



Grethe Arnegård Cederkvist, helsesøster, Psykisk helsetjeneste for barn og unge, Familiesenteret, Andebu. Artikkelen er skrevet i forbindelse med fullført spesialistutdanning ved R.BUP

Hjelper på hjemm

Psykisk helsetjeneste i kommunen hjelper barn og unge på deres egen arena.

Veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (heretter Veilederen) står det at en av kommunens overordnede oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er å «gi hjelp og behandling for dem som trenger det på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). De som kan behandles i kommunen, skal behandles i kommunen»(1). Dette representerer en klar dreining fra tidligere, der kommunens primære oppgave var å forebygge, mens spesialisthelsetjenesten skulle behandle. Det utfordrer kommunene til å tenke nytt om sin egen organisering og kompetanse.

Spisset lavterskeltilbud

Tidligere har enkelte kommuner brukt midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse (2) til å øke helsesøsterstillingene. Andre kommuner har organisert ulike lavterskeltilbud spisset mot denne gruppen barn og unge, med psykologer, psykiatriske sykepleiere eller helsesøstre med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Hensikten med denne artikkelen er å presentere et eksempel på organisering og innhold i et slikt spisset lavterskeltilbud, samt argumentere for hvorfor en kommunal psykisk helsetjeneste bør prioriteres. Artikkelen er skrevet med utgangspunkt i egne erfaringer gjennom seks år i psykisk helsetjeneste for barn og unge i Andebu kommune. Dette er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for barn og ungdom fra 0-18 år lokalisert i familiesenteret, der foreldre og samarbeidende instanser kan ta kontakt. Det er et nært samarbeid med de andre faggruppene på familiesenteret som barnevern, helsestasjon og psykisk helsetjeneste for voksne. Vi har faste samarbeidsmøter (tverrfaglige team) med skoler, barnehager og BUP og tilbyr vurderingssamtaler, individuelle/familiesamtaler, råd/veiledning til foreldre, lærere, førskolelærere og eventuelle andre faginstanser. Vi som er ansatt er to helsesøstre med treårig spesialistutdanning i psykisk helsevern for barn og unge fra R.BUP (Regionsenter for barn og unges psykiske helse). En helsesøster har metodefordypning i psykoterapi med ungdom, den andre har fordypning i sped- og småbarns psykiske helse.

Arbeidet inneholder tre hovedområder som jeg vil beskrive i det følgende:

- › Vurdering
- › Oppfølging
- › Tverrfaglig samarbeid

Disse områdene overlapper og vil gjensidig påvirke hverandre.

Vurdering

Veilederen framhever at viktige oppgaver i et kommunalt lavterskeltilbud er å gi tidlig og rask vurdering av type og omfang av videre hjelpebehov, samt å henvise til riktig hjelpetiltak (1). Vurderingen skal sikre at barnet og familien får riktig hjelp på et tidligst mulig tidspunkt. Det å komme tidlig til kan medføre at forløpet av lidelsen blir av kortere varighet, og får derfor også betydning for omfang av hjelpebehov og prognose (3).

Psykisk helsetjeneste for barn og unge legger vekt på å være lett tilgjengelige for foreldre og samarbeidspartnere. Det er ulike grunner til at foreldre tar kontakt. De fleste henvender seg fordi de er bekymret for barnets eller ungdommens psykiske

Det er avgjørende å kunne skille somatiske plager fra psykiske vansker.

helse og trivsel. Noen ønsker råd og veiledning i hvordan de kan hjelpe barnet med å takle vanskelige situasjoner som skilsmisse, alvorlig sykdom eller dødsfall. Noen tar kontakt først når problemene har toppet seg og gir uttrykk for fortvilelse og maktesløshet. Uansett hva som måtte være foreldrenes behov er det viktig å ta bekymringen deres på alvor.

Den første samtalen med foreldrene eller barnet/ungdommen vil alltid ha to målsettinger – informasjon og relasjon. Gjennom dialog med foreldrene må helsesøster danne seg et bilde av hva barnet/ungdommen eller familien har behov for. Det er viktig å avklare hvilke tjenester man kan tilby i den kommunale psykiske helsetjenesten, og vurdere behovet for tjenester fra andre instanser. I første møtet er det avgjørende at foreldrene opplever å bli forstått og bekreftet, og at de får håp om at forandring er mulig.

Mestringsperspektiv

I møtet med barnet/ungdommen og familien i et kommunalt lavterskeltilbud er det viktig å ha fokus på hva som hemmer, men først og fremst på hva som fremmer psykisk helse. For å få til dette må helsesøster lytte og lete etter mestringshistorier (5). Et mestringsperspektiv kan i større grad enn et sykdomsperspektiv avdekke nye muligheter og ubrukte sider hos den hjelpesøkende og i deres omgivelser. Man må spørre etter forhold

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Barn
- › Helsesøster
- › Psykisk helse
- › Kommunehelsetjeneste



ebane



som man vet har betydning for barns motstandskraft og egenverd – som kompetanse og tilhørighet (6,7). Har barnet en nær venn, eller en nær fortrolig? Hva mestrer barnet? Er det noe barnet er spesielt god på? Hvilken støtte har barnet i familie og nettverk?

Differensialdiagnostisk kunnskap

I kartleggingsfasen er det også nødvendig med kunnskap om barne- og ungdomspsykiatri – symptomer og differensialdiagnostikk. Psykiske vansker refererer til symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon, søvnvansker og så videre. Vanskene vil, avhengig av type og symptomer, i ulik grad påvirke daglig funksjon i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Psykiske lidelser henspiller på psykiske vansker av en slik type eller grad at det faller inn under diagnosekriteriene (1). I tillegg til alvorlighetsgrad er tidsperspektivet et viktig element for vurderingen, samt om det er en opphopning av flere plager eller symptomer og om symptomene er aldersadekvate (7).

Differensialdiagnostisk kompetanse er nødvendig for å kunne vurdere om barnet eller ungdommen trenger behandling, utredning eller oppfølging, hvilken type behandling eller oppfølging og hvilken instans som har den rette kompetansen og mandatet til å utføre dette. Det er også avgjørende å kunne skille somatiske plager fra psykiske vansker. Samarbeid med fastlegen vil ofte være nødvendig for å utelukke somatisk sykdom.

Kartleggingsverktøy

Hvilken informasjon som er nødvendig å innhente avhenger av problematikken og vil variere fra barn til barn. Samtalen med barnet/ungdommen gir informasjon om hans eller hennes egen opplevelse av situasjonen. En gjennomgang av forhistorien og familiens livssituasjon sammen med foreldrene (anamnese) vil gi nødvendig bakgrunnsinformasjon. Et kartleggingsverktøy som egner seg godt for førstelinjen er «Firefotingen» som er utviklet av Hilchen Sommerschild (7,8). Denne arbeidsmodellen innhenter opplysninger fra fire perspektiver: symptomer, utvikling (sosial, motorisk og språk), personlige egenskaper og oppvekstmiljø. I et slikt intervju vil man få tak i ressurser og problemområder, barnets utviklingshistorie, belastninger og muligheter i miljøet – og det gir rom for å utforske relevante

områder ytterligere. Man kan ellers bruke ulike kartleggings-skjema, observasjon eller innhente informasjon fra lærere eller helsestasjonen (etter samtykke fra foreldre).

På bakgrunn av informasjon om symptomer/anamnese, barnets egen forståelse og en tilpasset kartlegging, vurderes hvilke tiltak som best kan hjelpe barnet, og om det er behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten eller annen instans.

Oppfølging

I arbeidet med barn, ungdom og familier må helsesøster jobbe med å etablere en allianse både i forhold til barnet/ungdommen og foreldrene. En terapeutisk allianse innebærer å bli enig om en felles målsetting og en felles forståelse av oppgavene man skal jobbe med, men henspiller også på selve båndet mellom terapeut og klient (4). Psykoterapiforskningen viser at en god terapeutisk relasjon er det forholdet som har størst betydning for behandlingsresultatet (9,10,11). I kommunen vil det likevel ikke være slik at målet med alliansen først og fremst er viktig

HJELP TIL SELVHJELP: Det kommunale helsetilbudet til barn og unge med psykiske problemer fokuserer på barnets eller ungdommens ressurser og mestringsevne. Illustrasjonsfoto: Colourbox



for behandlingsprosessen. Det er like viktig at en god relasjon vil bidra til å etablere tillit til hjelpeapparatet generelt eller motivere til å ta imot hjelp fra annen instans (12).

Det hender at barnet, foreldrene og (eventuelt henviser) har ulike og kryssende forventninger om hva de ønsker hjelp til. De oppfatter problemet forskjellig og kan også i ulik grad

være motivert for å få hjelp. (5) Å lytte til barnets og foreldrenes oppfatninger vil være første steg mot å oppnå en allianse. Det er viktig å få fram barnets/ungdommens egen motivasjon og ønsker tidlig i prosessen. Hvorfor kommer barnet til samtale? Hva tenker barnet selv om «problemet»? Det barn og ungdom selv bringer med seg og deres evne til å involvere seg, har sannsynligvis avgjørende effekt på utfallet av behandlingsforløpet (5). Det er derfor viktig å legge til rette slik at barnet/ungdommen og foreldrene får uttrykt sine forventninger, og fortalt om sin bekymring og mulige bestilling.

Behov for ulik tilnærming

For å møte mangfoldet i et lavterskeltilbud, bør man ha en fleksibel og eklektisk tilnærming i møte med barnet/ungdommen og familiene. Det er naturlig å fokusere på mestring og salutogenese (7,13,15). Løsningsfokuseret tilnærming, utviklingsfrem-

Hjemmebesøk gjør at samtalen i større grad foregår på familiens premisser.

mende samtaler (14), psykoedukasjon (7) og kognitive teknikker er nyttige verktøy. Valg av metode/tilnærming må tilpasses hvert enkelt barn/ungdom. Samtidig vil systemperspektivet være framtrepende i førstelinjen, der man har mulighet til å jobbe tett på familie og nettverk i barnets/ungdommens naturlige miljø.

På barnets arena

Å være i førstelinjen er en unik posisjon fordi man kan hjelpe barn og unge på deres egen arena. En del av det psykiske helsearbeidet i et lavterskeltilbud kan klinisk og metodisk ligne på annet terapeutisk arbeid med barn og unge. Men et kommunebasert tilbud handler i tillegg om å betrakte individet ut ifra deres sosiale kontekst og være oppmerksom på hvordan denne påvirker dem. Det er lettere å se denne sammenhengen ved å oppsøke barnet på barnets arenaer. Viktige spørsmål er: Hva slags støtte finnes i omgivelsene og hvordan kan barn, ungdom og deres familier styrkes for å identifisere og løse egne problemer? Helsesøster må lete etter muligheter hos individet/familien og intervensjoner med tanke på å styrke barnets/familiens egne mestringstrategier. Slik kan de i større grad selv håndtere aktuelle og framtidige utfordringer. Det særegne med klinisk arbeid på et lavterskelnivå i kommunen er at man fokuserer mer på forebygging enn kurativ virksomhet. Det er ønskelig å komme inn med tidlig hjelp, før problematikken blir for fastlåst, for å styrke den enkeltes mestringsevne mens den er intakt (5).

Tradisjonelt har psykisk helsearbeid foregått på hjelperens kontor, eventuelt ved institusjoner. I kommunen har man mulighet til å være fleksibel med hensyn til arena, som for

eksempel ved hjemmebesøk, eller samtaler på skoler. Hvilke konsekvenser får det når man endrer oppfølgingsarena? Det er vel så viktig å kjenne barnet/ungdommen som å ha kjennskap til hans/hennes problemer (16). Å møte barn og unge på deres hjemmebane (hjem/skole) gir en unik mulighet til å bli kjent og kan bidra til økt forståelse av barnets situasjon. I møte med beskjedne, stille barn kan et besøk hjemme hos barna gi rom for samtaleemner som engasjerer barnet og bidra til å etablere en relasjon. Når foreldre og barn får velge oppfølgingsarena kan det resultere i mer varierte og nye kombinasjoner av tilnærming (17), samt at det gir barn, unge og foreldre større medvirkning. Hjemmebesøk gjør at samtalen i større grad foregår på familiens premisser.

Tverrfaglig samarbeid

Et kommunalt lavterskeltilbud er avhengig av et nært samarbeid med andre instanser. Det kreves samarbeid både for å fange opp barn som har psykiske/psykososiale vansker, og for å følge opp tiltak rundt barn/ungdom.

Samarbeid om identifisering

Vi vet at 10–15 prosent av alle barn/ungdommer sliter med psykiske vansker som påvirker deres funksjonsnivå (18). Samarbeid med skole og andre kommunale instanser om å identifisere disse er viktig for å intervensjonere tidlig. Et kommunalt lavterskeltilbud som er tilgjengelig for henvendelser er ikke nok. Det er også viktig å være synlig på skoler og i barnehager, slik at man etablerer en relasjon til ledelsen og lærerne som gjør det lettere for dem å ta kontakt. Tverrfaglige team på skolene og temasamlinger om barn og unges psykiske helse har også vist seg å bidra til felles oppmerksomhet rundt psykisk helse i skole og barnehager. Dette er i tråd med anbefalinger fra en fersk NIBR-rapport (Norsk institutt for by- og regionforskning) (19). I rapporten oppfordres det sterkt til fortsatt å fokusere på skolens bidrag til det kommunale psykiske helsearbeidet. I en annen NIBR-rapport (20) hevdes det at 79 prosent av alle barn og unge som mottar hjelp fra PPT har psykiske problemer. Dette viser at PPT er i kontakt med mange barn og unge som har behov for hjelp knyttet til psykisk helse, og derfor har en unik mulighet til å fange opp barn tidlig.

Samarbeid om vurdering og oppfølging

Ifølge veilederen innebærer koordinering på individnivå: «å gi barn, unge og deres familier et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud»(1). Ved samtykke fra foreldre kan ulike instanser samarbeide (21). I saker med sammensatte eller vanskelige problemstillinger vil det være nyttig med en tverrfaglig og -etatlig drøfting som kan gi ny forståelse og dermed et bredere grunnlag for å velge rett intervensjon. God dialog med BUP er viktig for å avklare rett nivå. Ansvarsgrupper og individuell plan er koordineringsverktøy som kan sikre samordning. Det som er avgjørende i saker der man jobber parallelt, er å avklare ansvarsforhold og mandat.

Sykepleiers/helsesøsters rolle

Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å forebygge og fange opp psykiske plager. Disse tjenestene når ut til de fleste, virker lite stigmatiserende, og det er mulig å kombinere et primærforebyggende perspektiv med spesielt fokus på utsatte grupper (18). Samtidig er det grunn til å spørre om

de rammene en helsesøster vanligvis har i skolehelsetjenesten, gir rom for nødvendig oppfølging av barn/ungdom som strever psykisk. På mange skoler har helsesøster kun tre timer annen hver uke. I disse timene skal det vaksineres, drives helseundersøkelser og helseopplysning i tillegg til oppfølgingen av barn med psykiske/psykososiale vansker. Mange helsesøsterkontorer er dessuten lite egnet som samtalerom, og «drop-in»-prinsippet kan medføre avbrytelser og liten forutsigbarhet.

Kompetanse og organisering

Relevant kompetanse og hensiktsmessig organisering er avgjørende for å gi et godt tilbud til barn og unge som strever med psykiske vansker. Breddekunnskap er nødvendig fordi man ofte er den første som møter barnet/ungdommen i forhold til aktuell problemstilling. Som helsesøster har man kompetanse innen helsefag, forebygging, utviklingspsykologi, tilknytnings-teori og normalutvikling. Den somatiske kompetansen gjør at sykepleiere har gode forutsetninger for å fange opp tilstander i grenseland mellom kropp og psyke som utmattelsessyndrom, hodepine, stress, angsttilstander, overgrepssproblematikk, spiseforstyrrelser, enurese/enkoprese, med mer. Spesialistutdanning i psykisk helsevern for barn og unge gir i tillegg kompetanse om psykiske lidelser og terapeutiske intervensjoner.

Et tverrfaglig sammensatt team med helsefaglig, psykolog-faglig og eventuelt sosialfaglig kompetanse vil styrke et kommunalt lavterskeltilbud og gi økt effektivitet fordi det tilfører profesjonsspesifikke oppgaver. Dette er i tråd med anbefalinger fra folkehelseinstituttet (18) som hevder at det er behov for å styrke det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid, slik at det framstår som et tverrfaglig og tverretatlig fagfelt.

Utfordringer

Hovedutfordringene ved et slikt spisset lavterskeltilbud er knyttet til de samarbeidende instansers prioriteringer og avklaringer om hvem som skal gjøre hva. Et dilemma er for eksempel oppfølgingen av barn som er avsluttet hos BUP, enten fordi de ikke møter opp eller fordi utredningen er avsluttet. Noen av disse barna har fremdeles omfattende vansker som byr på utfordringer for skole, hjem og nettverk. De vil ha behov for

oppfølging over tid. Dilemmaet i et lavterskeltilbud er om man skal prioritere disse barna, eller barn som med relativt liten innsats kan hjelpes raskt og dermed forebygge forverring eller at vanskene blir kroniske. Det kan også være vanskelig for barn/ungdom som har fått en god relasjon til hjelper i 1.-linje og bytte behandler ved behov for henvisning til BUP.

Konklusjon

I artikkelen har jeg presentert en mulig tilnærming til å arbeide med barn/unge med psykiske vansker i kommunen. Med høy kompetanse kan man bidra til forebygging gjennom tidlig intervensjon. Arbeidet omfatter vurdering, oppfølging og

Med et godt tilrettelagt lavterskeltilbud kan flere barn og unge få oppfølging og behandling i kommunen.

tverrfaglig samarbeid, og disse områdene overlapper hverandre. Gjennom tidlig identifikasjon og rask vurdering kan vi sørge for at barnet/ungdommen får hjelp før problemene blir for omfattende. Samarbeid med barnehage og skole er nødvendig for å identifisere barn med psykiske vansker. En tverrfaglig/tverretatlig vurdering vil gi en utvidet problemforståelse som i størst mulig grad sikrer barnet riktig hjelp på rett nivå. Med et godt tilrettelagt lavterskeltilbud kan flere barn og unge få oppfølging og behandling i kommunen. Det overordnede målet er å styrke barns, unges og foreldrenes egne ressurser og deres egen mestringsevne.

Sykepleiere/helsesøstre med tilleggskompetanse innen psykisk helsearbeid vil være godt rustet i møte med spekteret av problemstillinger man møter i en kommunal psykisk helsetjeneste. Forhold som kompetanse, organisering og tilgjengelighet av tjenester, begrenser og muliggjør hvilke utviklingsprosesser som iverksettes. ■■■

LITTERATUR

1. Sosial- og helsedirektoratet. (2007): Velleder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene
2. Sosial- og helsedepartementet (1997-1998) st.prp. nr. 63 Opptrappingsplanen for psykisk helse
3. Kristofersen LB. Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern. NIBR-rapport 2007:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
4. Rønnestad MH, Lippe A. Det kliniske intervjuet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002:5. Brunstad AL. Lavterskeltilbud for barn og foreldre – en arbeidsmodell og erfaringer. I: Haavind H, Øvreide H, red. Barn og unge i psykoterapi, Bind II. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 2007: 171-95.
6. Gjørum B, Grøholt B, Sommerchild H. Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
7. Grøholt B, Sommerchild H, Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri. Universitetsforlaget 2001, 3. utg.
8. Garløv I. Psykiske ledelser og psykiske vansker hos barn og ungdom. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, 2000.
9. Hubble M, Duncan B, Miller S. The Heart & Soul of Change: What works in Therapy. American Psychological Association, 1999.
10. Svendsen B. Lavterskeltilbud for barn og foreldre – en arbeidsmodell og erfaringer. I: Haavind H, Øvreide H, red. Barn og unge i psykoterapi, Bind I. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 2007: 69-93.
11. Binder P. Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008; 8: 930-931
12. Ajo A, Vik I. Psykologer ut i kommunen – fra klinikk til åpent jorde. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008; 2: 151-156.
13. Antonovsky A. Helsans mysterium. Stockholm: Natur og Kultur, 1991.
14. Kristin O. Ungdom og utviklingsfremmende samtaler. Nic Waals Institutt, 2007
15. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.
16. Henriksen AK. Klientens bidrag i kunnskapsbygging. I: Rønnestad, MH, Lippe A, red. Det kliniske intervjuet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007: 267-69.
17. Huggins T, Valla B, Huggins A. Når barn og foreldres bidrag gjør oss effektive. I: Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A, Fjeldstad T, red. Klienten-den glemte terapeut s.200-215. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007: 200-15.
18. Helland MJ, Mathiesen KS. 13-15-åring fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse. Rapport 2009:1 Nasjonalt folkehelseinstitutt.
19. Myrvold TM, Helgesen MK. Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR – rapport 2009:4
20. Kristofersen LB. Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern. NIBR-rapport 2007:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
21. LOV – 1999-07-02-64. Lov om helsepersonell (1999)