

Første rapport om kommunepsykologsatsingen

Kommunepsykologer nedprioriterer forebygging

Jon Erling Heggland

Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Kristin Gärtner

Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Arnstein Mykletun

Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

simon.overland@iuh.uib.no

Bare rundt fire prosent av kommunepsykologenes tid brukes på tiltak rettet mot større grupper. Men over halvparten ønsker å bruke mer tid på forebygging, viser resultater fra intervjuer med hundre kommunepsykologer.



DEN ENE ELLER DE MANGE: Psykologer i kommunen har en lang vei å gå dersom målet er å styrke den psykiske folkehelsen. I dag bruker de kun 4 prosent av arbeidstiden sin på tiltak rettet mot større grupper.

Illustrasjon: Marie Rundereim

Helsedirektoratets tilskuddsordning *Psykologer i kommunehelsetjenesten – modellutprøving* ble lansert i 2009. Målet var å rekruttere flere psykologer til kommunene som en del av kommunens lavterskeltilbud for psykisk helse (Helsedirektoratet, 2012). *Lavterskeltilbud* innebærer å kunne gi direkte hjelp uten henvisning eller lang ventetid, tilby tidlige tiltak og være tilgjengelig for alle (Rodal & Frank, 2008). Kommunepsykologene skal behandle og forebygge, og deres arbeidsoppgaver

skal inneholde befolknings-, gruppe-, familieog individrettede tiltak samt veiledning av andre personer og tjenester i kommunen (Helsedirektoratet, 2012). Dette er omfattende arbeidsoppgaver, og antall kommunepsykologer i Norge er lavt, noe som innebærer at den enkelte kommune og kommunepsykolog må prioritere.

Denne artikkelen presenterer noen resultater fra rapporten *Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv* (Heggland, Gärtner & Mykletun, 2013). Rapporten baserer seg på intervju av hundre kommunepsykologer med det formålet å skaffe kunnskap om deres arbeidsoppgaver og prioriteringer, spesielt mellom forebyggende og behandlende oppgaver.

Bakgrunn

Psykiske lidelser er utbredt i den norske befolkningen. Mellom 10 og 33 prosent av befolkningen oppfyller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse i et gitt år, og 25–52 prosent får en slik lidelse i løpet av livet (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Psykiske lidelser koster Norge mellom 60 og 70 milliarder kroner årlig i tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger og andre trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingskostnader, og rundt halvparten er relatert til angst og depresjon (Major et al., 2011). Blant unge mennesker som uføretrygdes i alderen 20–34 år, gis 55 prosent av uføretrygdene for psykiske lidelser, og denne andelen har økt i de siste tjue årene (Mykletun et al., 2006; Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2010). Konsekvensene er større enn mange tror. Depresjon har like høy dødelighet som røyking, og er den største enkeltårsaken til sykdomsbyrde (DALY), det vil si år tapt som følge av for tidlig død eller antall år levd i uførhet, i Norge og vestlige land (Mykletun, Bjerkeset, Øverland, Prince & Dewey, 2009; World Health Organization, 2004).

På tross av de negative konsekvensene av psykiske lidelser står mange i denne gruppen uten et tilbud om behandling (Helsedirektoratet, 2009; McCracken et al., 2006). Dette gjelder særlig for de mest utbredte lidelsene som angst og depresjon. Det psykiske helsetilbudet er utilstrekkelig utbygd, og et foreslått virkemiddel er å satse på forebygging og tidlig hjelp i kommunene (St.meld.nr.47, 2008–2009; St.prp. nr.63, 1997–1998).

Hva arbeider kommunepsykologene med?

De hundre kommunepsykologene i denne undersøkelsen ble spurt om hvilke oppgaver de hadde arbeidet med siste to arbeidsuker, og hvor mye tid de hadde brukt på hver oppgave. Flertallet (98 %) nevnte at de hadde arbeidet med kliniske oppgaver som samtaler og psykoterapi med enkeltindivider og foreldreveiledning, og disse oppgavene opptok 62 % av arbeidstiden. Rundt halvparten av psykologene nevnte møter (51 %) og veiledning av annet personell (47 %), som begge tok rundt 11 % av arbeidstiden. En mindre andel nevnte arbeid med prosjekt (21 %) og undervisning (14 %), som opptok henholdsvis 3 % og 5 % av arbeidstiden. I vårt utvalg arbeidet 66 % av kommunepsykologene utelukkende med førskolebarn, barn og ungdom, mens 7 % av kommunepsykologene arbeidet utelukkende med voksne og eldre.

Prioritering av 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) (O'Connell, Boat &

Warner, 2009). Forebygging er tiltak som iverksettes *før en lidelse har oppstått*, med mål om å forhindre eller redusere risikoen for å utvikle lidelsen (Gordon, 1983; Mrazek & Haggerty, 1994; O'Connell et al., 2009). En skiller gjerne mellom forebyggingstiltak som er i) *universelle* og rettet mot hele befolkningen, ii) *selektive* og rettet mot avgrensede risikogrupper, og iii) *indiserte*, som er rettet mot enkeltpersoner som har minimale, men identifiserbare symptomer som tyder på sårbarhet for å utvikle en psykisk lidelse, men som ikke oppfyller kriteriene for en diagnostiserbar lidelse (Mrazek & Haggerty, 1994).

Prioriteringen av oppgaver overlates i stor grad til kommunepsykologene selv i samhandling med brukerne

Vi kodet alle arbeidsoppgavene kommunepsykologene nevnte, i en behandlings- eller forebyggingskategori. Resultatene viste at mesteparten av kommunepsykologenes arbeid ligger i gråsonen mellom behandling og indisert forebygging, med arbeidsoppgaver som samtaler og psykoterapi med enkeltindivider og foreldreveiledning. Av den totale arbeidstiden brukte kommunepsykologene 55 % av tiden på behandling og 9 % på forebyggende tiltak. Mesteparten av arbeidstiden ble brukt på tiltak rettet mot individer og enkeltfamilier (60 %), mens lite tid ble brukt på tiltak rettet mot grupper (2 %) eller hele befolkningen (2 %).

Tabell 1. «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 er 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		

Tabell 2. Andelen av kommunepsykologene som jobber utelukkende med de ulike aldersgruppene.

	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	

Diskusjon

Kommunepsykologenes oppgaver er omfattende, og fordrer prioritering. Denne prioriteringen overlates i stor grad til kommunepsykologene selv i samhandling med brukerne. Arbeidstiden går i all hovedsak til individrettet arbeid, og kommunepsykologene opplever stor pågang av mennesker som ønsker kliniske tjenester som samtaler og behandling. Når arbeidspresset blir stort, nedprioriteres gruppe- og befolkningsrettede forebyggingstiltak. Det er naturlig å ønske å hjelpe personer som har det vanskelig, og det ligger kanskje i psykologers utdannelse og kultur å hjelpe én person og én familie om gangen. Problemet er at dette er tidkrevende, og at det store flertallet personer med psykiske plager og lidelser ikke slipper til hos kommunepsykologene, rett og slett fordi disse ikke har kapasitet til å hjelpe alle. Gruppe- og befolkningsrettede forebyggingstiltak har den fordelen at de nettopp kan nå ut til mange.

For å oppnå en styrking av forebyggingsinnsatsen kan en mulig løsning være både å øke antall psykologer i kommunene og deres kompetanse på forebyggingsfeltet. Tre mulige tiltak for en styrking

av forebyggingskompetansen kan være økt opplæring i psykologutdannelsen, spesifikke kurs og spesialiseringer, samt å utarbeide en oversikt over evidensbaserte forebyggende tiltak til bruk i kommunene. Kommunen har det overordnede ansvaret for det forebyggende arbeidet, og kan som arbeidsgiver legge bedre til rette for bruk av gruppe- og befolkningsrettede forebyggingstiltak. Flertallet av kommunepsykologene er plassert i kommunale helsetjenester, som har klart 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 engasjering av kommunens toppledelse.

Kommunepsykologene bruker i dag rundt 4 % av tiden sin på tiltak rettet mot grupper og hele befolkningen, så potensialet i en styrking av folkehelsearbeidet for psykisk helse er stort. Siden over halvparten av kommunepsykologene ønsker å bruke mer av arbeidstiden sin på forebyggende arbeid, er det gode mulighet for å utnytte dette potensialet og øke den forebyggende innsatsen.

FAKTA: KOMMUNEPSYKOLOGI

- Rundt 300 psykologer i Norge har hovedtyngden av sitt daglige virke knyttet opp til psykisk helsearbeid i kommunen
- Rapporten Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv baserer seg på intervju av hundre kommunepsykologer
- Kommunepsykologene bruker 60 prosent av arbeidstiden på klinisk arbeid med individer og enkeltfamilier
- Flesteparten av arbeidsoppgavene ligger i gråsonen mellom behandling og indisert forebygging. Lite tid blir brukt på tiltak rettet mot grupper (2 %) eller hele befolkningen (2 %)
- 66 prosent av de spurte psykologene arbeidet utelukkende med målgruppen barn og unge

Referanser

- Gordon, R. S. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports* (1974-), 98(2), 107–109.
- Heggland, J. E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv* (Rapport 2013:2) Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Divisjon for samfunn og psykisk helse.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Regelverk: Tilskudd til modellutprøving – psykologer i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet Nedlastet fra <http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/psykologer-i-kommunehelse...>
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var? Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1). Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V. & Dowrick, C. (2006). Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 189(2), 161–167. doi: 10.1192/bjp.bp.105.015081
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research: Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M. & Dewey, M. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of morality: The HUNT study. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 118–125.

- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A. A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Blozier, N., Prince, M. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1412–1418.
- O’Connell, M. E., Boat, T. B. & Warner, K. E. (2009). *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.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2010). *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings Across OECD Countries* (pp. 63). Paris.
- Rodal, J., & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Oslo: Helsedirektoratet.
- St.meld.nr.47. (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- St.prp.nr.63. (1997–1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*.
- World Health Organization. (2004). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. www.who.org: World Health Organization.