

Forebygging for barn og unge

Norsk Psykologforenings hovedsatsningsområde 2014-2016.

Forebygging for barn og unge.....	1
1 Visjon og strategier for Psykologforeningens hovedsatsningsområde 2014-2016.....	2
1.1 Visjon:	2
1.1.1 <i>Barn og unges psykiske helse blir ivaretatt i alle deler av samfunnet</i>	2
1.2 Strategiske mål:	2
1.2.1 <i>Helhetlig regelverk for barn og unge</i>	2
1.2.2 <i>Koordinerte tjenester til barn og unge</i>	3
1.2.3 <i>Effekter for barn og unges psykiske helse må inngå i grunnlaget for alle vedtak i offentlig forvaltning</i>	3
1.2.4 <i>Psykologisk kompetanse en telefon unna</i>	3
1.2.5 <i>Høykvalitetsbarnehager</i>	3
1.2.6 <i>Helsefremmende skole</i>	4
1.2.7 <i>Alle familier skal ha tilgang til hjelp og forebyggende tiltak</i>	4
1.2.8 <i>Helsefremmende fritidsarenaer</i>	4
2 Forekomst av psykiske lidelser	4
3 Hvorfor forebygging og folkehelsearbeid?	5
4 Hva er forebygging og helsefremming?.....	6
4.1 Universell forebygging.....	6
4.2 Selektiv forebygging	6
4.3 Indikativ forebygging.....	7
4.4 Individrettet vs. Grupperettet forebygging	7
5 Hvilke tiltak på ulike arenaer er det behov for?	7
5.1 Individ.....	8
5.1.1 <i>Utfordringer</i>	8
5.1.2 <i>Tiltak og mulige satsningsområder for Psykologforeningen</i>	9
5.2 Familie	9
5.2.1 <i>Utfordringer</i>	9
5.2.1 <i>Tiltak og mulige satsningsområder for Psykologforeningen</i>	11
5.3 Skole/barnehage	11
5.3.1 <i>Utfordringer</i>	11
5.3.2 <i>Tiltak og mulige satsningsområder for Psykologforeningen</i>	12
5.4 Fritidsarenaer og forhold til jevnaldrende	13
5.4.1 <i>Utfordring</i>	13
5.4.2 <i>Tiltak</i>	13
5.5 Samfunn	13
5.5.1 <i>Utfordringer</i>	13
5.5.2 <i>Tiltak og mulige satsningsområder for Psykologforeningen</i>	14
5.6 Generelt om tiltak fra psykologforeningen.....	14
6 Flere psykologer i kommunene.....	15
7 Referanser.....	16

1 Visjon og strategier for Psykologforeningens hovedsatsningsområde 2014-2016.

Landsmøtet til Norsk Psykologforening (2013) vedtok: "Forebygging for barn og unge" som nytt hovedsatsningsområde. Visjoner og strategier ble vedtatt av sentralstyret den 6. februar 2014. Folkehelsearbeid, helsefremming og forebygging har høy prioritet i Stortinget og regjering (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, 2012; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Fagfeltet er imidlertid omfattende og kan romme alt som har med helserelevante spørsmål fra vugge til grav. For at det skal være mulig å skape endring er det behov for gode visjoner og mål. Vi må prioritere og konkretisere, både for vår egen del, men også for å hjelpe beslutningstakere lokalt og sentralt med å identifisere de viktige tiltakene. Psykologforeningen har som oppdrag å tjene de som har behov for hjelp og samfunnet for øvrig. Vi må være opptatt av hvilke tjenester brukere, pasienter og befolkningen for øvrig har behov for, og sikre tilgang på psykologkompetanse for å ivareta disse. Vi vil også være en tydelig samfunnsaktør som bruker vår felles psykologiske kunnskapsbase til å opplyse og formidle godt fag.

1.1 Visjon:

1.1.1 Barn og unges psykiske helse blir ivaretatt i alle deler av samfunnet

En god oppvekst varer livet ut, og Psykologforeningen ønsker å fokusere sin innsats mot barn og unge. I denne sammenheng er barn og unges psykiske helse et sentralt fokus. Dette må ikke oppfattes dit hen at Psykologforeningen fokuserer snevert på utredning og behandling av psykiske lidelser. Snarere ser Psykologforeningen på den psykiske helsen som et endemål for satsning på et bredt spekter av arenaer og tiltak. Psykologforeningen er i denne sammenhengen også svært opptatt av at psykisk helse må ivaretas på tvers av sektorer og arenaer, gjennom ulike former for intervensjon og tiltak fra helsefremming og universell og selektiv forebygging på gruppenivå til indikativ forebygging, utredning og behandling på individnivå. Med andre ord er målet for Norsk Psykologforening at barn og unges psykisk helse skal være et fokus i alle deler av samfunnet, hvor man må forholde seg til alt fra viktigheten av å utjevne sosiale ulikheter til å øke ansettelsen av kommunalt ansatte psykologer.

1.2 Strategiske mål:

1.2.1 Helhetlig regelverk for barn og unge

Begrunnelse: I dag er det en hel rekke ulike regelverk som gjelder for barns liv, og ansvaret er fordelt på mange ulike departementer og fagetater. Dette er ikke til det beste

for barnet. Det må i tråd med ulike utredninger og rapporter som peker på sektorinndeling som et hinder for helhetlig oppfølging av barn og unge (f. eks. Flatø-utvalget, NOU 2009:22) arbeides for å koordinere eller endre de ulike lov- og regelverk som i dag regulerer tjenestetilbudet. Målet her må være helhetlige tjenester som gjør at barns ulike behov med de rettigheter og plikter som følger av dette ivaretas uten at dette hindres av stringent og fragmentert oppgavefordeling til ulike sektorer.

1.2.2 Koordinerte tjenester til barn og unge

Begrunnelse: Det er behov for å større grad å bedre samhandlingen mellom ulike nivåer og ulike tjenester som ytes til barn og unge. Mye av dette arbeidet kan gjøres innenfor dagens regelverk.

1.2.3 Effekter for barn og unges psykiske helse må inngå i grunnlaget for alle vedtak i offentlig forvaltning.

Begrunnelse: Det er allerede i dag bestemmelser på statlig nivå om at det skal foretas helsekonsekvensutredninger (utredningsinstruksen, § 22 i folkehelseloven). Det skal i kommunene, med hjemmel i plan og bygningsloven legges til rette for innbyggernes helseinteresser i samfunnsplanleggingen (<http://www.helseiplan.no/>). Det er imidlertid uklart om dette gjennomføres på systematisk måte når det gjelder psykisk helse. Det er viktig at all samfunnsplanlegging legger til rette for befolkningens psykisk helse og dette bør være et frittstående vurderingsområde. Psykologforeningen vil jobbe for at ingen vedtak i offentlig forvaltning skal kunne fattes uten at man har utredet for konsekvenser for psykisk helse. Psykologer må i større grad involveres, og involvere seg i plan- og utviklingsarbeid av lokale tjenester.

1.2.4 Psykologisk kompetanse en telefon unna

Begrunnelse: Psykologforeningen bør ha som et mål å gjøre psykologisk kompetanse tilgjengelig for alle arenaer og instanser som jobber med barn og unge. «En telefon unna» kommuniserer behovet for at denne skal være lett tilgjengelig enten det gjelder veiledning fra spesialisthelsetjenesten, observasjoner og utredninger i barnehage eller tverrfaglige oppveksthus med lav terskel. Psykologforeningen legger til grunn at selv om vi snakker om å gjøre psykologisk kompetanse lett tilgjengelig må dette skje innenfor rammer av tverrfaglige og tverrsektorielle miljøer. Hovedpoenget er at barn og unge må ha tilgang på relevant kompetanse enten det er pedagoger, barnevernpedagoger, helsesøstre, psykologer eller andre.

Det er viktig at barn og unge har et godt psykisk helsetilbud. Men barn lever ikke sine liv i slike tjenester. Det er viktig at forebygging og helsefremming når barna der de er og ferdes. Barna og ungdom lever livene sine primært på fire arenaer og det er viktig at gode tiltak er tilgjengelige på disse. Psykologforeningen ønsker derfor å fokusere på følgende som sentrale arenaer for forebygging og helsefremming:

1.2.5 Høykvalitetsbarnehager

Innen 2020 skal alle barnehager ha tilgang på veiledningskompetanse, utredningskompetanse og oppfølgingskompetanse i tråd med folkehelsas mål for å ivareta og forebygge barn og unges psykiske helse.

1.2.6 Helsefremmende skole

Innen 2020 skal alle skoler ha tilgang på veiledningskompetanse, utredningskompetanse og oppfølgingskompetanse i tråd med folkehelsas mål for å ivareta og forebygge barn og unges psykiske helse. Psykisk helse må integreres i de ulike fagplanene.

1.2.7 Alle familier skal ha tilgang til hjelp og forebyggende tiltak

Familier som ønsker det skal ha tilgang til hjelp og forebyggende tiltak

1.2.8 Helsefremmende fritidsarenaer

Alle fritidsarenaer som ivaretar barn og unge skal ha tilgang på veiledning som gjør dem i stand til å fremme psykisk helse.

2 Forekomst av psykiske lidelser

Psykisk helse kan grovt sett deles inn i tre kategorier. Psykiske *sykdommer/lidelser* refererer til plager som er så alvorlige at de korresponderer til diagnostiserbare tilstander; Psykiske *plager* refererer til symptombelastning som medfører funksjonsfall, men ikke så stor at man kan snakke om diagnoser; psykisk *velvære* referer til en følelse av tilfredshet, mening og lykke (Helland & Mathiesen, 2009).

Hvert år lider 38,2% av EU befolkningen¹ av en psykisk lidelse, og psykiske lidelser alene står for 26,6% av den totale belastningen når det gjelder uførhet (Wittchen et al., 2011). I Norge koster psykiske lidelser mellom 53,8 mrd. (Rund, 2013) og 70 mrd. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2011) i året. Psykiske lidelser står for 40 prosent av sykefraværet og 40 prosent av uføretrygdkostnadene (Holte, 2012b). Nesten hver tredje person som er uføretrygdet er det på grunn av en psykisk lidelse (Major et al., 2011). Om man ser på antall arbeidsår som går tapt til uførepensjon utgjør psykiske lidelser den største diagnosegruppen (Mykletun & Knudsen, 2009).

Omkring 8% av barn og unge har en diagnostiserbar psykisk lidelse, og mellom 15 og 20% av barn og unge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Hos de fleste er symptomene forbigående, men mellom 25 og 40% har symptomer som varer i mange år (Mathiesen et al., 2009). De hyppigst forekommende plagene hos barn og unge er angst- og depresjonssymptomer som samlet kan betegnes som emosjonelle plager (Mathiesen et al., 2009). 13 prosent av ungdom har betydelige emosjonelle plager (Helland & Mathiesen, 2009). I tillegg er

¹ Omtale av psykiske lidelser i EU-befolkningen referer i dette notatet til artikkelen til Wittchen et al. hvor også Sveits, Island og Norge er inkludert i tallmaterialet (Wittchen et al., 2011)

vansker med uro og konsentrasjon utbredt (Helland & Mathiesen, 2009). Mange barn og unge sliter også med stressrelaterte psykiske helseplager, vold og mobbing (NOVA, 2013). Man ser også betydelige kjønnsforskjeller avhengig av alder. Før puberteten er to av tre barn med betydelig psykiske plager og normbrytende atferd gutter, og atferdsproblemer dominerer. Etter puberteten er to av tre ungdommer med betydelige plager jenter, og angstlidelser, depresjon og spiseforstyrrelser dominerer (Helland & Mathiesen, 2009).

3 Hvorfor forebygging og folkehelsearbeid?

Det er en betydelig samfunnsutfordring å sikre gode kommunale og statlig tilbud for mennesker med psykiske lidelser. Men fravær av psykiske plager og lidelser er ikke en tilstrekkelig indikasjon på god psykisk helse. God psykisk helse handler om å ha tilpasningsdyktig emosjonell utvikling, evne til å danne velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet i tanker og handling (Helland & Mathiesen, 2009). En rekke forutsetninger som strekker seg utover konseptualiseringen av psykiske lidelser må være til stede for at dette skal finne sted. Alt fra god tilknytning til god integrering i lokalsamfunn er sentrale forutsetninger for god helse. Dette må sikres på andre arenaer og delvis før helsetjenesten har en identifisert pasient/bruker å forholde seg til. Jo tidligere man setter inn tiltak i menneskers liv og lokalsamfunn, jo større er den samfunnsøkonomiske gevinsten for samfunnet (Heckman, 2009). I tråd med Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), Folkehelseloven (2011) og Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) må det i tillegg til individuelle forebyggingstiltak (indikative tiltak) og behandling satses på befolkningsrettede (universelle) og grupperettede (selektive) forebyggingstiltak som på ulike arenaer kan bedre barn og unges forutsetninger for en god psykisk helse. Dette kravet finner vi også i Barnevernloven (1992) hvor det fremgår at barneverntjenesten har et spesielt ansvar for å søke avdekket omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette (§ 3-1).

I Folkehelseloven (2011) fremgår det at kommunen og fylkeskommunen skal identifisere sine folkehelseutfordringer ved å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne (§ 5, 21). Tilsvarende fremgår det av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) at helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at de:

- fremmer helse og søker å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer blant annet gjennom opplysning, råd og veiledning (§ 3-3).
- bidrar til kommunens folkehelsearbeid ved skaffe oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (§ 3-3).

Videre fremgår det at kommunen plikter til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell (§ 8-1), samt medvirke og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (§ 8-3).

Stortinget har med andre ord gitt klare føringer på at forebygging og folkehelsearbeid skal prioriteres. I forarbeidene til folkehelseloven gis i tillegg psykisk helse en særstilling i folkehelsearbeidet: *"Det er ikke ønskelig å skape eller bygge opp under en oppfatning om et skille mellom psykisk og fysisk helse, [men] fordi psykisk helse i praksis*

ikke har vært en like godt integrert del i folkehelsearbeidet, mener departementet likevel at psykisk helse bør nevnes eksplisitt [...]” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 59).

4 Hva er forebygging og helsefremming?

Folkehelsearbeid defineres som: ”Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk² og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 57).

Godt psykisk helsearbeid dreier seg om tilgjengelig fagkompetanse for innbyggerne og tilbud om rask psykisk helsehjelp der de bor. Dette handler om å oppdage og korrigere uønsket utvikling tidlig i livsløp og sykdomsforløp. Men like mye dreier det seg om å legge forholdene til rette for positive utviklingsforløp i befolkningen, å bygge opp under trivsel og tilpasning, og å styrke innbyggernes egne muligheter til å hjelpe seg selv (Schjødt, Hoel & Onsjøen, 2012).

Mer konkret kan forebygging og helsefremming handle om å identifisere helsedeterminanter som enten øker (risikofaktorer) eller reduserer (beskyttelsesfaktorer) forekomsten av sykdom og plager, for så å sette inn tiltak for å motvirke eller fremme disse (Major et al., 2011). Helsedeterminanter kan knyttes til individ eller miljø. *Individuelle helsedeterminanter* omfatter faktorer som personlighet, intelligens, fysisk helse og funksjonshemming. *Miljødeterminanter* omfatter faktorer som levekår, sosiale og økonomiske forhold, forhold i familie, skole/barnehage og fritid, langvarige belastninger, alvorlige livshendelser og ekstreme påkjenninger knyttet til krig, vold og seksuelle overgrep. Avhengig av determinantene som er gjenstand for intervensjon, kan man sette inn tiltak som er rettet mot hele befolkningen, grupper eller individ.

4.1 Universell forebygging

Universell (befolkningsrettet) forebygging er tiltak som rettes mot folk flest eller mot hele befolkningsgrupper, uten at man har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko. Tiltakene kan i prinsippet komme alle til gode. De har som regel små effekter på den enkelte, men treffer så mange at effekten er stor for samfunnet (Major et al., 2011). Alle tiltak som rettes mot deler av befolkningen uten at disse gruppene i seg selv har identifisert risiko betegnes som universelle. Eksempler på dette kan være tiltak for bydeler som treffer alle som bor der uavhengig om de tilhører risikogrupper eller ikke (eg. ”Groruddalsatsningen”), eller satsning på tiltak som når alle barnehagebarn (eg. satsning på høykvalitetsbarnehager).

4.2 Selektiv forebygging

Selektiv (grupperett) forebygging er tiltak rettet mot grupper med kjent og forhøyet risiko for å utvikle vansker og lidelser. Slik risiko kan vurderes på grunnlag både av *miljøbaserte* og *individbaserte* helsedeterminanter (Major et al., 2011). Et eksempel på miljøbaserte selektive tiltak kan være mobbeprogram som iverksettes ved skoler med

² Se foregående avsnitt

mye mobbing³, eller sosiale støttetiltak for innvandrergupper med forhøyet risiko for psykiske lidelser. Selektive tiltak på individbaserte determinanter kan være psykoedukasjon for ungdom med personlighetstrekk som øker sårbarhet for psykiske lidelser.

4.3 Indikativ forebygging

Indikativ forebygging er tiltak rettet mot individer med høy sykdomsrisiko eller høyt symptomnivå, men som ikke får utløst rett til helsehjelp knyttet til definerte diagnostiske kriterier (Major et al., 2011). Dette kan for eksempel være tett oppfølging av barn som har foreldre med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblemer.

4.4 Individrettet vs. Grupperettet forebygging

Forebyggingstiltak kan kategoriseres på ulike måter. Man kan ta utgangspunkt i skillet mellom universelle, selektive og indikative tiltak. Dette gir imidlertid ikke et helt klart bilde på funksjonen til tiltakene. Helsetjenesten er i stor grad bygget opp rundt en rettighetstankegang: *"Sykehusvesenets målsetning forutsettes satt ut i livet ut fra et likhetsprinsipp, dvs at alle landets innbyggere får mest mulig likeverdige muligheter for helseservice."* (NOU 1974:59, s. 17). Rettighetsfesting har blitt et stadig viktigere verktøy for å styre ressursbruk, og de fleste dokumenter om nasjonal helsepolitikk fra stortingsmelding nr 41 (1987-88) fram til i dag går i retning av et hovedmål som kan oppsummeres som "pasienten først" (Molven, 2012). En slik rettighetstankegang er uløselig knyttet til individet. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er de som har rettigheter etter loven som "pasient" (§ 1-3a) eller "bruker" (§ 1-3f) definert som "en person". Med andre ord er kommunalt og statlig helsevesen i stor grad bygget rundt tanken om at helsehjelp ytes til en identifiserbar mottaker. Det vil også alltid være et spørsmål for tilsynsmyndigheter om psykologer eller annet helsepersonell gjennom sine tjenester innrømmer enkeltpersoner de rettigheter de har krav på.

Kategoriserer man forebygging i lys av dette plasserer man tiltak som direkte eller indirekte rettes mot identifiserbare personer på den ene siden, og tiltak som rettes mot grupper og befolkningen som helhet på den andre siden. Folkehelseinstituttet beskriver behandling, indisert forebygging og omkring halvparten av de selektive tiltakene som *individorienterte* tiltak, mens de resterende selektive tiltakene og universell forebygging faller i kategorien *grupperettede* tiltak (Heggland, Gärtner & Mykletun, 2013).

5 Hvilke tiltak på ulike arenaer er det behov for?

I Norge ser vi en positiv trend med tanke på risikofaktorer for barn og unges psykiske helse. Fra årtusenskiftet har vi hatt en utvikling hvor ungdom i større grad er veltilpasset med tette bånd til foreldre, høy skoletrivsel og lite erfaring med rus og kriminalitet (NOVA, 2013). Om man ser på de ulike arenaene har vi imidlertid kunnskap om viktige risikofaktorer hvor det er behov for forebyggende og helsefremmende tiltak.

³ Her er det verdt å legge merke til det samme tiltak kan settes inn på forskjellige nivå. Hvis man ruller ut mobbeprogram på alle skoler uavhengig om mobbing er et identifisert problem på skolen så vil tiltaket defineres som universelt. Det kan også være selektivt ved at man setter det inn som tiltak på en skole med spesielle problemer.

5.1 Individ

5.1.1 Utfordringer

5.1.1.1 Underbehandling av psykiske lidelser:

Behandling av psykiske lidelser er i de fleste tilfeller mulig og vil medføre lavere kostnader for samfunnet sammenlignet med å la dem gå ubehandlet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Imidlertid er det mange som ikke får den hjelpen de har behov for. Omkring 9% av befolkningen over 15 år søker hjelp for psykiske plager (Dalgard, Sjetne, Bjertnæs & Helgeland, 2008). De fleste av disse søker hjelp hos fastlegen som viderehenviser halvparten (Dalgard et al., 2008). I tillegg er det mange som ikke finner veien til hjelpeapparatet. Bare 26% av EU befolkningen med psykiske lidelser hadde fått hjelp fra helsetjenestene (Wittchen et al., 2011). I en norsk undersøkelse fant man at blant de hvor psykiske lidelser er hovedgrunn eller medvirkende årsak til uføretrygd, har så mange som 32% aldri fått hjelp (Øverland, Glozier, Krokstad & Mykletun, 2007). Bare 13 % av mennesker med selvrapportert depresjon og 25 % av de med selvrapportert angst søker hjelp (Roness, Mykletun & Dahl, 2005). Blant ungdom er andelen av de med høyest symptombelastning som søker hjelp ikke høyere enn 34 % (Zachrisson, Rödje & Mykletun, 2006).

5.1.1.2 Individuelle risikofaktorer:

Individuelle risikofaktorer kan være trekk ved barnet som gjør det sårbart for problemer. *Manglende selvregulering* og *negativ emosjonalitet* er forbundet med utvikling av problematferd (Major et al., 2011). Personlighetstrekk kan være andre risikofaktorer. Barn og unge med høy sensitivitet for angst, impulsivitet, eller som rapporterer mye håpløshet kan være sårbare for angst, depresjon og atferdsforstyrrelser.

Visse *biologiske vansker* skaper også problemer for en optimal utvikling. I underkant av 10% av alle barn har fra fødselen av vansker med å kommunisere med andre på en fullgod måte. Dette kan gi seg utslag i mange typer problemer, men felles for dem alle er barnets behov for en ekstra individrettet innsats å tilegne seg adekvate språklige og sosiale ferdigheter (Major et al., 2011). Mennesker med psykisk utviklingshemming er også i stor grad plaget av psykiske lidelser, noe som ofte har blitt oversett (Lorentzen, 2008).

Barn med *alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom* har betydelig økt risiko for psykiske plager som posttraumatiske stresssymptomer, PTSD og dissosiative lidelser, og det er et stort behov for økt kunnskap blant sykehuspersonell om psykiske konsekvenser av alvorlig somatisk sykdom (Gjems & Diseth, 2011). Foreldre og søsken rapporterer høyere forekomst av posttraumatisk stress enn det syke barnet selv (Alderfer, Labay & Karzak, 2003).

Sosiale ferdigheter er en viktig forutsetning for psykisk velvære. Få sosiale ferdigheter kan vanskeliggjøre forholdet til voksne og jevnaldrende hele livet. Hver tredje 14-15-åring rapporterer vansker med å skaffe seg venner, mens mer enn 40% sier de har vansker med selvkontroll (Helland & Mathiesen, 2009)

5.1.2 Tiltak og mulige satsningsområder for Psykologforeningen

Selv om det er betydelig potensiale i universelle og selektive forebyggende tiltak vil det fortsatt være behov for å bygge ut en solid kommunal psykisk helsetjeneste. Dette må være lavterskeltjenester⁴ som øker sjansen for å nå de som i dag ikke finner veien til hjelpeapparatet og som kan komme tidlig inn før lidelser blir kroniske. Slike tjenester må kunne tilby tidlig utredning og behandling av psykiske lidelser, men også tidlig identifisering av risiko og intervensjon før sykdom og lidelse har inntruffet (Helsedirektoratet, 2008). For å oppdage enkeltbarn i risiko er det også viktig at psykologer går ut i skoler og barnehager og bidrar med observasjon, vurdering og veiledning/konsultasjon til personell. Slike indikative forebyggingstiltak må sammen med tidlig utredning og behandling være ryggraden i en god kommunal psykisk helsetjeneste.

Det er også betydelig forebyggingspotensiale i utviklingen av helsepsykologiske tilbud hvor tidlig intervensjon og behandling av psykiske konsekvenser av somatisk sykdom står i fokus. Dette gjelder både de som er syke og deres familier, og inkluderer alt fra forebygging av angst og depresjon ved somatisk sykdom til smertehåndtering ved revmatisme, til det å sikre etterlevelse av behandling (Berge & Lang, 2011).

5.2 Familie

5.2.1 utfordringer

De fleste barn og unge med psykiske lidelser kommer fra familier hvor risikofaktorene gjennomgående er få og de sosiale ressursene er tilfredsstillende (Mathiesen et al., 2009). Imidlertid vet man at sannsynligheten øker når (Helland & Mathiesen, 2009; Mathiesen et al., 2009):

- foreldre har mange symptomer på psykiske lidelser
- forholdet mellom foreldre er konfliktfylt eller foreldreferdighetene er mangelfulle
- familien har mange belastninger eller negative livshendelser kombinert med lite sosial støtte
- barna har temperamentstrekk som høy grad av skyhet eller negativ emosjonalitet, noe som kjennetegner 20-31% av alle barn

5.2.1.1 Foreldre med psykiske lidelser/rusmiddelproblemer/overgrepssproblematikk:

Når det gjelder utvikling av psykiske vansker og rusproblemer er foreldre som selv har rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser en viktig risikofaktor (Helsedirektoratet, 2009; Major et al., 2011; Skogen & Torvik, 2013). 26,5% av norske barn har en eller to foreldre med en psykisk lidelse eller alkoholmisbruk som er så alvorlig at det sannsynligvis går ut over deres daglige fungering (Torvik & Rognmo, 2011). For barn som har foreldre med de alvorligste psykiske lidelsene eller alkoholmisbruket er tallet 12,2% (Torvik & Rognmo, 2011). 25% av psykiske lidelser blant ungdom kan tilskrives foreldrenes psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). Depresjon hos foreldre står i en særstilling som risikofaktor. Deprimerte mødre er mindre følelsesmessig tilgjengelig for sine barn og kritiserer dem mer (Helland & Mathiesen, 2009). Angstlidelser hos mødre

⁴ Lavterskeltjenester defineres som tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, kan oppsøkes av brukere uten betalingsvevne, er tilgjengelig for alle, har kompetanse til å tilby tidlige og adekvate tiltak samtidig som de kan være en los videre i systemet, har åpningstider tilpasset målgrupper og formål, har høy grad av brukerinnvolvering og fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte (Helsedirektoratet, 2008).

påvirker ikke utviklingen av psykiske plager hos førskolebarn like mye som mødredepresjon⁵. Hvis mødre har angstlidelser øker imidlertid risikoen for at barnet utvikler angstlidelser når barna starter på skolen (Helland & Mathiesen, 2009). Risikoen for psykiske lidelser og rusmisbruk hos barn er særlig høy hvis foreldre har psykiske lidelser som varer over tid eller foreldrene er rusmisbrukere, voldelige eller på annen måte forgriper seg på barna (Major et al., 2011; Mathiesen et al., 2009).

5.2.1.2 Foreldres konfliktnivå og oppdragerstil:

Foreldres *oppdragerstil* er forbundet med ungdoms psykiske helse. Ungdommer som opplever høy grad av psykisk velvære beskriver foreldrene som rosende, konsistente, og støttende. Ungdom med mange psykiske plager beskriver ikke foreldrene som mindre rosende, men mindre konsistente (Helland & Mathiesen, 2009).

En annen risikofaktor er *foreldrekonflikt*. Dårlig fungerende parforhold som preges av fiendtlighet og aggressivitet er skadelige for barns fungering ved at de reduserer foreldres involvering og støtte, gjør foreldrene mer inkonsekvente og generelt reduserer kvaliteten på foreldrenes oppdragspraksis (Borren & Helland, 2013). Dette kan blant annet føre til atferdsproblemer (Skogen & Torvik, 2013), stress, usikkerhet og problemer på skolen (Borren & Helland, 2013).

5.2.1.3 Familie har opplevd mange belastninger eller negative livshendelser:

Barn av foreldre med mange belastninger eller negative livshendelser har større risiko for psykiske lidelser (Mathiesen et al., 2009). 52% av foreldre har opplevd en eller flere alvorlige livshendelser som tap av nær familie og alvorlig sykdom i løpet av et år (Helland & Mathiesen, 2009). Ungdommenes psykiske helse synes å henge tettere sammen med vedvarende belastninger, enn opplevelse av negative livshendelser som sådan (Helland & Mathiesen, 2009). Familier som utsettes for store og/eller mange livsbelastninger kombinert med liten sosial støtte disponerer i større grad for psykiske vansker for barna (Major et al., 2011). I tillegg er innvandrerfamilier med traumatiske opplevelser fra krig, tortur, vold og tap av familie særlig sårbare for psykiske vansker hos barna (Mathiesen et al., 2009).

5.2.1.4 Adopterte barn:

Adopterte barn har overordnet en positiv utvikling når det gjelder fysisk vekst, tilknytning, selvtillit og atferdsproblemer og sees som den beste måten å gi støtte og omsorg når barnas biologiske foreldre ikke kan bidra med dette selv. Som gruppe viser det seg imidlertid at adopterte har økt risiko for lavere kognitiv kompetanse og dårligere skoleprestasjoner, høyere forekomst av psykiske lidelser og atferdsvansker, hyppigere kontakt med psykisk helsevern og mer alkohol- og rusmisbruk (Gärtner & Heggland, 2013). Forskjellene mellom normalbefolkningen og adopterte på gruppenivå er imidlertid små, og det er vanskelig å si sikkert hvorfor noen adopterte utvikler problemer når de fleste klarer seg bra. Når adopsjon knyttes til økt risiko kan dette henge sammen med at mange av disse barna har hatt en utfordrende start i livet (Gärtner & Heggland, 2013).

⁵ Det er begrenset forskning på fedre (Helland & Mathiesen, 2009)

5.2.1 Tiltak og mulige satsningsområder for Psykologforeningen

5.2.1.1 Styrking av foreldreferdigheter:

Programmer som styrker foreldreferdigheter bør tilbys alle familier med førskolebarn. Blant annet er dette viktig for å identifisere og kunne tilby tidlig hjelp til foreldre som sliter (Major et al., 2011). Dette kan være særlig aktuelt for foreldre med psykiske lidelser og rusproblemer. Her er det nødvendig med tiltak som fokuserer på å styrke foreldreinvolvering og familiefungering samtidig som man jobber med evne til selvregulering, sosial kompetanse og barnehage/skoletilknytning og skoleprestasjoner (Nesvåg et al., 2007). Det er også en sentral oppgave å få dette kunnskapsgrunnlaget formidlet til aktører i barnehage, skole, PP-tjeneste, barneverntjeneste, sosialtjeneste, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (Nesvåg et al., 2007).

5.2.1.2 Hjemmebesøksprogrammer:

Hjemmebesøksprogrammer for å identifisere barn som blir mishandlet bør iverksettes i kommunene (Major et al., 2011). I mange tilfeller vil det ikke være aktuelt å bemanne slike universelle tiltak med psykologer. Men psykologer vil ha en viktig rolle i kvalitetssikring og opplæring i forhold til hvordan slike team bør jobbe og hvordan de skal kartlegge. Raundalenutvalget har foreslått at prinsippet om utviklingsfremmende tilknytning skal være førende for vurdering av omsorgssituasjon (NOU 2012:5). Slike vurderinger er komplekse og er en del av psykologprofesjonens kjernekompetanse. Hos familier med vold/overgrep viktig å øke kunnskapen blant fagfolk om signaler på at barn blir utsatt for vold eller seksuelle overgrep.

5.2.1.3 Foreldrekurs, mekling, samlivskurs og parterapi:

Foreldrekurs, mekling, samlivskurs og parterapi er tilbud på både selektivt og indikativt nivå til foreldre i konflikt som kan bidra til å forebygge psykiske lidelser hos deres barn (Borren & Helland, 2013). For en liten gruppe viser det seg vanskelig for meklingsapparatet å bidra til gode løsninger når konfliktene har blitt for harde, noe som taler for å tilby opplegg for konfliktløsningsferdigheter i forkant av brudd (Samoilow & Eikrem, 26. jul. 2013).

5.2.1.4 Grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon:

Slike programmer er viktige verktøy i forebygging og mestring av psykiske lidelser. Igjen vil antageligvis selve kursene og programmene i stor grad drives av ikke-psykologer, men psykologer har en viktig rolle i opplæring og kvalitetssikring.

5.2.1.5 Sosial støtte:

I de tidligste barneårene vil hjemmemiljøet ha stor betydning for barnas utvikling. Graden av sosial støtte som er tilgjengelig for foreldre kan ha betydning for barnas helse flere år senere (Major et al., 2011). Dette er særlig aktuelt i forbindelse med innvandrerfamilier utsatt for traumatiske hendelser.

5.3 Skole/barnehage

5.3.1 Utfordringer

5.3.1.1 Skoler

Helsefremmende skoler er kjennetegnet av et miljø med fravær av *mobbing*, inkluderende felleskap, og mestringserfaringer (Major et al., 2011). Barn som blir mobbet på skolen har en særlig høy risiko for psykiske lidelser (Mathiesen et al., 2009).

Det er også en betydelig sammenheng mellom den psykiske helsen til ungdom og hvor mye støtte de oppgir å få fra lærere. Ungdommer med høy grad av psykisk velvære får mer støtte, mens ungdommer med mange plager opplever å få mindre *støtte fra lærere* (Helland & Mathiesen, 2009). Det er også en klar sammenheng mellom *skoleprestasjoner* og psykisk helse (Helland & Mathiesen, 2009). Frafall i videregående skole er også en betydelig risikofaktor for manglende deltagelse i arbeidslivet. Blant de som fullfører videregående skole er det nesten ingen som benytter trygde- og stønadsordninger, mens blant de som ikke har fullført videregående er omfanget av trygdeytelser betydelig (Falch, Johannesen & Strøm, 2009). 42% av de som sluttet i videregående skole i Akershus i 2010-2011 oppga skolerelaterte forhold som hovedårsak til at de sluttet (Markussen & Seland, 2012).

5.3.1.2 Barnehager

Barnehager av høy kvalitet er en sentral forutsetning for småbarns psykiske helse og er en sentral arena for universelt forebyggende tiltak (Holte, 2012a; Major et al., 2011). God kvalitet i barnehager innebærer strukturell kvalitet, prosesskvalitet, resultat kvalitet og innholdskvalitet (Gulbrandsen & Eliassen, 2013). PP-tjenesten skal være skoler og barnehagers sentrale kompetanseleverandør (NOU 2009:18). Imidlertid har ikke PP-tjenesten fått rammevilkår eller styringssignaler som gjør at de kan ivareta behovet for høy kompetanse på psykisk helse (Norsk Psykologforening, 2009). Det kan derfor se ut som man må organisere andre arenaer og miljøer for å sikre høy kompetanse som kan sikre gode forebyggende tiltak for barn og unge.

5.3.2 Tiltak og mulige satsningsområder for Psykologforeningen

5.3.2.1 Satsning på helsefremmende skoler

Programmer mot mobbing og atferdsproblemer har god effekt og anbefales innført i alle grunnskoler i Norge (Major et al., 2011). Mobbeprogrammer som Olweus, PALS og Zero er innført ved mange skoler, men det er ikke entydig at de gir god effekt. En rekke forhold må antageligvis ligge til grunn for at programmene skal få effekt (Lødding & Vibe, 2010). Psykologer har kompetanse som kan bidra til å sikre at slike programmer implementeres på en slik måte at de gir effekt.

Det er også mange andre tiltak for å sikre et godt psykososialt læringsmiljø ved skolene hvor psykologers kompetanse er relevant. Å øke læreres støtte til elever kan være en viktig faktor for aktivt å forebygge psykiske plager (Helland & Mathiesen, 2009).

Undervisningsbaserte opplegg kan ha en forebyggende effekt for elever med individuelle risikofaktorer. Gruppeintervensjoner levert til ungdommer med personlighetstyper som er sårbare for psykiske lidelser reduserer sjansen for å utvikle atferdsproblemer, angst depresjon og alkoholmisbruk (Conrod, Castellanos-Ryan & Mackie, 2011; Conrod, Stewart, Comeau & MacLean, 2006; O`Leary-Barret et al., 2013).

Skolen kan også være en god arena for universelle forebyggende tiltak. F. eks. viste en studie at færre barn utviklet symptomer på angst når de på skolen fikk et universelt preventivt angstopplegg på skolen (Aune & Stiles, 2009).

Ved siden av skolen som en arena for forebyggende tiltak er det viktig at kunnskap om psykisk helse generelt kommer inn i skolenes undervisningsopplegg og læreplaner.

Psykologers kompetanse er viktig for skolene når det gjelder å spre kunnskap om psykisk helse generelt og når det gjelder universelle, selektive indikative forebyggings tiltak som kan sikre trivsel, læringsmiljø og mestringserfaringer. Psykologers bidrag inn i skolene blir spesielt viktig når vi vet at PP-tjenestens forutsetninger for å være kompetanseleverandør på psykisk helse har blitt dårligere og dårligere (Norsk Psykologforening, 2009).

5.3.2.2 Satsning på høykvalitetsbarnehager

Stortingsmelding 24 (2012-2013) legger vekt på at fremtidens barnehager må fokusere på små barnegrupper, godt utdannet og personlig egnet stabilt voksenpersonell, og en helhetlig tilnærming til fysisk og psykisk helse (Kunnskapsdepartementet, 2012). Her er det viktig med kunnskap om hvilke ordninger som er optimale for ulike grupper av barn. Høykvalitetsbarnehager må sikres gjennom systematisk karlegging av kvalitetsnivået, kartlegging av barns språkutvikling og psykiske helse, tilrettelegging for språklige minoriteter og iverksetting tiltak som sikrer optimale betingelser. Psykologers kompetanse i form av observasjon, vurdering, veiledning og konsultasjon er sentrale bidrag på universelt, selektivt og indikativt nivå for å sikre fremtidens høykvalitetsbarnehager. Dette området ble også omtalt på Psykologforeningens landsmøte i november 2013. Det er mange usikre hjelpere i barnehager som kunne nyttiggjort seg veiledning og oppfølging av psykologer for å oppdage f. eks negative effekter av samlivsbrudd (Robberstad & Øverland, 2013).

5.4 Fritidsarenaer og forhold til jevnaldrende

5.4.1 Utfordring

Fysisk aktivitet og aktiv lek fra tidlig alder er viktige beskyttelsesfaktorer for barn og unges psykiske helse. Barn som er dårlig integrert i nabolag, sosialt isolert, mangler sosial støtte fra venner har større risiko for å utvikle psykiske lidelser (Helland & Mathiesen, 2009).

5.4.2 Tiltak

Det må i større grad satses på at barn og unge i risiko har tilgang på fritidsaktiviteter og arenaer der de kan komme i kontakt med, og utvikle vennskap til jevnaldrende. Her er det også behov for kunnskap om hvilke type tiltak som passer til ulike grupper. For normalt fungerende barn kan fritidstilbud bidra til generell trivsel- og helseremming. For barn med særskilte vansker og hjelpebehov kan det være ulike behov som møtes med tilbudet; det kan bidra direkte til læringsformål som ivaretagelse av egne praktiske dagliglivsbehov, eller de kan være rettet mot å avlaste og styrke familien, f. eks gjennom støttekontakt (Schjødt et al., 2012).

5.5 Samfunn

5.5.1 utfordringer

Sosiale ulikheter i helse sikter til systematiske forskjeller i helsetilstand som skyldes sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Lav sosioøkonomisk status er blant de viktigste overordnede miljøfaktorene som påvirker barn og unges psykiske helse negativt (Major et al., 2011; NOVA, 2013; Samdal et al., 2012). Imidlertid er det ikke slik at det bare er mennesker under en viss terskel av absolutt fattigdom som får dårligere helse. Forskjellene i helse synes også mellom de rikeste og de nest rikeste. Dette kan tyde på at sosiale forskjeller og sosial lagdeling i seg selv virker sykdomsfremkallende, og at relativ fattigdom er en

viktig helsedeterminant som påvirker oss alle (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Wilkinson & Pickett, 2012). Familier som er vanskeligstilt økonomisk nyttiggjør seg også i mindre grad velferdsgoder som gratis utdanning og kulturtilbud. De blir ”dobbelts utsatt” gjennom nærværet av risikofaktorer og fravær av beskyttelsesfaktorer og er sårbare for akkumulering av andre risikofaktorer for psykiske lidelser og rusmisbruk (Mathiesen et al., 2009; Samdal et al., 2012).

5.5.2 Tiltak og mulige satsningsområder for Psykologforeningen

Viktige overordnede tiltak er å øke kunnskapen om sosiale ulikheter gjennom kompetanseøkning og styrke forskning og utvikle tiltak for å redusere sosial ulikhet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Utjevning av levekår og sosial støtte og inkludering for utsatte grupper er andre forebyggingsområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Folkehelseopplysning og tilrettelegging for å kunne ta sunne valg viktig er også sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Folkehelseloven (2011) og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) gjør det helt klart at en overordnet oppgave for kommuner og fylkeskommuner er å sikre seg en god oversikt over sine folkehelseutfordringer og at disse skal danne grunnlag for mål, strategier og tiltak. Folkehelsemeldingen trekker fram viktigheten av å bygge opp kompetanse i kommuner og fylkeskommuner og etablere kommunale/interkommunale folkehelsekoordinatorer for å oppnå dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Her er det ulike typer ansvar som må ivaretas med tilhørende kunnskapsbehov (Schjødt et al., 2012):

- Overvåkning av helsetilstand må ivaretas gjennom kunnskap om psykisk helse, epidemiologi, kartleggingsverktøy og forskningsmetodikk
- Planlegging av tjenester må ivaretas gjennom kunnskap om hvordan ressurser best utnyttes, blant annet ut fra kriterier og kunnskap om ulike tiltak og programmets effekt, implementeringsmetodikk og evalueringsmetodikk.
- Informasjon til befolkningen stiller krav til effektiv organisering av etater og samhandlingen dem i mellom. Her må man på den ene siden sikre å få informasjon ut til befolkningen, på den andre siden sikre dialog med ulike brukergrupper.

Psykologers kjernekompetanse ligger som de fleste andre profesjoner i å tilpasse en generell kunnskapsbase til individuelle behov (Grimen, 2008; Grimen & Molander, 2008; Molander & Terum, 2008). På et overordnet nivå kan psykologer bidra til kartlegging av psykiske lidelser og årsaker til disse, samt utviklingen av kommunalt planverk som berører innbyggernes psykososiale og helsemessige vilkår (Helsedirektoratet, 2008). Det blir her viktig å bidra til at psykologer sin kompetanse til planlegge og gjennomføre slike universelle og selektive helsefremmende og forebyggende tiltak. Psykologer har gode forutsetninger for dette, men det kan være behov for i større grad sikre kompetanse på metodikk for å skaffe kjennskap og oversikt over kommuners folkehelseutfordringer og metodikk for å iverksette universelle og selektive tiltak. Her er spesialiteten i allmenn- og samfunnspsykologi et sentralt satsningsområde. Psykologforeningens landsmøte trakk også fram at psykologer har særskilt gode forutsetninger for å bidra til at universelle og selektive tiltak utformes slik at de når de som har mest behov for dem, men at folkehelsearbeid i større grad må inn i utdanningen for å utnytte disse forutsetningene best mulig (Imenes, 2013).

5.6 Generelt om tiltak fra psykologforeningen

Psykologforeningen har i sin formålsparagraf og prinsippprogram både et ansvar overfor medlemmer og samfunnet forøvrig. Når det gjelder forebygging kan man som et minimum tenke seg to sentrale roller for Psykologforeningen.

Det ene er rollen som samfunnsdebattant og formidler av god kunnskap. På landsmøtet for Norsk Psykologforening 2013 ble det understreket at Psykologforeningen bør være en aktør som løfter viktige temaer i samfunnsdebatten og arbeider for å påvirke sentrale myndigheter (Nilsen & Dalen, 2013). Her ble det trukket fram at det er en betydelig utfordring å avdekke og formidle faktorer som sikrer god helse og utvikling, ikke bare de som bidrar til skjevutvikling (Nordhus & Sandnes, 2013), og at helsefremming må være et viktig fokus i en ny hovedsatsning (Nebelung, 2013). En annen utfordringene som ble trukket fram på landsmøtet er at mange ulike instanser har medansvar for barn og unges psykiske helse uten klar ansvars plassering. Her trakk landsmøtet fram viktigheten av å sikre tverrsektorielt samarbeid med klare ansvars plasseringer (Robberstad & Øverland, 2013), og at man identifiserer områder som er spesifikt psykologfaglige slik at man kan legge til rette for godt samarbeid mellom profesjoner og kan trekke veksler på andres kompetanse (Imenes, 2013; Tessand, 2013). Landsmøtet trakk også frem utfordringene ved å være en tydelig samfunnsaktør. Vi kommer fort i en situasjon hvor vi må mene noe om andre yrkesgruppers kompetanse, hvordan forvaltningen organiserer skoler og høyere utdanning, hvordan lærerutdanningen og andre høyskoleutdanninger sikrer kompetent personell og hvordan overordnede politiske føringer som f. eks kontantstøtte kan påvirke forutsetninger for forebygging (Lysbakken, 2013; Schjødt, 2013)

Den andre rollen dreier seg om legge til rette for utvikling av tjenester som sysselsetter psykologer som gjennom sitt arbeid kan bidra til bedre folkehelse. Her gikk innspill fra landsmøtet blant annet på viktigheten av å opprettholde psykologfaglige nettverk for å hindre "psykologflukt" (Robberstad & Øverland, 2013). Det ble også trukket fram behovet for å se på utviklingspotensialet i tjenesteområder som har særskilt gode forutsetninger for forebygging, som f. eks familievern og andre arenaer for familiepsykologi (Bruland & Zehentbauer, 2013), helsestasjon, skoler og barnehager (Imenes, 2013) og PP-tjenesten (Teigset, 2013). I tillegg ble det trukket fram at utdanning og praksiskrav er sentralt om man skal endre psykologrollen (Thorsen, 2013).

6 Flere psykologer i kommunene

Psykologene har ofte blitt sett på som høyspesialisert kompetanse som kan bidra til forebyggende folkehelsearbeid som rådgivende konsulenter fra sin posisjon i andrelinjetjenesten (NOU 1982:10, s. 76). Men det har også blitt fremhevet at psykologenes kompetanse er viktig i alt fra planleggingsarbeid og organisasjonsutvikling til psykologisk behandling og konsultasjon til forebygging⁶ i kommunene (NOU 1988:33). 20 år etter er arbeidsoppgavene tiltenkt psykologer i

⁶ Forebygging deles her inn i primær, sekundær og tertiær. Primærforebygging omfatter tiltak som motvirker eller fjerner primære årsaker til at problemer oppstår, ikke ulikt innholdet i universal forebygging. Sekundærforebygging omfatter inngripen i en allerede etablert avvikerkarriere for å hindre videre skjevutvikling, ikke ulikt indikativ forebygging. Tertiær forebygging er tiltak rettet mot de konsekvenser problemet vil medføre den enkelte person (NOU 1988:33).

kommunen relativt uendret; folkehelsearbeid rettet mot befolkningen generelt og forebyggende tiltak mot risikogrupper (ref. universell og selektiv forebygging), tidlig intervensjon for å forhindre utvikling av alvorlige lidelser (ref. Indikativ forebygging) samt behandling av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2008). Det synes å være allment akseptert at psykologers kompetanse er relevant på alle disse nivåene av forebygging.

En utfordring knyttet til å utnytte psykologkompetansen optimalt er at de jobber der hvor forebyggingsarbeidet kan ha størst effekt: i kommunale tjenester. Per 01.11.2013 hadde norsk psykologforening 6064 yrkesaktive medlemmer⁷. Organisasjonsgraden har i perioden 2001-2009 ligget jevnt rundt 85% (Solhaug, 2009). Med dette som utgangspunkt kan vi anta at det er 7134 yrkesaktive psykologer i Norge. Av disse jobbet 276 i helsetjenester i landets kommuner i 2013, mens det totale antallet i norske kommuner var 515 (Ådnanes, Husum & Kaspersen, 2013). Altså jobbet 7,2% av norske psykologer i kommuner; 3,8% jobbet i kommunale helsetjenester. Her ser det ut til at det fortsatt er en stor utfordring å sørge for at flere psykologer kan bidra med sin kompetanse i arbeidsplasser i kommunene.

7 Referanser

- Alderfer, M. A., Labay, L. E. & Karzak, A. E. (2003). Brief report: does posttraumatic stress apply to siblings of childhood cancer survivors? *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 281-286.
- Aune, T. & Stiles, T. C. (2009). Universal-Based Prevention of Syndromal and Subsyndromal Social Anxiety: A Randomized Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 867-879.
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100*.
- Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(4), 322-331.
- Borren, I. & Helland, S. S. (2013). *Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt - en kunnskapsoversikt* (Rapport 2013:6). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Bruland, K.-M. & Zehentbauer, P. (2013). *Sogn og Fjordane lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N. & Mackie, C. J. (2011). Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 296-306.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Comeau, N. & MacLean, A. M. (2006). Efficacy of Cognitive-Behavioral Interventions Targeting Personality Risk Factors for Youth Alcohol Misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 550-563.
- Dalgard, O. S., Sjetne, I. S., Bjertnæs, Ø. A. & Helgeland, J. (2008). *Levekårsundersøkelsen 2005. Psykiske problemer og behandling* (Rapport 2008:5). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Falch, T., Johannesen, A. B. & Strøm, B. (2009). *Kostnader av frafall i videregående opplæring*. Trondheim: Senter for økonomisk forskning AS.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29*.

⁷ Uttrekk fra medlemsregisteret. Alle medlemmer som betaler 20%, halv eller hel kontingent. Studenter, pensjonister og æresmedlemmer utelatt. Æresmedlemmer er utelatt på grunnlag av antagelsen om at de som oftest er pensjonister ved utnevnelse.

- Gjems, S. & Diseth, T. H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(9), 856-862.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, L. & Eliassen, E. (2013). *Kvalitet i barnehager. Rapport fra en undersøkelse av strukturell kvalitet høsten 2012*. (Rapport nr. 1/13): NOVA.
- Gärtner, K. & Heggland, J. E. (2013). *Adopterte barn, ungdom og voksne: En kunnskapsoppsummering om kognitiv kompetanse, psykisk helse og bruk av hjelpetjenester* (Rapport 2013:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Heckman, J. J. (2009). *The Case for Investing in Disadvantaged Young Children*. Hentet 18. nov. fra <http://heckmanequation.org/content/resource/case-investing-disadvantaged-young-children>
- Heggland, J. E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsningen i Norge i et folkehelseperspektiv* (Rapport 2013:2). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helland, M. J. & Mathiesen, K. S. (2009). *13-15-åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse* (Rapport 2009:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Prop. 1 S (2009-2010)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Prop. 90 L (2010-2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Prop. 1 S (2011-2012)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Meld. St. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2008). *Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009). *Opptrappingsplan for rusfeltet. Statusrapport for 2008*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holte, A. (2012a). Barnehager - mest for barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(11), 1130-1133.
- Holte, A. (2012b). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(7), 693-695.
- Imenes, A.-K. (2013). *Vestfold lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Meld. St. 24 (2012-2013). Fremtidens barnehage*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lorentzen. (2008). Psykoterapi med mennesker med psykisk utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(2), 120-126.
- Lysbakken, L. (2013). *Hedmark lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Lødding, B. & Vibe, N. (2010). *Hvis noen forteller om mobbing. Utdypende undersøkelse av funn i Elevundersøkelsen om mobbing, urettferdig behandling og diskriminering*.

- (Rapport nr. 48/2010). Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- 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). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Markussen, E. & Seland, I. (2012). *Å redusere bortvalg - bare skolenes ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010-2011* (Rapport nr. 6/2012). Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Mathiesen, K. S., Karevold, E. & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2012). *Helse og jus* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser* (Rapport 2009:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nebelung, W. (2013). *Aust-Agder lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Nesvåg, S., Backer-Grøndahl, A., Duckert, F., Enger, Ø., Huseby, G. & Kraft, P. (2007). *Tidlig intervensjon på rusfeltet - en kunnskapsoppsummering* (Rapport IRIS - 2007/021). Stavanger: IRIS.
- Nilsen, B. & Dalen, N. (2013). *Buskerud lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Nordhus, Ø. & Sandnes, H. (2013). *Østfold lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Norsk Psykologforening. (2009). *Høringssvar NOU 2009: 18 Rett til læring*. Hentet 8. okt. fra <http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/Politikk/Hoeringsuttalelser/Hoeringsuttalelser-2009>
- NOU 1974:59. *Effektiviseringsvirksomhet i sykehussektoren*. Sosialdepartementet.
- NOU 1982:10. *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.* Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1988:33. *Psykologer i den kommunale helse- og sosialtjenesten*. Sosialdepartementet.
- NOU 2009:18. *Rett til læring*. Kunnskapsdepartementet.
- NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- NOVA. (2013). *Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012* (NOVA Rapport 10/13). Oslo: NOVA.
- O'Leary-Barret, M., Topper, L., Al-Khudhairy, N., Pihl, R. O., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C. J. & Conrod, P. J. (2013). Two-Year Impact of Personality-Targeted, Teacher-Delivered Interventions on Youth Internalizing and Externalizing Problems: A Cluster-Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 911-920.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 36*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Robberstad, E. & Øverland, K. (2013). *Rogaland lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Roness, A., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 51-58.
- Rund, B. R. (2013). *Hva koster psykiske lidelser?* Hentet 23. sept. fra <http://www.dagensmedisin.no/debatt/hva-koster-psykiske-lidelser/>
- Samdal, O., Bye, H. H., Torsheim, T., Birkeland, M. S., Diseth, Å. R., Fismen, A.-S., . . . Wold, B. (2012). *Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge* (HEMIL-rapport 2/2012): HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.
- Samoilow, D. & Eikrem, T. (26. jul. 2013). Forebygge eller reparere? *Aftenposten*.
- Schjødt, B. R. H. (2013). *Hordaland lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Schjødt, B. R. H., Hoel, A. K. & Onsøien, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogen, J. C. & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak* (Rapport 2013:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Solhaug, J. (2009). Glimt fra medlemsstatistikken. Flere og bedre psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(9), 899-900.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Teigset, I.-A. (2013). *Oslo lokalavdelings innspill til nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Tessand, H. (2013). *Akershus lokalavdelings innspill til forslag om nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Thorsen, A. L. (2013). *Studentpolitisk utvalgs innspill til nytt hovedsatsningsområde for Psykologforeningen*. Paper presentert på Norsk Psykologforenings Landsmøte 2013, Sandefjord
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport 2011:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2012). *Ulikhetens pris. Hvorfor likere fordeling er bedre for alle*. : Res Publica.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K. & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 6.

- Øverland, S., Glozier, N., Krokstad, S. & Mykletun, A. (2007). Undertreatment Before the Award of a Disability Pension for Mental Illness: The HUNT Study. *Psychiatric Services*, 58(11), 1479-1482.
- Ådnanes, M., Husum, T. L. & Kaspersen, S. L. (2013). Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid. Behandling eller folkehelsearbeid? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(11), 1066-1073.