

Kommunepsykolog- satsingen i Norge i et folkehelseperspektiv



Jon Erling Heggland
Kristin Gärtner
Arnstein Mykletun



folkehelseinstituttet

Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv

Jon Erling Heggland
Kristin Gärtner
Arnstein Mykletun

Rapport 2013:2
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:
Kommunepsykologsatsingen
i Norge i et folkehelseperspektiv

Bidragstere:
Jon Erling Heggland
Kristin Gärtner
Arnstein Mykletun

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
Februar 2013
Tel: +47-21 07 70 00
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no

Bestilling:
E-post: publikasjon@fhi.no
Telefon: +47-21 07 82 00
Telefaks: +47-21 07 81 05

Design:
Per Kristian Svendsen

Layout:
Grete Søimer

Foto:
© Colourbox

Trykk:
wj.no

Opplag:
800

ISSN: 1503-1403
ISBN: 978-82-8082-545-2 trykt utgave
ISBN: 978-82-8082-546-9 elektronisk utgave

Forord

Det er med glede Folkehelseinstituttet utgir rapporten *Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv*. Rapporten er skrevet på bakgrunn av en undersøkelse blant 100 psykologer i kommunene, og dekker et område hvor vi har hatt relativt lite kunnskap. Undersøkelsen viser at det er få psykologer i kommunene, og at arbeidsoppgavene er mange. Psykologene befinner seg i spenningsfeltet mellom behandling og forebygging, mellom befolkningens behov for lavterskeltilbud og intervensjoner, og behovet for iverksetting av forebyggende universelle tiltak som på sikt kan føre til bedre folkehelse.

Vi vil takke Helsedirektoratet for finansiering av prosjektet. Vi vil også takke Norsk Psykologforening for praktisk hjelp underveis i prosjektet, og særlig spesialrådgiver Anette Clausen som har bidratt med verdifull hjelp. I utviklingen av undersøkelsen har flere kommunepsykologer bidratt med nyttige innspill og tanker, og vi vil også takke alle ute i kommunene som har bidratt til å gjøre denne undersøkelsen mulig.

I arbeidet med å kvalitetssikre rapporten har vi fått god hjelp fra eksterne fagfeller: Vi vil takke fagsjef Anders Skuterud (Norsk Psykologforening), psykologspesialist Britt Randi Hjartnes Schjødt (Bergen kommune og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Vest) og psykologspesialist Torkil Berge (Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen - Diakonhjemmet Sykehus).

Vi håper at vi med denne undersøkelsen og rapporten om kommunepsykologsatsingen i Norge har bidratt til å sette søkelyset på en tjeneste som er i stadig endring, slik at vi kan gjøre riktige prioriteringer mellom behandling og forebygging som i sum kan føre til bedre folkehelse.

Ellinor F. Major
Divisjonsdirektør
Divisjon for psykisk helse

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	6
Innledning	6
Metode	6
Resultater	6
Konklusjon	6
Bidragstere	7
Innledning	9
Psykiske lidelser rammer mange	9
Mange står uten tilbud om behandling	9
Bakgrunnen for kommunepsykologsatsingen	9
Det er ingen formell avgrensning av tittelen kommunepsykolog	10
Kommunepsykologene skal forebygge og behandle psykiske lidelser der folk bor	10
Forskjellen mellom psykiske lidelser og psykiske plager	11
Forskjellen mellom behandling og forebygging	12
Kommunenes rolle i utformingen av kommunepsykologsatsingen	12
Problemstillinger	13
Metode	14
Utarbeidelse av intervju	14
Utvalg	14
Datainnsamling	14
Analyser	15
Godkjenninger	15
Resultater	16
1. Hvordan organiseres kommunepsykologtjenestene?	16
2. Hva er innholdet i kommunepsykologers virksomhet?	17
3. Hva er nåværende prioritering av behandling versus forebyggende arbeid?	18
1) Prioritering basert på kommunepsykologenes egne anslag	18
2) Prioritering basert på en romslig definisjon av indisert forebygging	18
3) Prioritering basert på en streng definisjon av indisert forebygging	19
4) Prioritering basert på skillet mellom individ-, gruppe- og befolkningsrettede tiltak	19
4. Hvilke føringer finnes for innholdet i kommunepsykologstillingene? I hvilken grad opplever den enkelte kommunepsykolog at det er opp til en selv å utforme innholdet i stillingen?	20
5. Hva er grunnlaget for valg av innhold i kommunepsykologenes arbeid, herunder prioritering av behandling versus forebyggende virksomhet?	20
6. I hvilken grad brukes forebyggende tiltak (universelle, selektive og indiserte) som er evidensbaserte? Og i hvilken grad brukes kunnskap om evidensbaserte forebyggende tiltak i prioriteringen av tiltak?	22
7. Hvem i kommuneadministrasjonen har kommunepsykologene kontakt med, og hvor viktig oppleves denne kontakten?	23
8. Hva er psykologenes egne ønsker og ambisjoner for innholdet i kommunepsykologtjenesten? Hva er eventuelle barrierer knyttet til disse ønskene og ambisjonene?	24

Diskusjon	28
Behandling og veiledning er to sentrale arbeidsoppgaver.....	28
Organisering i helsetjenester og etterspørsel etter behandling styrer prioriteringene	28
Ambisjoner og hindringer for kommunepsykologtjenestene	29
Kommunepsykologtjenestene er ikke tilgjengelige for alle	29
Muligheter for gruppe- og befolkningsrettet forebygging.....	30
Er det et behov for økt kompetanse i forebyggende arbeid?.....	30
Hvordan styrke gruppe- og befolkningsrettet forebygging?	31
Kommunepsykologers virksomhet er ikke forankret i lovverket	31
Styrker og svakheter ved studien	32
Uavklarte spørsmål for fremtidig forskning og utredning.....	32
Referanser	33
Appendix	36

Sammendrag

Innledning

Mange mennesker med psykiske lidelser står uten et tilbud om behandling, og etterspørselen etter psykologisk behandling, informasjon og oppfølging er stor. Samhandlingsreformen 2008-2009 la føringer for hvordan helsetjenestene og helsearbeidere bedre skal møte dem som ikke får tilstrekkelig hjelp i dag. Det bør satses mer på forebygging og tidlig behandling, det bør bli lettere å få tilgang til behandling og de kommunale helsetjenestene bør få økte ressurser. Helsedirektoratets tilskuddsordning *Psykologer i kommunehelsetjenesten – modellutprøving* ble lansert i 2009 som et virkemiddel for å rekruttere flere psykologer til kommunene og prøve ut forskjellige modeller for psykologers arbeid der. I tilskuddsordningen tas det utgangspunkt i Samhandlingsreformen, og kommunepsykologenes arbeidsoppgaver skal dekke forebygging, behandling og tidlig innsats ved psykiske plager og lidelser. Dette er omfattende oppgaver, som innebærer at det gjøres prioriteringer lokalt i den enkelte kommune og tjeneste. Det er i dag ingen rutinemessig kartlegging eller rapportering om hva som faktisk prioriteres. Formålet med denne studien er derfor å skaffe kunnskap om kommunepsykologenes arbeidsoppgaver og prioriteringer.

Metode

Resultatene i denne rapporten baserer seg på strukturerte telefonintervju med 100 kommunepsykologer, gjennomført mai-juli 2012. Datamaterialet er hovedsakelig kvantitativt fremstilt, men i tillegg gir vi enkelte kvalitative data i form av sitater for å illustrere viktige poeng. De fleste spørsmålene i intervjuet var lukkede og ble kodet fortløpende underveis i intervjuet, mens svarene på enkelte åpne spørsmål ble transkribert og kodet for innhold i etterkant.

Resultater

Kommunepsykologenes arbeid befant seg hovedsakelig i gråsonen mellom behandling og indisert forebygging rettet inn mot enkeltindivider. Kommunepsykologene brukte 55 % av sin totale arbeidstid på foreldreveiledning og samtaler med individer med psykiske lidelser eller plager, og 9 % på forebyggende tiltak. De forebyggende tiltakene var fordelt på indiserte (5 %), selektive (2 %) og universelle (2 %) forebyggingstiltak. Tjenestene var i all hovedsak rettet mot barn og unge. Kommunepsykologene

var oftest plassert i helsetjenester i kommunen, og 70 % av føringene de mottok for sine prioriteringer kom herfra. Kommunepsykologene ønsket å bruke mer tid på forebygging og veiledning, og disse to ble nevnt av mange som de viktigste arbeidsoppgavene i en kommunepsykologstilling. Den hyppigst rapporterte hindringen for å få arbeidet mer med slike oppgaver var arbeidspress, som blant annet skyldtes påtrykk fra klienter og begrensede ressurser i egen tjeneste.

Konklusjon

I følge Helsedirektoratets tilskuddsordning *Psykologer i kommunehelsetjenesten – modellutprøving* skal kommunepsykologers arbeidsoppgaver inkludere både individ-, gruppe- og befolkningsrettede tiltak, samt klinisk arbeid som samtalebehandling og foreldreveiledning. Når oppgavene er så omfattende, blir det opp til den enkelte kommune å prioritere innsatsområdene for kommunepsykologen. Denne prioriteringen overlates i stor grad til kommunepsykologene selv i samhandling med brukerne. I dag brukes kommunepsykologenes arbeidstid i all hovedsak på individrettet arbeid, og kommunepsykologene opplever stor pågang av mennesker som ønsker å benytte seg av kliniske tjenester. Oppgaver som nedprioriteres når arbeidspresset blir stort er i de fleste tilfeller gruppe- og befolkningsrettede tiltak. For å oppnå en styrking av forebyggingsinnsatsen i kommunepsykologtjenestene, kan en mulig løsning være både å øke antall psykologer og deres kompetanse på forebyggingsfeltet. Tre mulige tiltak for en slik styrking av forebyggingskompetansen kan være økt opplæring i psykologutdannelsen, spesifikke kurs og spesialiseringsløp, samt å utarbeide en oversikt over evidensbaserte forebyggende tiltak til bruk i kommunene. Organiseringen av kommunepsykologtjenesten kan være en annen mulig grunn til den begrensede bruken av gruppe- og befolkningsrettede forebyggingstiltak. De kommunale helsetjenestene har klarere definerte arbeidsoppgaver med fokus på behandling og utredning i arbeid med enkeltpersoner, familier og mindre grupper. Forebyggende tiltak rettet mot grupper eller hele befolkningen er et mindre velavgrenset arbeidsområde og innebærer tjenesteovergrepene samarbeid og at kommunens toppledelse engasjerer seg. Dette kan være vanskelig å få til dersom en hovedsakelig arbeider innenfor en av kommunens helsetjenester.

Bidragsyttere

Forfattere:

Jon Erling Heggland
Kristin Gärtner
Arnstein Mykletun

Bidragsyttere fra Folkehelseinstituttet:

Arne Holte
Ellinor F. Major
Kari Voll
Leif Edvard Aarø

Eksterne bidragsyttere:

Annette Clausen, Norsk Psykologforening
Eva Glenjen, Fjell Psykologtjeneste
Fredrik Hansen, Psykologtjenesten, Askøy kommune
Synne Unstad Haaland, Psykologtjenesten, Askøy kommune
Marit Knapstad, HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen
Trude Senneseth, Fjell Psykologtjeneste
Jan Tvedt, Helsedirektoratet
Christel Wootton, Helse Bergen

Eksterne fagfellevurderinger (se også forord):

Torkil Berge, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus
Britt Randi Hjartnes Schjødt, Bergen kommune og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Vest
Anders Skuterud, Norsk Psykologforening



Innledning

Psykiske lidelser rammer mange

Psykiske lidelser er utbredt i den norske befolkningen. Mellom 10-33 % av befolkningen oppfyller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse i et gitt år, og 25-52 % får en slik lidelse i løpet av livet [1-7]. Det er færre studier som har undersøkt utbredelsen av psykiske lidelser hos barn og unge, men barn og unge regnes som en sårbar gruppe, og et anslag viser at halvparten av alle tilfeller av psykisk lidelse inntreffer før 14-årsalder [1, 8].

Psykiske lidelser har store konsekvenser for de som rammes, og påfører samfunnet betydelige kostnader. Anslag fra Verdens Helseorganisasjon viser at vestlige land bruker 3-4 % av brutto nasjonalprodukt (BNP) på kostnader forbundet med psykiske lidelser [9]. Folkehelseinstituttet anslår at de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene ved psykiske lidelser er på 60-70 milliarder kroner årlig i Norge [10]. Disse utgiftene omfatter tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger og andre trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingskostnader. Rundt halvparten er relatert til angst og depresjon [10]. Omkring 30 % av uføretrygde i Norge gis for psykiske lidelser, og denne andelen har økt de siste tjue årene [11-13]. Blant unge mennesker i alderen 20-34 år gis 55 % av uføretrygde for psykiske lidelser [13]. Personer med psykiske lidelser har som gruppe også nedsatt fungering og dårligere somatisk helse sammenliknet med resten av befolkningen, samt redusert inntekt og økt dødelighet [14-17]. Depresjon er assosiert med like høy dødelighet som røyking, og er den største enkeltårsaken til sykdomsbyrde (DALY) i høyinntektsland som Norge [16, 18]. Sykdomsbyrde måles i antall år tapt som følge av for tidlig død eller liv levd med dårlig helse eller uførhet.

Mange står uten tilbud om behandling

På tross av de negative konsekvensene av psykiske lidelser, står mange i denne gruppen uten et tilbud om behandling. Eksempelvis vises det i Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon til at 75 % av de som lider av depresjon ikke får behandling, mens de resterende i all

hovedsak mottar medikasjon fra allmennlege [19, 20]. Selv blant mennesker som nylig er uføretrygdet for en psykisk lidelse, er det mange som sier de aldri har vært i behandling for dette [21]. Det psykiske helsetilbudet i kommunene er utilstrekkelig utbygd mange steder. Fra Stortingets og regjeringens side er et foreslått virkemiddel for å møte behandlingsbehovet til mennesker med psykiske lidelser, å satse på forebygging og tidlig hjelp i kommunene [22, 23]. HelseDirektoratet vurderer psykologer som en profesjonsgruppe som kan bidra til en bedre utnyttelse av ressursene som finnes i kommunens helsetjenester, og herunder er et sentralt mål å rekruttere psykologer til kommunene ved å opprette flere psykologstillinger der [24].

Bakgrunnen for kommune-psykologsatsingen

Psykologer har vært ansatt i norske kommuner siden 1940-1950-årene da det ble opprettet skolepsykologstillinger, og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten) ble utviklet de følgende tiårene [25]. I 1970-1980-årene fantes flere kommunale psykologstillinger knyttet opp til behandling og forebygging av psykiske lidelser [25], men den videre utviklingen førte til at spesialisthelsetjenesten ble psykologenes hovedarbeidsplass. Mellom 1978-1984 foreskrev *Kommunehelsetjenesteloven* og flere offentlige utredninger at psykologenes arbeid og stillinger ikke var en obligatorisk del av den kommunale primærhelsetjenesten [25, 26]. Dette la sannsynligvis en demper på rekrutteringen av psykologer til kommunene de neste tiårene.

I årene 1999-2009 økte det politiske fokuset på psykisk helse, og Helse- og omsorgsdepartementet etterlyste en økning av antall psykologer ansatt i kommunene [27]. I denne tidsperioden ble to store helsepolitiske satsinger gjennomført. Den første var *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006/2008*, hvor en av målsettingene var å styrke behandlingstilbudet i kommunene gjennom å rekruttere 309 nye årsverk i løpet av planperioden, herunder 184 nye psykologstillinger. Den andre satsingen var *Samhandlingsreformen 2008-2009*, der det ble beskrevet at helse-tjenestene skulle styrkes med økt grad av forebygging,

tidlig innsats, lettere tilgang til behandling og økt ansvar og ressurser til kommunale helsetjenester [22]. Ved utgangen av tidsperioden for Opptrappingsplanen ble det klart at målet om 184 flere psykologer til kommunene ikke ville bli innfridd, og at psykologer var den faggruppen med svakest rekruttering [28, 29]. Totalt ble 139 psykologer rekruttert i løpet av planperioden. Dette kan ha sammenheng med at psykologer i denne perioden fikk flere rettigheter i spesialisthelsetjenesten, og at det derved ble vanskelig for kommunene å rekruttere psykologer. Blant annet ga *Psykisk helsevernloven* [30] og *Spesialisthelsetjenesteloven* [31], som begge trådte i kraft i 2001, psykologer med spesialisering økt mulighet for å fatte tvangsvedtak og inneha lederstillinger i psykisk helsevern. I evalueringen av Opptrappingsplanen vises det likevel til at kommunene ikke oppga å ha problemer med å rekruttere psykologer. Dette kan tyde på at kommunene heller valgte å rekruttere andre utdanningsgrupper, istedenfor psykologer [29]. I disse årene arbeidet Helsedirektoratet med det som ble tilskuddet *Psykologer i kommunehelsetjenesten – modellutprøving*¹, et økonomisk insentiv lansert i 2009, med målsetting om å rekruttere flere psykologer og prøve ut forskjellige modeller for psykologers arbeid i kommunene [32, 33]. Kommunepsykologenes arbeidsoppgaver er direkte knyttet til samhandlingsreformens målsettinger om forebygging og innsats tidlig i et sykdomsforløp [24, 33]. Fra og med 2013 er tilskuddet videreført og konvertert til et rekrutteringstilskudd til kommuner som ønsker å ansette psykolog [34].

Det er ingen formell avgrensning av tittelen kommunepsykolog

Psykolog er en beskyttet tittel i Norge. Den kan bare brukes av personer som har mottatt autorisasjon eller lisens fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, etter en 6-årig universitetsutdannelse eller tilsvarende, og graden cand. psychol. Likeledes vil alle yrkestitler som inneholder *psykolog*, som kommunepsykolog, være beskyttet. Det er likevel ingen myndighet, lov eller regelverk som avgrenser tittelen kommunepsykolog, utover at en må være autorisert psykolog. Det er heller ingen føringer eller bestemmelser fra stat, kommune eller Norsk Psykologforening for hvilke psykologer som kan kalle seg kommunepsykologer. Denne uklarheten gjør at det finnes forskjellige meninger om hvem som er kommunepsykologer.

Det er ikke alle psykologer som arbeider i norske kommuner som identifiserer seg selv som kommunepsykologer. Det finnes for eksempel psykologer ansatt

i PP-tjenesten og kommunalt barnevern som kaller seg kommunepsykologer, men også mange som ikke gjør det. Kommunepsykologtittelen brukes hovedsakelig av psykologer ansatt i kommunens helsesektor, men det finnes også kommunepsykologer ansatt i andre kommunale tjenester.

Begrepet kommunepsykolog har vært i bruk siden midten av 1970-tallet [25]. I denne rapporten brukes det om psykologer ansatt i kommunen med unntak av psykologer i PP-tjenester og kommunalt barnevern. Denne definisjonen av kommunepsykologbegrepet følger avgrensningen gjort av Helsedirektoratet i deres tilskuddsordning [24]. Ettersom det ved oppstart av dette prosjektet ikke forelå noen fullstendig liste over kommunepsykologer i Norge, fikk vi tillatelse til å bruke informasjon fra Norsk Psykologforening i form av en navneliste med psykologer ansatt i norske kommuner, der ansatte i PP-tjenesten og det kommunale barnevernet ble sortert ut.

Kommunepsykologene skal forebygge og behandle psykiske lidelser der folk bor

På samme måte som kommunepsykologtittelen ikke er formelt avgrenset, finnes det heller ingen forskrifter eller lover som regulerer hva en kommunepsykolog skal gjøre. Kommunepsykologene er kun regulert av lover som gjelder alt helsepersonell, som for eksempel *Helsepersonelloven* [35]. Den nye Folkehelseloven [36] legger et økt ansvar på kommunene når det gjelder forebyggende og helsefremmende arbeid, og spesifiserer at folkehelsearbeid både gjelder psykisk og somatisk sykdom. Det er imidlertid ingen spesifiseringer om hvordan kommunen skal gjennomføre dette arbeidet, og det er opp til den enkelte kommune å bestemme om de ønsker bidrag fra psykologer i folkehelsearbeidet. En annen sentral lov om helsearbeid i kommunene er *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* [37]. Også denne loven sidestiller i dag psykisk og somatisk sykdom, til forskjell fra tidligere versjoner av loven, der psykisk helse ikke var inkludert. Når loven nå også omfatter psykisk helse, bekrefter dette kommunenes ansvar for innsats på dette feltet. Loven er imidlertid profesjonsnøytral med unntak av begrepet *fastlegeordning*, noe som vil si at kommunene ikke er lovpålagt å ansette en psykolog eller å tilby psykologtjenester til sine innbyggere. Det er kommunene selv som bestemmer om de skal ansette psykologer, og hva de eventuelt ønsker at psykologene skal arbeide med.

¹ Heretter omtalt som tilskuddet eller tilskuddsordningen.

Selv om det formelt sett er hver enkelt kommune som bestemmer innholdet i kommunepsykologtjenestene, er det også forventninger fra Helsedirektoratet om hvordan psykologtjenestene i kommunene kan se ut. Disse forventningene er formulert i tilskuddsordningen. I dag er det psykologer ansatt i en rekke norske kommuner, både med støtte fra Helsedirektoratets tilskuddsordning, og i stillinger utelukkende finansiert av kommunene selv. Fra sentrale myndigheter foreligger det få beskrivelser av hva formålet med satsingen skal være, og hvordan kommunepsykologtjenestene skal se ut. Selv om Helsedirektoratets beskrivelse av tilskuddsordningen kun gjelder de kommunene som mottar støtte til ansettelse av kommunepsykolog, er dette det nærmeste vi kommer en slik beskrivelse fra statlig hold om hva kommunepsykologsatsingen skal inneholde.

I Helsedirektoratets beskrivelse av tilskuddsordningen gjøres det rede for: 1) organiseringen av kommunepsykologsatsingen, 2) arbeidsoppgavene som skal inngå i stillingene og 3) hvilke målgrupper tjenestene skal dekke. Det første punktet spesifiserer at psykologstillingene skal være tydelig forankret i kommuneorganisasjonen, som en del av kommunens lavterskeltilbud innen psykisk helse. Kommunepsykologen kan enten a) samlokaliseres med fastlege, b) arbeide i enhet for psykisk helsearbeid, c) på en helsestasjon/skolehelsetjeneste eller i d) Familiens hus/familiesenter [24, 33].

I beskrivelsen av tilskuddsordningen settes et overordnet kriterium for kommunepsykologenes arbeidsoppgaver som sier at de skal bidra til mer vekt på forebygging av psykiske plager² og lidelser, samt tidlig intervensjon og behandling av psykiske plager og lidelser [24]. Psykologen kan arbeide med kommunal kartlegging, folkehelsearbeid, tidlig identifisering og intervensjon, behandling av lette, moderate og alvorlige psykiske lidelser, samt psykiske plager og rehabilitering ved alvorlige psykiske lidelser. I tillegg skal kommunepsykologtjenestenes arbeidsoppgaver innebære både befolknings-, gruppe-, familie- og individrettede tiltak. Kommunepsykologtjenestenes målgrupper omfatter barn og unge, voksne, eldre, familier, pårørende, grupper og lokalmiljø, men det er den enkelte kommune som må definere målgruppene for psykologens arbeid ut fra befolkningens behov [24]. Det blir i stor grad opp til de som arbeider i kommunepsykologtjenestene å organisere seg selv, med bakgrunn i målgruppen kommunen har valgt ut.

² I tilskuddsordningen brukes begrepet psykiske problemer. I denne rapporten brukes psykiske plager som synonym til dette begrepet.

Dette er en omfattende beskrivelse, og krever prioriteringer lokalt i kommunene.

Beskrivelsen av tilskuddsordningen er klar på hvilke kriterier som må innfris for å oppnå tilskuddets målsettinger. Kommunepsykologtjenestene skal være en del av kommunens lavterskeltilbud innen psykisk helse [24]. Dette innebærer blant annet å kunne gi direkte hjelp uten henvisning eller lang ventetid, tilby tidlige tiltak og være tilgjengelig for alle [32]. Befolknings-, gruppe-, familie- og individrettede tiltak skal inngå i kommunepsykologens arbeidsinstruks. Videre skal psykologen samarbeide med de som arbeider med psykisk helsevern og drive veiledning av andre personer og tjenester i kommunen [24].

Forskjellen mellom psykiske lidelser og psykiske plager

I tilskuddsordningen er behandling og forebygging av psykiske *lidelser* og psykiske *plager* sentrale elementer [24]. Psykiske lidelser er en samling symptomer og atferd som medfører nedsatt funksjon, og som innebærer at en oppfyller kriteriene for en lidelse slik de er beskrevet i diagnosemanualer som ICD-10 og DSM-IV [38, 39]. Begrepet psykiske plager er ikke formelt definert, og brukes vanligvis når personer har symptomer på en eller flere psykiske lidelser, uten å oppfylle kriteriene for en diagnose. Eksempelvis kan en person føle seg nedstemt og ha tanker om død og selvmord, uten å oppfylle kriteriene for depresjon. En ungdom kan ha problemer med å konsentrere seg på skolen i enkelte perioder, uten å oppfylle kriteriene for en oppmerksomhetslidelse.

Psykiske lidelser er utbredt i befolkningen. Når vi også legger til de som har enkelte symptomer på psykiske lidelser, altså psykiske plager, vil de fleste en eller annen gang i løpet av et år ha symptomer som nedstemthet, engstelse, søvnproblemer eller katastrofetanker. Selv symptomer som regnes som alvorlige, som paranoide vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner oppleves av 8-10 % av normalbefolkningen uten at disse personene oppfyller diagnosekriteriene for noen psykisk lidelse som for eksempel schizofreni [40, 41]. I tilskuddsordningen omfatter kommunepsykologenes arbeidsoppgaver mennesker med psykiske lidelser og psykiske plager i alle aldre, noe som utgjør en omfattende målgruppe. Størrelsen på målgruppen som kommunepsykologtjenestene skal betjene er ikke videre definert eller avgrenset i den norske kommunepsykologsatsingen.

Forskjellen mellom behandling og forebygging

Tilskuddsordningen legger til grunn at kommune-psykologer skal arbeide med både behandling og forebygging. Et fellestrekk ved all behandling er at den gis til personer som, enten på egen hånd eller av andre, blir vurdert til å ha en identifiserbar lidelse. Behandlingen er forventet å lette eller ta bort lidelsen og forhindre uførhet, tilbakefall eller utvikling av en annen lidelse (komorbiditet) [42]. Forebygging er tiltak som iverksettes *før en lidelse har oppstått*, med mål om å forhindre eller redusere risikoen for å utvikle lidelsen [42-45]. Behandling har en effekt ved at den reduserer antallet som allerede er blitt syke, mens forebygging har effekt ved at den reduserer antall nye tilfeller av psykiske lidelser (insidens) [10].

De forebyggende tiltakene klassifiseres på bakgrunn av hvem de rettes mot [43]. *Universell forebygging* rettes mot hele befolkningen, eller en hel gruppe innad i befolkningen, uavhengig av hvert individs risiko for å utvikle en psykisk lidelse [45]. De universelle tiltakene skal være nyttige for alle som mottar dem [43]. Fordelene med slike tiltak er at de når ut til alle i befolkningen, eller befolkningsgruppen, og at kostnaden per person er lav, mens risikoen for negative konsekvenser av tiltakene er minimal [42, 43]. *Helsefremmende arbeid* brukes i denne rapporten på samme måte som universell forebygging i den forstand at dette er tiltak som rettes inn mot hele befolkningen eller en hel gruppe innad i befolkningen, og som er nyttige for alle i denne gruppen. Innholdet i helsefremmende arbeid skiller seg likevel noe fra universell forebygging ved at den fokuserer på tiltak som skal fremme selvtillit, velvære, sosial støtte og mestringfølelse hos befolkningen [42]. I denne rapporten er de helsefremmende tiltakene kodet som universell forebygging, da vi vektlegger at de begge rettes mot hele befolkningen eller en hel befolkningsgruppe.

Selektiv forebygging rettes mot individer eller mindre grupper med forhøyet risiko for å utvikle en psykisk lidelse. Risiko måles her på gruppenivå, ikke individnivå [43-45]. Dette innebærer at personer som mottar et selektivt tiltak ikke er valgt ut fordi de har psykiske plager og symptomer, men fordi de tilhører en gruppe som har en kjent forhøyet risiko for å utvikle en psykisk plage eller lidelse [45]. Dette kan for eksempel være program eller tiltak rettet mot å redusere risiko for utvikling av psykiske plager og lidelser hos barn som har blitt utsatt for kjente risikofaktorer som overgrep, har foreldre med psykiske lidelser eller rusavhengighet, er utsatt for foreldres skilsmisse eller har mistet noen som stod dem nær [42]. En kunnskapsoppsummering

av 40 selektive familietiltak, viser at selektive forebyggingsprogram som tilbyr støtte til høyrisikofamiliens barna er mellom 0-3 år, fører til en signifikant nedgang i risikoen for overgrep og omsorgssvikt samt kommunikasjonsproblemer og dysfunksjon i familien [46].

Indisert forebygging brukes når en identifiserer enkeltpersoner med høy risiko for å utvikle en psykisk lidelse. Dette er individer som allerede har minimale, men identifiserbare, symptomer som tyder på en sårbarhet for å utvikle en psykisk lidelse, men der personen ennå ikke oppfyller kriteriene for en diagnostiserbar lidelse [42, 45]. I praksis er det vanskelig å skille behandling og indisert forebygging, og indisert forebygging er ofte tettere knyttet opp til behandling enn til de andre forebyggingskategoriene. I resultatdelen har vi valgt å avgrense indisert forebygging på to forskjellige måter, og her belyses gråsonen mellom behandling og indisert forebygging ytterligere.

Selv om selektive og universelle forebyggende tiltak gjerne har en mindre virkning på hver enkelt person, får slike tiltak en samlet stor effekt fordi de når ut til mange mennesker på en gang [10]. Forebyggende arbeid anses å ha potensial som kostnadseffektive tiltak [47, 48]. Dette gjelder særlig universelle tiltak, som i somatikken har vist seg å stå for tre fjerdedeler av den samlede effekten selektive og universelle tiltak har på befolkningens helse [49]. Det er ennå få kunnskapsoppsummeringer gjort på forebyggende tiltak innen psykisk helse, men en kan anta at også innen dette feltet vil universelle tiltak stå for størsteparten av effekten av de forebyggende tiltakene.

Kommunenes rolle i utformingen av kommunepsykologsatsingen

Tilskuddsordningen innebærer omfattende oppgaver for kommunepsykologsatsingen, og nødvendiggjør kommunal prioritering i utformingen av psykologtjenestene. Selv om Helsedirektoratet gir tilskudd for ansettelse av kommunepsykologer, er denne begrenset både i størrelse og tid, og fordrer investeringer fra kommunenes side. I tillegg finnes det mange kommunepsykologstillinger som ikke er knyttet til tilskuddsordningen, der kommunene står helt fritt i utformingen av stillingene.

Det er i samfunnets interesse at kommunepsykologsatsingen blir brukt så effektivt som mulig. Det trengs kunnskap om innholdet i kommunepsykologenes arbeid for å ha et grunnlag for styring av satsingen. Det er behov for å vite i hvilken grad kommunepsykologrollen brukes til klinisk behandling eller

til forebyggende virksomhet. I tillegg er det behov for bedre kunnskap om hvilke forebyggende tiltak kommunepsykologene anvender, og på hvilket grunnlag disse tiltakene prioriteres og initieres. Det er også av interesse å få kunnskap om hva kommunepsykologene selv ønsker skal være prioriterte arbeidsoppgaver, og hva som eventuelt hindrer dem i å prioritere disse oppgavene.

Problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å skaffe kunnskap om innholdet i kommunepsykologenes arbeidshverdag. Konkrete problemstillinger er følgende:

1. Hvordan organiseres kommunepsykologtjenestene?
2. Hva er innholdet i kommunepsykologers virksomhet?
3. Hva er nåværende prioritering av behandling versus forebyggende arbeid?

4. Hvilke føringer finnes for innholdet i kommunepsykologstillingene? I hvilken grad opplever den enkelte kommunepsykolog at det er opp til en selv å utforme innholdet i stillingen?
5. Hva er grunnlaget for valg av innhold i kommunepsykologenes arbeid, herunder prioritering av behandling versus forebyggende virksomhet?
6. I hvilken grad brukes forebyggende tiltak (universelle, selektive og indiserte) som er evidensbaserte? Og i hvilken grad brukes kunnskap om evidensbaserte forebyggende tiltak i prioriteringen av tiltak?
7. Hvem i kommuneadministrasjonen har kommunepsykologene kontakt med, og hvor viktig oppleves denne kontakten?
8. Hva er psykologenes egne ønsker og ambisjoner for innholdet i kommunepsykologtjenesten? Hva er eventuelle barrierer knyttet til disse ønskene og ambisjonene?

Utarbeidelse av intervju

Høsten 2011 testet Folkehelseinstituttet ut ulike metoder for å kartlegge kommunepsykologers virksomhet. Det ble i utgangspunktet arbeidet med å lage en surveyundersøkelse med et spørreskjema som skulle distribueres til alle kommunepsykologene i Norge elektronisk. Formålet med spørreskjemaet var å kartlegge arbeidsinnholdet i kommunepsykologers virksomhet, med spesielt fokus på forebyggende arbeid. For å kvalitetssikre spørreskjemaet ble det gjennomført to runder med pilotering i grupper av kommunepsykologer. I etterkant av hver pilotering ble det avholdt fokusgruppeintervju med gjennomgang av kommunepsykologenes svar, og presisering av hva de ønsket å formidle med svarene. Gjennom dette arbeidet ble det klart at kommunepsykologer tilla begrepet *forebygging* mange forskjellige betydninger, og at de benyttet brede definisjoner der forebygging overlappet med behandlingsbegrepet. En samlet vurdering tilsa at bruk av spørreskjema ikke ville gi reliabel informasjon. Dermed ble datainnsamlingsmetoden endret fra spørreskjema til strukturerte telefonintervju. Telefonintervjuene ble basert på spørreskjemaet som allerede var utviklet, og det ble igjen gjennomført to runder med pilotering for å kvalitetssikre intervjuet. Det ble her gjennomført samtaler med den enkelte psykolog som deltok i piloteringsarbeidet på telefon i etterkant av intervjuet. Den nettbaserte programvaren *SurveyMonkey* ble benyttet i utarbeidelsen av både spørreskjema og intervju, og som verktøy i datainnsamlingen [50, 51].

Utvalg

Utvalget består av 100 kommunepsykologer. Kommunepsykologer er i denne studien definert som psykologer som arbeider i norske kommuner, med unntak av psykologer i PP-tjenesten og barnevernet. Dette er gjort fordi mange psykologer i PP-tjenesten og barnevernet definerer seg som PPT- og barnevernpsykologer heller enn kommunepsykologer. Et annet moment er at psykologer i PP-tjenesten og barnevernet ikke er inkludert i tilskuddsordningen fra Helsedirektoratet. Det var 14 psykologer i utvalget som arbeidet i PP-tjenesten eller barnevernet. Dette var kommunepsykologer som arbeidet i en delstilling i en av disse tjenestene, i tillegg til å være ansatt i en kommunepsykologstilling, og psykologer som

selv bekreftet før intervjuet at de identifiserte seg som kommunepsykologer. Vi har i disse tilfellene latt psykologene selv definere om de var kommunepsykologer eller ikke, og inkludert de som mente at de var kommunepsykologer i utvalget.

Utvalget ble basert på en liste fra Norsk Psykologforening over psykologer som er ansatt i norske kommuner. Listen gjelder per januar 2012, og er en medlemsregisterbasert liste med informasjon psykologene selv har bidratt med. Etter en grovsortering bestod listen av 217 navn. Intervjuerne søkte opp kommunepsykologene ved bruk av internett og ved henvendelser til sentralbord i de enkelte kommunene. Alle psykologene på listen ble forsøkt kontaktet. Intervjuerne delte listen i to, og ringte opp hver enkelt. Det viste seg at 55 personer hadde sluttet i stillingen eller var i permisjon. Blant kommunepsykologene vi fikk tak i på telefonen var svarprosenten på 85 %. Det var 6 kommunepsykologer som ikke ønsket å delta i undersøkelsen, og 12 vi hadde avtalt å ringe opp senere som vi ikke fikk tak i på avtalt tidspunkt. Det endelige utvalget bestod av 100 personer.

Datainnsamling

Telefonintervjuene ble utført i løpet av mai, juni og begynnelsen av juli 2012. Kommunepsykologene fikk innledningsvis informasjon om hvem som ringte, formålet med undersøkelsen, og hvor lang tid intervjuet ville ta. Dersom kommunepsykologen ønsket å delta i undersøkelsen, ble dette oppfattet som informert samtykke til deltakelse. Dersom kommunepsykologen ønsket å delta på et annet tidspunkt, ble det laget en avtale for når intervjuer skulle ringe tilbake.

Data ble samlet inn ved hjelp av strukturerte intervju bestående av 24 spørsmål. Intervjuet bestod av både åpne og lukkede spørsmål, og det var mulighet for oppklarende spørsmål og kommentarer underveis i intervjuet for å sikre at informasjonen ble kodet korrekt. Forfatterne gjennomførte telefonintervjuene og kodet svarene fortløpende eller i etterkant. Svarene fra hvert intervju ble fylt ut i elektroniske spørreskjema ved bruk av programvaren *SurveyMonkey*. Det ble gjennomført en enkel reliabilitetstest på de første tjue intervjuene. Begge intervjuerne kodet svarene fra disse telefonintervjuene uavhengig av hverandre,

og svarene ble så sammenlignet. Intervjuerne kodet svarene likt i 95,5 % av tilfellene, noe som tyder på stor grad av enighet i hvordan svarene skulle kodes. I den videre kodingen ble koding av enkelt svar diskutert dersom det var uklarheter rundt kategoriseringen.

Analyser

De åpne spørsmålene i intervjuet ble kodet i etterkant ved bruk av *NVivo 10*. *NVivo 10* er en programvare designet for å utføre kvalitative analyser [52, 53]. Under kodingen av data var det viktig å finne frem til kategorier av svar som kunne gis samme kode. Intervjuerne gjennomgikk rådata på alle åpne spørsmål og laget forslag til kategorier hver for seg. Disse ble så sammenliknet, og intervjuerne diskuterte seg frem til de endelige kategoriene. SPSS versjon 19 ble benyttet for kvantitative analyser av dataene.

Godkjenninger

En fremleggsvurdering ble sendt til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk høsten 2011. Prosjektet ble vurdert som ikke fremleggingspliktig. Tilbakemelding på dette ble mottatt 20. oktober 2011. Søknadsplikt til Personvernombudet eller Datatilsynet ble vurdert av personvernombudet ved Folkehelseinstituttet. Ettersom resultatene av undersøkelsen ikke skulle presenteres slik at enkeltindivider kunne identifiseres, ble det 9. januar 2012 konkludert med at prosjektet ikke er søknadspliktig.

Resultater

1. Hvordan organiseres kommunepsykologtjenestene?

De fleste kommunepsykologene (86 %) var ansatt i en eller flere kommunale helsetjenester, mens en liten andel arbeidet i tjenester navngitt som *forebyggende tjeneste* (11 %) eller på rådhuset/kommuneadministrasjonen (4 %). Ingen av kommunepsykologene arbeidet i en fastlege- eller annen legetjeneste. (Appendix: tabell 1)

Flertallet av kommunepsykologene var lokalisert sammen med flere andre kommunale helsetjenester (75 %), eller tjenester knyttet til oppvekst, skole og velferd (56 %). På spørsmål om hvem som var kommunepsykologens nærmeste overordnede, svarte 78 % at dette var en leder på enhetsledernivå eller lavere, mens 4 % svarte at de hadde en av kommuneadministrasjonens topledere som sin nærmeste leder (Appendix: tabell 2). De fleste lederne hadde en 3-4-årig høyere helsefaglig utdanning (75 %).

Mange av kommunepsykologene var nye i sin stilling (tabell 3). Det var 28 % som oppga at de hadde hatt stillingen i opptil ett år, mens 26 % hadde vært

i stillingen mellom ett til to år. Videre svarte 20 % at de hadde mellom 4-8 års ansiennitet som kommunepsykologer. I gjennomsnitt var det tre kommunepsykologstillinger per tjeneste kommunepsykologene var ansatt i. Det vanligste svaret var likevel at en arbeidet uten andre kollegaer fra samme faggruppe, og 41 % av kommunepsykologene oppga at de var den eneste psykologen på sin arbeidsplass (tabell 4).

I utvalget var 45 % av kommunepsykologene ansatt i kommuner med mer enn 40.000 innbyggere, og 6 % var ansatt i små kommuner med mindre enn 5000 innbyggere (tabell 5).

Oppsummering

- De fleste kommunepsykologstillingene er organisert inn under kommunale helsetjenester (86 %) med enhetsleder for tjenesten som nærmeste overordnede (78 %).
- Det var 41 % av psykologene som arbeidet som eneste kommunepsykolog på sin arbeidsplass.

Tabell 3. "Hvor lenge har du arbeidet som kommunepsykolog? (oppgi år)"
Tallverdi. Hver kommunepsykolog kunne bare avgi ett svar.

	Andel
Opptil 1 år	28 %
1,1 – 2 år	26 %
2,1 – 4 år	21 %
4,1 – 8 år	20 %
Over 8 år	5 %

N=100

Tabell 4. "Hvor mange kommunepsykologer er det på din arbeidsplass?"

	Andel
Opptil 1 stilling	41 %
1,1 – 2 stillinger	22 %
2,1 – 3 stillinger	17 %
3,1 – 5 stillinger	6 %
Mer enn 5 stillinger	14 %

N=100

Tabell 5. "Hvor mange innbyggere er det i den [de] kommunen[e] du arbeider i?"

	Andel
Færre enn 5000	6 %
5000-15 000	20 %
15 001-40 000	29 %
40 001 - 100 000	13 %
Over 100 000	32 %

N=100

2. Hva er innholdet i kommune-psykologers virksomhet?

Når kommunepsykologene ble spurt om hva arbeidet deres går ut på, nevnte mange sammensatte arbeidsoppgaver som: “[...] behandlerarbeid for lette til moderate psykiske lidelser, foreldreveiledning, veiledning til annet personell, deltar i konsultasjonsteam i forhold til risikoutsatte barn, tverretatlige og tverrfaglige team, samt noe undervisning til andre faggrupper.” Andre rapporterte om mindre variasjon i arbeidet som: “Klinisk arbeid med individuell samtalebehandling og vurdering eller foreldreveiledning.”

For å undersøke arbeidsoppgavene mer detaljert spurte vi kommunepsykologene hva de hadde brukt arbeidstiden sin på de siste to arbeidsukene. De fleste nevnte at de hadde arbeidet med kliniske oppgaver (98 %), vært i møter (51 %), veiledet annet personell

(47 %), arbeidet med prosjekt (21 %) eller undervist (14 %) (tabell 6). Eksempler på kliniske arbeidsoppgaver var: “Klientarbeid, enkeltsamtaler”, “Samtaler med enkeltpersoner og familier” og “Konsultasjoner med småbarnsforeldre i en vanskelig livssituasjon, det kan også være problemer i samlivet”. Et eksempel på veiledning av annet personell i kommunen var: “Veiledning i forhold til andre enheter i kommunen, barnevern, avdeling for psykisk helse, skolehelsesøstrene.”

Videre ble kommunepsykologene spurt hvor stor prosentandel av tiden som gikk med til hver av arbeidsoppgavene. Mesteparten av arbeidstiden ble brukt på kliniske arbeidsoppgaver (62 %). Veiledning av annet personell opptok 11 % av tiden, mens kunnskapsformidling og undervisning utgjorde 3 % av arbeidstiden til psykologene. En betydelig andel av tiden gikk med til møter (11 %), som for eksempel

Tabell 6. “Hvis du tenker deg et gjennomsnitt av dine siste to arbeidsuker. Hva brukte du arbeidstiden din på?” og “Hvor stor andel av tiden din brukte du på hver oppgave?”

Åpne svar som ble kodet i etterkant. Hver kommunepsykolog kunne avgi flere svar.

	Andel som har nevnt oppgaven	Andel av arbeidstiden brukt på oppgaven
<i>Klinisk arbeid</i>	98 %	62 %
Klinisk arbeid	98 %	61 %
Psykososiale kriseteam	3 %	1 %
Internettbaserte psykoedukative program	0 %	0 %
Sosial støtte- og selvhjelpsgrupper	0 %	0 %
<i>Møter</i>	51 %	14 %
Møter med andre utenfor tjenesten	31 %	11 %
Møter innad i tjenesten	24 %	3 %
<i>Veiledning og kunnskapsformidling</i>	55 %	11 %
Veiledning av annet personell	47 %	7 %
Kunnskapsformidling og undervisning	14 %	4 %
<i>Administrasjons- og systemarbeid</i>	29 %	7 %
Administrative oppgaver	17 %	4 %
System- og planarbeid	8 %	2 %
Ledelsesoppgaver	2 %	1 %
<i>Prosjekt</i>	21 %	5 %
Prosjekt	21 %	5 %
<i>Spesialisering</i>	9 %	2 %
Spesialisering (kurs, veiledning, oppgaver)	9 %	1 %
<i>Forskning</i>	2 %	1 %
Forskning	1 %	1 %
Befolkningsundersøkelser	1 %	1 %

N=100

“Interne møter, personalmøter, fagmøter” og “Team-møter, diverse møter om fungering og stilling, uformelle kollegiale møter om systemfungering”. Prosjektarbeid med opptok 5 % av arbeidstiden, og et eksempel var “Prosjekt, handlingsplanen for vold i nære relasjoner i barnefamilier.”

Vi delte opp mulige målgrupper for kommunepsykologene i fire alderskategorier, der kommunepsykologene kunne avgi flere svar (Appendix: tabell 7). Her oppga 78 % av kommunepsykologene at de arbeidet med førskolebarn, 87 % med barn og ungdom, 33 % med voksne, og 13 % med eldre som målgruppe. Det var 18 % som kun arbeidet med en av målgruppene, og 6 % arbeidet med alle aldersgrupper (tabell 8). I vårt utvalg arbeidet 66 % av kommunepsykologene utelukkende med førskolebarn, barn og ungdom. Kun 7 % av kommunepsykologene arbeidet utelukkende med voksne og eldre.

Tabell 8. Andelen av kommunepsykologene som jobber utelukkende med de ulike aldersgruppene. Basert på analyser gjort i etterkant av datainnsamlingen.

	Andelen som jobber utelukkende med denne målgruppen
<i>Barn og unge</i>	66 %
Førskolebarn	4 %
Barn og ungdom	11 %
<i>Voksne og eldre</i>	7 %
Voksne	3 %
Eldre	0 %

N=100

Oppsummering

- Kommunepsykologene arbeidet hovedsakelig med kliniske oppgaver som samtaler og psykoterapi med enkeltindivider og foreldreveiledning.
- Det var 98 % som sa at de hadde arbeidet med slike kliniske oppgaver siste to uker, og disse oppgavene opptok til sammen 62 % av arbeidstiden. Førskolebarn, barn i skolealder og ungdom var de vanligste målgruppene for kommunepsykologtjenestene, og 66 % arbeidet utelukkende med disse gruppene.

3. Hva er nåværende prioritering av behandling versus forebyggende arbeid?

I denne rapporten vil vi legge frem fire mulige svar på spørsmålet om hvordan kommunepsykologene prioriterer mellom behandling og forebygging. Dette gjør vi fordi skillet mellom behandling og forebygging er uklart. Særlig uklart er skillet mellom behandling og indisert forebygging, noe som innebærer at resultatene våre kan tolkes på forskjellige måter.

1) Prioritering basert på kommunepsykologenes egne anslag

Den første måten å besvare spørsmålet på kommer fra kommunepsykologenes egne anslag. Da de ble bedt om å angi hvordan arbeidstiden deres fordelte seg mellom behandling og forebygging (der svaret til sammen skulle bli 100 %), var det samlede anslaget at de brukte 53 % av tiden sin på behandling og 47 % på forebygging.

For å gå disse tallene nærmere etter i sømmene, ble hver kommunepsykolog bedt om å angi hvilke arbeidsoppgaver de hadde arbeidet med siste to arbeidsuker, og hvor lang tid de hadde brukt på hver oppgave. Intervjuerne stilte oppfølgingsspørsmål til hver arbeidsoppgave dersom det var uklart om det var forebygging eller behandling. Hver arbeidsoppgave ble så kodet som enten: 1) Behandling individ, 2) behandling gruppe, 3) indisert forebygging, 4) selektiv forebygging, 5) universell forebygging eller 6) ikke kategoriserbar oppgave. Dette utgjorde datagrunnlaget for de resterende tre tolkningene av resultatene. Det var 37 % av arbeidstiden som ble brukt på arbeidsoppgaver kodet som *ikke kategoriserbar oppgave*, hovedsakelig møter og veiledning av annet personell. Det betyr at tallene det henvises til i de følgende avsnittene ikke summerer seg opp til 100 %.

2) Prioritering basert på en romslig definisjon av indisert forebygging

Den andre måten å besvare problemstillingen på, legger til grunn en romslig definisjon av indisert forebygging. Dette begrepet omfatter her alle samtaler og veiledning av enkeltindivider og deres familier, der det foreligger psykiske plager og symptomer på en psykisk lidelse, men ikke tilstrekkelig til å oppfylle kriteriene for en diagnose. For å skille mellom behandling og indisert forebygging på denne måten, ba vi kommunepsykologene gi oss et anslag over hvor mange av klientene deres som oppfylte kriteriene til en psykisk lidelse. Det vanligste svaret var at 50 % av klientene deres hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse. Det var likevel stor spredning i svarene, og 25 % oppga at

under 20 % av klientene deres oppfylte kriteriene for en psykisk lidelse, mens 25 % oppga at over 70 % av klientene deres oppfylte kriteriene.

Bruker en denne forståelsen av forebygging, fordeler arbeidstiden til kommunepsykologene seg på følgende måte: individrettet behandling (27 %), grupperettet behandling (1 %), indisert forebygging (32 %), selektiv forebygging (2 %) og universell forebygging (2 %) (tabell 9). Et særtrekk ved disse resultatene er at det er liten forskjell på arbeidsoppgavene som kodes i kategoriene *behandling individ* og *indisert forebygging*. Typiske svar som ble kodet i disse kategoriene inneholdt kliniske arbeidsoppgaver som samtale og psykoterapi med enkeltindivid og foreldreveiledning. Eksempler på denne typen arbeid var: *"Individualsaker, behandlingssamtaler og hjemmeveiledning"*, *"Klientkontakt, ofte livskriser, lettere psykiske vansker"* og *"Samtaler med enkeltpersoner og familier. Vi er i grenseland til psykiske lidelser"*. Arbeidsoppgaver som ble kodet som selektiv eller universell forebygging var enkelte prosjekt samt kunnskapsformidling og undervisning, ofte i barnehager eller på skoler (Appendix: tabell 10).

Tabell 9. Kodet forebyggingsnivå for arbeidsoppgavene. Hver nevnte arbeidsoppgave ble kodet i behandlings- og forebyggingskategorier.

	Andel som har nevnt oppgaver i denne kategorien	Tid brukt
Behandling individ	91 %	27 %
Behandling gruppe	5 %	1 %
Indisert forebygging	91 %	32 %
Selektert forebygging	10 %	2 %
Universell forebygging	10 %	2 %
Ikke kategoriserbar oppgave	94 %	37 %

N=100

Det vanligste eksempelet på selektiv forebygging var tiltak rettet mot barn i risiko, for eksempel: *"Oppfølging i målgruppen 0-6 år. Barn av psykisk syke, barn med voldelige foreldre, foreldre med rus. Tiltak rettet inn mot både barn og foreldre, primært for barna."* Tre av arbeidsoppgavene som ble kodet som universelt forebyggende omhandlet informasjonsarbeid rettet ut mot foreldre i barnehager, og et eksempel var: *"Foreldrekurs. Åpent tilbud til barnehageforeldre i kommunen med fire kursdager. Tema er vanlig oppdragelse, barns behov,*

utvikling, foreldrestiler og konkrete situasjoner". Det var også flere eksempler på planarbeid i kommunen, for eksempel: *"Folkehelsemelding. Bedre kommunens helse i perspektiv frem til 2025. Få flere ut i arbeid, mindre mobbing, færre dropouts. Jobbe med risikofaktorer"*.

3) Prioritering basert på en streng definisjon av indisert forebygging

Den tredje måten å undersøke hvordan kommunepsykologene prioriterer mellom behandling og forebygging, legger til grunn en strengere definisjon av indisert forebygging. Her vil samtaler med klienter som har psykiske plager kun være forebygging dersom klientene har *minimalt* av symptomer. Ut fra denne definisjon vil mesteparten av det vi ovenfor har kategorisert som indisert forebygging, falle inn under behandling. I gjennomsnitt ble tiden som var brukt på en individrettet klinisk oppgave delt i to, med utgangspunkt i kommunepsykologenes egne anslag over andelen av klientene som oppfylte diagnosekriteriene for en psykisk lidelse. Den ene halvparten av arbeidsoppgaven ble så kodet som behandling og den andre som indisert forebygging. Dersom en tar høyde for at alle disse tiltakene i realiteten er behandlingsoppgaver, blir vi stående igjen med følgende fordeling: individrettet behandling (54 %), grupperettet behandling (1 %), indisert forebygging (5 %), selektiv forebygging (2 %) og universell forebygging (2 %). Prioriteringen blir da 55 % på behandling og 9 % av tiden på forebyggende tiltak, og dette representerer den tolkningen av resultatene som ligger nærmest opp til måten forebygging defineres på i litteraturen.

4) Prioritering basert på skillet mellom individ-, gruppe- og befolkningsrettede tiltak

En fjerde måte å undersøke prioritering av behandling versus forebygging, er å dele inn i individ-, gruppe- og befolkningsrettede tiltak på en liknende måte som det står spesifisert i Helsedirektorats tilskuddsordning (tabell 11). Bruker en dette skillet, vil indisererte tiltak, behandling og halvparten av de selektive tiltakene (andelen som var rettet mot enkeltpersoner) kategoriseres som individorientert arbeid (60 % av arbeidstiden). De resterende selektive tiltakene og gruppebehandling kodes som grupperettede tiltak (2 %), og universell forebygging som befolkningsrettede tiltak (2 %). Denne tolkningen går utover skillet mellom forebygging og behandling, men gir det mest oversiktlige bildet av hvor mange som står som mottakere av kommunepsykologenes tjenester, og gir følgende fordeling: individrettede tiltak (60 % av arbeidstiden), grupperettede tiltak (2 %) og befolkningsrettede tiltak (2 %).

Tabell 11. Andel av arbeidstiden brukt på tiltak rettet inn mot hele befolkningen.

Basert på analyser gjort i etterkant av datainnsamlingen.

	Tid brukt
Individrettede tiltak	60 %
Grupperettede tiltak	2 %
Befolkningsrettede tiltak	2 %

N=99

Oppsummering

Det meste av kommunepsykologenes virksomhet ligger i gråsonen mellom behandling og indisert forebygging med arbeidsoppgaver som samtaler og psykoterapi med enkeltindivider og foreldreveiledning. Det er i stor grad dette og tilsvarende arbeid kommunepsykologene viser til når det fremheves at de arbeider med forebygging.

- Av den totale arbeidstiden brukte kommunepsykologene 55 % av tiden på behandling og 9 % på forebyggende tiltak.
- Mesteparten av arbeidstiden brukes på tiltak rettet mot individer og enkeltfamilier (60 %), mens lite tid brukes på tiltak rettet mot grupper (2 %) eller hele befolkningen (2 %).

4. Hvilke føringer finnes for innholdet i kommunepsykologstillingene? I hvilken grad opplever den enkelte kommunepsykolog at det er opp til en selv å utforme innholdet i stillingen?

Kommunepsykologene ble spurt om hvem som har lagt føringer for hver av arbeidsoppgavene de hadde gjennomført de siste to ukene, og flere svar var mulig for hver av arbeidsoppgavene (Appendix: tabell 12). De fleste føringene kom fra kommunepsykologens egen tjeneste (70 %). Brukere av tjenesten, enten klienter eller andre tjenester, utgjorde 19 % av det totale antall føringer som kommunepsykologene rapporterte. Et eksempel på føringer fra brukere av tjenesten var: *"Etterspørsel. Befolkningen krever det. Det er stor pågang."* Det var få føringer som kom fra stat og fagforening (6 %) eller kommunal og fylkeskommunal toppledelse (6 %).

De aller fleste kommunepsykologene (71 %) oppga at de selv var med og utformet innholdet i sitt arbeid

og sin stilling. Et typisk svar var at dette ble bestemt i samråd med leder, som i følgende sitat: *"Det er min sjef og meg selv, vi er ganske selvstyrte som tjeneste" og "I overenskomst med leder, jeg tar mange beslutninger selv"*. Flere av kommunepsykologene uttrykte likevel frustrasjon over vage eller mangel på føringer: *"[...] Vi har hatt få rollemodeller, føringene fra Helsedirektoratet er alt for vage. Vi har ikke hatt noen dokumenter som har gitt oss retningslinjer eller informasjon"; "Ingen legger føringer, skal drive en viss form for primærforebygging, [men det er] opp til oss selv hvordan vi gjør det"; "Det ligger ingen føringer på arbeidsplassen. Det var tenkt at jeg skulle arbeide slik, men har ikke mandat eller faglig ansvar. Bli en kvasifaglig veiledning, men har ingen fullmakter til å avgjøre noen ting"*.

Oppsummering

- Kommunepsykologene oppga at de fleste føringene for innholdet i ens stilling og arbeid kom fra ens egen tjeneste (70 % av føringene).
- 71 % svarte at de selv var med å utforme innholdet i stillingen, men flere ga uttrykk for at mangel på føringer kunne være problematisk.

5. Hva er grunnlaget for valg av innhold i kommunepsykologenes arbeid, herunder prioritering av behandling versus forebyggende virksomhet?

Av føringene kommunepsykologene nevnte, omhandlet 63 % kliniske arbeidsoppgaver (Appendix: tabell 13). Kommunepsykologene oppga hvilke føringer de hadde mottatt for hver av arbeidsoppgavene de hadde gjennomført de siste to ukene, noe som innebærer at disse tallene henger sammen med at det er langt flere kliniske oppgaver som er nevnt enn andre typer arbeidsoppgaver. Det kan tenkes at kommunepsykologene mottar flere føringer for kliniske oppgaver, noe som fører til at de bruker mer tid på slike oppgaver. Tallene kan også gjenspeile den aktuelle tidsbruken uten å gi et godt svar på fordelingen av føringene kommunepsykologene mottar. En enkel utregning av forholdstall for antall føringer gitt for hver kliniske og hver forebyggende oppgave, viste liten forskjell i antall føringer per oppgavetype.

For å undersøke de forebyggende tiltakene kommunepsykologene arbeidet med, spurte vi dem hva som var det beste eksempelet på forebyggende tiltak de hadde vært involvert i. Oppgaver vi kategoriserte som

indiserte forebyggingstiltak ble nevnt av 33 % (tabell 14). Dette innebar hovedsakelig lavterskeltilbud og gruppearbeid med personer med identifiserte symptomer på psykiske plager. Typiske eksempler på dette var: "Samtaletilbudet vi har. Lavterskel for barn og unge, slik at de kan komme raskt til før det har utviklet seg langt" og "Helsestasjon for ungdommer. Det er noen som kommer inn med mindre problemstillinger, samtaler kan da være forebyggende". Det nest vanligste forebyggingstiltaket var veiledning og kunnskapsformidling (31 %) og oppgaver vi har kodet som behandling (21 %). Dersom en slår sammen kategoriene indisert, selektiv og universell forebygging, har 44 % nevnt

forebyggende tiltak som kan klassifiseres slik, deriblant 6 % selektive og 5 % universelle tiltak. Et eksempel på selektivt tiltak var "[...] foreldre-barn-gruppe for spedbarn i risiko som startet for tre år siden og jeg veileder", og et universelt tiltak var "[...] barselgruppene til nybakte foreldre [gjaldt alle nybakte foreldre på helsestasjonen]. Jeg styrker kompetansen til helsesøstre og deltar i grupper". Manualbaserte program, som *Circle of Security* og *De utrolige årene*, ble nevnt av 16 %.

Kommunepsykologene ble deretter spurt på hvilket grunnlag de kom frem til tiltak (tabell 15). Grunnlaget som ble oppgitt hyppigst var etterspørsel fra brukere,

Tabell 14. "Hva er det beste eksempelet på forebyggende tiltak som du er eller har vært involvert i?"

Åpne svar som ble kodet i etterkant. Kommunepsykologen ble bedt om å velge et eksempel dersom flere ble nevnt.

	Andelen som har nevnt oppgaven
<i>Indisert forebygging</i>	33 %
Lavterskeltilbud	17 %
Gruppearbeid	12 %
Tiltak før lidelse for individer med forhøyet risiko	4 %
<i>Veiledning og kunnskapsformidling</i>	31 %
Kunnskapsformidling og undervisning for brukere	15 %
Veiledning og kompetanseheving av andre ansatte	9 %
Kunnskapsformidling og undervisning for andre ansatte	8 %
<i>Behandling</i>	21 %
Individrettet behandling eller samtale	16 %
Foreldreveiledning	5 %
<i>Manualbaserte program</i>	16 %
COS (Circle of security)	5 %
EPDS (Edinburgh postnatal depression scale)	5 %
"De utrolige årene"	2 %
PMTO (Parent management training Oregon)	2 %
"Marte Meo"	1 %
Friendsgrupper på skolen	1 %
<i>Samarbeid</i>	6 %
Samarbeid på tvers av tjenester eller faggrupper	6 %
<i>Selektiv forebygging</i>	6 %
Tiltak før lidelse for grupper med forhøyet risiko	6 %
<i>Universell forebygging</i>	5 %
Barsel- eller gravidgruppe for alle foreldre	5 %
<i>Kartlegging og systemarbeid</i>	2 %
Kartlegging av behov hos gruppe	1 %
System- og planarbeid	1 %

N=99

herunder både klienter og andre tjenester (42 %). Eksempler på dette var: "Kommunefysioterapeutene har tatt kontakt, de mente det kunne være et behov", "Jeg underviste noe i barnehager, og så eksploderte etterspørselen og vi laget et opplegg rundt det", "Etterspørsel fra legene", "Etterspørsel, befolkningen krever det", "Jordmor fra helsestasjon etterspør det". Kun unntaksvis har kommunepsykologer rapportert om etterspørsel fra toppledelsen i kommunen, som for eksempel: "Ønske fra rådmannen og hans stab ut fra en undersøkelse om at dette var et område som kunne forbedres". Det nest hyppigste grunnlaget for valg av tiltak var eget skjønn og erfaring (31 %), som for eksempel: "Mitt initiativ, det var noe jeg ville jobbe med" og "Kunnskapen min om tidlig tilbaketrekning hos spedbarn ved stress i første leveår". Til sammen 12 % av de forebyggende tiltakene var iverksatt på bakgrunn av skriftlige kilder eller kurs og utdanning, som er kategoriene som er nærmest knyttet opp til kunnskap om evidens. Eksempler på dette var: "Rapport fra Folkehelseinstituttet om hva som trengs av forebyggende tiltak." og "Rapporten til Frank og Rodal, og diverse andre skriv fra Psykologforeningen og rundt omkring".

Tabell 15. "På hvilket grunnlag kom dere frem til tiltaket?" Åpne svar som ble kodet i etterkant. Hver kommunepsykolog kunne angi flere svar.

	Andelen som har nevnt kategorien
Etterspørsel	42 %
Eget skjønn og erfaring	31 %
Instruks	18 %
Tilbudet fantes fra før	15 %
Besluttet i samråd med andre	8 %
Anbefalinger, råd og veiledning fra andre	7 %
Skriftlig kilde	7 %
Kurs og utdanning	5 %
Tilgjengelige midler/kompetanse ga mulighet	5 %
Kartlegging av behov	3 %

N=98

Oppsummering

- De forebyggende tiltakene kommunepsykologene har vært involvert i er hovedsakelig valgt på grunnlag av etterspørsel fra brukere (42 %), eget skjønn og erfaring (31 %), instruks fra ledelse (18 %) eller som en videreføring av et tilbud som fantes fra før (15 %).

6. I hvilken grad brukes forebyggende tiltak (universelle, selektive og indiserte) som er evidensbaserte? Og i hvilken grad brukes kunnskap om evidensbaserte forebyggende tiltak i prioriteringen av tiltak?

Kommunepsykologene ble spurt om evidensnivået som lå til grunn for det beste forebyggende tiltaket de hadde vært involvert i (Appendix: tabell 16). De ble bedt om å plassere tiltaket i evidenshierarkiet: nivå 1) eksperimentelle studier, nivå 2) kvasi-eksperimentelle studier, nivå 3) ekspertkonsensus, nivå 4) kvalitative litteraturgjennomganger og andre publikasjoner og nivå 5) Hørt det fra andre/eget faglig skjønn. Det var mulig å velge flere nivå. Nivåene som ble hyppigst valgt var nivå 3) ekspertkonsensus (50 %), og nivå 5) noe man har hørt fra andre/eget faglig skjønn (42 %).

Spørsmålet om evidens gir kun et anslag over hvilket nivå kommunepsykologene antar det finnes evidens for tiltaket de har vært involvert i. Dette gir ikke et godt svar på det faktiske evidensnivået som ligger til grunn for de forebyggende tiltakene. Vi har derfor i ettertid sammenliknet de selektive og universelle forebyggende tiltakene kommunepsykologene var involvert i siste to arbeidsuker med evidensbaserte tiltak i kunnskapsoppsummeringene *Bedre føre var ... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* [10], og *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities* [42]. Samlet sett finnes det et visst samsvar mellom tiltakene. De selektive tiltakene som stemmer best overens med evidens fra kunnskapsoppsummeringene er grupper for barn av psykisk syke og rusmisbrukene foreldre, som ofte går under navnet *Modellkommuneprosjektet*. Dette gjelder åtte av de 11 oppgavene som er kodet som selektivt forebyggende. Andre tiltak inneholder noen elementer fra evidensoppsummeringene, men virker å være mer lokalt utviklede program, noe som samsvarer med kommunepsykologenes egne vurderinger av grunnlaget for tiltakene. Dette gjelder grupper for familier med høyt konfliktnivå etter samlivsbrudd, grupper med seksualundervisning, og oppfølging av nye elever på skolen.

Blant de universelle tiltakene kommunepsykologene arbeidet med er fem rettet mot foreldre, og dreide seg om kurs og generell informasjon om barns utvikling og oppdragelse presentert på foreldremøter. Ett omhandlet tidlig identifisering av barn i risiko for å utvikle psykiske plager rettet mot barnehager, der alle barnehagene i kommunen deltok. Disse samstemmer bra med evidens nevnt i kunnskapsoppsummeringene. Videre handlet ett av tiltakene om å bedre klas-

semiljøet i skoleklasser. Det er flere skoleprogrammer som omtales som evidensbaserte i kunnskapsoppsummeringene om forebyggende tiltak, men det er ikke klart om det er ett av disse tiltakene som er iverksatt i den aktuelle kommunen. Skoleprogrammene en finner i kunnskapsoppsummeringene om universell forebygging er rettet mot angst, depresjon, mobbing og atferdsproblemer. Tre av tiltakene som er kodet som universelle dreier seg om planlegging av kommunenes folkehelsemelding eller handlingsveiledere for kommunen. Dette gjelder ikke igangsetting av ett spesifikt tiltak, men langtidsplanlegging av kommunens strategi for å bedre den psykiske helsen i kommunen. Slikt arbeid er ikke nevnt i kunnskapsoppsummeringene. Det er heller ikke det universelle tiltaket som omhandler utvikling av interkommunale ungdomsklubber.

Oppsummering

- Kommunepsykologene oppga at tiltakene de brukte var knyttet til evidens på midtre og nedre del (nivå 3 og 5) i et evidenshierarki fra 1 til 5.
- Det er et visst samsvar mellom de forebyggende oppgavene kommunepsykologene arbeidet med de siste to ukene, og evidensbaserte tiltak nevnt i kunnskapsoppsummeringer om forebyggende tiltak.

7. Hvem i kommuneadministrasjonen har kommunepsykologene kontakt med, og hvor viktig oppleves denne kontakten?

Kommunepsykologene ble bedt om å angi hvem i kommuneadministrasjonen de har hatt kontakt med i løpet av de siste seks månedene (tabell 17). Når kommuneadministrasjonen deles inn i tre nivå er det 58 % som har hatt kontakt med leder på enhetsledernivå eller lavere i løpet av det siste halve året. Det er videre 63 % av kommunepsykologene som har hatt kontakt med en leder på etatsjefsnivå, og 39 % som har hatt kontakt med en toppleder i kommunen. Den lederen flest har hatt kontakt med er leder for en enkelt enhet, som er nevnt av 41 %. I den kommunale toppledelsen var rådmannen den lederen flest kommunepsykologer har hatt kontakt med (24 %).

På spørsmål om viktigheten av kontakten, anga kommunepsykologene at kontakten med enhetsleder eller lavere var den viktigste kontakten for deres arbeid, med et gjennomsnitt på 8 på en skala fra 1-10. Kontakt med fagleder rangeres som den aller viktigste,

med et gjennomsnitt på 9. Av den øvrige kontakten med administrasjonen ble kontakten med oppvekstsjef og helsesjef rangert høyest, med et gjennomsnitt på 7 på den samme skalaen fra 1-10.

Kommunepsykologene ble videre bedt om å angi hva kontakten med administrasjonen gjaldt (tabell 18). Kontakten gjaldt hovedsakelig systemarbeid og informasjonsutveksling. Det var 55 % som nevnte kontakter av denne typen. Det var omtrent like mange som hadde hatt kontakt med ledelsen om klinisk arbeid som administrative problemstillinger, henholdsvis 35 % og 39 %.

Oppsummering

- Flertallet av kommunepsykologene har hatt kontakt med ledere på etatsjefsnivå (63 %) og enhetsledernivå (58 %) siste seks måneder. En betydelig andel har også hatt kontakt med toppledelsen (39 %) i kommunen.
- Kommunepsykologene oppga å ha hatt hyppigst kontakt med leder for en enkelt enhet (41 %).
- Kontakten med leder på enhetsledernivå eller lavere oppleves som den viktigste kontakten.

Tabell 17. "Hvem i kommuneadministrasjonen har du hatt kontakt med i løpet av de siste seks månedene?"

Åpne svar som ble kodet i etterkant. Hver kommune-psykolog kunne avgi flere svar.

	Andelen som har nevnt kontakten
<i>Kommunal administrativ eller politisk toppledelse</i>	39 %
Rådmann/assisterende rådmann	24 %
Kommunalsjef/direktør	18 %
Ordfører	8 %
Rådmannens stab	8 %
<i>Etatsjef</i>	63 %
Kommunelege/overlege	18 %
Leder for flere enheter	17 %
Helsesjefen	12 %
Oppvekstsjef	9 %
Leder for økonomi, teknikk eller bolig	7 %
<i>Enhetsleder eller lavere</i>	58 %
Leder for en enkelt enhet	41 %
Nærmeste leder, ikke spesifisert	23 %
Fagleder	6 %

N=85

Tabell 18. "Hva gjaldt kontakten?"

Åpne svar som ble kodet i etterkant. Hver kommunepsykolog kunne avgi flere svar per person i kommunedirektoratet de hadde hatt kontakt med.

	Andelen som har nevnt kategorien
<i>Systemarbeid og informasjonsutveksling</i>	55 %
System- og planarbeid	28 %
Prosjekt	17 %
Utforming av stilling	20 %
Faglig oppdatering og utveksling av informasjon	16 %
Kunnskapsformidling og undervisning	7 %
<i>Klinisk arbeid</i>	35 %
Individ- og familierettet klinisk arbeid	25 %
Kriseteam og arbeid ifm. Utøya-massakren	15 %
<i>Administrativt</i>	39 %
Personalsaker, administrasjon og økonomi	39 %
Bygging og fordeling av boliger	2 %
<i>Sosial eller tett kontakt</i>	42 %
Jevnlig kontakt	28 %
Bli-kjent-møte	11 %
Uformell kontakt	11 %
<i>Fellesmøter</i>	15 %
Fellesmøter	15 %

N=85

8. Hva er psykologenes egne ønsker og ambisjoner for innholdet i kommunepsykologtjenesten? Hva er eventuelle barrierer knyttet til disse ønskene og ambisjonene?

For å undersøke kommunepsykologenes ønsker og ambisjoner for arbeidet, ble de spurt om hva de ville brukt mer eller mindre tid på dersom de kunne omdisponere arbeidstiden sin (tabell 19). Dersom kommunepsykologene kunne endre sammensetning av sine arbeidsoppgaver, ville de hovedsakelig ha brukt mer tid på forebyggende tiltak (53 %). Oppgaver som inngår i denne kategorien er blant annet tiltak rettet mot gruppe (22 %), tiltak rettet mot barnehage og skole (18 %) og lavterskeltilbud (6 %). Eksempler på svarene i denne kategorien er: "Mye mer folkehelsearbeid, mer kurs og foredrag og primærforebyggende oppgaver" og "Mer

forebygging, kunne se de lange linjene, tenke at man skal ha et prosjekt der man ikke ser resultater med en gang". Det var 43 % av kommunepsykologene som ønsket å bruke mer tid på veiledning og kunnskapsformidling.

For å undersøke nærmere hva kommunepsykologene mente med forebygging, ble de bedt om å definere begrepet (tabell 20). Det var 44 % som nevnte tidlig hjelp og lavterskeltilbud, noe som kan innebære indisert forebygging. Eksempler på dette var: "Forhindrer skjevutvikling eller forverring og at man kommer tidlig til, når det relativt sett ikke er så alvorlige symptomer, og raskt ut igjen" og "At en oppdager ting i en tidlig fase og kan sette inn tiltak som er lite ressurskrevende". Det var 36 % som nevnte tiltak før lidelse har oppstått, og dette kan innebære både indisert, selektiv og universell forebygging. Et eksempel på dette var: "Jeg vil definere det som at man lager et tiltak i forhold til de familier som er i risiko for å utvikle vansker, men som ikke har utviklet det enda." Tiltak rettet mot hel populasjonsgruppe faller inn under universell forebygging, og ble nevnt av 19 % av kommunepsykologene, og det beslektede begrepet helsefremmende arbeid ble nevnt av 7 %. Eksempler på definisjoner som ble kodet under universell forebygging var: "Jobbe for å hindre uhelse i befolkningen. Hindre at det oppstår helseproblemer." og "Forebygging kan man gjøre mer primært, i et folkehelseperspektiv, forsøke å forebygge helse for hele befolkningen".

I likhet med definisjoner av forebygging i litteraturen beskrev flere kommunepsykologer ulike nivåer av forebyggende arbeid, som for eksempel: "Forebygging på flere nivå, både at man kommer inn og gir noe generelt til alle i befolkningen, som å prate og gi undervisning på foreldremøter, allmennforebyggende tiltak.

Men jeg tenker også at vi forebygger videreutvikling hos noen som har begynt å få skjev utvikling. Forebygger for at det ikke utvikler seg videre og blir en psykisk lidelse." Blant svarkategoriene er det noen vi tenker tar opp sentrale aspekter ved forebyggingsbegrepet. Dette er kategoriene: tiltak før lidelse har oppstått, tiltak rettet mot hel populasjonsgruppe, tiltak rettet mot gruppe, fokus på spedbarn og tidlig barndom og helsefremmende arbeid. Blant kommunepsykologene i vårt utvalg var det 60 % som hadde nevnt minst en av disse kategoriene når de ble bedt om å definere begrepet forebygging.

Da kommunepsykologene ble spurt om hva som hindrer dem i å bruke mer tid på forebygging, veiledning og de andre arbeidsoppgavene de ønsket å prioritere høyere, nevnte 55 % arbeidspress (tabell 21). Den vanligste hindringen som ble rapportert var påtrykk fra klienter, som ble nevnt av 26 %. Eksempler

på dette var: "Å jobbe forebyggende og lavterskel, det er et drømmescenario. Det er så mange som har større problemer, og vi må ta dem unna først, særlig når BUP og psykiatrien er så overbelastet." og "Det er alltid veiledning og systemarbeid som ryker til fordel for individuelle samtaler". Hindringer knyttet til ledelse og organiseringen i kommunen ble nevnt av 27 %. I svarene som var kodet i denne kategorien, fremhevet kommunepsykologene kommunens ansvar for deres arbeidsoppgaver: "Her er det ikke lagt opp til at psykologen har noen rolle i det arbeidet (planarbeid og forebygging). De ser ikke hva en psykolog kan bidra med, forbinder det med en som jobber med individualterapi." og "Jeg tror en kunne jobbet med bare behandling selv om den [stillingen] er ment til forebygging. Kunnskapen om vårt arbeid er ikke så stor ut i kommunen, forventningene fra kommunene er en annen enn det som kanskje ligger i denne typen stilling".

Det var 54 % av kommunepsykologene som rapporterte om oppgaver de ønsket å bruke mindre tid på, og 34 % ønsket å bruke mindre tid på individrettet klinisk arbeid (Appendix: tabell 22). Typiske svar var: "Direkte klientkontakt tar en stor del av tiden, det gjør det vanskelig å få tid til annet arbeid" og "Behandling. Jeg tror jeg gjør mye som kunne vært gjort i andrelinjetjenesten".

Vi spurte kommunepsykologene hva de mener bør være den viktigste arbeidsoppgaven i en kommunepsykologstilling. De vanligste svarene var forebyggingskategorier som: forebygging, helsefremmende arbeid, tiltak rettet mot en hel populasjonsgruppe, tiltak rettet mot gruppe og tiltak før lidelse har oppstått (48 %). Andre vanlige svar var veiledning og kompetanseheving (26 %) og kunnskapsformidling og undervisning (21 %). Kliniske oppgaver som lavterskeltilbud og behandling ble nevnt av til sammen 43 % (tabell 23), og eksempler på dette var: "Det må være å ha et lavterskeltilbud, for samtale og korttidsterapi" og "Yte lett tilgjengelig psykologhjelp til befolkningen". Både veiledning og kompetanseheving, og kunnskapsformidling og undervisning dreier seg om å spre psykologkompetansen i kommunen, og typiske svar som ble kategorisert her var: "Det å bruke psykologisk kunnskap i store deler av organisasjonen. Det å bidra med det psykologiske perspektivet i planleggingsarbeid og styring i kommunen." og "Det å bringe psykologfaglig tenkning inn i organisasjonen." Et svar som også poengterer hvorfor dette er viktig var: "Kanskje det viktigste blir å gjøre helsesøstrene enda bedre på å oppdage skjevutvikling hos barn og bidra med kompetanse til dem, for de er så mange og vi er så få."

Oppsummering

- Kommunepsykologene ønsket å bruke mer tid på forebyggende arbeid (53 %) og veiledning og kunnskapsformidling (43 %).
- Forebygging, veiledning og kunnskapsformidling ble rangert som de viktigste arbeidsoppgavene i kommunepsykologstillingene.
- Den vanligste hindringen for å bruke mer tid på slike oppgaver var arbeidspress (55 %).

Tabell 19. "Dersom arbeidsoppgaver og ressurser for kommunepsykologer skulle omdisponeres innen nåværende ramme, hva ville du brukt mer tid på?" Åpent svar som ble kodet i etterkant.

	Andelen som har nevnt kategorien
Forebygging	53 %
Forebyggende arbeid	23 %
Tiltak rettet mot gruppe	22 %
Tiltak rettet mot barnehage og skole	18 %
Lavterskeltilbud	6 %
Helsefremmende arbeid	5 %
Tiltak rettet mot hel populasjonsgruppe	2 %
Veiledning og kunnskapsformidling	43 %
Veiledning og kompetanseheving av andre ansatte	33 %
Kunnskapsformidling og undervisning	20 %
Administrasjons- og organisasjonsarbeid	22 %
System- og planarbeid	21 %
Ledelse og administrative oppgaver	2 %
Behandling	12 %
Behandling	12 %
Møter	10 %
Samarbeid og møter	10 %
Faglig oppdatering	1 %
Egen faglig oppdatering og kurs	1 %

N=86

Tabell 20. "Hvordan vil du definere begrepet forebygging i en kommunepsykologsammenheng?" Åpent svar som ble kodet i etterkant.

Definisjon av forebygging	Andelen som har nevnt kategorien
Tidlig hjelp og lavterskeltilbud	44 %
Tiltak før lidelse har oppstått	36 %
Kunnskapsformidling	23 %
Tiltak rettet mot hel populasjonsgruppe	19 %
Hindre forverring av lidelse	17 %
Tiltak rettet mot gruppe	13 %
Veiledning av helsepersonell	10 %
System- og planarbeid	11 %
Fokus for spedbarn og tidlig barndom	7 %
Helsefremmende arbeid	7 %
Samarbeid med andre tjenester	2 %
Prosjekt	1 %

N=98

Tabell 23. "Hva mener du bør være den viktigste arbeidsoppgaven i en kommunepsykologstilling?" Åpent svar som ble kodet i etterkant.

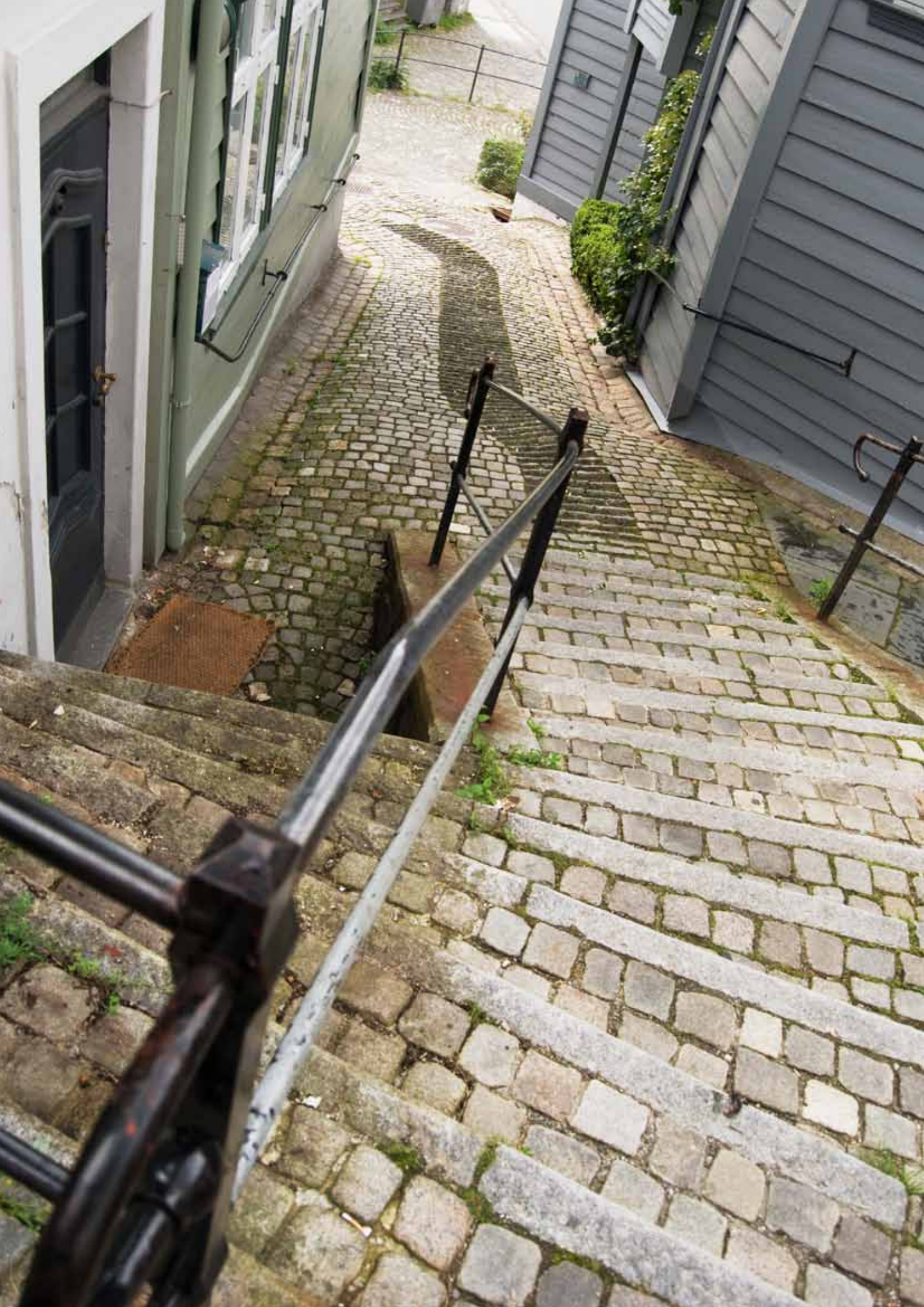
	Andelen som har nevnt kategorien
Forebygging	33 %
Veiledning og kompetanseheving	26 %
Lavterskeltilbud	25 %
Kunnskapsformidling og undervisning	21 %
Behandling	18 %
System- og planarbeid	10 %
Samarbeid	7 %
Helsefremmende arbeid	6 %
Ledelse og politikk	4 %
Tiltak rettet mot hel populasjonsgruppe	3 %
Tiltak rettet mot gruppe	3 %
Tiltak før lidelse har oppstått	3 %
Kartlegging av lokale forhold og behov	2 %
Identifisere og kartlegge psykiske vansker og lidelser	1 %

N=98

Tabell 21. "De arbeidsoppgavene du ønsker å bruke mer tid på, hva opplever du hindrer deg i å bruke mer tid på disse?" Åpent svar som ble kodet i etterkant. Hvert svar kunne kodes i flere kategorier.

	Andelen som har nevnt kategorien
<i>Arbeidspress</i>	55 %
Påtrykk fra klienter	26 %
Hindringer knyttet til personell, kapasitet eller ressurser	22 %
For lite tid	12 %
Påtrykk fra andre tjenester	11 %
<i>Organisering og ledelse</i>	27 %
Organiseringen i kommunen	12 %
Føringer fra ledelsen	10 %
Ny i stillingen eller uklar stillingsbeskrivelse	6 %
<i>Samarbeidspartnere</i>	9 %
Kapasitetsproblemer hos andre tjenester	5 %
Andre vet ikke hva psykologen kan brukes til	5 %
<i>Administrasjon</i>	3 %
Ledelsesoppgaver og administrasjon	2 %
Møter	2 %

N=79



Behandling og veiledning er to sentrale arbeidsoppgaver

Det meste av arbeidstiden til kommunepsykologene brukes på individrettet arbeid som enten er vanlig klinisk arbeid som psykoterapi eller foreldreveiledning, eller i gråsonen mellom behandling og indisert forebygging. For enkelte brukere av tjenesten vil dette være et nyttig kommunalt tilbud, og tilgrensende kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester får trolig en avlastning. Samtidig er det uklart hvor godt dette tilbudet er kjent hos kommunenes befolkning. Det er grunn til å tro at det ikke er allment kjent blant kommunenes innbyggere at de har tilgang til en kommunal psykologtjeneste med lav terskel. Annonsering av tjenestene ville trolig øke etterspørselen betydelig og utover tjenestenes kapasitet. Det virker noe tilfeldig hvordan disse delene av tjenestene forvaltes, og hva som er kriteriene for hvem som får tilbud om bruk av tjenestene.

Undervisning og veiledning av andre ansatte i kommunen utgjør en betydelig andel av arbeidstiden til kommunepsykologene. Dette tyder på at psykologkompetansen er etterspurt, og at det er et ønske om mer kunnskap om psykiske lidelser og plager blant andre ansatte i kommunene. Undervisning og veiledning gir kommunepsykologene en god mulighet til å fremme sin kunnskap og kompetanse i alt kommunalt arbeid med mennesker som har psykiske plager eller lidelser. Det er rundt 220 kommunepsykologer ansatt i norske kommuner i dag, og mer enn 11 000 årsverk utført av annet helsepersonell i kommunene. Et virkemiddel for en mer effektiv utnyttelse av psykologkompetansen ville være å øke tiden kommunepsykologene bruker på veiledning og undervisning. Dette kan gjøre andre faggrupper i kommunene tryggere og bedre rustet til å hjelpe sine klienter. Den som er under veiledning kan da selv kan ha ansvaret for klientens saksgang og videre oppfølging, mens kommunepsykologen bidrar med veiledning og opplæring.

Organisering i helsetjenester og etterspørsel etter behandling styrer prioriteringene

Kommunepsykologene får mange føringer for hvilke oppgaver de skal prioritere i sitt arbeid, og flertallet omhandler etterspørsel etter kliniske tjenester som samtaler og behandling, som også er arbeidsoppgavene de bruker mest tid på. Dette kan være et resultat av at de fleste føringene kommer fra kommunepsykologens egne tjenester, som oftest en kommunal helsetjeneste. Det er nærliggende å tro at ansatte og ledelsen i de enkelte helsetjenestene opplever et behov blant brukerne for et behandlingstilbud, og dermed legger føringer for at psykologen skal fylle dette behovet. Som to av kommunepsykologene uttrykte det: *"Vi har et stort trykk på enkeltpersoner som ønsker behandling. Når vi tar unna det er det ikke så mye tid til andre oppgaver. Tar det som er akutt, og det [er] alltid noe som er akutt."*, og *"De forskjellige tjenesteavdelingene ønsker å ta unna køene, og det å ta enkeltsaker er å ta unna køen."* Det kan ha sammenheng med at psykologene selv, og de øvrige helsetjenestene, har en forventning om at det er slik en psykolog vanligvis arbeider, noe følgende sitat illustrerer: *"Jeg vet at en del kommunepsykologer bruker en del mer tid på systemarbeid i kommunen, det er viktig, men jeg er en psykolog, og det er mye jeg skal rekke over, så det er ikke aktuelt for meg... Jeg har hjertet mitt i det kliniske arbeidet"*, og *"Kommunen vet ikke hva en psykolog gjør, og hva de kan brukes til, og det er vanskelig å nå frem. Det er per i dag veldig avhengig av kommunens struktur om psykologisk kunnskap kan implementeres eller ikke, om psykologen får noe å si..."*

Psykologene i denne undersøkelsen var hovedsakelig plassert i en helsetjeneste, og de fleste rapporterte direkte til en leder på enhetsledernivå eller lavere. Flertallet hadde arbeidet kort tid som kommunepsykolog, og 41 % arbeidet som eneste kommunepsykolog på sin arbeidsplass. Dette kan være faktorer som gjør det vanskelig for psykologene å arbeide forebyggende, selv om de ønsker å bruke mer av arbeidstiden sin på slike oppgaver. Dette kompliseres kanskje ytterligere når kommunepsykologene plasseres i helsetjenester som har klart definerte arbeidsoppgaver ofte med fokus på behandling og utred-

ning i arbeid med enkeltpersoner, familier og mindre grupper.

Kommunepsykologene mottar få føringer for sitt arbeid fra toppledelsen i kommunen. Dette kan tyde på at toppledelsen ikke er aktivt involvert i utformingen av kommunepsykologenes arbeidsoppgaver, og at kommunepsykologene ikke har direkte kontakt med toppledelsen om prioriteringer i arbeidet. Den nye folkehelsesloven [36] slår fast at ansvaret for det forebyggende arbeidet som utføres i kommunen er plassert hos den politiske og administrative ledelsen i kommunen. Dersom det er ønsket at kommunepsykologene skal delta i dette arbeidet, vil det derfor være kommuneadministrasjonens oppgave å legge til rette for denne typen arbeid, for eksempel ved å plassere kommunepsykologstillingene høyere opp i hierarkiet. Iverksettelse av tiltak rettet mot hele befolkningen innebærer tjenesteovergrepene samarbeid og engasjering av kommunens toppledelse, og kan være vanskelig å få til dersom man for eksempel er plassert på en helsestasjon.

Organiseringen av kommunepsykologenes arbeid og plassering i kommunehierarkiet er av stor betydning for hvordan kommunene kan utnytte psykologens spesialkompetanse. Kommunepsykologene selv uttrykte at det var vanskelig å: "[...] komme i posisjon. [Jeg] har ikke noen innarbeidet posisjon i kommunen." En kommunepsykolog kommenterte sin plassering slik: "Kommunepsykologen må være i en ledende posisjon [... det er en] viktig forutsetning å sitte like under rådmann eller helsesjef." En plassering på et høyere administrativt nivå er et mulig tiltak for kommunene, som kan føre til en bedre utnyttelse av kommunepsykologen, og større mulighet for gjennomslagskraftige forebyggende tiltak. En slik plassering kan eksempelvis innebære rapportering direkte til etatsjef, kommunaldirektør, rådmann eller tilsvarende administrativt nivå.

Ambisjoner og hindringer for kommunepsykologtjenestene

Kommunepsykologenes ønsker og ambisjoner, slik de kom til uttrykk i denne undersøkelsen, viser at de er en heterogen gruppe med ulike tanker om hva kommunepsykologtjenestene bør innebære. For eksempel nevner 12 % at de ønsker å bruke mer tid på behandling, mens 34 % sier at de ønsker å bruke mindre tid på dette. Slike forskjeller viser seg også i hvilke oppgaver kommunepsykologene mener bør være den viktigste i stillingen. Etter at svarene er kategorisert fordeler de seg på 14 kategorier, og det er et stort spenn i arbeidsoppgavene som oppfattes som de viktigste. Mange svarer at de vil drive mer forebyg-

gende arbeid, men av svarene deres fremgår det at dette forebyggende arbeidet i all hovedsak er behandling som et lavterskeltilbud. Et typisk svar er at den viktigste arbeidsoppgaven bør være "Forebyggende psykoterapeutisk behandling på individ- og gruppenivå". Andre igjen mener man burde arbeide utelukkende med forebyggende tiltak på befolkningsnivå, og selv om 53 % har nevnt at de vil bruke mer av arbeidstiden sin på forebyggende tiltak, er det sannsynligvis stor variasjon i hva ulike kommunepsykologer mener dette arbeidet skal innebære.

Psykologene er mer samstemte når det gjelder hindringer for å endre måten en arbeider på. Et typisk svar går på tjenestenes eller ens egen kapasitet og tid, samt nødvendige innstramminger på stillinger og målgruppene en betjener. Et typisk svar var at "[...] de knappe ressursene vi har, vi har blitt halvert på 1 ½ år, og gått fra åtte til fire stillinger. [Vi har] kuttet målgruppen fra 0-18 til slik det er nå." Mange av kommunepsykologene sier at individuell oppfølging oppleves som mest presserende, og at det ikke blir tid til annet arbeid. Et svar på en typisk hindring for andre arbeidsoppgaver var "[...] min kapasitet siden jeg er den eneste psykologen [for denne] aldersgruppen. Det er 18000, omtrent, som er i målgruppen, det går på kapasiteten." Det er også flere som uttrykker frustrasjon over måten de selv arbeider på: "Skulle ønske det var mer fokus på forebygging på folkehelsenivå. Sånn vi jobber nå blir det forebygging av store vansker [forhindrer at en psykisk lidelse forverres]. Jeg skulle gjerne jobbet ut mot alle, jobbet i skoler og barnehager."

Kommunepsykologtjenestene er ikke tilgjengelige for alle

I 2012 var det 130 kommunepsykologer ansatt med støtte fra Helsedirektoratets tilskuddsordning, fordelt på 99 av 429 norske kommuner [34]. Blant kommunepsykologene vi har vært i kontakt med, arbeidet 45 i de 21 største norske kommunene, mens bare seks arbeidet i en av Norges 236 kommuner med færre enn 5000 innbyggere. Dette tyder på at tilbudet om kommunepsykolog er sjeldent i små kommuner, og fordrer omstillinger dersom målet om et lavterskeltilbud tilgjengelig for alle skal bli likt fordelt over hele landet. Majoriteten av kommunepsykologene arbeider med barn og unge, og i den grad de arbeider med voksne, er det hovedsakelig i forbindelse med foreldreveiledning. Ingen av kommunepsykologene i vårt utvalg arbeidet kun med eldre, og det er et behov for styrking av innsatsen her dersom kommunepsykologtjenestene skal komme hele befolkningen til gode.

Denne undersøkelsen gir også grunnlag for å hevde at kommunepsykologtjenestene ikke har kapasitet til å gi et lavterskeltilbud til alle som har behov for det i kommunen. Som tidligere nevnt befinner mesteparten av arbeidet til kommunepsykologene seg i gråsonen mellom individrettet behandling og indisert forebygging, som begge omfatter samtaler og psykoedukasjon med enkeltpersoner, veiledning av foreldre eller familier. Slikt arbeid er tidkrevende og et psykologårsværk brukes opp på relativt få enkeltsaker. Som en psykolog uttrykte det: *“Det vil drukne en kommunepsykolog dersom en skal arbeide klinisk [direkte klientkontakt]. Det er som å øse Atlanterhavet med en spiseskje!”* Uavhengig av om klinisk arbeid med enkeltpersoner med psykiske lidelser eller plager defineres som forebygging eller behandling, er dette en ressurskrevende måte å arbeide på og kapasiteten til tjenestene kan fort bli overskredet. En av psykologene uttrykte det slik: *“Det er en illusjon i det politiske systemet om at en psykolog skal klare å dra unna et slikt tilbud [individualterapi] for en så stor kommune.”* Dersom kommunepsykologtjenestene skal fungere som tilgjengelige lavterskel-tjenester, kan mulige løsninger være en betydelig økning i antall kommunepsykologer, eller en innsnevring av målgruppene tjenestene skal dekke.

Muligheter for gruppe- og befolkningsrettet forebygging

I følge kommunepsykologene er det vanskelig å gi et lavterskel-behandlingstilbud til alle som ønsker det i kommunen. En annen arbeidsmetode, som er nevnt i tilskuddsordningen fra Helsedirektoratet, og som har et potensial til å nå ut til mange av kommunens innbyggere, er forebyggende arbeid rettet mot større grupper i befolkningen.

Kommunepsykologene selv har ulike syn på hva som kan karakteriseres som forebyggende oppgaver. Noen mener at alt klinisk arbeid og alle behandlingsoppgaver kan være forebyggende fordi det forhindrer en forverring av lidelsen, mens andre karakteriserer slike arbeidsoppgaver som behandling. Da kommunepsykologene ble bedt om å angi hvordan arbeidstiden deres fordelte seg mellom forebygging og behandling, ga gjennomsnittet et forholdstall som stemmer godt overens med tallene vi finner når skillet mellom behandling og forebygging settes ved diagnostiserbar lidelse. Dette skillet innebærer et forebyggingsbegrep som er for omfattende i forhold til det som brukes i litteraturen, og dersom arbeidsoppgavene er helt like for behandling og for indisert forebygging, mister forebyggingsbegrepet også noe av sin nytteverdi. I bunn og grunn dreier forebygging seg om å forhindre at personer blir syke. Flere psykologer uttrykte

frustrasjon over å ikke arbeide mer forebyggende, noe følgende utsagn viser *“[...] jeg tenker det er paradoksalt at vi har en kunnskap om, [og] lærer om de faktorene som gjør folk psykisk syke, og så ender vi opp med å jobbe med folk som har blitt utsatt for de faktorene. Det blir som at leger jobber med behandling, men ikke sier ifra om hva som fører til kreft og diabetes”*.

Et viktig fremtidig tema for kommunepsykologsatsingen er hvordan evidensbaserte gruppe- og befolkningsrettede forebyggende tiltak kan prioriteres og gjennomføres for kommunepsykologtjenestene. I vårt utvalg brukte kommunepsykologene i underkant av 4 % av arbeidstiden sin på slike gruppe- eller befolkningsrettede arbeidsoppgaver. Flere selektive forebyggingstiltak rettet inn mot hele befolkningsgrupper, og universelle tiltak rettet inn mot hele befolkningen, vil kunne gi gevinst for hele befolkningens psykiske helse, forutsatt at disse er evidensbaserte og godt implementerte. For å sikre kvaliteten på det forebyggende arbeidet, er det sentralt at de som står ansvarlig for utvelgelse og iverksettelse av forebyggende tiltak har kjennskap til, og forståelse for, evidensbasen for tiltakene [54].

Er det et behov for økt kompetanse i forebyggende arbeid?

Kommunepsykologenes egen utdanning og tidligere arbeidserfaring, kan spille en rolle i den begrensede bruken av gruppe- og befolkningsrettede forebyggende tiltak. Utdanningen er hovedsakelig rettet mot klinisk individrettet arbeid, mye av pensumlitteraturen dreier seg om klinikk og behandling, og klinisk praksis er en obligatorisk del av utdannelsen. Forebygging lærer man derimot lite om på studiet, og det er per i dag ingen eller svært få som har praksis i forebyggende arbeid i løpet av sin utdanning. En gjennomgang av studieplanene ved de fire universitetene som tilbyr psykologutdanningen har vist at utdanningene ved universitetene i Oslo, Trondheim og Tromsø ikke inneholdt noen forelesninger relatert til forebyggende arbeid, mens utdanningen i Bergen inneholdt ett kurs i forebyggende samfunnspsykologi. Ingen av utdanningene innebar obligatorisk praksis i forebyggende arbeid, men det er mulig å velge samfunnspsykologisk praksis i Bergen [55]. Dette kan være med på å forklare hvorfor kommunepsykologene arbeider så lite med selektiv og universell forebygging, og kommunepsykologene har selv etterlyst økt fokus på det ansvaret universitetene har for å utdanne psykologer med kompetanse i kommunepsykologarbeid [56]. Det er her verdt å nevne at studieopplegget i samfunnspsykologi ved Universitetet i Bergen har blitt styrket fra og med våren 2012 med 15 studiepoeng i klinisk

samfunnspsykologi. Dette innebærer opplæring i forebyggende og helsefremmende tiltak på kommunenivå, og 5 studiepoeng satt av til veiledet samfunnspsykologisk praksis [57].

Selv om det i dag ikke tilbys grundig opplæring i forebyggende arbeid i psykologstudiet, har ferdig utdannede psykologer en solid grunnutdannelse som gir inngående kjennskap til psykisk helse og hvilke faktorer som fremmer og hemmer denne. Forebyggende arbeid handler i stor grad om å arbeide med kjente risikofaktorer for utviklingen av psykiske lidelser for å hindre at lidelser oppstår, og psykologer bør dermed ha et godt grunnlag for å kunne tilegne seg den nødvendige kunnskapen til å arbeide forebyggende. Det er derfor nærliggende å se for seg at en med små grep kan styrke deres kompetanse på forebyggende arbeid.

Hvordan styrke gruppe- og befolkningsrettet forebygging?

Det er mulig å tilrettelegge for økt satsing på gruppe- og befolkningsrettet arbeid i regi av kommunepsykologordningen ved en økning av kommunepsykologers kompetanse på forebyggingsfeltet. Slik kommunepsykologene beskriver dagens tilstand, synes ikke evidens for effekten av de forebyggende tiltakene de iverksetter til å være av stor betydning for valg av tiltak. Etterspørsel og egen erfaring oppgis som det vanligste beslutningsgrunnlaget, og få viser til evidens fra skriftlige kilder. Kun én av de hundre psykologene i utvalget nevnte at det var iverksatt evaluering av aktuelle forebyggende tiltak.

Ut i fra sammenlikningen mellom de iverksatte forebyggende tiltakene og kunnskapsoppsummeringer på feltet [10, 42], kan vi si at forebyggende tiltak med støtte fra kunnskapsoppsummeringer om bedring av befolkningens psykiske helse i noen grad brukes av kommunepsykologer i dag, men at tiltakene ofte er basert på lokale initiativ og egen erfaring snarere enn tiltak med forskningsmessig dokumentasjon av effekt. Generelt sett er tiltakene som er nevnt i kunnskapsoppsummeringene mer spesifikke enn tiltakene nevnt av kommunepsykologene. Selv om det er evidens for flere av de forebyggende tiltakene kommunepsykologene har igangsatt, er det bare en minoritet av psykologene som har arbeidet med slike tiltak (10 %). En mulig forklaring kan være at litteraturen om evidensbaserte forebyggende tiltak oppleves utilgjengelig for den enkelte kommunepsykolog.

Folkehelseinstituttet oppsummerte nylig litteratur om evidensbasert forebygging av psykiske lidelser

i rapporten *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* [10], men denne er ikke spesifikt tilpasset kommunepsykologers arbeid. Det ville trolig være nyttig for den enkelte kommunepsykolog å få tilgang til en oversikt over forebyggende program og tiltak på gruppe- og befolkningsnivå som kan gjennomføres i kommunen. En slik oversikt kunne inneholde konkrete evidensbaserte forebyggende tiltak, samt informasjon som er nødvendig for igangsetting av tiltakene.

En slik oversikt over evidensbaserte forebyggende tiltak kan også ledsages av kurs og opplæringsprogram som kan styrke kommunepsykologenes kompetanse på forebyggingsarbeidet. Vi har tidligere pekt på universitetene som en naturlig arena for dette, og en mulighet er å øke fokuset på forebyggende arbeid i psykologutdannelsene som tilbys i Norge. Etter endt utdanning er spesialiseringskurs, i dette tilfellet særlig kursene innen klinisk samfunnspsykologi, en viktig kilde til både teoretisk og praktisk kunnskap om forebyggingsarbeid. En kan også se for seg at det uavhengig av spesialiseringen organiseres kurs i forebyggende arbeid for kommunepsykologer. I dette kan det også inngå veiledning i bruk av forebyggende tiltak i kommunen.

Kommunepsykologers virksomhet er ikke forankret i lovverket

En forskjell mellom kommunepsykologer og psykologer ansatt i andre kommunale tjenester, som PP-tjenesten eller barnevern, er at kommunepsykologenes virksomhet ikke er styrt av lover og regler som gjelder spesifikt for deres arbeid. Helsepersonelloven gjelder for kommunepsykologer, som for alt annet helsepersonell i Norge, mens andre psykologstillinger stort sett har en mer regelstyrt virksomhet. Psykologers arbeid i PP-tjenesten styres av Opplæringsloven [58], som blant annet spesifiserer hvilke oppgaver tjenesten skal arbeide med, og mer spesifikt hva en sakkyndig vurdering skal inneholde. Psykologer som arbeidet i barnevernet er underlagt Barnevernloven [59], som spesifiserer hva arbeidet skal inneholde og hvordan ulike tiltak skal gjennomføres og følges opp. Det finnes også en lov om familievernkontorer, som blant annet inneholder egne regler for journalføring [60]. Slike regelverk bidrar til tydeligere retningslinjer for tjenestene, og trolig en tydeligere rolleavklaring for psykologene ansatt i slike tjenester.

Styrker og svakheter ved studien

I denne studien er nesten halvparten av Norges kommunepsykologer intervjuet, noe som gir godt grunnlag for å beskrive kommunepsykologers arbeid og prioriteringer. Det er benyttet en ressurskrevende undersøkelsesmetode, men denne gir høy reliabilitet ettersom den åpner for oppklaringer og oppfølgings-spørsmål underveis.

En noe uventet utfordring har vært klarheten omkring hvem som defineres som kommunepsykologer. Vi har lagt til grunn at psykologer som er ansatt i PP-tjenesten og kommunalt barnevern i hovedsak ikke er kommunepsykologer, men her er det flere forskjellige synspunkter. Ekskluderingen av psykologer i PP-tjenesten og kommunalt barnevern kan ha ført til at noe av det forebyggende arbeidet som foregår i kommunen ikke kommer med i denne studien. I PP-tjenesten foregår det for eksempel arbeid rettet ut mot barnehager og skoler der noe sannsynligvis kan karakteriseres som selektiv og universell forebygging.

En utfordring ved forskning på behandling og forebygging i denne konteksten er den uklare grenseovergangen mellom behandling og indisert forebygging. Definisjonene av indisert forebygging varierer, men det er generell enighet om at det skal være snakk om en identifisert risiko for utvikling av en lidelse og at symptomtrykket skal være lavt. For å besvare spørsmålet om prioritering mellom forebygging og behandling har vi brukt ulike definisjoner, noe som gir forskjellige svar. Uavhengig av denne mer teoretiske diskusjonen er det hevet over enhver tvil at det vesentlige av kommunepsykologenes ressurser i dag prioriteres til individrettet arbeid som enten er ordinært klinisk arbeid, slik det utføres i spesialisthelsetjenesten, eller lignende oppgaver med enkeltindivider og familier.

Studien gir ikke et endelig svar på i hvilken grad kommunepsykologene bruker forebyggende tiltak som er evidensbaserte, men har avdekket at prioritering av forebyggende tiltak i liten grad begrunnes med evidens. Vanlige begrunnelser for valg av forebyggende tiltak var eget skjønn, andres anbefalinger eller etterspørsel etter konkrete tiltak. I eksempelet på forebyggende tiltak som er utgangspunktet for spørsmål om evidensgrunnlag er ikke oppgavene delt inn i indisert, selektiv og universell forebygging, og en del av oppgavene vil falle utenfor disse forebyggingskategoriene. Videre er det kun ett spørsmål som omhandler evidensnivå, der de fem nivåene i evidenshierarkiet ble lest opp for kommunepsykologene, og de selv valgte hvilket nivå tiltaket befinner seg på. Mange var usikre på svaret, og vi har ikke fått undersøkt dette nærmere i etterkant.

Uavklarte spørsmål for fremtidig forskning og utredning

Satsingen for å rekruttere psykologer i norske kommuner er fortsatt underveis, og ved utgangen av 2012 er det ikke lenger grunnlag for å hevde at vi vet lite om hva kommunepsykologer arbeider med, og hvordan tjenestene deres organiseres. Kommunepsykologene selv har gitt mange innspill på hvordan det er å arbeide som kommunepsykologer, både gjennom statusrapporter fra egen arbeidsplass [56, 61, 62], gjennom egne blogger driftet av Norsk Psykologforening [63-65], i tillegg til en nylig utgitt bok om psykisk helsearbeid i kommunen og utfordringer knyttet til det [66]. Selv om det etter hvert finnes kunnskap om kommunepsykologenes arbeidsoppgaver og utforming av stillingene, gjenstår det stadig en del uavklarte spørsmål.

I henhold til føringene fra Helsedirektoratets tilskuddsordning skal kommunepsykologene dekke områder definert som blant annet forebygging av psykiske plager og lidelser, tidlig intervensjon og behandling. Målgruppen omfatter barn og unge, voksne, eldre, familier, grupper og lokalmiljø. For fremtiden blir det viktig å definere hvilke oppgaver som bør prioriteres ut fra et befolknings- og folkehelseperspektiv. Både antall psykologer i kommunene og deres kompetanse vil være avgjørende for i hvilken grad de kan yte tjenester som lavterskeltilbud og behandling i tillegg til forebygging på universelt, selektivt og indisert nivå. Forventninger til kommunepsykologtjenesten om for eksempel lavterskeltilbud og behandling vil nødvendigvis føre til økt etterspørsel etter disse tjenestene. Det kan igjen bety at ressursene som benyttes til for eksempel universelle forebyggende tiltak blir mindre.

Mye tyder derfor på at psykologene i kommunene opplever at de befinner seg i krysspress mellom behandlings- og forebyggingsoppgaver. Det vil derfor være nyttig å høste erfaringer fra målrettede satsninger på gruppe- og befolkningsrettede forebyggende tiltak i forsøkskommuner. Et utgangspunkt kunne være øremerkede kommunepsykologstillinger som fikk spesifikk veiledning i forebyggende virksomhet, samt tilgang til evidensbaserte forebyggende tiltak. I forlengelse av dette kunne en se for seg utviklingen av en oversikt over gruppe- og befolkningsrettede forebyggende tiltak som er spesialtilpasset kommunepsykologers arbeid.

Det er i dag ingen evaluering av kommunepsykologtjenestenes tiltak i forhold til befolkningens psykiske helsetilstand. Det er heller ingen helseøkonomiske evalueringer av ordningen, eller beregninger av tjenestens nødvendige størrelse for å kunne utføre oppgaver relatert til både forebygging, behandling og veiledning. Framtidig forskning, evaluering og utredning bør ta sikte på å besvare også disse overordnede spørsmålene hva angår tjenesten.

Referanser

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication.** *Archives of General Psychiatry* 2005, **62**(6):593-602.
2. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE: **Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** *Archives of General Psychiatry* 2005, **62**(6):617-627.
3. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao SY, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: **Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.** *Archives of General Psychiatry* 1994, **51**(1):8-19.
4. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V: **A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study.** *American Journal of Psychiatry* 2001, **158**(7):1091-1098.
5. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V: **Mental illness in a rural area. A Norwegian psychiatric epidemiological study.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006, **41**:713-719.
6. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators: **Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.** *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004, **109** (Suppl. 420):21-27.
7. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS: **Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.** Rapport 2009:8: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
8. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud M-B, Ullebø AK, Plessen KJ, Bjelland I, Lie SA *et al*: **Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use.** *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007, **46**(4):438-447.
9. World Health Organization: **Investing in Mental Health.** www.who.org: World Health Organization; 2003.
10. Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aarø LE: **Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.** Rapport 2011:1: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011.
11. Prinz C: **Disability programmes in need of reform.** In *Policy Brief*. OECD; 2003.
12. Mykletun A, Overland S, A.A. Dahl, Krokstad S, Bjerkeset O, Blozier N, Aarø LE, Prince M: **A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards.** *American Journal of Psychiatry* 2006, **163**:1412-1418.
13. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): **Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings Across OECD Countries.** Paris; 2010:63.
14. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE: **Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: Results from the national comorbidity survey** *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2003, **45**(12):1257-1266.
15. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B: **Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys.** *The Lancet* 2007, **370**:851-858.
16. Mykletun A, Bjerkeset O, Overland S, Prince M, Dewey M: **Levels of anxiety and depression as predictors of morality: The HUNT study.** *The British Journal of Psychiatry* 2009, **195**:118-125.
17. Vreeland B: **Bridging the gap between mental and physical health: A multidisciplinary approach.** *Journal of Clinical Psychiatry* 2007, **68**:26-33.
18. World Health Organization: **The Global Burden of Disease: 2004 Update.** www.who.org: World Health Organization; 2004.
19. Helsedirektoratet: **Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.** Helsedirektoratet; 2009.
20. McCracken C, Dalgard OS, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Wilkinson G, Lehtinen V, Dowrick C: **Health service use by adults with depression: community survey in five European countries.** *The British Journal of Psychiatry* 2006, **189**(2):161-167.
21. Overland S, Glozier N, Krokstad S, Mykletun A: **Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: The HUNT study.** *Psychiatric Services* 2007, **58**(11):1479-1482.
22. St.meld.nr.47: **Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.** Edited by Helse- og omsorgsdepartementet; 2008-2009.

23. St.prp.nr.63: **Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.** Edited by Helse- og omsorgsdepartementet; 1997-1998.
24. Helsedirektoratet: **Regelverk: Tilskudd til modellutprøving - psykologer i kommunehelsetjenesten.** Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
25. Christiansen B, Iversen B, Stephansen M: **Psykologtjenesten i kommunene. Fremvekst, evaluering, fremtidsperspektiver.** *Tidsskrift for Norsk Psykologforening Monografiserien* 1983, **9**(1).
26. **Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) nr. 66.** Helse- og omsorgsdepartementet; 19.11.1982.
27. St.prp.nr.1: **St.prp.nr.1 for budsjettåret 2007.** Edited by Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo; 2006-2007.
28. Brofoss KE, Larsen F: **Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): Sluttrapport og analyse av evalueringens delprosjekter.** Norges forskningsråd; 2009.
29. Ådnanes M, Sitter M: **Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005. Nå Opptappingsplanens mål innen 2008?** Trondheim and Oslo: SINTEF; 2007.
30. **Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).** Helse- og omsorgsdepartementet; 02.07.1999.
31. **Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) nr. 61.** Helse- og omsorgsdepartementet; 02.07.1999.
32. Rodal J, Frank K: **Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering.** Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
33. Helsedirektoratet: **Regelverk: Tilskudd til modellutprøving - psykologer i kommunehelsetjenesten.** Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
34. St.prop.nr.1S: **Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2013.** Edited by Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo; 2012-2013:194.
35. **Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).** Edited by omsorgsdepartementet Helse- og omsorgsdepartementet; 01.01.2001.
36. **Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) nr. 29.** Helse- og omsorgsdepartementet; 24.06.2011.
37. **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) nr. 30.** Helse- og omsorgsdepartementet; 24.06.2011.
38. World Health Organization: **ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.** Geneva. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
39. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR.** Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
40. van Os J: **Are psychiatric diagnoses of psychosis scientific and useful? The case of schizophrenia.** *Journal of Mental Health* 2010, **19**(4):305-317.
41. van Os J, Kapur S: **Schizophrenia.** *The Lancet* 2009, **374**(9690):635-645.
42. O'Connell ME, Boat TB, Warner KE: **Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities.** Washington D.C: National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies; 2009.
43. Gordon RS: **An Operational Classification of Disease Prevention.** *Public Health Reports (1974-)* 1983, **98**(2):107-109.
44. Muñoz RF, Mrazek PJ, Haggerty RJ: **Institute of Medicine Report on Prevention of Mental Disorders. Summary and Commentary.** *American Psychologist* 1996, **51**(11):1116-1122.
45. Mrazek PJ, Haggerty RJ: **Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research.** Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine; 1994.
46. Geeraert L, Van den Noortgate W, Grietens H, Onghena P: **The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis.** *Child Maltreatment* 2004, **9**(3):277-291.
47. Cuijpers P, Beekman ATF, C.F. Reynolds III: **Preventing Depression. A Global Priority.** *JAMA The Journal of the American Medical Association* 2012, **307**(10):1033-1034.
48. Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A : **Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: Randomised trial.** *The British Journal of Psychiatry* 2006, **188**(4):330-336.
49. Mackenbach JP, Lingsma HF, van Ravesteyn NT, Kamphuis CBM: **The population and high-risk approaches to prevention: quantitative estimates of their contribution to population health in the Netherlands, 1970-2010.** *European Journal of Public Health Advance* 2012.
50. **Personvernpolicy** [<http://no.surveymonkey.com/mp/policy/privacy-policy/>]

51. **Alt du er interessert i å vite om oss...Men er redd for å spørre om** [<http://no.surveymonkey.com/mp/aboutus/>]
52. Auld GW, Diker A, Bock MA, Boushey CJ, Bruhn CM, Cluskey M, Edlefsen M, Goldberg DL, Misner SL, Olson BH *et al*: **Development of a Decision Tree to Determine Appropriateness of NVivo in Analyzing Qualitative Data Sets.** *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2007, **39**(1):37-47.
53. **Nvivo10 Overview** [<http://download.qsrinternational.com/Resource/NVivo10/nvivo10-overview.pdf>]
54. Kellam SG, Langevin DJ: **A Framework for Understanding "Evidence" in Prevention Research and Programs.** *Prevention Science* 2003, **4**(3):137-153.
55. Holte A: **Psykiske lidelser som folkehelseutfordring: Hvor er psykologene?** Psykologikongressen 2012: Oslo Kongressenter; 2012.
56. Tessand HS: **"Hjelper'n"- Lav terskel, høy kompetanse. Erfaringer fra kommunepsykologisk praksis i Ski kommune.** Ski kommune; 2012.
57. **Samsfunnpsykologi emnebeskrivelse**
58. **Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova).** Edited by Kunnskapsdepartementet; 01.08.2012.
59. **Lov om barneverntjenester (barnevernloven).** Edited by Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet; 01.08.2012.
60. **Lov om familievernkontorer.** Edited by Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet; 01.01.2012.
61. Aarvik A: **Psykologisk lavterskeltilbud for ungdom med vekt på Dropout-problematikk i bydel Søndre Nordstrand.** Bydel Søndre Nordstrand. Oslo kommune: Oslo kommune; 2012.
62. Aarvik A: **Psykologer på fastlegekontor i bydel Søndre Nordstrand. Klemetsrud legesenter.** Bydel Søndre Nordstrand. Oslo kommune: Oslo kommune; 2012.
63. **Bibi Schjødts kommuneblogg** [<http://www.psykologforeningen.no/Fag-og-profesjon/Fagblogger/Bibi-Schjoedts-kommuneblogg>]
64. **Heidi Tessands kommuneblogg** [<http://www.psykologforeningen.no/Fag-og-profesjon/Fagblogger/Heidi-Tessands-kommuneblogg>]
65. **Birgit Vallas kommuneblogg** [<http://www.psykologforeningen.no/Fag-og-profesjon/Fagblogger/Birgit-Vallas-kommuneblogg>]
66. Schjødt BRH, Hoel AK, Onsøien R: *Psykisk helse som kommunal utfordring.* Oslo: Universitetsforlaget; 2012.

Appendix

Tabell 1. "Hvilken tjeneste hører din stilling til?"

Lukkede svarkategorier som ble kodet fortløpende. En åpen "annet, vennligst spesifiser" kategori som ble kodet i etterkant. Hver kommunepsykolog kunne avgi flere svar.

	Andelen som har nevnt kategorien
<i>Helsetjeneste</i>	86 %
Helsestasjon og ungdomshelsetjeneste	22 %
Samordnede barne- og familietjenester	21 %
Helsetjeneste ikke spesifisert	20 %
Skolehelsetjeneste	16 %
Familiens Hus/Familiesenter	12 %
Psykologtjeneste	11 %
Rus og psykisk helse	5 %
Legekantor	0 %
<i>Oppvekst, skole og velferd</i>	12 %
PP-tjeneste	7 %
Barnevern	7 %
NAV	0 %
<i>Folkehelse og forebygging</i>	11 %
Forebyggende tjeneste	11 %
<i>Kommuneadministrasjon</i>	4 %
Kommuneadministrasjon	4 %

N=100

Tabell 2. "Hvem er din nærmeste overordnede? (og da er vi ute etter hans eller hennes stilling)"

Åpne svar som ble kodet i etterkant. Hver kommunepsykolog kunne bare avgi ett svar.

	Andelen som har nevnt kategorien
<i>Rådmann og kommunaldirektør</i>	4 %
Rådmann	2 %
Kommunalsjef/direktør	2 %
<i>Etatsjef</i>	17 %
Leder for flere enheter	7 %
Helsesjefen	5 %
Mellomleder	3 %
Leder for helse og omsorg	2 %
<i>Enhetsleder eller lavere</i>	78 %
Enhetsleder	48 %
Faglig leder	11 %
Ledende helsesøster	11 %
Teamleder	8 %

N=98

Tabell 7. "Hvilken aldersgruppe dekker tjenesten du arbeider i?"
Lukkede svarkategorier som ble kodet fortløpende. Hver kommunepsykolog kunne avgi flere svar.

	Andelen som jobber med denne målgruppen
<i>Barn og unge</i>	93 %
Førskolebarn	78 %
Barn og ungdom	87 %
<i>Voksne og eldre</i>	34 %
Voksne	33 %
Eldre	13 %

N=100

Tabell 10. Forklart varians innenfor hver behandlings- og forebyggingskategori
Basert på analyser gjort i etterkant av datainnsamlingen.

	Klinisk arbeid	Prosjekt	Kunnskapsformidling
Behandling individ	99 %	1 %	
Behandling gruppe	100 %		
Indisert forebygging	99 %	1 %	
Selektert forebygging	9 %	86 %	5 %
Universell forebygging	22 %	56 %	22 %

N=100

Tabell 12. "Hvem legger føringer for at du skal drive med de arbeidsoppgavene du har nevnt?"
Åpne svar som ble kodet i etterkant. Hver kommunepsykolog kunne avgi flere svar.

	Andel som har nevnt kategorien	Andel av totalt antall føringer
<i>Fra egen tjeneste</i>	88 %	70 %
Nærmeste leder/"ledelsen" uspesifisert	77 %	44 %
Stillingsbeskrivelse/instruks	38 %	18 %
Internt i tjenesten	19 %	8 %
<i>Fra brukere av tjenesten</i>	42 %	19 %
Brukere av tjenesten (også andre tjenester)	42 %	19 %
<i>Fra stat og fagforening</i>	19 %	6 %
Direktorats- eller departementsnivå	8 %	3 %
Lover eller retningslinjer	8 %	2 %
Norsk Psykologforening	4 %	1 %
<i>Kommunal og fylkeskommunal toppledelse</i>	13 %	6 %
Rådmann eller rådmannens stab	6 %	1 %
Kommunalsjef	5 %	2 %
Fylkesmann	2 %	1 %
Kommunepolitiker	2 %	1 %

N=95

Tabell 13. Andel føringer knyttet opp til hver enkelt arbeidsoppgave. Basert på analyser gjort i etterkant av datainnsamlingen.

	Andel av føringene
<i>Klinisk arbeid</i>	63 %
Klinisk arbeid	62 %
Psykososiale kriseteam	1 %
Internettbaserte psykoedukative program	0 %
Sosial støtte- og selvhjelpsgrupper	0 %
<i>Veiledning og kunnskapsformidling</i>	13 %
Veiledning av annet personell	11 %
Kunnskapsformidling og undervisning	2 %
<i>Møter</i>	12 %
Møter med andre utenfor tjenesten	7 %
Møter innad i tjenesten	5 %
Administrasjons- og systemarbeid	5 %
Administrative oppgaver	3 %
System- og planarbeid	2 %
Ledelsesoppgaver	0 %
<i>Prosjekt</i>	5 %
Prosjekt	5 %
<i>Spesialisering</i>	1 %
Spesialisering (kurs, veiledning, oppgaver)	1 %
<i>Forskning</i>	0 %
Forskning	0 %
Befolkningsundersøkelser	0 %

N=95

Tabell 16. "Dersom du tenker deg et evidenshierarki som går fra 1 til 5, der 1 er eksperimentelle studier, 2 er kvasi-eksperimentelle studier, 3 er ekspertkonsensus, 4 er kvalitative litteraturgjennomganger og andre publikasjoner og 5 er noe du har hørt fra andre eller eget faglig skjønn, på hvilket nivå er dette tiltaket basert?" Lukkede svarkategorier som ble kodet fortløpende. En åpen "annet, vennligst spesifiser" kategori som ble kodet i etterkant. Hver kommunepsykolog kunne avgi flere svar.

	Andelen som har nevnt kategorien
Eksperimentelle studier	24 %
Kvasi-eksperimentelle studier	25 %
Ekspertkonsensus	50 %
Kvalitative litteraturgjennomganger og andre publikasjoner	27 %
Hørt det fra andre/eget faglig skjønn	42 %

N=97

Tabell 22. "Dersom arbeidsoppgaver og ressurser for kommunepsykologer skulle omdisponeres innen nåværende ramme, hva ville du brukt mindre tid på?"
 Åpent svar som ble kodet i etterkant. Det var mulig for kommunepsykologene å nevne flere arbeidsoppgaver.

	Andelen som har nevnt kategorien
Individrettet klinisk arbeid	34 %
Møter	13 %
Administrative oppgaver	10 %
System- og planarbeid	1 %
Veiledning	1 %
Psykososialt kriseteam	1 %

N=54