

"Dance like a butterfly..."

Forebyggende psykisk helsevern for barn og unge i en kommune.

Skriftlig arbeid til spesialiteten i samfunnspsykologi



*Psykolog Jens Jensenius
Psykiatrisk Virksomhet, Vadsø kommune
Boks 614, 9800 Vadsø
Tlf: 47 27 75 56
jens.jensenius@vadso.kommune.no*

Innhold

- 1. Arbeid med psykisk helsevern hos barn og unge**
 - 1.1 Innledning**
 - 1.2 Sondering**

- 2. Undersøkelse av eventuelle problemområder**
 - 2.1 Kartlegging av ungdom**
 - 2.1.1 Innsamling av data**
 - 2.1.2 Svakheter**
 - 2.2 Resultater**
 - 2.2.1 8. klassene**
 - 2.2.2 Grunnkurs videregående skole**
 - 2.3 Erfaring med rusmidler**
 - 2.4 Alders- og kjønnsforskjeller**

- 3. Grunnlag for valg av tiltak**
 - 3.1 Årsaker til og vern mot psykiske symptomer**
 - 3.2 Forebygging**
 - 3.3 Mål for tiltak**

- 4. Valg av tiltak**
 - 4.1 Lavterskel rådgivning**
 - 4.2 Undervisning og konsultasjon**
 - 4.3 Kompetansenettverk**
 - 4.4 Bruk av media**

- 5. Videre frem**
 - 5.1 Foreløpig vurdering av tiltak**
 - 5.2 Veien videre**
 - 5.3 Avslutning**

Litteraturliste

Vedlegg: Avisartikler

1. Arbeid med psykisk helsevern hos barn og unge

1.1 Innledning

Denne artikkelen forteller om arbeid med barn og unge i en mindre kommune ut fra et samfunnspsykologisk perspektiv – det vil si med fokus på å forebygge psykiske plager. Bakgrunnen er at Vadsø kommune har opprettet en psykologstilling for å ivareta psykisk helsevern for barn og unge, finansiert gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse.

Kommunale tjenester har gode forutsetninger for å jobbe forebyggende, fordi de er plassert i lokalsamfunnet og nært potensielle klienter. Det er på et vis våre egne barn det handler om, og vårt eget lokalsamfunn, som vi på ulike måter kan bidra til å innrede og utvikle.

Undertegnede begynte i stillingen d. 15. august 2004 og har forsøkt å gi stillingen et mest mulig forebyggende fokus. Artikkelen kan ses som en oppsummering av et faglig utviklingsarbeid. Oppbyggingen i artikkelen følger fremgangsmåten i oppbyggingen av stillingens innhold: 1) gjøre seg kjent med lokalsamfunnet, 2) undersøke eventuelle problemområder, 3) valg av tiltak, 4) iverksette tiltak, 5) evaluere tiltak. Fase 2 til 5 skal være en kontinuerlig prosess der en i tråd med aksjonsforskning veksler mellom handling og refleksjon. Det er imidlertid enda så tidlig i arbeidet at det ikke er grunnlag for en egentlig evaluering av tiltak.

1.2 Sondering

Psykologen foretok høsten 2004 en rekke møter med fagpersoner som jobber med barn og unge: Barnehagestyrere, rektorene på grunnskolene, spesialpedagogisk team på ungdomsskole, pedagogisk-psykologisk tjeneste, rådgivere på videregående skole, rektor på kulturskolen, helsesøstre, legetjenesten, barnevernet, pleie- og omsorgstjenesten, rådmannens organisasjons- og samfunnsutviklingsrådgivere, Distriktspsykiatrisk Senter Øst-Finnmark: barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, voksenpsykiatrisk poliklinikk. Bakgrunnen for runden var dels å presentere undertegnede som ny aktør, dels å få en viss oversikt over utfordringene i byen.

Det vil føre for vidt å referere innspill og synspunkter fra alle aktører, men samtalene tegnet følgende bilde: Hjelpeapparatet fungerer godt i forhold til å fange opp og hjelpe barn under skolealder med ulike typer psykiske vansker; barnehagene er fornøyd når det samarbeides med PPT og helsetjenesten. Rektorene fra grunnskolene ser at elevenes problemer øker med alderen, især er atferdsproblemer synlige. De hevder også at de kan se allerede når barna starter i første klasse, hvilke barn som har dårlig sosial kompetanse og kan tenkes å utvikle atferdsproblemer. Skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) forteller om ungdommer som sliter med psykososiale problemer som depresjon, selvskading og rusmisbruk, videregående skole mener at omfanget er begrenset. Det er gjensidige frustrasjoner i samarbeidet med og mellom kommunale tjenester og BUP. Det er en generell frustrasjon over lange ventelister hos PPT.

I samtalene uttrykkes behov dels i forhold til brukere og dels i forhold til hjelpeapparatet.

Systemrettede behov:

- behov for tydelighet i samarbeidet med BUP (hvem gjør hva hvorfor?)
- behov for "mellomledd" i samarbeidet med BUP
- avstanden til BUP er et problem for en del familier
- behov for avklaring av helsesøsteres rolle og kompetanse, veiledning
- behov for tilbakemeldinger fra barnevern og lege om effekt av tiltak
- behov for bedre kjennskap til hverandres kompetanse
- behov for psykolog på PPT til sosio-emosjonelle saker og vurderinger
- behov for flerkulturell kompetanse i barnehager med flyktningebarn
- behov for bedre rutiner ved utskriving av barn fra institusjoner.
- behov for kompetanse på å utrede sammensatte vansker

Brukerrettede behov:

- behov for veiledning av foreldre/familier
- mange deprimerte ungdommer (overhyppighet av selvskading)
- behov for tiltak mot rusproblemer hos ungdom
- behov for tilbud til barn av foreldre med psykiske problemer
- enslige mindreårige asylsøkere har behov for voksenkontakt
- en del foreldre på asylmottaket sliter
- barn på asylmottaket har behov for mer oppfølging fra skole.

Det kom også en del konkrete forslag til tiltak:

Systemrettede forslag:

- uformelle drøftinger omkring barn mellom barnehage og psykolog på et tidlig tidspunkt
- psykolog veilede/undervise lærere ift. foreldresamtaler
- drøfte på møte med BUP: "Hvordan samarbeider vi rundt barn med psykiske problemer?"
- BUP ha tverrfaglig veiledning
- tverrfaglige samarbeidsmøter med BUP
- tverrfaglige møter på videregående skole
- psykolog delta på spesialpedagogiske møter på skolene
- tverrfaglig møter i barnehagene

Brukerrettede forslag:

- veiledningsgrupper for foreldre rundt 15 mdrs kontroll
- samlinger for barn som har opplevd samlivsbrudd
- grupper for barn av psykisk syke foreldre
- tilbud om veiledning til psykisk syke foreldre
- psykolog ha tema på foreldremøter på skolene
- psykolog delta på helsestasjon for ungdom
- psykolog ha faste dager på videregående skole
- psykolog undervise på videregående og ungdomsskole i ulike tema.

Intervjuene var i form forholdsvis uformelle og svarene til dels subjektive og sprikende. Især var det ganske ulike syn på omfanget av problemer hos ungdom, og derfor ble neste trinn å foreta en kartlegging for å få konkrete tall å forholde seg til.

2. Undersøkelse av eventuelle problemområder

2.1 Kartlegging av ungdom

BUP har flere ganger gjort oppmerksom på at det henvises mange ungdommer fra Vadsø med depresjon og selvskading. For å få kunnskap om omfanget av psykiske symptomer hos ungdom ble det foretatt en kartlegging av to årskull, der til sammen 165 ungdommer har fylt ut skjemaet SDQ samt spørsmål om erfaringer med rusmidler. Det er foretatt en omfattende undersøkelse i Akershus i samme aldersgruppe blant annet med bruk av SDQ (Nasjonalt Kunnskapssenter, 2004), og det er foretatt helseundersøkelser blant 10. klasser i hele landet (Folkehelseinstituttet, 2004). En har dermed et grunnlag for sammenligning.

2.1.1 Innsamling av data

Hele 8. klassesetningen (89 elever) og 1. videregående (97 elever) ble kartlagt ved hjelp av et spørreskjema om psykososiale spørsmål (SDQ) supplert med spørsmål om erfaringer med rusmidler. Elever i aktuell alder på Pedagogisk Senter, som i hovedsak er flyktninger, ble ikke kartlagt fordi språklige og kulturelle faktorer vil gi metodiske problemer - det vil være usikkert om de forstår hva de svarer på.

Den norske utgaven av spørreskjemaet "Strength and Difficulties Questionnaire" (SDQ) består av 30 spørsmål og viser problemer i forhold til

- 1) emosjonelle symptomer (inkl. depresjon, angst),
- 2) atferdsvansker,
- 3) hyperaktivitet,
- 4) samspill med jevnaldrende, og
- 5) empati (prososial atferd).

Ungdommene angir dessuten hvor stor innvirkning eventuelle problemer har på forholdet til familie, venner, læring i skolen og fritidsaktiviteter.

Svar på SDQ gir en indikasjon på i hvilken grad en person har problemer, og resultatene deles inn i 1) tydelige indikasjoner på avvik, 2) usikre indikasjoner (gråsoner), og 3) normal fungering.

Skjema om erfaringer med rusmidler har vi selv utviklet. Det er noe enklere enn spørsmålene om rusmidler i Akershus-undersøkelsen. Øl, vin og rusbrus defineres som svak alkohol, mens vodka og lignende defineres som sterk alkohol.

2.1.2 Svakheter

På videregående skole svarte 94% av alle elevene på spørreskjemaet; noe som gir ett dekkende og troverdig bilde av tingenes tilstand i årskullet. I 8. klassene svarte bare 83% av elevene – i to av klassene var det henholdsvis 5 og 8 elever som ikke svarte, blant annet fordi deltakelse ble gjort frivillig. Det knytter seg derfor en viss usikkerhet til tallene fra dette årskullet, det kan være flere problemer enn de som kommer frem av tallene nedenfor.

Det er en svakhet at elever som ikke kan norsk ikke er med i undersøkelsen. 8% av befolkningen i Vadsø kommune er flyktninger og asylsøkere. Det totale bildet blir ikke

komplett uten denne gruppen, og det kan føre til at sammenligninger med andre deler av landet på noen måter blir litt fortenget. Vi vet at mange flyktninger og asylsøkere er traumatiserte og sliter med depresjon (Psykososialt Senter for Flyktninger, 1999), men vi vet ikke i hvilket omfang dette gir ungdommer problemer med f.eks. angst, oppmerksomhetsvansker og sosialt samspill. Inntrykket fra arbeid med flyktninger er at forbruket av alkohol er mye mindre i denne gruppen enn i den norske befolkningen, men at dette kan variere i forhold til religiøs og kulturell bakgrunn.

En del elever på grunnkurs har sluttet siden skolestart høsten 2004; enkelte angivelig på grunn av faglige eller sosiale problemer. Disse fanges ikke opp i undersøkelsen.

Antallet av ungdommer i Vadsø er ikke så stort, 85-90 i hvert årskull, hvilket er for få til å foreta gode statistiske analyser. Det en kan si ut fra tallmaterialet er at ”slik er det i Vadsø pr i dag for de som har svart på spørreskjemaet”, mens alle generaliseringer og sammenligninger er sårbare for usikkerhet og tilfeldigheter.

2.2 Resultater

2.2.1 Resultater fra 8. klassene

19 av 20 elever i 8. klasse som deltok i undersøkelsen mener ikke selv at de har psykososiale problemer som gir dem tydelige vansker. Besvarelsene viser at 77% av elevene ikke har avvik, dvs. tydelige symptomer på psykososiale problemer. 23% av elevene fungerer avvikende på ett eller flere av de målte psykososiale områdene, men bare 5,4% fungerer avvikende på den totale problemskåren.

Den totale problemskåren for en person er resultatet av emosjonelle symptomer, atferdsvansker, hyperaktivitet og samspill med jevnaldrende lagt sammen. Det er denne skåren som brukes som indikasjon på om ungdommen har psykiske avvik. Tallene fra Akershus er fra undersøkelsen ”Helseprofil for barn og ungdom i Akershus” (Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2004), der en også har brukt skjemaet SDQ.

	8. klasse Akershus	8. klasse Vadsø
Total problemskåre	9% (10%)	5% (15%)
Emosjonelle symptomer	9 %	4% (4%)
Atferdsvansker	10 %	8% (10%)
Hyperaktivitet	13 %	8% (10%)
Samspill jevnaldrende	12 %	5% (22%)
Empati (prososial atferd)	7 %	11% (15%)

Tall i parentes er gråsonavvik

Det er gjennomgående en mindre andel av elevene i 8. klassene i Vadsø som viser avvikende psykososial fungering enn i Akershus. Spesielt er det færre symptomer på emosjonelle plager som angst og depresjon. Men flere elever i Vadsø fungerer avvikende i forhold til empati og prososial atferd. Ser man på de som viser avvik og de som ligger i gråsonen under ett, som én

risikogruppe, så ligger Vadsø på nivå med Akershus i forhold til total problemskåre, og Vadsø har vel så store utfordringer når det gjelder elevenes sosiale kompetanse (samspill og empati).

Det er ganske store forskjeller i klassenes indre liv To av klassene skårer gjennomgående lavt på alle symptom-områder, mens det i de to andre klassene er bemerkelsesverdig mange som har problemer med empati/prososial atferd.

2.2.2 Resultater fra Videregående skole, grunnkurs

Forenklet kan en si at 8 av 10 elever på førsteåret i Vadsø videregående skole ikke har tydelige symptomer på psykososiale problemer, og 9 av 10 opplever ikke selv at de har det. Bare 4% har avvik i forhold til total problemskåre – det er bemerkelsesverdig få.

	Akershus 1. vg	Vadsø 1. vg
Total problemskåre	8 %	4% (4%)
Emosjonelle symptomer	7,5 %	5,5% (4%)
Atferdsvansker	9,5 %	4% (9%)
Hyperaktivitet	16 %	11% (9%)
Samspill jevnaldrende	5 %	3% (9%)
Empati (prososial atferd)	8 %	6% (8%)

Tall i parentes er gråsonavvik

Slik skjemaet SDQ er konstruert forventes 10% å ha avvik og 10% å være i gråsonen. Akershus ligger i underkant av dette, og Vadsø ligger vesentlig lavere. Når det gjelder hyperaktivitet ligger Akershus over normal hyppighet, mens Vadsø er på normalnivå.

Blant jentene er helse- sosialklassen klart overrepresentert blant de som utviser problem-symptomer. 2 av 3 jenter med emosjonelle symptomer er fra denne klassen og også den ene jente som har symptomer på atferdsvansker, begge jentene som har symptomer på hyperaktivitet, og 1 av 2 jenter som har dårlig samspill med jevnaldrende.

Blant guttene er 4 av 6 gutter med dårlig prososial atferd (empati) fra mekanisk linje, og i denne klassen er det dobbelt så stor andel av guttene som har erfaring med alkohol som guttene generelt – både når det gjelder sjelden/hyppig bruk og svak/sterk alkohol. Men ingen i klassen har tydelige problemer med sine jevnaldrende.

Til sammenligning har ingen av guttene på elektrofag problemer med prososial atferd, og når det gjelder alkohol ligger de omtrent på gjennomsnitt.

2.3 Erfaring med rusmidler

Spørsmål om erfaringer med rus er forskjellige i de to undersøkelser, slik at det ikke er mulig å foreta en direkte sammenligning av resultatene. En kan imidlertid trekke noen generelle konklusjoner:

Akershus 8. klasse	Vadsø 8. klasse
litt flere gutter enn jenter har erfaring med rusmidler	50% flere gutter enn jenter har erfaring med rusmidler
21% har drukket seg skikkelig full	24% har drukket alkohol de seneste 6 mdr
7% drikker sterk alkohol hver måned	1% drikker ofte sterk alkohol
2,5% gutter og 1% jenter har brukt hasj de seneste 6 mdr	1% gutter og ingen jenter har brukt hasj de seneste 6 mdr
2,5% gutter og 1,5% jenter har rust seg på tabletter	1% av guttene og ingen jenter har rust seg på tabletter

Akershus 1. vg	Vadsø 1. vg
stort sett samme andel gutter og jenter har erfaring med rusmidler	nesten dobbelt så mange jenter som gutter har erfaring med rusmidler
72% har drukket seg skikkelig full minst én gang	68% har drukket alkohol minst én gang de seneste 6 mdr
12% drikker sterk alkohol hver uke og 25% hver måned	14% drikker ofte sterk alkohol
14% gutter og 11% jenter har brukt hasj de seneste 6 mdr	2% gutter og 2,5% jenter har brukt hasj de seneste 6 mdr
8,5% gutter og 7,5% jenter har rust seg på tabletter	2% av guttene (1 person) og 0 jenter har rust seg på tabletter de seneste 6 mdr

Det ser ut til at det generelt er færre som har erfaring med alkohol i Vadsø, og det er langt færre som har erfaring med andre typer rusmidler, enn i kommunene rundt Oslo.

Folkehelseinstituttets undersøkelse av 10. klasseelever i 6 fylker konkluderer blant annet med at ”det er ikke store kjønnsforskjeller i alkoholbruk blant ungdommene”. 75-90% av ungdommene i de ulike fylkene har ”noen gang drukket alkohol”. I Vadsø har nesten halvparten av guttene i 1. vg ikke drukket alkohol de seneste 6 måneder, hvilket må sies å være usedvanlig i landssammenheng. Blant jentene i Vadsø, derimot, har nærmere 90% drukket, hvilket er en høy andel i landssammenheng.

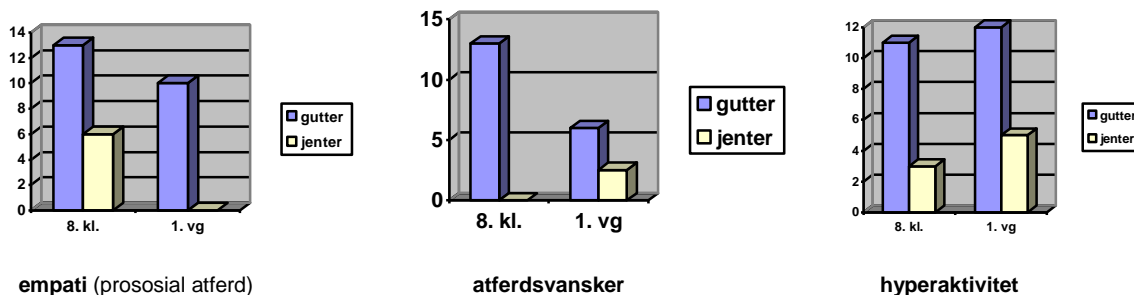
2.4 Aldersforskjeller og kjønnsforskjeller

I Akershus var andelen av elever med avvik på total problemskåre fallende gjennom ungdomsskolen og videregående, med en liten oppgang i 1. vg. I Vadsø ser vi også at færre har avvik i videregående enn i ungdomsskolen.

Det er markant mange i 8. klasse som ligger i gråsonen i forhold til samspill med jevnaldrende og empati. Hver fjerde elev er i risikogruppen for samspill med jevnaldrende og empati. Dette jevner seg ut, slik at risikogruppene er halvert i 1. vg.

På enkelte områder er det markante forskjeller mellom guttene og jentene i Vadsø: Det er langt færre jenter som har avvik i forhold til atferdsvansker, hyperaktivitet og empati. I 1. vg er det faktisk ingen jenter som har avvik i forhold til empati.

Fordeling av gutter og jenter med avvik:



Det absolutte antallet elever med avvik er så lite at den statistiske signifikansen blir usikker – det kan være en stor grad av tilfeldighet i resultatet. Men når flere usikre resultater går i samme retning må en kunne tale om en tendens: Jenter i ungdomsalderen er som gruppe mer moden følelsesmessig og sosialt enn gutter, hvilket samsvarer med at gutter først sent i tenårene tar igjen jentene i fysisk utvikling. Dette viser seg også i erfaringene med alkohol; i 8. klasse er jentene mer tilbakeholdende enn guttene, men i løpet av de neste tre årene raser de forbi guttene, kanskje fordi de tidligere kommer inn i det vi vanligvis oppfatter som ”ungdomskulturen” og får kjæresten som er på deres eget utviklingsnivå – dvs eldre enn dem selv.

Undersøkelsen støtter ikke BUP’s antakelse om at depressive ungdommer er overrepresentert i Vadsø. Det kan være en ’tilfeldig’ opphopning av enkelttilfeller som er i strid med mønsteret ellers. Statistikken viser at barne- og ungdomspsykiatrien har bedre dekningsgrad i Nord-Norge enn på Østlandet (Statistisk Sentralbyrå, 2005), slik at BUP Øst-Finnmark kan tenkes å fange opp en større andel av ungdom med psykiske problemer enn sør i landet. En annen hypotese kan være at en relativt stor andel ungdommer i Vadsø skader seg selv, men uten at det ligger alvorlige psykiske problemer til grunn. BUP’s antakelse er for øvrig ikke dokumentert.

3. Grunnlag for tiltak

3.1 Årsaker til og vern mot psykiske symptomer

Barn og unges psykiske trivsel og utvikling avhenger av kombinasjonen av:

- barnets genetiske forutsetninger (f.eks. evner, sårbarhet),
- forhold i familien (f.eks. familiens evne til å takle frustrasjoner og kriser), samt
- forhold i lokalsamfunnet utenfor familien (f.eks. skolens evne til individuelt tilpasset undervisning, tilgang til alternative sosiale arenaer).

(Folkehelseinstituttet, 2003)

Atferdsgenetiske forskere mener at genetiske faktorer har en stor og stabil innflytelse på utviklingen av enkeltmenneskets personlighet. De nære familierelasjoner spiller gjennom barndommen en stadig mindre rolle for utviklingen av personligheten, mens barnets valg av venner spiller en stadig større rolle. (Lunga, 2000)

Barnet kan ha en arvelig disposisjon for å utvikle psykiske problemer, der en eventuell psykopatologisk utvikling kan avhenge av det emosjonelle klima i familien eller i barnets øvrige miljø. Det kan også være familiemessige eller samfunnmessige belastninger som fører til psykiske vansker, uten at det fins en genetisk sårbarhet. God foreldreomsorg tilpasset det enkelte barnets behov tenkes å øke barnets motstandskraft mot motgang og kriser gjennom oppveksten. Lokalsamfunnets evne til å skape positive relasjoner mellom individer, familier, grupper og tjenester kan ses som et forebyggende vern imot isolasjon, konflikter og utvikling av psykiske problemer.

En dansk undersøkelse peker på at barn fra ressursvake familier – der foreldrene kan være arbeidsledige, langtidssykemeldte eller ha psykiatriske eller rusrelaterte problemer – har flest problemer, fordi foreldrene har færre ressurser til å løse barnas problemer. Det er en nær sammenheng mellom forbedret foreldre-barn relasjon og en positiv endring av barnets psykiske og sosiale utvikling (Christoffersen, 2002).

3.2 Forebygging

Bronfenbrenner ser individet som omgitt av ulike sosiale systemer på ulike ”økologiske” nivåer:

- Mikro-nivå: Systemer som en person har direkte kontakt med jevnlig.
Eks.: Lille-Per + foreldre, kamerater, lærer, saksbehandler på ppt.
- Meso-nivå: System som består av to eller flere av personens mikronivå-systemer og forbindelsen mellom dem.
Eks.: Kontakt mellom foreldre, lærer, saksbehandler, kamerater.
- Exo-nivå: Systemer som påvirker personen og personens mikro- og mesonivå-systemer, men som personen selv ikke har direkte kontakt med.
Eks.: Foreldres arbeidsgiver, skolens ledelse, ppt's ledelse.
- Makro-nivå: Systemer i en større skala som bestemmer den herskende ideologi og sosiale struktur som personen og hans mikro-, meso- og exo-systemer befinner seg innenfor.
Eks.: Økonomiske, politiske, kulturelle forutsetninger. Illustrasjon: Vadsø ligger ikke i Pakistan.

Forebyggende tiltak kan rettes mot en eller flere aktører eller mekanismer på ett eller flere nivåer. Forebyggende tiltak kan i følge Bloom & Heller rettes mot alle i befolkningen (*f.eks. tilsetning av klor i drikkevann*), mot overgangsfaser i menneskers liv (*f.eks. samlivskurs for førstegangsførelse*) eller mot risikogrupper (*f.eks. intensive lesekurs for sene lesere*). Tiltak kan i Caplans terminologi redusere forekomsten av et problem (primær forebygging), redusere varighet og omfang av skade (sekundær forebygging), eller redusere følgetilstander av skade (tertiær forebygging). Endelig kan forebyggende tiltak rettes mot enkeltpersoners sårbarhet (*f.eks. holdningsskapende arbeid*), mot det som er skadelig (*f.eks. tiltak som rusfri arrangementer*), eller mot bæreren av det som er skadelig (*f.eks. tiltak for bedre hygiene eller helsefremmende fysisk miljø*). (Alle sitert i Orford, 1992)

Det er et tomrom mellom kommunale tjenester som PPT og skolehelsetjenesten på den ene siden og spesialisthelsetjenester som BUP på den andre siden. Det gjelder saker som ikke prioriteres av PPT fordi de ikke er relatert til læring, og ikke prioriteres av BUP fordi de ikke er tilstrekkelig alvorlige. Det kan være barn som har lette til moderate plager, for eksempel

som pårørende til søsken med funksjonshemming eller foreldre med psykiske lidelser, samspillsvansker pga tidligere overgrep, krise pga samlivsbrudd, tap av forelder eller det kan være bekymring fra lærere eller foreldre om at ”det er noe med barnet”. Eller det kan være foreldre som har et utrygt tilknytningsmønster, noe som kan føre til atferdsvansker hos barn. En rask og kortvarig innsats i slike saker vil i mange tilfeller kunne forebygge en negativ utvikling og et større hjelpebehov (jf. Norsk Psykologforening, 2004).

3.3 Mål for tiltak

Hensikten med forebyggende tiltak kan beskrives som ”mindre hjelp til flere”:

- få kontakt med flere av de familier som i en periode trenger støtte på grunn av psykososiale forhold,
- gi en tilpasset og begrenset hjelp før det blir behov for spesialisthelsetjenester,
- være del av og jobbe for et fleksibelt samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester

4. Valg av tiltak

Psykologens tiltak retter seg mot ulike nivåer: a) mot barn og familier generelt, b) mot personale som jobber med barn og er i kontakt med foreldre, c) mot ressurspersoner som jobber i virksomheter som er i kontakt med barn, foreldre og fagfolk, d) mot foreldre og andre som leser avis.

4.1 Lavterskel rådgivning

En dag i uken har psykologen åpen rådgivning på byens største skole, som rommer mellomtrinn og ungdomsskole med til sammen 450 elever (Sentrum skole). Personale, foreldre eller barn kan henvende seg uten å måtte henvises via lege.

Elevene har fått informasjon med seg hjem om ordningen, og foreldrene til elevene som startet på Sentrum skole i høsten (dvs. alle byens femteklasse elever) har fått informasjon på fellesmøte. Ordningen fungerer som ønsket: Lærere og foreldre tar kontakt med bekymring for elever og får enten veiledning på egen rolle eller det opprettes kontakt mellom psykologen og foreldre og barn.

I vårsemesteret var det en tilsvarende ordning på videregående skole, men tilbudet var lite brukt. I høst har videregående skole på linje med tre barneskoler fått tilbud om konsultasjon hver fjerde uke.

4.2 Undervisning og konsultasjon

Psykologen har samarbeid med barnehager og helsestasjon, der det tas opp ulike tema gjennom undervisning eller konsultasjon.

Barnehager fungerer i praksis som lavterskel veiledningstilbud til foreldre. Foreldre spør ofte styrer eller pedagogisk personale til råds om sine barn. Denne funksjonen samt det pedagogiske tilbudet styrkes gjennom at psykologen underviser personale i ulike temaer som: ”Kommunikasjon med barn”, ”Forståelse av barn”, ”Foreldre med problemer”, ”Oppdragelse og konflikter”. Undervisningen har dels vært dagskurs rettet mot assistenter, dels 1½-2 timers økter på personalmøter, og debattopplegg på kveldsmøte med både personale og foreldre.

Psykologen har tett samarbeid med helsestasjonen og deltar regelmessig på spedbarns-kontroller. Tidligere gruppeveiledning av helsesøstere har blitt avsluttet.

4.3 Kompetansenettverk

Psykologen har opprettet et kompetansenettverk satt sammen av utvalgte ressurspersoner fra ulike kommunale og ikke-kommunale virksomheter. Formålet er å skape kontakter på tvers av organiseringen og å inspirere hverandre i forhold til forebyggende arbeid for barn og unge.

Deltakerne jobber i barnehage, skole, videregående skole, fylkeskommunens oppfølgings-tjeneste, legetjenesten, helsestasjon, kommunal og statlig barnevern, kommunal flyktninge-tjeneste og privat asylmottak, samt MOT og psykiatritjenesten. Det er møte en halv dag hver tredje måned. Arbeidsformen veksler mellom gruppesamtaler, plenum og individuell refleksjon. På seneste samling ble det jobbet med ”Forslag til overordnet målsetting for arbeidet med barn og unge i Vadsø”, der vi kom frem til slagordet ”Alle barn og unge har en venn i Vadsø”. Gruppen er ikke en del av kommunens formelle organisasjon, slik at arbeidet ikke er forpliktende for noen, men bare til inspirasjon for deltakerne.

4.4 Bruk av media

Den ukentlige spalten ”Psykologi i familien” i avisen Finnmarken setter fokus på forholdet mellom foreldre og barn. Spalten søker dels å gi konkrete råd om vanlige situasjoner i familien, dels å skape en økt bevissthet om betydningen av nære foreldre-barn relasjoner. Teoretisk ligger artiklene nær utgangspunktet til den danske familieterapeuten Jesper Juul og til Magne Raundalens syn på barnet som forsker.

Artiklene er på 600 ord og har temaer som:

- måltider, kveldsrutiner, organisering av en hektisk hverdag
- aktive barn, sinte barn, tenåringer, sorg- og krisereaksjoner
- mål og metoder i oppdragelsen, kjønnsroller, skilsmisser, samlivsordninger
- tilknytning, personlighetsutvikling
- organisering av hjelpeapparatet

Det er håpet at foreldre fra målgruppen kan nyttiggjøre seg spalten, enten gjennom egen lesning eller gjennom kontakt med andre lesere. Ett mål er også at en slik synliggjøring vil senke terskelen for å ta kontakt med fagpersoner.

Psykologi i familien

Psykolog Jens Jensenius er far til fire og jobber med psykisk helsevern for barn og unge i Vadsø kommune. Leserne oppfordres til å sende inn spørsmål og kommentarer til jens.jensenius@vadsokommune.no eller desk@finnmarken.no.

Å krympe psykofanter

Når en skal fange en elefant trenger man en kikkert, en hån og et norgesglas. Når elefanten dukker opp snur man kikkerten slik at elefanten blir bitteliten, og så tar man den med håven og putter den opp i norgesglasset. Å fange psykofanter foregår på nesten samme måte.

En psykofant er et usynlig dyr som sniker seg inn i huset og setter seg på skuldrene til barna, når det er et problem i familien som ingen snakker om. Jo lengre tid det går uten at noen snakker om problemet, jo mer vokser psykofanten, inntil den nesten ikke er til å bære.

En psykofant kan dukke opp hvis noen i familien er død eller alvorlig syk, og de voksne ikke snakker med barna om det. Psykofanten kan da putte rare tanker i hodet på barnet: "Kanskje det er din skyld at onkel døde? Kanskje det er noe i veien med deg når du har det rart inni deg?"

Hvis mor i mange dager ikke gjør annet enn å ligge på sofaen og stirre frem for seg blir ungene bekymret. Hvis ingen snakker om hvorfor mor bare ligger, kan barna tro at det ikke er lov å spørre om det. Så hvisker psykofanten: "Kanskje mamma har kreft og skal dø? Kanskje mamma har store smerter? Kanskje hun blir kjørt vekk når du er på skolen? Kanskje hun ikke er så glad i deg?"

Eller kanskje det er noe merkelig med storebror. Alle må ta hensyn til ham, ingen tenker på lillebror. "Det er din oppgave å være stor," hvisker psykofanten, "du som er så liten."

Det som er bra med psykofanter er at de ikke er så farlige som vi tror. Det skal ikke så mye til før de blir mindre. En trenger bare å snakke stille og rolig med barnet om det som er problemet. En kan snakke om døden på en naturlig måte. En kan forklare om mors depresjon, om storebrors tvangshandlinger. Da begynner psykofanten å krympe. Barnet kjenner at det ikke tynger så mye på skuldrene. Kanskje den ikke forsvinner helt, men hvis den får plass i et norgesglass er det greit. Det kan vi bære.

Det verste med psykofanter er at vi er så redd dem. Av og til venter vi for lenge med å gå løs på dem, og så kan de bli så svære at vi slett ikke tør å begynne. Kanskje vi tror at psykofanten vil trampe ned noen, hvis vi snakker om den. Heldigvis er det hjelp å få – folk som er vant med psykofanter. Det kan være en helsesøster, en sosiallærer, en psykolog, en prest eller en sosionom. Noen som vet hvordan familien kan gå i gang med krympingen. Det vet de fleste, egentlig, men av og til er det bare så vanskelig å få begynt.

Eksempel på artikkel fra Finnmarken.

5. Videre frem

5.1 Foreløpig vurdering av tiltak

Tiltakene for å forebygge psykiske plager hos barn og unge er i en oppbyggingsfase, og det er for tidlig å konkludere om effekten av tiltak. Det følgende er subjektive inntrykk:

Tilbudet om lavterskel rådgivning på grunnskolene virker etter hensikten; lærere og foreldre henvender seg for rådgivning og "lett" oppfølging av barn. Problematikkene har blant annet vært: krisehjelp, barnet som pårørende, sosial mestring, foreldreveiledning og konsultasjon til personale.

På videregående skole har det vært en del drøfting av elevsaker med skolens pedagogisk-psykologiske rådgiver, men det har vært få ungdommer og lærere som har ønsket rådgivning. Det har ikke vært kontakt med foreldre. Dette kan være en bekreftelse på resultatet av kartleggingen; at behovet ikke er så stort som antatt. Det kan også være en konsekvens av at skolens egne rådgivere dekker behovet. Tilbudet er nå begrenset til månedlige konsultasjoner.

Undervisningen av personale i barnehager kommer stort sett som leilighetsvis oppdrag. Assistentene fra alle kommunens barnehager deltar i en tredelt kursrekke med temaene: 1) *Kommunikasjon med barn. Den gode samtalen.* 2) *Syn på barn. Å forstå barn som har det vanskelig.* 3) *Flerkulturell forståelse. Tospråklighet.* Tilbakemeldinger fra de to første gjennomførte kursene har vært positive. Tilbakemeldinger fra temakvelder med foreldre har også vært positive.

Helsestasjonen har tilsatt ny ledende helsesøster med mye erfaring og behovet for veiledning har blitt mindre. Samarbeidet innebærer nå:

- at psykologen er tilstede på spedbarnskontroll på helsestasjonen en halv dag i uken (dels for å få erfaring med normalutvikling, dels for å få kontakt med og være tilgjengelig for foreldrene),
- samarbeid om seksualundervisning på ungdomsskolen (for å få kontakt med ungdommene),
- samarbeid om samlivskurs for førstegangsførelde (iverksettes 2006),
- konsultasjon i enkeltsaker.

Kompetansenettverket har hatt tre samlinger med en del utskifting blant de fremmøtte. Deltakerne gir uttrykk for at det er nyttig å knytte nye kontakter og interessant å bruke tid på å se videre enn sine egne tjenester. For psykologen er det en nyttig øvelse å lede en slik samarbeidsprosess, som dels skal være forholdsvis uformell, dels føles berikende for deltakerne.

Mange foreldre ”på gata” forteller at de leser spalten ”Psykologi i familien”. Det ble debatt i avisen og i NRK Nord-Norge etter en av de første artiklene (se vedlegg), hvilket må formodes å ha skapt oppmerksomhet om spalten. Etter hvert henvender foreldre seg direkte med bekymring for barn, der det hittil har vært lærer eller helsesøster som har tatt initiativ. Problematikken er som regel sosiale/emosjonelle problemer.

5.2 Veien videre

Neste oppgave for undertegnede er å sette fokus på utviklingen av barn og unges sosiale kompetanse. Ungdomsundersøkelsen viser at mange ungdommer i Vadsø har mangelfull utvikling av empati og prososial atferd, og skolene mener at mangelfull sosial kompetanse hos barn ved skolestart fører til atferdsproblemer.

Kommunen er i ferd med å tilsette en koordinator som skal sikre en god samordning av tjenester for personer med sammensatte behov, og som skal sørge for at det blir utarbeidet individuelle planer for disse brukerne. Koordinatoren skal ha nært samarbeid med psykologen i forhold til barn og unge, og være med å ivareta det forebyggende perspektivet.

Enkelte kommunale tjenester har avvist å drøfte internt hvordan kommunen best kan samarbeide med BUP før koordinatoren er tilsatt. Når koordinatoren er på plass vil dette bli en prioritert oppgave også for psykologen.

Psykologen vil jobbe for å samle kommunen om en felles målsetning for arbeidet med barn og unge (jf. Hogan, 2004). Prosessen i kompetansenettverket, som førte frem til forslaget ”*Alle barn og unge har en venn i Vadsø*”, kan ses som en trening i å lede dette arbeidet. En felles målsetning vil innebære en prioritering og bevisstgjøring i hele organisasjonen. De enkelte virksomheter kan da formulere delmål og arbeidsoppgaver og evaluere fremgang i forhold til målbare resultater.

Vadsø kommune deltar som en av 8 kommuner i landet i et prosjekt med utvikling av kommunen kallet Stifinneren. Kommuneorganisasjonen har i denne prosessen jobbet med visjon, arbeidsgiverpolitisk plattform og omdømme. Å jobbe med felles målsetning for barn og unge vil være en naturlig forlengelse av disse prosessene.

5.3 Avslutning

I Finnmark er det så godt som ingen psykologer i kommunene, og det er i det hele tatt få kommunale psykologer utenfor PPT. Spørsmålet for en samfunnspsykolog er hvor en skal plassere seg faglig; hvilke hull en skal fylle, hvilke prosjekter en skal sette i verk og hvem en skal samarbeide med. Det er mange delikate balanse ganger når en skal supplere de eksisterende tjenestene uten dermed å ta ansvar og oppgaver fra dem. Det krever en utstrakt bruk av føttene rundt i byens systemer for å knytte kontakter, skape interesse, avklare roller og samarbeide i enkeltsaker og prosjekter. Det er en stadig prosess der en merker at en vokser i betydning og innflytelse underveis. Inneværende skriftlige arbeid gir en beskrivelse av en del av grunnlaget for et slikt relasjonsarbeid. Det er ikke hensikten å presentere ferdige løsninger og modeller, men å inspirere andre psykologer rundt omkring til å jobbe i kommunene – og med kommunene. Det er her vi virkelig har mulighet for å jobbe med psykisk helse som samfunnsfenomen og ikke bare som kliniske behandlere av en evig og voksende strøm av psykisk lidelse.

Kilder:

Christoffersen, Mogens: Social støtte til barn. Socialforskningsinstituttet, 2002.

Lunga, Einar: Menneskelig variasjon. Forelesninger i Tana 5.11.1999 og 22.6.2000.

Norsk Psykologforening: Økt innsats for barn og unge? Mai 2004.

Orford, Jim: Community Psychology. Theory and Practice. Wiley, 1992.

Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten: Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – ungdomsrapporten. Rapport nr 2 – 2004.

Folkehelseinstituttet: Slik er helsa til norsk ungdom. 2004. www.fhi.no.

Statistisk Sentralbyrå: Årsverk i institusjonar og poliklinikkar i psykisk helsevern for barn og unge, etter helseregion. [Www.ssb.no](http://www.ssb.no).

Hogan, Cornelius: Community Psychologists Working Together. Forelesninger i Sandefjord, juni 2004.