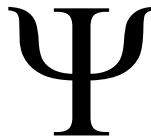




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



### *«Å skulle innta mange roller» - en kvalitativ studie av kommunepsykologers arbeidshverdag*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Benjamin Kinn Mjelde  
Kristoffer Klokkeråsen Olaussen**

Høst 2018

**Veileder**

**Helge Holgersen**

**Biveileder**

**Camilla Løvvik**

## Forord

Vi ønsker å uttrykke takknemlighet til alle som har bidratt til forskningsprosjektet. Det har vært en spennende og innholdsrik prosess som har lært oss mye. Takk til alle våre informanter som har satt av tid og gitt oss innblikk i deres arbeidshverdag!

Vi vil gi en stor takk til Liv Grethe Kinn som har vært en uvurderlig støtte og inspirasjon i skriveprosessen. Vi vil også takke vår hovedveileder Helge Holgersen og vår biveileder Camilla Løvvik. Vi vil takke hverandre for et fantastisk samarbeid. Det har vært mye latter og humor som har bidratt til at dette arbeidet har vært så kjekt som det har vært, og vi har kunnet gi hverandre støtte når vi har vært sliten og lei. Takk til våre samboere. Vi vil også nevne personer som har vært viktige for oss i livet.

Takk Morfar, for at du lærte meg å være nysgjerrig! – Benjamin

Takk til min søster, Heidi, som har vært en inspirasjon for meg – Kristoffer

“Jeg visste jo ikke når jeg begynte her, hva de ville at jeg skulle gjøre, og de visste ikke det de heller. Min nærmeste leder sa “vi vet jo heller ikke hva den jobben din ...”, det var uklare forventninger.”

## **Abstract**

The aim of this study was to explore the everyday experiences of psychologists employed by Norwegian municipalities. We conducted nine semi-structured interviews and the transcripts were analysed using Systematic Text Condensation (STC). The analysis revealed five main themes: (1) Dealing with blurred conditions, refers to the participants experiences early in their employment, and (2) Stepping outside one's comfort zone, represents the participants expectations of their professional role and their struggles to fulfill it. (3) Processes of mutual adaptation, describes the task of finding one's place in the work environment, (4) Putting theory into practice, refers to the participants interpretations and the understanding of their work assignments and (5) The municipal psychologist of the future, represents the participants descriptions of the way forward. We discuss the results in relation to the psychologists' position as clinicians, their expertise, their previous work experiences and clinical autonomy, the consequences of differences between municipalities and the integration of the role in municipal mental health care. Implications and possible measures to improve how municipal psychologists exercise their role are proposed. Further research is needed to explore how the expertise is actualized in local mental health work and whether it can be more suitably implemented.

## Sammendrag

Studiens målsetning var å utforske hvordan kommunepsykologer opplever sin arbeidshverdag. Vi gjennomførte ni semistrukturerte intervjuer med kommunepsykologer ansatt i fem ulike kommuner, og analyserte transkripsjonene ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC). Analysen ledet frem til fem overordnede temaer: (1) “Veien blir til mens du går” - om å forholde seg til et uklart system, tar for seg informantenes første møte med kommunen og (2) “En kommunepsykolog skal være ... Hva er det for noe?” - å bevege seg ut av komfortsonen, omhandler informantenes forventninger til rollen som kommunepsykolog. (3) I “Det å få en god balanse, det tror jeg tar tid” - om gjensidige tilpasningsprosesser, beskrives veien fra å arbeide “feil” til å jobbe “riktig”, (4) “Det er jo litt sånn, øyet som ser” - å sette teori ut i praksis, tar for seg hvordan informantene valgte å tolke og forstå sine arbeidsoppgaver og (5) “Dette er en stilling i støpeskjeen” - fremtidens kommunepsykolog, omhandler informantenes opplevelser av veien videre. Vi diskuterer resultatene i lys av psykologenes posisjon som klinikere, deres kompetanse, tidligere arbeidserfaring og klinisk autonomi, konsekvenser av interkommunale forskjeller og integrering av kommunepsykologrollen. Vi drøfter mulige implikasjoner av vår forskning og foreslår tiltak for at kommunepsykologen kan utøve sin rolle på best mulig måte. Vi etterspør fremtidig forskning knyttet til hvordan psykologkompetansen kan anvendes i kommunalt psykisk helsearbeid, og hvorvidt den kan implementeres på en mer hensiktsmessig måte.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	III
Abstract .....	V
Sammendrag .....	VI
Innholdsfortegnelse .....	VII
<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
Psykisk helse i kommunen .....	1
Kommunepsykologen i et historisk perspektiv .....	3
Profesjonsteori .....	5
Kommunepsykologrollen i media .....	7
Tidligere forskning .....	9
<b>Metode</b> .....	<b>14</b>
Utvalg .....	15
Datainnsamling .....	15
Forskningsetiske betraktninger .....	17
Analyse .....	17
Metodisk refleksivitet .....	21
<b>Resultater</b> .....	<b>23</b>
“Veien blir til mens du går” – om å forholde seg til et uklart system .....	24
“En kommunepsykolog skal være... Hva er det for noe?” – å bevege seg ut av komfortsonen .....	28
“Det å få en god balanse, det tror jeg tar tid” – om gjensidige tilpasningsprosesser ...	32
“Det er jo litt sånn øyet som ser” – å sette teori ut i praksis .....	38

“Dette er en stilling i støpeskjeen” – fremtidens kommunepsykolog . . . . .	42
<b>Diskusjon</b> . . . . .	45
Å finne sin plass til umodent, men formbart system . . . . .	48
En overveldet kommunepsykolog . . . . .	51
Forskjeller – noe positivt eller negativt? . . . . .	54
Implikasjoner . . . . .	57
Begrensninger ved studien . . . . .	59
Reliabilitet . . . . .	61
Refleksive bemerkninger . . . . .	61
Fremtidig forskning . . . . .	62
<b>Sammenfatning</b> . . . . .	63
<b>Litteraturliste</b> . . . . .	66
<b>Appendiks</b> . . . . .	72
Vedlegg 1: NSD-godkjenning . . . . .	72
Vedlegg 2: Samtykke- og informasjonsskriv . . . . .	75
Vedlegg 3: Intervjuguide . . . . .	77



8. juni 2018 vedtok Stortinget å lovfeste psykologkompetanse i kommunene fra 1. januar 2020 (Innst. 378 L (2016-2017)). President i Norsk psykologforening, Tor Levin Hofgaard, omtalte dagen som en merkedag for god psykisk helse, og mente lovendringen ville ha en positiv effekt både for enkeltmennesker og samfunnet som helhet (Halvorsen, 2017). I tråd med målsettingen i Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)) ble tilskuddsordningen "Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene" igangsatt i 2013 som et viktig virkemiddel for å øke rekruttering av psykologer til kommunene. I perioden fra 2017 til 2018 ble det avsatt 310 millioner kroner til formålet. For 2019 er det avsatt ytterligere 205 millioner kroner. Regjeringen omtalte kravet om lovfesting av psykologkompetanse som et viktig grep i satsingen på kommunalt psykisk helsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), og understreket at antallet psykologer i kommunene har hatt en markant økning som et resultat av det statlige rekrutteringstilskuddet. Rekruttering av flere psykologer til de kommunale helse- og omsorgstjenestene medfører et behov for kunnskap om hva psykologene gjør og hvordan de opplever å arbeide i slike tjenester.

### **Psykisk helse i kommunen**

Psykisk helsearbeid i kommunen kan beskrives som et nytt fagfelt (Schjødt, Onsøien & Hoel, 2012). Opptappingsplanen for psykisk helse (1998 - 2008) (St.prp. nr. 63 (1997-1998)) hadde som mål å styrke kommunenes kompetanse og ansvar for psykisk helsearbeid, men til tross for en betydelig utbygging av tjenester var det i 2012 fortsatt udekte behov. Schjødt et al. (2012) fremhever at det finnes flere kommunale utfordringer innenfor psykisk helsearbeid; blant annet knyttet til hvordan etater og tjenester organiseres, tilstrekkelig kompetanse til å definere hva som kjennetegner "godt psykisk helsearbeid" og bedre kartlegging av hvilke behov som finnes i den aktuelle kommunen.

Kommunen virker å streve med å finne den mest hensiktsmessige organiseringen av psykisk helsearbeid (Myrvold & Helgesen, 2009). I en evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse, gjennomført av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) (Myrvold & Helgesen, 2009), ble det fremhevet at den store variasjonen i norske kommuners størrelse, kultur og organisering har gjort det vanskelig å anbefale en spesifikk organisatorisk modell.

På lignende måte har Schjødt et al. (2012) satt spørsmålsteget ved om kommunalt psykisk helsearbeid er tydelig nok, og hevder at forskjellige forvaltningsnivåer og fragmenterte tjenester kan føre til utilstrekkelig samordning. Et viktig aspekt ved kommunal organisering er ifølge forfatterne at kommunale tjenester skilles ved lovverk, ikke behov. Selv om brukerne er de samme, er behov knyttet til utvikling, helse, omsorg og læring organisert under ulike tjenester, som dermed tilbyr overlappende tilbud og liknende støtte, men gjerne med ulik fagkompetanse i ryggen. Det å samhandle på tvers av tjenester, få til sammenheng og helhet i tilbudene, samt å få til en overordnet styring som forstår de ulike perspektivene, virker å være kommunenes kjerneutfordringer, og bør i større grad organiseres i tråd med kunnskap, behov og innhold (Schjødt et al., 2012).

Psykisk helsearbeid i kommunene utføres av en rekke aktører, blant annet fastlege, legevakt, helsestasjoner, skolehelsetjenesten, NAV-kontor, frisklivssentral, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og tverrfaglige behandlings- og oppfølgingsteam (Rodal & Frank, 2008; Helsedirektoratet, 2014). Målsetningene for kommunalt psykisk helsearbeid dreier seg blant annet om å øke kompetansen, utvikle raskere tilbud for lokalbefolkningen, tilrettelegge for trivsel og gi bedre muligheter for å søke hjelp. Bidrar profesjonsgruppene i kommunen til å øke denne kompetansen og eksisterer det gode nok systemer for å ta beslutninger om hvordan ressurser bør settes inn i forebyggings-, behandlings- og oppfølgingsarbeid (Schjødt et al., 2012)? Arbeid med psykisk helse i kommunen krever kunnskap på mange nivåer, og kommunens rolle i

det psykiske helsearbeidet innebærer et overvåkings-, tiltaks- og informasjonsansvar. Med andre ord skal kommunen ha oversikt over innbyggernes helsetilstand, påse at aktuelle etater samhandler, at tiltak skal igangsettes, samt at behandling og oppfølging gjøres tilgjengelig (Schjødt et al., 2012).

Den økte satsingen på psykologer i kommunen kan sees i lys av tidligere nevnte utfordringer. Kommunepsykologer er tenkt å kunne drive behandling, vurdere effekter av tiltak, og drive med opplysningsvirksomhet for psykiske lidelser og normalpsykologisk utvikling. Målsetningene knyttet til psykologer i kommunen er å bidra til å få folk til å søke hjelp, behandle de som trenger det, gi større tverrfaglig bredde i primærhelsetjenesten og sikre kvaliteten på behandling (Schjødt et. al., 2012; Helsedirektoratet, 2012). Hensikten med økt psykologkompetanse i kommunen er ikke å frata andre faggrupper ansvar for psykisk helse i kommunen, men derimot å samhandle med andre om å utvikle gode tjenester.

### **Kommunepsykologen i et historisk perspektiv**

Tittelen kommunepsykolog er ikke formelt avgrenset utover krav om å være autorisert psykolog, og refererer i utgangspunktet kun til en psykolog ansatt i kommunen. Det er likevel vanlig å avgrense begrepet til å omfatte psykologer ansatt i kommunen, med unntak av psykologer i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og kommunalt barnevern (Heggland, Gärtner & Mykletun, 2013). En slik definisjon er i tråd med avgrensningen gjort av Helsedirektoratet (2012) i den første versjonen av tilskuddsordningen for kommunepsykologer, "Tilskudd til modellutprøving - psykologer i kommunehelsetjenesten", som også gjelder i dag (Helsedirektoratet, 2018).

Kommunepsykolog som stilling går tilbake til 1970-tallet, da den første kommunepsykologstillingen ble opprettet i Odde Kommune. Datidens kommunepsykologstilling hadde til hensikt å koordinere hjelpetjenesten i kommunen og bidra med et helhetsperspektiv på

psykisk lidelse og menneskers utvikling. Lignende psykologstillinger ble opprettet i flere kommuner i slutten av 70-årene tilpasset lokale behov for psykologkompetanse, og forankret i blant annet kommunens sosial- og helsesektor, i PPT, eller på sosialkontor (Schjødt et al., 2012). Schjødt et al. (2012) hevdet at kommunepsykologene i disse stillingene, i løpet av 80-tallet, valgte å fokusere mer på forebyggende arbeid og arbeid overfor flere målgrupper, med den hensikt å nå ut til flere i befolkningen og utnytte psykologkompetansen mer effektivt.

Med Opptrappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-98)) økte fokus på psykisk helse i kommunen. Imidlertid ble midlene i liten grad brukt til å rekruttere psykologer, og planens måltall for antall psykologer i kommunen ble dermed ikke nådd (Schjødt et. al, 2012). Helse- og omsorgsdepartementet understreket i St.prp. nr. 1 (2006-2007) et behov for økt psykologkompetanse i kommunene, og foreslo at det bør utredes ordninger som bidrar til å rekruttere psykologer. Begrunnelsen for satsingen var at med økt kommunalt ansvar knyttet til psykisk helse økte også behovet for kompetanse, og psykologer ble vurdert som særlig egnet til å styrke den faglige kompetansen på lavterskel behandling, tidlig intervensjon og forebyggende tiltak. Dette resulterte i at Helsedirektoratet nedsatte flere arbeidsgrupper for å adressere problemstillingen, og ledet til rapporten "Psykologer i kommunen - barrierer og tiltak for økt rekruttering" (Rodal & Frank, 2008). I rapporten fremmes det fire hovedtiltak for økt rekruttering av psykologer til kommunene: (1) igangsetting av en tilskuddsordning for kommuner som ansetter psykologer, (2) finansiering av psykologers spesialisering, (3) kompetansemessige stimulerings tiltak og (4) et forsøksprosjekt med samlokalisering av psykologer og fastleger (Rodal & Frank, 2008).

Som et resultat av anbefalingene i rapporten utarbeidet Helsedirektoratet tilskuddsordningen "Modellutprøving - psykologer i kommunehelsetjenesten" (Helsedirektoratet, 2012). Målsetningen med tilskuddsordningen var å fremme økt rekruttering av psykologer til

kommunehelsetjenesten, samtidig som en ønsket å prøve ut fire ulike modeller for organisering. Modellene innebar enten samlokalisering av psykologer og fastleger i kommunene, psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid, psykologer på helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, eller psykologer i familiesentre eller familiens hus (Helsedirektoratet, 2012). Etter positive evalueringer (Heggland et al., 2013; Fossetøl & Skarpaas, 2013; Ådnes, Kaspersen, Husum og Ose, 2013) og en større politisk satsing på rekruttering av psykologer til kommunene har modellutprøvingen i dag gått over til en fast tilskuddsordning med navn "Psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester" (Helsedirektoratet, 2018). Modellene fra prøveordningen er tatt vekk, og kommunene er gitt friere rammer for organisering. Imidlertid er Helsedirektoratets retningslinjer for tilskuddsordningen (2017) fremdeles førende for kommunepsykologens arbeidsoppgaver og fokus. Formålet med tilskuddsordningen er å styrke kvalitet og kompetanse knyttet til kommunalt arbeid med psykisk helse, rus, vold og traumer (Helsedirektoratet, 2016). Ifølge Helsedirektoratet (2016) skal kommunepsykologen ha fokus på følgende fire delmål: (1) system- og samfunnsrettet arbeid, som inkluderer plan- og utviklingsarbeid, veiledning og fagstøtte, (2) helsefremmende og forebyggende arbeid, (3) lavterskel behandling og oppfølging og (4) utadrettet arbeid, som blant annet inkluderer tverrfaglig samarbeid. Målgruppen kan omfatte barn, unge, voksne, eldre, familier, pårørende, grupper og lokalmiljø. Helsedirektoratet (2016) understreket at det utover dette er opp til den enkelte kommune å velge hvordan de ønsker at kommunepsykologtjenesten skal se ut, avhengig av befolkningens behov i den gjeldende kommunen.

### **Profesjonsteori**

Psykologprofesjonen i Norge har en sterk nasjonal posisjon sammenlignet med i andre land (Aanonsen, 2006). En profesjon defineres ofte som en gruppe med mennesker med en bestemt kunnskap som er allment anerkjent, og som er basert på faglig/vitenskapelig innsikt

(Laursen, Moos, Olesen & Weber, 2005). Laursen et al. (2005) hevdet at en profesjon blant annet kjennetegnes av at den er basert på en egen utdannelse fra en vitenskapelig institusjon, at den har et allment eller institusjonelt monopol på spesifikke arbeidsoppgaver, at medlemmene er organisert og at det eksisterer et kollektivt faglig og etisk regelsett som rammer inn profesjonen. Ifølge Erichsen (1996) formes helseprofesjoner i Norge gjennom sitt forhold de har til den norske velferdsstaten. For eksempel har psykologer gjennom de siste tiårene tilegnet seg ansvar og rettigheter i helsevesenet, og også vist seg anvendelige innenfor mange andre arbeidsfelt. Utviklingen har gjort psykologi til et populært fag på norske universiteter, psykologer har blitt mer synlige og innflytelsesrike i samfunnet og behovet for psykologer har økt (Aanonsen, 2006). Ifølge Erichsen (1996) fører økende konkurranse om arbeidsområder til at profesjonen får et større behov for å kunne definere eget arbeidsområde, profilere og avgrense sin posisjon i samfunnet. Forholdet mellom profesjonen og samfunnet kan være strengt eller løst regulert, men bygger alltid på en tillit; tillit til at profesjonen, innen visse rammer, innehar autonomi og faglig grunnlag i hvordan de løser oppgavene sine (Ekeland, 2004).

Autonomi kan, ifølge Erichsen (1996), defineres som grunnlaget for selvstendighet og uavhengighet i forhold til andre. Innenfor profesjonsteori skiller Timmermans og Berg (2003) mellom det de kaller *profesjonell* og *klinisk* autonomi. Profesjonell autonomi inkluderer profesjonens mulighet til selvregulering ved å kontrollere tilgangen til feltet, utvikle spesialisert kunnskap, samt jobbe innenfor en fagforening (Timmermans & Berg, 2003). Klinisk autonomi viser til profesjonsutøverens mulighet til å styre sin egen arbeidshverdag, ta selvstendige beslutninger og ha frihet til å være nytenkende i prosessen (Timmermans & Berg, 2003). Begrepene klinisk og profesjonell autonomi er nært knyttet til begrepet *jurisdiksjon*, som omhandler profesjonens grad av myndighet og ansvar innenfor sitt virkefelt (Abbott, 2014; Erichsen, 1996). Psykologer kan anses som politiske aktører når deres virkefelt institusjonaliseres

og ekspanderes. Profesjonspolitikken omhandler blant annet organiserte ambisjoner etter jurisdiksjon. En profesjons strategiske kontroll over et knapt gode og evnen til å legitimere og få støtte for sitt jurisdiksjonskrav kan kalles profesjonens sosiale og kommunikative makt (Eriksen, 2008). Psykologers sosiale og kommunikative makt i politisk og samfunnsmessig sammenheng har de siste tiårene vokst seg stor. Psykologer har i en årrekke blant annet tilegnet seg klinisk ekspertise og en ekspertrolle innenfor helsevesenet gjennom en lang vitenskapelig utdanning (Utvåg, Steinkopf & Holgersen, 2014). I 2007 vedtok Psykologforeningen at foreningens viktigste politiske mål for fremtiden skulle være "Psykologisk lavterskeltilbud til befolkningen i et folkehelse- og livsløpsperspektiv". Da ble det argumentert sterkt for at psykologer burde få en større rolle i kommunen, og hovedargumentene har blant annet omhandlet betydningen av tidlig intervensjon, mindre press på spesialisthelsetjenesten, tydeligere plassering i lokalmiljøet, fokus på samtalerterapi heller enn medisiner og ikke minst at psykologer har kunnskap om folkehelsearbeid og systemrettede- og forebyggende tiltak knyttet til dette. Dette siktemålet fikk sitt gjennombrudd i 2016, da regjeringen varslet lovendring, og videre med stortingsvedtaket om lovfesting av psykologkompetanse i kommunene i 2017. Gjennombruddet synes å ha stor betydningen for psykologprofesjonens jurisdiksjon.

### **Kommunepsykologrollen i media**

I kjølvannet av den politiske satsingen på psykologkompetanse i kommunen har det blitt publisert en rekke debattinnlegg knyttet til psykologens kompetansegrunnlag og rolle i kommunen (Skaret, 2014; Strand, 2017; Helmikstøl, 2017; Haugland 2017; Skårdal, 2017). Et av diskusjonsmomentene dreier seg om hva kommunepsykologen skal brukes til.

I et intervju fra 2017 med Psykologforeningens president, Tor Levin Hofgaard, hevdet han at tilbakemeldingene fra de 500 psykologer som på daværende tidspunkt jobbet i kommunen var positive og at de så ut til å klare seg utmerket. De største utfordringene, ifølge Hofgaard, er

knyttet til at kommunen ikke helt vet hva de kan bruke psykologen til (Strand, 2017). I en rapport fra Heggland et al. (2013) fremkommer det at prioritering av arbeidsoppgaver i stor utstrekning blir overlatt til kommunepsykologen selv. Hofgaard svarer at til tross for dette virket det som om psykologene ganske raskt fant ut hvordan de skal bruke kompetansen sin (Strand, 2017).

Kommunepsykologenes frihet til å bestemme sin egen stilling kan tenkes å ha implikasjoner for profesjonen som helhet. I en debattartikkel fra 2014, argumenterte Karine Skaret at den store graden av frihet gir kommunepsykologen rom til å forme sin egen arbeidshverdag, og at de valgene kommunepsykologen tar vil være med på å forme og utvide profesjonens rolle i samfunnet. Skaret (2014) hevdet at kommunepsykologens prioriteringer vil ha implikasjoner for profesjonens forståelse av seg selv, og ikke minst andre yrkesgruppers forståelse av hvem psykologen er.

Andre debattanter har satt spørsmålsteget ved psykologens grunnkompetanse i møte med et nytt mandat i kommunen. Kristian Haugland hevdet, i en artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening i 2017, at blandingen av individuell og kontekstuell forståelse gjør kommunepsykologen verdt å satse på i fremtiden, og at psykologer stiller sterkt når det gjelder å se helsetjenester i et samfunnsperspektiv (Haugland, 2017). Tina Nordbotten Skårdal (2017) hevdet på sin side at det foreligger et overlapp mellom kommunepsykologmandatet og PP-tjenesten. I tillegg har PP-tjenesten mer oversikt over kommunen som system. Hun undret seg over at det ikke gis tilskudd også til PPT, og hevdet at kommunepsykologstillingen kan komme til å undergrave PP-tjenesten (Skårdal, 2017). Andre igjen har satt spørsmålsteget ved om kommunepsykologen har kompetanse nok til å gjennomføre de arbeidsoppgaver de er gitt (Skaret, 2014; Helmikstøl, 2017). I 2017 gikk Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi ved UiO, ut med påstanden om at psykologer ikke kan forebygging. I et intervju av Øystein Helmikstøl (2017) fortalte Holte at hans erfaring er at norske psykologer ikke har kompetanse



nok til å gjøre jobben som politikerne forventer av dem. Holte hevdet at psykologer knapt kan definere begrepet forebygging og ikke har kunnskap om verken grunnleggende eller mer avansert forebyggingsteori. Holte viste til psykologutdanningen for å underbygge sine påstander. Ifølge Holte blir studenter utdannet til kliniske psykologer, ikke samfunnspsykologer og mener grunnutdanningen bør endres. Holte møtte motstand fra flere hold i sine uttalelser, blant annet fra Pål Kraft, instituttleder ved UiO og Ingunn Skre, instituttleder ved UiT. De hevdet blant annet at psykologer har kompetanse innenfor rådgivning av andre yrkesgrupper og ved utforming av lavterskeltilbud og at en gjennom utdanning tilegner seg relevant praksis innenfor kommunen (Helmikstøl, 2017). I et notat om hovedsatsningsområde for 2014-2016 hevdet Norsk psykologforening at det er allment akseptert at psykologer har kompetanse innen forebygging (Norsk psykologforening, 2013).

### **Tidligere forskning**

Kommunepsykologstillingen er utformet i en særnorsk kontekst ut fra de rådende politiske føringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Til tross for at det finnes stillinger internasjonalt der en arbeider i førstelinjen med lignende arbeidsoppgaver, valgte vi ut i fra kommunepsykologstillingens særnorske bakgrunn innenfor en norsk sosial, helse og velferdsmodell, å ikke vektlegge internasjonal forskning i denne studien. Vi vurderte at det forelå en rekke faktorer vi anså som spesifikke for kommunepsykologstillingen i Norge, og valgte følgelig å belyse norsk litteratur som var antatt å ha større nærhet og relevans for det fenomenet vi ønsket å utforske. Noen av disse faktorene er stillingens forankring i lovverk, politiske føringer, det norske velferdssystemet, psykologens posisjon i samfunnet og organisering av psykisk helsearbeid i Norge. Det finnes i dag et begrenset kunnskapsgrunnlag omkring kommunepsykologers opplevelser og virke. Majoriteten av forskningslitteraturen om kommunepsykologer kom i etterkant av den første tilskuddsordningen for kommunepsykologer

(Helsedirektoratet, 2012). Ordningen ble evaluert i 2013, og evalueringen bestod av tre rapporter fra henholdsvis Folkehelseinstituttet (FHI), SINTEF og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) på oppdrag fra Helsedirektoratet (Ådnes et al., 2013; Heggland et al., 2013; Fossetøl & Skarpaas, 2013). Resultatet av evalueringene pekte i stor grad i samme retning og hovedfunnene fra rapportene presenteres her.

Heggland et al. (2013) fant at kommunepsykologene i sitt utvalg i hovedsak arbeidet med kliniske oppgaver som individualterapi og foreldreveiledning. Resultatene tydet på at det ble benyttet lite tid på forebygging og befolkningsrettede tiltak. Ådnes et al. (2013) presenterte lignende funn; psykologer ansatt i kommunen virket å fylle en tradisjonell behandlerrolle selv om forebyggende arbeid, veiledning og kunnskapsformidling på samme tid ble rangert som de viktigste arbeidsoppgavene i kommunepsykologstillingen. Kommunepsykologene ønsket å bruke mer tid på disse oppgavene, men opplevde å bli hindret av arbeidspress knyttet til individualbehandling. (Heggland et al., 2012).

Fossetøl & Skarpaas (2013) fant at kommunepsykologene virket å ha en sterk personlig motivasjon for jobben. Forfatterne hevdet at dette kan skyldes at kommunepsykologstillingene representerer et godt samsvar mellom politikk og viktige utviklingstrekk i psykologfaget - i retning av et større fokus på lavterskeltjenester og folkehelsearbeid. Ådnes et al. (2013) viste at stor faglig frihet og autonomi ble trukket frem som den største motivasjonen til å begynne i stillingen. I samsvar med Ådnes et al. (2013) fant Fossetøl & Skarpaas (2013) at psykologers motivasjon til å søke på stillingen som kommunepsykolog innebar et ønske om autonomi og frihet, muligheten til å jobbe mer helhetlig, inngå i en flatere struktur enn i spesialisthelsetjenesten og å kunne bidra til et lavterskeltilbud. Videre identifiserte både Ådnes et al. (2013) og Fossetøl og Skarpaas (2013) flere faktorer som ble trukket frem som vesentlige for å forbli i stillingen. Det var blant annet viktig at det ansattes flere psykologer for et sterkere

fagmiljø, at det ble gitt mer konkurransedyktig lønn, at en fikk mer fokus på folkehelsearbeid, flere muligheter til kurs og utvikling, samt at det ble iverksatt tiltak for å synliggjøre psykologens kompetanse.

Heggland et al. (2013) fant at en stor andel av kommunepsykologer (71%) var med å utforme innholdet i sin egen stilling. Flere kommunepsykologer ga likevel uttrykk for at mangel på føringer var problematisk. I tråd med dette viste Ådnanes et al. (2013) at psykologer med lang erfaring verdsatte faglig frihet og autonomi i vesentlig større grad enn psykologer med kort erfaring. Forfatterne forklarte dette med at nyutdannede psykologer kan oppleve et større behov for tydelige rammer. Flere psykologer i utvalget etterspurte tydeligere stillingsinstruksjoner og føringer, og mangelen på dette ble omtalt som frustrerende.

Toppledelsen i kommunen virket å være lite aktive i utforming av kommunepsykologens arbeidsoppgaver. Ettersom forebyggende arbeid ofte innebærer sektor- og tjenesteovergrepene samarbeid hevder Heggland et al. (2013) at det må det legges til rette for slikt arbeid for å utnytte psykologens kompetanse på en hensiktsmessig måte på dette feltet. Fossetøl & Skarpaas (2013) fant i sin undersøkelse at rekruttering av kommunepsykologer gjerne var politisk og administrativt forankret, men at stillingen ikke virket å være knyttet til en tydelig beskrevet rolle. Videre hevdet forfatterne at den enorme variasjonen i kommunenes organisering, tjenester, kultur og behov tilsier at kommunepsykologen “i større grad må forstås som en entreprenør, og en som må finne, mer enn å få, sin rolle” (s. 133, Fossetøl og Skarpaas, 2013).

Heggland et al. (2013) fremmet at det kan være en fordel å forankre kommunepsykologens virksomhet i et lovverk for å tydeliggjøre rammene for deres virke. Forfatterne hevdet at det kan være nyttig å øke kommunepsykologenes kompetanse på forebyggende arbeid. De gjennomgikk studieplanen ved de fire universitetene som tilbyr profesjonsutdanningen i psykologi, Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB),

Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Universitet i Tromsø (UiT) og konkluderte med at psykologer innehar en grunnutdannelse som med små grep kan styrke deres kompetanse på forebyggende arbeid (Heggland et al., 2013). På samme tid etterspurte kommunepsykologene selv mer kompetanse knyttet til forebyggende folkehelsearbeid i kommunal sektor (Ådnanes et al. 2013). Det virket å være stor variasjon i hva kommunepsykologer la i begrepet forebygging, og Heggland et al. (2013) fant at det ofte ble benyttet definisjoner som overlappet med behandlingsbegrepet.

Både Ådnanes et al. (2013) og Fossetøl og Skarpaas (2013) konkluderte i sine rapporter at kommunepsykologene var med på å bidra til økt samspill og samarbeid, og videre sikre økt kvalitet på tjenestene gjennom kvalitetssikring av arbeidet i kommunehelsetjenesten og gjennom individualbehandling. Tilskuddsordningen virket å ha gitt kommunepsykologstillingen mer status, og har medført et større fokus på psykisk helsearbeid i kommunene (Fossetøl & Skarpaas, 2013).

Med bakgrunn i samhandlingsreformen, helse- og omsorgstjenesteloven og lovfesting av psykologkompetanse i kommunene ønsket Norsk psykologforening å utrede psykologers kliniske oppgaver i kommunal sektor. Utredningen endte i en rapport utarbeidet av Anne-Kristin Imenes i 2017. I likhet med funnene i de tidligere nevnte rapportene (Ådnanes et al., 2013; Heggland et al., 2013; Fossetøl & Skarpaas, 2013) fant Imenes (2017) at kommunepsykologene trivdes godt i stillingen sin og at de var motivert av frihet og autonomi, fleksibilitet og variasjon, samt det å komme tidlig inn i hjelpeprosessen. Imenes (2017) fremmet at psykologens oppgaver og ansvar i kommunal sektor er lite beskrevet og forankret i lovverk, og løfter frem hvilke konsekvenser dette har. Få føringer for det kliniske arbeidet førte blant annet til usikkerhet knyttet til hvilken plass kartlegging, utredning og diagnostisering skal ha i et lavterskeltilbud. Videre gjorde uklarheten at kommunepsykologer møtte et bredt spekter av forventninger til hva deres stilling

skulle innebære, og hvordan dette arbeidet skulle gjennomføres. Imenes (2017) nevnte blant annet forventninger om å kun være behandler og om å ha ansvar for å lage egne rammer. I tråd med dette fant Fossetøl og Skarpaas (2013) at fastleger virket å ha en forventning om at kommunepsykologene kun skulle arbeide med individualbehandling, og at de ikke burde bruke sin kompetanse på systemrettet arbeid og veiledning av andre yrkesgrupper.

Med utgangspunkt i undersøkelsens funn kom Imenes (2017) med en rekke anbefalinger for å legge til rette for kommunalt ansatte psykologers kliniske praksis. Anbefalingene tok blant annet for seg endringer i spesialiseringsløpet for psykologer, undervisning og kursing i aktuelle lovverk og ulike instansers ansvar og roller i kommunalt helsearbeid, og å sikre spesialisering, systematisk veiledning og et fagnettverk for kommunepsykologer. Imenes (2017) hevdet at en må beherske en lang rekke tilstandsbilder og ha kunnskap om alt fra helsefremmende arbeid og forebygging til habilitering, kriser og traumer. Ifølge Imenes (2017) fordrer dette at Norsk psykologforening bør arbeide for at kommunepsykologer omfattes av et lignende lovkrav om spesialistkompetanse som gjelder for fastleger. Videre hevdet Imenes (2017) at det i fremtiden bør opprettes en definert kommunepsykologstilling i alle kommuner til samfunnspsykologisk, helsefremmende og forebyggende arbeid, på en lignende måte som dagens kommunelege.

Den politiske satsingen og fokuset på økt rekruttering av psykologer til de kommunale helse- og omsorgstjenestene har skapt debatt omkring psykologenes kompetanse og hvilken rolle de skal ha i kommunehelsetjenesten. Likevel har vi et begrenset kunnskapsgrunnlag knyttet til hvordan psykologene selv opplever å arbeide i kommunene. Det finnes i dag få studier som tar for seg kommunepsykologer, utover de forskningsmessige rapportene som er omtalt tidligere. Heggland et al. (2013) hevdet at vi i dag vet mye om kommunepsykologens organisering, men etterspurte forskning og evaluering av helseøkonomiske faktorer og kommunepsykologtjenestens innvirkning på befolkningens psykiske helsetilstand. Det fremstår å være et behov for økt

kunnskap omkring kommunepsykologer, og især kvalitativ forskning. Etter å ha gjennomført et bredt, men ustrukturert litteratursøk foreligger det ut fra vår viten ingen kvalitative studier som utforsker kommunepsykologers opplevelser. Denne kunnskapsmangelen gjør at vi anser det viktig å belyse temaet med utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming. Gitt opprustingen av kommunenes psykiske helsearbeid, samfunnsdebatten og den faglige diskusjonen omkring kommunepsykologens rolle, frihet og kompetanse, og den nært forestående lovfesting av psykologkompetanse i kommunene anser vi det som relevant å utforske kommunepsykologers opplevelser av sitt virke. Dette ledet til vårt forskningsspørsmål:

*Hvordan opplever kommunepsykologer arbeidshverdagen sin?*

### **Metode**

For å belyse vårt forskningsspørsmål valgte vi å ta i bruk et kvalitativt forskningsdesign forankret i et hermeneutisk-fenomenologisk rammeverk (Binder, Holgersen & Moltu, 2012). Den fenomenologiske tradisjonen har til hensikt å beskrive, utforske og forstå individets konstruksjon av mening i sine opplevde erfaringer inngående og nært (Kvale & Brinkmann, 2009).

Hermeneutikken tar på sin side for seg hvordan en fortolker, samt forholdet mellom den som fortolker (forskeren) og fortolkningsobjektet (informanten), som en vedvarende refleksiv prosess (Laverly, 2003). Binder et al. (2012) hevdet at kvalitative undersøkelser alltid innebærer en spenning ved at en forsøker å utforske og beskrive den enkelte informant sine personlige opplevelser i detalj, samtidig som en søker å sammenligne og trekke ut meningsbærende temaer på tvers av flere informanternes opplevelser. Denne spenningen kan beskrives ut fra tre poler: (1) å gi detaljerte beskrivelser av informantenes opplevelser, (2) å gi meningsfulle beskrivelser og analyser av fellestrekk og forskjeller mellom informanternes opplevelser og deres kontekst, og (3) den refleksive bevisstheten rundt forskerens egne påvirkning i lys av sin sosiokulturelle kontekst (Binder et al. 2012).

## Utvalg

Ettersom studiens fokus rettet seg mot kommunepsykologer som gruppe utledet vi noen enkle inklusjonskriterier for deltakelse for å sikre et relevant og strategisk utvalg. Det ble vurdert som et krav at informantene skulle være 1) kommunalt ansatte psykologer, samt at 2) stillingen deres skulle være utlyst med midler fra Helsedirektoratet gjennom tilskuddsordningen “Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rekrutteringstilskudd” eller tilsvarende tilskuddsordninger. Aktuelle informanter ble identifisert ut fra inklusjonskriteriene og rekruttert ut i fra tilgjengelighet. Potensielle informanter ble identifisert ved hjelp av biveileders kontaktnettverk, direkte telefonkontakt med forskjellige kommuner og via e-post som var oppført på kommunenes nettsider. Det ble rekruttert totalt ni informanter ansatt i fem forskjellige kommuner, hvorav syv kvinner og to menn. I rekrutteringsprosessen henvendte vi oss direkte til mulige informanter per e-post eller telefon, med informasjon om studien og spørsmål om de kunne tenke seg å delta. Informantenes stillinger bar preg av å være organisert på ulike måter og med vidt forskjellig stillingsbeskrivelser, i tråd med funn av Heggland et al. (2013). Av hensyn til taushetsplikt vil ikke informantene beskrives utover dette.

## Datainnsamling

Vi valgte å ta i bruk semistrukturerte kvalitative intervjuer som verktøy for innhenting av data. Det kvalitative intervjuet har til hensikt å innhente beskrivelser av informantens opplevelse av verden, med fokus på deres fortolkning av fenomener (Kvale og Brinkmann, 2009). Videre besluttet vi å gjennomføre intervjuene individuelt for å sikre at informantene kunne dele sine erfaringer fritt, og fordi vi ønsket å gå i dybden av den enkelte informants opplevelse.

I samarbeid med veileder utviklet vi en intervjuguide som lente seg på en semistrukturert organisering. Dette gjorde at intervjuene fikk en tilstrekkelig struktur og ramme, men åpnet samtidig opp for oppfølgingsspørsmål og utforsking av temaer og momenter som ikke var

beskrevet i intervjuguiden. Det ble vektlagt å ha åpne spørsmål der informantene selv kunne velge respons ut fra sitt eget repertoar (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden bestod av en innledende del med vekt på organisatoriske forhold og en hoveddel med fokus på informantenes opplevelser i lys av studiens problemstilling. Intervjuet ble organisert på denne måten for å skape en naturlig intervjusituasjon og for å få samtalen i gang før det ble spurt om personlige opplevelser. Spørsmålene ble utviklet for å dekke relevante temaer innenfor studiens problemstilling, men samtidig åpne opp for spontanitet, i tråd med Kvale og Brinkmann (2009). Eksempler på spørsmål fra intervjuguiden var “Hvordan var det å begynne å jobbe i denne stillingen?”, “Kan du beskrive en vanlig arbeidshverdag?” og “Hva er det som gjør at du har valgt å jobbe på denne måten?”. Vi gjennomførte et pilotintervju for å undersøke hvordan intervjuguiden fungerte i praksis, og gjennomførte mindre justeringer med basis i hvordan dette intervjuet ble opplevd av både intervjuer, intervjuobjekt og observatør (se vedlegg 3).

Det ble gjennomført totalt ni intervjuer som i hovedsak fant sted ved de aktuelle informantenes arbeidsplass, enten på behandlingsrom, møterom eller på informantens kontor. Intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 55 minutter, og varierte mellom 48 og 67 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og deretter transkribert av forskeren som gjennomførte intervjuet. Dette ble gjort for å ivareta mest mulig nonverbal informasjon. Dette resulterte i nærmere 75 000 ord til sammen, med et gjennomsnitt på 8149 ord (min = 6640, maks = 9449) per intervju.

Vi gjennomførte henholdsvis 4 og 5 intervjuer hver. Både i forkant og etterkant av intervjuene møttes vi for å diskutere og reflektere rundt intervjusituasjonen, som et ledd i å sørge for at intervjuene ble gjennomført på en relativt lik måte for å styrke studiens reliabilitet.

### **Forskningsetiske betraktninger**



Prosjektet ble sendt til vurdering ved Norsk senter for forskningsdata (NSD), og ble vurdert som godkjent 14.09.2017 (Ref.nr: 55338) (se vedlegg 1). Etter innhenting av nødvendige tillatelser ble aktuelle informanter kontaktet per e-post med forespørsel om de ønsket å delta i studien. Det ble deretter sendt ut et informasjonsskriv om hensikten med studien og praktisk informasjon. I forkant av intervjuene ble det innhentet skriftlig samtykke, og det ble informert om at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi noen årsak. Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker, og lydfilene ble i etterkant overført til en fysisk isolert datamaskin før transkripsjon. Under transkriberingen ble alt av personidentifiserende opplysninger anonymisert. Alle informanter ga skriftlig samtykke til studiens vilkår.

### **Analyse**

Vi valgte å ta i bruk systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud (2012) som analysestrategi. STC er en tematisk tverrgående analysemetode. Metoden er inspirert av Amadeo Giorgis fenomenologiske tenkning (Giorgi & Giorgi, 2003), hvor en undersøger fenomener slik de oppleves i bevisstheten, og forsøker å beskrive temaets essens så nøyaktig som mulig. I likhet med Giorgis tenkning forsøker en i STC å redusere data ved å dekonstekstualisere og rekontekstualisere meningsinnhold. Selv om STC er inspirert av fenomenologisk analysemetode hevder Malterud (2012) at STC er en mer pragmatisk og anvendelig analysemodell som dermed er enklere å gjennomføre (Malterud, 2012).

I tråd med STC fulgte vi følgende fire trinn: (1) Gjennomlesing av alle transkriberte intervjudata - fra data til tema, (2) Identifikasjon og sortering av meningsenheter - fra tema til kategorier, (3) Kondensering av meningsinnhold - fra kategorisering til mening og (4) Sammenfletting og presentasjon av funn - fra kondensering til beskrivelser.

(1) Målsetningen i det første steget av analysen er å få oversikt og danne seg et helhetsinntrykk av innsamlet data, for deretter å omdanne data til overordnede tema (Malterud,

2012). Vi begynte å danne oss et inntrykk allerede da vi transkriberte intervjuene. På dette nivået i analyseprosessen legger Malterud (2012) vekt på at en skal være ateoretisk, samtidig som en skal være klar over at en er påvirket av studiens forskningsspørsmål når en tolker meningsinnholdet i intervjuene. Data bør tolkes med et åpent sinn, hvor en unngår fristelsen til å systematisere og kategorisere mening i overordnede kategorier, men heller tolker data slik det fremstår her og nå. Det er en fordel at flere forskere tolker data sammen, for å skape et bredere og mer kreativt analytisk landskap (Malterud, 2012). For å overholde disse prinsippene valgte vi å lese gjennom intervjuene hver for oss, for så å notere stikkord etter første gjennomlesing, og deretter fortelle hverandre om våre inntrykk og diskutere stikkordene i fellesskap. Stikkordene ble ikke bestemmende for de senere overordnede kategoriene av meningsinnhold, men ble utgangspunktet for vår organisering av data.

(2) Det andre steget i analyseprosessen handler, ifølge Malterud (2012), om å identifisere og sortere meningsinnhold. Her beveger forskeren seg fra frittstående tema til bestemte kategorier som kan belyse studiens problemstilling. I vår studie startet vi denne prosessen ved å lese hvert intervju, linje for linje, og identifiserte meningsenheter i fellesskap. En meningsenhet kan defineres som et tekstutdrag som inneholder mening som forskerne opplever sier noe om studiens problemstilling (Malterud, 2012). I STC vil ikke alle deler av teksten fremstå som meningsenheter, og det er forskernes oppgave å identifisere hva som er relevant for forskningsspørsmålet. En avgjørende del av denne prosessen er å identifisere, klassifisere og sortere meningsenheter i overordnede meningskategorier, og prosessen innebærer å trekke ut meningsenhetene fra deres opprinnelige kontekst - et steg Malterud kaller *dekontekstualisering*. Meningskategorier er merkelapper som knytter meningsenheter sammen (Malterud, 2012). Kategoriene er gjerne knyttet til stikkordene fra første del av analysen, men bør være uavhengig av de opprinnelige temaene i intervjuguiden. For å utfordre våre opprinnelige forventninger til

resultatet ble meningskategoriene dannet ved at vi leste høyt fra intervjuet, diskuterte mulige meningsenheter underveis og kategoriserte dem i ulike meningskategorier. I dette steget av analysen valgte vi å være åpne og brede i våre tolkninger, og inkluderte mer, heller enn mindre av teksten. Underveis i kategoriseringsprosessen utviklet og endret kategoriene seg, i sammenheng med at tolkningene våre ble mer preget av de kategoriene som vi allerede hadde etablert, når vi så nye sammenhenger eller opplevde at kategoriene ikke samsvarte tilstrekkelig med meningsinnholdet. Det er viktig å ha en fleksibel holdning i analyseprosessen, hvor en gradvis endrer prinsippene for sortering av meningsinnhold etterhvert som en blir bevisst på hva informantene opplever. Dette er med på å øke forståelsen av innholdet (Malterud, 2012). Etterhvert som vi dannet nye meningskategorier eller endret navnene på allerede etablerte kategorier gikk vi gjennom meningsenhetene i kategoriene, og så hvor de passet inn. Én meningsenhet kunne inkluderes under flere enn én meningskategori, men hvis én meningsenhet falt inn under opptil flere meningskategorier gang på gang, så vi på dette som en indikasjon på at det var nødvendig å i større grad avgrense meningskategoriene fortløpende. Underveis i prosessen la vi merke til at noen meningskategorier var nødvendig å dele opp eller differensiere i ulike undergrupper. For å være mest mulig transparent i analyseprosessen jobbet vi induktivt, ved å kode meningsenheter under ulike meningskategorier underveis i analysen, for deretter å se hva resultatet ble til slutt, fremfor å definere kategorier på forhånd. Vi diskuterte fortløpende spørsmål som; sorterer vi forskjellige meningsenheter under samme meningskategori nå? Eller hva mener vi egentlig når vi sier “rammeverk” eller når vi sier “forventninger”?

(3) Ifølge Malterud (2012) handler det tredje steget i analyseprosessen om systematisk meningskondensering. I de foregående stegene har forskeren forsøkt å redusere empirisk data fra intervjuene til et dekontekstualisert utvalg av meningsenheter organisert i ulike kategorier på tvers av informantene. Når en befinner seg på dette steget i analyseprosessen er utallige sider med

data redusert til meningskategorier som forskerne anser som meningsfulle for å belyse studiens problemstilling. Systematisk meningskondensering omfatter å skrive om meningsenhetene i utvalgte kategorier for å abstrahere meningsinnholdet, samtidig som en forsøker å bevare informantenes opprinnelige terminologi på en best mulig måte. Kondenseringen skrives i førstepersonsperspektiv og en skal forsøke å forsikre seg om at meningsinnholdet skal speile perspektivet til hver enkelt informant som har bidratt med informasjon om fenomenet. Malterud (2012) foreslår at en starter med å finne en rik og innholdsrik meningsenhet, for deretter å inkludere utdrag fra andre meningsenheter i samme meningskategori. Meningsenheter som ikke passer inn legges til side. Senere er det opp til forskerne å avgjøre om tilsidelagte meningsenheter passer inn her, tilhører et annet fenomen, eller ikke kan anses som en meningsenhet i det hele tatt. På denne måten gjennomgår en og abstraherer all empirisk data fra studien på en systematisk måte, samtidig som en spør seg selv hva meningsinnholdet kan si oss om studiens problemstilling (Malterud, 2012). Dette steget gjennomførte vi i tråd med Malteruds prinsipper og kom frem til fem kondensat.

(4) Analyseprosessens fjerde og siste steg tar for seg hvordan en går fra kondensering til beskrivelser (Malterud, 2012). Hensikten er å forsikre seg om at det dekontekstualiserte, abstraherte meningsinnholdet og sitatene fra den systematiske meningskondenseringen (steg tre) fremdeles er valide og speiler helheten i den opprinnelige konteksten - det er dette Malterud (2012) kaller *rekontekstualisering*. Forskerne utarbeider en historie i tredjepersonsperspektiv om fenomenet som beskrives. Dette gir forskerne en analytisk distanse som påminner leseren, så vel som forskerne at informasjonen som studien er bygget på både er tolket og refortolket (Malterud, 2012). Det endelige utfallet fra dette steget i analyseprosessen er fremstilt under resultatdelen i studien.

Kategoriseringsprosessen i analysen ble gjennomført med hjelp av programvaren NVivo (QSR, 2016). NVivo er en programvare utviklet for bruk ved kvalitativ og mixed-methods forskningsprosjekter, og hjelper med å organisere, kategorisere, analysere og visualisere data på en strukturert og oversiktlig måte.

### **Metodisk refleksivitet**

Begrepet refleksivitet omhandler at forskeren innehar en kritisk selvbevissthet om sin egen og studiens historiske, sosiale og kulturelle kontekst, og hvordan dette påvirker alle trinn i forskningsprosessen; fra formuleringen av forskningsspørsmål, til utforskningen, tolkningen og analysen (Finlay, 2014). Finlay (2014) hevder at refleksivitet innebærer å utforske den relasjonelle prosessen som foregår mellom forsker og intervjuobjekt for å forstå den bedre. Eksempelvis har vi som forskere med oss våre egne erfaringer og holdninger knyttet til studiens tema, og kan sammenligne våre egne opplevelser med informantenes erfaringer. Refleksivitet kan gi innsikt i vår felles, intersubjektive verden og kan forstås som en prosess av kontinuerlig refleksjon rundt seg selv, intervjuobjektet og temaet i forskningen.

Studiens problemstilling ble til med bakgrunn i forfatterens interesse for empirisk forskning, kvalitativ metodikk og utvalgets aktualitet. I prosjektets startfase var vi interessert i hvordan rammebetingelser ved arbeidsplassen påvirker psykologens kliniske praksis i terapirommet. Gjennom veiledning og et litteratursøk konkluderte vi med at dette var en problemstilling som i noe utstrekning var undersøkt allerede, særlig innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi valgte å snevre inn vårt utvalg til å gjelde kommunepsykologer, ettersom det var en relativt nyetablert rolle. Rollen var aktuell å utforske fordi den skapte debatt og hadde stor betydning for psykologprofesjonens virkefelt, dessuten var det lite forskning som var blitt gjort allerede. På forhånd hadde vi antagelser om at dette var en gruppe som ville være åpen for å la seg intervju. Vi tenkte oss også at det eksisterte stor variasjon i informantenes

opplevelse av sin arbeidshverdag. Vi antok at informantenes opplevelser ville dreie seg om hvordan det var å begynne i ny stilling, hvordan en opplevde et nytt mandat og et nytt system, og hvordan en forholdt seg til de føringer som var gitt på forhånd gjennom tilskuddsordningen. Tidlig i prosjektfasen valgte vi en problemstilling som speilet dette hvor vi rettet blikket spesifikt mot slike føringer. Blant annet fokuserte vi på informantenes opplevelse av lavterskeltilbud og forebyggingsarbeid (se vedlegg 2). I datainnsamlingsfasen endret vi problemstillingen til “Hvordan opplever kommunepsykologer sin arbeidshverdag?”. Endringen ble foretatt fordi vi innså at vår tidligere problemstilling var for fokusert. Et for fokusert forskningsspørsmål kan lede til tunnelsyn og være et hinder i forskerens forståelse i analyseprosessen (Agee, 2009). Dette kan ha påvirket studiens indre validitet, men ifølge Flick (2006) er det likevel ikke uvanlig å reformulere problemstillinger underveis. I kvalitativ forskning kan det sees på som en styrke ved at en i større grad kan ta høyde for uventede svar (Flick, 2006). Vi vurderte spørsmålene i intervjuguiden som dekkende også for en mer åpen problemstilling.

I forkant av intervjuene ble informantene opplyst om at forskerne er psykologstudenter ved Det psykologiske fakultet, UiB, og at studien ble gjennomført som et hovedoppgaveprosjekt. Dette kan tenkes å ha påvirket måten informantene forholdt seg til oss som intervjuere, og videre hva de valgte å vektlegge i sine svar. Som psykologstudenter har vi et overlappende interesseområde med informantene, og inngår på den måten i et fellesskap med en rekke forventninger og antakelser om delt kunnskap, eksempelvis i form av antatte likheter i forståelse av psykologfaglige spørsmål og begreper. Intervjuene kan ha vært preget av slike antakelser, og det kan ha påvirket måten informantene avga sine svar. Det kan tenkes at vi som intervjuere kan ha kommet raskere inn på informantenes opplevelser som følge av dette, men også at vi forholder oss til hverandre som om vi har den samme forståelsen og kunnskapen, men at det ikke faktisk er

tilfelle. Dette kan ha gjort at vi gikk glipp av opplevelser og nyanser som ellers kunne kommet tydeligere frem, eller at informantenes uttalelser ble tolket på feilaktig grunnlag.

Som et ledd i terapiopplæring har vi, som psykologstudenter, erfaring med intervjusituasjoner, og vi har øvelse i å komme tett inn på andres opplevelser, stille åpne spørsmål og følge informantenes narrativ. Denne erfaringen kan ha påvirket intervjusituasjonen ved at intervjuet falt mer naturlig, men på den andre siden kan det ha påvirket intervjupersonen på en slik måte at de var mer tilbakeholdne og forsiktige i sine uttalelser. Vi valgte å gi en kort introduksjon til deler av vår problemstilling på starten av intervjuet, hvor vi blant annet nevnte at vi var opptatt av å fange informantenes opplevelser av sin egen arbeidshverdag og å se dette i lys av føringene fra Helsedirektoratets tilskuddsordning. Dette kan ha påvirket informantene til å ha mer fokus på de deler av sin opplevelse som sammenfaller med forskningsspørsmålet, men det kan også ha ført til at informantene ble opptatt av å forsvare sine egne valg eller fremstille seg selv i et spesifikt lys. Refleksivitet knyttet til tolkning av resultatene og diskusjon vil bli drøftet senere i studien.

### **Resultater**

Funnene fra dataanalysen ledet frem til fem overordnede temaer: (1) “Veien blir til mens du går” - om å forholde seg til et uklart system, (2) “En kommunepsykolog skal være ... Hva er det for noe?” - å bevege seg ut av komfortsonen, (3) “Det å få en god balanse, det tror jeg tar tid” - om gjensidige tilpasningsprosesser, (4) “Det er jo litt sånn øyet som ser” - å sette teori ut i praksis, og (5) “Dette er en stilling i støpeskjeen” - fremtidens kommunepsykolog. Temaene er organisert i en kronologisk linje hvor informantenes opplevelser er sortert i et narrativ; fra starten av arbeidsforholdet, til nåtid og til sist med blikket vendt mot fremtiden.

**“Veien blir til mens du går” - å forholde seg til et uklart system**

Temaet tar for seg informantenes sammensatte opplevelser som nyansatte kommunepsykologer i møte med kommunen som arbeidsgiver og system. Informantene fortalte om utydelige rolleforventninger og manglende helhet. De beskrev at kommunen som arbeidsgiver virket å mangle en tydelig plan for hvordan en ønsket å bruke kommunepsykologene, utover en forventning om fleksibilitet. Utydelige rammebetingelser ga opphav til ambivalente opplevelser av både frihet og usikkerhet. På den ene siden savnet informantene en klar stillingsinstruks og på den andre siden verdsatte de friheten til å bestemme innholdet i stillingen selv. Informantenes forhold til ledelsen og tidligere arbeidserfaring påvirket hvordan de forholdt seg til nevnte rammebetingelser.

Syv av ni informanter ga uttrykk for at de ble møtt med få føringer og utydelige rolleforventninger knyttet til hva de faktisk skulle gjøre da de begynte i stillingen, slik følgende sitat illustrerer:

Jeg visste jo ikke når jeg begynte her, hva de ville at jeg skulle gjøre, og de visste ikke det de heller. Min nærmeste leder sa “vi vet jo heller ikke hva den jobben din ...”, det var uklare forventninger.

Flere informanter beskrev kommunepsykologstillingen som uklar og til dels uforankret, og at det ofte var vanskelig å håndtere denne utydeligheten. De fremhevet kommunen som et fragmentert system, med manglende samarbeidsrutiner innad i tjenesten og begrenset kjennskap til psykologens kompetanse, slik følgende sitat belyser: “[Det er ledere] som ikke nødvendigvis helt klarer å ta essensen i ‘hvorfor har denne psykologen vi har satt til denne oppgaven her, hvorfor mener de at vi bør gjøre det sånn og slik’.”

Noen informanter beskrev også at stillingen deres fremsto som lite gjennomtenkt. De erfarte at ledelsen hadde tatt initiativ til å opprette stillingen ut fra et ideal om økt satsing på psykisk helse, men uten å ha noe plan for hvordan dette skulle gjøres i praksis: “For det er noen



ideer, litt sånn som har kommet til ovenifra og fra politikere som da gjør at plutselig skal de ha en psykolog.” Opplevelsen av uklare rammer var ikke entydig. Én informant vektla at kommunepsykologstillingen som hen hadde gått inn i var godt forankret og planlagt, med tydelige forventninger og føringer knyttet til arbeidsoppgaver. Likevel virket utydighet i rolleforventninger og stillingsinnhold å være dekkende for flertallet av informantenes opplevelser.

Når informantene snakket om hvordan de erfarte arbeidsgivers forventninger til dem, fremhevet de evnen til å tilpasse seg og være fleksibel: “Jeg føler ikke det var noen spesielle forventninger til meg, [...] men kanskje den forventningen jeg ble møtt med var at jeg skulle være fleksibel.” Én informant understreket viktigheten av dette slik: “Og jeg tror man må være fleksibel, jeg tror ikke man lever lenge her om du ikke er fleksibel.” Flere informanter ga også uttrykk for betydningen av å kunne stå støtt i et utydlig system:

På en konferanse med kommunepsykologer så var det en som sa: “på det tidspunktet her så kan du ikke ha psykologer i kommunen som har lyst til å ha det trygt og greit og tydelig, du er nødt til å ha folk som på en måte tåler å ha en viss grad av usikkerhet og gjøre ting de ikke kan, eller føler seg trygge på”, og det tror jeg stemmer, at man er nødt til å kunne ... tåle det litt da.

Flere av informantene fortalte at det å være nyansatt kommunepsykolog innebar en krevende tilpasningsprosess. Manglende rammer og føringer virket å føre til ambivalente opplevelser og informantene uttrykte samtidige opplevelser av både frihet og usikkerhet. De vektla sjansen til å forme stillingen selv og muligheten til å velge fokus ut fra egne faglige vurderinger og interesser. Flere informanter trakk frem positive sider ved at kommunen var et umodent, men dermed også fornbart, system:

Det er veldig befriende og komme inn i et system hvor det ikke er veldig klart, at her gjør vi det sånn. Det er muligheter for å tenke utvikling, som å bygge opp kompetanse, bygge opp en egen arbeidsplass rett og slett. Så jeg synes jo det er kjempegøy!

Flere av informantene fremhevet også at et slikt system ga dem frihet til å bestemme selv, så lenge ledelsen møtte dem med tillit, åpenhet og fleksibilitet:

Det har nok også å gjøre med at rammene er mer fleksible her, og det er mer autonomi. Vi blir ikke pustet i nakken, vi blir ikke irettesatt, og vi får ikke pasienter tredd over hodene våre, vi kan bestemme det litt mer selv. Så det er noe jeg setter veldig pris på.

Nevnte rammer ga en større tro på eller “mulighet til endring” og en positiv opplevelse av å stå fritt til å velge fokus selv:

Jeg tror en mulig forskjell her er at du faktisk har muligheten til å gjøre en endring. I større grad enn du kanskje har når du jobber i spesialisthelsetjenesten. Da er du veldig bundet av retningslinjer. Her står jeg jo fritt til å velge fokuset mitt.

Flere av informantene ga uttrykk for at spesialisthelsetjenesten representerte en arbeidsplass hvor en hadde mindre mulighet til å gjøre en endring og sto mindre fritt til å velge hvordan en selv skulle jobbe: “En del jeg snakker med som er i spesialisthelsetjenesten, der er det mer bestemt at du skal gjøre sånn, du skal gjøre sånn, du får den pasienten, du får den pasienten. Her styrer man litt selv.”

Samtidig oppfattet informantene utydigheten i systemet som en barriere og en kilde til usikkerhet, overveldelse og tvil, slik følgende sitat illustrerer.

[De forventet] at nå skulle jeg komme, skulle bare bli den voksenpsykologen som de skulle ha, og jeg skulle lage et godt tilbud og jeg skulle på en måte ordne og fikse alt. Uten at jeg fikk noen føringer på hva det egentlig var jeg skulle fikse, [jeg] fikk veldig

mye beskjed fra lederen min om at veien blir til mens du går. Uten å få noe beskjed om hvor den veien skulle gå.

Denne usikkerheten var for mange av informantene særlig markant i begynnelsen av arbeidsforholdet, der de opplevde å bli pålagt ansvar for å utføre en jobb de ikke visste hva skulle innebære. Noen informanter beskrev at mangelen på en tydelig stillingsbeskrivelse skapte usikre arbeidsforhold og stress i hverdagen, slik én av dem sa: “Du kan alltid tenke at du kan jobbe litt annerledes. Så jeg synes det var belastende og frustrerende.” Informantene beskrev også at det var vanskelig å disponere tiden sin selv, og at de ofte tvilte på egne beslutninger.

Informantene fortalte om flere aspekter som var viktige for opplevelsen av ambivalens. De trakk frem forholdet til ledelsen som en avgjørende faktor i møte med utydelighet. Flere av informantene fortalte at de fikk lite eller ingen støtte og oppfølging fra ledelsen i begynnelsen av arbeidsforholdet: “Og så var jeg jo helt ny som kommunepsykolog, hadde jo aldri jobbet som kommunepsykolog før, og fikk på en måte aldri noe støtte eller oppfølging fra daværende sjef.” Ledelsens manglende oppfølging forsterket opplevelsen av usikkerhet hos noen av informantene. Én informant vektla en følelse av å være helt alene: “Altså det var virkelig en sånn opplevelse av å komme til ... et tomt kontor, virkelig sånn tomt kontor ... her må jeg bare lære meg alt selv, følte jeg da.”

Flere av informantene fremhevet også et annet aspekt; tidligere arbeidserfaring bidro til at de taklet den usikre arbeidssituasjonen bedre:

Intervjuer: Men hvordan opplever du på en måte det at det stilles sånn åpenhet til hvordan du skal jobbe?

Informant: Jeg synes at det er gøy, men det har jo noe med erfaringen min å gjøre. Altså, masse referanser på måter å jobbe på, jeg har jo mye redskaper med meg.

I sitatet virker det som at den faglige tryggheten informanten hadde utviklet i andre arbeidsforhold kunne fungere som en buffer mot usikkerhet og tvil.

Temaet belyser informantenes første møte med kommunen, som var kjennetegnet av en opplevelse av få føringer og uklare forventninger. Å tåle å ta ansvar og stå i usikkerhet ble fremhevet av informantene som avgjørende for å kunne trives som kommunepsykolog.

Utydeligheten i systemet virket å gi grobunn til ambivalens. Informantene fortalte om en positiv opplevelse av faglig frihet, men også en fremtredende opplevelse av usikkerhet og tvil.

Ambivalensen virket å være nært knyttet til balansen mellom overveldelse og trygghet, som igjen var mediert av informantenes tidligere erfaringer og forholdet til ledelsen.

#### **“En kommunepsykolog skal være ... hva er det for noe?” - å bevege seg ut av komfortsonen**

Temaet belyser informantenes egne forventninger til rollen som kommunepsykolog, og hvordan de balanserte et behov for å oppleve trygghet og mestring og et samtidig behov for å bevege seg ut av komfortsonen. Denne balansen ble påvirket av forventningene fra andre faggrupper, kolleger og samarbeidspartnere, som virket å ha en mer “tradisjonell” forståelse av psykologens arbeidsoppgaver.

De fleste informantene formidlet egne forventninger om at kommunepsykologen skulle være forskjellig fra “en vanlig psykolog”. Én av informantene beskrev det slik: “Jeg synes en kommunepsykolog skal være ... Hva er det for noe? Jeg tenker at det trengs. Jeg synes ikke man bare skal gjøre mer av det samme som man allerede gjør i spesialisthelsetjenesten.” Flere av informantene uttrykte en holdning om at kommunepsykologen skulle ha andre arbeidsoppgaver og et annet fokus enn i spesialisthelsetjenesten. Systemarbeid og forebygging ble i særlig grad trukket frem som de viktigste arbeidsoppgavene. Flere av informantene sammenlignet disse arbeidsoppgavene med individualbehandling og påpekte at forebygging og systemarbeid både var ressurs- og tidsbesparende i forhold til et individfokus: “Jeg tror at vi best kunne ha blitt brukt

hvis vi kunne være litt mer på systemnivå, og komme inn og bygge opp andre. Istedenfor å sitte en-til-en, for det er veldig mye ressurser brukt til noen få.” Flere av informantene vektla at på denne måten nådde ut til flere og at det å jobbe “bredt” ga bedre hjelp til brukerne. Å jobbe bredt virket å omhandle noe utover å møte brukerne individuelt, at en samtidig jobbet med systemet brukerne var en del av. Informantene forklarte denne holdningen med at de unngikk å møte på “systemveggen”, slik følgende sitat illustrerer:

For det [er] jo noe med, skal man sitte og jobbe individuelt, hvor langt kommer du hvis du sender barnet ut i et system som ikke fungerer. [...] Det å kunne jobbe mer direkte ut mot for eksempel skolen, barnehagen, andre rundt barna, det gir mer mening for meg da, det er mye [mer] logisk å jobbe der enn å jobbe med barna alene.

Informantene fortalte at varierte arbeidshverdager, med fokus på systemarbeid og forebygging var selve hovedkjennetegnet på kommunepsykologrollen. Flere av informantene vektla interessen for dette som en nødvendighet for å trives som kommunepsykolog:

Og vi trenger ikke å være individualterapeuter, jeg tenker at hvis man ønsker det veldig så er kanskje ikke kommunen stedet for deg altså. Du må være interessert i å kunne jobbe opp mot systemer, du må være interessert i å kunne sjonglere ulike psykologroller i samme jobben hvis du skal trives i kommunen.

Som et brudd på informantenes forventninger til stillingen fortalte tre av informantene at de trådte inn i en stilling som viste seg å være betraktelig annerledes enn de hadde fått inntrykk av i ansettelsesprosessen:

Det var jo det stillingen min skulle være, 50% systemarbeid og 50% pasientrettet arbeid. [...] Det sto det i annonsen, det sto det i søknaden til helsedirektoratet, men i praksis fikk jeg beskjed om at systemarbeid det får komme på sikt. Nå skal veien bli til mens du går. Her er pasientene. Så der satt jeg.

I tillegg til et brudd med forventninger uttrykte også flere informanter at variasjonen i arbeidsoppgaver kunne være svært krevende. De opplevde mangfoldet av arbeidsoppgaver som frustrerende, tidkrevende og overveldende:

Det kan være veldig frustrerende innimellom. Når jeg går hjem fra jobb og enda en dag så er det den tingen jeg skulle gjort, den har jeg ikke fått gjort, jeg har konstant dårlig samvittighet fordi jeg må få gjort dette før helgen, før ferien, før.. men jeg får ikke gjort det for det er andre ting som og må gjøres.

Noen informanter ga uttrykk for at opplevelsen av overveldelse var knyttet til at mange av arbeidsoppgavene gikk utover hva de anså som deres kjernekompetanse, slik følgende sitat illustrerer: "Det kan være litt frustrerende når du kommer fra en utdanning som var mer klinisk orientert, og skulle innta mange andre roller mer da." Dette påvirket hvordan informantene valgte å prioritere sine arbeidsoppgaver. Fire av dem fortalte at de opplevde mer trygghet i arbeid med individualterapi. Én informant beskrev følgende etter et spørsmål om hvorfor hun arbeider som hun gjør: "Det tror jeg ligger litt på meg, fordi jeg kjenner meg veldig trygg i individualterapi." Informantene befant seg i en spenning mellom å velge og bevege seg ut av komfortsonen eller å velge arbeidsoppgaver der en forventet å oppleve mestring:

Ja, du kan være kreativ og utfolde deg, men det er litt vanskelig å stå i. Jeg liker å være flink og det opplever jeg at mange psykologer liker å være, så er det kanskje vanskelig å være flink på én ting i kommunen for du skal være flink på så mye. Så det er en usikkerhet som er vanskelig å stå i.

Informantene uttrykte at det var krevende å dekke behovet for mestring når en skulle utføre arbeidsoppgaver en ikke var vant med eller hadde opplæring i. Én informant ga uttrykk for følgende opplevelse rundt det å balansere ulike måter å arbeide på:

Jeg har nok en periode vært litt sånn pessimistisk og litt dritlei av den balansen der, for jeg liker veldig godt terapi og det er der komfortsonen min er. Samtidig synes jeg det er kjekt når det fungerer på andre måter.

Flere informanter fortalte om et “kulturkrasj” mellom psykologen, ledelsen og de andre faggruppene på arbeidsplassen. Kulturkrasjet virket å gjøre spranget ut av komfortsonen enda vanskeligere. Informantenes forventninger til kommunepsykologrollen virket ikke å være i overensstemmelse med forventningene fra “de andre” i kommunen. Der psykologen selv opplevde å ha bred kompetanse, virket de andre å ha en mer snever forståelse av psykologens virkeområde. Dette viste seg blant annet ved at syv av ni informanter oppga å bli møtt med forventninger om at de i hovedsak skulle arbeide individualrettet: “Jeg har et inntrykk av at de forventet at jeg skulle sitte veldig mye med individualsamtaler, det er i hvert fall det jeg har følt at forventningene har vært.” Denne uoverensstemmelsen gjorde seg gjeldende i møte med flere forskjellige aktører. Flere informanter formidlet at mange leger forventet at psykologen i hovedsak skulle jobbe individualrettet og at de dermed henviste mange pasienter: “Det hadde hopet seg opp, også tror jeg det var en forventning fra legene om at «okei, nå har vi psykolog, da bare henviser vi», og da kom det enormt med henvisninger.”

Informantene beskrev også mye variasjon i grad av forståelse fra sine ledere. Noen informanter trakk frem hvordan ledere i kommunen hadde den samme smale forståelsen av psykologens virkeområde som beskrevet tidligere:

Stort sett forventer samfunnet at når du er kommunepsykolog så skal du ha individualsamtaler. [...] Psykologer jobber jo individualrettet. Sant, det er jo det en gjør, litt sånn den forestillingen om at de kommer og legger seg på divanen. Det gjelder og for de som sitter som ledere i kommunen, de har en innstilling til kommunepsykologer som det.

De andres forventninger om at psykologer i hovedsak skulle drive med individualterapi virket å være et hinder for informantenes ønske om å bevege seg ut av komfortsonen: “Det har nok litt å si, den forventningen fra andre, altså både leger og de jeg jobber med, og befolkningen, at det er det en psykolog gjør [individualterapi].”

Kommunens tidligere erfaring med psykologer virket å ha innvirkning på hvilke forventninger informantene ble møtt med. Én informant trakk frem hvordan tidligere erfaringer med psykologer påvirket kommunens innstilling til hva en psykolog kunne bidra med:

“Intervjuer: Så hvilke forventninger var det du ble møtt med her?”

Informant: Ja, det var jo det å jobbe med individuell terapi da. Det er vel kanskje det klassiske man blir møtt med. Det er jo det de forventer. Men så har de også hatt psykologer her før, så jeg tror de har hatt, ja, forståelse av at, okey, kanskje det ikke bare er det psykologene gjør.”

Temaet belyser informantenes opplevelse av å gå inn i stillingen som kommunepsykolog med en forventning om å jobbe variert, med et fokus på både lavterskel individualterapi, forebygging og systemrettede oppgaver. Stor variasjon i arbeidsoppgaver opplevdes som krevende, og informantene fortalte om en spenning mellom å tørre og bevege seg ut av komfortsonen og samtidig oppleve trygghet ved å utøve sin kjernekompetanse - individualterapi. Informantenes egne forventninger til kommunepsykologrollen virket å være i uoverenstemmelse med forventninger fra andre aktører i kommunen. De hadde forventninger om en tradisjonell psykologrolle, og dette ble trukket frem som en betydningsfull faktor da informantene fortalte om det å bevege seg ut fra komfortsonen.

**“Det å få en god balanse, det tror jeg tar tid” - om gjensidige tilpassningsprosesser**



Dette temaet tar for seg informantenes opplevelser av å jobbe annerledes enn slik de tenkte de burde gjøre, og beskriver en prosess der informantene forsøkte å bevege seg fra å jobbe “feil” til å jobbe “riktig”.

De fleste informanter formidlet en opplevelse av å jobbe annerledes enn det de burde gjøre. Opplevelsen av å jobbe feil og riktig omhandlet en spenning mellom å ha fokus på arbeidsoppgaver knyttet til individualbehandling og det å ha muligheten til å fokusere på andre arbeidsoppgaver som for eksempel forebyggende og systemrettet arbeid. Én av informantene beskrev spenningen slik: “Ideelt sett, så skulle jeg sett at vi hadde mye mer systemrettet, forebyggende, enn vi har i dag, for det er veldig mye individual nå.”

Flere av informantene fortalte at deres nåværende fokus var på individualterapi, men at det ideelt sett burde være på systemrettede og forebyggende arbeidsoppgaver. Arbeidsoppgaver knyttet til individualterapi gikk på bekostning av å kunne utføre andre arbeidsoppgaver:

Det er veldig sterkt pasienttrykk så det er mye individualoppfølging akkurat nå. [...] Det med forebygging er vel noe av det som er utfordrende for veldig mange kommunepsykologer, fordi en skulle gjerne jobbet forebyggende, [men] så er det så utrolig mange som faktisk trenger hjelp, sånn at det lett blir behandling heller enn forebygging.

Det fremkom ulike nyanser i informantenes opplevelser knyttet til dette. Tre av informantene uttrykte at forebygging og systemarbeid ikke var noe de hadde kommet i gang med i det hele tatt. Majoriteten av informantene fortalte derimot at de hadde en opplevelse av “å være på vei” til å få et mer balansert fokus som også inkluderte forebyggende og systemrettede arbeidsoppgaver, selv om også deres hovedfokus var på arbeidsoppgaver knyttet til individualterapi: “Akkurat nå består arbeidsdagene mine stort sett av individualoppfølging og sitte å lage et gruppetilbud. [...] Vi er i ferd med å prøve å legge om driften her, til å bli mer gruppebasert og til å bli mer systemrettet.” I

sitatet beskrives det å få “et mer balansert fokus” på ulike arbeidsoppgaver som en pågående prosess. Prosessen ble beskrevet som krevende på grunn av arbeidsbelastningen som fulgte av individualterapi, slik det følgende sitatet belyser:

I psykologgruppen her så er det en tanke og et ønske om å gå mer over til systemarbeid og gå mer over til forebygging altså at vi alle egentlig vil litt vekk i fra ren individual. Men det er litt komplisert å få det til i en hverdag der det kommer henvisninger hele tiden.

Flere informanter ga uttrykk for at individualbehandling burde begrenses, blant annet for å unngå å bli “slukt”, eller for å skape mulighet til å gjennomføre andre arbeidsoppgaver.

Informantenes opplevelse av å jobbe annerledes enn det de burde, favnet også bredere enn spenningen mellom arbeidsoppgaver. Noen informanter fortalte at systemet ikke lå til rette for at de skulle gjøre jobben på riktig måte:

Jeg har litt dårlig samvittighet for at det ikke er så lavterskel som det skulle være. [...]

Sånn sett bidrar jeg litt til å opprettholde et system som jeg ikke helt står inne for, fordi jeg ser at jeg ikke ville hatt kapasitet til å gi folk tilbud kjappere, enklere.

Sitatet belyser at mangler i systemet også forsterket opplevelsen av å jobbe feil.

Majoriteten av informantene omtalte prosessen for å få mer balanse som en tidkrevende “kamp”, som involverte å snu forventninger fra ledelse og andre faggrupper, slik følgende sitat illustrerer: “Det [er] lett å bli slukt av for mye. Så det å få en god balanse på individsaker, men også mer system, det tror jeg tar tid.” Én av informantene fortalte om en opplevelse av motstand i ledelsen slik:

Det var utfordrende å få til samarbeid i tjenesten, når vi var satt inn i stillinger hvor vi skulle utvikle noe, så regnet jeg med at man ønsket det, at man hadde lagt til rette for noen strukturer der den utviklingen skulle skje, men jeg opplevde vel egentlig at det måtte etableres, og det var ikke veldig lett å etablere det. Det var en stor prosess å få lov til å

treffe de andre psykologene, det fikk jeg i utgangspunktet ikke lov til, det bli litt sånn “skal du treffe de andre psykologene, det trenger du jo ikke å gjøre”.

Sitatet illustrerer opplevelsen av en uoverensstemmelse mellom hvordan informanten og ledelsen tenkte at stillingen burde se ut. Opplevelse av motstand omhandlet også andre yrkesgrupper i kommunen:

Kanskje en av de største utfordringene her [har vært] å få til et greit samarbeid [...] faktisk på møtet vi hadde nå sist så sa jo kommunelegen at “vi kan ikke forholde oss til prioriteringsveilederen, for vi har så mange prioriteringsveiledere så vi har ikke tid til å lese alle”, så det sier kanskje litt om innstillingen ikke sant.

Flere informanter uttrykte at de måtte kjempe for å bli sett og hørt av sine ledere. Dette var likevel ikke en opplevelse som ble delt av alle. Slik tre informanter sa: “Det var uklare forventninger ikke sant, men jeg føler jo at hun teamlederen i teamet også har vært veldig lydhør for å høre etter hva jeg tenker.”

Flertallet av informantene omtalte prosessen om å få til den gode balansen som utfordrende, og at den involverte høye krav til grensesetting og selvstendighet. Én av informantene beskrev det å måtte være selvstendig slik: “Du må være den som leder an, det krever jo på en måte litt det og, å få snudd den ... tankesettet, eller måten å jobbe på, det er ikke så lett alltid.” Flere informanter opplevde grensesetting og tydeliggjøring av arbeidsoppgaver som en nødvendighet, blant annet for å unngå å bli overveldet. I sitatene under fremheves dette:

Det er krevende å rett og slett øve meg på å si nei, i forhold til ... spesielt henvisninger da, at jeg ikke kan ta mer enn det jeg har kapasitet til. Og det er jo en pågående greie, så det må jeg jo hele tiden holde på med.

Vi blir jo slukt av individsaker hvis man velger det, så du må være tydelig i forhold til det å sette grenser da. Og være tydelig på hvilken målsetning man ønsker å ha [...] du må jo

være tydelig på hva en forventer og hva en har mulighet til ikke sant. [...] jeg var tydelig hele veien på hvor jeg tenker at stillingen skal gå, og også i forhold til lederen min og, at dette er det jeg ønsker å fokusere på.

I prosessen vektla informantene betydningen av å tilpasse seg kommunen. Tre av informantene fortalte at det var viktig å tilpasse fokus, valg av arbeidsoppgaver og målgruppe til “systemet” og til behovene i kommunen. Som én av informantene sa:

Du må jo tilpasse deg, for hvis du kommer med nye ting som ikke passer inn så blir det jo på en måte, feil. Og så er det noe med at du skal jo treffe den målgruppen du skal treffe og da må du jo tilpasse deg i forhold til kommunen og de [som] jobber der. Tilbudet og hva som finnes og ja, problemstillingen da. [...] Og så blir man litt formet av behovet i kommunen. Som en kommunepsykolog må du være fleksibel og kunne tilpasse.. det du tilbyr i forhold til behovene som er, for de du skal møte.

Flere av informantene fortalte også at det var viktig å få systemet til å bli vant med *dem* og hvordan *de* liker å jobbe. Én av informantene sa det slik: “De bruker jo fortsatt tid enda, dette er jeg og dette er min måte å jobbe på. Og på en måte at de blir vant til det da.” Både systemet og psykologen måtte være tydelig på hva man har mulighet til å tilby og ikke for å oppnå balanse og et godt samarbeid, slik følgende sitat illustrerer:

Man har jo [en] forventning, men jeg tenker hvis jeg er tydelig på hva jeg forventer og de er tydelig tilbake da. Og at man får til et godt samarbeid, så klarer man alltid å tilpasse.

Om man er tydelig i forhold til hva man har mulighet til å tilby og ikke.

Å få til et samarbeid med andre yrkesgrupper var også betydningsfullt for å bevege seg mot den gode balansen. Som én av informantene sa: “Det hjelper ikke å være glødende engasjert i pasienten din hvis du ikke får de andre samarbeidsinstansene med på laget.” Én av informantene fremhevet betydningen av å få til et samarbeid med legene i kommunen: “Kanskje en av de

største utfordringene er å få til det samarbeidet med legene, og det var fordi det kom så utrolig mye henvisninger derfra, mye mer enn jeg hadde kapasitet til.” Tydelighet og grensesetting var også vektlagt her. Informanten fortalte videre:

Forventningene til andre, altså både de du jobber med og, holdt på å si, folk som kommer, i forhold til hva en psykolog skal gjøre, det [er viktig] å være klar og vise til hva de har tenkt at en kommunepsykolog skal jobbe med da i disse retningslinjene.

Informantene løftet frem betydningen av psykologkollegaer i prosessen. Sitatet som følger illustrerer opplevelsen av å ha andre psykologer som kollegaer og i ledelsen, sammenlignet med å jobbe i et system hvor flertallet av kollegaene var andre yrkesutøvere:

De skjønner hvordan det er å være psykolog, det er så mange ting jeg på en måte slipper å, begrunne, slipper å kjempe for, å kjempe mot. Folk skjønner det bare. Fordi de er psykologer de og, de jobber med det samme. [...] Jeg skjønner, nå når jeg jobber i med bare psykologer, så ser jeg virkelig ... det er veldig bra med tverrfaglighet, men det fordrer at det er flere av samme yrkesgruppe tenker jeg. Hadde vi vært to eller tre psykologer som jobbet så tror jeg det hadde vært noe helt annet enn når en er alene.

Kollegaer med samme yrkesbakgrunn representerte en trygghet som kunne gjøre det lettere å få gjennomslag på arbeidsplassen og enklere å kaste seg ut i ting. Informantene fremhevet også at psykologkollegaer var viktig for å oppleve samspill og for ikke å føle seg alene. Flere informanter fortalte om “et savn”, slik følgende sitat illustrerer: “Det [er] virkelig noe jeg savner, å kunne ha noe å støtte på, utvikle tjenesten, for jeg føler den burde utvikles.” Andre vektla en opplevelse av ensomhet: “Jeg savner jo når jeg ikke har psykologkollegaer, jeg har vært på psykologarbeidsplasser, og det har og vært litt ensom psykolog, men aldri så ensom som nå. Så innimellom så har jeg tenkt over, gud, orker jeg dette?” Samtidig fortalte noen informanter at det

å ha psykologkollegaer også involverte en spenning mellom behovet for å oppleve støtte og samspill og samtidig bevare en frihet til å gjøre som en selv vil. Én av informantene sa det slik:

Jeg er kjempeheldig som kan drive å definere litt hva jeg velger å prioritere nå, så det der å ikke ha psykologkollegaer det er helt klart et savn, men samtidig [...] så ville jeg vært litt sånn opptatt av, hva er viktig for de? Og hva er viktig for meg? Jeg hadde nok helt sikkert blitt litt forstyrret eller påvirket av at nå er vi flere som gjør erfaringer her, og vi er flere som har kanskje ulike, eller kanskje overlappende preferanser.

Spenningen kan forstås som et tveegget sverd, slik følgende sitat illustrerer: “Jeg tar meg litt friheter, og det tenker jeg er bra. Også er det noen begrensninger i å gjøre sånne ting alene.”

Temaet belyser informantenes opplevelse av å jobbe annerledes enn det de burde gjøre og prosessen knyttet til å finne den gode balansen mellom arbeidsoppgaver. Informantene uttrykte at individualterapi burde begrenses, slik at det ble frigjort tid og kapasitet til forebyggende og systemrettet arbeid. Denne prosessen ble beskrevet som en kamp, med høye krav til grensesetting og forventningsavklaring. Flertallet av informantene opplevde at de var på vei til å få et mer balansert fokus i arbeidshverdagen sin, men at dette var en tidkrevende prosess, som blant annet ble beskrevet som utfordrende på grunn av få kollegaer fra samme yrkesgruppe.

### **“Det er jo litt sånn øyet som ser” - å sette teori ut i praksis**

Temaet beskriver hvordan informantenes tanker om hva en kommunepsykolog er påvirket hvordan de valgte å utforme egne arbeidsoppgaver og tjenestene de tilbyr. Prosessen med å sette teori ut i praksis var kjennetegnet av mye rom for tolkning, forskjeller fra kommune til kommune, og utfordringer knyttet til avgrensning.

Majoriteten av informantene fortalte at de selv sto ansvarlig for å organisere lavterskeltilbudet i kommunen og sto fritt til å tolke hvordan lavterskeltilbudet skulle utvikles. Slik en av informantene sa: “Der har vi jo heller ingen føringer, så man må på en måte finne litt

ut av det. Det skal jo ikke være, du skal ikke holde på i evigheter, [det] skal jo være et lavterskel og korttidstilbud.” For noen informanter var det opp til dem selv å velge hvilke saker som så ut til å passe innenfor de rammene informantene selv hadde satt: “Sånn at det det endte med ble at jeg ble med på inntaksmøtet og så plukket jeg på en måte ut de sakene som jeg tenkte at her kunne det være kortvarige forløp.” Flertallet av informantene uttrykte at deres egne forventninger til kommunepsykologrollen var en betydningsfull faktor i prosessen med å forme innholdet i tilbudene:

Det sto jo i stillingsbeskrivelsen min, det var jo [en] veldig vid stillingsbeskrivelse, så det ble på en måte opp til meg selv å definere hva det betydde, å jobbe. [...] Det jeg ser for meg med en kommunepsykologstilling er jo litt sånn kjapt inn, kjapt ut, forholdsvis kortvarig forløp.

Flere informanter fortalte at de valgte å ha et fleksibelt forhold til rammene for lavterskeltilbudet. I sitatet under fortalte én av informantene om forholdet til lengden på behandling:

Lengde har jeg jo ikke fått definert nå, men det er jo helt forskjellig, det kan være én gang, det kan være tre ganger og noen følger jeg opp i flere måneder, det kommer helt an på problemstillingen. Hva er det som er utfordrende, er det familie, er det konflikter i familien, langvarige konflikter, er det, ja, så må du jo komme i posisjonen, du må jo komme i en, bygge en relasjon og så.. jobbe en del sånn kognitiv ikke sant, så er det noe med at de skal lære disse teknikkene, og så bruke de, og så blir det plutselig, ja, [et] litt mer langvarig løp da.

Ikke alle informantene valgte å ha en fleksibel holdning. Noen informanter fortalte om deres behov for å avgrense tilgangen til lavterskel individualterapi. Behovet for avgrensning handlet

om hva de tenkte var “den riktige” pasientgruppen for lavterskeltilbudet. Det følgende sitatet belyser dette:

Hos noen av pasientene så opplever jeg at de får en veldig god utvikling med å komme til meg, [men] noen av pasientene så er det nok mer sånn at jeg blir en container, en støtte som ikke egentlig er så til hjelp og det er noe [av] grunnen til at jeg er ganske streng på det med, med 4-5 samtaletimer, fordi at, jeg tenker sånn at for de som faktisk kan nyttiggjøre seg av tilbudet hos meg så får ofte det de trenger i løpet av 4-5 timer, mens de andre, de er problemstillinger som ofte er tyngre, sånn at de trenger mer langvarig oppfølging, eller kanskje trenger de ikke å gå til psykolog i det hele tatt, men skulle gjerne hatt en god venninne som de kunne snakket med. [...] De som har best utbytte av å komme til timer hos meg er de som vet hva de vil jobbe med, som har en konkret problemstilling, sånn at man kan jobbe konkret akkurat med den, det problemet. De som ikke har så mye utbytte av å komme til meg er de som er mer sånn, vage, “nei jeg har det ikke så bra, ja hva er det som er problemet? Nei, jeg vet ikke.” Ting er ullent, de klarer ikke eller vil ikke sette ord på ting, de klarer ikke, ehm, å, å på en måte komme frem til noe konkret de vil, de vil jobbe med, de vil egentlig bare komme og fortelle at ting er dritt innimellom.

Informantenes behov for å legge egne føringer for lavterskeltilbudet virket også å henge sammen med kapasitetsbegrensninger. Fire av informantene fortalte at de opplevde at kurs og gruppeterapi var nyttig for å frigjøre mer kapasitet. Én av informantene fortalte følgende rundt hvordan lavterskeltilbudet er organisert:

Vi ser det at kapasiteten er såpass sprengt at det kan godt hende vi må være litt strengere på det, men vi søker alltid å løfte fram kursene først, og hvis de ikke har utbytte av kurs, eller hvis de ikke ønsker å gå på kurs, eller hvis vi ser at dette er problemstillinger som



kursene våre ikke dekker, eller problemstillinger som vi ser ikke egner seg for kurs, så, så får de individualterapi.

Flere informanter opplevde også et ansvar for å forstå hvordan arbeidsoppgaver knyttet til forebygging skulle utvikles og organiseres kommunen. Det var ofte utfordrende å skille mellom forebyggende arbeid og behandling. Informantene fortalte at de oppfattet lavterskel behandling og forebyggende arbeid som tildels overlappende. Én av informantene sa:

Lavterskeltilbud er jo ikke det samme som forebygging for eksempel, men du kan jo kalle det forebyggende i forhold til spesialisthelsetjenesten, så kan det være forebyggende i forhold til å utvikle, altså det å få rask hjelp, og ikke at de skal gå lenge.

Flertallet av informantene hadde også en bred forståelse av hva som kunne defineres som forebyggende arbeid, slik en av informantene sa: “Ja, [forebygging] er jo, holdt på å si, litt sånn øyet som ser.” Informanten nevner blant annet at forebyggende tiltak kan gjennomføres både på individnivå og på systemnivå. På systemnivå kommer informantene med eksempler som samarbeid, informasjonsformidling, kurs, foredrag, kartlegging og samarbeid. En av informantene fortalte om sin egen oppfatning av forebyggende arbeid slik:

Generelt det å utvikle, det å se på hva, eh, det å få en oversikt over utfordringer i kommunen for eksempel, litt mer systematisk arbeid i forhold til “hvordan er psykisk helse her i denne kommunen, og hvordan kan vi, hva slags tiltak kan vi sette i gang som ikke er...” [...] Ellers tenker jeg at forebygging egentlig ville vært å tilby mer av sånne type eh, for eksempel det å tilby noen kurs og, altså noen tilbud som ikke er, som hvem som helst kan delta på, som ikke du på en måte, som du deltar på uten at du har gått til legen. [...] Også tenker jeg at forebyggende arbeid ville vært veldig å samarbeide med fastleger. [...] Psykologer sitter med en annen kompetanse som leger kunne dratt nytte av er jo en ting, men og at pasienter på et tidligere tidspunkt kunne dratt nytte av. Mer enn på

en fastlege-måte. Det tenker jeg at ville vært et systemisk forebyggende tiltak, å tilrettelegge for en struktur som går på det.

Som det fremkommer i dette temaet sto informantene selv fritt til å tolke innholdet i tjenestene de skulle tilby. De opplevde å være ansvarlig for å organisere lavterskeltilbud, system- og forebyggende arbeid i kommunen. Informantene fortalte om et behov for å avgrense tilbudene, i form av varighet og målgruppe. Å overføre teori fra praksis virket å være utfordrende, især det å skille mellom hva som var lavterskel behandling og hva som var forebygging.

### **“Dette er en stilling i støpeskjeen” - fremtidens kommunepsykolog**

Flere informanter drøftet fremtidens kommunepsykologstilling. Et gjentakende tema var hvorvidt kommunepsykologen skulle være en generalist eller spesialist. For mange informanter virket dette å gi opphav til en spenning mellom å beholde ens egen profesjonsidentitet, satt opp mot det en tenkte var den mest samfunnsnyttige bruken av kommunepsykologen. Alle informantene ga uttrykk for at kommunen i for liten grad var tilpasset psykologer, og at dette burde adresseres i fremtiden.

Informantene reflekterte over hvordan psykologens kompetanse kunne utnyttes på best mulig måte i fremtiden, og de fleste informanter ønsket mer fokus på systemarbeid, slik følgende sitat illustrerer:

Jeg tenker det er fordi systemet er ikke sånn som det burde være, det er for høyt trykk på spesialisthelsetjenesten, det er for mange som har behov for hjelp. Det er for dårlige tilbud eller har vært for dårlige tilbud i kommunen, det har vært for lite fokus på forebygging og for mye på å bare komme inn egentlig med brannslukking når problemet allerede er der.  
[...] Jeg tror at, eh, vi best kunne ha, ha blitt brukt hvis vi kunne være litt mer sånn på systemnivå, og komme inn og bygge opp andre.

Samtidig løftet flere informanter frem hvordan individualbehandling var viktig for deres faglige identitet. Dette kom flere ganger i konflikt med ønsket om at kommunepsykologen hovedsakelig skulle jobbe på systemnivå:

Jeg kjenner på det der at det gir meg noe å jobbe individual og. Sant, det er kjekt å kunne se forandringene ... når de skjer. For jobber du bare system så får du på en måte ikke sett den forandringen som skjer egentlig, fordi at da er du ett eller kanskje til og med to hakk vekke fra de som faktisk drar nytte av det. [...] Personlig tror jeg det hadde vært på en måte litt trist å ikke få ta del i det og.

Utsagnet belyser en spenning mellom personlige preferanser og hva informantene anså som mest samfunnsnyttig. Informantene drøftet hvorvidt det var hensiktsmessig å skille mellom individualbehandling og andre arbeidsoppgaver som systemarbeid, kurs, veiledning av andre yrkesgrupper og forebygging. Informantene hadde ulike meninger om det å være en generalist som favner om alle disse arbeidsoppgavene, eller om en i fremtiden burde ha et tydeligere skille mellom kommunepsykologen som samfunnsspesialist og kommunepsykologen som kliniker.

Sitatet under illustrerer et ønske om et tydeligere skille:

Jeg ser jo at det er mange psykologer som ikke er veldig glad i å jobbe med systemarbeid, og de trenger man jo også at skal jobbe i kommunen, man trenger å ha gode klinikere som skal jobbe førstelinje i kommunen, og helst være tidlig ute med å treffe folk og gi de gode vurderinger og god behandling forhåpentligvis også, og det er jo ikke nødvendigvis sann at alle klinikere er de beste systemikerne og vice versa, så jeg håper at det kan være litt rom for, eller jeg synes at kommunepsykologstillinger i større grad skulle tatt høyde for at det er to litt ulike kompetanser.

Informantenes ulike ønsker virket å være et uttrykk for en stor bredde i personlige preferanser.

Sitatet som følger illustrerer et ønske om å være en generalist: "Så en blanding tenker jeg er nok,

i hvert fall for min del, å foretrekke. Men kanskje en kunne hatt litt sånn at noen jobbet en blanding og noen jobber rent system.”

Informantene ønsket at kommunen i større grad burde tilpasse seg psykologens behov. Et gjennomgående tema var fokus på spesialistutdanning. Én informant beskrev følgende:

Jeg tror at det å anerkjenne at folk trenger et faglig nettverk, trenger å veiledes, trenger å få videreutdanning, også selv om man har seks års utdanning i bunnen, sant. Så tenker jeg at kommunen kan sikkert være mer styrende enn de har vært på hvilken spesialisering folk tar for eksempel, det tenker jeg at ville være naturlig.

Informantene beskrev kommunen som et interessant sted å jobbe, men også at kommunens manglende kjennskap til psykologer og utydeligheten i hva en ønsker å få ut av psykologens kompetanse gjorde stillingen mindre attraktiv. Flere informanter beskrev at de savnet tydeligere rammer og føringer, og formidlet et sterkt ønske om at dette ble tatt tak i. To informanter uttrykte misnøye om organiseringen av psykisk helsearbeid i kommunen. Sitatet som følger illustrerer betydningen av god ledelse:

Så det synes jeg er litt synd, at man ikke i større grad tydeliggjør hvilke ... når man skal gi tilskudd til disse stillingene og at de skal bidra til utvikling av en tjeneste på en effektiv måte, så er ledelse ekstremt viktig, og hvem sitter der, og hvor langt er det til den ledelsen, og hvordan er det tilrettelagt for ... struktur for at psykologenes kompetanse skal bidra til tjenesteutvikling dersom det er tenkt.

Noen informanter hevdet at det i større kommuner kunne være krevende å kommunisere endringer oppover gjennom ledd av ledere som ikke nødvendigvis uten tilstrekkelig fagkunnskap, og hvor systemarbeid ikke nødvendigvis er prioritert. Én informant beskrev hvordan ledelse av psykisk helsearbeid opplevdes som lite forankret i kommunen, og fremmet videre at kommunepsykologen i fremtiden kunne blitt mer involvert i dette arbeidet:

Jeg skulle jo ønske at Helsedirektoratet ga tilskudd til lederstillinger for psykologer, eller ledet psykisk helsearbeid på en mye tydeligere måte. [...] Det som jeg har opplevd er at det psykiske helsearbeidet det skal liksom ledes med et sånt venstrehåndsarbeid, at det er jo bare en liten, en liten del av oppgaven til den lederen, og da vil det jo bli nedprioritert og det er helt ødeleggende for utviklingen av tjenestene da.

Flere informanter fremhevet at kommunepsykologstillingen var ny og “i endring”. En informant beskrev det slik: “Dette er en stilling i støpeskjeen sant, så jeg tenker at det er mye som gjerne vil endre seg også.” En tro på at kommunepsykologstillingen kunne endres til det bedre i fremtiden, og at eventuelle hindringer ville være mulig å overkomme er illustrert i sitatet under:

Vi må på en måte bare, vi må få muligheten og må vi tro på oss selv. Så vi må tro på at vi kan faktisk og, jobbe på systemnivå med, vi kan mye om normalpsykologi og normale prosesser, vi kan, det er ikke bare ... behandling.

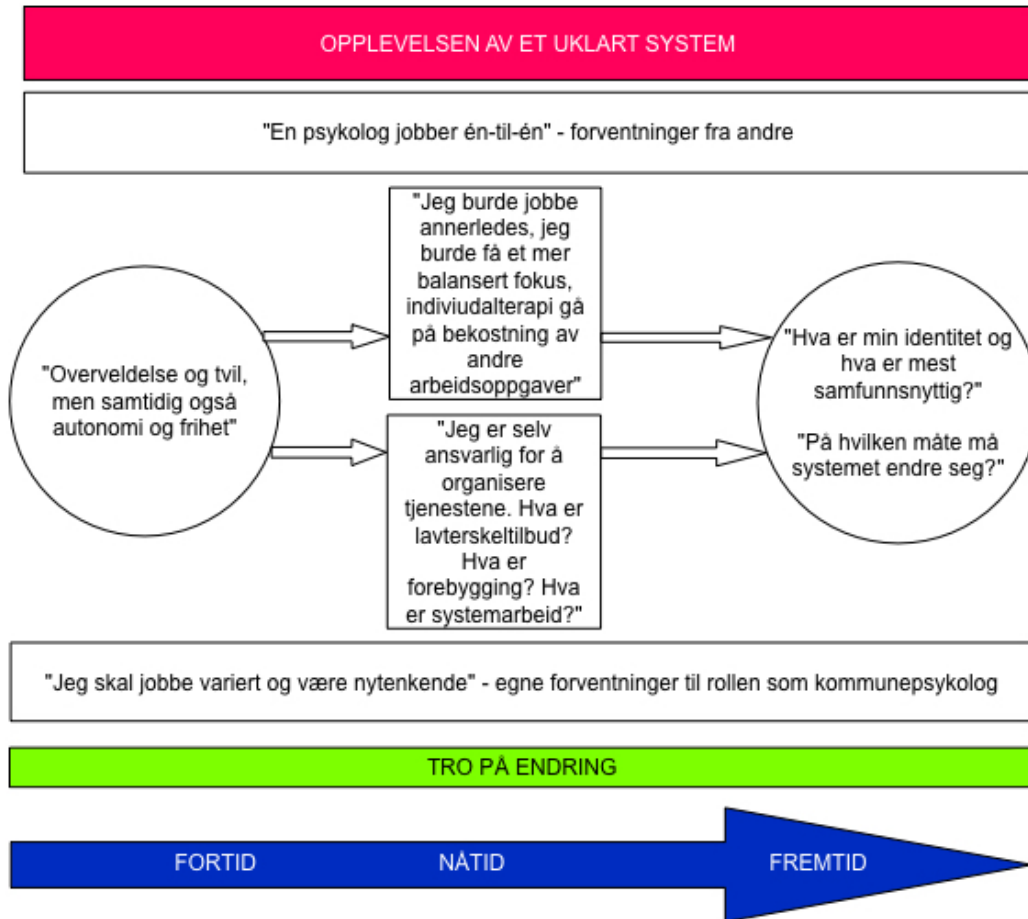
Informantene reflekterte over sin egen identitet som psykolog, og hva de tenkte var den mest samfunnsnyttige bruken av kommunepsykologen, og fortalte om en opplevd spenning mellom å være en generalist eller samfunnsspesialist. Informantene ga videre uttrykk for at kommunen i for liten grad var tilpasset psykologer og at tydeligere rammer og mer forankring burde kjennetegne kommunen i fremtiden. Videre formidlet informantene en tro på at hindringer var mulig å overkomme, og at fremtiden for kommunepsykologen var lys.

### **Diskusjon**

Studiens målsetning var å utforske kommunepsykologers opplevelse av sin egen arbeidshverdag. Resultatene illustrerte kompleksiteten i ulike utfordringer kommunepsykologen opplevde og mestringsstrategier de tok i bruk i møte med et nytt og uklart system. Studiens resultatdel er kategorisert i fem ulike tema som speiler en kronologisk linje der informantenes opplevelser er gjengitt i et narrativ. Det første temaet belyser kommunepsykologenes første møte

med kommunen. Dette møtet var kjennetegnet av få føringer og uklare forventninger som skapte positive opplevelser av frihet til å bestemme selv, men samtidig også negative opplevelser av usikkerhet, overveldelse og tvil. Det andre temaet omhandler det som fremsto som en av kommunepsykologenes kjerneutfordringer; å tre ut av komfortsonen. Informantenes egne forventninger til rollen som kommunepsykolog ble utfordret av andres forventninger om at de primært skulle jobbe med individualterapi. I det tredje temaet beskrives en krevende prosess som var gjennomgående i informantenes erfaringer; veien fra å arbeide som en vanlig psykolog til å få til den gode balansen mellom individsaker og systemarbeid. Det fjerde temaet belyser hvordan informantenes ønsker og forventninger til kommunepsykologrollen påvirket hvordan de valgte å utforme arbeidsoppgavene sine. I tråd med en kronologisk linje er tema fem knyttet til veien videre. I dette temaet rettet informantene blikket mot fremtiden og hvordan deres opplevelser i nåtid la grunnlaget for hva de tenkte burde være fremtidens kommunepsykolog og i hvilken retning kommunen som system burde utvikle seg.

Selv om resultatene er fremstilt i fem ulike tema, er ikke temaene uavhengige hverandre. Det fremkommer likheter i informantenes opplevelser på tvers av tema. For å forstå forholdet mellom resultatene i analysen har vi kommet frem til følgende modell:



*Figur 1:* Relasjonen mellom hovedfunnene i analysen. Opplevelsen av et uklart system, forventninger fra andre, egne forventninger og en tro på endring er tilstedeværende i informantenes beskrivelser både i starten av arbeidsforholdet (fortid), underveis (nåtid) og i informantenes opplevelser av veien videre (fremtid). Hovedfunnene i tema 1 påvirker hovedfunnene i tema 3 og 4, som videre legger grunnlaget for informantenes tanker om fremtiden i tema 5.

Den kronologiske linjen i resultatet er fremstilt som en blå pil i modellen, og viser at innholdet i temaene beveger seg fra et fokus på fortid, hvor informantene fortalte om opplevelser som kjennetegnet starten av arbeidsforholdet, nåtid, hvor informantene fortalte om opplevelser knyttet til hvordan situasjonen er her-og-nå, og fremtid, hvor opplevelser knyttet til veien videre er kategorisert. Fire hovedfunn ser ut til å være tilstede i informantenes opplevelser på tvers av tid. Forventninger fra andre, opplevelsen av et uklart system, egne forventninger til rollen som kommunepsykolog og en tro på endring gjør seg gjeldende både i fortid, nåtid og fremtid og virker å påvirke informantenes opplevelser gjennom hele forløpet. Ambivalens knyttet til

autonomi, frihet, tvil og overveldelse er hovedfunnet som kjennetegner starten av arbeidsforholdet. Dette funnet synes å påvirke informantenes fokus i nåtid, hvor opplevelsen av å jobbe annerledes enn de burde, og samtidig selv være ansvarlig for organiseringen av tjenestene var mest gjeldende. Disse temaene virket å påvirke informantenes fokus da de vendte blikket mot fremtiden, hvor de valgte å ta opp identitet, nytte og svakheter med systemet.

Det er utvilsomt at kommunepsykologer tilfører kompetanse til den kommunale helsesektoren, og at de tilbyr god hjelp til mange mennesker (Heggland et al., 2013; Fossetøl & Skarpaas, 2013; Ådnanes et al. 2013). Dette var også vår erfaring. Informantene våre ga uttrykk for et sterkt ønske om å bidra i sine respektive tjenester, og virket å gjøre sitt beste under de forutsetningene som lå til grunn for deres stilling. Våre funn reiser likevel spørsmålet om organiseringen av kommunepsykologstillinger og rammene rundt fungerer på en måte som legger til rette for at kommunepsykologene kan gjøre den jobben både de selv og samfunnet ønsker at de skal gjøre.

### **Å finne sin plass i et umodent, men forbart system**

De fleste informantene hadde klare forventninger om at kommunepsykologrollen var noe annerledes enn en tradisjonell psykologrolle. Ifølge flere informanter innebar det å være kommunepsykolog en balanse mellom mange ulike arbeidsoppgaver, blant annet lavterskel individualterapi, forebygging og systemarbeid. Systemarbeid og forebygging ble formidlet som kommunepsykologens viktigste arbeidsoppgaver. Disse forventningene gjenspeiles i Helsedirektoratets “Veileder til regelverket for tilskuddsordningen” (2016), hvor hovedmålet med tilskuddsordningen ble beskrevet som å styrke kvalitet og kompetanse i kommunalt psykisk helsearbeid gjennom system- og samfunnsrettet arbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid, lavterskel behandling og oppfølging, og utadrettet arbeid (Helsedirektoratet, 2016). Et søk på stillingsbeskrivelser for kommunepsykologer ga også mer kontekst til informantenes opplevelser.



Arbeidsoppgavene beskrev lavterskel behandling, forebyggende tiltak, utadrettet virksomhet, helsefremmende arbeid og tverrfaglig samarbeid i stor utstrekning, gjerne med lokale tilpasninger etter målgruppe og behov i den bestemte kommunen.

Som en kontrast til dette fant vi at forventningene til kommunepsykologrollen fra de andre på arbeidsplassen omhandlet at psykologen - også i kommunen - hovedsakelig skulle drive med individualbehandling. Tidligere rapporter underbygger våre resultater. Forventninger fra de andre på arbeidsplassen begrenset seg til at kommunepsykologen kun skulle arbeide med individsaker (Imenes, 2017) og at kommunepsykologene ikke burde bruke sin kompetanse til system- og utadrettede arbeidsoppgaver (Fossestøl & Skarpaas, 2013). Våre resultater tyder på at informantene opplevde en uoverensstemmelse mellom sine egne forventninger til kommunepsykologrollen, og forventninger fra andre aktører i kommunen - henholdsvis leger, ledere og andre faggrupper som kommunepsykologen er tenkt å samarbeide med. Flere informanter fortalte at stillingen deres delvis var i uoverensstemmelse med forventningene de hadde på forhånd. Noen informanter fortalte om et faktisk brudd mellom de arbeidsoppgavene de fikk tildelt ved oppstart og slik stillingen ble forespeilet i stillingsutlysningen, mens andre opplevde at stillingen deres fremsto som lite planlagt; at ledelsen hadde tatt initiativ til å opprette stillingen ut i fra et politisk ideal om at satsing på psykisk helse var viktig, men uten å ha noen plan for hvordan stillingen skulle være i praksis. I tråd med dette fant Fossestøl og Skarpaas (2013) at kommunepsykologstillinger i liten grad fremsto som en tydelig beskrevet rolle utover å være politisk og administrativt forankret. Hvordan kan vi forstå disse opplevelsene?

Uoverensstemmelsen mellom andre yrkesgruppers holdninger til psykologer og informantenes egne forventninger, kan forstås i lys av den allmenne oppfatningen av hva en psykolog gjør. Psykologer blir først og fremst assosiert med klinisk praksis, hvor en har individfokuset samtalerterapi med pasienter (Schjødt et al., 2012). Psykologer har gjennom

mange år opparbeidet seg en ekspertrolle i helsevesenet gjennom en lang vitenskapelig utdannelse, som i hovedsak er rettet mot individualbehandling og klinisk praksis (Utvåg et al., 2014). Dette er profesjonens tradisjonelle rolle i samfunnet og holdningene hos andre yrkesgrupper i kommunen kan være forankret i denne forståelsen. Til tross for at psykologers myndighetsområde i kommunen har økt fra politisk hold, har ikke nødvendigvis andre faggruppers holdninger til og forståelse av psykologens arbeidsoppgaver endret seg i tråd med profesjonens jurisdiksjonskrav.

For å forstå informantenes opplevelser kan det også være hensiktsmessig å se på psykisk helsearbeid i kommunal sammenheng og kommunens erfaringer med psykologprofesjonen. Psykisk helsearbeid er et relativt nytt fagfelt i kommunen, og noen av kjerneutfordringene har vært å få til tilstrekkelig sammenheng og helhet i tjenestetilbudet og en overordnet styring som forstår ulike perspektiver innenfor fagfeltet (Schjødt et al., 2012). En tidligere rapport fant at toppledelsen i kommunen virket å være lite involvert i utformingen av psykologens arbeidsoppgaver (Heggland et al., 2013). En kan tenke seg at til tross for at det eksisterer en politisk vilje og intensjon bak kommunepsykologstillingene, er ikke dette nødvendigvis forankret i kommunens ledelse.

Psykisk helsearbeid ble i større grad kommunens ansvar med Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63(1997-1998)). Det var likevel få psykologer ansatt i kommunen og først etter Helsedirektoratets satsing på psykologer i kommunen som startet i 2009 har antallet kommunepsykologer økt betraktelig (Schjødt et al., 2012; Heggland et al., 2013). Dette tyder på at kommunene har begrenset erfaring med psykologer.

Våre funn tyder på at informantene, i tillegg til å måtte sjonglere flerfoldige arbeidsoppgaver, må gjennom en gjensidig tilpasningsprosess; kommunen strever med å tilpasse seg kommunepsykologen samtidig som psykologen ikke er godt nok kjent med kommunen. Da

informantene fortalte om tilpasningsprosessen vektla de betydningen av å få systemet til å bli vant med *dem*. Vårt inntrykk er at dette var svært viktig for mange av informantene, og det er kanskje ikke så rart; arbeidsoppgavene som kommunepsykologen velger å prioritere vil være med på å forme og utvide profesjonens rolle i samfunnet, psykologenes forståelse av seg selv og ikke minst de andres forståelse av hvem kommunepsykologen er (Skaret, 2014).

### **En overveldet kommunepsykolog**

Informantene forventet at varierte arbeidsoppgaver og frihet til å styre sin egen arbeidshverdag var et klart kjennetegn ved kommunepsykologrollen. Spesialisthelsetjenesten på sin side, representerte en arbeidsplass hvor det var mange føringer, lite handlingsrom og mindre endringstro, noe informantene presenterte som negative kjennetegn. Våre funn tyder på at varierte arbeidsoppgaver og mye faglig frihet var en betydningsfull faktor for informantenes positive opplevelse av kommunepsykologrollen. Tidligere rapporter har også vist at faglig frihet og autonomi var den største motivasjonen til å søke på kommunepsykologstillinger (Ådnanes et al, 2013; Fossetøl & Skarpaas, 2013). Informantenes møte med kommunen var kjennetegnet av ambivalente opplevelser. Informantene fortalte om positive aspekter som autonomi og frihet på den ene siden og samtidige negative aspekter som overveldelse, usikkerhet og tvil på den andre. Hvordan kan vi forstå informantenes negative opplevelser? Usikkerhet og tvil vil gjerne være en naturlig del av det å begynne i en ny stilling. Å være ny på arbeidsplassen er krevende for de fleste. Det innebærer å måtte innordne seg nye rutiner, bygge relasjoner til nye kolleger og å forsøke å finne sin plass i systemet en inngår i. Våre funn indikerer at det å føle seg usikker og utrygg i en slik posisjon også var gjeldende for våre informanter. Utydelighet i systemet forsterket derimot informantenes opplevelse og fremsto som en barriere for en vellykket tilpasningsprosess. En lite tydelig arbeidsbeskrivelse og opplevelsen av å bli pålagt ansvar for å utføre en jobb de ikke visste hva skulle innebære var både forvirrende og frustrerende. I tråd med

dette fant Heggland et al. (2013) at manglende rammer var en betydelig kilde til frustrasjon. I våre resultater fortalte flere informanter at lite føringer kunne gi en positiv opplevelse av faglig frihet, men at det forutsatte at grunnleggende rammer for praksis var tilstede.

Systemarbeid og forebygging ble formidlet som kommunepsykologens viktigste virkefelt, samtidig viser resultatene fra vår studie at informantene opplevde at tiden som burde blitt brukt på disse oppgavene, heller ble brukt på individualoppfølging. Flertallet av informantene uttrykte et ønske om at individualterapi burde begrenses og opplevde å jobbe annerledes enn slik de tenkte de burde ha gjort. To rapporter underbygger disse opplevelsene. Forebyggende arbeid, veiledning og kunnskapsformidling ble rangert som de viktigste arbeidsoppgavene og kommunepsykologene ønsket å prioritere dette, men i praksis brukte de mesteparten av tiden sin på individualterapi (Heggland et al., 2013; Ådnes et al., 2013). Vi fant at informantenes møte med kommunen var kjennetegnet av konfliktfylte forventninger mellom informantene og de andre på arbeidsplassen. Denne konflikten syntes å vedvare og informantene beskrev en kamp om å bevege seg fra en posisjon som en vanlig psykolog i kommunen til en kommunepsykolog. De vektla betydningen av å endre de andres innstilling til kommunepsykologrollen i denne prosessen. Dekker likevel utydighet og konfliktfylte forventninger hele spekteret av informantenes opplevelse av overveldelse? Våre funn ga noen indikasjoner på hvilke andre faktorer som kan ha hatt betydning. Flere informanter uttrykte at variasjonen i arbeidsoppgaver, *i seg selv*, kunne være svært krevende. Opplevelser av overveldelse og frustrasjon knyttet til stor variasjon i arbeidsoppgaver er ikke et overraskende funn. Schjødt et al. (2012) fortalte om lignende erfaringer. Forfatterne hevdet at kompliserte og svært ulike arbeidsoppgaver kunne føre til overveldelse og et "uklart mandat". Videre formidlet Schjødt et al. (2013) at de hadde hørt flere historier om kommunepsykologer som tok på seg for mye, og som endte opp sykemeldte. Vi undrer oss over om stor variasjon i arbeidsoppgaver i seg selv kan virke overveldende og dermed

begrensede for psykologens opplevelse av klinisk autonomi. Det kan tenkes at muligheten til å styre sin egen arbeidshverdag, ta selvstendige beslutninger og ha frihet til å være nytenkende blir begrenset når det eksisterer manglende føringer for hvordan en skal gjennomføre disse arbeidsoppgavene.

Flere informanter trakk frem sin tidligere erfaring som viktig for å redusere tvil og usikkerhet. Lang erfaring virket å tilføre faglig selvtillit og en trygghet i egne beslutninger som kan tenkes å fungere som en buffer mot tvil og overveldelse. Ådnanes et al. (2013) fant, i tråd med dette, at psykologer med lang erfaring verdsatte faglig frihet og autonomi i vesentlig større grad enn psykologer med kort erfaring. Forfatterne forklarte dette med at nyutdannede psykologer kan oppleve et større behov for tydelige rammer.

Ettersom psykologenes erfaring virker å henge sammen med en positiv opplevelse av faglig frihet, kan det være hensiktsmessig å drøfte informantenes opplevelser av overveldelse i lys av kompetanse. Et interessant funn var at flere av informantene formidlet at de fant trygghet i individualterapi da de følte seg overveldet av variasjonen i arbeidsoppgaver. Vi fant også at opplevelsen av overveldelse var knyttet til at mange av informantenes arbeidsoppgaver gikk utover deres kjernekompetanse. Dette påvirket hvordan informantene valgte å prioritere. Manglende erfaring med forebygging og systemarbeid kombinert med en trygg base i individualterapi førte til en spenning mellom å finne trygghet i sin kjernekompetanse på den ene siden og det å tørre og bevege seg ut av komfortsonen på den andre. En kan tenke seg at, for å gjennomføre forebyggende- og systemrettede oppgaver, fordrer dette to ulike kompetanser fra psykologenes side. Det ene kompetansegrunnlaget omhandler evnen til å definere innholdet i forebyggingsarbeidet. Er psykologer godt nok rustet til å utvikle forebyggende tiltak? Debatten rundt psykologers forebyggingskompetanse, som er beskrevet innledningsvis, illustrerer at det ikke foreligger et tydelig svar på dette spørsmålet. Resultatene er tvetydige. Etter en

gjennomgang av landets profesjonsutdanninger konkluderte Heggland et al., (2013) med at psykologer har *et grunnlag* for å inneha kompetanse innenfor forebygging. Samtidig fant Ådnanes et al. (2013) at kommunepsykologene selv etterspør mer kompetanse om forebyggende folkehelsearbeid i kommunal sektor. Dette fører oss videre til den andre formen for kompetanse. For å være rustet til å gjennomføre systemrettede og forebyggende tiltak i kommunen fordrer det at kommunepsykologen også innehar tilstrekkelig implementeringskompetanse. Har kommunepsykologen nok kunnskap om kommunen som system? Psykologer er en relativt ny profesjon i kommunen og vi antar derfor at psykologens kunnskap om kommunen som system i mange tilfeller er begrenset. Det er både myndighetene, yrkesutøveren selv, og fagforeningen sitt ansvar å forsikre seg om at psykologen innehar nok kompetanse til å implementere de tiltak de er satt til å gjennomføre. Ettersom forebyggende arbeid ofte innebærer sektor- og tjenesteovergripende samarbeid har kommunen på sin side et ansvar for å gi opplæring i kommunen som system. Kommunen må legge til rette for slikt arbeid for å utnytte psykologens kompetanse på en hensiktsmessig måte (Heggland et al., 2013). Vi setter spørsmålsteget ved om dette er tilfellet. Psykologen selv har også et ansvar for å kjenne til systemet som de er en del av. Ettersom kommunepsykologene etterspurte mer kompetanse på forebyggende folkehelsearbeid i kommunen, tyder dette på at psykologens kompetanse på dette området ikke er tilstrekkelig ivarettatt i profesjonsutdanningen. Fossetøl og Skarpaas (2013) hevdet at den enorme variasjonen i kommunenes organisering, tjenester, kultur og behov tilsier at kommunepsykologen “i større grad må forstås som en entrepenør, og en som må finne, mer enn å få, sin rolle” (s. 133). Bør kommunepsykologen sitte alene med dette enorme ansvaret? Det er i Psykologforeningens interesse at profesjonen som helhet innehar den kompetansen som skal til for å utøve sitt mandat.

**Forskjeller - noe positivt eller negativt?**

Flere informanter fortalte at de selv sto ansvarlig for å definere innholdet i arbeidsoppgavene sine. I tråd med dette fant Heggland et al. (2013) at en stor del av deres utvalg var med å forme innholdet i sin egen stilling. Våre informanter virket å være helt eller delvis ansvarlig for å organisere og gjennomføre lavterskeltilbudet de var satt til. Resultatene tydet på at det var store forskjeller mellom hvordan informantene valgte å organisere og sette rammene for både lavterskeltilbud og forebyggende tiltak, og valgene var begrunnet i kommunens behov, så vel som personlige preferanser hos kommunepsykologen. Tilbudene varierte i form av terapiforløpenes lengde, avgrensning av pasientgruppe, bruk av kartlegging og hvorvidt kurs og gruppetilbud var tilgjengelig. I tråd med dette fant Imenes (2017) at det hersket usikkerhet blant kommunepsykologer hvorvidt kartlegging, utredning og diagnostisering i lavterskeltjenester var nødvendig. Dette har i senere tid blitt tydeliggjort av Helse- og omsorgsdepartementet i et rundskriv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), noe som tyder på at manglende føringer om innholdet i tjenestene kan medføre store forskjeller i tolkninger av hvordan kommunepsykologen kan arbeide i et lavterskeltilbud. Hvilke konsekvenser kan interkommunale variasjoner få for innhold og kvalitet i tjenestene?

Det finnes ingen lovverk som spesifikt regulerer kommunepsykologens virkeområde. Heller ikke i den vedtatte lovfesting av psykologkompetanse i kommunen foreligger det tydelige føringer for innholdet i arbeidsoppgaver (Innst. 378 L (2016-2017)). Dermed står kommunepsykologen i stor grad fritt til å definere og organisere sine egne arbeidsoppgaver og ikke minst implementere dem innenfor de rådende rammene i kommunen og tjenesten de tilhører. Helsedirektoratet (2017) fremmet i tilskuddsordningen at en skal ta lokale hensyn i utformingen av kommunepsykologstillingen, og åpnet følgelig opp for variasjon. Grunnlaget for dette virket å omhandle det store mangfoldet av norske kommuner, som fordrer at en tar hensyn til at ulike kommuner har ulike behov. Kommunen og kommunepsykologen har selv ansvaret for å vurdere

lokale tilpasninger. Våre funn indikerer at en slik ordning gjør at tilbudet ikke bare vil variere ut fra kommunens behov, men også ut i fra personlige preferanser hos psykologen. En slik fremgangsmåte krever at psykologen og kommunen sammen klarer å navigere seg ut i fra kommunens behov og finne de beste løsningene. Denne prosessen fremstår krevende, og en kan i noen tilfeller tenke seg at psykologens preferanser vil trumfe kommunens behov. I vårt utvalg valgte noen informanter å avgrense lavterskeltilbudet til å bare gjelde en spesiell pasientgruppe som kunne nyttiggjøre seg av terapi med en varighet på fire til fem samtaler. Kan kommunepsykologens egne holdninger om hvem som har utbytte av deres tilbud, medføre at kommunen ikke bruker sine ressurser på en hensiktsmessig måte? Ose, Kaspersen og Børve (2018) hevdet at lavterskeltilbud basert på kognitiv terapi i stor grad oppsøkes av høytfungerende personer heller enn lavtfungerende, og at et slikt tilbud innebærer at kommunen bruker sine ressurser på de som har best forutsetning for å lykkes i å mestre sine vansker på egenhånd. Er det dette som er ment å være hensikten med et lavterskeltilbud i kommunene? Den gjeldende ordningen kan i verste fall gjøre tilbudet utilgjengelig for en stor andel av befolkningen som kunne hatt nytte av terapi.

Våre informanter formidlet også et ansvar for å organisere og utforme det samfunnspsykologiske arbeidet sitt, i form av forebygging og systemarbeid. Informantene tolket imidlertid forebyggings- og behandlingsbegrepet om hverandre, noe som antydte at det ikke eksisterte en enhetlig forståelse av hvilke tiltak som var kjennetegnet som forebyggende og hvilke tiltak som ble ansett som behandling. Heggland et al. (2013) gjorde lignende funn; i deres utvalg fremkom det stor variasjon i hvordan informantene forstod begrepet forebygging og at forebyggingsbegrepet ofte overlappet med behandlingsbegrepet. Vi undrer oss over hva som ligger til grunn for vanskene med å avgrense forebyggende og behandlende tiltak. Informantenes beskrivelser av forebyggings- og behandlingsbegrepet kan tolkes i retning av at begrepene,



teoretisk sett, ikke er atskilt på en god nok måte. Samtidig kan det også indikere at kommunepsykologer innehar mangelfull kompetanse på forebyggende arbeid, som påpekt av Holte (Helmikstøl, 2017). Heggland et al. (2013) fant at kommunepsykologer i hovedsak benyttet seg av befolkningsrettede og forebyggende tiltak basert på lavere evidensnivå, til tross for at intervensjoner på høyere evidensnivå var tilgjengelig fra Helsedirektoratet. Dette støtter opp under antakelsen om at kommunepsykologenes kompetanse på forebygging og folkehelsearbeid har et forbedringspotensial.

### **Implikasjoner**

Kommunepsykologen er en stilling i støpeskjeen. Dette innebærer at kommunen i relativt liten grad er vant med psykologrollen og det vil ta tid for kommunen, så vel som kommunepsykologen å tilpasse seg hverandre. Våre resultater tydet på at kommunen som system opplevdes som uklart og lite forankret på tvers av informantene. Dette ga grobunn til opplevelser av frihet, autonomi og tro på endring på den ene siden, og tvil, overveldelse og usikkerhet på den andre. Både ledelsen og andre faggrupper i kommunen virket å ha en snever forståelse av kommunepsykologens virkeområde, som begrenset seg til at kommunepsykologen hovedsakelig skal drive med individrettet behandling. Vi tenker oss at kommunepsykologen i tillegg til å måtte sjonglere flerfoldige arbeidsoppgaver, må gå gjennom en slags gjensidig tilpasningsprosess; kommunen strever med å tilpasse seg kommunepsykologen, samtidig som psykologen ikke er godt nok kjent med kommunen. Våre funn gir noen antydninger til mulige tiltak som kan iverksettes for å gjøre denne prosessen enklere for både kommunen og kommunepsykologen. Å gi både andre faggrupper og ledelsen i kommunen ytterligere informasjon om kommunepsykologens mandat kan være et mulig tiltak som kan gjøre at denne tilpasningsprosessen blir lettere. Det kan også legges bedre til rette for at psykologen kan tilegne seg mer kunnskap om systemet som de er en del av.

Vi fant videre at informantene opplevde forebygging og systemarbeid som deres viktigste arbeidsoppgaver, men at de likevel brukte mesteparten av tiden sin på individualoppfølging. Kommunepsykologens prioriteringer kan tenkes å være med på å forme profesjonens fremtidige rolle i kommunen, som kan være med å forklare hvorfor informantene la stor betydning i det å få til en balanse mellom arbeidsoppgaver. Diskrepansen mellom hva informantene tenkte en kommunepsykolog skulle gjøre og hva de faktisk gjorde, virket å henge sammen med en opplevelse av overveldelse på grunn av varierte og kompliserte arbeidsoppgaver kombinert med manglende føringer for hvordan en skulle gjennomføre disse. Dette funnet tyder på at det kan være hensiktsmessig å se etter alternative måter å organisere stillingen på. Videre kan det være nyttig å utforske hvorvidt en bør skille kommunepsykologstillingen i rene kliniske behandlerstillinger og rene samfunnpsykologisk orienterte stillinger. Våre informanter ga ikke noe entydig uttrykk for en slik løsning, men vi antar at en klargjøring av innholdet i stillingen vil redusere opplevelsen flertallet av informantene satt med. Samtidig er mange psykologer motivert til å arbeide med både klinisk og samfunnpsykologisk virksomhet samtidig, og ved å skille disse arbeidsoppgavene kan det tenkes at stillingen vil være mindre attraktiv for noen.

Med bakgrunn i de få føringene som eksisterer for kommunepsykologenes arbeidsoppgaver, hevdet Heggland et al. (2013) at det kan være en fordel å tydeliggjøre rammene for kommunepsykologers virke ved å nedfelle deres virksomhet i lovverket. Det kan på motsatt side hevdes at standardisering gjennom lovfesting av virksomhet kan føre til lavere grad av tilpasning etter kommunens behov. Kommunenes frihet til å utvikle sine tjenester ut i fra lokale hensyn gir muligheten til å ta høyde for hver kommunes unikheter. En løsning på dette kan være å utforme et lovverk der psykologens virke i kommunehelsetjenesten defineres på en måte som gir både kommunen og kommunepsykologen tilstrekkelig grad av autonomi.

Våre funn tydet på at tidligere erfaring var en viktig faktor for å redusere tvil og usikkerhet i stillingen som kommunepsykolog. Erfaring var også betydningsfullt for en positiv opplevelse av frihet og klinisk autonomi. Lang erfaring virket å tilføre faglig selvtillit og en trygghet i egne beslutninger som kan tenkes å fungere som en buffer mot tvil og overveldelse. Implikasjonene av dette funnet kan være å se på ulike måter en kan gjøre kommunepsykologstillingen mer attraktiv for erfarne psykologer.

Vi fant også at manglende kompetanse innenfor forebygging og systemrettet arbeid kan gjøre at kommunepsykologer søker trygghet i individualterapi. I tråd med tidligere forskning, er en implikasjon av dette at en bør sette i gang tiltak for å øke psykologers kompetanse på arbeid i kommunal sektor. Et relevant tiltak for kompetanseøkning ble fremmet av Imenes (2017), som foreslo å stille tydeligere krav til spesialistkompetanse hos kommunepsykologen på en lignende måte som for fastleger. Et slikt krav til tydeligere opplæring i de spesifikke utfordringene som ligger i kommunalt helsearbeid for psykologer kan bidra til å motvirke noen av de krevende opplevelsene våre informanter fortalte om.

Informantene la stor vekt på det å ha psykologkollegaer da de fortalte om prosessen om å jobbe mer riktig. Betydningen av å ha psykologkollegaer hang sammen med viktigheten av å bli forstått, for at tiltakene skulle få forankring i tjenesten og for å føle seg mindre ensom i møte med andre yrkesgrupper i kommunen. Tidligere forskning har vist at rekruttering av flere psykologer til kommunen virket å være en vesentlig faktor for at kommunepsykologer skulle forbli i stillingen sin (Ådnanes et. al., 2013; Fossetøl & Skarpaas, 2013). Med dette som bakgrunn, kan en anta at et økt fokus på å etablere fagnettverk for kommunepsykologer kan være et relevant tiltak. Økt psykologbemanning i kommunen kan også virke som en beskyttende faktor for at kommunepsykologene skal trives i jobben.

### **Begrensninger ved studien**

I samsvar med kvalitativ metodologi har hensikten med studien vært å utforske individuelle erfaringer hos kommunepsykologer, for å mer innsikt i informantenes holdninger og opplevelser. Vårt inntrykk er at kommunepsykologers erfaringer av egen arbeidshverdag i liten grad har vært fokus i tidligere forskning. En kvalitativ tilnærming er vanligvis å foretrekke i tilfeller som er lite undersøkt og hvor det ikke eksisterer tilstrekkelig forskning, ettersom tilnærmingen kan gi en pekepinn på hvilke deler av utvalgets opplevelser som kan være særlig betydningsfulle og som kan være viktige momenter å forske videre på. Vi tenker at det vil være nyttig å gjennomføre flere kvalitative studier med andre utvalg, så vel som kvantitative tilnærminger for å belyse temaet ytterligere.

I likhet med tidligere undersøkelser av kommunepsykologer som gruppe (Heggland et al., 2013; Fossetøl & Skarpaas, 2013; Ådnanes et al., 2013) indikerer resultatene våre at det foreligger enormt stor variasjon i rammebetingelser og føringer for kommunepsykologer. Dette antas å ha betydning for studiens overførbarhet. Av hensyn til denne variasjonen kan det tenkes at studiens overførbarhet ville vært styrket av å utvide utvalget med flere informanter fra flere kommuner. Videre kan det antas å være fordelaktig med ytterligere variasjon i kjønn, geografisk lokalisering og organisering blant informantene. Vår utvalgsprosedyre var strategisk og basert på bekvemmelighet, og det kan ha spilt en rolle for utvalgets representativitet av kommunepsykologer som gruppe. Det kan antas at utvalget ville vært mer representativt om vi hadde tatt i bruk en mer systematisk og randomisert utvalgsprosedyre, men når det er sagt er ikke målsetningen med kvalitative tilnærminger å generalisere resultatet til å gjelde en hel populasjon. Det kan også tenkes at vår tilnæringsstrategi, som i hovedsak baserte seg på å ta direkte kontakt med aktuelle informanter, kan ha påvirket hvem som takket ja til å være med i studien, ved at de som opplevde å ha sterke meninger om stillingen kan ha vært mer tilbøyelig til å delta. Til tross

for studiens begrensede utvalg, er våre funn likevel konsistente med tidligere forskning, og vi tenker at resultatet av studien er med på å tilføre viktig kunnskap om fenomenet.

**Reliabilitet.** Vi har gjennom hele forskningsprosessen hatt et fokus på oppnå en høy grad av reliabilitet. Reliabilitet i kvalitativ forskning viser til forskningsprosjektets pålitelighet og konsistens (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi valgte å utvikle en semi-strukturert intervjuguide for å ivareta en rød tråd i informantenes opplevelser og samtidig åpne opp for refleksjon. Vi antar at forhåndsbestemte spørsmål kan ha påvirket studiens reliabilitet, ettersom det åpnet opp for subjektive vurderinger fra forskerens side om hvilke temaer som skulle utforskes i dybden. På den andre siden anså vi det som en dyd av nødvendighet for å bevare studiens indre konsistens. Av hensyn til dette brukte vi mye tid på å drøfte hvordan vi skulle gjennomføre intervjuene i et forsøk på å redusere eventuelle forskjeller mellom forskerne. Vi gjennomførte flere testintervjuer med hverandre, og diskuterte i etterkant hvordan vi kunne samkjøre oss best mulig. Videre møttes vi både i forkant og i etterkant av hvert intervju for å drøfte, og for å sikre at gjennomføringen skjedde på en tilsynelatende lik måte. For å redusere ulikheter mellom forskerne valgte vi å utarbeide felles retningslinjer for hvordan transkriberingen skulle gjennomføres. I analysedelen arbeidet vi i tråd med STC-rammeverket, der en tar ulike grep for å sikre tilfredsstillende reliabilitet i analyseprosessen (Malterud, 2012). Vi kategoriserte data sammen, og kom frem til meningskategorier og temaer gjennom felles diskusjon. Vår veileder var også deltakende i denne prosessen ved å fungere som en ekstra person som kunne vurdere våre kategoriseringer, som et grep i å styrke studiens reliabilitet.

**Refleksive bemerkninger.** Vi har tidligere beskrevet refleksivitet knyttet til prosessen før analysen. Refleksivitet er en viktig faktor også i den resterende forskningsprosessen, og vår forforståelse kan ha vært med å påvirke selve analysen, presentasjon av resultater og i diskusjonsdelen av studien. På forhånd hadde vi forventninger om å finne mye variasjon i

informantenes svar, ettersom vi gjennom intervjuene hadde fått inntrykk av at kommunepsykologstillingene var svært forskjellige. Gjennom analyseprosessen arbeidet vi induktivt, uten forhåndsbestemte kategoriseringskriterier. Samtidig anerkjenner vi at tidligere erfaringer uunngåelig har vært med på å forme vår tolkning av datamaterialet. Vår akademiske bakgrunn kan ha påvirket våre tolkninger knyttet til begrepet forebygging og hensikten med lavterskel behandling. Vi har blant annet undret oss over innholdet i forebyggingsbegrepet og effekten av lavterskel korttidsterapi. Vi hadde derfor en løpende diskusjon om hvordan våre antakelser kunne være med på å påvirke analyseprosessen.

Videre kan det hevdes at de erfaringene vi gjorde oss i intervjusituasjonen kan ha hatt betydning for hvilke sitater som ble trukket frem og belyst i studiens resultater. Eksempelvis kan sitater vi anså som rike på meningsinnhold ha blitt foretrukket fremfor sitater fra andre intervjuer. Fremstillingen av resultatene viser én av mange mulige måter å kategorisere og tolke datamaterialet, og vil naturlig nok være preget av vår bakgrunn og erfaringer. I utformingen av studiens diskusjonsdel kan det tenkes at våre tidligere erfaringer fra prosjektet kan ha påvirket hvilke momenter vi har valgt å løfte frem. Eksempelvis kan det tenkes at vi som psykologstudenter identifiserer oss med kommunepsykologene. Denne medfølelsen kan ha spilt en rolle ved at vi kan ha hatt fokus på svakheter ved systemet i større grad enn svakheter hos individene i systemet. Videre representerer vi den samme profesjonen som informantene, og vi deler den samme entusiasmen over en utvidelse av psykologenes virkeområde. Dette kan ha medvirket til at vi i større grad har løftet frem implikasjoner ved funnene som forbedrer kommunepsykologens posisjon, fremfor å kritisere selve satsingen på psykologer i kommunen.

### **Fremtidig forskning**

Vi etterlyser fremtidig kvalitativ forskning som tar for seg kommunepsykologer som gruppe. Forskningen bør ta de nevnte begrensningene i vår studie med i betraktningen, og

utforme studien på en måte som tillater et større utvalg med en større bredde av informanter fra flere kommuner. Videre kan det være hensiktsmessig å utforske de aktører kommunepsykologen interagerer med i sin arbeidshverdag, for å ytterligere belyse dynamikken og overenstemmelser og/eller uoverenstemmelser med de opplevelser som våre informanter beskriver. Det virker å foreligge et behov for ytterligere utforskning av kommunepsykologers opplevelser og vi tenker oss at det kan være et viktig ledd i å tilrettelegge for at kommunepsykologen kan utøve sin rolle på best mulig måte.

### Sammenfatning

Hensikten med studien var å undersøke hvordan kommunepsykologer opplevde sin arbeidshverdag. Vi intervjuet ni kommunepsykologer og analyserte deretter datamaterialet i tråd med systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud, 2012). Analysen ledet frem til fem overordnede tema, som ble organisert i et narrativ. Vi fant at informantene opplevde å bli møtt med få føringer og uklare forventninger til hva de faktisk skulle gjøre da de begynte i stillingen. Utydeligheten ga grobunn til ambivalens, hvor positive opplevelser som frihet til å velge sin egen arbeidshverdag fremkom samtidig som opplevelser av overveldelse, tvil og usikkerhet. Det eksisterte en uoverensstemmelse mellom informantenes forventninger til kommunepsykologrollen og forventningene fra andre yrkesgrupper og ledelsen på arbeidsplassen. Informantene opplevde en spenning mellom det å tre ut av komfortsonen ved å jobbe variert med både lavterskel behandling, forebygging og systemarbeid på den ene siden, og et behov for trygghet og det å imøtekomme andres forventninger om å arbeide med individualbehandling på den andre. Vi fant at informantene opplevde at de arbeidet annerledes enn de selv tenkte de burde gjort. Individualterapi gikk på bekostning av forebygging og systemrettet arbeid, og prosessen om å få mer balanse i arbeidsoppgavene ble beskrevet som en utfordrende kamp om å endre andres innstilling til kommunepsykologrollen. Samtidig fremkom

det også en tro på endring - "vi er på vei". Informantene opplevde at de selv var ansvarlig for å bestemme innholdet i sine tjenester og vi fant at det eksisterte stor variasjon mellom de ulike informantenes tolkninger av tjenesteinnhold. I prosessen med å overføre teori til praksis fremstod det som utfordrende for flere av informantene å skille mellom begrepene behandling og forebygging. Informantene reflekterte over egen identitet som psykolog sett opp mot hva som var den mest samfunnsnyttige bruken av kommunepsykologrollen og fortalte om en opplevelse av at kommunen ikke var godt nok tilpasset psykologer.

Med bakgrunn i våre funn og tidligere forskning tenker vi oss at informantenes møte med kommunen er kjennetegnet av en gjensidig tilpasningsprosess; både kommunen og psykologen strever med å bli bedre kjent med hverandre. Informantenes egne forventninger til kommunepsykologrollen ble videre tillagt stor betydning. Sett i lys av profesjonsteori er kanskje ikke dette så rart; arbeidsoppgavene som informantene velger å prioritere kan tenkes å være med på å forme og utvide profesjonens rolle i samfunnet. Informantenes opplevelse av overveldelse ble drøftet i lys av variasjon, erfaring og kompetanse. Vi undret oss om den store variasjonen i arbeidsoppgaver og manglende føringer knyttet til gjennomføringen av disse, i seg selv kunne oppleves overveldende og dermed begrensende for psykologens kliniske autonomi. Vi satt spørsmålsteget ved påstanden om at psykologer er godt nok rustet til å utvikle og implementere forebyggende og systemrettede tiltak. Videre ble konsekvenser av interkommunale variasjoner i tjenesteinnhold diskutert. Standardisering gjennom lovfesting av virksomhet kan gi kommunepsykologer tydeligere rammer, men kan også føre til lavere grad av tilpasning etter kommunens behov. Kommunepsykologrollen slik den fremstår i dag virker å tilføre mye viktig kompetanse om psykisk helsearbeid i kommunen. Vi tenker oss at stillingen bør forankres i kommunen på en mer hensiktsmessig måte. Rammene rundt rollen bør tydeliggjøres slik at det legges bedre til rette for at kommunepsykologene kan gjøre den jobben de selv har blitt



forespeilet og som samfunnet har behov for. Dette inkluderer blant annet å gi tydeligere informasjon om kommunepsykologens mandat til ledelsen og de andre faggruppene psykologen er tiltenkt å samarbeide med i kommunen, vurdere alternative måter å organisere stillingen, utforme lovverk, se på måter for å tiltrekke seg mer erfarne psykologer til kommunen, etablere mer tilgjengelige fagnettverk, øke andelen psykologer i kommunene eller sette i gang tiltak som kan øke psykologers kompetanse på arbeid i kommunal sektor.

**Litteraturliste**

- Aanonsen, A.-M. (2006). Norsk psykologprofesjon - historien om en suksess. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 392-393.
- Agee, J. (2009). Developing qualitative research questions: a reflective process. *International Journal of Qualitative Studies in Education*. 22(4), 431-447.  
doi:10.1080/09518390902736512
- Abbott, A. (2014). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*: Chicago: University of Chicago Press.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103-117. doi:10.1080/19012276.2012.726815
- Ekeland, T.-J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. Arbeidsnotat Nr. 6. Hentet fra <http://www.hioa.no/content/download/21806/274951/file/6-2004,%20Ekeland,%20Autonomi%20og%20evidensbasert%20praksis.pdf>
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Eriksen, E. (2008). Profesjon, rett og politikk. I A. Molander & L.I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Finlay, L. (2014). Engaging Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 11(2), 121-141. doi:10.1080/14780887.2013.807899
- Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Fossestøl, K., & Skarpaas, I. (2013). *Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten. En evaluering*. Hentet fra Høgskolen i Oslo og Akershus' nettside: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og->

[arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Modellutproeving-av-psykologer-i-kommunehelsetjenesten](#)

Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. I P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (red.), *Qualitative research in psychology. Expanding perspectives in methodology and design*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Halvorsen, P. (2017, 8. juni). En god dag for psykisk helse. *Norsk psykologforening*. Hentet fra Norsk Psykologforenings nettside <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/en-god-dag-for-psykisk-helse>

Haugland, K. K. (2017). Ikke bare terapeut. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 55(1), 654-657.

Heggland, J. E., Askeland, K., & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykolog-satsingen i Norge i et folkehelseperspektiv*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2013/kommunepsykologsatsingen-i-norge-i/>

Helmikstøl, Ø. (2017). Psykologer kan ikke forebygging. Intervju med Holte, A., Hofgaard, T. L., Kraft, P., Skre, I., & Sæle, R. G.. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 55(7), 622-624.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 31. mars). Regjeringen vil kreve psykologer i alle kommuner. Nr: 20/2017 [Pressemelding]. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-kreve-psykolog-i-alle-kommuner/id2547054/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Rundskriv I-4/2017 Om helse- og*

*omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering.* Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-42017-om-helse--og-omsorgstjenestelovgivningens-anvendelse-ved-lavterskeltilbud--sarlig-om-krav-til-dokumentasjon-og-diagnostisering/id2563593/?q=rundskriv%20lavterskel>

Helsedirektoratet. (2012). *Regelverk: Tilskudd til modellutprøving - psykologer i kommunehelsetjenesten.* Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/regelverk0til%20regelverk%202012%modellutprøving>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen for mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.* Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Veileder til regelverk for tilskuddsordningen «Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rekrutteringstilskudd».* Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Veiledning%20til%20regelverk%202017%20%20Psykologer%20i%20kommunen.pdf>

Helsedirektoratet. (2017). *Regelverk for tilskuddsordning: Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.* Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Regelverk%20Tilskudd%20til%20psykologer%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%20kap%20765.60.pdf>

Helsedirektoratet. (2018). *Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.* Hentet fra

- <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene#s%C3%B8ke-eller-rapportere-p%C3%A5-tilskudd>
- Imenes, A.-K. (2017). *Klinisk praksis og kompetansebehov blant psykologer i kommunene - Rapport fra Psykologforeningens ad hoc utvalg*. Hentet fra Norsk psykologforenings nettside
- <https://www.psykologforeningen.no/content/download/49835/809918/version/1/file/AD+HOC+RAPPORT+2017.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*: Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laursen, P. F., Moos, L., Olesen, H. S., & Weber, K. (2005). *Professionalisering - En grundbog* (Vol. 1). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 21-35. doi:10.1177/160940690300200303
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Myrvold, T. M., & Helgesen, M. K. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid*. Hentet fra NIBRs nettsider
- <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2009-4.pdf>
- Norsk psykologforening. (2013). *Forebygging for barn og unge. Norsk psykologforenings hovedsatsningsområde 2014-2016*. Hentet fra Norsk psykologforenings nettside
- <https://www.psykologforeningen.no/content/download/38092/379578/version/1/file/Forebygging+for+barn+og+unge+-+Psykologforeningens+visjon+og+m%C3%A5l.pdf>
- Ose, S.O., Kaspersen, S. L., & Børve, C. S. (2018) *En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester*

*til mennesker med lettere psykiske helseproblemer.* Hentet fra SINTEFs nettside

[https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endeligrapport2008\\_00201\\_publicert.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endeligrapport2008_00201_publicert.pdf)

QSR. (2016). NVivo 12 Computer Software.

Rodal, J., & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering.*

Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering>

Schjødt, B. R. H., Hoel, A., & Onsøien, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring.*

Oslo: Universitetsforlaget.

Skårdal, T. N. (2017). Tilskuddsordningen undergraver PP-tjenesten. *Tidsskrift for Norsk*

*Psykologforening*, 55(9), 858-859.

Skaret, K. (2014). Klar for jobb i lavterskeltilbud? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(4),

312-313.

Stortingsforhandlinger. Innst. 378 L (2016-2017). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om*

*Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.).*

Stortingsforhandlinger. St.prp. nr. 1 (2006-2007). *Innledende del. For Budsjettåret 2007.*

*Utgiftskapitler: 700-761 og 2711-2790. Inntektskapitler: 3700-3751, 5572 og 5631.*

Stortingsforhandlinger. St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 -*

*2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.*

Strand, N. (2017). Når kommunepsykologen kommer. Intervju med Hofgaard, T. L.

*Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 55(5), 444-448

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The Gold Standard: The Challenge Of Evidence-Based*

*Medicine and Standardization in Health Care* (Vol. 1). Philadelphia, USA: Temple University Press.

Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Husum, T. L., & Ose, S. O. (2013). *Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen*. Hentet fra SINTEFs nettside

<https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/helsetjenesteforskning/endelig-rapport-sintef-2.pdf>



Helge Holgersen  
Christiesgt. 12  
5015 BERGEN

Vår dato: 14.09.2017

Vår ref: 55338 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

## Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.08.2017.  
Meldingen gjelder prosjektet:

55338	<i>Kommunepsykologers opplevelse av egen praksis: en kvalitativ studie av lavterskeltilbud og forebygging</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Helge Holgersen
Student	Kristoffer Olaussen

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet med vedlegg
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Bergen sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

#### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Bergen er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*



- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

#### **Forskningsetiske retningslinjer**

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

#### **Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

#### **Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### **Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 20.12.2017 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### **Gjelder dette ditt prosjekt?**

#### **Dersom du skal bruke databehandler**

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

#### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

#### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26 / [lene.brandt@nsd.no](mailto:lene.brandt@nsd.no)

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *Kommunepsykologers opplevelse av egen praksis: en kvalitativ studie av lavterskeltilbud og forebygging*

### Bakgrunn og formål

Hensikten med studien er å utforske kommunepsykologers opplevelse av sin egen arbeidshverdag, med særlig fokus på hvordan en tenker om og arbeider med lavterskeltilbud og forebyggingsarbeid. Studiens problemstillinger dreier seg om hvordan kommunepsykologer opplever at føringer fra Helsedirektoratet og rammebetingelser i den aktuelle kommunen er med å forme deres virke, og hvordan dette gir utslag i fordelingen mellom individualrettet behandling og forebyggende arbeid. Videre undersøkes hva kommunepsykologer tenker om forebyggende arbeid og lavterskeltilbud, og hvordan dette praktiseres i deres eget arbeid. Studien gjennomføres som et hovedoppgaveprosjekt ved Universitetet i Bergen.

Utvalget består av kommunepsykologer i et knippe kommuner på Vestlandet, rekruttert gjennom eget nettverk.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Datamaterialet innhentes gjennom individuelle semi-strukturerte intervjuer av deltakerne, og antas å vare mellom 45 min og én time. Spørsmålene vil omhandle hvordan du opplever arbeidet som kommunepsykolog, og hvilke faktorer som er med å prege din arbeidshverdag. Intervjuet vil registreres som lydopptak med en båndopptaker.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger innhentet gjennom studien vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektgruppen, bestående av to studenter og veileder, som vil ha tilgang til datamaterialet. Etter intervjuet vil lydopptakene overføres fra båndopptaker til en PC oppbevart på et sikkert sted. Etter transkribering vil lydopptakene slettes. I en eventuell publikasjon av studien vil du ikke kunne bli identifisert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2018.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med enten:

Kristoffer Klokkeåsen Olaussen, stud.psychol, UiB

Tlf: 47 90 86 21,

E-post: [kristoffer.olaussen@me.com](mailto:kristoffer.olaussen@me.com)

Benjamin Kinn Mjelde, stud.psychol, UiB

Tlf: 93093482

E-post: [bmj001@student.uib.no](mailto:bmj001@student.uib.no)

Helge Holgersen (veileder), førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi, UiB

Tlf: 95924328

E-post: [helge.holgersen@uib.no](mailto:helge.holgersen@uib.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

**Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

**Kommunepsykologers opplevelse av egen praksis: en kvalitativ studie****Intervjuguide****Åpningsspørsmål**

- Kan du fortelle oss om stillingen din her, og hvordan den er organisert?
  - Hvem er dine kollegaer?
  - Hvem er din nærmeste leder?
  - Hvilke brukergrupper jobber du med?

**Overgang**

- Hvordan var det å begynne å jobbe i denne stillingen?
  - Hva var ditt førsteinntrykk?
  - Hvilke forventninger hadde du?
  - Som psykolog, hvilke forventninger ble du møtt med, og hvordan opplevde du dette?

**Innledende spørsmål**

- Kan du beskrive en vanlig arbeidshverdag?

**Nøkkelspørsmål**

- Hvilken del av arbeidet som kommunepsykolog har vært mest givende for deg?
- Hva har vært spesielt utfordrende i arbeidet som kommunepsykolog?
- Hvordan driver du med forebyggende arbeid i din stilling?
- Hva er det som gjør at du har valgt å jobbe på denne måten?
- Hvordan opplever du at det forebyggende arbeidet du gjør er til hjelp?
- Driver du med individualrettet behandling? Hvis ja, innenfor hvilke rammer?
- Hvordan opplever du at dette tilbudet er til hjelp?
- Hva tenker du om forholdet mellom individualrettet behandling og forebyggende arbeid (systemrettet) i ditt arbeid som kommunepsykolog?

**Avsluttende spørsmål**

- I en ideell verden, hvordan tenker du at du som kommunepsykolog kan være mest mulig til nytte?
- Er det noe vi ikke har diskutert, som du tenker er viktig å ta med i din opplevelse av å være kommunepsykolog?
- Er det noe du sitter inne med, som du føler at du ikke har fått sagt?