trygg på at jeg gjør den jobben som eh... ja, som jeg tenker at jeg skal gjøre, selv. Eh::: Og så som jeg tenker at er min jobb, eller som jeg tenker at er så langt jeg kan strekke meg da [...] jeg vet at jeg ikke kan innfri til forventningene».

Å sette disse grensene, som illustrert i dette sitatet, handler om å skape en følelse av tilstrekkelighet i en jobb der de alltid skulle ha gjort litt mer, og stole på seg selv og de prioriteringene de gjør og valgene de tar underveis. Forventningene som stilles til de ansatte skisserer rollen de ansatte påtar seg, men det fremkommer at forventningene de har til seg selv blir avgjørende for denne følelsen av tilstrekkelighet i jobben:

«[...]jeg har forventninger om at jeg skal gjøre så godt jeg kan, og mer enn det får jeg ikke til. Mhm».

Tankegangen som illustreres her er viktig for å sette disse grensene og skille mellom hva som er deres viktigste oppgaver i det psykiske helsearbeidet og hvordan de skal vurdere å sende ansvaret videre til noen andre:

«[...] det blir ikke dekt alt det behovet de har av helsesøster, nei. Nei, jeg er helt avhengig av at det er.. Jeg tenker at min jobb, det er å finne ut av – holder det å bare ha en samtalepartner, som jeg først og fremst er, eller må de videre i et eller annet system. Eh:::, så det er... og mange må videre. Mhm, men det som er da, at selv om de er både videre og.. så er de jo fortsatt her i tillegg. Men da har ikke jeg hovedansvaret for at det skal skje en endring på et vis, da er det støttesamtaler som mange av dem setter pris på. Men jeg kan ikke sitte med hovedansvaret, for det har jeg ikke kompetanse på, eh::: til at det skal skje den endringa som skal til da»

Som deltakeren illustrerer, får de ansatte et vurderende ansvar som omhandler å se om behovet kan dekkes hos dem eller om de trenger bistand fra andre tjenester. Bevisstheten om at barnet eller ungdommen likevel forblir en del av deres system, på tross av at noen andre får hovedansvaret for endringen, er imidlertid stor. Det kan tyde på at til tross for at de begrenser rollen sin, påtar de seg det koordinerende og oppfølgende ansvaret, som illustrert tidligere.

I tillegg til at de ansatte har behov for å føle tilstrekkelighet i en krevende jobb, blir grensesettingen for egen rolle viktig for å kunne være motivert og finne alternative løsninger ved å dele på ansvaret sitt og å se ting i et større perspektiv:

«[...]så må en jo tenke litt, med tanke på stilling og skolestørrelse og... så man må alltid gå inn i seg selv og tenke, men hvorfor er det at jeg ikke klarer det? Jo::, det er fordi at... så man ikke føler at man... for hvis man føler at man ikke når opp hele tiden så blir det jo bare slitsomt. (h), så::, jeg må jo ikke tenke at det er min skyld, det er egentlig ikke min skyld, og jeg alene med så mange elever og så stor skole. [...] Jeg skal egentlig ha 300 elever, men vi er jo 600, så:: [...] men.. etterspørselen er jo like stor likevel, så man må jo bare prøve å tenke at en har gjort så godt en kan og... håpe at man.. at de andre er fornøyd da, det tilbudet de har fått. Og stole på at folk sier ifra i hvert fall da, hvis.. ja, det virkelig ikke imøtekommer dem. Men jeg jeg vet at det er potensiale for mye mer. Men man strekker ikke til liksom».

I dette sitatet kommer det tydelig frem hvordan utfordringer med kapasitet og tid preger deltakerens måte å tenke på, og hvordan strategien om å sette grenser for egen rolle blir viktig for å ikke miste motivasjonen og evnen til å finne alternative løsninger. Det sies konkret at «man ikke strekker til», og strategien synes da å beskytte mot å miste den viktige følelsen av tilstrekkelighet i jobben.

På den ene siden handler denne grensesettingen om å stole på seg selv og sine vurderinger, men på den andre siden handler det også om å innse egne begrensninger. Flere av deltakerne var opptatt av at de kan bli bedre på ting i arbeidet sitt, og at det var viktig for dem å være åpne om dette, selv om forventningene fra lærere og foreldre ofte tilsier at de skal kunne alt om alt:

«[...] man kunne alltid ha pugget mer og kunnet mer på sånn dypere nivå, men jeg tror det er noe med, hvor mye kan man ta inn liksom, for å ikke overbelaste seg selv liksom, for man sliter jo ut seg selv hvis man skal på en måte... late som man er full av oversikt hele tiden. Da kjører jo jeg i veggen, tror jeg liksom. Så man må liksom prøve å være, «vent , jeg må sjekke opp det der, det vet jeg ikke helt», og tørre å si det liksom, å vite at det er greit... og huske å si det liksom, og ikke alltid være den.. «nei, det her blir sånn og sånn og sånn liksom», at du alltid har et svar på ting liksom.. det er jo noe man jobber med også. Stole på at en tør å si ifra liksom, «nei, det vet jeg ikke, jeg må sjekke det opp»».

Strategien om grensesetting av egen rolle koker dermed ned til at de ansatte må prioritere arbeidsoppgaver ved å innse egne begrensninger, dele på ansvaret, balansere sine

ulike rolleforståelser og stole på egne beslutninger. Slik opprettholdes følelsen av tilstrekkelighet i jobben og motivasjonen for å fortsette arbeidet.

Prioritering i arbeidet. Som allerede skissert, finnes det utfordringer med blant annet begrensninger i ressurser og kompetanse. Disse utfordringene synes spesielt å ha innvirkning på hvordan de ansatte gjør prioriteringer i arbeidet. Denne strategiske måten å jobbe på skjer blant annet på bakgrunn av intensjoner om å være mer ute blant elevene og ha oversikt:

«[...] det er viktig å være til stedet, men samtidig formidle at man er til stede da. Ehm... Jeg ser på det som noe som er viktig da».

Som denne deltakeren illustrerer så er dette sentrale intensjoner. Ved å anse det å være til stede som viktig, skapes en rolleforståelse som impliserer for den ansatte hvilke prioriteringer som er viktige. En annen deltaker illustrer på den andre siden hvordan denne prioriteringen er vanskelig å utføre i praksis:

«Det er mest samtaler. Det er jo det vi bruker, samtaler. Skulle gjerne ha vært mer ute [...] å være mer med ungene i friminuttene for eksempel og satt av tid til det. Det er jo egentlig ønsket mitt, men det har jeg ikke hatt tid til. Så... ønsket er jo å gjøre det, for da tror jeg på en måte at du får... ja, det er jo noen som synes det bare er greit å komme bort til deg der også liksom, uten at det trenger å være noe sånn stor... veldig mye... men det hjelper på psyken likevel.. eller bare det å bli sett. Det hjelper til mange også. Og så er det litt enklere kanskje å spørre, kan jeg komme til deg en dag, også, så.. det er noen som har vanskelig for å gå til døra».

Som dette sitatet viser så er ønsket om å være mer ute knyttet til intensjonen om å være tilgjengelig på en lav terskel. Det handler også om å ha oversikt og å få elevene til å føle seg sett. Det er likevel de individuelle samtaler som dominerer, noe som skaper et arbeidsdilemma basert på ulike rolleforståelser. På den ene siden blir det viktig å ta seg tid, lytte og ta barna på alvor, i tillegg til at dette er knyttet til nasjonale retningslinjer for arbeidet. På den andre siden er deltakerne, som vist her, bevisst på hvor viktig det er å vise sin tilgjengelighet. Dette illustreres videre av en annen deltaker som også forklarer hvordan formidling av at man er til stede foregår:

«Det er vel det det handler om at når man møter elever eller er ute i klassene, og si at her kan du komme å banke på.. døra. Det er ikke bestandig jeg kan snakke med en gang, men da kan vi sette opp en time. At man formidler det da. Det er litt åpendør-funksjon da. Ehm.. mhm. Og det her med taushetsplikt at.. jeg kan ikke fortelle noe til lærere, andre medelever.. må kanskje si noe til mor og far, eh.. men ja. At de er liksom litt klar over det, sånn at det liksom ikke blir sånn overraskelse. [...] For det skal jo være et sted de kan komme til liksom, så det tenker jeg .. det er viktig å si noe om da».

Som illustrert hos denne deltakeren, skal kontoret til helsesykepleieren være et sted å komme til, et sted med åpen dør, men der det som blir sagt forblir i rommet. Dette kan ha sammenheng med det tillitsskapende aspektet ved den ansattes rolle. Når deltakerne ofte må

prioritere de individuelle samtalene med hensyn til konkrete behov hos en enkeltelev, er ønsket om å være ute blant alle elevene desto høyere. Dette handler om egenskaper ved deltakernes rolleforståelse som fremstår som unike for denne faggruppen på skolen, som for eksempel tillitsbygging og tilgjengelighet.

Individorientering. En gjennomgående strategi for praksisen er individuelle samtaler. En av deltakerne beskriver hvorfor denne individuelle orienteringen er så viktig:

«[...] det med å ha en individuell samtale, da kommer man jo veldig tett på, eh.. og.. jeg syns i alle fall at når elevene kommer hit uten foreldrene og de.. de åpner seg veldig og man får veldig godt tak i hva.. hvor utfordringen ligger tenker jeg. Enten etter en samtale, eller etter to eller tre. Så da føler jeg at eh::, det er en god.. ja. Jeg tenker at det er nødvendig, at man må ha individuelle samtaler med elevene som .. som strever litt mer enn andre. Og at vi kan ikke gå bort fra det».

Dette sitatet peker på hvordan det individuelle fokuset gjør at de ansatte kommer nærmere eleven og kjernen i problematikken, og at de individuelle samtalene som arbeidsmetode bidrar til at disse elevene åpner seg mer. Dette synes å være en viktig del av tillitsbyggen mellom den ansatte og eleven. Denne preferansen for arbeidsmetode har, ifølge en annen deltaker, et spesifikk mål:

«Det er jo for at man skal jobbe forebyggende og helsefremmende da, og at jeg liker samtaler, å snakke med brukeren.. eller om det er pasienten da. Det er givende.. og jeg liker måten å på en måte kunne hjelpe noen med sin psykiske helse for eksempel, via råd, via.. i en samtale da»

Dette sitatet beskriver fokuset de ansatte har i arbeidet, som her nevnt, forebygging og helsefremming. Det handler om å kunne hjelpe et individ gjennom samtale, noe som blant annet krever at den ansatte virkelig ser og hører eleven. Fordi forebygging og helsefremming ikke bare er mål for den individuelle samtalen, men også for undervisning og gruppesamtaler, redegjør en av deltakerne for bevisstheten rundt forskjellene mellom arbeidsnivåene:

«Begge er jo viktige [systemarbeid og individrettet arbeid]. Jeg tror aldri vi kommer dit at vi bare kan jobbe på systemnivå, for å si det sånn, (h), eller forebygging, altså på mer universelt.. nivå da. [...] Alle har jo en del individuell oppfølging, og det er jo en arbeidsmetode som jeg liker godt. [...] jeg tenker at alltid har de enkelte elevene behov for individuell oppfølging, og så prøver du jo.. så er det jo en del grupper da».

Som det fremkommer i dette sitatet blir balansen mellom ulike nivå å jobbe på viktig for å dekke flest mulig behov: Behovet samfunnet har for universell forebygging, og behovet individet har for tettere oppfølging.

«[...] jeg ser jo det at.. hvis en skal nå ut til flest mulig så er det jo lurt å tenke litt sånn.. gå.. at det ikke blir for mye av den individuelle jobbingen».

Det fremkommer også at den ene måten å jobbe på kan være viktig for den andre. I det følgende sitatet illustreres det hvordan arbeidet nedover nivåene – fra gruppenivå til

individnivå, kan bidra til å finne de vanskelige eller sårbare enkelttilfellene, samtidig som de ansatte får dekket en større elevgruppe:

«[...]kanskje hvis det er noen ting de går og tenker på da, at de faktisk kommer og sier ifra etterpå. Og at vi snakket om sånn og sånn [i gruppesamtalen], og «jeg har faktisk en vond hemmelighet» eller ... eh... «det er faktisk ikke så greit for meg å sove på natta», og eh.. «det er faktisk sånn at mamma.. og det er mye krangling hjemme hos oss» og.. «det er faktisk ikke så lett å bo i to hjem» og .. og sånne ting, ikke sant. Og at de kan få hjelp ut ifra det etterpå da».

Som illustrert her, blir gruppesamtalene en potensiell vei inn til enkelteleven og problemstillingen. Slik blir det videre en prioritering å hjelpe disse enkeltelevne med mer spesifikke problemstillinger, knyttet til temaet som ble tatt opp i gruppesamtalen. En slik strategi handler om en rolleforståelse hos deltakerne knyttet til trygging og tillitsbygging blant elevene, samt oppfølging av enkeltelever. En av deltakerne formulerte det slik:

«kanskje det aller, aller viktigste er at det fungerer og at vi får kontakten med ungene og med ..., at vi får til å få tillit og at de åpner seg til oss og prater. At de vil prate med oss er jo i det hele tatt en forutsetning for at vi skal klare å gjøre en jobb».

Praksis

Arbeidspraksisen blant de ansatte er et uttrykk for motivene, målene, utfordringene og strategiene som allerede er presentert. Deltakerne forklarer sine mål på bakgrunn av intensjoner for det de ønsker å oppnå gjennom praksisen. En av intensjonene er som vist å skape tillit hos eleven for å «kunne gjøre en jobb». Hva denne jobben handler om utdypes hos en av deltakerne:

«[...] min tilnærming er.. altså i hvert fall når det er nye elever jeg snakker med, så er det.. handler det først om å bli kjent da med hverandre. Liksom prøve å skape den her tryggheten, tilliten til eleven.. ehm.. ehm.. også på en måte etter hver prøve å endre ... på noe som eleven oppleve som vanskelig da».

Å skape endring hos eleven blir en sentral intensjon i måten de ansatte praktiserer sitt arbeid på. I det følgende skal vi se nærmere på fire ulike praksiser som synes å være resultatet av de ansattes motiver, mål, utfordringer og arbeidsstrategier. *Tverrfaglig arbeid, kontakt med foreldrene, samarbeid med skolen og undervisning i klassene* er alle ulike arbeidspraksiser som på hver sin måte reflekterer deltakernes rolleforståelser i det psykiske helsearbeidet.

Tverrfaglig samarbeid. En tverrfaglig tilnærming til praksis er et resultat av faglige behov blant de ansatte og behov for å finne alternative løsninger. Tverrfaglig samarbeid som en arbeidspraksis settes i sammenheng med sentrale mål som å kunne hjelpe, å ha oversikt og være til stede. Praksisen bygger spesielt på kunnskap om samarbeidspartnere:

«For det første har vi blitt veldig flinke til å ta i bruk Omsorgsstasjon for barn og unge, der de har liksom ganske kort vente tid. Der kan de jo ta inn samtaler på en uke liksom. Så vi føler at vi kan henvise dem dit da.. det.. det er jo det å finne andre alternativ, ikke sant».

Tidsaspektet for hjelp og tilgjengelighet til tjenestene fremstår som viktig, og her synes deltakeren å ha funnet en løsningen på noen av utfordringene ved henvisning.

Deltakerne presenterer flere vanlige samarbeidspartnere som PP-tjenesten og sosialfaglige, og en av deltakere illustrerer hvordan tverrfaglig samarbeid utspiller seg i et akutt tilfelle:

«Så kom han og han var dypt deprimert og han hadde prøvd å ta livet sitt. Mhm. Så... da sa jeg at jeg skulle hjelpe han, og han fortalte, fortalte og fortalte, ehm, også ringer jeg - hjem, jeg ringer psykologen vår – får ikke svar, ringer.. avdelingsleder, eh, hun var enig i at dette må kjapt inn, eh.. jeg får også lov til å si ifra til lærerne. Mor samtykker til henvisning til psykologen vår, eh, lærerne... setter i gang tiltak... altså avdelingsleder da, setter i gang tiltak ganske kjapt..., trenger ikke å søke, han fikk bytte klasse, ehm... og det er allerede en plan for hver dag, miljøteam, så han får en annerledes skoledag, og det hadde avdelingsleder avtalt sammen med han da, så han er enig. Så der er det jo, ikke sant, jeg har ikke kunnet gjort det alene, nei.»

Det tverrfaglige samarbeidet består, som her illustrert, av flere ledd og flere aktører. Bekymringsmelding og kontakt med foreldrene kan være en del av dette, slik som vist i sitatet, og det skjer en ansvarsfordeling for å sikre en eller flere løsninger. Her har deltakeren flere rolleforståelser i form av å være den som skal gi akutt hjelp gjennom koordinering av hjelpeapparat, opplysning til foreldre og oppfølging av saken. Det tverrfaglige samarbeidet kan også skje på tvers av etater, for eksempel gjennom samarbeid med barnevernet eller Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP):

«det var jo en overgrepssak da [...] der jeg hadde barnevernet som en diskusjonspartner da på en måte ... i starten, [...] jeg var litt usikker på hvordan jeg skulle ta saken videre. Så det var veldig greit husker jeg, å forhøre meg med dem om hvordan vi jobbet og... hvordan de gikk frem i en sånn her type sak da... overfor den .. eh.. eleven også da som hadde vært gjennom det, sånn at det ikke skulle bli så skremmende når eleven faktisk kom dit at nå må vi faktisk snakke med barnevernet om det her liksom».

Her tydeliggjøres en kunnskapsoverføring mellom to ulike aktører i en sak gjennom samarbeid på tvers av etater. Deltakeren kunne ta med seg ny kunnskap og erfaring fra saken som styrker dens helhetlige kompetanse som brukes videre i arbeidet. Denne praksisen blir en løsningsstrategi for å håndtere utfordringer som begrenset kompetanse blant de ansatte. Dette kom ytterligere frem hos en annen deltaker som peker på kunnskapsutveksling for å nå målet om å skape endring hos eleven:

«[...] jeg føler at man kan bli bedre på alt egentlig, i individuelle samtaler også. Ehm... og så noen dager føler du at du får til en bra samtale, andre dager føler du at du ikke får til en så bra samtale. [...] men for at man kan gjøre en endring da, også observere andre i den rollen da. Jeg har jo for eksempel vært med kriseteam der jeg har sett andre som er godt vant med å snakke med barn og unge, hvordan de gjør det. Lære av dem da».

Denne formen for modellering og erfaringsbygging blir et viktig verktøy for å overkomme utfordringen med begrenset kunnskap.

I ulike samarbeid må den ansatte finne sin rolle på bakgrunn av sin kunnskap, for eksempel om psykososiale sammenhenger:

«Jeg tenker ofte... Ofte blir det kanskje mest fokus på det her med hva PPT [pedagogisk-psykologisk tjeneste] og familietiltak og sånn kan utføre da... vi kommer kanskje litt inn fra sidelinja sånn.. kanskje i forhold til å høre .. vi tar inn på en måte helseperspektivet da. ... Og spør litt... ja, sånn generelt psykososialt da, hvordan eleven har det. [...] Er det noen ting som har skjedd knyttet til helsa... [...] Alt fra kosthold, trivsel, søvn, eh.. ja. [...] Om det er noe der liksom som forårsaker eller bidrar til at eleven ikke har det greit på noen måte eller.. ja».

Som illustrert i dette sitatet har helsesykepleiere for eksempel andre forutsetninger for å forstå det helhetlige bildet fordi de jobber så tett på elevene i hverdagen, sammenlignet med PP-tjenesten og Familietiltak som kommer innom med jevne mellomrom:

«[...]det som er så synd er at de [sosialfaglige og PP-tjenesten] ikke får sett ungen fordi.. hvis de hadde sett ungen så skjønner du litt mer historien, skjønner du? For jeg kan legge det frem sånn, og så er det bare å tolke et ord og da tenker jeg sånn, eller sånn, og så blir det ikke sånn... så bra likevel, hvis du skjønner sånn. Det kan fort bli litt sårt».

De ansattes praksis er preget av hvilke rolleforståelser de har, noe som legger opp til hvilket ansvar de tar. Men samarbeid kan også utvide rolleforståelsen fordi den ansatte opplever ansvar for at systemet handler. En av deltakerne illustrerer dette gjennom et konkret eksempel på hvordan et tverrfaglig samarbeid kan utarte seg:

«Jeg har informert fastlegen om det her da, for.. fastlegen kunne ikke ha visst om det her for da hadde han henvist han rett inn i BUP. Grunnen til at jeg må ta vår psykolog nå er fordi det tar for lang tid inn i BUP, og gutten har lovt meg at han skal ikke ta livet sitt. Og han prøvde en gang, og.. for en måned siden.. og ombestemte seg for han tenkte at, kanskje... det må da gå an å gjøre noe med det her. Når han ble.. etter en uke på sykehus fant han ut at .. det hjelper ikke. Så heldigvis kom han da. Men fastlegen hadde sagt til han at han burde oppsøke helsesøster. Men da vet han ikke alvorlighetsgrad tenker jeg, når han sier det, for at .. han burde jo ha tenkt høyere opp enn det».

I dette sitatet illustreres det på den ene siden at systemet ikke er raskt nok i forhold til de akutte behovene, der deltakeren tar ansvar for å finne en alternativ løsning. På den andre siden fremkommer det hvordan ulike aktører i det tverrfaglige samarbeidet kan ha ulike oppfatninger om hva slags hjelp som trengs i den bestemte situasjonen.

Kontakt med foreldrene. Å ta kontakt med eller å bli kontaktet av foreldre eller foresatte er en viktig del av arbeidspraksisen. Mer inngående omhandler dette både å ha en koordinerende rolle i forhold til skolen, men også å se barnas eller foreldrenes behov for opplysning og oppfølging. En av deltakerne illustrerer hvordan dette blir en del av arbeidspraksisen:

«Jeg møter det med .. ehm.. at jeg forstår dem veldig godt, (h), og så møter jeg dem med å hjelpe dem, jah.. med litt i forhold til hvordan håndtere det selv, og gjerne med informasjon til hjemmet, og at skolen.. det er jo innen samtykket da. Hvis de skal få det bedre

så hjelper det ikke bare å snakke med meg. Mhm. Og så.. og så noen henvises jo videre selvsagt».

I dette sitatet illustreres det hvordan den ansatte har som mål å hjelpe, og at dette foregår gjennom å formidle kunnskap om selvhjelp, og at både hjemmet og skolen blir viktige aktører i dette. I tillegg kan den ansatte koble på andre hjelpeinstanser gjennom sin kunnskap om samarbeidspartnere. Rollen blir dermed tydelig opplysende og koordinerende. Slik blir også denne formen for praksis naturlig individorientert. Dette individorienterte arbeidet kan omhandle mye forskjellig, slik som en annen deltaker forteller:

«[...] det foreldre tar opp da, på forskjellige områder, og lærere og ungene kommer inn med... det kan være alt fra at ungene kommer inn med et sår på tommelen, [...]i det neste øyeblikket så ringer foreldrene og er frustrert over ting som... har med helt andre ting å gjøre, med mat å gjøre, ikke sant, og hvor mye skal ungen spise og.. alt det der krever sånn der individuelle... krever så mye mer enn et kjapt svar. Det er noe du klarer å svare kjapt på, men jeg føler at det begynner å bli veldig mye sånn at, at kunnskapen begynner å bli bred».

De ansatte har et veldig bredt praksisfelt, som vist hos denne deltakeren. Her fremkommer det hvordan arbeidsnormen er i endring i forhold til hva slags problematikk som står i fokus, og mye av det er problematikk som ikke nødvendigvis har et enkelt og raskt svar. Som deltakeren antyder krever slike vurderinger «mye mer enn et raskt svar», i henhold til kompleksiteten i årsaksforholdene i situasjonen. Dette skaper krav i forhold til kunnskapsbredden hos de ansatte i de opplysende aspektene ved jobben, men også til den ansattes tilgjengelighet og hvor mange de klarer å hjelpe når spekteret er så bredt.

Flere av de ansatte ser på foreldrekontakt-praksisen som støttende for den øvrige praksisen, nettopp fordi de vet hvor viktig foreldrene er i et sosioøkologisk-perspektiv.

«Jeg synes det er greit å ha den foreldrebitten i tillegg... for at jeg tenker, sånn som på ungdom-... jeg sitter litt med... jeg føler at de som jobber med ungdom, der blir helsesøstrene sittende litt med ansvaret nesten for ungdommen, for de vil jo ofte ikke at de skal ringe til foreldrene og sånne ting. Men jeg synes det er veldig kjekt å kunne... å kunne ehh... for jeg sier jo til elevene at vi må jo ringe til foreldre dine og kunne snakke... og fortelle dem om dette og sånne ting, og kunne spille på dem i tillegg. For det er mye de kan gjøre for ungene sine».

Her skisserer deltakerens motivasjonen for foreldrekontakt-praksisen, som beskriver hvordan foreldrene blir støttespillere i en prosess med et barn eller en ungdom. Det skaper også en bevisst ansvarsfordeling som gjør at den ansatte har flere alternativer i arbeidet med barnet eller ungdommen. I tillegg kan den ansatte ha andre perspektiver på barnet eller ungdommens utfordringer enn foreldre eller lærere:

«Og det... stemmer jo også, for jeg ringer jo også til noen foreldre og sier det at jeg snakker med ungdommen din, og ... han/hun er veldig lei seg. «Nei, det stemmer ikke altså! Jeg så jo i går, hun drev å danset på gulvet, smilte og var så fornøyd». Så de tror at, smiler og er fornøyd, da er man ikke trist. Mhm».

Her har den ansatte en mulighet til å bidra til bedre innsikt hos foreldrene i forhold til de behovene den ansatte opplever at barnet eller ungdommen har. I slike tilfeller spiller den ansatte både på sin kompetanse om sammenheng og menneskekunnskap i oppfølgingen av elever. Den ansatte har en rolleforståelse som bygger tillit og som kan fremkalle andre svar hos eleven enn det for eksempel lærere og foreldre kan.

Samarbeid med skolen. Samarbeid med skolen er en sentral del av praksisen på bakgrunn av at det er her de fleste barn og unge oppholder seg store deler av oppveksten:

«[...]det er jo der ungdommene tilbringer... mesteparten av tiden sin.. eller i alle fall.. ja. Og det er jo der de har venner, ...det er viktig for dem hvordan de har det på skolen. Så samarbeid med lærere er viktig».

Som dette sitatet illustrer blir samarbeidet med skole og lærere viktig fordi de gjennom skolen får en bred kontaktflate med barn og unge i deres vante miljø. Samarbeidet med skolen og lærerne blir viktig for arbeidet de ansatte skal utføre:

«[...]hvis man snakker med lærere så får man jo vite.. ja, kje::mpe flink til å tegne og, og god venn med den og den og... og ja, litt sånne ting, og sette fokus på det, og bygge litt mer på ting som de mestrer for at de skal få litt bedre selvfølelse da, så, jah, mhm. Men... Det er mye nedstemte ungdommer ja, som er vanskelig å snu. Mhm.»

Dette sitatet illustrerer at ansatte som arbeider i førstelinjen kjenner elevene på en annen måte enn lærerne, og at et samarbeid mellom disse kan bidra til å danne et mer helhetlig bilde av hvem eleven er og hvilke styrker den har. Dette samarbeidet blir derfor både tverrfaglig og basert på kjennskap til eleven. I sitatet fremkommer det også at fokuset er helsefremmende, og at målet er å bedre selvfølelse og å skape mestring. I tillegg er det et samarbeid som er forventet i forhold til måten tjenestene er organisert på:

«Så, ja... når det er.. det er stort sett de forventningene, og de [foreldrene] kan jo ha forventninger om å samarbeide med skolen da kanskje.. eller ofte så er det vel jeg som foreslår det kanskje»

Sitatet viser at den ansatte muligens er usikker på hvor forventningene kommer fra, men at det ligger en forventning et eller annet sted om at det skal inngås samarbeid med skolen. Disse forventningene knyttes til rollen som den ansatte har og tar på seg i jobben sin.

«Jeg føler egentlig at forventninger som stilles til meg er.. samsvarer ganske godt med den jobber jeg gjør, mhm. Og det tror jeg er fordi at, fordi at jeg er så innarbeidet i skolen her, og at nye lærere fort blir kjent med hvordan det fungerer, ja. Mhm. Eh, og så er de veldig positiv til å sende elevene hit, så:... nei, jeg, jeg tror at både skole og elever, stort sett, stemmer med det jeg kan by på egentlig. Mhm, jah. Noen ganger har jeg kjent på, tidligere, men det var mer personalavhengig, at jeg kunne ordne opp i alt! Det kan jeg jo ikke, (h).»

Deltakeren viser sin egen bevissthet rundt hvilke forventninger som stilles, og også hvordan dens egen innsats står til disse forventningene i praksis. I tillegg fremstilles en bevissthet omkring egne begrensninger. En annen deltaker knytter denne rollen opp mot

normaliseringsaspektet og en utfyllende posisjon i forhold til det lærerne ikke kan oppnå alene:

«Det å normalisere ting litt, for det blir veldig ofte litt sånn at... både lærerne og foreldre blir veldig på'n hvis det er noe med ungen deres, og så tenker de sånn, å::h, må snakke med noen. Og så skjønner jeg at lærerne prøver å ta så mye som de kan, men så er det noe med at.. hvor mye kan man ta. Så hvis man har mulighet så er det jo veldig fint å få hjelpe dem, så da blir det jo ofte å sitte og prate litt med dem da».

Den ansattes viktigste oppgave i denne sammenhengen er å være til stede og å kunne bidra til å hjelpe, og eventuelt skape endring mot en positiv utvikling. I andre situasjoner der tilfellet er mer akutt, blir samarbeidet med skolen og lærerne helt avgjørende for å for eksempel forebygge selvmord hos enkeltelever:

«og så da hadde vi en, da hadde jeg en samtale med ungen, eleven, her i går da, sånn, der læreren var med. Der vi snakket litt.. vi måtte jo få avklart om ehh, om det virkelig var fare for at han tok livet sitt, ikke sant, om det var det det var et uttrykk for. At mora faktisk var redd for det, og, eehm, så vi fikk liksom pratet litt om det, alt det med læreren, ikke sant. Læreren tar kontakt med meg på grunn av at moren har tatt kontakt med kontaktlærer».

Her fremkommer det hvordan samarbeidspraksisen med skolen kan være i et akutt tilfelle. Både kontakten med læreren, eleven og foreldrene blir helt avgjørende for at den ansatte skal kunne gjøre jobben sin med å avdekke årsakene til selvmordsfaren og forebygge at det skjer.

Undervisning i klassene. I forhold til psykologenes og helsesykepleiernes tradisjonelle arbeidsoppgaver, er dagens praksis preget av en endring i arbeidsnormen for disse yrkesgruppene i førstelinjen:

«Mhm, ja, for nå er det veldig mye fokus på det med undervisning. Eh.. tenker.. i planen vår også.. og ehh.. jeg og sånn som på ungdom og sånne ting, med MEST [prøveprosjekt i regi av skolehelsetjenesten] og sånn som den biten der, den undervisningsbiten og sånn...».

Undervisningen handler om en formidlingspraksis der målet er å opplyse, informere og trygge elevene på tema om kropp, helse og utvikling. Det ble identifisert flere måter å kommunisere disse budskapene, men det finnes klare preferanser blant deltakerne:

«[...] så var jeg inne i klasser og tok den biten med gruppesamtaler der, men jeg syns det der, å få dem i smågrupper, da får de... vi får mye mer den dialogen med alle. Så jeg håper vi ikke kommer... jeg vil ikke at vi skal komme bort fra det individuelle og grupper.. gjerne mer grupper da..[...]».

Gruppesamtaler, gjerne i smågrupper, som metode er den foretrukne praksisen. Det blir en klar prioritering i arbeidet, både for å nå ut til flere samtidig, men også for å få til en dialog med elevene. En annen måte har vært å organisere større arrangementer som setter fokus på temaene på en trygg måte for elevene:

«Har jo hatt seksualundervisning på 9.trinn, og vi har jo hatt, nå de siste årene nå, hatt pubertetsfestival, det varer en hel uke nå, så det er jo helt fabelaktig. Mhm. Og det merker jeg, da var de mer mottakelig for temaet også, også de som syns at det med seksualitet er kleint og.. langt ifra det.. i forhold til modenhet, til og med de satt og slukte informasjonen. Trygg situasjon. Mens før, da vi ikke hadde den pubertetsfestivalen, da var det tydelig at dette var ekkelt for mange altså. Mhm.»

Psykisk helse som tema blir trukket frem blant mange av deltakerne, med spesielt fokus på normalisering i undervisningsarbeidet:

«[...]forhåpentligvis gjennom undervisning da... gjennom klassene da... og snakker om temaene innen psykisk helse. [...] Snakke om psykisk helse og prøve å normalisere det: Alle har en psykisk helse, alle har hverdager der det går opp og ned, og .. og at eh.. ja, altså gi dem noen verktøy som de kan bruke selv da, for å stå i utfordrende situasjoner. [...] Altså ett mål må jo være å være inne i klassen og snakke om psykisk helse».

Denne klare prioriteringen i arbeidet omhandler, slik som dette sitatet illustrerer, målet om å synliggjøre psykisk helse og tygge elevene på disse temaene. Dette er spesielt viktig for deltakerne fordi de opplever at lærerne mangler kompetanse på dette området:

«Jeg vet at lærerne er litt redd for at de få den, for det tror jeg ikke de føler at de mestrer.. eh, eller det er jo forskjell på lærerne da, men..»

Mens en annen deltaker forklarer det slik:

«Så kan de ikke gjøre det gjennom fag på skolen, for det... det er jo snakk om at det... det skal bli et faglig.. kanskje helse og... psykisk helse som skal bli et fag o::g, men.. så klart, kompetanse på det er jo noe helt annet enn en lærer har. Så de vil jo det, at vi skal komme inn å ha det [holde undervisningen]. Og det er jo bra».

Ved å gå inn i klasser og undervise i psykisk helse, følger de ansatte sine forpliktelser til nasjonale retningslinjer, og jobber i tråd med forebyggende anbefalinger. Disse sitatene illustrer at dette blir en viktig del av jobben de gjør fordi lærerne her har begrensede ressurser når det kommer til opplysningsarbeid relatert til psykisk helse.

Undervisningspraksisen krever imidlertid en viss fleksibilitet og selvstendighet hos den ansatte:

«Men det er... det ... kanskje ikke så mye undervisning som det kommer til å bli fremover. Det kommer... det her skal jo øke på. Ehm... så, det skal jo, på åttende trinn så skal vi jo ha tre undervisningsseminar vet du, men fordi det er nytt det her, så... for det har jo ikke laget undervisningsopplegget engang, så de andre på åttende trinn har sikkert ikke startet, jeg bare begynte jeg. For det er en stor skole, og for at jeg skal rekke alt så... kan jeg ikke vente, nei».

Deltakeren viser hvordan de må stole på seg selv og gjennomføre arbeidet uten sterke retningslinjer for struktur og innhold, men også som resultat av at skolehelsetjenesten er forpliktet til nasjonale retningslinjer og nasjonale bestillinger på hva elevene skal gjennom av tema. Det er videre fokus på å vektlegge denne undervisning for å oppnå mer systemarbeid i arbeidspraksisen:

«så er det jo mer fokus nå på.. i forhold til retningslinjene og vi prøver å jobbe litt mer sånn på systemnivå da.. at man er mer rundt i klassene og har litt mer undervisning om tema... som... ehm... som kanskje skolen opplever som aktuelt da, at vi kommer å prater om»

Undervisning som arbeidspraksis handler dermed både om å tilfredsstille kravene fra politiske retningslinjer om mer systemarbeid rettet mot mange, men også å skape trygghet og komme tettere inn på elevene gjennom samtaler om helse relaterte tema som er relevant for deres alderstrinn.

Resultatdelen viser hvordan arbeidspraksisen er et produkt av motiver, utfordringer og strategier, samt samspillet mellom disse i arbeidshverdagen. I alle disse elementene ble det, som vist, identifisert ulike rolleforståelser blant deltakerne, der noen gjentar seg gjennom flere av de ulike aspektene ved arbeidet. Videre skal vi derfor se nærmere på de fremkomne rolleforståelsene som ligger til grunn for de ansattes forståelse av og praksis i arbeidet med kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge.

Ulike rolleforståelser

Rolleforståelsene som ble avdekket blant deltakerne reflekterer hvordan de tillegger mening til arbeidet de gjør, som et resultat av de presenterte motivene, utfordringene, målene, strategiene og praksisene. Det avdekte spekteret av ulike rolleforståelser fremkommer som årsaken til den rapporterte følelsen av å ikke strekke til i arbeidet. Målet om tilstrekkelighet i jobben settes i sammenheng med de presenterte utfordringene, der oppnåelse av tilstrekkelighet handler om å overkomme disse utfordringene. Deltakerne fremviste flere løsningsstrategier for å oppnå sentrale mål i arbeidet.

Utfordringer med tid har, som vist, spesielt påvirkning på rolleforståelser i tilknytning til oppfølgings-, og henvisningsarbeid der flere av deltakerne opplevde det som problematisk å følge opp forventningene knyttet til dette arbeidet. Tidsaspektet skaper også utfordringer i rolleforståelsene knyttet til tilgjengelighet og tillitsbygging, der mangel på tid blir en utfordring for å oppnå målet om å være til stede. Løsningsstrategiene skissert av deltakerne knyttes til å øke kontinuiteten i arbeidet ved å øke stillingsprosentene og arbeide mer selvstendig ved å øke tilliten til egne vurderingen og arbeidsutførelse. Andre presenterte alternative løsninger på tidsutfordringene var tverrfaglig samarbeid og ansvarsfordeling av ulike oppgaver.

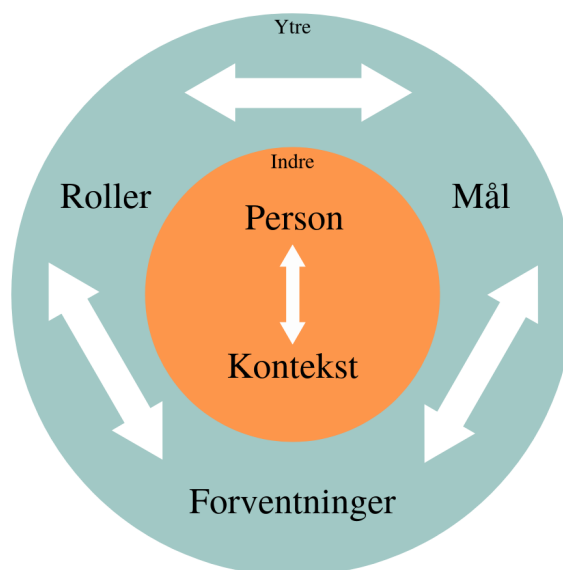
Begrensning i kompetanse skaper først og fremst utfordringer med rolleforståelser knyttet til opplysnings- og oppfølgingsarbeid, der dypere kompetanse om psykisk helse var etterspurt. Løsningsstrategiene hos deltakerne var som vist egenlæring og kursing, samarbeid med andre aktører og å akseptere egne begrensninger.

Gjennom de ansattes praksis fremkom flere av deltakernes løsningsstrategier. Gjennom tverrfaglig samarbeid legges det til rette for kunnskapsoverføring og alternative løsninger. Her skjer det enkelte ganger en endring av rolleforståelsen fordi ansvaret fordeles på en annen måte enn i selvstendig arbeid. Gjennom kontakt med foreldre og foresatte benytter de ansatte sosioøkologiske perspektiver for å få tilgang til alternative samarbeidsaktører i foreldre og fra nettverket rundt eleven. Deltakerne gjør seg tilgjengelig for foreldre og eleven i et slikt samarbeid, og legger til rette for opplysning og individuell oppfølging. Slik kan den ansatte fasilitere tillit, trygghet og forståelse hos både eleven og foreldrene. Samarbeid med skolen blir viktig for å oppnå den brede kontaktflaten med barn og unge, noe som skaper tilgjengelighet og godt grunnlag for opplysnings- og koordineringsarbeid. Samarbeidet med skolen gir også mulighet for de ansatte til å danne et mer helhetlig bilde av elevene og mulighet for å vektlegge normalisering av hendelser og situasjoner tilknyttet eleven. Kravet om systemarbeid løses i stor grad i de ansattes praksis knyttet til undervisning i klassene. Dette er et opplysningsarbeid som når ut til mange, samtidig som at de ansattes praksis med formidling i mindre grupper legger til rette for å komme tett på elevene og skape trygghet og tillit.

Genererte teorier og posisjoner

Basert på de funnene presenteres teoriene i denne delen. Med bruk av figurer illustreres de tenkte sammenhengene og funksjonelle forklaringer på tendensene som ble identifisert blant deltakerne. Posisjonene presenteres gjennom tabeller som viser hvordan deltakerne posisjonerte seg narrativt i de ulike hovedkategoriene over de tre posisjonsnivåene fra Zelle (2009).

Motiv. Motivene handler i stor grad om de ansattes begrunnelse for hvorfor de praktiserer som de gjør i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge. Motivet er i hovedsak todelt:



Figur 4: Det fremkom to hovedmotiver for hvorfor de ansatte praktiserer som de gjør. De ytre orienterte motivene er forventninger andre har til de ansatte i arbeidet med å dekke nasjonale mål for psykisk helsearbeid. De indre orienterte motivene er mer person- og kontekstavhengig knyttet til engasjement og mestring i jobben.

Forpliktelse: Roller, forventninger og mål (ytre orientering). Forpliktelsesmotivet handler om å dekke målene som er skissert i de nasjonale retningslinjene for det psykiske helsearbeidet i kommunen. Disse forpliktelsene skaper en helsesykepleierrolle og en kommunepsykologrolle gjennom å indikere forventninger om hvordan de ansatte bør prioritere i arbeidet sitt. Målene omhandler å forebygge psykiske vansker.

Forpliktelsesmotivet handler også om å dekke ulike lokale behov i henhold til forventninger fra lærere, foreldre, samarbeidspartnere og elevene. De ansatte prioriterer vektlegging av psykososiale sammenhenger i tråd med sin kompetanse om forebygging av psykiske vansker.

Hovedutfordringen er at det ytre orienterte forpliktelsesmotivet kan svekke eierskapsfølelsen knyttet til egen praksis.

Motivasjon: Kontekstuelt og personlig (indre orientering). Motivasjonsmotivet er henholdsvis kontekstuelt og personlig. Personlig motivasjonsmotiv handler om et personlig engasjement for det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge, basert på en genuin interesse for barn og unge.

Det kontekstuelle motivasjonsmotivet handler om at den ansatte opplever mestring i arbeidet. Dette er kontekstuelt fordi omstendighetene virker inn på hvordan de ansatte oppfatter mulige motivasjonselementer. Tilbakemeldinger og samarbeid er knyttet til

motivasjon i den grad de oppleves som anerkjennende og i den grad de ansatte føler seg betydningsfull i sin rolle. Med en mer indre orientering kan motivasjonsmotivet bidra til å styrke eierskapsfølelsen de ansatte har til egen praksis.

Tabell 3

Det er en kontrast mellom forpliktelsene deltakerne opplever å møte i sin rolle – spesifikke bestillinger på arbeidsutførelse, og engasjementet som ligger til grunn for deres indre motivasjon i arbeidet – personlig engasjement.

Narrativt nivå	Posisjonsnivå		
	Individuell samtale	Institusjonell diskurs	Samfunnsretorikk
Holdning/verdi	Personlig engasjement.	Anerkjennelse.	Bestilling på utførelse.
Rolle	Være betydningsfull.	Tilbakemeldinger.	Forebygging av psykiske vansker.
Kompetanse	Stole på egne ferdigheter.	Samarbeid med andre.	Spesifisitet.

Som tabellen viser, fremkommer det en kontrast mellom handlingsintensjonene knyttet til jobben på det narrative nivået holdning/verdi. På individuelt posisjonsnivå nivå praktiseres arbeidet på bakgrunn av et personlig engasjement, mens på et samfunnsnivå praktiseres arbeidet på bakgrunn av spesifikke bestillinger på arbeidsutførelse. Dette skaper kontraster på de andre narrative nivåene, rolle og kompetanse, der ulike handlingsintensjoner skaper sprik mellom indre forventninger om å være betydningsfull i rollen og stole på egne ferdigheter, og ytre forventninger om å forebygge psykiske vansker med spesifikk kompetanse. I tillegg fremviser det institusjonelle posisjonsnivået viktigheten av signifikante andre gjennom anerkjennelse, tilbakemeldinger og samarbeid, som også er en viktig del av motivasjonsmotivet.

Utfordringer. I spørsmålet om hvordan de skisserte utfordringene blant deltakerne påvirker deres forståelse og praksis ble det først og fremst vektlagt to hovedutfordringer i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge i kommunal helsetjeneste (gjengitt i figur 3).

Utfordringer med tid. Utfordringer med tid gir de ansatte vansker med å følge opp avtaler og tvinger dem til å gjøre harde prioriteringer. Prioriteringene handler først og fremst om sakens alvorlighetsgrad og hvor akutt den er. Prioritering av dette arbeidet, ofte kalt «brannslukking», krever som regel henvisning og tilgang på andre fagressurser. Dette er igjen tidkrevende på grunn av ventetid i ulike hjelpetjenester. Med slike prioriteringer svekkes ofte måloppnåelsen om å være til stede, og dermed også muligheten til å komme tett på elevene og å få elevene til å føle seg sett.

Løsningsstrategien for å møte denne utfordringen har vært å stole på seg selv i kraft av sin kompetanse og erfaring, og dermed være mer selvstendig i praksisen. Dette forutsetter stor personlig kapasitet og en evne til å se alternative løsninger. En nasjonal strategi for denne utfordringen har vært å øke stillingsprosenten, noe som har vist seg å resultere i bedre oversikt hos de ansatte og større kontinuitet i oppfølgingen av enkeltelever.

Begrensning i kompetanse. Begrensning i kompetanse er en mangel på samsvar mellom forventninger og de ansattes forståelse av egne ressurser. Denne begrensningen er knyttet til en mangelfull helsesykepleierutdanning, spesielt i forhold til psykisk helse-tema og individuelle samtaler.

Løsningsstrategien i forhold til denne utfordringen er basert på de ansattes egne forventninger til egen kompetanse, der selvlæring og ekstra kurs oppsøkes. I tillegg vil samarbeid skape mulighet for kunnskapsoverføring mellom faggrupper og faglig viktige erfaringer.

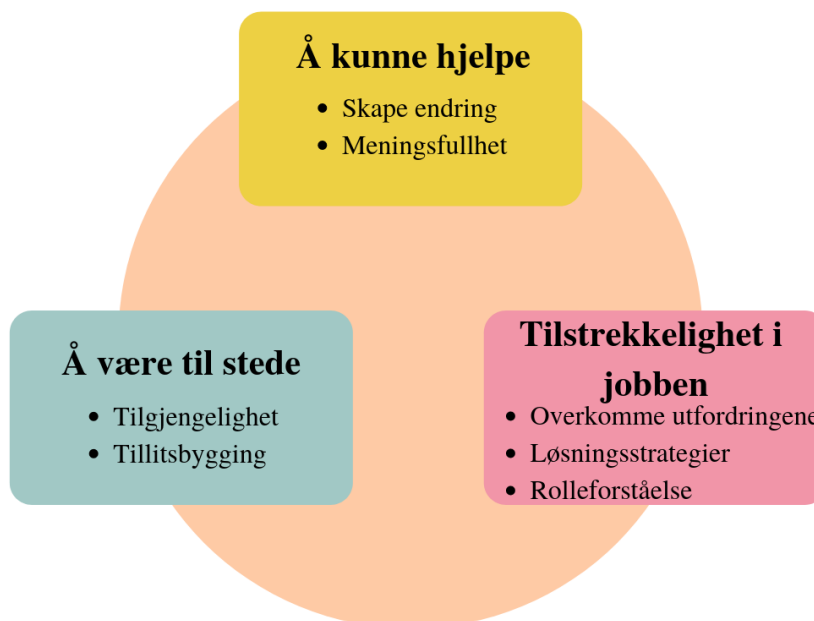
Tabell 4

Det fremkommer en kontrasterende forståelse blant deltakerne for hvordan utfordringene i arbeidet skal håndteres på tvers av posisjonsnivåene. På individuelt nivå legges den personlige kapasiteten (tid/kompetanse) til grunn, mens på et institusjonelt nivå kommuniseres arbeidsprioriteringer som i mer eller mindre grad er kompatible med de ansattes kapasitet.

Narrativt nivå	Posisjonsnivå		
	Individuell samtale	Institusjonell diskurs	Samfunnsretorikk
Holdning/verdi	Personlig kapasitet.	Prioritering.	Økt stillingsprosent og videreutdanning.
Rolle	Skille mellom egne og andres oppgaver	Henvise videre.	Ansvarsfordeling.
Kompetanse	Erfaringer.	Samarbeid og læring.	Kunnskapsoverføring.

I møte med sentrale utfordringer blir den personlige kapasiteten til hver enkelt avgjørende for hvordan de ansatte arbeider, ofte i tråd med tjenestens prioritering. I en del tilfeller er imidlertid ikke prioriteringene kompatible med den tilgjengelige personlige kapasiteten hos den ansatte. Deltakerne benytter erfaringer for å gjøre tilpassede prioriteringer og skille tydelig mellom egne og andres oppgaver. De ansattes jobb med å henvise videre er utfordrende på grunn av lang ventetid. Løsningsstrategier er samarbeid og læring i de institusjonelle diskursene, og økte stillingsprosent, ansvarsfordeling og kunnskapsutvikling i de samfunnsretoriske diskursene.

Mål. Målene de ansatte har for arbeidet sitt har en sammenheng med forventningene de opplever fra andre og forventningene de har til seg selv.



Figur 5: De tre hovedmålene for det psykiske helsearbeidet med underkategorier som utdyper hva målene innebærer. Eksterne mål er knyttet til forpliktelsesmotivet: Å innfri forventningene fra sentrale retningslinjer, foreldre, lærere og elever. Interne mål er knyttet til motivasjonsmotivet.

Å være til stede handler om å være synlig og formidle sin fysiske tilgjengelighet for å senke terskelen for å kunne hjelpe. Slik kan de ansatte vise hvem de er og hvordan de skiller seg fra lærerne. Dette skaper i seg selv forventninger til de ansattes evner til å kunne hjelpe.

Å kunne hjelpe er et mål som er knyttet til å skape endringer til det bedre. I kommunal helsetjeneste omhandler dette arbeidet fokus på tanker og følelser, undervisning og foreldreveiledning. Oppnåelse av dette målet har sammenheng med videre motivasjon gjennom anerkjennende tilbakemeldinger og samarbeid. Mangel på oppnåelse påvirker først og fremst de personlige aspektene ved arbeidsmålene: Å oppnå noe meningsfullt og å være tilstrekkelig.

Tilstrekkelighet i jobben er et personlig mål som henger nøye sammen med grensesetting av egen rolle, og som er knyttet til personlige behov. Endring i arbeidsnorm (økte stillingsprosent) er imidlertid en viktig måte å øke kapasiteten på og dermed sikre målet om å føle tilstrekkelighet. Andre midler er ansvarsfordeling, men fordi henvisning er tidkrevende kan mangel på veiledning i tide bidra til å senke følelsen av tilstrekkelighet. De ansattes forhold til henvisning tyder på en rollekontrast som har sammenheng med erfaringer fra

spesialisthelsetjenesten og forventninger til seg selv om å jobbe effektivt.

Forventningsregulering og tilbakemeldinger er assosiert med styrking av tilstrekkelighetsfølelsen når de ansatte får noe tilbake og opplever å være betydningsfull.

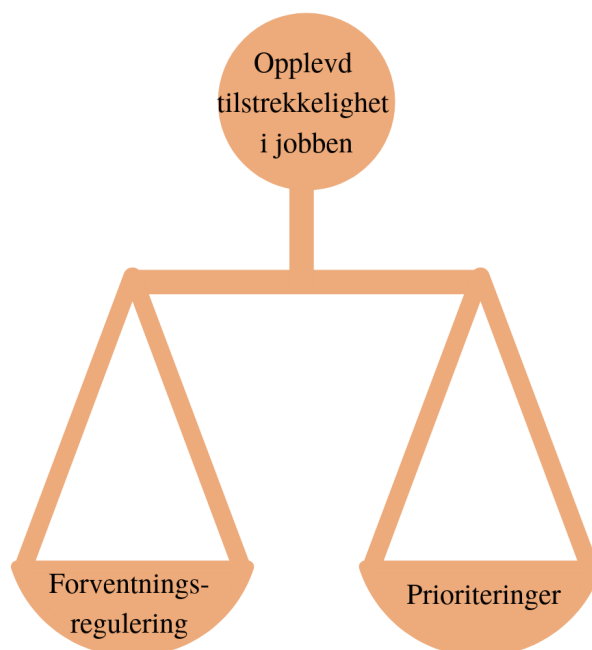
Tabell 5

Tabellen viser hvordan målene er tilknyttet personlige målsettinger, målsettinger for tjenesten og målsettinger på samfunnsnivå. De ulike målene fremhever hvordan de ansatte har et spekter av ulike rolleforståelser tilknyttet sitt arbeid med psykisk helse. Spesielt stor er kontrasten mellom hvordan deltakerne posisjonerer seg selv i sin rolle, og hvordan de oppfatter at samfunnet posisjonerer dem i sin rolle.

Narrativt nivå	Posisjonsnivå		
	Individuell samtale	Institusjonell diskurs	Samfunnsretorikk
Holdning/verdi	Meningsfullhet.	Imøtekommende og lyttende.	Rask og omfattende førstelinje.
Rolle	Tilstrekkelighetsfølelse.	Skille seg fra lærerne.	Kurrere sykdom.
Kompetanse	Kompensere manglende kompetanse.	Tilgang til hjelp.	Hjelpe flere.

Deltakerne skisserer en kontrast mellom hvordan de jobber for å innfri egne mål og hvordan de tolker sitt samfunnsoppdrag. For deltakerne handler arbeidet om å gjøre noe meningsfullt, som i møte med elevene betyr å være imøtekommende og lyttende på et dypere nivå enn lærerne. Ved å klare det oppnår de tilstrekkelighetsfølelse i arbeidet, noe som ofte krever en evne til å kompensere manglende kompetanse hos seg selv. Dette avhenger av tilgang til hjelp, som en forutsetning til å kunne hjelpe flere. Deltakerne stiller spørsmål ved det de opplever som et helhetlig ansvar for å «kurrere» elevene for plager gjennom rask og omfattende hjelp.

Strategi. Deltakerne fra kommunal helsetjeneste skiller i hovedsak mellom to hovedstrategier i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge: Prioritering og forventningsregulering. Balansen mellom disse to er viktig for å ivareta det grunnleggende behovet for å føle seg tilstrekkelig i jobben.



Figur 6: Strategien i arbeidet er knyttet til behovet deltakerne har for å oppleve tilstrekkelighet i jobben. Det oppnår de gjennom å skape balanse mellom forventninger og prioriteringer i jobben.

Prioriteringer i arbeidet. Deltakernes målrettede innsats omhandler intensjoner om å være ute blant elevene og å ha oversikt. Det betyr å være tilgjengelig på en lav terskel gjennom «åpen dør»-funksjon og være en tillitsperson for elevene, og å få elevene til å føle seg sett. Intensjonene er i tillegg knyttet til forpliktelsesmotivet og rolleforventningene som følger de ansattes roller.

Dette resulterer blant annet i at individuelle samtaler dominerer: De ansatte tar seg tid til å lytte og ta enkeltelever på alvor. Denne individuelle orienteringen handler om en målrettet handlingsintensjon for å komme nærmere eleven og kjernen i problemstillingen. Fokuset her er også (sekundær)forebygging og helsefremming, med mål om å hjelpe eleven gjennom samtale. Fokuset samsvarer med gruppesamtalenes fokus, men dreier seg om problemstillinger på et individuelt nivå. Videre prioriteringer er basert på begrensninger i ressurser og kompetanse.

Forventningsregulering. Strategiene er også delvis resultatet av behov hos deltakerne – behovet for å føle tilstrekkelighet i jobben. Denne følelsen opprettholdes av en forventningsregulering. Gjennom forventningsreguleringer rettfærdiggjøres prioriteringene de ansatte gjør. En slik regulering kan ha tre ulike former:

- 1) Gjennom en ansvarsfordeling minsker de ansatte sitt ansvar for å nå målet om å skape endring.

- 2) Ved å stole på seg selv står den ansatte i en maktposisjon til å avgjøre hva som er mest viktig i den bestemte situasjonen, ofte i lys av sin egen yrkesrolle (helsesykepleier eller kommunepsykolog). Denne strategien kan imidlertid bety ignorering av andres forventninger.
- 3) Ved å innse egne begrensninger i kompetanse, tid og kapasitet reguleres den ansattes forventninger til seg selv i arbeidet.

Denne rettferdiggjøringen er nødvendig for å ivareta de ansattes behov for å føle tilstrekkelighet i jobben, på tross av at de ikke opplever at de innfrir alle forventningene som stilles. Slik kan de ansatte sette grenser for egen rolle i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge.

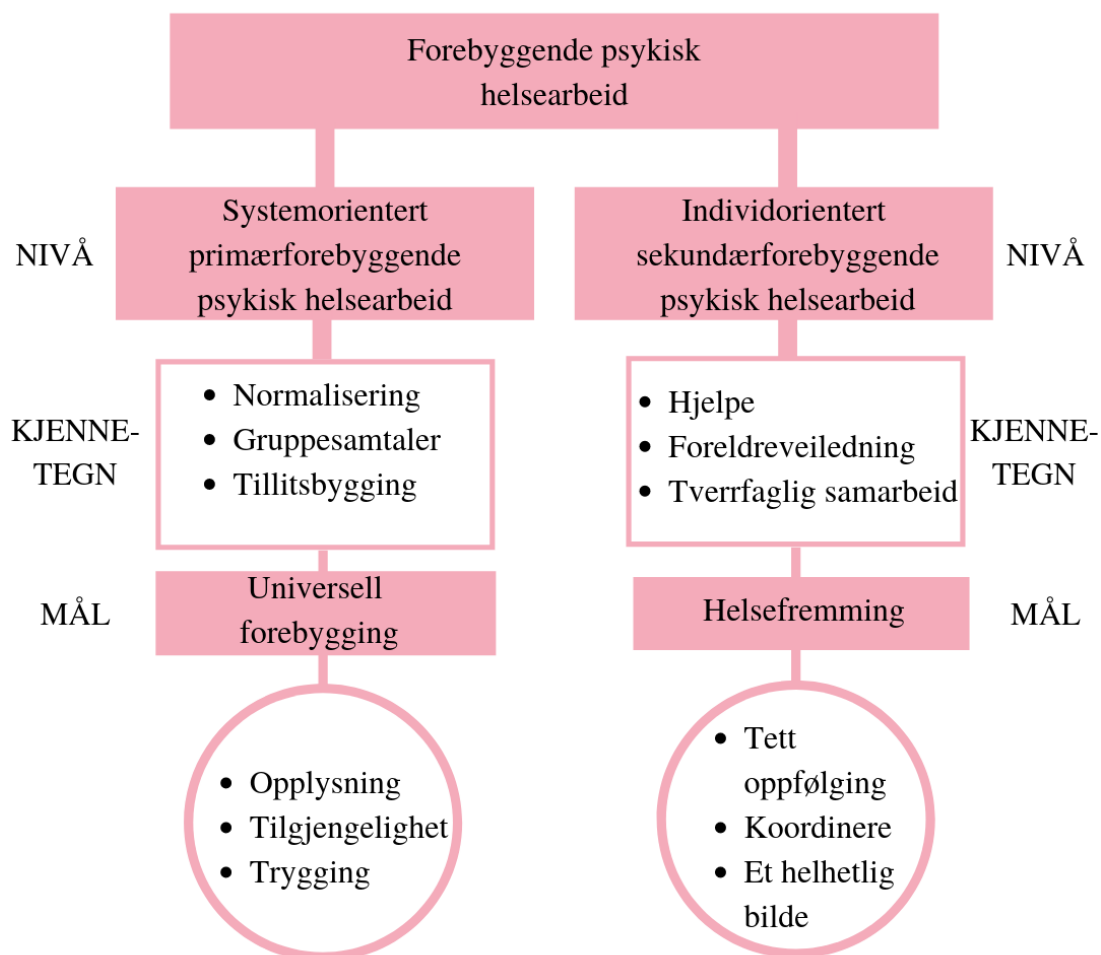
Tabell 6

Tabellen viser de ansattes forståelse for sitt arbeid som skaper ulike posisjoneringer i arbeidsstrategi, der ivaretagelse av tilstrekkelighet oppnås gjennom personlig grensesetting, mens i tjenesten fremkommer strategien som å prioritere akutte tilfeller. Ideelt skal de klare å skape balanse mellom det individuelle og universelle arbeidet.

Narrativt nivå	Posisjonsnivå		
	Individuell samtale	Institusjonell diskurs	Samfunnsretorikk
Holdning/verdi	Kan ikke innfri til alle forventningene.	Hva er optimal praksis.	
Rolle	Være til stede.	Brannslukking av akutte tilfeller	Balanse mellom individuelt og universelt arbeid.
Kompetanse	Tørre å si at man ikke vet.	Hjelpe gjennom samtale.	Skape endringer.

Deltakerne fremviser arbeidsstrategier i henhold til et grunnlag der de ikke kan innfri alle forventningene som stilles. Det blir viktig å tørre å si ifra om at de ikke vet alt i en gitt problemstilling. De jobber mot å være mest mulig til stede, men ender ofte opp med å jobbe med akutte, individuelle saker, og tilbyr hjelp gjennom samtale. Dette er en praksis de selv mener ikke er optimal, spesielt fordi den skisserte rollen og forventningene på et samfunnsretorisk nivå er balanse mellom individuelt og universelt arbeid for å skape endringer blant barn og unge.

Praksis. De ansatte deltakerne fra kommunehelsetjenestens har en forståelse av det psykiske helsearbeid som resulterer i to nivå av forebyggende arbeid: Systemorientert primærforebyggende psykisk helsearbeid og individorientert sekundærforebyggende psykisk helsearbeid.



Figur 7: I kommunalt psykisk helsearbeid skilles det mellom to nivå av forebyggende arbeid. Disse bærer på hver sin side ulike kjennetegn og er rettet mot å oppnå ulike mål gjennom arbeidspraksisen. Begge disse formene for forebyggende arbeid er viktige deler av de ansattes praksis i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge.

Systemorientert primærforebyggende psykisk helsearbeid. Dette nivået av forebyggende praksis er relativt nytt for de ansatte, noe som vitner om en endring i arbeidsnormen, i henhold til nasjonale retningslinjer for psykisk helsearbeid i kommunen. Denne praksisen omhandler fokus på normalisering og prioritering av gruppesamtaler. Målet er å synliggjøre psykisk helse og trygge barn og unge i tematikken rundt psykisk helse. Undervisning i klassene er en del av denne praksisen, der spesifikke bestillinger på

undervisningsopplegg forutsetter fleksibilitet og selvstendighet hos de ansatte. Denne praksisen er rettet mot å dekke samfunnets behov for universell forebygging.

Individorientert sekundærforebyggende psykisk helsearbeid. Det individorienterte nivået av psykisk helsearbeid handler om å hjelpe enkeltindivider og deres familier. Her blir ofte foreldrene en viktig del av arbeidet, enten som støttespiller i prosessen eller gjennom at de får foreldreveiledning knyttet til problemstillingen. Målet for den ansatte er å hjelpe. Den ansatte får ofte en koordinerende rolle i krysspunktet mellom ulike aktører involvert i saken. En viktig del av det individorienterte samarbeidet er derfor tverrfaglighet der behov for kompetanse og å finne en god løsning ligger til grunn for samarbeid på tvers av enheter eller etater. Den største utfordringen her er henvisningsnormen i det kommunale systemet som skaper store tidsmessige begrensninger.

Samarbeidet med skolen blir spesielt viktig for å skape et helhetlig bilde av eleven. Denne praksisen handler om helsefremming med mål om å bedre selvfølelse og skape mestring hos enkeltelever. Denne praksisen er rettet mot å dekke behovet individet har for tett oppfølging.

Tabell 7

Deltakernes personlige posisjoneringer viser hvordan de ser sin rolle i det praktiske arbeidet, i kontrast til og i sammenligning med andre fagpersoner i tjenesten, samt hvordan de posisjonerer sin rolle i en større samfunnskontekst. Som fremhevet i tabellen, er det størst kontrast mellom samfunnsretorikkens holdning og forventning til rollene.

Narrativt nivå	Posisjonsnivå		
	Individuell samtale	Institusjonell diskurs	Samfunnsretorikk
Holdning/verdi	Begrenset kapasitet.	Forskjellig fra lærerne.	Det tar for lang tid å få riktig hjelp.
Rolle	Selvstendig og trygg.	Koordinering og tillitskaping.	Skape endringer.
Kompetanse	Kunnskaps-overføring	Bistå lærerne.	Overordnet og helhetlig innsikt.

Deltakerne skisserer et bilde av seg selv som ansatte i en begrenset rolle, men der de skiller seg fra andre ansatte, som lærerne, i sitt arbeid. I sin rolle må de være selvstendige og trygge for å skape tillit og for å kunne utspille sin koordinerende rolle. Slik kan de oppnå målet om å skape endring, der deres styrke ligger i en overordnet og helhetlig innsikt. Kunnskap overføres i samarbeid med andre gjennom læring og erfaringsbygging. Det er imidlertid stor kontrast mellom samfunnsretorikkens holdninger til det psykiske helsearbeidet i kommunene og hvilke forventninger som stilles til de ansattes roller i arbeidet.

Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg starte med å kort oppsummere funnene fra studien. Deretter vil jeg diskutere funnene i lys av den presenterte litteraturen, drøftet systematisk etter tre tematiseringer basert på funnene: Yrkesmessig posisjonering, hvordan utfordringene med tid og kompetanse skaper rammer for det psykiske helsearbeidet og forvaltning av psykisk helsearbeid i kommunal tjeneste. Videre følger en diskusjon om metodiske betraktninger og implikasjoner studien gir for Barne- og familietjenesten, samt videre forskning. Avslutningsvis vil jeg konkludere på bakgrunn av denne diskusjonen.

Oppsummering av funn

For å oppsummere funnene i henhold til problemstillingene som ligger til grunn for studien indikerer resultatene følgende:

Hvilke utfordringer finnes i kommunen knyttet til det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? Det er identifisert en generell opplevelse av mangel på tid. Utfordringen tydeliggjøres gjennom utsagn om at de «ikke rekker over alt». I tillegg ble det identifisert utfordringer knyttet til begrenset kompetanse blant de ansatte, tilsynelatende som et resultat av en mangelfull utdanning: «[...] det er jo det at jeg tenker at utdanningen vår er for dårlig», «Ett år er a::lt for lite! Jah. Burde i alle fall ha vært to, mhm. Men det gjelder alle områder egentlig, som er for svak, vet du, men spesielt på psykisk helse da».

Helsesykepleiestudiene gir for lite kunnskap om psykisk helse, og psykologutdanningen gir for lite generell kunnskap om systemarbeid. «[...] den kliniske erfaringen er jo veldig viktig, men samtidig så er det jo, nå da, mer fokus på systemjobbing».

Hvordan kaster de ansattes arbeidsforståelse og arbeidspraksis lys over disse utfordringene? Analysene avdekker en rekke ulike rolleforståelser i deltakernes arbeidsforståelse. Bredden av de ulike rolleforståelsene hos deltakerne utgjør kjernen i følelsen av å ikke strekke til: «[...] man kunne alltid ha pugget mer og kunnet mer på sånn dypere nivå». Dette gjelder både tid og kompetanse.

Hva er sammenhengen mellom de ansattes arbeidsforståelse og arbeidspraksis? De mange ulike rolleforståelsene blant deltakerne stiller krav til deres kreative evner når det kommer til praktiske løsninger: «[...] de har jo ikke laget undervisningsopplegget engang, så de andre på åttende trinn har sikkert ikke startet, jeg bare begynte jeg. For det er en stor skole, og for at jeg skal rekke alt så... kan jeg ikke vente, nei». En personlig ferdighet som gir forutsetninger til å skape en god og profesjonell rolleforståelse er knyttet til evner til å kunne balansere ulike forventninger og være trygg i egen rolle: «Jeg prøver å være ganske tydelig

på hva det er jeg kan tilby, og hva som er.. og hvor går grensa hen da. [...] Men jeg må være trygg på at jeg gjør den jobben som eh... ja, som jeg tenker at jeg skal gjøre, selv. Eh::: Og som jeg tenker at er min jobb, eller som jeg tenker at er så langt jeg kan strekke meg da [...] jeg vet at jeg ikke kan innfri til forventningene». Denne tryggheten settes i sammenheng med kompetanse, erfaring og tilgang til støtte.

Sammenhengen mellom ulike arbeidsstrategier. De skisserte utfordringene med tid og begrensning i kompetanse, er gjennomgående også i de andre identifiserte temaene og tilhørende kategoriene som ble utarbeidet. Utfordringene ligger til grunn for et mønster hos deltakerne: «[...] jeg er jo vant til å jobbe veldig effektivt, og i... (h), høyt tempo... [...] og ressursene er veldig tilgj-... lett tilgjengelig for meg da, hvis jeg trenger å .. eh.. diskutere noe med en lege for eksempel ... eller.. noen andre.. andre hjelpeinstanser på sykehuset for eksempel, så er det veldig lett tilgjengelig. Ehm.. her i kommunen bruker man lengre tid». Arbeidsstrategiene synes med andre ord å være utviklet på bakgrunn av felles utfordringer, noe som resulterer i en praksis rettet mot å overkomme disse på best mulig måte.

Rolleforståelsenes forankring i arbeidspraksisen. Analysene impliserer at deltakerne må finne egne løsninger i arbeidet fordi mangel på tid og begrenset kompetanse gjør arbeidet utfordrende. Arbeidsstrategiene ligger til grunn for de ulike rolleforståelsene, *opplysning, henvisning, akutt hjelp, tilgjengelighet, oppfølging, koordinering og tillitsbygging*. Rolleforståelsene danner utgangspunktet for de ansattes arbeidspraksis, som utviser til hvilken grad rolleforståelsen er profesjonell. Profesjonalitet handler om evnen til å tilegne seg en rolleforståelse i tråd med tilgjengelig kompetanse og personlig kapasitet, og videre evne til å avgrense egen rolle etter dette: «[...] jeg tror det er noe med, hvor mye kan man ta inn liksom, for å ikke overbelaste seg selv liksom, for man sliter jo ut seg selv hvis man skal på en måte.... late som man er full av oversikt hele tiden. Da kjører jo jeg i veggen, tror jeg liksom. Så man må liksom prøve å [...] stole på at en tør å si ifra liksom, «nei, det vet jeg ikke, jeg må sjekke det opp»».

Yrkesmessig posisjonering

Det ble i studien funnet en tendens til en yrkesmessig posisjonering blant deltakerne, noe som vitner om en sterk profesjonsidentitet. Tendensen kommer frem i grounded theory-analysene, der fenomenet «kommunalt psykisk helsearbeid» er beskrevet i figur 7. Som figuren illustrerer, er arbeidspraksisen todelt med ulike kjennetegn og mål. Det systemorienterte nivået settes i sammenheng med endring i arbeidsnormen, mens det individorienterte nivået fremviser en arbeidsforståelse i tråd med de tradisjonelle rollene i

psykisk helsearbeid. Videre illustrerer tabell 7 hvordan posisjoneringsanalysene avdekket de ulike rolleforståelsene som ligger til grunn for en kontrastfylt arbeidspraksis. Som vi skal se i det videre, oppstår yrkesmessig posisjonering som et resultat av hvordan yrkesrollene beskrives i sentrale måldokumenter for arbeidet, hvordan deltakerne arbeider i tråd med tjenestens organisering, samt hvordan de ser seg selv og opplever å bli sett av andre i ulike samarbeid.

Nasjonale retningslinjer beskriver yrkesrollene. Nasjonale retningslinjer skaper grunnlag for en profesjonsidentitet gjennom å beskrive hvordan de ansatte er forventet å tilnærme seg det psykiske helsearbeidet i kommunen. Moderniseringen av det psykiske helsearbeidet har på den ene siden medført et økt fokus på den vide definisjonen av det psykiske helse-begrepet som inkluderer dets friske aspekter, som skissert i Departementenes strategi (2017, s. 13). På den andre siden har denne moderniseringen også medført en endring i rollefordelingen for de som jobber med psykisk helse. Psykologen skal ikke utelukkende drive behandling av alvorlige tilfeller, og helsesykepleierne har ikke som eneste oppgave å drive måling og kontroll (Heggeland et al., 2013; Sand & Kvarme, 2018). Som illustrert i figur 4, viser deltakerne en arbeidsforståelse som indikerer en forpliktelse til å følge nasjonale retningslinjer for arbeidet. Gjennom det deltakerne betegner som «bestillinger på arbeidsutførelser» og nye former for arbeidspraksis, styrkes den genererte teorien om forpliktelsesmotiv. Jobbforpliktelsen som en holdning er både relatert til jobbtilfredshet som skaper høy ytelse i jobben, og jobbverdiene som blir rettleidende for den etiske jobbatferden (Elizur & Koslowsky, 2001). Kontrasten mellom verdiene om personlig engasjement og bestilling på utførelse (gjengitt i tabell 3), skaper imidlertid et tap av eierskapsfølelse knyttet til egen praksis blant deltakerne.

Mange av arbeidsoppgavene som utføres i tråd med forpliktelsene og forventningene, skiller seg fra yrkenes tradisjonelle oppgaver. Disse utvidede yrkesrollene, der kommunepsykologene er ute på skolene og helsesykepleierne oppholder seg mer i klasserommene, kan forklare tendensen til yrkesmessig posisjonering. Litteraturen bekrefter en tendens til sterk profesjonsidentitet eller *profesjonsvern* blant helsepersonell (Imenes, 2018, s. 184). Dette kan føre til maktulikheter på tvers av ulike profesjoner som samarbeider eller ubevisste kulturelle faktorer (Aamodt, 2011). Profesjonsvern forårsaket av mangel på relasjon mellom ulike fagpersoner svekker tilliten mellom ulike yrkesgrupper. Dette underbygger at profesjonsidentiteten hos deltakerne ligger i de tradisjonelle rollene. Når nye

arbeidsoppgaver svekker den tradisjonelle rolleforståelsen oppstår en rolletvetydighet som både kommer frem i målene (tabell 5) og i arbeidsstrategiene (tabell 6).

På bakgrunn av endringer og omorganisering av arbeidsoppgaver kan det tenkes at en mindre tydelig rolleforståelse skaper tap av eierskapsfølelse til arbeidet. Dette var skissert som hovedutfordringen med forpliktelsesmotivet i den genererte teorien om de ansattes motiver for arbeidet. Som vist i posisjoneringsanalysen i tabell 3, truer mindre tydelig rollefordeling det personlige engasjementet knyttet til yrkesrollen fordi dette indre orienterte motivet er basert på anerkjennelse av jobben som gjøres i den bestemte yrkesrollen. Dette kan muligens relateres til det Kaufmann & Kaufmann (2015) presenterer som rolletvetydighet, som tidligere beskrevet kan gi konsekvenser for jobbtilfredsheten og ytelse i arbeidet. Dette bekreftes blant annet i Arbeidsforskningsinstituttets evaluering av modellutprøvingen av kommunepsykologer som viste at kommunepsykologstillingene i liten grad er en bestemt rolle (Fossestøl & Skarpaas, 2013). De ansatte opplever forventninger fra nasjonale retningslinjer, men de jobber også etter lokale behov og egen arbeidskapasitet.

Primærhelsetjenesten krever imidlertid en sterk profesjonell identitet med tydelige arbeidsmetoder og jobbatferd (McDaniel et al., 2014). Ansatte i disse tjenestene er en del av et mangfold som ofte jobber i tverrfaglige team, og det blir viktig at de kjenner til den unike kulturen, rollene og forventningene fra de andre i teamet. Det er derfor avgjørende for tjenestenes kvalitet å jobbe for tydeligere roller.

Organisering av arbeidet. Den yrkesmessige posisjoneringsen settes i sammenheng med rolletvetydighet som følge av omorganiseringer i det psykiske helsearbeidet. Det er derfor hensiktsmessig å se nærmere på hvordan ressursene som eksisterer i tjenesten er organisert, og hvor tvetydighetene oppstår.

Rolleendring. Helsedirektoratet (2014) legger til grunn et psykisk helse-begrep i psykisk helsearbeid som er rettet mot å skape normalitet rundt psykiske endringer i løpet av livet. Dette gjenspeiles i deltakernes språk om sin praksis, der samtlige snakker om trygghet, tillit, trivsel og mestring. Videre gjenspeiles normaliseringsfokuset i den genererte teorien om de ansattes arbeidspraksis, som et av kjennetegnene på systemorientert primærforebyggende psykisk helsearbeid (se figur 7).

Kommunepsykologrollen befinner seg først og fremst i spenningsfeltet mellom ulike former for forebygging, og som vist i artikkelen til Ådnes med kolleger (2013) benyttes kommunepsykologenes kompetanse oftest i behandling av enkeltbrukere. Denne praksisen er knyttet til den mer tradisjonelle assosiasjonen mellom psykologen og abnormalitet. Dette

gjenspeiles også i den genererte teorien om praksis som skisserer et nivå av individorientert sekundærforebyggende psykisk helsearbeid i tjenesten, kjennetegnet av å hjelpe enkeltindivider (figur 7).

Helsesykepleierne har på sin side gjennomgått en endring i stillingstittel for å styrke sin rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid (Barne- og likestillingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Moen (2017) viste imidlertid hvordan helsesykepleiere har et behov for å kommunisere sin kompetanse fordi de tradisjonelt har hatt et annet fokus i sitt arbeid, i hovedsak fysisk utvikling og helse. De nye målene i Departementenes strategi for psykisk helse (2017) fremstiller en helsesykepleierrolle som skal opplyse og skape dialog om sensitive helsetema, gi barn og unge verktøy for å håndtere utfordringer og bygge opp under elevenes mestringsevne.

Kontrasten mellom det systemorienterte og det individorienterte psykisk helsearbeidet skaper også et skille mellom ulike arbeidsoppgaver. Normalisering, prioritering av grupper, synliggjøring av og trygging på psykiske helsetema gjennom opplysningsarbeid, blir stående i kontrast til arbeid som omhandler veiledning og hjelp med tett oppfølging, koordinering av hjelpeapparat og henvisning av allerede eksisterende problematikk (se kjennetegn og mål i figur 7). I analysene kom det frem at deltakerne i hovedsak møter to utfordringer i dette todelte arbeidet.

Utfordringer. I likhet med Moens funn (2017) kom det frem at mange helsesykepleiere opplever begrenset kompetanse når det gjelder psykisk helse, og at dette kompenseres med erfaring, kursing og kunnskapsutveksling (se løsningsstrategier i figur 3). Algen og Olsen (2018) begrunner utfordringene med at det mangler «et felles språk for hva kvalitet i tjenestene handler om og oppfattelse av helsesøstrenes samfunnsmandat». Deltakerne i studien la en mangelfull helsesykepleier-utdanning til grunn for begrensningene i kompetansen, og skisserte et manglete samsvar mellom det de gjør i arbeidshverdagen og det de er utdannet til å gjøre (se tabell 4 om kontrasten mellom institusjonelle prioriteringer og personlig kapasitet). Dette tyder på et manglende samsvar mellom rolleforventninger og deltakernes forståelse av egne ressurser.

En annen sentral utfordring er tid. Som det kom frem i resultatdelen, skaper mangel på tid en praksis preget av harde prioriteringer i arbeidet og et mer individ- og akuttpreget fokus (fremstilt i tabell 6). Larsen et al. (2016) peker i sin studie på den samme tendensen, og at på tross av at helsesykepleierne ønsker å tilby lavterskeltilbud til alle, sliter de med å få tiden til å strekke til. Mye av arbeidstiden går med til å drive henvisning og å vente på bistand fra andre

hjelpetjenester. Ifølge Moen (2017) kan dette handle om at helsesykepleierne brukes til alt fra vaksinerer til veiledningsarbeid, men at det har vært nødvendig fordi helsesykepleierne i skolehelsetjenesten står i særstilling når det gjelder taushetsplikt og helsekompetanse, sammenlignet med øvrig skolepersonale. De er dessuten pålagt å samarbeide med skolen for å fremme et godt psykososialt lærings- og arbeidsmiljø, bistå i undervisningen og være tilgjengelig for elever og lærere.

Begge disse hovedutfordringene går igjen både i resultatene og i litteraturen, og ble i resultatene knyttet til bredden av ulike rolleforståelser blant de ansatte. Utfallet resulterte i en følelse av utilstrekkelighet blant deltakerne, der prioritering i arbeidet og forventningsregulering ble identifisert som sentrale strategier for å kompensere for denne opplevelsen (se figur 6). Tilstrekkelighetsfølelsen blant deltakerne sier også noe om deres profesjonsidentitet i forhold til hvilke mål og forventninger de opplever å kunne innfri. På bakgrunn av disse funnene, og sett i sammenheng med eksisterende litteratur, kan det være relevant å stille spørsmål om hvorvidt den interne organiseringen i tjenesten er hensiktsmessig i forhold til ressursene de ansatte har, som diskutert i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Dersom de ansatte verner om sin profesjon for å oppleve tilstrekkelighet i jobben, vil strategien om forventningsregulering (se figur 6), ikke handle om å gjøre en best mulig jobb, men om å gjøre prioriteringer i arbeidet som er mest mulig i tråd med profesjonen. Omorganiseringen som skulle bidra til større vektlegging av arbeid på systemnivå har påvirket arbeidsmetodene i kommunen, som forespeilet i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Organiseringen av arbeidet legger imidlertid ikke til rette for etableringen av robuste strukturer, og det primærforebyggende arbeidet og den tidlige innsatsen har en tendens til å bli nedprioritert til fordel for de tradisjonelle arbeidsmetodene med individorientert arbeid.

Oppsummert har tjenestenes interne organisering av det psykiske helsearbeidet en viktig betydning for fordeling av ressurser, men også for tvetydighetene som oppstår i rollene. Rolleendringene medførte en overgang fra tradisjonelle arbeidsoppgaver for helsesykepleier og psykolog til økende vektlegging av systemarbeid for å bygge opp under universell forebygging. Det har ført til en spenning mellom ulike typer praksis, og deltakernes arbeidsmetoder fremkommer i hovedsak som todelt. Den todelte praksisen skaper på sin side utfordringer i form av manglende kompetanse og tidsrelaterte prioriteringer. Et manglende samsvar mellom rolleforventninger og deltakernes ressursforståelse resulterer i en svekket

tilstrekkelighetsfølelse. Dette fører til arbeidsstrategier som baserer seg på å ivareta profesjonsidentiteten for å føle tilstrekkelighet i jobben og å dekke akutte behov. Videre vitner det om et fravær av robuste strukturer i tjenestene som nedprioriterer systemarbeid.

Samarbeid. En annen strategi som ble identifisert er samarbeid. Deltakerne viste at samarbeid var en metode for å eksempelvis fordele ansvar og utfylle hverandres kompetanse (se tabell 3 – viktigheten av signifikante andre og tabell 4 - løsningsstrategier). Samarbeid i kommunen er ofte tverrfaglig der medarbeiderne hver for seg har mye kompetanse på sine felt. Som vist finnes det lover som forplikter kommunale tjenester til å samarbeide (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1). Samhandlingsreformen la også tverrfaglige samarbeid til grunn for god ressursutnyttelse og kompetanseutvikling i kommunale helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 29). Tidligere studier viser blant annet hvordan tverrfaglige samarbeid kan tilby positive referansegrupper for egen yrkesrolle, noe som gir de ansatte økt forståelse for eget arbeid (Teige & Hedlund, 2016). Dette gjenspeiles i funnene fra studien der en viktig motivasjonsfaktor for deltakernes indre motivasjon var samarbeid som skaper en «belønnende» følelse (se tabell 3, institusjonell diskurs).

Samhandlingen mellom ulike roller som møtes i samarbeid kan imidlertid også skape utfordringer når det mangler gjensidig innsikt i hverandres kompetansegrunnlag (Teige & Hedlund, 2016). Denne tendensen ble identifisert gjennom tabell 7 som viser deltakernes opplevelse av kontrasten mellom egne og andres fokus og mål i arbeidet. Dette er en annen mulig årsak til behovet for å ha en sterk profesjonsidentitet, men det gir i alle tilfeller en indikator på at det blir viktig å danne gode og solide samarbeidsrelasjoner på tvers av fag og etater. Veggeland (2017) pekte på hvordan interessekonflikter oppstår fordi ulike typer helsepersonell har ulike perspektiver på helse. Aamodt (2011) pekte på lav effektivitet i samarbeid med mangelfull systemkunnskap, uklare roller og forventninger som risikofaktorer for lite effektive samarbeid, noe som skaper grunnlag for manglende tillit, svake relasjoner og mangel på kollegastøtte i arbeidet. God samarbeidskultur forutsetter tillit og aksept mellom fagpersonene, som respekterer og støtter hverandre (Skårderud, 2011).

Anerkjennelse. Anerkjennelse står frem i resultatene som en viktig faktor for at deltakerne skal føle seg betydningsfulle i sine roller (oppsummert i tabell 3). Hertzberg sin tofaktorteori (1959) underbygger hvordan anerkjennelse blir en motivasjonsfaktor som bidrar til de ansattes jobbtilfredshet. Det kan derfor være rimelig å tenke at dersom samarbeidet gir avkastning i form av sosial anerkjennelse for jobben den ansatte har gjort, vil de oppleve større grad av jobbtilfredshet.

Gjennom å forstå hverandres profesjoner er det lettere å anerkjenne hverandres kompetanse i et tverrfaglig samarbeid (Larsen et al., 2016). Dersom tydeligere roller i samarbeidet øker sjansene for å oppnå anerkjennelse, kan yrkesmessig posisjonering inngå i en mekanisme for å oppnå positiv jobbtilfredshet. Larsen med kolleger (2016) påpeker for eksempel at helsesykepleiernes fagidentitet skiller seg fra de øvrige skoleansatte fordi de har to ulike arbeidsgivere og fordi mange helsesykepleiere jobber på flere skoler og/eller helsestasjoner. Tilhørighetsfølelse kan derfor være en faktor i den tenkte mekanismen, i samsvar med prosessteorier om samspillet mellom personlige behov (for tilhørighet) og organisatoriske egenskaper (for eksempel organisering) (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 293). Det ble imidlertid ikke identifisert noen mangel på tilhørighetsfølelse blant deltakerne, men flere påpekte at det var viktig å ha psykolognettverket eller fagteamet rundt seg i arbeidet.

Samarbeidet er både en lovpålagt og en foretrukket arbeidsstrategi blant ansatte i kommunal helsetjeneste, noe som omhandler ressursutnyttelse, kompetanseutvikling og styrket arbeidsforståelse blant de ansatte. Samarbeid utgjøre likevel en kilde til vern av profesjonsidentitet når teamet ikke er enige om fokus og mål i arbeidet, og når roller og forventninger er uklare i samarbeidet. Anerkjennelse skaper en kilde til positiv jobbtilfredshet, der vellykket samarbeid er satt i sammenheng med følelsen av å oppleve å være betydningsfull i sin rolle. Profesjonsvernet knyttes dermed til de ansattes oppnåelse av positiv jobbtilfredshet i relasjon til jobben.

Rolleforståelse påvirker praksisen. Som funnene i studien viser, ligger trygghet i rollen og evnen til å balansere ulike forventninger til grunn for en profesjonell rolleforståelse (se tabell 6 – balanse i arbeidet og 7 – rolle på individuelt posisjonsnivå). I den presenterte litteraturen kom det frem at verken helsesykepleierrollen eller kommunepsykologrollen skisseres klart av nasjonale retningslinjer, arbeidsbeskrivelser eller forventninger som stilles fra samarbeidspartnere (Sand & Kvarme, 2018; Departementene, 2017; Moksnes et al., 2018; Heggeland et al., 2013; Ådnanes et al., 2013). I resultatene knyttes denne tvetydige rolleforståelsen til to ulike praksisnivå: Systemorientert primærforebyggende psykisk helsearbeid og individorientert sekundærforebyggende psykisk helsearbeid (illustrert i figur 7). Denne praksisen indikerer et forsøk på å være konsistent med profesjonene som i psykisk helsearbeid tradisjonelt har jobbet på individnivå, og samtidig innfri forventninger om systemarbeid. Ådnanes med kolleger (2013) fant blant annet i SINTEF-evalueringen at psykologene både har et ønske om å arbeide mer folkehelserettet og et ønske om mer tid til

utredning, diagnostisering og behandling av enkeltbrukere. Blant helsesykepleiere ble det funnet at det i hovedsak er de lokale behovene som bestemmer de ansattes rolle (Moksnes et al., 2018). Dette kan være noe av årsaken til at praksisen omhandler å finne en balanse mellom de to nivåene, og at det har oppstått så mange ulike rolleforståelser.

Den profesjonelle rolleforståelsen karakteriseres av trygghet i rollen og balanse mellom ulike rolleforventninger. De tvetydige yrkesrollene skaper imidlertid to ulike praksisnivå med mange tilhørende rolleforståelser som også påvirkes av lokale behov. Mangelen på en balansert rolleforståelse blant de ansatte blir et hinder for en profesjonsutvikling som ligger til grunn for kompetanseutvikling i tjenesten.

Oppsummert er de mulige årsakene til den yrkesmessige posisjoneringen blant ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste knyttet til en rekke ulike faktorer. Den yrkesmessige posisjoneringen blant de ansatte knyttes til tvetydighet i hvordan yrkesrollene er beskrevet i de nasjonale retningslinjene, måten det psykiske helsearbeidet er organisert på, samarbeid på tvers av fag og ulike rolleforståelser blant de ansatte. Årsakene knyttes til profesjonsvern, og manglende samsvar mellom de ansattes kompetanse og skisserte arbeidsoppgaver. NOU-utvalget (2019:3) beskriver imidlertid at profesjonsutvikling er en viktig del av kompetanseutviklingen, noe som er en forutsetning for at kommunen skal kunne levere tjenester av god kvalitet.

Hvordan utfordringene skaper rammer for det psykiske helsearbeidet

En del av målet med studien var å vise hvordan de ansatte konstruerer en forståelse av sin subjektposisjon som ansatt i førstelinjen. Gjennom å analysere deltakernes interdiskurser ble det identifisert hvordan de oppfatter sin virkelighet og dermed hvordan de forstår sin rolle i arbeidet i førstelinjen. På bakgrunn av resultatene fra analysene er det antydnet at det finnes et samspill mellom deltakernes rolleforståelse, opplevde utfordringer og arbeidspraksis (gjengitt i figur 5, tabell 4 og 7).

I resultatene ble det funnet en tendens blant deltakerne til å praktisere løsningsstrategier basert på utfordringene de står overfor, henholdsvis utfordringer med tid og begrensninger i kompetanse. Disse settes i sammenheng med deltakernes mål for arbeidet (se figur 5 under *Tilstrekkelighet i jobben*). Som vist i tabell 4 omhandler disse løsningsstrategiene blant annet å sette grenser for egne arbeidsoppgaver, kompensere manglende kompetanse med erfaringer, samarbeid og læring, gjøre prioriteringer i arbeidet og henvise videre. Disse løsningsstrategiene kommer i tillegg til den ordinære praksisen som er gjengitt i tabell 7. Denne praksisen reflekterer på sin side hvordan deltakerne i sitt arbeid

posisjoneres seg selv på en annen måte enn de posisjoneres lærere eller andre samarbeidspartnere. Også her legger utfordringene grunnlaget for rolleforståelsen som ligger til grunn for en koordinering og tillitsskaping (se tabell 7, institusjonell diskurs), som også fremkommer i målene (se figur 5 under *Å være til stede*).

Løsningsstrategier. Både i litteraturen og blant enkelte av deltakerne var MEST-programmet nevnt i forbindelse med utvidelse av skolehelsetjenesten (Bjørnsen et al., 2018; Sundstrøm, 2017). Et slikt program skaper mer tverrfaglig fokus og større vektlegging av systemarbeid og undervisning. Her blir ansvarsfordeling en strategi for å løse utfordringer med tid og kompetanse. At helsesykepleieren i denne løsningen får en koordinerende rolle, som identifisert i tabell 7, er en tendens som også er funnet av Bjørnsen med kolleger (2018). Moen (2017) beskriver kunnskapsutveksling som en forutsetning for å kunne møte utfordringene i helsetjenestene, noe MEST-programmet legger opp til gjennom sine tverrfaglige kvaliteter (Bjørnsen et al., 2018). Strategiens tilknytning til bruk av erfaringer (gjengitt i tabell 4), gjenspeiles i det Moen (2017) beskriver som økt opplevelse av egen kompetanse. Han postulerer imidlertid at et samfunn i endring krever en faglig robusthet, noe som ikke nødvendigvis kan oppnås gjennom prosjektarbeid alene.

Prioriteringer. Prioriteringer som ble identifisert blant deltakerne i studien, gjengitt i tabell 4 (institusjonell diskurs), knyttes spesielt til utfordringen med tid. Resultatene viser hvordan deltakerne opplevde en svekket måloppnåelse i egne arbeidsoppgaver tilknyttet å være til stede og komme tett på elevene. Disse funnene samstemmer med funnene hos Larsen og kolleger (2016) som rapporterte at helsesykepleiere ønsker å fremstå som tilgjengelige, men at de ofte må prioritere såkalt «brannslukking» av akutte tilfeller. Dette gjenspeiler funnene som er gjengitt i tabell 6. Studien peker, i likhet med Larsen og kolleger, på tidspress som en sentral årsak til de vanskelige prioriteringene.

Hos kommunenepsykologene ble det i evalueringen av kommunepsykologsatsningen identifisert mange udefinerte oppgaver som skaper en lite konkretisert rolle som dermed blir sårbar for press fra akutte tilfeller (Heggeland et al., 2013, s. 6). Som vist er det et stort behov for tilgang på behandling i lokalsamfunnet, noe som krever spesifikk kompetanse (Schjødt, 2013). Samtidig etterspør Helsedirektoratet mer helsefremmende og forebyggende helsearbeid etter psykologutprøvingen (Helsedirektoratet 2016, s. 5). Det er i litteraturen derfor postulert at psykologene presses av både umiddelbare og synlige behov for psykisk helsehjelp, og langsiktig folkehelsearbeid. Dette fremkommer som betingelser fra

innbyggerne på den ene siden og politiske bestemmelser på den andre siden, noe som skaper ulike forventninger knyttet til bruken av psykolog i kommunen (Fossestøl & Skarpaas, 2013).

Blant deltakerne i studien ble det, i likhet med Fossestøl og Skarpaas sin rapport, identifisert opplevelser av forventningspress til deres roller i arbeidet (gjengitt i figur 4). I oppfølgingen av hvilke opplevelser forventningene skaper, ble det hos deltakerne identifisert et hovedmål om å oppleve tilstrekkelighet i jobben (gjengitt i figur 5 og tabell 5 - rollekontrast). På bakgrunn av Fossestøl og Skarpaas sin rapport, kan dette målet forstås som å overkomme spenningen mellom de ulike rolleforståelsene knyttet til henholdsvis individrettet arbeid og behandling, og forebyggende arbeid på systemnivå. Å skape en balanse mellom disse er et overordnet mål i sentrale måldokumenter for arbeidet, og er det Imenes (2018, s. 31) betegner som et godt «både og-arbeid». Oppnåelse av dette målet berører deltakernes personlige målsettinger om å oppnå meningsfullhet og være tilstrekkelig i jobben (gjengitt i tabell 5).

Forventningsregulering og samarbeid. Blant deltakerne ble det funnet to hovedstrategier for å overkomme forventningspresset og oppnå følelsen av tilstrekkelighet: Prioriteringer og forventningsregulering (se figur 6). Mens prioriteringer i arbeidet både er knyttet til forpliktelsesmotivet og de ulike rolleforventningene, er forventningsreguleringen en måte å rettferdiggjøre prioriteringene på (se tabell 6 – individuell holdning). Denne strategien ligger blant annet til grunn for samarbeid som skaper en ansvarsfordeling og frigjøring av kapasitet hos den ansatte, og er relatert til eksisterende lovverk. Helse- og omsorgstjenesteloven for det psykiske helsearbeidet pålegger de ansatte i tjenestene plikt til å samarbeide på tvers av tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1). Tilknytningen mellom skole og PP-tjenesten, skolehelsetjenesten og sosial-pedagogisk rådgiver eller sosiallærer eksisterer allerede, og skal i følge politiske målsettinger styrkes ytterligere (Departementene, 2017). Det er også vist at Trondheim kommune ønsker å tenke nytt omkring samarbeid for å forbedre koordinering av enheter, og for å legge til rette for økt tverrfaglighet på bakgrunn av sentrale innsatsområder som tidlig innsats (Trondheim kommune, 2012, s. 3).

Årsaker til løsningsstrategiene. Andre utfall av strategien er en praksis der den ansatte stoler på seg selv i lys av sin fagrolle og samtidig innser egne begrensninger i kompetanse, tid og kapasitet. Disse strategiene var blant deltakerne metoder for å sette grenser for egen rolle og dermed kunne overkomme utfordringene og oppnå målet om tilstrekkelighetsfølelse i jobben. Denne evnen til å jobbe med målene på tross av ytre motgang for å lykkes i arbeidet,

kan relateres til fenomenet om arbeidsresiliens, som er teoretisert å ha en sammenheng med jobbforpliktelsen (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 322). Litteraturen viser imidlertid at det blant psykologene også er flere faktorer som spiller inn på arbeidsmetodikk. Ådnanes med kolleger (2013) viste blant annet at psykologens faglige spesialisering og myndighet i tjenesten har påvirkning på arbeidsinnsatsen. Det er derfor grunn til å anta at bakgrunnen for løsningsstrategiene og arbeidspraksisen er mer kompleks enn som fremstilt i resultatene i denne studien (tabell 5, 6 og 7). Resultatene kan likevel gi en innsikt i noen av faktorene som kan spille inn, og muliggjøre en avdekkingsprosess av flere andre faktorer som har betydning. Disse strategiene tjener også til en funksjon knyttet til den oppfattede samfunnsretorikken om å oppnå balanse mellom individuelt og universelt arbeid i tråd med Imenes betegnelse om «både og-arbeid» (2018, s. 31) (se tabell 6).

For å oppnå disse målsettingene ble det i SINTEF-rapporten anbefalt å gjøre en vurdering av antall psykologer og deres rolle i kommunen, spesielt fordi deres kompetanse først og fremst brukes til behandling av enkeltbrukere og ikke i det folkehelserettede arbeidet (Ådnanes, et al., 2013). For helsepsykepleierne er handlingsmetodene lite beskrevet i sentrale dokumenter for deres arbeid (Sand & Kvarme, 2018), men strategien for psykisk helse presiserer deres rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid (Departementene 2017, s. 48). Som vist i resultatene i denne studien (se figur 7), og i tråd med studier som hos Larsen med kolleger (2016) og Moksnes med kolleger (2018), brukes imidlertid helsesykepleierne til mer enn den skisserte rollen. Som Hofgaard uttrykte i intervjuet *Kommunekuren* gjelder det kanskje også for øvrige kommuneansatte som jobber med psykisk helsearbeid, at samfunnsbehovene må skape de overordnede rammene for hvordan de ansatte skal arbeid i de ulike kommunene (Hofgaard, 2015).

Oppsummerende tilbyr prosjektarbeid en måte å jobbe tverrfaglig på systemnivå, og en måte å drive ansvarsfordeling og kunnskapsutveksling, men det krever også faglig robusthet. En annen løsningsstrategi er prioriteringer i tråd med forpliktelse til nasjonale retningslinjer, der tidspress fører til prioriteringer av akutte og alvorlige saker, noe som ofte krever spesifikk kompetanse. Disse mange og udefinerte oppgavene ligger til grunn for tvetydige roller som utsettes for krysspress fra ulike hold og som går på bekostning av de ansattes tilstrekkelighetsfølelse i arbeidet. Å oppnå denne følelsen er viktig fordi det vitner om at de ansatte har oppnådd en balanse mellom de ulike måtene å jobbe på, noe som ligger til grunn for et godt «både og-arbeid». Forventningsregulering bidrar til å rettferdiggjøre prioriteringene, men samarbeid og koordinerte tjenester kan være løsninger for å unngå å

måtte bortprioritere viktige saker, spesielt når det kommer til arbeid med tidlig innsats. Målet bør være å la behovene – og ikke utfordringene, skape rammer for arbeidet.

Forholdet mellom det profesjonelle og den politiske vurderingen. I møte med sentrale utfordringer er forholdet mellom den profesjonelle, faglige vurderingen og den politiske vurderingen sprikende. Eksempelvis kom det frem blant deltakerne i studien at mens de i arbeidet prøvde å oppnå tilstrekkelighet og kompensere for manglende kompetanse, opplevde de forventninger om å kurrere sykdom og hjelpe flere (se tabell 5). Folkehelseinstituttets rapport postulerer blant annet at det politiske fokuset i stor grad har styrt psykologenes plass i systemet og deres betydning for det psykiske helsearbeidet (Heggeland et al., 2013). Dette gjenspeiles i deltakernes forpliktelsesmotiv, som tidligere vist. Utvalget i NOU 2019:3 fremlegger imidlertid at kvaliteten på tjenestene er avhengig av det faglige og profesjonelle skjønn til de ansatte, og at dette skjønn snarere bør støttes for å utvikle et bedre kunnskapsgrunnlag (s. 16).

Politiske vurderinger. Moderniseringen av det psykiske helsearbeidet har ført til en fokusendring i det kommunale helsearbeidet og politiske tiltak på i hovedsak tre satsningsområder: Lokal kompetanseheving, lavterskeltilbud og samhandling (Ween, 2018). Moderniseringen handler først og fremst om å skape normalitet rundt psykiske endringer i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2014), noe som forutsetter en økning av lavterskeltilbud, bedre forebyggende helsearbeid og økt samarbeid mellom de ulike helsetjenestene (Departementene, 2017). Rollefordeling og organisering av tjenestene ble presentert som de viktigste hjelpemidlene for å oppnå dette. Denne samfunnsretorikken ble også identifisert hos deltakerne i refleksjonen rundt roller og verdier i arbeidet (se tabell 3, *utførelse og forebygging*). Dette gjenspeiles i deler av praksisen, både i forhold til at deltakerne uttrykte at de ønsker å normalisere og at de ofte jobber tverrfaglig (gjengitt i figur 7). Årsakene til den politiske vurderingen om kommunens betydning for tidlig identifisering omhandler den nære tilknytningen til barn og unge i deres oppvekst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 69). Derfor trengs det mer kompetanse i mindre spesialiserte tjenester som er lett tilgjengelige og som ikke krever henvisning eller som har lang ventetid (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 50). Det ble imidlertid funnet blant deltakerne at en av de største utfordringene er nettopp tilgjengelighet på grunn av kapasitet og henvisningsarbeid (gjengitt i tabell 4, 5 og 7). Samhandlingsreformens mål om å oppnå helhetlige forløp som ivaretar brukernes behov på en koordinert og rasjonell måte er derfor ikke en realitet i dagens system.

Brukermedvirkning. I spørsmålet om hvordan helsetjenestene i kommunen *bør* være organisert, pekte Aarre med kolleger (2009, s. 251) på at vektlegging av brukermedvirkning gir viktig kunnskap. Det handler både om å kommunisere informasjonen til brukerne på en riktig og forståelig måte slik at brukerne kan fatte velbegrunnede valg, men det handler også om at helsetjenestene bør konstrueres på bakgrunn av et brukerperspektiv, slik Imenes argumenterer for. Når tjenesten baserer seg på et brukerperspektiv vil koordinerte, helhetlige og tilgjengelige kvaliteter ved tjenesten utgjøre et viktig bidrag i folkehelsearbeidet med psykisk helse (Imenes, 2018, s. 20). Ved å sette brukerens behov i fokus, formidler de ansatte en fleksibel holdning. Denne holdningen handler om å kunne håndtere tid på en måte som gir rom til å tilpasse seg hindringer, og en behandlingsfrekvens som samsvarer med det hektiske miljøet som preges av uforutsigbar tilgang til kapasitet og ressurser (McDaniel et al., 2014).

Foruten at brukermedvirkning er et krav i moderne helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2013), pekte også Hummelvoll (2004) på at aktiv brukermedvirkning og samarbeid fører til endringer i den profesjonelle rolleforståelsen. I stedet for å vektlegge ekspertisen på sitt fagområde, fremprovoseres personlige refleksjoner basert på erfaringer om hva arbeidet innebærer. Dette er i tråd med det som også var tydelig blant deltakerne, at erfaringer aktivt blir brukt til å skape en mer helhetlig og brukertilpasset vurdering i møte med sentrale utfordringer i arbeidet (se tabell 4, *kompetanse*).

Profesjonell rolleforståelse. Litteraturen peker imidlertid på at hensynet til praktiske fordeler i tjenesten ofte vinner fordi helsevesenet har en tendens til å reprodusere byråkratisk dominans, noe som synes å redusere systemets effektivitet og sjansen for å oppnå de opprinnelige målene (Aarre et al., 2009, s. 249). For deltakerne gjenspeiles dette i den todelte praksisen der forholdet mellom det profesjonelle og faglige, og de politiske vurderingene skaper motstridende krefter i den praktiske tilnærmingen til det psykiske helsearbeidet. De to praksisnivåene som er gjengitt i figur 7, skisserer hvordan en god og profesjonell rolleforståelse er knyttet til den ansattes evne til å kunne balansere ulike forventninger og samtidig være trygg i egen rolle. Dette handler om å balansere de ulike rolleforståelsene, *opplysning, henvisning, akutt hjelp, tilgjengelighet, oppfølging, koordinering og tillitsbygging*, som ligger til grunn for de ulike arbeidsstrategiene for å oppnå målene med arbeidet. De ansattes tilnærming til de ulike strategiene kan dermed gi et mål på i hvilken grad de lykkes i å balansere rollene i arbeidshverdagen. Arbeidsstrategiene synliggjør den ansattes evne til å tilegne seg en rolleforståelse som er i tråd med dens tilgjengelige kompetanse og personlige kapasitet, på tross av motstridende forventninger fra ulike hold.

Å gå inn og ut av ulike roller en del av jobbhverdagen (Kaufmann og Kaufmann 2015, s. 342). Ulike forventninger kommuniseres i samspill med andre, og de ansatte tilpasser seg rollen gjennom det som nærmest beskrives som en sosialiseringssprosess. Et viktig aspekt ved denne tilpasningen, spesielt når forventningene endres, er det som forfatterne beskriver som *rolleskaping*. Denne fleksibilitet er viktig i den profesjonelle rolleforståelsen fordi den skaper grunnlag for å kunne bygge ut de opprinnelige rollefunksjonene når det kommuniseres behov for dette.

Dersom de ansatte ikke klarer å håndtere ulike forventninger og å balansere ulike rolleforståelser, kan det tyde på at rolleforståelsen ikke er profesjonell nok. Dette er relatert til profesjonalitetens kjennetegn som profesjonelle verdier og holdninger, etikk, samt evne til selvvurdering og refleksjon rundt egen praksis (McDaniel et al., 2014). Dette er en forventet kompetanse hos de ansatte i primærhelsetjenesten. Både prioriteringer i arbeidet og å skille mellom egne og andres oppgaver fremgår blant deltakerne som viktige aspekter ved praksisen i møte med sentrale utfordringer (se tabell 4 – individuell posisjon). En slik selvbevissthet blir viktig for å håndtere stress assosiert med det hektiske miljøet i primærhelsetjenesten, uforutsigbare konkurrerende krav, og for å håndtere et vidt spekter av brukere (McDaniel et al., 2014). Slik sett er det omstendighetene i primærhelsetjenesten som skaper disse personlige og profesjonelle kravene til de ansatte, og som på den måten forutsetter en refleksiv praksis.

Organisasjonskulturens betydning. Spriket mellom profesjonell vurdering og politisk vurdering kan også forklares av en rigiditet i det kommunale systemet som skaper hindringer for en fleksibel tilnærming av rollene. Organisasjonskulturen beskrives som en viktig kilde til stabil jobbatferd og engasjement som skaper forpliktelse til arbeidet (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 364). Som beskrevet har en rolle i organisasjonen ofte flere ulike oppgaver, og praksisen vil være sammensatt av flere ulike arbeidsmetoder. Dette kom tydelig frem blant deltakerne i studien som beskrev en todelt praksis (se figur 7). Retningslinjene de ansatte skal forholde seg til sier i utgangspunktet noe om tjenestens samfunnsoppdrag og yrkesgruppens fagområde. Samtidig peker litteraturen på at de politiske strategiene legger opp til en viss fleksibilitet til å benytte dynamiske arbeidsstrategier.

I kommunalt psykisk helsearbeid skaper dette et vekselspill mellom ulike måter å arbeide på, men det skaper først og fremst dilemma i arbeidsprosessen. Resultatene viser at deltakerne mister noe av eierskapsfølelsen til «jobbproduktet» fordi de opplever så sterk forpliktelse til retningslinjene for arbeidet. De følger «bestillingene» på arbeidet, uavhengig

av om de tror de vil fungere eller ikke (se tabell 3). Ottosen med kolleger (2003) argumenterte for at organisasjonens verdier kan bli fremmede for de ansatte og svekke deres eierskapsforhold til arbeidet dersom verdiene ikke kommuniseres høyt blant de ansatte. Verdienes funksjon i det kommunale helsearbeidet er beskrevet som å være veiledende og til inspirasjon, i tillegg til at de skal bidra til kontroll og å skape forpliktelse til arbeidet (Hummelvoll, 2004). Når Trondheim kommune postulerer sine verdier som *åpen, kompetent og modig*, er det disse som skaper grunnlaget for fordeling av ressursene, samarbeidet med brukerne og prioriteringer i arbeidet.

Hummelvoll (2004) argumenterer videre for at en del av kvalitetssikringen av tjenesten omhandler å jevnlig føre verdibaserte samtaler. Den ansattes verdier i jobben skapes i samspill med kommunens verdier, der bevissthet rundt disse verdiene gir en selvinnsikt som er nødvendig for å oppnå godt samarbeid med brukerne (Hummelvoll, 2004, s. 533). I tillegg knyttes verdiene til jobbholdninger blant de ansatte, og disse skaper grunnlaget for prioriteringene i den daglige arbeidspraksisen (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 287; Ottosen et al., 2003, s. 12). Det argumenteres derfor for at refleksjon rundt egne prioriteringer bidrar til å tillegge mening til idégrunnlaget, noe som øker bevisstheten rundt verdiene. Videre kan disse brukes som hjelpemiddel i gjennomføringen av arbeid i tråd med organisasjonens intensjoner. Klargjøring av en felles forståelse for hvordan verdiene skal håndheves i praksis blir viktig i nettopp de vanskelige situasjonene fordi denne forståelsen gir grunnlag for tjenestens rammer i møte med utfordringene (Ottosen et al., 2003, s. 40). I tillegg skisserer Argyris og Schön (1974) at tillitsskaping mellom ledere og ansatte avhenger av et samsvar mellom uttrykte verdier og handlinger, og at den enkelte må ta sin del av ansvaret i å uttrykke sentrale verdier i det daglige arbeidet med brukerne. Det krever også en ydmykhet, vilje og evne til å samarbeide for å kunne utvikle gode verdier i fellesskap.

Spriket mellom profesjonell og politisk vurdering kan oppsummeres som et manglende samsvar mellom forventninger og tilgjengelige ressurser i tjenestene, der tilstrekkelighetsfølelse i arbeidet blant de ansatte ikke oppnås. Det faglige og profesjonelle skjønnnet bidrar til utvikling av et styrket kunnskapsgrunnlag, men oppfølging av politiske bestillinger svekker deltakernes eierskapsfølelse til jobbproduktet.

Et viktig middel for moderniseringen av primærhelsetjenestenes organisering settes i sammenheng med tidlig identifisering gjennom økt tilgjengelighet, høy kompetanse og lav terskel. Brukermedvirkning skaper en viktig ramme for organiseringen fordi det legger opp til en fleksibel holdning hos de ansatte som kan bidra til å håndtere utfordringer med tid,

kapasitet og ressurser. Brukermedvirkning bidrar også til en personlig refleksjon blant de ansatte, assosiert med læring og kunnskapsutvikling. Fleksibiliteten er viktig for å balansere ulike rolleforståelser, tilgjengelig kompetanse og personlig kapasitet. Slik kan rolleskaping gjøres hensiktsmessig og de ansatte kan oppnå en selvbevissthet som bidrar til stresshåndtering og en evne til å jobbe under press fra ulike forventninger. For å kvalitetssikre tjenestene og ikke tape eierskapsfølelse, vil kommunikasjon av organisasjonens verdier bidra til selvinnsikt, men også en praksis som er i tråd med organisasjonens intensjoner. Slik kan tjenesten selv, gjennom organisasjonskulturen, skape rammer for arbeidet i møte med utfordringer.

Forvaltning av psykisk helsearbeid i kommunal helsetjeneste

I denne delen kommer vi nærmere inn på hvordan det psykiske helsearbeidet styres i kommunal helsetjeneste, med utgangspunkt i funnene fra studien og tre faktorer som fremkommer i Norges offentlige utredninger om *Nye sjanser – bedre læring* (NOU 2019: 3): Det skisserte verdigrunnlaget, tjenestenes kunnskapsgrunnlag og ledelse. Utredningene kan regnes som rettskilder eller lov-forarbeider, og legger til grunn sentral forskning på området. I lys av funnene fra studien diskuteres forvaltning av psykisk helsearbeid i kommunal helsetjeneste i dag, og anbefalinger fra ekspertutvalget som ble oppnevnt til NOU 2019:3.

Verdigrunnlag. I måten det psykiske helsearbeidet styres og administreres på, er verdifaktoren en viktig komponent fordi den skaper en motivasjon til å styre arbeidet på den ene eller andre måten (Furnham, 2005; Kaufmann & Kaufmann, 2015). Spørsmålet er dermed hvordan verdigrunnlaget virker inn på det psykiske helsearbeidet i kommunal tjeneste. Grunnleggende verdier i kommunehelsetjenesten ble beskrevet i den brede definisjonen av «det som gir mest mulig helse i befolkningen over tid» (NOU 2018:16, s. 24). Det ble videre skissert hvordan verdiene ligger til grunn for prioriteringer i arbeidet, og at arbeidet skal praktiseres på en måte som ivaretar relasjonen mellom helsepersonell og bruker. Verdiene gis et konkret uttrykk gjennom prinsipper om fordeling av ressurser som baserer seg på prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2018: 16, s. 23). Prioritering ble i resultatene illustrert som en institusjonell diskurs som ble en viktig del av deltakernes arbeidsstrategi (se tabell 4 og figur 6). Prioriteringene som kom frem her førte blant annet frem til en praksis dominert av individuelle samtaler. I lys av Pennings (1970) teori om jobbverdi-system, kan prioriteringen forklares av de ansattes utdanning, medlemskapsgrupper og forventningsmønstre. Dette støtter opp under den yrkesmessige posisjonen og behovet for å være konsistent med de tradisjonelle yrkesrollene.

Når ansatte presses av sentrale utfordringen blir et robust og godt etablert verdigrunnlag viktig for at de skal kunne gjøre gode prioriteringer i tråd med organisasjonens intensjoner. Resultatene viser at det virksomme verdigrunnlaget gir implikasjoner som fører til prioritering av akutte tilfeller og individrettet arbeid (gjengitt i tabell 6). Når helsetjenestenes intensjoner i like stor grad henvender seg til en systemorientert praksis, mangler det eksplisitte verdier som fører til prioriteringer i denne retningen. Én årsak til dette misforholdet kan være, som Kaufmann og Kaufmann beskriver, jobbholdninger. Mens verdier kan ligge til grunn for prioritering i fordeling av ressurser, danner holdninger et viktig grunnlag for intensjonen for en handling (2015, s. 289). Holdninger tillegger mening og relevans til de ansattes praksis, og dersom jobbholdningene implisitt eller eksplisitt i større grad er knyttet til individarbeid, fremfor systemarbeid, vil også handlingsintensjonene være sterke knyttet til for eksempel individuelle samtaler (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 291).

Ottosen med kolleger (2003, s. 13) postulerer imidlertid at verdiene er det ideelle uttrykket for kulturen og er retningsgivende for hva tjenesten skal tilby. Kommunen fremlegger selv at tidlig innsats skal være et felles satsningsområde (Trondheim kommune, 2012, s. 3), og dermed oppstår det en brist mellom prioriteringene deltakerne fremviser gjennom sin praksis og kommunens verdier for det psykiske helsearbeidet. Som utvalget i NOU 2019:3 (s. 154) diskuterer, kan en årsak til denne skjevheten mellom verdi og prioritering skyldes institusjonelle tradisjoner om å fokusere på individualiserte årsaker. Som det også ble funnet i studiens resultater, tilnærmer deltakerne seg en praksis som legger kjernen i problemstillingen utelukkende til noe i eleven (se tabell 6 – hjelpe gjennom samtale). En annen årsak kan være måten skolehelsetjenesten og skolen er organisert på – tilhørende to ulike lovverk, og at når skolen ikke har plikt til samarbeid utover elevens individuelle vansker, prioriteres det heller ikke (NOU 2019:3, s. 200). Dette kan være en tredje medvirkende årsak til at systemarbeidet taper i betydelig grad i de ansattes prioriteringer.

Ottesen med kolleger (2003, s. 12) foreslår at en bevisstgjøring av tjenestenes verdier blant de ansatte kan gjøre verdigrunnlaget til et hjelpemiddel for god planlegging og gjennomføring i tråd med organisasjonens intensjoner, og at refleksjon omkring beslutningsprosessene som ligger bak prioriteringer i de aktuelle situasjonene kan bidra til å gjøre idégrunnlaget mer meningsfullt for den enkelte.

Kunnskapsgrunnlag. En annen viktig indikator på forvaltningen av det psykiske helsearbeidet i kommunehelsetjenesten er tjenestens verdigrunnlag. Som det også fremkom i

resultatene, er samarbeid en viktig kilde til kunnskap (se tabell 3 og 4 – institusjonell diskurs, samt figur 7 – kjennetegn på praksis). Gjennom samarbeid med andre, og gjerne på tvers av fag, opparbeides erfaringer og deltakerne kunne kompensere det de betegnet som begrenset kompetanse (gjengitt i figur 3). Kunnskapsutveksling ble skissert både som en forutsetning for å kunne møte utfordringene i helsetjenestene, og for å kunne være fleksibel i sin yrkesrolle (Moen, 2017; Fossetøl & Skarpaas, 2013).

I NOU 2019:3 skisseres dagens kunnskapsgrunnlag som for svakt til å oppfylle samfunnets kunnskapsbehov om barn og unge, og utvalget beskriver et forslag om hyppigere bruk av KPR (kommunalt pasient- og brukerregister) for å styrke kunnskapsgrunnlaget (NOU 2019:3, 171). På bakgrunn av dette er også tverrfaglig kompetanse og samarbeid i skolen vektlagt for å bedre kunne utnytte de ressursene som allerede finnes i kommunen. Med et større mangfold av profesjonsgrupper inn i skolen, kan ressursene utnyttes og samordnes på en bedre måte. I resultatene fra studien kom det frem at det tverrfaglige samarbeidet oppleves som utfordrende når hjelpen ikke er der når de ansatte trenger den. En løsning der samarbeidspartnerne i større grad er i skolen kan derfor virke logisk.

I resultatene kom det også frem at målet om å være til stede omhandler tilgjengeliggjøring av seg selv og tillitsbygging (se figur 5). Foruten arbeidsstrategiene knyttet til individarbeid, er dette tilsynelatende den eneste strategien som henvender seg mot hele elevmiljøet for å innhente kunnskap. Når utfordringen med tid imidlertid legger press på måloppnåelse av et slikt mål, finnes det til tider ikke strategier som orienterer seg mot det større psykososiale miljøet. Samarbeid med lærere og foreldre blir derfor viktig for å få et inntrykk av behovet i den større elevgruppen. Kunnskap om behovet danner i det minste et utgangspunkt for arbeidspraksisen i kommunal helsetjeneste.

Oppsummert skal kunnskapsgrunnlaget gjøre forvaltningen av det psykiske helsearbeidet enklere gjennom å tilføre informasjon om behov og løsninger. Samarbeid er en sentral kilde til kunnskap og skaper erfaringer hos de ansatte og utfyller den enkelte kompetanse for å danne et solid og helhetlig grunnlag. Et mangfold av kompetanser innad i tjenesten kan gi en bedre ressursutnyttelse gjennom enklere samordning og behovsorientering. På den måten er tjenesten bedre rustet til å møte utfordringer og de ansatte kan være mer fleksible i sin yrkesrolle. Samtidig er det viktig å være ute og til stede for å danne kunnskap om behovene, og på den måten kunne jobbe mer systemorientert.

Lederansvar og ressursutnyttelse. Når behovene, universelt eller individuelt, er kjent, er det logisk å videre se på tilnærmingen til å løse disse behovene. I resultatene

fremkommer det ikke en mangel på kunnskap om behovene, men heller en mangel på ressurser til å jobbe med dem (se tabell 4 og 7). Den gjennomgående problemstillingen blant de ansatte er å finne en balanse mellom en individorientert praksis og en systemorientert praksis (gjengitt i figur 7). For å finne denne balansen foreslår det nevnte NOU-utvalget å legge til et nytt lovkrav der tverrfaglige team pålegges å jobbe systemorientert med det psykososiale miljøet, forankret i en solid skoleledelse (NOU 2019:3, s. 202). Dersom skoleledelsen får lederansvaret for skolehelsetjenesten kan skolens behovsbaserte styringsfunksjon realiseres. Forslaget baserer seg på at kommunene må plassere lederansvaret for det tverrfaglige samarbeidet et entydig sted i sin organisasjon, til forskjell fra dagens løsning der skolehelsetjenesten er en del av helse- og omsorgstjenesten. Skolen er den parten som til slutt bestemmer hvorvidt de skal samarbeide med skolehelsetjenesten (NOU 2019:3, s. 200). En slik løsning forutsetter imidlertid en betydelig detaljregulering av organisering og ressursbruk i kommunen.

Fordelene med en slik fordeling er at den kan gi bedre retningsvalg og prioriteringer i de totale kommunale ressursene gjennom én ledelse, i tillegg til at den kan bidra til en opprettholdelse av kvalitet og oppfølgingsplikt i forhold til psykisk helse blant barn og unge (NOU 2019: 3, s. 200). Med en strengere regulering av særlovgivning, reduseres imidlertid kommunens muligheter til å prioritere faggrupper med kompetansen de mener er best til å løse oppgavene. I tillegg påpeker utvalget at en detaljregulering sjeldent er dekkende for alle faggruppene i de ulike tjenestene som bør inngå i et tverrfaglig samarbeid (NOU 2019: 3, s. 201).

Tjenestene må dermed først og fremst jobbe med å utnytte de ressursene som finnes på en effektiv måte. Balansen mellom de ulike arbeidspraksisene, og spesielt balanse mellom individorientert og systemorientert arbeid må reguleres for å effektivisere ressursbruken. Et nytt lovkrav om systemorientert arbeid i tverrfaglige team og entydig plassert ledelse er tiltak som både kan skjerpe oppfølgingsplikten og tjenestekvaliteten, men også minske fleksibiliteten og den behovsbaserte kompetansebruken.

Metodiske betraktninger

Utvalg og rekruttering. Med fem deltakere kan utvalget i studien sees på som noe begrenset. I rekrutteringsprosessen ble det tatt utgangspunkt i et ønske om å sammenligne to yrkesgrupper som arbeider med psykisk helse i kommunen, henholdsvis helsesykepleiere og kommunepsykologer i primærhelsetjenesten. Mangelen på psykologer i primærhelsetjenesten ble imidlertid tydelig når rekrutteringen ble gjennomført, og det ble derfor rekruttert 4

helsesykepleiere og kun 1 psykolog. Deltakerne representerer derfor først og fremst sin rolle som ansatt i Barne- og familietjenesten, og innhentet informasjonen ble ikke sortert etter yrkestittel. Det må også understrekes at, til forskjell fra kvantitative studier som søker å oppnå representative utvalg, ønsket jeg med en kvalitativ studie å gjøre et strategisk utvalg der det ofte ikke finnes et fasitsvar på utvalgsstørrelse (Malterud, Sierma & Guassora, 2015). Det avgjørende er å gjøre forskningen så robust og forsvarlig som mulig, der valg omkring design, utvalg og analysemetoder er godt begrunnet.

Denne studien er en eksplorativ studie som hadde som mål å utforske mulige fenomener og tendenser i kommunal førstelinje til helsehjelp, på bakgrunn av omorganiseringen av helsetjenestene og litteraturen som peker på utfordringer som finnes i førstelinjen. Med et strategisk utvalg av begrenset størrelse hentet fra én enhet i Barne- og familietjenesten i Trondheim, ville jeg kunne si noe om mulige tendenser og fenomener i førstelinjen som åpner opp for å kunne gi implikasjoner for videre utforskning i kommunal helsetjeneste. Det har derfor ikke vært en målsetting å presentere generaliserbare funn.

I henhold til grounded theory sine kriterier om metning (Strauss & Corbin, 1998), var det allerede etter tre intervjuer etablert gjentakende kategorier i analysene. De to siste intervjuene stod for en begrenset produksjon av nye kategorier. Tendensene blant deltakerne kom tydelig frem i enkelte av kategoriernes metning, der senere deltakerne kom inn på mange av de samme utfordringene og motivene som de tidligere deltakerne. Et annet viktig poeng er at kategoriene med størst metning, som gjentas oftest, også bør være det mest interessante å undersøke videre fordi det fremstiller en mulig tendens blant deltakerne.

Andre årsaker til at vurderingen av at fem deltakere var tilstrekkelig i denne studien var at jeg ønsket å gå dyp inn i hvordan praksis og arbeidsforståelse henger sammen i kommunalt psykisk helsearbeid. Her var hensikten å oppnå nye inntrykk gjennom utforskning i et mindre utvalg. I tillegg ønsket jeg å legge vekt på dialogkvaliteten i intervjuene, og gikk inn i en åpen og nysgjerrig forskerrolle, noe som gjorde deltakeren til den ledende parten i samtalen. Deltakeren styrte dialogen i retning av egne interesser og erfaringer, og oppfølgingsspørsmål ble stilt basert på deltakernes svar. Dette er undersøkelsesegenskaper knyttet til vektlegging av høy informasjonsstyrke (engelsk: information power), noe som indikerer at jo mer relevant informasjon utvalget innehar, desto mindre utvalg er det behov for (Malterud, et al., 2015).

At det bare er én psykolog i utvalget ble vurdert som en risiko for å avsløre identiteten til deltakeren. Det er derfor gjort nøye overveielser i utvelgelsen av sitater, og det henvises til

«deltakeren» og «ansatt i kommunehelsetjenesten» fremfor bruk av yrkestitlene. Alle deltakerne ble dermed behandlet som en kommuneansatt i førstelinjen, og forskjeller i faglig bakgrunn ble derfor ikke et fokus i prosjektet. Variasjonen i utvalget kan likevel bidra til å fremme nyanser ved kommunalt psykisk helsearbeid, for eksempel at menn er representert, at alle deltakerne har ulike yrkeserfaringer og at alle deltakerne er tilknyttet ulike skoler.

Intervju. Fordi avdelingsleder for familietiltak og avdelingsleder for skolehelsetjenesten rekrutterte deltakerne, er identiteten til deltakerne kjent for noen i ledelsen, og flere av deltakerne uttrykte at de visste om andre som også deltok. En begrensning ved dette er at deltakerne kan ha vært sparsomme på detaljer eller ikke ønsket å si noe som kunne svekke deres lojalitet mot egen tjeneste, organisasjonens kultur eller sin egen profesjon. Det ble derfor desto viktigere med anonymisering i presentasjonen av funnene, og derfor er heller ikke kjønn, arbeidssted eller konkret erfaring spesifikt knyttet til deltakernes utsagn. Intervjuene ble avholdt på deltakernes respektive arbeidsplasser, så det er likevel vanskelig å oppdage hvem som sa hva og når ut ifra intervjusituasjonen.

Intervjuguiden som ble benyttet og som baserte seg på den tidligere spesialiseringen tilknyttet prosjektet (Ween, 2018), ble en fordel i intervjusituasjonen. Den ga god innsikt i tjenestenes organisering, feltets endringer de siste ti årene og terminologi på feltet, noe som gjorde det mulig å stille mer adekvate oppfølgingsspørsmål.

Subjektivitet og refleksivitet. Gjennom å tydeliggjøre mine egne antakelser overfor meg selv og andre, har jeg hatt et bevisst forhold til å prøve å unngå subjektivitet i den grad det kunne la seg gjøre. Blant annet ble det benyttet memoskriving under hele analyseprosessen, noe som også bidro til en oppmerksomhet rundt mine egne oppfatninger og tolkninger av dataene, og da også mulige feilantakelser. Jeg har også benyttet samtaler med veileder og diskusjoner med en medstudent som har innsikt i temaet, i et forsøk på å holde personlige meninger utenfor analysene. Disse bidro blant annet til å styrke mine evner til å se min egen rolle som forsker. Refleksivitet ble også forsøkt opprettholdt gjennom å stille meg selv sentrale spørsmål knyttet til eksempelvis mine teoretiske mål for studien, studiens kontekst, mulige begrensninger og bruk av ulike analysemetoder, i tråd med Coombs råd for kvalitativ forskning (Coombs, 2017).

Validitet. En viktig del av vurderingen av bruken av forskningsmetodene er validitet, som handler om hvorvidt man måler det man faktisk har til hensikt å måle (Langdridge, 2006, s. 43). Validitet er et spørsmål om nøyaktighet, gyldighet og autentisitet knyttet til tolkningen av funnene, med vekt på når, hvor og for hvem resultatene er sanne for. For å oppnå en så høy

validitet som mulig ble det underveis i forskningsprosessen gjort flere tiltak. Et viktig fokus har for eksempel vært å konsekvent være tydelig og grundig i beskrivelsen av prosessen for å være så transparent som mulig. Det er fremlagt argumentasjon for alle valg som ble tatt i prosessen, både i forhold til utvalget, datainnsamlingen og metodene. Det ble fremlagt detaljerte fremstillinger av resultatene som inkluderte deltakernes sitater, og analyseprosessene ble illustrert gjennom tabell 1 og 2, figur 2 og i appendiks A og B. Dette berører også transparensen og fremviser hvordan funnene er godt fundert i dataene. Den systematiske måten å jobbe på gjennom hele forskningsprosessen ble vektlagt for å opprettholde god kontroll over fremgangsmåten og hindre mulige bias, noe som bidrar til å styrke validiteten ytterligere. Gjennom opprettholdelsen av refleksivitet ble jeg også bevisst på mine egne holdninger, noe som bidro til at jeg aktivt kunne jobbe for å oppnå så stor objektivitet som mulig.

Med bruk av detaljerte analyser, som også kombinerte to ulike analysemetoder, fikk jeg mulighet til å innhente både eksplisitt og implisitt informasjon fra deltakernes uttalelser. Posisjonerings-teori tilbyr en tilnærming som åpner opp for en forståelse av det som ligger mellom linjene i det som kommuniseres, mens grounded theory-tilnærmingen bidrar til teorier om fenomenet og en kommunikatív oversikt.

Studiens troverdighet øker i lys av hvordan den fremlegger implikasjoner for kommunalt psykisk helsearbeid og mulige tiltak i Barne- og familietjenesten i Trondheim. Med vekt på samfunnsnyttén i både planleggingen og gjennomføring av studien, har bevisstheten rundt dens gyldighet vært ekstra stor. Gjennom ideen om Trondheim kommune som et «levende laboratorium», peker leder av styringsgruppen, rådmann Morten Wolden, på at utbedring av tjenester for kommunens brukere er avhengig av forskning, utdanning, innovasjon og deltakelse (Mjøen & Smolan, 2018). Derfor har det vært spesielt viktig i både utformingen av prosjektet, samarbeidet med kommunen og gjennomføringen av studien, å gi nettopp valide resultater som kan brukes til noe konstruktív. Både større utvalg og triangulering, med bruk av flere datakilder, kunne ha bidratt til å øke validiteten (Langdridge, 2006, s. 304). Det har imidlertid vært en prioriteringssak å kreve et minimum av ressurser fra kommunen, gjøre så grundige analyser som mulig, balansere egne ressurser og studiens kompleksitet, samt overholde prosjektets tidsramme.

Implikasjoner for Barne- og familietjenesten

Funnene fra studien sier noe om hvordan deltakerne opplever utfordringer i tjenesten, hvordan de håndterer dem og tenker omkring sin praksis og arbeidsforståelse. Trolig kan disse

funnene også ha betydning for andre ansatte i Barne- og familietjenesten. Dette er informasjon som kan gi ledere og andre ansatte i primærhelsetjenesten innsikt i hvordan utfordringene med tid og kompetanse virker inn på kommunalt psykisk helsearbeid. Denne innsikten kan videre bidra til kvalitetssikring, kunnskapsutvikling og forbedring av arbeidsstrategier i tjenestene. I denne delen har jeg derfor valgt å fokusere på verdigrunnlaget, intern organisering og samarbeid på grunn av disse faktorenes sentralitet i diskusjonen.

I denne studien er det *tydelighet* som utgjør fellesnevneren i implikasjonene. Et tydelig og konkret idégrunnlag i tjenesten er viktig for at de ansatte skal minnes på tjenestens verdier og jobbe etter disse, selv når de opplever utfordringer som setter prioriteringene i arbeidet på prøve (Ottosen et al., 2003, s. 40). På samme måte er det viktig at rollene og fordelingen av disse er tydelige innad og på tvers av tjenestene. Rolleavklaring blant de ansatte er viktig både for en tydelig rolleforståelse og ressursforståelse hos dem selv, men også for at andre skal kunne forstå deres rolle i arbeidet. Tydelig rolleforståelse er en stor fordel i tverrfaglige samarbeid (Larsen et al., 2016).

Kvalitetssikring: Bevisstgjøring av verdigrunnlaget. Det blir viktig å kommunisere verdigrunnlaget høyt for at de ansatte skal oppleve eierskap til det de gjør og for å danne en felles forståelse av tjenestens intensjoner i arbeidet. Slik kan de ansatte jobbe konsistent med disse intensjonene selv når de utsettes for press fra sentrale utfordringer. En tydelig kommunikasjon av verdigrunnlaget forutsetter tillit mellom ansatte og ledere der samsvar mellom handling og kommuniserte verdier blir avgjørende (Argyris & Schön, 1974). De felles verdiene i organisasjonen utvikles gjennom vilje og evne til samarbeid, og krever at hver enkelt av de ansatte tar del i ansvaret om å jobbe i tråd med disse. Dette indikerer for BFT at for å ivareta organisasjonens intensjoner med arbeidet, vil det være konstruktivt å jevnlig føre verdibaserte samtaler, slik som Hummelvoll (2004) argumenterte for. En slik kvalitetssikring legger blant annet grunnlag for en felles forståelse blant de ansatte når det kommer til håndheving av verdiene i praksis, noe som er spesielt fordelaktig i møte med tjenestens utfordringer (Ottosen et al., 2003).

Videre impliserer studien at å praktisere verdibaserte samtaler i tjenesten kan bidra til å ivareta de ansattes engasjement og skape jobbforpliktelse, som videre er assosiert med tilfredshet i jobben (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 292). Når verdiene er kjent for de ansatte, styrkes eierskapsforholdet til verdiene og jobbproduktet (Ottosen et al., 2003). Et godt forankret verdigrunnlag vil kunne bidra til en forpliktelse som kan fungere veiledende og være en kilde til inspirasjon. Det betyr at verdier som «åpen, kompetent og modig», som

skisseres av Trondheim kommune, for eksempel bør være et konkret tema i den enkelte tjenesten for å bevisstgjøre deres praktiske betydning. Dette bør gjennomføres på en måte som lar de ansatte reflektere over egen praksis i sammenheng med disse verdiene.

I tillegg skal verdiene bidra til å ivareta relasjonen mellom de ansatte og tjenestebrukerne (NOU 2019:3, s. 23). Blant annet handler det om at fordelingen av ressurser og prioriteringer er konsistent innad i tjenestene. Et felles og godt innarbeidet verdigrunnlag kan bidra til å skape holdninger blant de ansatte som fasiliterer handlinger som er i tråd med tjenestens mål (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 291). Et viktig fokusområde er større innsats på systemnivå, der bevisstgjøring av verdier kan bidra til å realisere denne prioriteringen i praksis. Verdibevisstgjøring kan bidra til å utvikle nye institusjonelle tradisjoner som er bedre forankret i de uttrykte verdiene – som ikke utelukkende trekker frem individualiserte årsaker til psykiske vansker. Slik kan tjenesten skape en bedre balanse mellom verdiene og prioriteringene i arbeidet (NOU, 2019:3, s. 154).

Kvalitetssikring: Intern organisering. I et samfunn i endring og der tjenesten ofte er under press fra akutte tilfeller, blir den interne organiseringen viktig for å skape koordinerte tjenester og robuste organisasjonsstrukturer der forebyggingsarbeidet ivaretas. Det krever et entydig ledelsesansvar og en fleksibel ressursutnyttelse som gir tilgang til bistand når det er behov for det. Som det fremkom i studien, har det skjedd en endring i de tradisjonelle yrkesrollene, både gjennom nye politiske retningslinjer, modernisering av det psykiske helsearbeidet og fokuset i primærhelsetjenesten. Disse endringene krever nye rollefunksjoner, noe som må anerkjennes i tjenestene, men som også bør gjenspeiles i den interne organisering. Dette impliserer at det må skapes tydeligere roller for å legge til rette for en profesjonsutvikling som kan skape grunnlag for kunnskapsutvikling, og som hindrer at yrkesmessige posisjoneringer skader samarbeidskvaliteten.

Den tidlige innsatsen som vektlegges i tjenestenes målsettinger må prioriteres og forenes med de tradisjonelle arbeidsmetodene på en god måte, det som har vært referert til som et godt «både og-arbeid». For BFT betyr det å måtte jobbe med den interne organiseringen på en måte som gjør at flere av kommunens tilgjengelige ressurser utnyttes på en god måte i apparatet. Dette kan bidra til samarbeid som i større grad resulterer i gode lavterskeltilbud, både fordi de ansatte får tilgang til den faglige kompetansen som trengs, men også fordi ansvarsfordeling bidrar til større kapasitet hos de ansatte (Departementene, 2017). Det må i tillegg overveies om et lavterskeltilbud i kommunen kunne ha vært ytterligere styrket dersom skolen også hadde plikt til å samarbeide utover individuelle vansker.

Politikerne må derfor vurdere behovet for et nytt lovkrav om systemorientert arbeid i det psykososiale miljøet, i tråd med NOU 2013:3 sitt forslag.

Henvisning og lange ventetider er noe av det som skaper størst utfordring med arbeidet i primærhelsetjenesten. Dette stod også i fokus i 2007 da Sosial- og helsedirektoratet kom med sin veileder «Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene». God tilrettelagt intern organisering kan gi økt tilgang på kommunens ressurser på en måte som fasiliterer mer og lettere tilgjengelig kompetanse i en mindre spesialisert tjeneste. Tydelig rollefordeling og organisering av tjenestene er de viktigste hjelpemidlene for å oppnå gode lavterskeltilbud med et fungerende forebyggende helsearbeid og stor grad av samarbeid mellom de ulike helsetjenestene (Departementene, 2017).

Kunnskapsutvikling: Samarbeid. Som det kommer frem i studien er samarbeid en viktig kilde til kunnskap. Gode samarbeid og tverrfaglig kvalitet forutsetter tydelige rolleavklaringer, som kan si noe om hvordan de ulike samarbeidspartnerne kan bidra og hvordan den enkelte skal disponere tiden sin. En viktig faktor i rolleavklaringen er anerkjennelse av ulike faglige perspektiver (Imenes, 2018, s. 185). Balansen i et godt «både og-arbeid» avhenger av den profesjonelle rolleforståelsen, der misforholdet mellom de ansattes forståelse av egne ressurser og forventningene de opplever til sin rolle, reduseres. Gjennom anerkjennelse av andres faglige perspektiver oppnås bedre tverrfaglige samarbeid, men også mulighet for profesjonsutvikling gjennom å forstå egen kompetanse i samspill med andres kunnskap. Fordelen er at de ansatte oppnår et utvidet og mer helhetlig perspektiv. Tydelig rolleavklaring kan derfor bidra til profesjonsutviklingen som blir en annen viktig del av kunnskapsutviklingen. Dette er spesielt viktig i en tjeneste som har gjennomgått store omorganiseringer og en modernisering med nye fokusområder og perspektiver.

I kunnskapsutviklingen blir informasjonstilgang, som fra lærere og foreldre viktig, sammen med registrerte data, for å få innsikt i symptomtendenser. Her kan tverrfaglige samarbeid skape flere strategier som orienterer seg mot å arbeide mer i det psykososiale miljøet. Ved å finne tendenser blant elevene, kan de ansatte jobbe mer på systemnivå med felles problemstillinger som gagnar flere, og på den måten effektivisere ressursbruken.

I rolleavklaringen kan refleksjon hos den ansatte omkring egne prioriteringer, bidra til å gi idégrunlaget mening og bevisstgjøre verdier i arbeidet. Denne bevisstgjøringen er avgjørende for den ansattes handlingsintensjoner i arbeidet, og er viktig for å imøtekomme utfordringene i tråd med tjenestens hensikter.

Kunnskapsutvikling: Brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en annen måte å bedre organisasjonens kunnskapsgrunnlag (Aarre et al., 2009, s. 251). Ved å inkludere brukerperspektivet kan riktige prioriteringer skje på grunnlag av et behovsfokus i arbeidet, der også årsakene til behovene synliggjøres. Brukermedvirkning skaper større krav til de ansattes profesjonelle rolleforståelse, der profesjonelt skjønn og rolleskaping øker de ansattes fleksibilitet og selvinnsikt i arbeidet. Hummelvoll (2004) postulerte at i stedet for å vektlegge ekspertisen på sitt fagområde, bidrar praksis basert på brukermedvirkning til personlige refleksjoner rundt erfaringer om hva arbeidet innebærer.

Rolleskaping, i tråd med Kaufmann & Kaufmann (2015) sitt begrep, er en del av den fleksibiliteten som kreves i profesjonsutviklingen, og impliserer for BFT at det er nødvendig å skape nye roller i en førstelinje som yter andre tjenester og som jobber etter andre mål og verdier enn spesialisthelsetjenesten. Dette bidrar til at de ansatte lettere kan tilpasse seg ulike krav og forventninger. Rolleskapingen handler også om en kunnskapsutvikling som kan minske reproduksjonen av den byråkratiske dominansen, og på den måten øke effektiviteten i tjenesten og bedre sjansene for å oppnå målene som er i tråd med tjenestenes verdigrunnlag (Aarre et al., 2009, s. 249). I tillegg er fleksibilitet nødvendig i en moderne tjeneste i et samfunn i stadig endring. Endringene skjer raskere enn før og tjenestene må kunne utvikle seg i takt med disse. Slik må også verdiene kunne utvikle seg i takt med samfunnsbehovene (Hofgaard, 2015). Rolleskaping bør imidlertid skje på en måte som bidrar til balanse mellom de ulike rolleforståelsene, der arbeidsstrategiene baserer seg på behov i samfunnet.

Implikasjoner for praksisen: Dilemma i arbeidsprosessen. Det impliseres for BFT at et felles idégrunnlag i organisasjonen kan benyttes som verktøy for å håndtere dilemma i arbeidsprosessen og at ansatte dermed kan prioritere i tråd med tjenestens verdier. Gjennom å motivere de ansatte til å reflektere rundt egne prioriteringer i arbeidspraksisen, kan de ansatte bevisstgjøres for egne verdier. Dette kan bidra til å minske den svekkede måloppnåelsen knyttet til å målene om å være til stede og komme tett på elevene (Larsen et al., 2016).

Gjennom å definere de ansattes rolle dempes krysspress fra ulike krav og forventninger fra ulike hold (Fossestøl & Skarpaas, 2013). Dette skaper en tydeliggjøring av de ansattes aktuelle funksjoner i tjenestene, noe som burde være en nøkkelløsning i kommunale tjenester der helsesykepleiere og kommunepsykologene brukes til langt mer enn det deres rolle er ment å dekke (Ådnanes, et al., 2013; Larsen et al., 2016; Moksnes et al., 2018). På den måten kan utfordringene med tid og manglende kompetanse reduseres.

Ved å overkomme spenningen mellom de ulike rolleforståelsene, kan de ansatte komme nærmere oppnåelsen av en tilstrekkelighetsfølelse i arbeidet. Dette impliserer at det er nødvendig å bygge opp en forståelse i tjenesten om hva et godt «både og-arbeid» handler om. Som denne studien viser, kan en bedre tilknytning og koordinering mellom skole, skolehelsetjeneste, PP-tjeneste og familietiltak, bidra til å dekke sentrale innsatsområder og redusere trykket på den enkelte tjenesten. Gjennom samarbeid kan systemarbeidet få større tyngde i praksisen, eksempelvis gjennom prosjekter som MEST, som også legger til rette for mer tverrfaglighet. Dette kan fasilitere kunnskapsutveksling, gode samarbeidsklime og felles arena for ansatte i primærhelsetjenesten. Slik kan forståelse for egen kompetanse også styrke rolle- og ressursforståelsen hos de ansatte (Moen, 2017).

Videre forskning

I studien blir det avdekket behov for å utvikle gode arbeidsstrategier i primærhelsetjenesten som kan håndtere de kartlagte utfordringene, og som kan balansere de ulike rolleforventningene. Fordi det finnes mye mindre forskning på denne delen av helsetjenesten, sammenlignet med spesialisthelsetjenesten, er det blant annet lite forsket på holdninger og verdier i de kommunale helsetjenestene. For å kunne gi enda mer konkrete implikasjoner på hvordan tjenestene her kan håndtere de sentrale utfordringene som tid og kompetanse, bør det utvikles flere prosjekter i kommunehelsetjenestene.

Det ble i studien avdekt flere interessante tendenser, som de ansattes mål om å være betydningsfulle, arbeidsstrategier for å håndtere tidspress og de ansattes rolleforståelser. Det kunne videre vært interessant å se på en variabel om antall år i tjenesten (erfaring) påvirker de ansattes arbeidsstrategier og rolleforståelser, og eventuelt om det finnes en forskjell i hvordan de posisjonerer seg selv og andre yrkesmessig. På den måten kunne man kommet nærmere en avdekking av om profesjonsvernet er relatert til antall år med erfaring.

En annen aktuell videreutvikling av denne studien kan derfor være observasjonsstudier som ser nærmere på de ulike rolleforståelsene i praksis eller en større kvantitativ studie som undersøker om disse tendensene gjør seg gjeldende i andre BFT-enheter, eller i primærhelsetjenesten i andre kommuner i landet. En annen måte å videreføre studien på kan være å inkludere flere yrkesgrupper som jobber i primærhelsetjenesten for å se om de samme tendensene finnes blant disse. Det hadde også vært interessant å se på forskjellene mellom de ulike yrkesgruppene, for eksempel med et større utvalg av kommunepsykologer, og inkludere sosialarbeidere, sosionomer og spesialpedagoger. En annen tilnærming er å ta inn skolens

perspektiv og deres behov for psykisk helsehjelp, for eksempel gjennom en studie som baserer seg på perspektivet til lærerne og øvrig skolepersonale.

Trondheim kommune er skissert som en foregangskommune i utviklingen av kommunale tjenester, spesielt når det gjelder å balansere satsningen på forebygging og tidlig intervensjon, i forhold til kompenserende tiltak (Trondheim kommune, 2009, s. 37). Det kunne derfor ha vært veldig spennende å se på om Trondheim kommunes strategier kan være et eksempel på hvordan politisk intensjon om psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge kan omformes til en kommunal praksis som også fungerer i andre kommuner. Studien skaper en oversikt over flere av de sentrale strategiene, men også utfordringer som det må jobbes videre med. En videreføring kan derfor også være å utvikle en modell for kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge, som kan være gjenstand for pilotprosjekter i andre kommuner.

Konklusjon

Denne studien hadde to formål:

- Å utforske utfordringene som finnes i kommunal psykisk helsetjeneste for barn og unge, og arbeidsstrategiene relatert til disse.
- Å bidra til bedre kvalitetssikring av tjenesten og forbedring av kunnskapsgrunnlaget gjennom å kartlegge og sette fokus på de ansattes arbeidsforståelse og arbeidspraksis.

Med bruk av kvalitative metoder har denne undersøkelsen gitt innsikt i kompetanse, rolleforståelser, arbeidspraksis og opplevde utfordringer i arbeidet hos ansatte i BFT. I studien ble det først og fremst funnet en dyp forpliktelse til nasjonale retningslinjer for arbeidet, men også en dyp indre motivasjon hos deltakerne.

Nasjonale retningslinjer bidrar til å skape forventninger som fører til en todelt praksis som utfordrer de ansattes tradisjonelle yrkesroller. Dette skaper en rolletvetydighet i spennet mellom en rekke ervervede rolleforståelser. De nyervervede rollene medfører utfordringer med hensyn til tid og de krever større kompetanse. Profesjonsvernet blir en utslagsgivende strategi som påvirker de ansattes evne til å gjøre prioriteringer og oppnå konsistens i arbeidet.

Krysspresset mellom ulike forventninger til de ansatte blir en hindring i å nå hovedmålene – *Å kunne hjelpe, å være til stede og å oppleve tilstrekkelighet i jobben*. Disse funnene indikerer for BFT at:

- I kvalitetssikringen bør felles forståelse for tjenestens verdier vektlegges gjennom tydelig kommunikasjon av idégrunnlaget
- Idégrunnlaget bør brukes til profesjonsutvikling av tjenesten gjennom å tydeliggjøre roller.
- I kunnskapsutviklingen bør rolleavklaring og rolleskaping stå i fokus for å sikre bedre samarbeid internt, på tvers av tjenestene og med brukerne av tjenesten.
- Implementering av refleksiv praksis kan bidra til å ivareta viktige prioriteringer og dermed skape et bedre «både og-arbeid» i tjenesten.

Forskning på dette området er av stor relevans for å kunne bidra med viktig kunnskap i utviklingen av en solid førstelinje til helsehjelp. Det helhetlige forløpet som var forespeilet av Samhandlingsreformen i 2008 er enda ikke en realitet. Dersom regjeringens nye strategi for god psykisk helse skal kunne omsettes til praksis, trengs det mer kunnskap om hvordan de ansatte som jobber med lavterskeltilbud kan forbedre sine arbeidsstrategier i tråd med forventninger fra både brukerne og de politiske retningslinjene for arbeidet.

Referanseliste

- Age, L.-J. (2011). Grounded Theory Methodology: Positivism, Hermeneutics, and Pragmatism. *The Qualitative Report*, 16(6), 1599 – 1615. DOI: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol16/iss6/8>
- Aglen, B. S., & Olsen, M. K. (2018). Spesialiserings- eller skolekretsmodellen: Hvordan bære helsesøstertjenestene organiseres? *Sykepleien*, 108. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70908>
- Ajzen, I. (2011). Theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113 – 1127. DOI: <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- American Psychological Association. (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Hentet fra <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Anthun, R. & Manger, T. (2006). Effects of Special Education Teams on School Psychology Services. *School Psychology International*, 27(3), 259 – 280. DOI: <https://doi.org/10.1177/0143034306067293>
- Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey Bass.
- Aronson, E., Wilson, T., & Akert, R. (2014). *Pearson New International Edition. Social psychology*. (8 utg.). Essex: Pearson Education Limited.
- Barne- og likestillingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet (2018, 13. september). Helsesøster blir helsesykepleier. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsesoster-blir-helsesykepleier/id2610855/>
- Befring, E., & B. E. Moen (2017). *Ungdom, læring og forebygging* (2 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M. E., Espenes, G. A., Holmen, N. S., & Moksnes, U. K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien*, 106(65075), 1 - 14. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65075>
- Blumer, H. (1966). Sociological Implications of the Thought of George Herbert Mead. *American Journal of Sociology*, 71(5), 535-544. doi: 10.1086/224171
- Brekke, G. (2005). Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene: Hvordan bruke det vi vet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(12), 1124 – 1127. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=310320&a=2
- Coombs, C. R. (2017). Coherence and transparency: some advice for qualitative researchers. *Production*, 27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6513.006817>

- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3 – 21.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (3 utg.). California: Sage Publication, Inc.
- Departementene. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017-2022*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Elizur, D., & Koslowsky, M. (2001). Values and organizational commitment. *International Journal of Manpower*, 22(7), 593 – 599. DOI: <https://doi.org/10.1108/01437720110408967>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge – tilrettelegging i kommunen*. Hentet fra <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/folkehelseprofiler/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Fossestøl, K., & Skarpaas, I. (2013). *Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten*. (AFI rapport 2013/8). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Modellutproeving-av-psykologer-i-kommunehelsetjenesten>
- Furnham, A. (2005). *The Psychology of Behavior at work*. East Sussex: Psychology Press.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Goodman, P. S., Devadas, R., & Griffith, T. H. (1988). Groups and productivity: Analyzing the effectiveness of self-managing teams. I J. P. Campell & R. J. Campell (red.), *Productivity in organizations* (s. 295 – 327) San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Harré, R. (2012). Positioning theory: Moral Dimentions of Social-Cultural Psychology. I J. Valsiner (Red.), *The Oxford Handbook of Culture and Psychology* (s. 191 – 206). New York: Oxford University.
- Harré, R., & Moghaddam, F. M. (2003). *The self and others: Positioning individuals and groups in personal, political and cultural contexts*. Westport, CT: Praeger.
- Heggeland J. E., Gärtner, K., & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsning i Norge i et*

- folkehelseperspektiv*. (Folkehelseinstituttet rapport 2013/2). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/kommunepsykologsatsingen-i-norge-i-et-folkehelseperspektiv-pdf.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller*. (Meld. St. 20 2006 – 2007). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Helse- og omsorgstjenester i kommunene*. (Prop. 1 S 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7df13d2ea4eb447e93cdffee3f7e42b2/no/pdfs/prp201220130001hoddddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2013). 2.2. *Brukermedvirkning om lovfestet rettighet*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/brukermedvirkning/brukermedvirkning-som>
- Helsedirektoratet (2014). *Psykisk helse og trivsel folkehelsearbeidet* (Rapport IS-2263). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet>
- Helsedirektoratet (2016). *Veiledning til regelverk for tilskuddsordningen «Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rekrutteringstilskudd»*. (Veileder). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Veiledning-til-regelverk-for-psykologer-i-kommunen.pdf>
- Herzberg, F. (1959). *The motivation to work*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Hofgaard, T. L. (2015). Kommunekuren. I N. Strand. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(12), 1038 – 1040. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=454472&a=3
- Holen, S., & Waagene, E. (2014). *Psykisk helse i skolen*. Utdanningsdirektoratets

- spørreundersøkelse blant lærere, skoleledere og skoleeiere.* (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning rapport 2014/9). Hentet fra <https://www.udir.no/globalassets/upload/forskning/2014/psykisk-helse.pdf>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 49, 693 - 695. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/693-695.pdf>
- Holte, A. (2017). Endelig har Norge fått en strategi for god psykisk helse. Eller har vi det? *Psykologisk.no*. Hentet fra <https://psykologisk.no/2017/10/en-helhetlig-psykisk-helsestrategi-for-norge/>
- Hummelvoll, J. K. (2004). *HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Imenes, A. K. (2018). *Allmennpsykologi: Psykisk helsehjelp i kommunen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. I G. H. Lerner (Red.), *Conversation analysis: Studies from the first generation* (s. 13-23). Philadelphia: John Benjamins.
- Jørgensen W. M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Kaldal, I. (1994). Det gode arbeid og de gode arbeiderne: Om normer og verdier i arbeidslivet som historisk tema. *Arbeiderhistorie*, 29(1), 103 – 125.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5 utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kjelvik, J. (2007). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene*. (Notater fra Statistisk sentralbyrå, avdeling for personstatistikk/seksjon for helsestatistikk 2007/32). Hentet fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012120605013
- Kaatrop, L., Holte, J. S., & Hummelvoll, J. K. (2003). *Idégrunnlag i kommunalt psykisk helsearbeid*. (Forfatterne/ Høgskolen i Hedmark Notat nr. 2 – 2003). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133560/not02_2003.pdf?sequence=1
- Langdrige, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Larsen, M. H., Christiansen, B., & Kvarme, L. G. (2016). *Nordisk tidsskrift for*

- helseforskning*, 2(12), 2 - 17. DOI: <https://doi.org/10.7557/14.4042>
- 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*. (Folkehelseinstituttet rapport 2011/1). Hentet fra <https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- Malterud, K., Sierma, V. D., & Guassora, A. D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753 – 1760. DOI: 10.1177/1049732315617444
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, C. C.,... Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409-429. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036072>
- Mead, G. H. (1934). The Relation of Mind to Response and Environment. I C. W. Morris (Red.), *Mind Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. (s. 125 – 134). Chicago: University of Chicago.
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). Adopting a constructivist approach to grounded theory: Implication for research design. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 8 – 13. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2006.00543.x
- Mjøen, K., & Smolan, A. (2018). Vi skaper fremtiden. Universitetskommunen TRD 3.0. Hentet fra <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/universitetskommunen/hjem>
- Moen, Ø. L. (2017). Helsesøstres utfordringer med psykisk uhelse i skolen. *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64615.pdf>
- Moghaddam, F. M., Harré, R., & Lee, N. (2008). *Global Conflict Resolution Through Positioning Analysis*. New York: Springer Science and Business Media.
- Moksnes, U. K., Ringdal, R., Bjørnsen, H. N., & Espnes, G. A. E. (2018). *Psykisk helse hos ungdom i videregående skole og skolehelsetjenestens rolle og funksjon*. (Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning NTNU 2018/0). Hentet fra <https://www.ntnu.edu/documents/1268773379/1270895582/Health+promotion+worth+while+WP+1+report.pdf>
- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først*. I *Prinsipper for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Hentet fra

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf>
- NOU 2019: 3. (2019). *Kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp*. I *Nye sjanser – bedre læring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou201920190003000dddpdfs.pdf>
- Ottosen, A., Holte, J. S., & Hummelvoll, J. K. (2003). *Idégrunnlag i kommunalt psykisk helsearbeid*. (Forfatterne/ Høgskolen i Hedmark Notat nr. 5 – 2003) Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133534/not05_2003.pdf?sequence=1
- Pennings, J. M. (1970). Work-Value Systems of White-Collar Workers. *Administrative Science Quarterly*, 15(4), 397 – 405. <http://www.jstor.org/stable/2391330>
- Rasmussen, J. (2016). Governing safe operation at a distance: Enacting responsible risk communication at work. I P. McIlvenny, J. Z. Klausen, & L. B. Lindegaard (Red.), *Studies of Discourse and Governmentality: New perspectives and methods* (s. 197 – 208). Amsterdam: John Benjamin Publishing Company.
- Sand, T. I., & Kvarme, L. G. (2018). Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom. *Sykepleien*, 106(70421), 1 - 17. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70421>
- Schjødt, B. R. H. (2013). Samfunnspsykolog, allmennpsykolog eller kommunepsykolog – eller bare en helt alminnelig psykolog? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(5), 426-434. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=320724&a=3
- Skårderud, F. (2011). Barfotmentaliserings. I S. Straand (red.), *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og ung* (s. 136-157). Oslo: Kommuneforlaget.
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. (3 utg.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Red.) *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (3 utg., s. 25-52). London: Sage Publications, Ltd.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: Beskrivelse av fagfelt, råd og veiledning, overordnede rammer* (Veileder IS-1332). Hentet

- fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Sider/default.aspx>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* (Veileder IS-1405). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/237/Psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene-IS-1405.pdf>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (2 utg.). California: Sage Publication, Inc.
- Sundstrøm, M. (2017, Oktober). *Et lavterskel og helsefremmende tilbud til ungdom med fokus på mestring av hverdagsutfordringer: MEST og UNGMEST*. [Powerpoint-presentasjon]. Hentet fra <http://www.ks.no/contentassets/7329675e52474cc19275ef651f06a78d/mest-og-ungmest-stjordanal-1.pdf>
- Teige, A. M., & Hedlund, M. (2016). Utfordringer ved helsesøsterrollen i tverrfaglig samarbeid. *Sykepleien*, 1(11), 78 - 83. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2016.56817
- Tirado, F., & Gálves, A. (2007). Positioning Theory and Discourse Analysis: Some Tools for Social Interaction Analysis. *Forum: Qualitative Social Research* 8(2). Hentet fra <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/248/547>
- Trondheim kommune. (2009). *Rådmannens forslag til handlings- og økonomiplan 2010 – 2013: Budsjett for 2010*. Hentet fra <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/11-politikk-og-planer/budsjettdokumenter/handlings-og-okonomiplan-budsjett-2010.pdf>
- Trondheim kommune. (2012-2015). *Kommunikasjonsstrategi 2012-2015 Trondheim kommune*. Hentet fra <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/08-organisasjon/kommunikasjonsenheten/dokumenter/tks-overordnede-kommunikasjonsstrategi.pdf>
- Veggeland, N. (2017). Effektivitet i helsesektoren etter Beon-prinsippet? *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/01/20/effektivitet-i-helsesektoren-etter-beon-prinsippet/>
- Vold, B., & Hjemås, G. (2018). Økt satsning på psykisk helse. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-satsing-pa-psykisk-helse>
- Ween, I. C. K. (2018). *Strategi innen psykisk helsearbeid: En gjennomgang av politiske*

dokumenter. Upublisert semesteroppgave. Institutt for Psykologi, Norges Teknisk-naturvitenskaplige universitet.

- Zelle, G. (2009). Exploring the application of positioning theory to the analysis of organizational change. *Australian and New Zealand Academy of Management Conference*. Adelaide, Australia: Australian and New Zealand Academy of Management. Hentet fra <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1614&context=commpapers>
- Aamodt, L. G. (2011). *Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Aarre, T. F., Bugge, P., & Juklestad, S. I. (2009). *Psykiatrici for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ådnanes, M., Husum, T. L., & Kaspersen, S. L. (2013). Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid: Behandling eller folkehelsearbeid? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(11), 1066 – 1073. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/280555535_Psykologer_i_kommunalt_psykisk_helsearbeid_-_hvor_mye_fokuserer_de_pa_behandling_versus_folkehelsearbeid

Vedlegg

- 1) Appendiks A
- 2) Appendiks B
- 3) Intervjuguide
- 4) Skjema for informert samtykke
- 5) Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste
- 6) Samarbeidsavtale med Trondheim Kommune

Vedlegg 1 – Appendiks A: Eksempel på utforming av hovedkategoriene og de overlappende indikatorene som ligger til grunn for generering av teorier i grounded theory-analysen.

Utfordringer med tid – En gjennomgående utfordring, til mange ansattes frustrasjon, med en rekke skisserte årsaker. Synes også å være bakgrunn for en del av de sentrale arbeidspraksisene gjennom tiltak de ansatte selv ofte står bak, der resultatet av tiltakene enten gjenspeiler at tiltak/praksis fungerer i forhold til å løse utfordringen og kunne gjøre intendert jobb, eller vise hvordan utfordringen hindrer ønsket resultat.

Inndeling og memo	Subkategorier	
<p>Årsaker Politikken legger mange viktige, men tidkrevende oppgaver til kommunen, men organiserer likevel førstelinjen på en upraktisk måte, som for eksempel gjør henvisning tidkrevende. Tiden strekker ofte ikke til på grunn av lav kapasitet – det blir for mye å gjøre for den enkelte, samtidig som det kommer forventninger fra mange hold (foreldre, skolen, elever, seg selv)</p>	Organisering – f.eks. henvisning Utfordringer med kapasitet Forplikter seg til politiske retningslinjer Kontakt med foreldrene Bredt kunnskapsgrunnlag – ansatte brukes til alt Erfaring fra spesialisthelsetjenesten – Samarbeidskultur Kunnskap om psykososiale sammenhenger – Ansvarsfølelse?	
<p>Tiltak – strategier Tiltak i forhold til den skisserte utfordringen som mer eller mindre bevisst skaper grunnlag for praktisk tilnærming:</p>	Prioritering i arbeidet – Skadeomfang Grensesetting av egen rolle Selvstendighet i jobben – Tilnærming til ansvar Sentralt bestemt: Endring i arbeidsnorm Oppgradering av skolene	
<p>Praksis Praksis som kanskje blir ekstra viktig for å håndtere utfordringen med tid.</p>	Samarbeid med skolen – Inngå kompromiss Rollekontrast – Ift. Spesialisthelsetjenesten Å stole på seg selv – Hva som er nok Prosjektarbeid – Å nå ut til flere Undervisning i klassene – Gjentakende problematikk	
<p>Resultat Dersom tiltakene for praksisen ikke lykkes vil konsekvensene av utfordringen være svekkelse (X) av en rekke viktige praksiser/faktorer i arbeidet, og styrking (✓) av andremulige og mindre heldige utfall. Det skisseres en sammenheng mellom utfordringer med tid og negative utfall for arbeidspraksis og andre jobbfaktorer.</p>	Resultat	Utfall
	Skadeomfang	✓
	Begrenset tilbud	✓
	Arbeidsdilemma	✓
	Tilstrekkelighet i jobben	×
	Motivasjonsfaktor	×
	Å kunne hjelpe	×
	Å ta seg tid	×
	Ta dem på alvor	×
	Å ha oversikt	×
Å være tilstede	×	
Være ute blant elevene	×	

Vedlegg 2 – Appendiks B: Eksempel på utforming av posisjoneringsanalysen av de genererte teoriene fra grounded theory-analysene. Den underliggende meningen er identifisert gjennom vektlegging av betydning for den genererte teorien, der målet er å danne «en diagnose for nåtiden».

Motiv	Identifisert underliggende mening:
<p>Forpliktelse til nasjonale retningslinjer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisjon: <ul style="list-style-type: none"> De ansatte følger de nasjonale retningslinjene. Retningslinjene gir anbefalinger om tema som bør tas opp med elevene. Retningslinjene har fokus på forebygging. De ansatte med fagbakgrunn føler ikke at de blir hørt. Kommunen vil likestille bydelenes praksis. Sentrale endringer blir pålagt de ansatte. Den ansatte former eget arbeid. - Fortelling: <ul style="list-style-type: none"> Man trenger ikke å gjøre akkurat som det står i dem. De ansatte blir mer bevisst på at de må få med forsømte tema. Det er viktig å snakke om sentrale tema tidlig i skolen. Den ansatte føler seg kontrollert i arbeidet. De ansatte føler de får bestilling på hvordan de skal gjøre arbeidet. Endringer skjer utenfor de ansattes kontroll. Den ansatte følger ikke retningslinjene for å rekke å nå alle elevene. - Illokusjonær makt: <ul style="list-style-type: none"> Det viktigste er at målene for retningslinjene dekkes. Retningslinjene bidrar til at de ansatte dekker de viktigste temaene. Retningslinjene legger til rette for tidlig forebygging. Retningslinjene gjør at de ansatte ikke føler at de kan stole på seg selv. De ansatte taper fleksibilitet. De ansatte taper eierskapsfølelse til eget arbeid. Den ansatte setter selvstendighet og egne vurderinger høyere enn retningslinjene. 	<p>De ansattes forståelse av retningslinjene handler i hovedsak om hva som er viktig å dekke av arbeidsoppgaver og tematikk, der fremgangsmåte er mindre vektlagt. De ansatte oppfatter av mange av disse oppgavene først og fremst er knyttet til forebygging av psykiske vansker.</p> <p>Forpliktelsen til retningslinjene skaper tap av kontroll over egen arbeidsutforming og fører i noen tilfeller til at de ansatte ikke kan stole på egne ferdigheter fordi bestillingene er såpass spesifikke. Tap av fleksibilitet i arbeidshverdagen handler om kommunens likestilling av bydelenes praksis, mens redusert eierskapsfølelse handler om at endringer av praksis skjer utenfor deres kontroll.</p> <p>De ansatte kompensere med å jobbe behovsbasert, og setter selvstendighet og egne vurderinger høyere enn retningslinjene.</p>

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Intervjuguide – Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge

1. Introduksjon og informasjon

- Takk for velvilje til å delta i intervjuet
- Orientering om lydopptak, konfidensialitet og anonymitet og mulighet til å trekke seg
- Orientering om databehandling og rapportering

Kompetanse

2. Kan du fortelle litt om din utdanningsbakgrunn? (formell utdanning)
 - I hvor mange år har du jobbet i din nåværende stilling?
 - ...i andre stillinger som helsesøster/psykolog?
3. Hvilken type kunnskap mener du det er nødvendig for en psykolog/helsesøster å ha i kommunal helsetjeneste? (f.eks. til forskjell fra spesialisthelsetjenesten)

Rolle

4. Hvilke arbeidsmetoder tenker du kjennetegner arbeidet ditt med psykisk helse hos barn og unge?
 - Hvilken betydning har samarbeid (tverrfaglig, tverretatlig, internt) for arbeidet ditt?
 - Hvilken plass har barnet selv i arbeidet?
5. Hvordan opplever du at din praksis møter behovene som barn og unge har?
6. Hvilke forventninger opplever du at stilles til deg som helsesøster/psykolog i din tjeneste? (Fra brukere, kollegaer, ledelse)
 - Hva forventer du av deg selv?
 - Hvordan opplever du å skulle innfri til disse forventningene?
7. Hvordan opplever du at norske politiske retningslinjer påvirker arbeidet med barn og unges psykiske helse i din tjeneste?
 - Hvor god kjennskap har du til disse?
 - Opplever du at de bidrar til å definere din måte å arbeide på?

Er det noe du ønsker å tilføye?

Intensjon

8. Hva mener du psykisk helsearbeid i kommunen dreier seg om? (Fokus, mål, prioriteringer)
9. Hva mener du psykisk helsearbeid i kommunen bør dreie seg om? (Fokus, mål, prioriteringer)
10. Hvordan mener du at BFT forbedrer psykisk helse blant barn og unge?
11. Hvordan mener du at BFT hindrer uhelse blant barn og unge?
12. Hva opplever du som de største utfordringene i arbeidet ditt?
 - Hvordan håndterer du disse?

Er det noe du ønsker å tilføye?

Verdi

13. Hva er grunnen til at du har valgt å jobbe med barn og unge? (Motivasjon, engasjement)

- Hvordan preger det måten du arbeider på?

14. Opplever du jobben din som givende?

- På hvilke måter/hvorfor ikke

15. Hva er de viktigste erfaringene du tar med deg inn i arbeidet ditt? (fra utdanning, andre jobber, livserfaringer etc.)

16. Hva opplever du at du kan bli bedre på i arbeidet ditt?

- Hvordan skal du gå frem for å få det til?

Er det helt til slutt noe du ønsker å tilføye?

Tusen takk for deltakelsen!

Vedlegg 4 – Skjema for informert samtykke

Norges teknisk-
Naturvitenskapelige universitet
NTNU – Trondheim
Psykologisk institutt, NTNU
7491 Trondheim

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

«Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge»

I forbindelse med mastergradsoppgave i psykologi gjennomføres det et prosjekt som omhandler kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge. Prosjektet skal i lys av empiri og teori undersøke utfordringer i kommunalt psykisk helsearbeid, og utføres av Ingrid Christine Kamphaug Ween ved Norges Teknisk-naturvitenskapelige Universitet (NTNU). Hovedveileder er Sven Hroar Klempe.

I prosjektet ønsker jeg å intervju ansatte i kommunale tjenester som arbeider med psykisk helse hos barn og unge. Jeg ønsker å få kunnskap om deres arbeidshverdag og hvordan dere arbeider i tjenesten. Dette er grunnen til at du og andre utvalgte ansatte i Barne- og familietjenesten får forespørsel om å delta i dette forskningsprosjektet. Intervjuene tar maksimum én time per ansatt og tas opp på lydopptak for påfølgende transkribering. Intervjuet gjennomføres av mastergradsstudenten selv. Tid og sted for intervju avtales med den ansatte.

Prosjektet er basert på frivillig deltakelse, og man kan når som helst trekke seg underveis og be om å få data slettet uten begrunnelse. Man er ikke forpliktet til å gjennomføre, og en eventuell avbrytning vil ikke få noen konsekvenser. I prosjektet blir det ikke hentet inn medisinsk informasjon eller annen taushetsbelagt informasjon. All informasjon anonymiseres og behandles konfidensielt.

Dataene fra eksperimentet vil benyttes i mastergradsprosjektet som forventes levert til sensur 2. mai 2019. Det vil bli gitt tillatelse for NTNU å publisere masteroppgaven på Internett i NTNUs institusjonelle arkiv. Trondheim kommune kan få tilsendt den ferdige masteroppgaven på forespørsel etter sensur. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

SAMTYKKEERKLÆRING

Prosjektittel: Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge

Jeg har lest informasjonsskrivet og jeg har hatt mulighet til å stille spørsmål angående min deltakelse i intervjuet. Jeg sier meg villig til å delta i prosjektet.

.....

.....

.....

Sted

Dato

Underskrift

Vedlegg 5 – Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste



Hroar Klempe

7048 TRONDHEIM

Vår dato: 26.04.2018

Vår ref: 60394 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.04.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>60394</i>	<i>Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hroar Klempe</i>
<i>Student</i>	<i>Ingrid Christine Ween</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- NTNU sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.05.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lis Tenold

Vedlegg 6 – Samarbeidsavtale med Trondheim Kommune

Samarbeidsavtale mellom Trondheim kommune og prosjektsøker/institusjon	
Din forespørsel er vurdert av kommunaldirektør for oppvekst og utdanning, Camilla Trud Nereid og konstituert kommunalsjef for BFT Mette Berntsen. Du har godkjenning til innhenting av informasjon for bruk i ditt arbeid. Trondheim kommune dekke ikke kostnader knyttet til prosjektet.	
Periode	som vist i søknaden
Kontaktperson/er	Inger Lisbeth Hegland, BFT Midtbyen
Ditt ansvar	<ul style="list-style-type: none"> • Du må selv ta kontakt med kontaktperson på enhet. • Informasjon til aktuelle parter • Innhenting av samtykke fra aktuelle parter • Distribuering og koordinering av informasjonsinnhenting • Rapportering til kontaktperson. • Informasjon og presentasjon om dine resultater til Trondheim kommune
Underskrift fra Søker	

