

PSYKOLOGER I KOMMUNENE
- barrierer og tiltak for økt rekruttering

Heftets tittel: Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering

Utgitt: Juni 2008

Bestillingsnummer: IS-1565

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1565

Forfattere: Jørgen Rodal
Kari Frank

Forord

Psykisk helsearbeid er en del av det totale kommunale tjenestetilbudet og et arbeidsfelt under utvikling. Det er store variasjoner fra kommune til kommune hvor langt de har kommet i utbyggingen av tjenesteapparatet til mennesker med psykiske problemer og lidelser. Økt psykologrekruttering i kommunene er et av flere tiltak som kan bidra til en styrking av de kommunale tjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i St.prp.nr.1 over flere år påpekt mangel på psykologkompetanse i kommunene. I St.prp.nr.1 (2006-2007) heter det eksempelvis: *"Kommuner må framover bygge opp tilbud innen utredning, behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Flere psykologer må inngå i det tverrfaglige arbeidet"*. Det skrives videre: *"Det er behov for økt kapasitet når det gjelder utredning og behandling i kommunene"*. St.prp.nr.1 (2006-2007) sier også at det bør *"utredes ordninger som bidrar til å rekruttere psykologer til kommunene, både når det gjelder tjenester for voksne og for barn/unge"*.

På denne bakgrunn inviterte Helsedirektoratet høsten 2007 en rekke eksterne organisasjoner til to bredt sammensatte arbeidsgrupper og en referansegruppe. Mandatet var å utarbeide konkrete forslag til varige ordninger som sikrer rekruttering, stabilitet og best mulig utnyttelse av psykologens kompetanse i kommunale helse-tjenester.

Helsedirektoratets rapport til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er basert på foreliggende forskning og direktoratets samlede, faglige vurderinger. Innspillene fra arbeidsgruppene og referansegruppen utgjør en viktig og sentral del av det totale vurderingsgrunnlaget.

Oslo, juni 2008.

*Ellinor F. Major e.f.
divisjonsdirektør*

*Anne-Cathrine Hjertaas
prosjektleder*

Innhold

Forord	3
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for rapporten	6
1.2 Kommunale oppgaver og ansvarsområder	7
1.2.1 Det kommunale tjenestetilbudet	7
1.2.2 Psykisk helsearbeid i kommunene	8
1.2.3 Lavterskeltilbud i kommunene	10
1.3 Forskning som belyser økt psykologrekruttering	11
1.3.1 Foreliggende forskning og dokumentasjon	11
1.3.2 Prosjektet "Økt flerfaglighet i psykisk helsearbeid"	12
1.4 Arbeidsgruppene nedsatt av Helsedirektoratet	13
1.4.1 Mandat og sammensetning	13
1.4.2 Sentrale drøftinger og hovedkonklusjoner	13
1.5 Rapportens disposisjon	14
2 Bakgrunn og status	15
2.1 Innledning	15
2.2 Bakgrunn for økt psykologrekruttering til kommunene	15
2.2.1 Historisk kontekst	15
2.2.2 Antall psykologer i kommunene i dag	16
2.2.3 Beskrivelse av psykologens kompetanse	16
2.3 Psykologarbeid i kommunene	17
2.3.1 Hva gjør psykologen i kommunene i dag?	17
2.3.2 Eksempler på psykologarbeid i kommunene	18
2.4 Oppgaver for psykologer i kommunene	19
2.4.1 Folkehelsearbeid	19
2.4.2 Tidlig intervensjon og identifisering	20
2.4.3 Behandling	21
2.4.4 Veiledning, undervisning og fagutvikling	24
3 Utfordringer og forslag til tiltak	26
3.1 Innledning	26
3.2 Kommunepsykologens arbeidsoppgaver	26
3.2.1 Barrierer knyttet til uklare arbeidsoppgaver	26
3.2.2 Tiltak for å avklare arbeidsoppgaver	26
3.3 Oppgavefordeling mellom tjenestenivåene	27
3.3.1 Barrierer knyttet til uklar oppgavefordeling	27
3.3.2 Tiltak for avklaring av oppgavefordeling	28
3.4 Samlokalisering av psykologer og fastleger	29
3.4.1 Barrierer knyttet til samlokalisering	29

3.4.2	Tiltak for å stimulere til samlokalisering	29
3.5	Faglig stimulering og nettverksbygging	30
3.5.1	Barrierer knyttet til faglig isolasjon	30
3.5.2	Tiltak for økt faglig stimulering	30
3.6	Journalføringssystemer for psykologer i kommunene	31
3.6.1	Barrierer knyttet til journalføringssystemer	31
3.6.2	Tiltak knyttet til journalføringssystemer	32
3.7	Lønnsmessige forhold for psykologer i kommunene	32
3.7.1	Barrierer knyttet til lønnsmessige forhold	32
3.7.2	Statlige stimuleringsmidler som tiltak for økt rekruttering	33
3.8	Utdanningskapasitet og innretning på psykologstudiet	33
3.8.1	Barrierer knyttet til utdanningskapasitet og innretning	33
3.8.2	Tiltak knyttet til utdanningskapasitet og innretning	34
3.9	Psykologer i PP-tjenesten	35
3.9.1	Barrierer knyttet til psykologer i PPT	35
3.9.2	Tiltak knyttet til psykologer i PPT	35
3.10	Lovfesting av psykisk helsearbeid – barrierer og tiltak	36
4	Organisatoriske løsninger og modeller	38
4.1	Innledning	38
4.2	Kommunal organisering av psykisk helsearbeid	38
4.2.1	Status for organiseringen av psykisk helsearbeid	38
4.2.2	Psykologens organisatoriske plassering i kommunene	39
4.3	Organisasjonsmodeller for psykologarbeid med barn og unge	40
4.3.1	Psykologarbeid i stab hos helsesjefen	40
4.3.2	Psykologarbeid innenfor psykisk helsetjenesten	42
4.4	Organisasjonsmodeller for psykologarbeid med voksne og eldre	44
4.4.1	Psykologarbeid i stab hos helsesjefen	44
4.4.2	Psykologarbeid innenfor psykisk helsetjenesten	45
4.4.3	Samlokalisering av psykologer og fastleger	47
4.5	Kommunalt helsesenter	50
5	Oppsummering og anbefalinger	51
5.1	Innledning	51
5.2	Strategier for økt psykologrekruttering	51
5.2.1	Kort om anbefalingene	51
5.2.2	Tilskuddsordning for kommuner som ansetter psykolog	51
5.2.3	Finansiering av psykologers spesialisering	52
5.2.4	Kompetansemessige stimulerings tiltak	52
5.2.5	Samlokalisering av psykologer og fastleger	53
5.2.6	Øvrige tiltak foreslått i rapporten	53
5.3	Avsluttende kommentarer	54
6	Referanser	55

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for rapporten

Opptappingsplanen for psykisk helse, St.prp.nr.63 (1997-1998), ble lagt frem våren 1998. Planen bygde i stor utstrekning på St.meld.nr.25 (1996-1997). Opptappingsplanens hovedmål er å bidra til å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Den legger stor vekt på normalisering av livssituasjonen for mennesker med psykiske helseproblemer og på utvikling av mer sammenhengende tjenester for denne gruppen. Planen skal bidra til å styrke forebyggende arbeid, lavterskeltiltak og gode samarbeidsrutiner mellom berørte tjenester. Videre skal arbeidet med brukermedvirkning styrkes, og tilrettelegging av botilbud for brukere med psykiske lidelser prioriteres. Satsingsområdene i Opptappingsplanen er videreutviklet i etterfølgende budsjettproposisjoner.

Opptappingsplanen legger opp til en klar styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunene, og kommunene har gjennom Opptappingsplanen bygget opp tjenester som både skal forebygge psykiske lidelser og gi tilbud til mennesker som har utviklet slike lidelser. Gjennom bl.a. strukturelle måltall som antall boliger, antall fagpersonell m.v. har det blitt satt målsettinger som i all hovedsak vil innfris innen Opptappingsplanens avslutning. Et av unntakene er psykologrekruttering i kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i St.prp.nr.1 over flere år påpekt mangel på psykologkompetanse i kommunene. I St.prp.nr.1 (2006-2007) heter det eksempelvis: *"Kommuner må framover bygge opp tilbud innen utredning, behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Flere psykologer må inngå i det tverrfaglige arbeidet"*. Det skrives videre: *"Det er behov for økt kapasitet når det gjelder utredning og behandling i kommunene"*. St.prp.nr.1 (2006-2007) sier også at det bør *"utredes ordninger som bidrar til å rekruttere psykologer til kommunene, både når det gjelder tjenester for voksne og for barn/unge"*.

På denne bakgrunn inviterte Helsedirektoratet høsten 2007 en rekke eksterne organisasjoner til to bredt sammensatte arbeidsgrupper og en referansegruppe. Mandatet var å utarbeide konkrete forslag til varige ordninger som sikrer rekruttering, stabilitet og best mulig utnyttelse av psykologkompetanse i kommunale helse-tjenester. Forslagene kunne inneholde endringer av juridisk, organisatorisk, økonomisk og personellmessig karakter, og burde være gjennomførbare i løpet av 2008. Arbeidsgruppens forslag danner bakgrunn for flere av tiltakene som foreslås i denne rapporten.

Økt psykologrekruttering i kommunal sektor berører særskilt området psykisk helsearbeid i kommunene. Siden psykologene er en yrkesgruppe som hovedsakelig har vært sysselsatt innenfor psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten), og som tradisjonelt ikke har arbeidet i kommunal sektor, aktualiserer dette spørsmålet om hva kommunalt psykisk helsearbeid faktisk er, samt hva psykologens rolle er og bør være innenfor det psykiske helsearbeidet. Spørsmålet om psykologer i kommunene

bør utgjøre et lavterskeltilbud eller ikke, har tydeliggjort behovet for avklaring av hva et lavterskeltilbud i kommunene innbefatter.

Økt psykologrekruttering i kommunene berører i tillegg temaene organisering av psykisk helsearbeid i kommunene og samhandling. Knyttet til organisering reiser det seg bl.a. spørsmål om hvor i det kommunale tiltaksapparatet det er hensiktsmessig at psykologene er plassert. Når det gjelder samhandling aktualiseres f.eks. spørsmålet om hva som kan håndteres i kommunehelsetjenesten uten å viderehenvise til spesialisthelsetjenesten, og hvilke tilstander som bør utredes og behandles i psykisk helsevern. Samtlige av ovennevnte spørsmål vil det redegjøres nærmere for i denne rapporten.

Helsedirektoratet legger i rapporten frem en samlet, faglig vurdering av tiltak som kan iverksettes for å øke psykologrekrutteringen til kommunene. Tiltakene og vurderingene er foruten arbeidsgruppens arbeid også basert på annen foreliggende dokumentasjon og forskning som belyser feltet. Forslagene til tiltak som Helsedirektoratet anbefaler legger til grunn at psykologstillingene skal inn i det eksisterende kommuneapparatet og inngå i tiltakskjeder og samarbeide med andre aktuelle yrkesgrupper. Hensikten med å understreke psykologens kompetanse i denne rapporten, er å tydeliggjøre hvor psykologens kompetanse trengs som et supplement til annen kompetanse. Økt psykologrekruttering er ett av flere tiltak som kan styrke den samlede faglige bredden og kvaliteten i den kommunale helse- og sosialtjenesten.

1.2 Kommunale oppgaver og ansvarsområder

1.2.1 *Det kommunale tjenestetilbudet*

Kommunenes ansvar for å yte alminnelige helse- og sosialtjenester til befolkningen følger bl.a. av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Av dette lovverket følger det også at kommunene har ansvar og plikt til å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det er viktig at fastleger og øvrige personellgrupper i kommunene har rammevilkår som gjør at de kan sikre et godt tilbud også til brukere med psykiske lidelser og problemer.

Oppgavene som ligger under den kommunale helsetjenesten er spesifisert i Kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Hovedoppgavene er a) å fremme helse og forebygge sykdom skade og lyte, b) diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte, c) medisinsk habilitering og rehabilitering, d) pleie og omsorg, e) hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. For å løse disse oppgavene skal kommunene ha en allmennlegetjeneste herunder en fastlegeordning og legevaktsordning, fysioterapitjeneste, sykepleie herunder hjemmesykepleie, jordmortjeneste og helsesøstertjeneste (omfatter bl.a. helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjenesten). Kommunen skal i tillegg ha sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, og medisinsk nødmeldingstjeneste. Mennesker med psykiske lidelser og problemer kan ha behov for flere av tjenestene som er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, f.eks. fastlegetjenester, tjenester fra (psykiatrisk) sykepleier, hjemmesykepleie etc.

Lov om sosiale tjenester gir kommunene ansvar for generell forebyggende virksomhet (§ 3-1), for å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte (§ 3-4), og gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer (§ 4-1). § 4-2 i loven fastsetter at kommunens sosialtjeneste skal omfatte a) praktisk bistand og opplæring til den som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker, b) avlastningstiltak for personer og familier som har særlig tyngende omsorgsarbeid, c) støttekontakt for personer og familier som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller andre årsaker, d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller andre årsaker, e) lønn til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Loven pålegger også kommunene å yte økonomisk stønad til dem som ikke kan sørge for sitt livsopphold (§ 5-1). En del tjenestemottakere med psykiske lidelser og problemer kan ha behov for flere av tjenestene som er hjemlet i sosialtjenesteloven, f.eks. støttekontakt, boligtilbud, grunnleggende praktisk bistand og hjelp i boligen, økonomisk sosialhjelp, aktivitets- og dagtilbud etc.

1.2.2 Psykisk helsearbeid i kommunene

Selv om begrepet "psykisk helsearbeid" ikke er nevnt eksplisitt i kommunehelse- tjenesteloven eller sosialtjenesteloven er mennesker med psykiske lidelser i kommunene omfattet av dette lovverket. Psykisk helsearbeid i kommunene utføres pr. i dag blant annet av fastlegen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sosial- kontor og et betydelig antall annet personell som jobber med psykisk helsearbeid. Det er store variasjoner i hvordan kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet, men størsteparten har enten organisert arbeidet som en egen enhet eller en egen tjeneste i kommunen (Myrvold 2006). Et fåtall av landets kommuner har valgt integrerte tjenestemodeller for det psykiske helsearbeidet (Ibid).

Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (Sosial- og helse- direktoratet 2005). Det psykiske helsearbeidet omfatter tiltak rettet inn mot enkeltmennesker, familier, lokalmiljø og andre sosiale nettverk. Det sentrale målet med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Det skal være en målrettet, faglig fundert og samordnet innsats og fortrinnsvis gi et tilbud i brukernes nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå).

Fastlegene

Fastlegene utgjør en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet i kommune. De fleste med psykiske lidelser som har behov for medisinsk utredning og behandling kommer først til fastlegen. Bare et fåtall henvises til spesialisthelse- tjenesten, og de fleste pasienter med lettere og moderate psykiske lidelser kan pr. i dag få behandling og oppfølging av fastlegene. Fastlegen er henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten og har en "døråpnerfunksjon" i forhold til økonomiske ytelser som sykemelding, midlertidig uførestønad og uførepensjon, samt i forhold til NAV når det gjelder attføring, arbeidsutprøving og legeerklæringer. Det er viktig at det etableres et godt samarbeid mellom kommunalt tilsatt personell som jobber med

psykisk helsearbeid og fastlegene med det koordinerende medisinskfaglige ansvaret.

Enheter for psykisk helsearbeid i kommunene

Om lag 90 prosent av kommunene har organisert egne enheter eller egne avdelinger for det psykiske helsearbeidet. Totalt er det ca 9000 årsverk i kommunene som går til psykisk helsearbeid, uavhengig av organisering (Ose 2007). Dette tallet er av direktoratet anslått økt til om lag 10 000 årsverk ved utløpet av opptrappingsperioden.

En betydelig andel av disse årsverkene utgjøres av høgskoleutdannet personell. Mange av disse har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Oppgavene som utføres av disse årsverkene varierer betydelig samtidig som fellesnevneren er at de i hovedsak rettes inn mot mennesker med psykiske vansker og lidelser. Trening av sosiale og praktiske ferdigheter samt bistand i bolig, råd og veiledning både til brukere, pårørende og til annet personell, utvikling av ulike aktivitetstilbud, deltakelse i ulike former for psykoterapeutisk behandling, vurdering av brukeres funksjons- og mestringsevne samt koordinere arbeidet med individuell plan for enkeltbrukere er eksempler på slike oppgaver. Dette personellet er viktige samarbeidspartnere for fastleger, psykologer, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og andre instanser i kommunen.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten en viktig aktør i det psykiske helsearbeidet for barn, unge og foreldre i kommunene (Myrvold 2006). Tjenestene skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge gjennom å styrke foreldrerollen, fremme lærings- og utviklingsmiljøet for barna og legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen. Et annet sentralt aspekt tjenestene skal fylle er å bidra til en mer helsefremmende livsstil i målgruppene. Tjenesten benyttes av så godt som 100 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen, og er en viktig arena for å forebygge, avdekke og iverksette adekvate tiltak for barn, unge og foreldre med psykiske problemer.

Pedagogisk psykologisk tjeneste og barnevernstjenesten

Pedagogisk psykologisk tjeneste (PP-tjeneste) og barnevernstjenesten spiller en viktig rolle i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. PP-tjenesten skal både ha fokus på den enkelte elev som har vansker i opplærings situasjonen, og på skolen som system. Tjenestens rolle i det psykiske helsearbeidet er bl.a. å bistå skoler og barnehager i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Barnevernstjenesten skal avdekke omsorgssvikt, atferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås. Mange barn og unge som barnevernstjenesten kommer i kontakt med har psykiske vansker og er risikoutsatt. Det bør også nevnes at barnehage, skole, skolefritidsordning og fritidstilbud er viktige aktører i det kommunale arbeidet med barn og unges psykiske helse. Disse arenaene skal bidra til å legge et godt grunnlag for barnas utvikling, og høy kompetanse om barns psykiske helse er derfor viktig nettopp her.

Boliger

Etter sosialtjenesteloven skal sosialtjenesten i kommunen "medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet,

herunder boliger med særlig tilpasning og hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller andre årsaker". Sosialtjenesteloven hjemler også brukers rett på nødvendig praktisk bistand og opplæring for å kunne bo, og rett til råd og veiledning for å løse eller forebygge sosiale problemer. Landets kommuner har fulgt opp disse lovbestemmelsene ved å opprette ulike botilbud og boformer for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Kommunen bistår også ofte brukerne i disse boligene bl.a. i form av støttesamtaler, vurderinger, behandling, renhold, vedlikehold og iverksettelse av relevante tiltak.

Støttekontakter og aktivitetstilbud

For å hjelpe mennesker med alvorlig psykiske lidelser i utvikling av sosiale nettverk og sosial aktivitet av ulikt slag er det sentralt å vurdere nytten den enkelte kan ha av støttekontakt og fritidsassistanse. Støttekontakt er hjemlet i sosialtjenesteloven. En stor del av det kommunale kultur- og fritidstilbudet drives av frivillige organisasjoner og er viktige arenaer for integrering og inkludering. Kommunens ansatte bør støtte og stimulere mennesker med psykiske problemer til å delta i det ordinære kultur- og fritidstilbudet.

I rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet (Nr.1-5/2007) pekes det på at tilbud om dagaktiviteter er en del av det kommunale omsorgstjenestetilbudet jf. sosialtjenestelovens § 1-1 og § 4-3. Det viser seg også at mange kommuner har etablert ulike typer av aktivitetshus, dagsentra eller liknende møteplasser for å stimulere mennesker med psykiske lidelser og plager til aktivitet, kultur og trivsel. Når det gjelder arbeid og psykisk helse er det viktig at kommunene bl.a. vektlegger utvikling av lavterskeltilbud med motivasjons- og mestringsstyrkende tiltak som kan støtte/lede til mer arbeidsrettede løp for den enkelte innbygger (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Samarbeid

Ansatte i distriktpsikiatriske sentra (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) har ansvar for at kommunalt personell får den veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten som er nødvendig for at kommunehelsetjenesten skal oppfylle sine plikter etter lov og forskrift, jf. kommunehelsetjenestelovens § 1-3. Plikten er begrenset til å gjelde "helsemessige forhold knyttet til enkeltpasienter, dvs. ethvert tiltak som angår pasientens fysiske og psykiske helse". I St.prp.nr.1 (2004-2005) ble det forutsatt at alle kommuner og respektive helseforetak innen utgangen av 2005 etablerte et fast strukturert samarbeid om psykiske tjenester til både barn, unge og voksne. Formålet med avtalene er å tydeliggjøre kommunens og spesialisthelsetjenestens fordeling av ansvar, oppgaver og roller for å sikre en sammenhengende tjeneste med god pasientflyt. Samarbeidsavtalen kan være et godt utgangspunkt og styringsredskap i kommunens overordnede psykiske helsearbeid.

1.2.3 Lavterskeltilbud i kommunene

Det eksisterer flere ulike definisjoner av begrepet lavterskeltilbud innenfor psykisk helsearbeid. Ulike kommunale tiltak og tjenester er på ulike tidspunkt blitt koblet opp mot begrepene, og det har manglet en innholdsmessig avklaring av hva lavterskeltiltak og lavterskeltjenester faktisk er. I ulike budsjettproposisjoner er det dessuten de siste årene flere steder fremhevet at man ønsker å satse på utbygging og styrking av lavterskeltilbud i kommunene, men uten at det har blitt foretatt en

innholdsmessig definering og avklaring av begrepet. En operasjonalisering og definering av begrepet er blant annet viktig for å avklare hvilken tilgjengelighet og rolle psykologer bør ha for innbyggerne i kommunen. Senere i rapporten vil Helsedirektoratet komme tilbake til hvordan psykologen kan inngå som en del av kommunens lavterskeltilbud.

Lavterskeltilbudene er ofte en del av en helhet som utgjør kommunenes primær- og sekundærforebyggende arbeid (Norvoll m.fl. 2006). I rapporten "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse" definerer SINTEF Helse lavterskeltilbud på følgende måte: *"Lavterskeltilbud kan defineres som en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, for å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at man kan henvende seg direkte, uten henvisning. Tjenesten skal dessuten ha kompetanse til å kunne tilby utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med etablerte psykiske plager og lidelser"*. SINTEF Helses definisjon fanger opp flere viktige aspekter ved et lavterskeltilbud. Det er imidlertid visse elementer som definisjonen ikke dekker, bl.a. at slike tjenester også bør inkludere voksne med psykiske lidelser og problemer. Helsedirektoratet anbefaler følgende operasjonalisering og definering av lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid:

Definisjon av lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid:

- Gi direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- Være tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en "los" videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Ha åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte.

1.3 Forskning som belyser økt psykologrekruttering

1.3.1 Foreliggende forskning og dokumentasjon

Denne rapporten baserer seg på ulike kunnskapskilder for å belyse temaet økt psykologrekruttering i kommunene. Sosialdepartementet nedsatte i 1984 en arbeidsgruppe som fikk i oppgave å utrede arbeidsoppgaver for psykologer i kommunale helse- og sosialtjenester. Arbeidsgruppen leverte i september 1988 en NOU som grundig redegjorde for både aktuelle oppgaver for psykologer i kommunene og ulike erfaringer med kommunalt psykologarbeid. Arbeidsgruppen drøftet også muligheten for lovendring av kommunehelsetjenesteloven for å styrke psykologens stilling i kommunene. NOUen ble ikke fulgt opp overfor Stortinget i form av proposisjoner eller meldinger.

I Norges forskningsråds evaluering av Opptappingsplanen er det utarbeidet rapporter som både direkte og indirekte belyser tematikken. Myrvold (2006) har evaluert Opptappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk

helsearbeid. Prosjektet gir informasjon om status for organiseringen av det psykiske helsearbeidet og er relevant for psykologrekruttering i kommunene, siden det gir bakgrunnsinformasjon om hvor i kommuneorganisasjonen psykologene kan plasseres. I forskningsrådets evaluering er det flere publikasjoner som belyser hvorvidt man vil nå de personellmessige måltallene i Opptappingsplanen (Ådnanes & Sitter 2007). Materialet gir bl.a. informasjon om status for antall psykologer i kommunene.

Andersson (2006) har sett nærmere på fastlegen som aktør i tiltak for mennesker med psykiske lidelser, og sammenstilt funn fra fire ulike forskningsprosjekter. To prosjekter inngikk i forskningsrådets evaluering av Opptappingsplanen og to inngikk i evalueringen av fastlegereformen. Rapporten fokuserer bl.a. på fastlegens kompetanse når det gjelder utredning, diagnostikk og behandling av mennesker med psykiske vansker og lidelser. Det foreligger også studier som dokumenter kompetansenivået hos andre yrkesgrupper som jobber med psykisk helsearbeid (Ådnanes & Harsvik 2007; Andersson & Steihaug 2008). Studiene er viktige siden de gir informasjon om, og evt. hvor psykologens kompetanse kan utgjøre et supplement til det psykiske helsearbeidet.

Nasjonal og internasjonal forskning på forebygging, tidlig intervensjon og normalutvikling er bred og omfattende. Thuen og Aarø (2001) har gjennomført en litteraturgjennomgang vedrørende psykisk helse og forebyggende arbeid for barn og unge som anses som relevant for denne rapporten. Hovedkonklusjonen fra studien er at det finnes god dokumentasjon på at forebyggende arbeid har betydelig effekt uansett målgrupper. I denne rapporten benyttes også ulike spesialistoppgaver skrevet av psykologer ansatt i kommunene, dvs. praksisrelatert forskning, for bl.a. å illustrere hvordan det er å jobbe som psykolog i kommunene (Frank 2008; Ajo & Vik 2007; Ottesen & Erstad 2004; Hoel 1991).

Sosial- og helsedirektoratets veiledere om psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (2005), psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007), DPS veilederen (2006) og kommende praksisveileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet 2008) er også relevant for denne rapporten siden de både gir informasjon om kjerneoppgavene i det psykiske helsearbeidet og i spesialisthelsetjenesten. Veilederne bidrar bl.a. til tydeliggjøring av psykologenes arbeidsoppgaver på kommunalt nivå.

1.3.2 *Prosjektet "Økt flerfaglighet i psykisk helsearbeid"*

Helsedirektoratet støttet høsten 2005 prosjektet "*Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid*". Prosjektet er av særlig relevans for denne rapporten siden flere sentrale problemstillinger ble drøftet. I prosjektet inngikk Foreningen Voksne for barn, Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av helsesøstre, Rådet for psykisk helse og Norsk Psykologforening. I rapporten ble det drøftet ulike utfordringer mot psykologrekruttering i kommunene (Hoel 2006). Det ble argumentert for at barrierene var overkommelige og nedbrytbare. Rapporten drøftet faglige og samfunnsøkonomiske begrunnelser for psykologstillinger i kommunene. Det ble oppsummert med at psykologer hadde mye å tilføre kommunene i form av lavterskeltilbud og korttidssterapi for mennesker med psykiske helseproblemer samt forebygging av psykiske helseproblemer i kommunene.

Ut fra systematisert kunnskap og erfaring ble to hovedstrategier for kommunalt psykologarbeid beskrevet. Den første rettet seg mot primærforebyggende psykisk helsearbeid. Den andre var mer klinisk orientert, men med vekt på veiledning og kunnskapsformidling ved siden av direkte klientarbeid. Hovedstrategiene ble beskrevet ut fra stillingenes formål, organisatoriske plassering, funksjon og arbeidsområder i tillegg til brukergrupper, arbeidsmetoder og forslag til lønnsfastsettelse.

1.4 Arbeidsgruppene nedsatt av Helsedirektoratet

1.4.1 Mandat og sammensetning

På bakgrunn av utfordringene med å rekruttere (og beholde) psykologer til kommunene tok Helsedirektoratet høsten 2007 initiativ til å opprette to bredt sammensatte arbeidsgrupper som skulle se nærmere på aktuelle tiltak for å øke og styrke rekrutteringen. En arbeidsgruppe var rettet mot barn- og ungefeltet og en var rettet mot voksenfeltet. I tillegg ble det besluttet å opprette en felles referansegruppe. Begrunnelsen for å nedsette to arbeidsgrupper, relatert til rekruttering av psykologer, var de organisatoriske forskjellene mellom barne- og ungdomsfeltet og voksenfeltet innenfor psykisk helsearbeid. Barn- og ungefeltet har i dag flere arenaer for tiltak og samarbeid, mens det kommunale psykiske helsearbeidet for voksne hittil i større grad har basert seg på enkeltvis hjelpetiltak.

Det ble gjennomført fire møter i arbeidsgruppene og to møter i referansegruppa i løpet av høsten 2007. KS-konsulent har bistått i arbeidet ved å referere i møtene. Arbeidsgruppene og den bredt sammensatte referansegruppen har bl.a. bestått av representanter fra Norsk Psykologforening, Den Norske legeforening, fylkesmennene, Norsk sykepleierforbund, Fellesorganisasjonen, Nasjonalt folkehelseinstitutt, KS, NAV, Utdanningsdirektoratet, Mental Helse Norge, Rådet for psykisk helse og Landsforeningen for pårørende til pasienter i psykiatrien, Universitetet i Oslo og Regionscenter for barn og unges psykiske helse, Region Øst og Sør. Begge arbeidsgruppene og referansegruppen hadde samme mandat.

Mandatet ble vedtatt i drøftingsmøte 20. juni 2007, og ble som følger: *"Å utarbeide konkrete forslag til varige ordninger som sikrer rekruttering, stabilitet og best mulig utnyttelse av psykologkompetanse i kommunale helsetjenester."* Formålet med mandatet var å utvikle god og tilgjengelig psykisk helsehjelp med lavterskel for barn, unge og voksne i kommunene. Arbeidsgruppenes forslag kunne inneholde endringer av juridisk, økonomisk, personellmessig og organisatorisk karakter. Det skulle presenteres forslag som kunne iverksettes på kort sikt, dvs. innen utgangen av 2008, og forslag til tiltak på lengre sikt. Dette innbefattet at psykologer i kommunale stillinger skal arbeide med forebygging, utredning, behandling og veiledning.

1.4.2 Sentrale drøftinger og hovedkonklusjoner

Representantene i arbeidsgruppene var positive til å øke antallet psykologer i kommunene. Det ble understreket i arbeidsgruppene at flere psykologer i kommunene kunne tilføre det tverrfaglige psykiske helsearbeidet kompetanse. Det var enighet om flere sentrale tiltak som kunne iverksettes for å øke psykologrekrutteringen i kommunene. Følgende eksempler på tiltak er hentet fra

arbeidsgruppene:

Eksempler på forslag til tiltak fra arbeidsgruppene

- 1) Etablering av fagnettverk for psykologer i kommunene
- 2) Etablering av en statlig tilskuddsordning som dekker alt eller hoveddelen av utgiftene til spesialisering for psykologer ansatt i kommunene
- 3) Avsettelse av statlige midler til skriftliggjøring og distribusjon av tjenestebeskrivelser for psykologarbeid i kommunene med vekt på tverrfaglig samarbeid og samhandling i forhold til spesialisthelsetjenesten, NAV, fastlege, barnevern, familievern og andre aktuelle samarbeidsinstanser
- 4) Etablering av en prøveordning over 3 år med lønnstilskudd til kommuner som ansetter psykologer

I den videre fremstillingen av forslagene til tiltak for økt psykologrekruttering til kommunene fra Helsedirektoratet til HOD utgjør innspillene fra arbeidsgruppene og referansegruppen en viktig del av det totale vurderingsgrunnlaget.

1.5 Rapportens disposisjon

Kapittel to redegjør for bakgrunnen for økt psykologrekruttering i kommunene. Det ses nærmere på den historiske konteksten, status for antall psykologer i kommunene og psykologens formelle kompetanse. Kapittelet belyser også fire ulike hovedområder som psykologen kan styrke den faglige bredden og kvaliteten på det psykiske helsearbeidet i kommunene. Ut fra eksisterende dokumentasjon og forskning skildrer kapittel tre de sentrale utfordringene for å øke antallet psykologer til kommunene. Helsedirektoratet fremmer også forslag til aktuelle tiltak som kan bidra til bryte ned barrierene, og føre til en økning av antall psykologer i kommunene. Kapittel fire gjør opp status for kommunal organisering av psykisk helsearbeid og det gis eksempler på hvor psykologene kan inkorporeres i det psykiske helsearbeidet, og hvordan stillingene kan utformes både i forhold til systemarbeid, behandlings- og veiledningsarbeid. Kapittel fem summerer opp rapportens hovedfunn og Helsedirektoratet gir anbefalinger i forhold til tiltak som bør prioriteres for å nå målsettingen om økt psykologrekruttering til kommunene.

2 Bakgrunn og status

2.1 Innledning

Forrige kapittel redegjorde bl.a. for de innholdsmessige aspektene ved psykisk helsearbeid og lavterskeltilbud i kommunene. En sentral hensikt med dette var å tydeliggjøre hva psykologene kan bidra med på kommunalt nivå. I dette kapitlet redegjøres det ytterligere for hvordan psykologene og deres kompetanse kan utgjøre et viktig supplement til eksisterende personellgruppers kompetanse i kommunalt psykisk helsearbeid, og det gis eksempler på hvordan psykologer i kommunene arbeider i dag.

2.2 Bakgrunn for økt psykologrekruttering til kommunene

2.2.1 *Historisk kontekst*

Psykologene er en yrkesgruppe som tradisjonelt og historisk sett har arbeidet i spesialisthelsetjenesten. På kommunalt nivå har psykologer hovedsakelig vært tilknyttet PP-tjenesten (NOU 1988:33). Utbyggingen av en skolepsykologisk tjeneste startet like etter andre verdenskrig, og fra 1955 ga staten 50 prosent lønnstilskudd ved oppretting av skolepsykologstillinger. Utbyggingen var preget av både "Child-guidance" bevegelsen i USA, og skolenes målsetting om at alle elever har rett til et tilpasset og likeverdig undervisningstilbud (Skår 1983). I grunnskoleloven av 1963 ble kommunene pålagt å opprette skolepsykologiske kontor, og kontorene fikk betegnelsen pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

De første stillingene for psykologer i kommunene som ikke var knyttet til PP-tjenesten kom i midten av 70-årene. Dette var stillinger som ble opprettet ved lokale, kommunale initiativ og var vanligvis tilknyttet sosialkontorene, og etter hvert også helsestasjonene. Det var også enkelte kombinerte stillinger mellom PP-tjenesten og helsetjenesten eller sosialtjenesten (NOU 1988:33). "Kommunepsykolog" som stillingsbetegnelse dukket da også opp. Betegnelsen beskrev ansettelsesforholdet, men i liten grad arbeidsoppgavene. I alminnelighet var disse stillinger tilknyttet det lokale sosialkontor. Når betegnelsen kommunepsykolog benyttes i denne rapporten omfatter det psykologer ansatt i førstelinjen, uavhengig av hvilken tjeneste i kommunen det gjelder.

På 1980-tallet endret de organisatoriske rammebetingelsene seg for psykologer. Flere ble tilsatt i kommunal helsetjeneste og ble knyttet opp mot helsestasjoner og kommunelegene. Administrativt ble psykologene underlagt kommunelegen eller helsesjefen. Frem mot siste halvdel av 1990-tallet og ut på 1990-tallet ble psykologer i kommunene tilsatt for å utføre mer spesialiserte oppgaver (NOU 1988:33). Utformingen av stillingene bar likevel preg av store variasjoner i organisatorisk plassering: alt fra stillinger øremerket for arbeid i barnevernet, via kombinasjoner av PPT og ulike typer helse/sosial, til hele stillinger i helsesektoren (Hoel 1991). Mange stillinger var plassert relativt høyt i organisasjonen, oftest under helse- og sosial-

sjefen eller skolesjefen. Samtidig var og er fremdeles feltet preget ved den store bredden og variasjonen i stillingsutforminger og derigjennom ulike typer av arbeidsoppgaver, brukergrupper, samarbeidspartnere og arbeidsmetoder som benyttes i psykologens arbeid (Hoel 2006).

2.2.2 Antall psykologer i kommunene i dag

Opptrappingsplanen (St.prp.nr.63. 1997-1998) hadde målsetting om 184 flere psykologer til det psykisk helsearbeidet for voksne over øremerkede midler. Antall psykologstillinger overfor barn/unge er ikke spesifisert i planen. I 2006 har kommunene rapportert om at det er finansiert 89 psykologårsverk over de øremerkede midlene i Opptrappingsplanen (Ose m. fl. 2008). Måltallet vil ikke bli nådd i løpet av 2008, til tross for at måltallet er lavt sett i forhold til behovet (Ådnanes & Sitter 2007). Det viser seg at psykologene er den yrkesgruppen som har hatt lavest vekst i rekrutteringen til psykisk helsearbeid i kommunene. Beregninger viser at kommunene med dagens endringstakt vil oppnå 139 nye psykologårsverk totalt innen utgangen av 2008 (Ådnanes & Sitter 2007).

Tallene referert til ovenfor gjelder psykologårsverk i kommunene finansiert over Opptrappingsplanens midler. Kommunale psykologstillinger finansieres imidlertid også av kommunenes øvrige midler. Registerbasert personellstatistikk fra SSB viser at det i 2006 var sysselsatt 469 psykologer med autorisasjon i kommunene. Til sammenligning var det sysselsatt 2309 psykologer i helseforetakene (Statistisk Sentralbyrå 2006). 288 av de 469 kommunepsykologene arbeider i følge SSBs tall i PP-tjenesten. 18 psykologer er ansatt i skole- og helsestasjonstjeneste, 21 innenfor annen forebyggende helsetjeneste, 10 innenfor barne- og ungdomsverninstitusjoner, 34 i barneverntjenester, og 98 psykologer er sysselsatt innenfor andre næringer.

Dette statistikkgrunnlaget er imidlertid ikke egnet til å gi informasjon om hvor mange av psykologene som jobber direkte med psykisk helsearbeid i kommunene. Fra og med 2008 rapporterer kommunene på psykisk helsearbeid som helhet, der alle personellgrupper inkluderes uavhengig av finansieringsform. Den nye rapporteringen kan gi et bedre grunnlag for å beregne behovet for rekruttering av psykologer i kommunene enn tallmaterialet gir grunnlag for i dag.

2.2.3 Beskrivelse av psykologens kompetanse

Psykologutdanningen i Norge består av to hovedkomponenter, en grunnutdanning som normalt fører frem til psykologautorisasjon, og en eventuell påfølgende frivillig spesialistutdanning som fører frem til spesialistkompetanse.

De tre hovedelementene i det 6-årige profesjonsprogrammet i psykologi er vitenskapelig kunnskap, faglige ferdigheter og holdninger knyttet til yrkesutøvelse. Profesjonsprogrammet i psykologi har som overordnet mål å utdanne kandidater som har en grunnleggende vitenskapelig holdning til og bred kompetanse i å forstå, forebygge og behandle psykologiske problemer. Profesjonsprogrammet har også som mål å utdanne kandidater til å utføre alle de viktigste formene for psykologarbeid med barn, ungdom og voksne. Sentralt i psykologarbeid står kunnskap om menneskelig fungering, om samspill og relasjoner, om sårbarhet, og forståelse av

menneskets psykologiske utvikling og endring. Utviklingsforståelsen har forankring i normalutvikling. Det er praksis gjennom hele studiet.

Basaldisiplinene omfatter kognitiv psykologi, sosialpsykologi, personlighetspsykologi, biologisk psykologi og utviklingspsykologi. Psykologers grunnutdanning inneholder også biologisk psykiatri, nevropsykologi, nevrobiologi og nevroanatomi. Den vitenskapelige metodeutdanningen omfatter en hovedoppgave som bedømmes etter kriterier for vitenskapelig avhandling.

I den kliniske undervisningen vektlegges diagnostikk og klinisk voksenpsykologi og klinisk barne- og ungdomspsykologi – begge med et bredt spekter av undersøkelses-, diagnostiserings- og behandlingsmetoder, samt nevropsykologi og eksperimentalpsykologi. Dette innebærer stor bredde i den kliniske grunnopplæringen og at kandidatene har et enhetlig ferdighets- og kunnskapsnivå ved avslutning av studiet. Godkjenning som psykolog inkluderer rett til å praktisere der psykologene har selvstendig utrednings- og behandlingsansvar. Den norske standarden er felles for universitetene som driver psykologutdanning i Norge.

Spesialistutdanningen i klinisk psykologi bygger på grunnutdanningen og forutsetter 5 års praksis. Hovedkomponentene er veiledet praksis, faste kursprogram og et godkjent skriftlig arbeid. Fordypningsområdene innen spesialisering i klinisk psykologi er: klinisk barne- og ungdomspsykologi, klinisk voksenpsykologi, psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer, klinisk familiepsykologi, klinisk gerontopsykologi, psykologisk habilitering, klinisk arbeidspsykologi, klinisk psykologi med psykoterapi, klinisk nevropsykologi og klinisk samfunnspsykologi.

Gjennom utdanningen skal psykologene tilegne seg diagnostisk kompetanse innen psykopatologi, ruslidelser, utviklingshemming, nevropsykologiske tilstander, samt at de har vurderingskompetanse i forhold til menneskelige reaksjoner på ekstreme livshendelser som ikke er diagnostiserbare. Psykologene skal beherske et bredt spekter av utredningsverktøy både i forhold til psykopatologi, evner og annen menneskelig fungering/funksjonsavvik. Utviklingspsykologien og vurderingskompetansen medfører forståelse av hvilke betingelser som er ønskelige for optimal utvikling for ulike individer. Dette gjelder både i forhold til normalpopulasjon, psykopatologi og psykisk utviklingshemming. Denne kompetansen er viktig for å kunne skape gode forebyggende tiltak samt for å sikre god bruk av ressurser, for eksempel når individuell plan for en person med alvorlig psykisk lidelse skal lages eller alvorlighetsgraden i symptomer skal vurderes. Veiledningskompetanse opparbeides gjennom teoretisk kunnskap og veiledet praksis under embetsstudiet og utvikles ytterligere gjennom spesialistutdanningen.

2.3 Psykologarbeid i kommunene

2.3.1 *Hva gjør psykologen i kommunene i dag?*

Psykologenes arbeid varierer fra kommune til kommune. Det avhenger av forhold som kommunestørrelse, geografiske plassering, kommunenes behov, og organisasjonsmessig utforming av tjenestetilbudet. Behovet avhenger både av innbyggernes sykdomspanorama, miljømessige forhold og ikke minst av andre personellgruppers kompetanse og fokus. Enkelte mindre kommuner har inngått

interkommunale samarbeid om psykologstillinger. I mange kommuner inngår psykologene i tverrfaglige team, og det er etablert noen få separate psykologtjenester i kommunal regi. Mange av psykologene er plassert i helsestasjon, andre i helseavdelingen i kommunen.

Psykologarbeidet i kommunene er pr. i dag først og fremst rettet mot gravide, barn og unge. Foreldrekontakten er i den forbindelse en sentral del av arbeidet, og psykologene arbeider ofte for å styrke barnets robusthet gjennom styrking av foreldrekompentanse. En del kommuner tilbyr psykologhjelp individuelt eller i gruppe til foreldre til ungdommer. De psykologene som tar i mot henvendelser fra voksne, uten at problemstillingen dreier seg om barna, er som regel privatpraktiserende enten med eller uten driftsavtale. Ut fra Helsedirektoratets kjennskap til praksisfeltet er det få, om noen, kommuneansatte psykologer tilgjengelig for den voksne delen av befolkningen pr. i dag.

2.3.2 **Eksempler på psykologarbeid i kommunene**

Skien kommune

I Skien PPT arbeider fem psykologer. Tre arbeider som PP-rådgivere, to arbeider med forebyggende tiltak og direktearbeid rettet mot barn i risikosonen og deres familier. Skien Kommune arbeider generelt med å gi et godt tilbud til barn og unge, og dette bidrar til at de også lykkes med rekruttering av psykologer på kommunalt nivå. PPT har et sterkt tverrfaglig miljø, og det har positiv betydning for psykologrekrutteringen.

Hamar kommune

Hamar har etablert et tverrfaglig forebyggingsteam med 3 psykologer, en klinisk pedagog, en helsesøster og en barnevernspedagog. Tilbyr lett tilgjengelig hjelp vedrørende barn, unge og gravides psykiske helse. Legger vekt på å oppsøke barn og unge på deres egen arena, gjennom samarbeid med barnehager skoler og helsestasjon. Tilbyr råd og veiledning, vurdering, kortvarig behandling samt noe undervisning.

Vadsø kommune

Psykologen oppgir følgende faktorer som vesentlige for at han blir i kommunen: oversiktlige samarbeidsforhold, mulighet til å følge opp saker over tid og samarbeid med 2. linjetjenesten. Psykologens faste spalte i lokalavisen om "Psykologi i hverdagen" bidrar til å rekruttere aktuelle foreldre og barn og til å redusere stigma knyttet til å oppsøke psykolog.

Bærum kommune

Her har man opprettet en psykisk helsetjeneste for barn og unge. Det er en lavterskeltjeneste som har som formål å forebygge psykiske vansker og psykososiale problemer og drive helsefremmende tiltak for barn og deres foreldre. Tjenesten har i dag ansatt åtte psykologer, to som jobber mot de minste barna og seks som jobber mot de største. Bruken av disse psykologene justeres ut fra aktuelle arbeidsoppgaver og det fokus kommunen til en hver tid har. Fokus bestemmes av behov, handlingsplaner og i samarbeid med for eksempel skolehelsetjenesten.

Psykologene har ulike oppgaver i kommunen. De gir bl.a. råd og veiledning til barn, ungdom og deres foreldre. De gir kortvarig behandling og rådgivning og arrangerer grupper for barn, ungdom og voksne. Barn, ungdom, deres foreldre og samarbeidspartnere kan henvende seg til tjenesten, henvisning fra lege er ikke nødvendig og tilbudet er gratis.

Lørenskog kommune

Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PHBU) er et team i Helsetjenesten som tilbyr lett tilgjengelig psykisk helsehjelp til barn, unge og gravide. Teamet består av 5 psykologer og to spesialkonsulenter. De samarbeider tett med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De har også jevnlig møter med kommunens helsesjef og fastleger. Teamet tilbyr råd og veiledning, vurdering, kortvarig behandling samt noe undervisning og kommuniserer klart at ingen vansker er for små til at de kan kontaktes. Barn, ungdom, deres familier samt gravide i kommunen kan ta direkte kontakt, henvisning er ikke nødvendig. Tilbudet er gratis, og arbeidet er forankret i kommuneplanen.

2.4 Oppgaver for psykologer i kommunene

2.4.1 *Folkehelsearbeid*

Folkehelsearbeid kan sies å være synonymt med forebygging. Når betegnelsen forebygging benyttes i dette avsnittet, omfatter det først og fremst primærforebygging. I noen sammenhenger inngår sekundærforebyggende tiltak i det generelle forebyggingsbegrepet. I flere tiår har man i internasjonal psykologi vært opptatt av "Community Psychology" (Orford 1992). Arbeidet i allmennpsykologisk sammenheng utfordrer til utradisjonell utforming av psykologrollen, som innebærer mer fokus på samspill, nærmiljø, befolkningsgrupper og lokalsamfunn.

Kommunene har i henhold til kommunehelsetjenesteloven ansvar og plikt til å fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Kommunene har også i henhold til dette lovverket viktige kartleggings- og informasjonsoppgaver knyttet til helserelatert informasjon. Kommunene bør i dette arbeidet ha særlig oppmerksomhet rettet mot grupper og enkeltpersoner som lever med risiko for eller er i ferd med å utvikle psykiske lidelser. Det bør understrekes at folkehelsearbeidet er rettet mot befolkningen generelt, og at befolkningen bør gis mulighet til å trekke veksler på det uavhengig av problemer eller lidelser. Det innebærer i noen grad å innrette folkehelsearbeidet mot deler av befolkningen som trenger det spesielt, samtidig som tilbudet er åpent for alle og stimulere til mangfold på sosiale arenaer. I dette perspektivet vil psykologers kompetanse være nyttig i planlegging og gjennomføring av folkehelsearbeidet på kommunalt nivå.

Psykologene kan i samarbeid med andre aktører i kommunene bidra i arbeidet med å kartlegge og holde oversikt over innbyggernes psykiske helse, samt med tidlig identifisering og tidlig intervensjon. Tiltak kan rette seg mot enkeltindivider, utsatte grupper eller befolkningen generelt. Eksempler på tiltak som kan rettes mot hele befolkningen og på systemnivå er gjennom veiledning og prosjektarbeide, for eksempel i helsestasjoner, barnehager, fritidsklubber, skoler, boligområder, eldresenter og på arbeidsplasser. Psykisk helsearbeid må nedfelles i kommuneplanene, og psykologer kan spille en viktig rolle i utarbeidelsen av dem.

På systemnivå og i forebyggingsøyemed kan psykologen bidra i utviklingen av kommunalt planverk som berører innbyggernes psykososiale og helsemessige vilkår. Dette kan være psykisk helseplan, samlet forebyggende plan, oppvekstplan, rehabiliterings- og habiliteringsplan, kriseberedskapsplan, reguleringsplan og arealplan. I dette arbeidet er det viktig med erfaring og kjennskap til eksisterende tjenestetilbud i kommunen, økonomi, kommuneplaner og status for befolkningens psykiske helse. Det er også viktig med god dialog og tett samarbeid med kommunale beslutningstakere. Psykolog i kommunen kan bidra i kartleggingen av psykiske lidelser og årsaker til disse. Også når det gjelder planlegging av tiltak og organiseringen av tjenester for å bedre helsetilstanden i befolkningen kan psykologer trekkes aktivt inn i planleggingsprosessen. Slik medvirkning kan blant annet skje gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet (NOU 1988:33).

Forebyggende tiltak relatert til livsstil kan være ett av flere områder psykologer i kommunen kan fokusere på. Det kan knyttes til overvekt, fysisk aktivitet, ernæring, mat, måltider, rus, tobakk. Tiltakene kan være gruppebaserte, rettet mot institusjoner

som skoler og arbeidsplasser og/eller dreie seg om aktive bidrag i kommunens planlegging av for eksempel gangveitbygging, boligutbygging og tilgjengelighet til grønne områder.

Samfunnspsykologi knytter an til forebyggende, samfunnsorientert psykologvirksomhet. Askøy er eksempel på kommune hvor psykologer deltar i voldsforebyggende arbeid, og Hamar er eksempel på kommune som arbeider med kriminalitetsforebyggende tiltak i samarbeid med blant annet politiet.

2.4.2 Tidlig intervensjon og identifisering

Betegnelsen tidlig intervensjon blir ofte brukt synonymt med begrepet sekundærforebygging. Det omfatter å identifisere tidlige tegn på risiko for skjevutvikling eller på bakgrunn av forskning identifisere sårbarhet og iverksette tiltak rettet mot aktuelle grupper, familier og enkeltindivider. Hensikten er å forhindre utvikling eller videreutvikling av psykiske problemer og lidelser enten tidlig i livet eller tidlig i et forløp. Tidlig intervensjon er dessuten viktig for å oppøve mestring, hindre stemming, utstøting og kronifisering og at unødige psykiske tilleggslidelser får utvikle seg. I tillegg har tidlig intervensjon en potensiell samfunnsøkonomisk gevinst gjennom å forhindre kronifisering, krevende behandling senere og store nettverksbelastninger (Thuen & Aarø 2001). Psykologer kan i samarbeid med andre yrkesgrupper i kommunene spille en viktig rolle i forhold til tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon, adekvat behandling og rehabilitering. Tidlig intervensjon henger sammen med rehabilitering i den forstand at en som har en kronisk plage eller har vært utsatt for ulykke/skade, i en rehabiliteringsprosess kan få tilbud om tiltak ut fra en risikovurdering relatert til tilleggsproblematikk.

Tidlig intervensjon relatert til tilleggsproblematikk

Psykiske lidelser reduserer ofte barns læreevne, og går ut over skoleresultatene. Vedvarende uoppdagete psykiske lidelser hos barn kan påføre barn en rekke tilleggsproblemer med store konsekvenser for deres fremtidige muligheter og livsvalg. Det er veldokumentert at atferdsforstyrrelser øker risiko for rus og kriminalitet, og at barn med utagerende problematferd gjerne i tillegg utvikler store emosjonelle plager. Barn med utviklingsvansker som ADHD, Asbergers syndrom, autisme og spesifikke lærevansker har en øket risiko for å utvikle angst, depresjon og andre tilleggsplager om man ikke griper inn tidlig og tilrettelegger forholdene rundt barnet. Symptomlidelser som angst, depresjon og spiseforstyrrelser har en tendens til å bli til tilbakevendende og vare ved gjennom livsløpet om man ikke griper inn tidlig.

Allment gjelder at psykiske lidelser påvirker hele familien og at familien gjerne over tid organiserer seg i forhold til den psykiske lidelsen. På den ene siden belaster dette familiemedlemmene. På den andre siden kan det bidra til ytterligere å komplisere behandlingen etter noe tid. Forebygging av psykiske lidelser, som for eksempel depresjon, kan iverksettes gjennom støttegrupper overfor personer som har vært utsatt for belastende livshendelser. Eksempler på slike hendelser er dødsfall i nærmeste familie, skilsmisse eller alvorlig somatisk sykdom. Med sin kompetanse kan psykologen i f.eks. helsestasjonstjenesten benyttes som en ressurs i forhold til å gi gruppetilbud til foreldre med spesielle behov. Eksempler på slike gruppetilbud til foreldre kan være relatert til: relasjon og samspill, søvnforstyrrelser, og foreldre som

har mistet barn ved sykdom eller ulykker. Forsterket bemanning i kommunal sektor har avgjørende betydning for å lykkes bedre med tidlig intervensjonsarbeid.

Tidlig intervensjon tidlig i livet

Nyere norsk forskning (Mathiesen et al 2007) viser at det er mulig å identifisere risikofaktorer i barns miljø allerede ved 18-måneders alder og at en fjerdedel av barna som hadde utviklet psykiske vansker så vidt tidlig fremdeles hadde slike tre år senere. Stabiliteten i plager stiger med økende alder. Om lag 40 prosent av barna med psykiske plager i fireårsalderen har også dette når de blir 12 år. Barna med vedvarende plager er overrepresentert i familier hvor foreldrene selv har psykiske plager, lite sosial støtte og mangelfulle foreldreferdigheter. Særlig utsatt er barn som vokser opp i familier med rusmisbruk, vold og usikker tilknytning til arbeidslivet. Med relativt enkle verktøy kan psykologene nå fange opp barn med psykiske problemer og lidelser, slik at de kan få tilbud før lidelsene får utvikle seg (Heiervang m.fl. 2007).

Foreldrenes støtte i det sosiale nettverket kan fungere som buffer mot psykiske problemer og lidelser hos barna. Psykologers kompetanse kan være nyttig i arbeidet for å styrke kontakt og samhandling i familie og nærmiljø. Grupper for enslige foreldre, grupper av unge mødre, grupper for foreldre som sliter i forhold til barnas søvnmønster er eksempler på tidlig intervensjon der psykologer kan og bør bidra, helst i et tverrfaglig samarbeid. Tidlig innsats handler om å utvikle et positivt samspill som kan forebygge skjevutvikling og styrke spedbarnets medfødte kapasitet for utvikling av psykisk helse og kognitive funksjoner. Gjennom systematisk kartlegging, hjelpetiltak og behandling allerede i svangerskapet eller i barnets første leveår, kan flere familier bli hjulpet tidligere. Dette krever høy kompetanse nær brukerne. Ut fra LEON-prinsippet, kan kompetansen psykologen har tilegnet seg være et viktig supplement i kommunalt psykisk helsearbeid.

Eldre og psykisk helse

Eldre over 60 år med psykiske vansker er lite representert i distriktpspsykiatriske poliklinikker (DPS), og de over 70 år er nesten helt fraværende i DPS (Gråwe m.fl. 2008). Eldre som får psykiske problemer og lidelser blir sannsynligvis fulgt opp av sine fastleger og andre personellgrupper innen psykisk helsearbeid, men det er grunn til å anta at det vil være hensiktsmessig å bygge ut og målrette tiltakene mot eldre ytterligere. Resultatene bør få betydning for alle personellgrupper i psykisk helsearbeid, også for psykologers bidrag på kommunalt nivå. Når det gjelder eldre, har gruppeaktiviteter for å motvirke ensomhet og passivitet vist seg effektivt når det gjelder forebygging av depresjon. Med forebygging menes i denne sammenheng forebygging av klinisk depresjon hos personer med lettere depressive plager, såkalt indisert forebygging, og hindring av tilbakefall hos mennesker med klinisk depresjon, såkalt sekundært forebyggende arbeid.

2.4.3 Behandling

Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar

Tilgjengelig behandlingstilbud på kommunalt nivå vil kunne spare mange for den belastende livssituasjonen som følger for individ og familie av langvarige funksjonstap. Både arbeidsgivere og samfunnet for øvrig ville være tjent med iverksettelse av målrettede tiltak i en tidlig fase fremfor omfattende ressursbruk

senere i et eventuelt sykdomsforløp. Om lag 30 prosent av pasientene er henvist til psykisk helsevern på grunn av manglende tilbud i kommunen (Andersson 2006). NOU 1988:33 viser til tre publikasjoner fra norske kommuner der antallet henvisninger til psykisk helsevern har blitt redusert etter at kommunen tilsatte psykolog. Spesialisthelsetjenesten verken kan eller skal tilby behandling og oppfølging av alle mennesker med psykiske lidelser og plager i alle faser. Opptrappingsplanens mål for barnepopulasjonen var at BUP skulle gi tilbud til 5 prosent (Helsetilsynet 2007).

Veilederen for psykisk helsearbeid for voksne (Sosial- og helsedirektoratet 2005), veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge (Sosial- og helsedirektoratet 2007), DPS veilederen (Sosial- og helsedirektoratet 2006) og kommende praksisveileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet 2008) tydeliggjør ansvarsområdene for det psykiske helsearbeidet i kommunene og det psykiske helsevernet. Veilederne poengterer at ansvaret for å vurdere symptomenes alvorlighetsgrad og avgjøre om eventuell utredning skal finne sted i primær- eller spesialisthelsetjenesten ligger hos kommunene.

Behandlingstilbudet fra kommunepsykolog bør rettes mot individer, grupper og familier med spesielle behov. Differensialdiagnostikk er en sentral del av dette arbeidet. Behandlingstilbudet bør gis til barn, ungdom, voksne og eldre, med psykiske problemer eller lidelser. De psykiske vanskene kan f.eks. dreie seg om ensomhet, mistriivsel, utviklingsavvik, mishandling, overgrep, rusbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt, utagerende eller asosial atferd. Enkelte barn og ungdommer med flyktning- og asylbakgrunn har vært utsatt for store traumatiske påkjenninger, og vil ha behov for spesielle tiltak og oppfølging (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Eksempler på grupper som kan profittere på tilbud fra kommunepsykolog

Depresjon rammer til enhver tid 8 prosent av befolkningen, og er av de mest kostbare lidelsene for både individ og samfunn (Dalgard & Bøen 2008). Depresjon vil om få år, etter hjerte- og karsykdommer, være den ledende årsak til tapte arbeidsår på grunn av uførhet i hele verden (Ibid). Personer som går med ubehandlet depresjon har økt sannsynlighet for gjentatte depresjonsanfall. Relativt kortvarig kognitiv terapi har vist å gi god effekt (Mykletun et al 2006). Angst og depresjon er underdiagnostisert i allmenntjenestene (Murray & Lopez 1996). I henhold til utdannelsen kan kommunepsykologer yte verdifulle bidrag for å forebygge, identifisere og behandle lettere og moderat depresjon. Depresjon (unipolar) er blant de få psykiske lidelsene som det finnes effektive behandlingsmetoder for (Dalgard & Bøen 2008). Økt psykologrekruttering til kommunene er ett av flere sentrale tiltak for å imøtekomme befolkningens tjenestebehov, når det gjelder dette.

Psykiske problemer og lidelser er i økende grad årsak til sykemeldinger og uføretrygd. Tall fra NAV bekrefter at over 60 prosent av personer i alderen 18-29 år som mottar uføretrygd har en psykisk lidelse, og at denne andelen er økende. En stor andel av dem som ble uføretrygdet med psykisk problem/lidelse som begrunnelse, oppga at de ikke hadde fått noen behandling for dette (Mykletun m.fl. 2006). Den samme studien peker også på at det er stor sannsynlighet for at psykiske lidelser er undervurdert som årsak til uføretrygding. Bedrer man diagnostisering og behandling av psykiske lidelser i primærhelsetjenesten kan dette

virke forebyggende på uføretrygding. Her kan psykologene i samarbeid med andre yrkesgrupper i kommunene spille en viktig rolle.

Samarbeid i kommunehelsetjenesten

Når det gjelder behandling bør kommunepsykologen etablere et tett og nært samarbeid med øvrige personellgrupper innenfor de tjenestene det er aktuelt å arbeide opp mot, slik at de kan utfylle hverandre på beste måte. Fastlegene, psykiatriske sykepleiere og andre personellgrupper med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid har gjennom sin utdanning tilegnet seg kompetanse og kunnskap til å foreta kartlegginger og vurderinger. Forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplanen viste imidlertid at mange fastleger har behov for å øke sin kompetanse om psykisk helseproblematikk (Andersson 2006).

Liknede funn er gjort blant yrkesgruppene med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid, og blant helsesøstrene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Ådnes & Harsvik 2007; Andersson & Steihaug 2008). Undersøkelser tyder på at mellom 10-20 prosent av de ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i liten grad har kompetanse til å håndtere barn- og unge med psykiske problemer (Andersson & Steihaug 2008). Dette innebærer at psykologer i kommunene kan utgjøre et viktig supplement til øvrige personellgrupper i psykisk helsearbeid. Erfaringer har dessuten vist at for eksempel helsesøstere i større grad tar opp tema som angår psykisk helse, når det er psykolog ansatt i kommunen, som kan bistå dem i arbeidet ved behov. Dette innebærer at helsesøstere i større grad bruker den kompetansen de faktisk har på psykisk helse, når de samarbeider tett med psykolog. Mye tyder på at behov for behandling avdekkes i større grad, når behandlingstilbud er mer tilgjengelig på kommunalt nivå.

Fastlegene har en sentral posisjon i kraft av fagkompetanse og rolle som "portvakt". Studier viser imidlertid at leger opplever å ha lite spesifikk og nyttig kunnskap om psykisk helse med seg fra grunnutdanningen (Arnesen 2005). Kartlegging av hvorfor fastlegen velger å henvise til psykisk helsevern viser at alvorlighetsgrad ved det psykiske problemet, samt pasientens eller foresattes ønske om å bli henvist, utgjør de hyppigste enkeltfaktorene. Styrking av den samlede kompetansen i psykisk helsearbeid, blant annet gjennom økt psykologrekruttering, vil bidra til bredere tiltaksrepertoar på kommunalt nivå. I beste fall vil dette føre til at flere som kan få hjelp i kommunen får det, og at de som har et reelt behov for spesialisthelsetjenester får utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, når de trenger det og så lenge de har behov for det.

Eksempler på grupper som er aktuelle for psykologisk behandling i kommunene

- Mennesker med langvarig psykisk lidelse som er "ferdigbehandlet" i spesialisthelsetjenesten. En del av disse har behov for langvarig, lavintensiv behandling. Andre har behov for kortvarige tilbud.
- Mennesker med lettere og moderat angst, depresjon og søvnproblemer. Dette kan gjelde alle deler av befolkningen. Eldre nevnes særskilt, da få av disse får hjelp i spesialisthelsetjenesten, til tross for at andelen med psykiske problemer og lidelser er stor i den eldre delen av befolkningen.
- Mennesker i belastende livssituasjoner, for eksempel pårørende til psykisk syke og til rusmisbrukere.
- Mennesker med andre store helseproblemer, som for eksempel muskel- og skjelettlidelser og/eller kroniske smerter og somatiske sykdommer.
- Mennesker som har opplevd tap og store påkjenninger. Dette kan gjelde enkeltindivider, familier, lokalsamfunn eller grupper av befolkningen i ulike faser i forbindelse med kriser.
- Mennesker som av ulike årsaker har tilknytning til NAV kan være særlig utsatt for stress relatert til usikkerhet om tilknytning til arbeidslivet, usikkerhet om økonomi osv.
- Noen grupper av innvandrere/asylsøkere har sterkt forhøyet forekomst av psykiske helseplager og lidelser. Traumatiserte flyktninger har ofte behov for oppfølging ut over den avgrensede behandling spesialisttjenesten tilbyr.

2.4.4 Veiledning, undervisning og fagutvikling

Helsepersonell eller andre som skal arbeide tett på mennesker i krise eller med personer som har alvorlige psykiske lidelser, rusproblemer eller er psykisk utviklingshemming eller demente, blir utsatt for følelsesmessige belastninger. Uten et støttende miljø kan de som arbeider i feltet bli overbelastet og mange steder blir det mye gjennomtrekk eller det kan utvikles negative pasientkulturer. Veiledning fra kommunepsykolog kan være et miljøstyrkende tiltak. Kunnskap om normal- og skjevutvikling og kunnskap om hva som kan gi god utvikling er viktige bidrag for ytterligere styrking av kompetansen til etablerte personellgrupper i kommunene.

Etablering av hensiktsmessige samarbeidsarenaer er en forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid. Gjennom psykologers veiledning, undervisning og øvrige arbeid i tjenestene vil psykologene også opparbeide kunnskap om systemene i den aktuelle kommunen. I kombinasjon med generell psykologkompetanse og dialog med etablerte samarbeidsparter kan den lokalbaserte kunnskapen psykologene tilegner seg bidra til utvikling av hensiktsmessige samarbeidsarenaer. Psykologkompetanse kan således ses på som et hensiktsmessig supplement i det eksisterende tverrfaglige psykisk helsearbeidet.

Mange av vurderingene som foretas både i helsestasjons- og skolehelsetjenesten forutsetter kunnskap om variasjonsbredden i normal psykisk utvikling og atferd, og viten om forhold og reaksjoner som kan føre til senere avvik. Diagnostisk arbeid er en del av dette og ofte en forutsetning for behandlingsarbeidet. Det er generelt et behov for kompetanseheving på disse områdene, og psykologkompetanse kan bidra til å understøtte det gode og viktige arbeidet som allerede gjøres, samt bidra med supplerende kunnskap, f.eks. ved gjennomføring av systematiske tiltak til sped- og småbarn i risikofamilier. Dette gjelder både i forhold til øvrig personale i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men også relatert til annet personell i kommunene som jobber med psykisk helsearbeid, f.eks. sosionomer, vernepleiere, psykiatriske sykepleiere. RBUP Øst og Sør har nylig utgitt en publikasjon som

oppsummerer dette kunnskapsfeltet (Hansen m.fl. 2008).

Det bør også arrangeres kurs eller liknede for ansatte som jobber i skolevesenet eller i barnehager. Barnehager er en arena hvor psykologer i langt større grad enn i dag kan bidra med forebyggende tiltak, råd og veiledning. Det samme gjelder for skolefritidsordningen (SFO). Formidling av psykologisk kunnskap kan eksempelvis gjøres via konsultasjon og undervisning. Psykologer i PPT ivaretar deler av denne funksjonen enkelte steder, men her er det svært store variasjoner.

Psykologens kompetanse kan også benyttes i forhold til å undervise foreldre på helsestasjon, i barnehager eller skoler om barns psykologiske utvikling og hvordan man bør kommunisere med og veilede egne barn. Kliniske erfaringer med det enkelte barn og familier kan således være nyttig i møte med større deler av befolkningen for å forebygge psykiske problemer (Knoff m. fl. 1983). Det er utviklet en rekke gode individ- og gruppebaserte programmer, som for eksempel "De utrolige årene" og PMTO (Parent Management Training - Oregon). Kommunepsykologer kan med sin kompetanse ha en viktig rolle når det gjelder å kartlegge kommunens behov for slike programmer, systematisering av rekrutteringsarbeid og opprettholdelse av etablerte tilbud. Fagutvikling relatert til individ- og gruppebaserte tilbud som er tilpasset kommunens behov vil være en viktig del av dette. Det bør legges til rette for forskning på kommunalt psykologarbeid i tverrfaglig sammenheng, slik at man kvalitetssikrer arbeidet og på sikt også hever fagfeltets anseelse ytterligere.

3 utfordringer og forslag til tiltak

3.1 Innledning

I arbeidsgruppene som Helsedirektoratet nedsatte høsten 2007 og i rapporten "Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid" var barrierer mot psykologrekruttering i kommunene et viktig tema, som ble gjenstand for diskusjon. Det foreligger i tillegg annen relevant dokumentasjon som illustrerer utfordringene knyttet til økt psykologrekruttering i kommunene, f.eks. ulike spesialistoppgaver i psykologi. Ut fra eksisterende dokumentasjon og forskning redegjør dette kapittelet for utfordringer og barrierer for å øke antallet psykologer i kommunene. Helsedirektoratet fremmer også forslag til aktuelle tiltak som kan bidra til å bryte ned barrierene, og føre til en økning av antall psykologer til kommunene.

3.2 Kommunepsykologens arbeidsoppgaver

3.2.1 *Barrierer knyttet til uklare arbeidsoppgaver*

Psykologer i kommunene kan arbeide både kurativt og forebyggende. Ajo og Vik (2007) påpeker kompleksiteten i roller som kommunepsykologen kan arbeide under. I tillegg til å foreta vurderinger og behandling kan psykologen jobbe med planlegging, forebygging og samarbeid på et samfunnspsykologisk nivå. Det stilles store krav til samarbeidskompetanse blant psykologene i kommunene. Dessuten kan spennvidden i arbeidsoppgaver være stor fordi kommunehelsetjenesten gjerne er det første kontaktpunktet for befolkningen ved bekymring eller mistanke om skjevutvikling.

Studier har vist at psykologen ofte får omfattende arbeidsoppgaver, med en løs målsetting for stillingen og uten tydelig avgrensning av ansvar og oppgaver (Hoel 2006). Tidligere har det også forekommet mange ansettelses der kommunene har hatt forventninger om at psykologen skulle dekke en mengde arbeidsfelt (NOU 1888:33). Dette kan stille kommunepsykologen overfor store utfordringer i startfasen av et arbeidsforhold. Muligens kan også mangel på rolleavklaringer og uklare arbeidsoppgaver føre til redusert rekruttering av psykologer til kommunene og relativt høy turnover.

3.2.2 *Tiltak for å avklare arbeidsoppgaver*

Kommunene bør ha en klar formening om hvilke tjenester de har behov for når de ansetter psykologer. Jo høyere grad av presisjonsnivå på ønskede tjenester, dess bedre kan tjenestene målstyres. Dette vil innebære at kommunens ønsker lettere vil kunne nedfelles i psykologens arbeidsinstruks, og at arbeidsgiver i større grad kan drive selektiv rekruttering. Det er viktig at stillingens formål og mandat defineres sentralt i kommunen, skriftliggjøres og nedfelles i kommuneplanene. En arbeidsinstruks med klar målsetting for stillingen og et definert, avgrenset arbeidsområde, inkludert beskrivelse av metoder og målgrupper, bør først og fremst

være arbeidsgivers ansvar. Det forutsetter at arbeidsgiver har tilgang på informasjon om hva psykologen kan benyttes til, i tillegg til en konkret målsetting for stillingen. Mandat og funksjon må beskrives slik at arbeidsoppgavene er tydelige for psykologen selv og utad i systemene. Arbeidsinstruksen skal være retningsgivende for prioritering av oppgavene.

Helsedirektoratet er kjent med at pågangen ofte øker etter hvert som psykologtilbudet blir kjent i en kommune. Dette kan forstås som et uttrykk for at psykologer i nyetablerte kommunestillinger trenger tid for å utforme tilbudet i den enkelte kommune og for å synliggjøre tilbudet for innbyggere og kommunens øvrige tjenesteapparat. Alle de involverte parter trenger konkrete erfaringer med at psykologtilbud i kommunene innebærer noe annet enn psykologtilbud i psykisk helsevern.

Helsedirektoratet går inn for at det utarbeides veiledningsmateriell overfor kommunene som på faglig grunnlag redegjør for arbeidsoppgaver innen kommunene hvor det er aktuelt å benytte psykologer. Det bør også utarbeides informasjons- og veiledningsmateriell som gir eksempler på stillingsbeskrivelser for psykologer i kommunene. I stillingsbeskrivelsene bør det vektlegges hvordan psykologen kan inngå i tverrfaglig samarbeid og samhandling i forhold til fastlegene, spesialisthelsetjenesten, NAV, barnevern, familievern og andre aktuelle samarbeidsinstanser. Foreliggende rapport og annen relevant forskning og dokumentasjon bør kunne utgjøre grunnlaget for slikt veilednings- og informasjonsmateriell.

Tiltak

1. Formidling av gode eksempler når det gjelder kommunepsykologers funksjon. Dette kan for eksempel omfatte konferanser med formidling av gode erfaringer når det gjelder ansvarsområder og organisatorisk plassering i arbeidet med forebygging, tidlig intervensjon og behandling rettet mot barn/unge og voksnes psykiske helse i kommunene. Det settes av statlige midler til skriftliggjøring og distribusjon av gode tiltak.

3.3 Oppgavefordeling mellom tjenestenivåene

3.3.1 *Barrierer knyttet til uklar oppgavefordeling*

At det ikke finnes et fasitsvar for hvilket behandlingstilbud som skal tilbys mennesker med psykiske lidelser og problemer i kommunene og i spesialisthelsetjenesten kan enkelte ganger by på utfordringer for involverte aktører, herunder psykologer ansatt i kommunene. Hvilket behandlingstilbud kommunen har og hvilke som skal fåes fra andre deler av tjenesteapparatet, vil variere avhengig av hvilken kompetanse og kapasitet som finnes i den enkelte kommune. Hvilke personer som henvises til spesialisthelsetjenesten (DPS eller BUP) vil også avhenge av personens tilstand/ funksjonsevne og behov for utredning/diagnostisering. Behandling rettet mot spesifikke symptomer som for eksempel traumerelaterte plager, fobisk angst eller spiseforstyrrelser kan også foregå i kommunen (hos fastlegen, psykologen, psykiatrisk sykepleier eller andre med videreutdanning i psykisk helsearbeid). Mennesker med omfattende, langvarige og sammensatte tjenestebehov som har

vært utredet i spesialisthelsetjenesten kan trenge videre oppfølging i kommunene etter å ha mottatt tjenester i spesialisthelsetjenesten.

3.3.2 *Tiltak for avklaring av oppgavefordeling*

Kommunehelsetjenesten har ansvar for å vurdere symptomene og avgjøre om utredning og behandling skal skje i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Pasienten vil bli henvist til spesialisthelsetjenesten når vedkommende har behov for helsetjenester utover det som kommunen kan tilby. LEON-prinsippet skal ligge til grunn når det gjelder oppfølging og behandling av mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det er sentralt at psykiske lidelser og problemer ikke kun blir ansett som en spesialisthelsetjenesteoppgave, men faktisk også er en viktig lovpålagt oppgave for kommunene. Styrking av kommunalt psykisk helsearbeid kan også få positiv betydning når det gjelder å redusere stigma vedrørende psykiske problemer og lidelser.

Det er ikke en eventuell diagnose som skal avgjøre hvor pasienten skal behandles, men pasientens kliniske tilstand, behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunktet og tilgjengelig kompetanse hos behandler. Arbeidsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten har så langt vært preget av at kommunene har vært i en oppbyggingsfase, når det gjelder det psykiske helsearbeidet. Hvilke tjenester som utføres i kommunen og hvilke tjenester som utføres i spesialisthelsetjenesten bør ta utgangspunkt i hvor langt denne oppbyggingen har kommet. En må bevisst utvikle god samarbeidskultur mellom tjenestenivåene, der partene har den nødvendige respekt for hverandres muligheter og begrensninger.

Personer som utviser symptomer på lettere og moderate psykiske lidelser og problemer bør normalt sett følges opp av kommunen. Dersom en person utviser mer alvorlige symptomer på psykiske lidelser, og behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunkt er stort, samt tilgjengelige fagressurser på kommunalt nivå ikke er tilstede, vil det være hensiktsmessig at personen videreføres til spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har en sentral "døråpnerfunksjon" i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å etablere godt samarbeid mellom fastlege og kommunepsykolog, både i forbindelse med videreføring til spesialisthelsetjenesten og for å etablere et så helhetlig tilbud til pasientene som mulig på kommunalt nivå.

For psykologer som driver behandling i kommunene bør det settes en tidsbegrensning på antall timer en bruker får før personen henvises videre til spesialisthelsetjenesten (f.eks. mellom fem og ti konsultasjoner). Det bør imidlertid være åpning for at personer med alvorlig psykisk lidelse og behov for særlig tilrettelagt tilbud kan få psykologhjelp i kommunen over lengre perioder, men da med mindre hyppig kontakt.

Tiltak

2. I alle pasientsaker, og spesielt i saker hvor det er usikkerhet knyttet til om symptomenes alvorlighetsgrad kvalifiserer for behandling på kommune- eller spesialisthelsetjenestenivå, bør det etableres tett og nært samarbeid mellom fastlege og psykolog.
3. Psykologer i kommunene som jobber med behandling bør i utgangspunktet sette en tidsbegrensning for antall pasientkonsultasjoner før videreføring til spesialisthelsetjenesten blir foretatt, f.eks. mellom fem og ti konsultasjoner.

3.4 Samlokalisering av psykologer og fastleger

3.4.1 *Barrierer knyttet til samlokalisering*

En utfordring for pasienter og pårørende er at ansvar og rollefordeling ofte er uklar mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og innad i kommunehelsetjenesten. Det er i mange sammenhenger etterlyst en bedre kommunal intern samordning av tjenestene, slik at aktørene utfyller hverandre for å gi et best mulig samlet tjenestetilbud. Helsedirektoratet ønsker å stimulere til tettere samarbeid mellom fastleger og kommuneansatte psykologer. Det er mulig å se for seg at fastleger og psykologer jobber under felles tak og f.eks. samarbeider om behandling av pasienter med lettere og moderate psykiske lidelser. Samlokalisering av fastleger og psykologer vil bl.a. gi et mer helhetlig tjenestetilbud til kommunens innbyggere og bidra til at begge yrkesgruppene gjensidig får komplimentert hverandres kompetanse.

Helsedirektoratet er kjent med at fastleger flere steder leier kontorlokaler av kommunen. I disse tilfellene vil kommunens utgifter være på linje med utgiftene knyttet til å lokalisere psykologen på andre kommunale kontorer. Der fastlegene eier eller leier egne næringslokaler vil det kunne utgjøre en relativt stor kommunal utgift å leie kontor. Spørsmålet er om staten bør stimulere kommuner til samlokalisering mellom psykologer og fastleger i private næringsbygg. Det vil variere svært mye fra kommune til kommune hva disse kostnadene vil beløpe seg til, og i de tilfellene hvor disse utgiftene blir for høye vil dette hindre samlokalisering av de to yrkesgruppene.

3.4.2 *Tiltak for å stimulere til samlokalisering*

Høsten 2007 nedsatte Helsedirektoratet en arbeidsgruppe og en referansegruppe til en bred gjennomgang av allmennlegetjenesten og dennes relasjon til psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. I henhold til mandat og arbeid i gruppene har Helsedirektoratet støttet et samhandlingsprosjekt mellom fastleger og psykologer i kommunene. Legeforeningen og Norsk Psykologforening har begge blitt tildelt midler der formålet med prosjektet er å bedre samhandlingen mellom allmennleger og psykologer i kommunene og komme med konkrete forslag til samhandlingsprosjekter eller samhandlingsarenaer.

I tillegg til ovennevnte tiltak foreslår Helsedirektoratet at det settes av statlige stimuleringsmidler til kommuner som ønsker å leie kontorfasiliteter av fastleger som eier eller leier private næringsbygg. Som nevnt tidligere er det grunn til å tro at utgiftene til leie av kontorfasiliteter hos fastleger i private næringsbygg i stor grad vil variere fra kommune til kommune. En tilskuddsordning som stimulerer til samlokalisering av de to yrkesgruppene kan utformes på ulike vis. Tilskuddsordningen kan eksempelvis være basert på at staten dekker en viss prosentandel av utgiftene til leie av kontorlokale hos fastlegen. Tildeling av midler kan da baseres på at transparente regnskap gjennomgås av fylkesmannen eller Helsedirektoratet. En annen mulighet er at det settes et maksimumsbeløp årlig som staten dekker til utgifter som kommunen har i forbindelse med leie av kontor hos fastlegen.

Støtte til samlokaliseringsprosjekter mellom fastleger og kommuneansatte psykologer bør prøves ut over en periode på tre år, og involvere samtlige helseregioner. Det må foretas en forskningsmessig evaluering av prosjektet. Evalueringen bør foretas med tanke på å skape et systematisert erfaringsgrunnlag, slik at man ved prosjektets slutt kan gå ut med anbefalinger.

Tiltak

4. Opprette et prøveprosjekt over tre år med en tilskuddsordning for kommuner som ønsker å leie kontorplass for psykolog hos fastleger som eier eller leier private næringsbygg. Prøveprosjektet evalueres med tanke på å avdekke om bl.a. det samlede tjenestetilbudet til befolkningen i kommunen bedrer seg.

3.5 Faglig stimulering og nettverksbygging

3.5.1 *Barrierer knyttet til faglig isolasjon*

Psykologer i kommunene har ofte lite kontakt med egen faggruppe og kan føle seg faglig isolert (Hoel 2006). Innenfor psykisk helsevern har psykologen i større grad tilgjengelighet til eget fagmiljø, og for å unngå høy turnover i psykologstillinger i kommunene bør det vurderes å iverksette tiltak for å bøte på dette. Fagmiljø har betydning for stabilitet i kommunehelsetjenesten generelt. Gjennom fagnettverk kan man øke mulighetene for å sikre faglig utvikling, noe som bidrar til både kvalitetssikring av tjenestene og en trygghet for den enkelte fagutøver.

3.5.2 *Tiltak for økt faglig stimulering*

Det kan være behov for at det opprettes egne fagnettverk for psykologer i kommunene sentralt, regionalt og lokalt. Fagnettverkene kan både være virkemidler som kan bidra til å sikre kvalitet i psykologens arbeid, sikre psykologene kontakt med egen yrkesgruppe, være et virkemiddel for å unngå at psykologene føler seg faglig isolert i kommunene, og bidra til redusert turnover i psykologstillingene.

Felles for de sentrale, regionale og lokale nettverkene er at de kan bidra til at den enkelte psykolog får samarbeidspartnere og kontaktpersoner å forholde seg til. Nettverkene vil bidra til utveksling av ideer og erfaringer eller skape fagdiskusjoner. Fagnettverkene vil dessuten medføre kompetanseutvikling for den enkelte psykolog, og dette faglige påfyllet kan komme andre deler av fagpersonalet som jobber med psykisk helsearbeid til gode for eksempel fastlegene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, familiesentrene og pleie- og omsorgssektoren.

På sentralt nivå er det mulighet for å holde større erfaringskonferanser eller nettverkssamlinger. Lokale og regionale fagnettverk kan stimulere til interkommunale ordninger der psykologen møter et utvidet fagmiljø og/eller psykologene samarbeider på tvers av kommunegrensene. De lokale nettverkene åpner opp for å stimulere til mer helhetlige og koordinerte tjenester dersom også BUP eller DPS kobles på som aktører.

Tiltak

5. Statlige stimuleringsmidler avsettes til opprettelse av fagnettverk/faglige fora for psykologer lokalt, regionalt og sentralt. Nettverkssamlinger og erfaringskonferanser bør avholdes regelmessig, og DPS/BUP, samt andre relevante kompetansemiljøer, bør kobles på nettverkene lokalt og regionalt for å stimulere til helhetlige, koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere. Fagnettverkene/faglige fora kan forankres i samarbeidsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

3.6 Journalføringssystemer for psykologer i kommunene

3.6.1 *Barrierer knyttet til journalføringssystemer*

Utfordringer som gjelder journalføringssystemer berører generelle utfordringer relatert til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Utveksling av relevant informasjon og praksis knyttet til taushetsplikt og samtykke fra pasienter er sentrale tema for alle personellgrupper som jobber innenfor sosial- og helsetjenester. En del personellgrupper har etablert hensiktsmessige rutiner, men utfordringene aktualiseres ved inntreden av psykologer som en relativt ny faggruppe i helsetjenesten på kommunalt nivå.

Helsepersonell, herunder psykologer som yter helsehjelp har plikt til å føre journal, jf helsepersonellovens § 39. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell, jf. helsepersonellovens § 3. En sentral og viktig praktisk utfordring som mange psykologer i kommunene møter i sin arbeidshverdag er at kommunene mangler tilpassede journalsystem som psykologene kan benytte til å dokumentere klinisk arbeid (Ajo & Vik 2007). Dette blir praktisk løst på ulike måter i kommunene. I enkelte kommuner benytter psykologen det eksisterende fagsystemet som resten av tjenesten bruker, der flere personellgrupper har tilgang til opplysningene som skrives.

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. helsepersonellovens § 21. En pasientjournal inneholder ofte sensitivt materiale som for eksempel opplysninger om avhengighetsproblematikk, psykisk sykdom i familien eller opplysninger om overgrep. Det viser seg at rutinene for å sikre at opplysningene ikke kommer på avveie ikke alltid er gode nok (Ajo og Vik 2007). Dersom en ikke får begrenset tilgangen til annet personale som ikke er helsepersonell står psykologen i fare for å bryte taushetspliktsreglene. Situasjonen er alvorlig fordi det kan dreie seg om systematiske lovbrudd ved enkelte tjenestesteder dersom man legger helsepersonelloven og pasientrettighetsloven til grunn.

Psykologene i kommunen arbeider i flere tjenester med ulikt lovverk og ulike dokumentasjonstradisjoner, f.eks. helsevesenet, sosialtjenesten/NAV, barnevernet, PP-tjenesten. Det kan være vanskelig å få forståelse hos andre grupper og enkeltpersoner i kommunene for den standard helselovgivningen setter for psykologens arbeid. Dette resulterer i at en god del psykologer i kommunene fører

journal manuelt og benytter låsbare arkivskap. Dette er tungvint og uhensiktsmessig i mange sammenhenger, men forsvarlig.

3.6.2 *Tiltak knyttet til journalføringssystemer*

Elektroniske journaler er svært utbredt i kommune. Det viser seg imidlertid at enkelte av journalføringssystemene i kommunene ikke er tilpasset og tilfredsstillende psykologenes krav til dokumentasjon av sitt arbeid. Psykologen blir bedt om å bruke ulike lokale varianter som ikke alle tilfredsstillende tilgangsbegrensning etc. Kompetansesenteret for IT i helsetjenesten har medvirket til en nasjonal kravspesifikasjon for elektroniske journaler. Kravspesifikasjonen er tilgjengelig på KITHs hjemmesider www.kith.no Det er viktig at journalsystemene forankres i kommunale nett som både tar hensyn til informasjonsutveksling internt i kommunen, og til nødvendig informasjonssikkerhet ved tilkobling til eksterne nett. Ansvar for dette må ivaretas av kommunen.

Utfordringene knyttet til journal er mulig å løse. I f.eks. det tverrfaglige forebyggings-teamet i Hamar benyttes journalsystemet Hspro, der psykologenes og de andre faggruppernes journalmoduler er gjensidig skjermet for innsyn. Når det er utarbeidet tverrfaglige handlingsplaner, kopieres de inn i de ulike modulene, slik at alle aktuelle faggrupper har tilgang til dem. Utfordringene der er nå relatert til familiearbeidet. Det som omhandler arbeid med barn og familie føres i utgangspunktet i barnets journal. Det opprettes egne journaler for foreldrene, når det kliniske materialet først og fremst omhandler foreldrenes situasjon og er av en slik art at barna ikke bør ha tilgang på det senere.

Det kan oppstå utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføringen av ulike bestemmelser i helselovgivningen - også i forhold til dokumentasjon - når det gjelder kommunale psykologoppgaver. Og som nevnt over kan det være vanskelig for psykologen å finne støtte fra ledelsen for sitt strev med riktige avveininger i ulike dilemmaer. Psykologforeningen har startet et arbeid for å gå dypere inn i disse problemstillingene.

Tiltak

6. Publisere materiale som viser hvordan etablerte journalføringssystemer kan konstrueres for å sikre at helsepersonellovens bestemmelser ivaretas av kommuneansatte psykologer. Tiltaket bør ses i sammenheng med tiltaket som går på erfarings- og eksempelspredning av psykologers ansvarsområder og organisatorisk plassering i kommunene.

3.7 Lønnsmessige forhold for psykologer i kommunene

3.7.1 *Barrierer knyttet til lønnsmessige forhold*

Lønnsmessige forhold kan ha stor betydning for rekruttering av psykologer til kommunene. Arbeidsplassen bør være attraktiv når det gjelder avlønning slik at yrkesgruppen blir værende i stillingen. Når psykologene i spesialisthelsetjenesten får bedre avlønning enn i kommunene kan dette være et hinder for rekruttering (Hoel 2006). For å få flere psykologer inn i det kommunale tjenesteapparatet er det derfor

viktig å se nærmere på hvilke virkemidler som staten kan iverksette for å stimulere flere kommuner til å ansette psykologer.

3.7.2 Statlige stimuleringsmidler som tiltak for økt rekruttering

For å stimulere til økt psykologrekruttering til kommunene foreslår Helsedirektoratet at det opprettes et prøveprosjekt med en tilskuddsordning for kommuner som ansetter psykologer. Det er grunn til å tro at øremerkede statlige stimuleringsmidler til kommunene som ansetter psykologer sannsynligvis både vil føre til økt lønnsnivå for yrkesgruppen, og økt rekruttering av yrkesgruppen. Stimuleringsstilskudd har gjennom Opptrappingsplanen vist seg å ha god effekt med hensyn til rekruttering, jf. tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Tilskuddsordningen bør kun gjelde kommuner som ansetter psykologer som jobber under helse- og sosialtjenestelovgivningen. Dette betyr blant annet at psykologer ansatt i PP-tjenesten ikke inkluderes i ordningen. Dersom kommuner ansetter psykologer som har delt stilling mellom f.eks. PP-tjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør det vurderes om staten evt. finansierer den delen av stillingen som benyttes i sistnevnte tjeneste. Siden man ønsker at psykologer skal arbeide i kommunene etter at en eventuell tilskuddsordning opphører, er det viktig at ordningen konstrueres slik at kommunene ikke kun oppretter prosjektstillinger for psykologene.

Det er argumenter som både taler for og mot etablering av en ordning med driftstilskudd og takst/refusjonssystem tilpasset psykologenes arbeid i kommunen. (f.eks. effektivt, målrettet intervensjonsarbeid i forhold til personer med moderate angst og depresjonslidelser). Noen argumenter taler i mot, f.eks. kan et slikt system være til hinder for nødvendig samarbeid på tvers av tjenester. Dette bør utredes nærmere, jf. for eksempel ordninger for fastleger og fysioterapeuter. Konkrete forslag kan utarbeides i lys av arbeid som pågår for å se på finansiering av kommunale fysioterapeuter (jf. St.prp.nr.1. 2006-2007).

Tiltak

7. Det etableres en forsøksordning med lønnstilskudd til kommuner som ansetter psykologer. Tilskuddsordningen opprettes fra og med 2009, og det gjennomføres en forskningsmessig evaluering av ordningens hensiktsmessighet.
8. Utrede hensiktsmessigheten ved en ordning med driftstilskudd og takst/refusjonssystem for psykologer ansatt i kommunene.

3.8 Utdanningskapasitet og innretning på psykologstudiet

3.8.1 Barrierer knyttet til utdanningskapasitet og innretning

Kapasiteten på utdanningen av psykologer kan være en medvirkende årsak til at man ikke har hatt en god rekruttering av psykologer til kommunene (Ådnes & Sitter 2007). Beregninger som Norsk Psykologforening har gjort tilsier at det vil være behov for å øke utdanningskapasiteten for psykologer. I henhold til NPFs beregninger vil det være en stor økning i antall pensjonerte psykologer i løpet av de

neste 5-10 årene. Forutsatt en pensjoneringsalder på 67 år vil antall psykologer som går av med pensjon i 2007 være ca. 40, men dette tallet vil stige til i overkant av 100 i løpet av en femårsperiode, og så nå en topp på opp mot 145 pr år i 2016, for deretter å stabilisere seg. Årlig er det om lag 265 ferdigutdannede psykologer inklusive de med utdannelse fra utlandet. I arbeidsgruppene ble det fra Nasjonalt folkehelseinstitutt understreket at antall utdannede fra utlandet kan økes betydelig ved kjøp av plasser og med ulike stimuleringstiltak.

Gjennom psykologutdannelsen gis det ulike praksiselementer og en hovedpraksis. Når det gjelder hovedpraksis er det i dag relativt få egnede tjenestesteder i kommunale psykologtjenester, men dette kan øke dersom det skjer en videre tjenesteutvikling slik vi har sett for eksempel i Bærum, Lørenskog og Hamar.

Mange kommuner sliter med at psykologer som spesialiserer seg forsvinner etter endt spesialisering. Krav til praksis i psykisk helsevern, gjør at psykologer rekrutteres ut av kommunene i forbindelse med spesialisering og praksis. Dette er nesten uunngåelig, så lenge det stilles krav til praksis i psykisk helsevern for kliniske psykologspesialister innen barn/unge og voksne. Et viktig ledd i arbeidet med å rekruttere og beholde psykologer i kommunene er derfor utvikling av hensiktsmessige spesialiseringsløp.

3.8.2 Tiltak knyttet til utdanningskapasitet og innretning

Helsedirektoratet foreslår at det opprettes et forsøksprosjekt der staten gir lønnstilskudd til kommunepsykologer som går i gang med et spesialiseringsløp. Spesialisthelsetjenesten dekker utgiftene til spesialisering for sine ansatte, mens psykologer ansatt i kommunene hovedsakelig må dekke utgiftene selv. Dette hemmer psykologrekruttering i kommunene. Det er flere spesialiseringsløp som er relevante for psykisk helsearbeid i kommunene, bl.a. klinisk barne- og ungdomspsykologi, klinisk voksenpsykologi og klinisk rus- og avhengighetspsykologi. Psykologforeningen har fra 2008 opprettet spesialisering i klinisk samfunnspsykologi, som er spesielt relevant for psykisk helsearbeid i kommunene. Den erstatter det som tidligere het samfunnspsykologi. Det må også vurderes om det kun er spesialiseringen til klinisk samfunnspsykologi som skal utløse lønnstilskudd eller om også de andre kliniske spesialitetene skal inkluderes i lønnstilskuddsordningen. Et enda tydeligere fokus på kommunalt arbeid i de øvrige spesialitetene, vil imidlertid øke dissers relevans ytterligere for arbeid i førstelinjen. I følge Norsk Psykologforening er det ca. 50-60 studenter som årlig starter opp på de mest populære kliniske spesialitetene.

Spesialistutdannelse innebærer krav om kurs og andre typer faglige oppdateringer som må gjennomføres i løpet av 5-årsperioder. Deretter følger krav til vedlikeholdelse av spesialitet. Dette er et langt mindre omfattende løp enn selve den kliniske spesialiseringen, noe som også har betydning for kostnadene. Tiltaket stimulerer til kompetansebygging for psykologen og kan bidra til kompetanseutvikling i fagmiljøet som jobber med psykisk helsearbeid i kommunene. Tiltaket kan også bidra til at kommunepsykologene føler seg mindre faglig isolert, og styrke rekrutteringen av psykologer til kommunene.

Et annet tiltak for å styrke psykologkompetansens relevans i primærtjenesten er å se nærmere på de innholdsmessige komponentene i grunnutdanningen. I følge Psykologforeningen arbeides det ved de fire universitetene som tilbyr psykologutdanningen med å styrke undervisningen i forhold til rådgivning, veiledning og kulturelle perspektiver, både i forhold til forebygging, tidlig intervensjon og normalutvikling. Det bør også arbeides aktivt med å sørge for at flere studenter får sin hovedpraksis på psykologstudiet i kommunene.

Tilgangen på psykologer i kommunene er avhengig av kapasiteten i grunnutdanningen, kapasiteten i spesialistutdanningen, samt hvor stor andel av kandidatene som velger å jobbe i kommunene. Det bør foretas en gjennomgang av utdanningskapasiteten for psykologer sett i sammenheng med den store økningen i antall masterstudenter i psykologi. Et spørsmål som bør utredes i denne sammenheng er om rekruttering av psykologer til kommunal sektor kan gå på bekostning av rekruttering til psykisk helsevern.

Tiltak

9. Det etableres et forsøksprosjekt med en tilskuddsordning som dekker utgiftene til spesialisering for psykologer som er ansatt i kommunene.
10. Tilpasse grunnutdanningen for psykologer ytterligere til kommunalt arbeid. Kunnskap om lovverket som definerer ansvarsområder som er tillagt den enkelte etat/sector og forvaltningsnivå, må styrkes i utdanningen.
11. Utrede utdanningskapasiteten på psykologstudiet.
12. Stimulere til at flere psykologer får sin hovedpraksis i kommunene.

3.9 Psykologer i PP-tjenesten

3.9.1 *Barrierer knyttet til psykologer i PPT*

Psykologer i kommunene arbeider i dag først og fremst med barn og unge, og stillingene er stort sett knyttet opp til pedagogisk-psykologisk tjeneste (SSB 2006). PP-tjenesten er i dag ikke en helsetjeneste, men en pedagogisk tjeneste. Det er imidlertid slik at tjenesten i relativt stor grad er i kontakt med mange barn og unge med psykiske problemer og lidelser. PP-tjenesten er en arena som kan fange opp og tilby barn og unge med psykiske problemer og lidelser viktig hjelp, men endringene relatert til at PPT primært er en pedagogisk tjeneste har hatt stor betydning for psykologers virksomhet i kommunene. Helsedirektoratet er kjent med at det er en tendens til at psykologer i mindre grad rekrutteres til PP-tjenesten, og at de arbeider der i en kortere periode enn tidligere.

3.9.2 *Tiltak knyttet til psykologer i PPT*

Kunnskapsdepartementet (KD) har nedsatt et utvalg for gjennomgang av det spesialpedagogiske støttesystemet. Utvalget skal legge fram konkrete forslag til bedre organisering og effektiv ressursbruk for en fremtidig helhetlig tiltakskjede for barn, unge og voksne med behov for spesialpedagogisk hjelp. Utvalget skal særskilt se på spesialpedagogisk hjelpetilbud i relasjon til psykiske, sosiale og emosjonelle problemer, samt atferdsvansker. Det vil være ønskelig at utvalget ser grundig på

kompetansesammensetningen i PP-tjenesten. Tjenesten bør ut fra arbeidsoppgavene være tverrfaglig sammensatt.

Opplæringsloven av 1998, endret ved lov av 2007, er gjeldende for skoleverket og driften av PP-tjenesten. Loven nevner arbeidsoppgaver som sakkyndig vurdering, systemrettet virksomhet og kompetansehevende tiltak i skolen. Tidligere forskrifter hvor en rekke psykologrelaterte oppgaver ble trukket frem som kan- eller bør-oppgaver ble ikke videreført med opplæringsloven. Dette ser ut til å presse PP-tjenesten til stadig i større utstrekning å kun rettes inn mot det pedagogiske aspektet ved skolens virksomhet (Ottesen & Erstad 2004). PPT er per i dag et viktig, etablert lavterskeltilbud, der psykologer bør kunne drive behandling.

Tiltak

13. Helse- og omsorgsdepartementet bør i dialog med Kunnskapsdepartementet avklare psykologers funksjon i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

3.10 Lovfesting av psykisk helsearbeid – barrierer og tiltak

For å sikre et nødvendig psykisk helsearbeid i kommunene som fremmer folkehelsen, forebygger psykiske problemer og lidelser, og tilbyr hjelp og behandling i tråd med LEON-prinsippet, kan lovfesting være et hensiktsmessig virkemiddel. Det er også grunn til å tro at et slikt virkemiddel vil synliggjøre og tydeliggjøre fagfeltet slik at man også kan bidra til å øke antallet psykologer i kommunene. Lovfesting av psykisk helsearbeid eller en psykisk helsetjeneste kan spesifiseres i kommunehelse-tjenesteloven og sosialtjenesteloven, eller i evt. en ny felles helse- og sosialtjenestelov.

Lovfesting av psykisk helsearbeid eller en psykisk helsetjeneste vil sidestille kommunens arbeid med spesialisthelsetjenesten (Lov om psykisk helsevern). Virkemiddelet øker spesielt sin relevans når de øremerkede midlene til psykisk helsearbeid i kommunene går inn i rammetilskuddet fra 2009. Fra kommunalt hold har det vært reist spørsmål om kommunene har plikt til å drive psykisk helsearbeid, siden dette begrepet ikke finnes igjen i gjeldende lover. Folkehelseorienterte tiltak, forebyggende tiltak og tidlig intervensjon til fordel for de svakeste, barn og unge og mennesker med psykiske problemer, kan lett bli salderingsposter når kommuneøkonomien er trang og slike tiltak settes opp mot andre tiltak, ble det hevdet i arbeidsgruppene for økt psykologrekruttering. Det er også andre argumenter som taler for lovfesting av psykisk helsearbeid eller psykisk helsetjeneste. Blant annet vil lovfesting gjøre psykisk helsearbeid til gjenstand for tilsyn (og revisjon) på en mer konkret og forpliktende måte. Lovfesting vil dessuten også gjøre det mulig for brukerne å stille mer konkrete krav til tjenesten, jf. rettighetsperspektivet.

Det finnes imidlertid også gode argumenter mot å lovfeste psykisk helsearbeid i kommunene. En lovfesting krever en inngående og klar operasjonalisering og definering av hva det psykiske helsearbeidet i kommunene består av, og dette er ikke uten videre en enkel oppgave. Det er også en fare for at lovfesting av psykisk helsearbeid i kommunehelse-tjenesteloven og sosialtjenesteloven vil føre til en

uheldig fremheving av psykiske lidelser i forhold til somatiske lidelser. Det kan dessuten stilles spørsmålstegn ved om andre bestemmelser i aktuelt lovverk allerede er dekkende nok hva angår psykisk helsearbeid i kommunene.

Til tross for at det både er klare fordeler og ulemper ved lovfesting av psykisk helsearbeid ut fra kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ønsker direktoratet å synliggjøre hvor det ut fra dagens lovgivning bør vurderes å innarbeide en lovbestemmelse om psykisk helsearbeid i kommunene

Aktuelle plasseringssteder i kommunehelsetjenesteloven:

- § 1-2 (Helsetjenestens formål)
- § 1-3 (Oppgaver under helsetjenesten)
- § 1-3a (Tilrettelegging)

Aktuelle plasseringssteder i sosialtjenesteloven:

- § 1-1 Lovens formål
- Kap. 3 Sosialtjenestens generelle oppgaver
- Kap. 4 Sosialtjenesten m.v.

I Sosial- og helsedirektoratets høringsnotat til HOD i 2005 ang. Bernt-utvalgets forslag til ny felles helse- og sosialtjenestelov ble det understreket viktigheten av at de lovpålagte tjenestene som gis ut fra kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven også omfatter mennesker med psykiske lidelser og problemer. Helsedirektoratet ba i høringsnotatet om at dette eksplisitt ble nevnt i en ny lovproposisjon. I høringsnotatet henviser Sosial- og helsedirektoratet til NOU 2004:18 der det står følgende: "...forslaget til lovtekst er utformet nøytralt også i forhold til funksjonsevne. Utvalget peker samtidig på at nøytralitet i lovgiving kan medføre forskjellsbehandling i praksis". Direktoratet vil si seg enig i denne vurderingen. Mennesker med psykiske lidelser har alt for lenge vært en tilnærmet usynlig gruppe, med store behov for et bedret tjenestetilbud. Fortsatt full nøytralitet vil kunne være til hinder for synliggjøring av denne gruppen. I høringsnotatet ble det foreslått at dette enten kunne tydeliggjøres i de generelle merknadene til lovforslaget eller ved å lovfeste kommunale sosial- og helsetjenester mht psykisk helse. Helsedirektoratet er fremdeles opptatt av at disse forslagene blir vurdert grundig i arbeidet med en ny helse- og sosialtjenestelov.

4 Organisatoriske løsninger og modeller

4.1 Innledning

Hvordan den enkelte kommune har valgt å organisere sitt psykiske helsearbeid har stor betydning for hvor i organisasjonsstrukturen psykologene bør plasseres. I dette kapittelet redegjøres det derfor kort for status i kommunal organisering av psykisk helsearbeid. Deretter presenteres eksempler på organisatoriske modeller i kommunene som psykologene kan jobbe innenfor. Innenfor den enkelte modell vektlegges det å synliggjøre hvordan psykologstillingene kan inngå i eksisterende tiltakskjeder og samarbeidsrutiner i kommunene – herunder fastlegene. Den enkelte modell vil også gi eksempler på hvordan psykologstillingene kan utformes i forhold til systemarbeid, behandlings- og veiledningsarbeid.

4.2 Kommunal organisering av psykisk helsearbeid

4.2.1 *Status for organiseringen av psykisk helsearbeid*

I forbindelse med forskningsrådets evaluering av Opptappingsplanen har NIBR foretatt en kartlegging av hvordan utviklingen har vært i forhold til kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet (Myrvold 2006). Det har blitt gjennomført to spørreskjemaundersøkelser blant alle landets kommuner i 2002 og 2005 der det både har blitt kartlagt organisering av psykisk helsearbeid og ressursbruk, samt respondentenes vurdering av tjenester og samarbeidsrelasjoner. Tilsvarende undersøkelse gjennomføres på nytt våren 2008.

Det er tildels store forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvilke tjenester de tilbyr mennesker med psykiske lidelser, og hvordan disse tjenestene er organisert (Myrvold 2006). Bl.a. har innbyggertall, geografiske avstander og økonomi innvirkning på hvordan kommunene organiserer sitt psykiske helsearbeid. Kommunenes tjenestetilbud påvirkes også av at spesialisthelsetjenesten i ulike deler av landet prioriterer forskjellig, og dermed har ulike tilbud til personer med psykiske problemer og lidelser. Kommuneloven av 1992 gir dessuten kommunene stor frihet til å organisere sin virksomhet som de selv ønsker.

Spørreskjemaundersøkelsen i 2005 ble besvart av 274 kommuner og det viste seg at for voksne hadde 74 prosent av kommunene etablert en egen "psykiatritjeneste" med spesialisert personell som kun arbeidet med psykisk helsearbeid. Den definerte "psykiatritjenesten" var plassert innenfor en paraply av en større kommunal tjeneste, f.eks. helse- og rehabilitering eller pleie- og omsorgstjenesten. Det varierer mellom kommunene med egen "psykiatritjeneste" om de hadde egen leder for tjenesten.

Undersøkelsen viste videre at 16 prosent av kommunene hadde valgt en organisasjonsmodell der arbeidet med psykisk helse var plassert i egen enhet, på lik linje med pleie og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og legetjenesten. De kommunene med egen enhet for psykisk helsearbeid hadde alle en egen leder og et

eget budsjett. 10 prosent av kommunene hadde valgt ulike former av integrerte tjenestemodeller for det psykiske helsearbeidet. Det er primært de minste kommunene som har integrerte modeller der det psykiske helsearbeidet ivaretas av ansatte i de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske lidelser benytter (Myrvold 2006).

Når det gjelder kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet for barn og unge viste undersøkelsene fra NIBR at størsteparten av kommunene (ca. seks av ti) har valgt å organisere tilbudet sammen med tilbudet for voksne. Der en har en egen "psykiatritjeneste" er det vanligst å legge arbeidet til helsestasjonene og skolehelse-tjenesten, men relativt mange kommuner ivaretar også det psykiske helsearbeidet for barn og unge innenfor en tjeneste i pleie- og omsorg (Myrvold 2006). Blant de kommunene som ikke har organisert tilbudet sammen med voksne har flere valgt å organisere arbeidet i familiesentre og lignende der arbeidet er integrert sammen med en rekke andre tjenester for barn, unge og deres familier.

4.2.2 *Psykologens organisatoriske plassering i kommunene*

På grunn av den store variasjonen i kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet, og det faktum at de ulike organisasjonsløsningene både har styrker og svakheter, er det ikke mulig å anbefale eller peke ut en bestemt "idealmodell" for plassering av psykologstillinger i kommunene. Det er imidlertid mulig å redegjøre for ulike organisatoriske løsninger for plassering av psykologstillinger i kommunene.

Generelt bør psykologen ha en etatsleder å forholde seg til. Det bør avklares hvem som har myndighet til å delegerer arbeidsoppgaver til psykologen, og til hvem psykologen plikter å yte tjenester. En bør unngå å plassere psykologen organisatorisk slik at uenigheter etatssjefer imellom vanskeliggjør psykologens virksomhet, eller at psykologen blir gitt divergerende direktiver. Hvor psykologen fysisk har sin kontortilhørighet har betydning for hvem vedkommende får daglig omgang med. Det daglige arbeidsmiljøet er med på å bestemme hvilken informasjon som tilflyter psykologen fra de ulike etatene. Det kan være viktig at psykologen fysisk er plassert slik at vedkommende lett kan samarbeide med andre som er opptatt av liknede arbeidsoppgaver og problemstillinger (NOU 1988:33).

For å lykkes med ansettelse av psykolog er det sentralt at kommunen ut fra sin egen organisasjon avklarer behov, siktemål og ønsker. Dette bestemmes av forhold som særtrekk ved den enkelte kommune, innbyggernes sykdomspanorama, kompetansen om psykisk helse ellers i kommuneorganisasjonen og politiske prioriteringer. Dersom den enkelte kommune ønsker å bruke psykologressursene i et forebyggende perspektiv på systemnivå, som for eksempel gjennom veiledning, kartlegging av sykdomspanorama og kommuneplanlegging, kreves det klare signaler om dette. Det kan eksempelvis bestemmes at 50 prosent av stillingen skal gå til direkte klinisk arbeid og 50 prosent skal gå til undervisning, veiledning, lokal tilpasning av aktuelle gruppetilbud og til kommuneplanlegging og folkehelsearbeid.

I det følgende presenteres fem ulike organisasjonsmodeller for psykologarbeid i kommunene. To organisasjonsløsninger for hvordan psykologer kan jobbe i forhold til barn og unge, og tre organisasjonsløsninger for hvordan psykologer kan jobbe i forhold til voksne og eldre. Det gis en generell beskrivelse av den enkelte

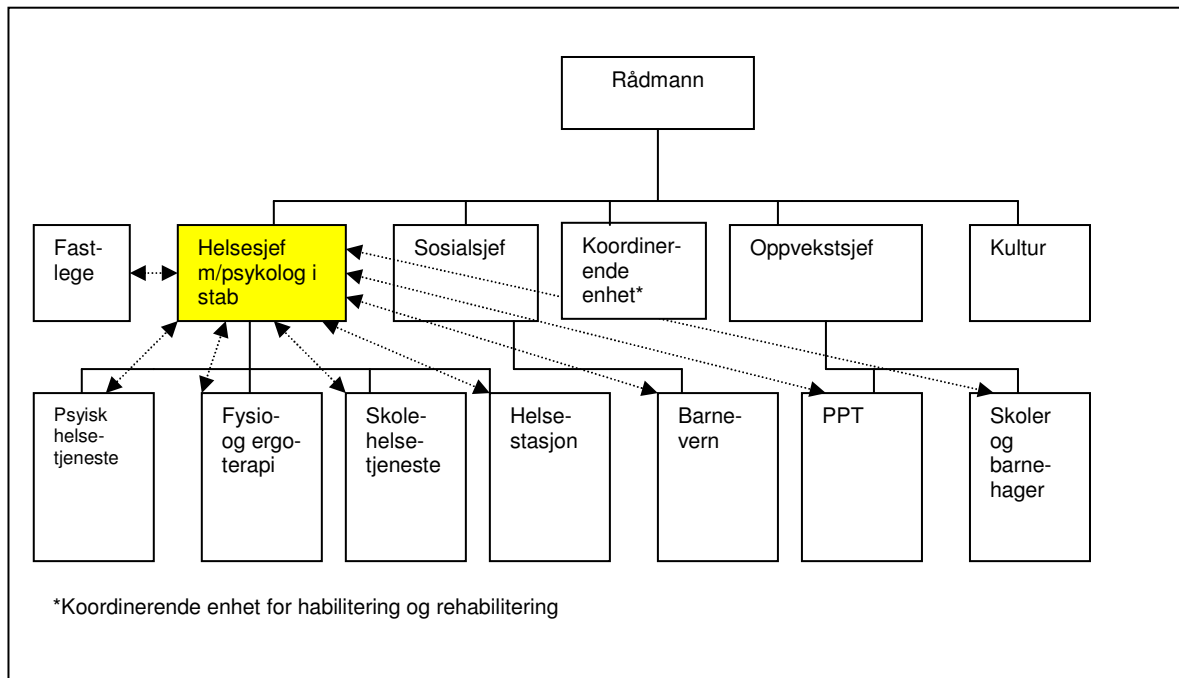
organisasjonsmodell. Det er viktig å understreke at dette kun er eksempler på hvor psykologen kan plasseres i kommuneorganisasjonen for å jobbe med psykisk helsearbeid. Psykologer arbeider pr. i dag også på andre arenaer, som f.eks. familievernkontorer. Knyttet til hvordan den enkelte kommune kan utarbeide stillingsinstruks i forhold til behandlings-, veilednings-, og forebyggingsarbeid gis det konkrete eksempler på dette. For en mer detaljert beskrivelse av hvilke arbeidsoppgaver psykologer i kommunene kan utføre vises det til rapportens kapittel 2.

4.3 Organisasjonsmodeller for psykologarbeid med barn og unge

4.3.1 *Psykologarbeid i stab hos helsesjefen*

Modellen under illustrerer arbeid med barn og unge der kommunepsykolog er plassert i stab hos helsesjefen. Stiplet pil innebærer at psykologen arbeider med kartlegging, planlegging, evaluering, informasjon, kompetanseheving, veiledning og forebyggende arbeid. I denne modellen innebærer stiplet linje mellom fastlege og psykologer i stab hos helsesjefen et samarbeid som omfatter gjensidig veilednings- og kompetanseoppbygging. Psykolog som er ansatt i stab hos helsesjefen vil ikke drive direkte klientrettet arbeid med mindre psykologen samtidig har et ansettelsesforhold i f.eks. psykisk helsetjenesten eller helsestasjonstjenesten. Vekselvirkningen knyttet til at det er psykologkompetanse både i stab hos helsesjefen og i for eksempel psykisk helsetjeneste vil sannsynligvis bidra til mer helhetlige tjenester generelt og en samlet sett god utnyttelse av psykologressursene.

Psykolog ansatt i stab hos helsesjefen vil ha et naturlig nedslagfelt i de tjenester som ligger under helsesjefen, slik som psykisk helsetjeneste for barn og unge, helsestasjon, skolehelsetjeneste og fysio- og ergoterapi. Barnevernstjenesten, PP-tjenesten, skoler og barnehager er i tillegg viktige arenaer for psykologer. Det kan være hensiktsmessig at psykologen som er tilsatt i stab hos helsesjefen driver veiledning, kompetanseheving og forebyggende arbeid knyttet til disse tjenestene til tross for at de ofte er underlagt andre tjenesteområder enn helsesjefen. Dette kan skje ved at psykologen setter av et visst antall timer pr. uke til for eksempel formidling av psykologisk kunnskap via undervisning og veiledning av personell som arbeider i disse tjenestene. Enkelte av disse tjenestene har allerede psykologstillinger, og det blir da viktig å utvikle gode samarbeidsrutiner for å utnytte kommunens samlede ressurser på beste måte.



Fordeler

Ved å plassere psykolog i stab hos helsesjefen legger man i større grad til rette for kartlegging, planlegging, evaluering og informasjon med vekt på tiltak relatert til psykologiske forhold. Tiltakene vil ha betydning for enkeltindivider, familier, grupper og lokalmiljø. Tett samarbeid mellom helsesjef og kommunepsykolog vil innebære tverrfaglighet på en ny måte i kommuneorganisasjonen. Helsesjefenes etablerte arbeid med forebygging og helsefremming vil være et viktig utgangspunkt for psykologens virksomhet. Gjennom å plassere kommunepsykologen i stab hos helsesjefen får psykologen et større overblikk over kommunens behov. Dette kan også bidra til mer målrettet innsats for brukerne som trenger det mest. Det at psykolog i stab hos helsesjefen arbeider opp mot de etablerte tjenestene vil bidra til at man er i posisjon til å legge gode rammer for arbeid med tidlig identifisering, oppfølging, utredning og behandling av barn, ungdom og familier med psykososiale problemer.

En sentral forutsetning for å lykkes i dette arbeidet er at psykologen etablerer et tett og nært samarbeid med de ansatte innenfor de ulike tjenestene og at stillingens formål, mandat og funksjon både er tydelig for de kommunale tjenestene, psykologen selv, og for de som bruker psykologtjenester. Samtidig tydeliggjøres og begrenses arbeidsoppgavene. Dette kan ses på som en styrke ved organisasjonsmodellen. Overblikket over sykdomspanoramaet blant barn og unge som psykologen får ved å plasseres i stab hos helsesjefen vil være viktig for kommunens samlede arbeid med forebygging og systemarbeid. Dette kan eksempelvis dreie seg om arbeid i forhold til organisering og samordning av tjenester på systemnivå, utvikling av samarbeidsrutiner mellom tjenestene, arbeid med kommuneplaner, utforming av forebyggende og helsefremmende tiltak i tråd med lokalbasert og forskningsbasert kunnskap feltet.

Ulemper

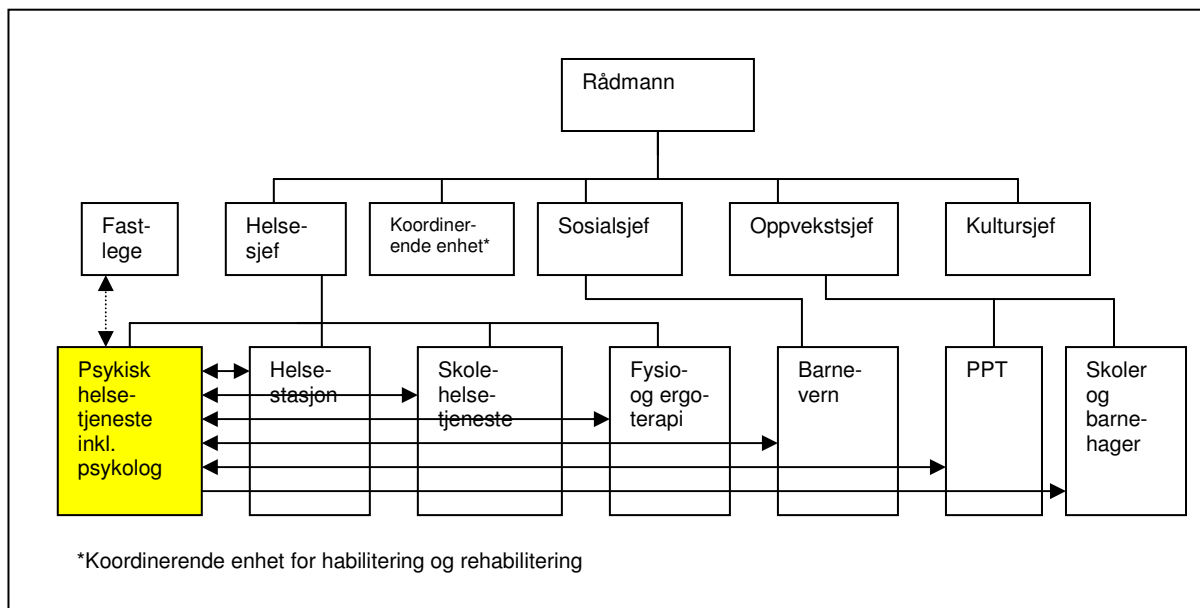
En ulempe ved å plassere psykologen i stab hos helsesjefen er at fagmiljøet for psykologen begrenses og at vedkommende kan føle seg isolert. En annen utfordring

er å utvikle gode samarbeidsrutiner til tjenester som faller inn under helsesjefens ansvarsområde og til de andre. Både for kommuneorganisasjonen og for den enkelte kommunepsykolog vil dette være nybrottsarbeid som kanskje krever vilje til nytenkning om kommunens behov og muligheter. Modellen utfordrer samtidig kommune og psykolog i kanskje enda større grad enn de andre foreslåtte modellene, når det gjelder utvidet forståelse av potensialet som ligger i bruk av psykologkompetanse. Det kan også ses på som en ulempe at psykologen ikke gir et behandlingstilbud eller på annen måte ikke er i direkte kontakt med klienter ved å være plassert i stab hos helsesjefen.

4.3.2 *Psykologarbeid innenfor psykisk helsetjenesten*

Størsteparten av landets kommuner har valgt egen tjenestemodell for psykisk helsearbeid og organisert arbeidet med barn og unge med psykiske lidelser og problemer sammen med arbeidet for voksne (Myrvold 2006). Organisasjonsmodellen nedenfor illustrerer arbeid med barn og unge med psykiske problemer og lidelser der psykolog er plassert innenfor en egen psykisk helsetjeneste i kommunen. Heltrukken pil innebærer at psykologen i samarbeid med øvrig fagpersonell i kommunen både driver direkte klientarbeid, veiledning, kompetanseoppbygging og forebyggende arbeid, mens stiplet pil innebærer kun gjensidig veiledning og kompetanseoppbygging, ikke felles klientarbeid. Grad av gjensidighet i veiledningsforholdet bør avklares mellom personellgruppene ut fra den enkelte kommunes behov.

De ansatte i psykisk helsetjenesten, inkludert psykolog, arbeider opp mot alle deler av tjenestene og arenaene som er relevante for barn og unges psykiske helse. Dette inkluderer helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten, barnevernstjenesten, PPT og skoler og barnehager. For å lykkes med å fange opp de brukere som har behov for oppfølging og hjelp er det sentralt at det etableres et nært og godt samarbeid med de ulike tjenestene. Det er også sentralt at man oppholder seg på de arenaene hvor barn og unge ferdes. Psykologen som er ansatt i psykisk helsetjeneste kan eksempelvis arbeide et visst antall timer ukentlig på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten, fysisk oppholde seg på disse arenaene, og drive ulike former for psykologarbeid der.



Fordeler

Organisasjonsmodellen der psykologen er plassert i psykisk helsetjenesten egner seg godt for å drive behandlingsaktivitet knyttet til barn og unge som har behov for dette. Ved at psykologens arbeid gjøres kjent i kommuneorganisasjonen når man bredt ut til de ulike tjenestene og har store muligheter for å fange opp barn og unge med ulike hjelpebehov. Behandlingsarbeidet for psykologen i psykisk helsetjenesten kan f.eks. bestå av korttidsterapi, kriseintervensjoner og utredningsarbeid. Det bør settes en maksimumsgrense i forhold til antall konsultasjoner før annet personell kobles inn eller klienten henvises til spesialisthelsetjenesten dersom dette er aktuelt.

Psykologen som er plassert innenfor psykisk helsetjenesten får arbeidskolleger nært knyttet opp mot seg og dette reduserer sjansen for faglig isolasjon. Gjennom den daglige kontakten med øvrige personellgrupper legges det til rette for at psykologen kan benytte sin kompetanse til veiledning, kompetanseheving og undervisning. Dette kan foregå i forhold til ansatte som jobber i skoler, fritidsklubber, barnehager, PPT, barnevern og fysioterapitjenesten.

Ulemper

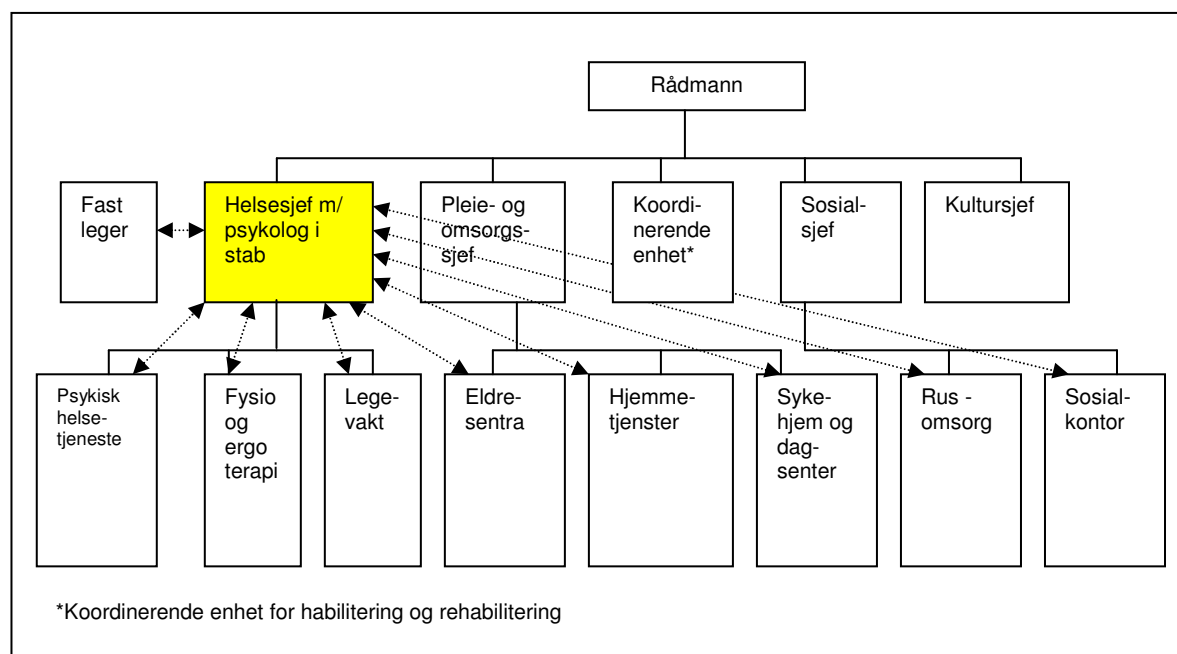
Det er en viss fare for at psykologen som arbeider innenfor denne organisasjonsmodell kan få for omfattende arbeidsoppgaver siden vedkommende skal arbeide opp mot alle tjenestene som er relevante for barn og unges psykiske helse. Det er derfor viktig med en stillingsinstruks som avklarer hvilke oppgaver psykologen skal prioritere i arbeidet. En annen utfordring knyttet til modellen er at den i mindre grad egner seg til å drive systemarbeid på overordnet nivå siden det er grunn til å tro at arbeidsoppgavene knyttet til behandling, veiledning og undervisning vil oppta størsteparten av psykologens arbeid. En tredje ulempe kan være at psykologens tilhørighet i psykisk helsetjeneste og tjenestens "eierskap" til psykologen krever spesiell vektlegging av gode samarbeidsrutiner og en bevisst holdning for at psykologkompetansen skal bli brukt i praksis i de andre tjenestene.

4.4 Organisasjonsmodeller for psykologarbeid med voksne og eldre

4.4.1 *Psykologarbeid i stab hos helsesjefen*

Modellen under illustrerer arbeid med voksne, inkludert eldre, der kommunepsykolog er plassert i stab hos helsesjefen. Stiplet pil innebærer at psykologen arbeider med kartlegging, planlegging, evaluering, informasjon, kompetanseheving, veiledning og forebyggende arbeid. I denne modellen innebærer stiplet linje mellom fastlege og psykologer i stab hos helsesjefen et samarbeid som omfatter gjensidig veilednings- og kompetanseoppbygging. Psykolog som er ansatt i stab hos helsesjefen vil ikke drive direkte klientrettet arbeid med mindre psykologen samtidig har et ansettelsesforhold i f.eks. psykisk helsetjenesten. Vekselvirkningen knyttet til at det er psykologkompetanse både i stab hos helsesjefen og i for eksempel psykisk helsetjeneste vil sannsynligvis bidra til mer helhetlige tjenester generelt og en samlet sett god utnyttelse av psykologressursene.

Psykolog ansatt i stab hos helsesjefen vil ha et naturlig nedslagfelt i de tjenester som ligger under helsesjefen. Det kan være hensiktsmessig at psykologen som er tilsatt i stab hos helsesjefen også driver veiledning, kompetanseheving og forebyggende arbeid knyttet i tjenester som ikke er underlagt helsesjefen. Dette kan skje ved at psykologen setter av et visst antall timer pr. uke til for eksempel formidling av psykologisk kunnskap via undervisning og veiledning av personell som arbeider i disse tjenestene. Enkelte av disse tjenestene har allerede psykologstillinger, og det blir da viktig å utvikle gode samarbeidsrutiner for å utnytte kommunens samlede ressurser på best mulig måte.



Fordeler

Ved å plassere psykolog i stab hos helsesjefen legger man i større grad til rette for kartlegging, planlegging, evaluering og informasjon med vekt på tiltak relatert til psykologiske forhold. Tiltakene vil ha betydning for enkeltindivider, familier, grupper og lokalmiljø. Tett samarbeid mellom helsesjef og kommunepsykolog vil innebære tverrfaglighet på en ny måte i kommuneorganisasjonen. Helsesjefenes etablerte arbeid med forebygging og helsefremming vil være et viktig utgangspunkt for psykologens virksomhet. Ved å plassere kommunepsykologen i stab hos helsesjefen legger man i større grad til rette for at psykolog får et større overblikk over behovet i de ulike tjenestene og kan bidra til mer målrettet innsats for brukerne som trenger det mest. Det at psykolog i stab hos helsesjefen arbeider opp mot de etablerte tjenestene vil bidra til at man er i posisjon til å legge gode rammer for arbeid med tidlig identifisering, oppfølging, utredning og behandling av voksne, eldre, familier og grupper med psykososiale problemer.

En sentral forutsetning for å lykkes i dette arbeidet er at psykologen etablerer et tett og nært samarbeid med de ansatte innenfor de ulike tjenestene og at stillingens formål, mandat og funksjon både er tydelig for de kommunale tjenestene, psykologen selv, og for de som bruker psykologtjenester. Samtidig tydeliggjøres og begrenses arbeidsoppgavene og dette kan ses på som en styrke ved organisasjonsmodellen. Overblikket over sykdomspanoramaet blant voksne og eldre, som psykologen får ved å plasseres i stab hos helsesjefen, vil være viktig for kommunens samlede arbeid med forebygging og systemarbeid. Dette kan eksempelvis dreie seg om arbeid i forhold til organisering og samordning av tjenester på systemnivå, utvikling av samarbeidsrutiner mellom tjenestene, arbeid med kommuneplaner, utforming av forebyggende og helsefremmende tiltak i tråd med lokalbasert og forskningsbasert kunnskap.

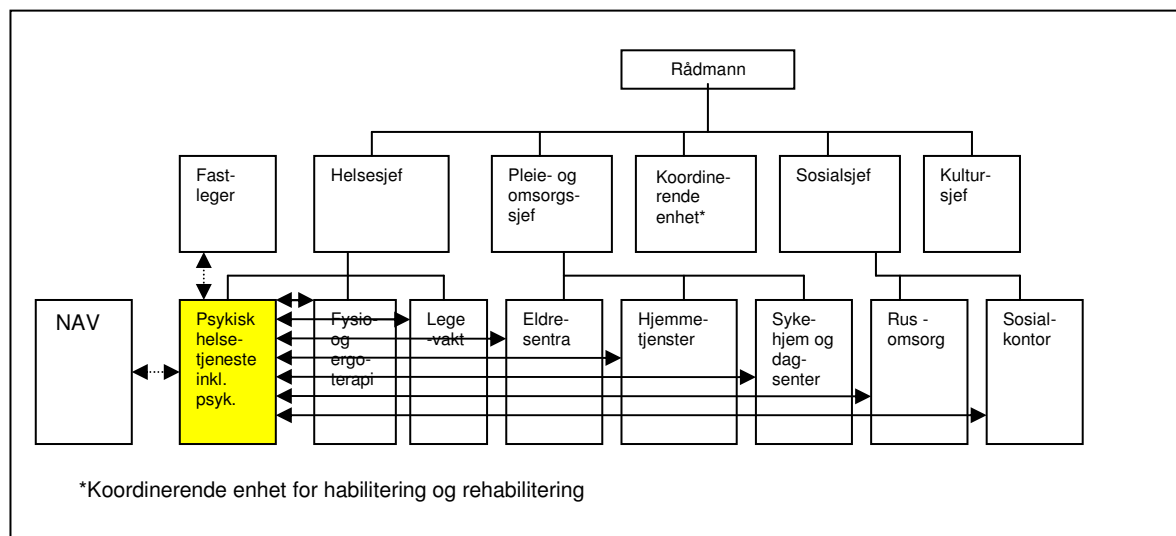
Ulemper

En ulempe ved å plassere psykologen i stab hos helsesjefen er at fagmiljøet for psykologen begrenses og at vedkommende kan føle seg isolert. En annen utfordring er å utvikle gode samarbeidsrutiner til tjenester som faller inn under helsesjefens ansvarsområde og til de andre. Både for kommuneorganisasjonen og for den enkelte kommunepsykolog vil dette være nybrottsarbeid. Modellen utfordrer samtidig kommune og psykolog i kanskje enda større grad enn de andre foreslåtte modellene, når det gjelder utvidet forståelse av potensialet som ligger i bruk av psykologkompetanse siden psykologen ikke er i direkte kontakt med klienter ved å være plassert i stab hos helsesjefen. Vi har foreløpig nokså få som har gått opp stien for allmennpsykologen, særlig relatert til arbeid med voksne i Norge.

4.4.2 *Psykologarbeid innenfor psykisk helsetjenesten*

Modellen under viser arbeid med voksne og eldre med psykiske problemer og lidelser der psykologen er plassert innenfor en egen psykisk helsetjeneste i kommunen. Heltrukken pil innebærer at psykologen sammen med øvrig fagpersonell i kommunen både driver direkte klientarbeid, veiledning, kompetanseheving og forebyggende arbeid. Stiplet pil betyr i dette tilfellet at psykologen arbeider med veiledning og kompetanseheving i forhold til personale ansatt på NAV kontoret og fastlegene i kommunen. Grad av gjensidighet i veiledningsforholdet må avklares ut fra den enkelte kommunes behov.

Som nevnt tidligere har en klar majoritet av norske kommuner opprettet en egen psykisk helsetjeneste med spesialisert personell som kun arbeider med psykisk helsearbeid (Myrvold 2006). Psykisk helsetjenesten for voksne i kommunene beskjeftiger seg tradisjonelt sett med støttesamtaler til hjemmeboende med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet. Allianse og tillitsforhold, stabilitet og kontinuitet er stikkord i oppfølgingen. De holder øye med, fanger opp signaler og svingninger i sykdomsforløpet, foretar vurderinger, setter i gang tiltak osv. Ut fra sin utdanning kan psykologen utgjøre et viktig supplement til de øvrige personellgruppene som arbeider med psykisk helsearbeid innenfor denne tjenesten.



Fordeler

Psykisk helsetjeneste kan sies å være en etablert tjeneste, og mange steder er tjenesten den mest synlige arenaen med tilbud for psykisk syke i kommunen. Det faller derfor naturlig at tjenesten omfatter psykologer, på linje med psykiatriske sykepleiere, kliniske sosionomer, mange med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid osv. I denne sammenhengen har psykologer et faglig fellesskap med andre personellgrupper som først og fremst fokuserer på psykososiale aspekter. Det er et godt utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid. For psykologen knytter det seg mange fordeler til å få være med å videreutvikle en tjeneste framfor å etablere den, for eksempel når det gjelder samarbeidsrelasjoner, utvikling av tjenestetilbud og informasjon til innbyggerne. Mange av dem som kan ha nytte av psykologtilbudet er allerede tilknyttet tjenesten.

Ulemper

Når psykologer i større grad skal rekrutteres til kommunene, må man i alle tilfeller være var for gjeldende kultur og holdninger knyttet til "hvordan-vi-gjør-det-her". Dette gjelder ikke minst ved ansettelse i psykisk helsetjeneste, som har lang tradisjon for å fokusere på psykologiske aspekter. Det vil være en utfordring for både psykologer i nyetablerte stillinger og for de etablerte tjenester å finne balansepunktet mellom å ta vare på kvalitetene i det eksisterende og å skape rom for fornyelse.

Psykisk helsetjeneste har tradisjonelt rettet arbeidet mot dem som har langvarige psykiske lidelser. Det er et viktig arbeid som må opprettholdes. Samtidig er det viktig

å innrette tjenesten, slik at den dekker innbyggernes behov om tilbud relatert til psykiske problemer, samt lettere og moderate psykiske lidelser. Det vil være en utfordring med denne modellen å gjøre psykologtilbudet tilgjengelig i praksis for hele spekteret, fra psykiske problemer til alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Utfordringen knytter seg både til utvikling av tjenestetilbud og til stigma relatert til det som tidligere ble kalt "psykiatritjenesten". Vi vet for eksempel at andelen deprimerte er større i den eldre delen av befolkningen og at de over 60 år knapt er synlige i DPS. Psykologer i kommunene bør være tilgjengelige for denne gruppen, og det må sørges for at eldre og andre opplever at tilbudet passer for dem.

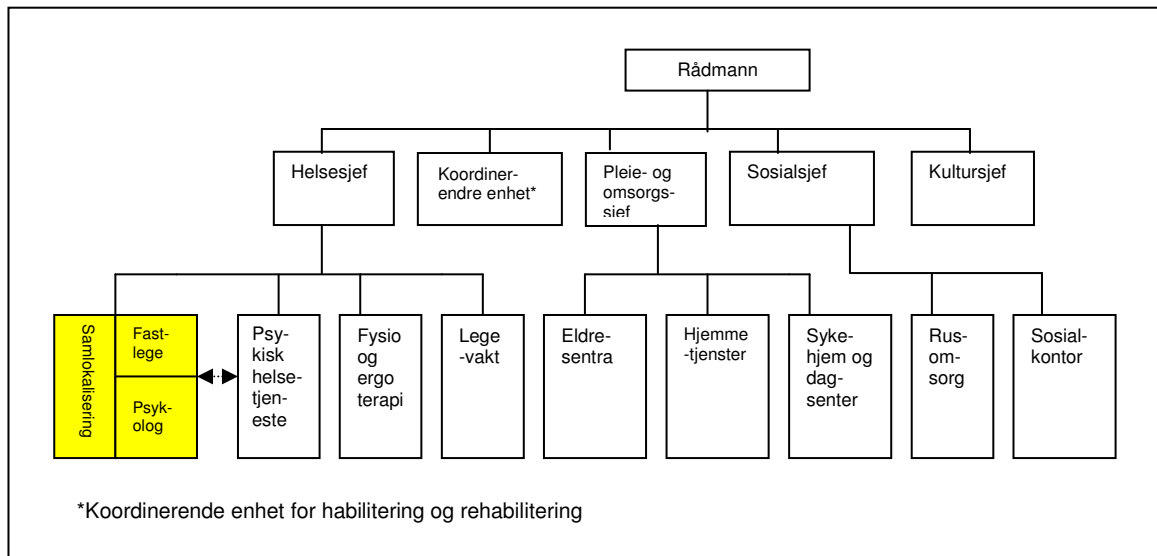
4.4.3 Samlokalisering av psykologer og fastleger

Organisasjonsmodellen under viser arbeid med voksne og eldre med psykiske problemer og lidelser der psykologen er samlokalisert med kommunenes fastleger. Stiplet linje betyr i dette tilfellet at psykologen driver kompetanseheving, veiledning og forebyggende arbeid knyttet til psykisk helsetjenesten i kommunen. Helsesjefen har formell styringsmyndighet overfor psykologen, men ikke fastlegen bortsett fra de individuelle driftsavtaler/fastlegeavtaler som kommunen inngår med allmennleger, jf. fastlegeforskriften.

Fastlegeordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å ha en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Ordningen er innarbeidet og velkjent i befolkningen. Av denne grunn tar de aller fleste med behov for behandling av psykiske lidelser og plager først kontakt med fastlegen. Statistikk fra NAV viser at ca. 10 prosent av besøkene hos fastlegen skyldes psykiske lidelser og plager (NAV 2007). Fastlegekontorene er derfor en sentral og viktig arena for behandling av psykiske lidelser og plager.

Samlokalisering av psykolog og lege på fastlegekontor/psykologkontor er foreløpig lite utbredt i Norge. En slik organisasjonsløsning kan imidlertid være hensiktsmessig for å gi den voksne delen av kommunens innbyggere med lettere og moderate psykiske lidelser og vansker et adekvat hjelpetilbud. Samlokalisering av psykolog og fastlege kan bidra til et vesentlig bedre behandlingstilbud i primærhelsetjenesten, og senke terskelen for å oppsøke hjelp før psykiske problemer har utviklet seg til kroniske tilstander, ofte med ytterligere tilleggsproblemer. Samlokalisering og samarbeid mellom de to yrkesgruppene kan også kunne forhindre innleggelse, og føre til et mer helhetlig tjenestetilbud for innbyggerne.

Fastlegekontoret er en arena det ikke knytter seg stigma til og som befolkningen generelt kjenner godt. I arbeidet for å videreutvikle lavterskeltilbudet til mennesker med psykiske problemer og lidelser, vil en samlokalisering tenkes å kunne bidra til at terskelen for å oppsøke psykolog vil være lavere for mange enn for på en del andre arenaer. Disse aspektene vil trolig ha betydning for mange deler av befolkningen, ikke minst eldre.



Fordeler

En stor del av befolkningen har psykiske plager av lettere grad, som søvnvansker, angst, lettere depresjoner, psykosomatiske lidelser, familiekonflikter og mistilpassning i skole og arbeidsliv. Noen har behov for enkle rådgivende samtaler hos fastlegen. Andre har behov for at en går mer i dybden av problemene over tid. Dette kan foregå hos fastlegen, men tidspresset hos mange fastleger utgjør en forholdsvis stor utfordring i forhold til å kunne tilby denne type hjelp (Andersson 2006). Undersøkelser tyder på at fastlegens tidsbruk begrenser fastlegens muligheter for å gi pasienter med psykiske problemer et adekvat tjenestetilbud (Ådnanes et al 2005 & Andersson et al 2005). En psykolog med tilknytning til fastlegekontoret vil her kunne yte verdifulle bidrag.

Mulighetene for stillingsutforming er mange, men for å lykkes med samlokaliseringen av fastleger og psykologer er det viktig at den kommunale psykologstillingens formål, mandat og funksjon er tydelig for fastlegene i kommunen, andre kommunale tjenester, DPS/BUP, psykologen selv, og for de som bruker psykologens tjenester. Et sentralt element som det må tas stilling til i den enkelte kommune er om fastlegene skal styre hvilke brukergrupper som får avtale hos psykologen eller om psykologen selv skal avgjøre hvilke brukere vedkommende tar inn til konsultasjon. Erfaringer fra England tilsier at man når ulike grupper når innbyggerne kan ta direkte kontakt med psykolog sammenliknet med når rekrutteringen skjer via legen.

Et av de sentrale formålene med psykologstillingen på et fastlegekontor kan være behandlingsvirksomhet rettet mot på forhånd definerte brukergrupper. Psykologens arbeid på fastlegekontoret kan konsentrere seg om korttidsterapi, kriseintervensjoner, utredningsarbeid og gruppeterapi, jf. f.eks. KID-kurs.

Samlokalisering av psykolog og fastlege kan stimulere til styrket samarbeid mellom dem og gjensidig styrking av deres kompetanse. Samarbeidet kan gå bestå av at psykolog og lege jevnlig drøfter pasienter sammen, både med henblikk på en mest mulig hensiktsmessig fordeling av pasienter mellom de to, og som gjensidig konsultasjon vedrørende enkelte av de pasienter som legen og psykologen har hver for seg. Dersom det viser seg at pasienter har behov for viderehenvisning til

spesialisthelsetjenesten er avstanden og kommunikasjonen mellom fastlegen og psykologen såpass tett at det kan medføre bedre viderehenvisninger. Psykologen kan i så måte også utgjøre et viktig bindeledd mellom DPS/BUP og de kommunale tjenestene. Psykologen kan bidra til at øvrige behandlingsopplegg lokalt settes ut i livet og veilede samt bidra til kunnskapsutvikling hos de øvrige ansatte som jobber med psykisk helsearbeid.

Det er mange forhold som taler for at samlokalisering for kommunepsykolog og fastlege vil være en god organiseringsform. Fastlegekontorer eller legesenter er en etablert arenaene for kommunale helsetjenester som befolkningen generelt er godt kjent med. Disse forholdene har betydning for innbyggernes oppfatning av både tilgjengelighet og alminneliggjøring av psykologtilbud i kommunen. Terskelen for å oppsøke psykolog på et tidlig tidspunkt i en problem- eller skjevutviklingsprosess har betydning for framtidig helse, og ved å benytte allerede etablerte arenaer det ikke er knyttet stigma til, kan man nå flere av dem som har behov for psykologtilbud. Lege og psykolog kan utfylle hverandre i dette arbeidet. Både leger og psykologer har utdanning fra profesjonsstudier, begge har selvstendig behandlingsansvar og kan diagnostisere psykiske lidelser. Med dette som utgangspunkt er det rimelig å anta at disse personellgruppene fagutøvelse gjensidig kan styrkes gjennom samlokalisering.

Samlokalisering vil redusere praktiske hinder for samarbeid i konkrete saker, og vil øke pasientenes muligheter til fellessamtaler med både lege og psykolog for eksempel når det gjelder livsstilsendringer eller familiebelastninger. Selv om leger og psykologer har overlappende fagfelt, har kulturene innenfor de ulike profesjonene tradisjonelt vært nokså forskjellige, og dette vil ha betydning ved en samlokalisering. Samlokalisering kan stimulere til flere uformelle og formelle møteplasser, som for eksempel lunsj og fagmøter med gjensidig utveksling, og at dette over tid vil bidra til å overkomme kulturelle barrierer. Både i lege- og psykologkretser finnes fagpersoner som er "modne" for et tettere samarbeid. Samlokalisering for fastlege og kommunepsykolog bidrar ikke nødvendigvis til styrking av tverrfaglig samarbeid relatert til andre aktører i psykisk helsearbeid enn fastlegene eller til psykologers deltakelse i kommuneplanlegging. Det kan imidlertid tenkes at sannsynligheten for å legge flere samhandlingsmøter til helsesentrene der fastlege og kommunepsykolog er samlokalisert øker, når to aktører holder til der. Dette kan igjen bidra til å redusere praktiske barrierer knyttet til legers deltakelse i for eksempel ansvarsgrupper.

Ulemper

De forhold som først og fremst taler mot samlokalisering for fastlege og kommunepsykolog er at legeföreningen er mot selve tiltaket, at fastlegene er selvstendig næringsdrivende, at geografisk avstand til andre aktører i psykisk helsearbeid kan bli for stor og at tiltaket ikke stimulerer spesielt i retning av psykologenes deltakelse i kommuneplanlegging og primærförebyggende tiltak.

En annen ulempe ved samlokaliseringen mellom psykolog og fastlege er at psykologkompetansen i mindre grad vil bli benyttet i forebyggingsøyemed. I forhold til avklaring og definering av arbeidsoppgaver kan det imidlertid være hensiktsmessig at psykologstillingen blir benyttet på et avgrenset område, og da i dette tilfelle behandlings- og veiledningsoppgaver. Legeföreningens vurdering av tiltaket er delvis relatert til om fastlegeordningen skal ha en "døråpnerfunksjon" til

kommunepsykolog og til spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til å poengtere at samarbeidet mellom fastlege og kommunepsykolog kan være minst like viktig i saker det ikke er aktuelt å viderehenvise til spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten må ofte håndtere svært komplekse saker, noe som tilsier at tverrfaglig samarbeid blir en forutsetning for gode, helhetlige tjenester. Fastlege-reformen har som mål å bidra til kontinuitet i lege-/pasientforholdet og bedre tilgjengeligheten til allmennlegetjenester for mennesker med sammensatte og kroniske problemstillinger som f.eks. de psykisk syke. For å ikke undergrave fastlegereformens intensjon kan det argumenteres for at fastlegen bør ha mulighet til å henvise videre til kommunepsykologen. Dersom kommunen velger en slik løsning er det imidlertid en viss fare for at tilgjengeligheten til psykologen blir forringet. Det er sterke argumenter for at brukernes behov må stå i sentrum for utviklingen av tilbud og organiseres slik at tilgjengeligheten er god. Flere undersøkelser har dessuten vist at det å ha høy kompetanse nær brukeren gir bedre kostnadseffektivitet (NOU 1988:33).

4.5 Kommunalt helsesenter

Direktoratet er kjent med at Norsk Psykologforening for tiden arbeider ut ytterligere en modell som kan være aktuell å utrede videre. I denne modellen samlokaliseres kommunale helsetjenester til både voksne og barn og består således av både fastlege, psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, helsestasjon med mer. Direktoratet er orientert om at også Den norske legeforening er positiv til denne modellen.

5 Oppsummering og anbefalinger

5.1 Innledning

For å tydeliggjøre hva psykologene kan bidra med på kommunalt nivå har Helsedirektoratet i denne rapporten redegjort for de innholdsmessige komponentene i kommunalt psykisk helsearbeid og lavterskeltilbud i kommunene. Rapporten har illustrert hvilke oppgaver psykologer kan utføre i kommunene, og det er gitt eksempler på hvor i kommuneorganisasjonen psykologen kan plasseres og jobbe. I rapporten er det også lagt frem en samlet, faglig vurdering av barrierer og tiltak som kan iverksettes for å øke psykologrekrutteringen til kommunene. De anbefalte tiltakene har lagt til grunn at psykologstillingene skal inn i det eksisterende kommuneapparatet og inngå i tiltakskjeder og samarbeide med andre aktuelle yrkesgrupper. I dette kapittelet oppsummeres kort tiltakene og strategiene for økt psykologrekruttering til kommunene, og direktoratet gir anbefalinger for økt rekruttering.

5.2 Strategier for økt psykologrekruttering

5.2.1 *Kort om anbefalingene*

Helsedirektoratet anbefaler at det i første omgang settes av statlige stimuleringsmidler til fire hovedtiltak for økt psykologrekruttering i kommunene. I tillegg har direktoratet fremmet forslag om andre forhold som kan bidra til økt psykologrekruttering i kommunene. Forslagene til tiltak gjelder for kommune-psykologer som jobber under helse- og sosialtjenestelovgivningen. Dette betyr eksempelvis at psykologer i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) ekskluderes fra tiltakene som er foreslått. Felles for de fire hovedtiltakene er at det stilles som vilkår at deltakende kommuner forplikter seg til å delta i satsingen. Det er også sentralt at det sikres en viss geografisk fordeling hva angår både tiltak og stimuleringstilskudd. I tillegg må tiltakene prøves ut slik at man både får styrket tilbudet til voksne og eldre, samt tilbudet til barn og unge.

5.2.2 *Tilskuddsordning for kommuner som ansetter psykolog*

Statlige stimuleringstilskudd har gjennom Opptrappingsplanen vist seg å ha god effekt med hensyn til rekruttering, jf. tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. For å rekruttere flere psykologer i kommunene bør lønnsnivået konkurrere med lønnen som tilbys i spesialisthelsetjenesten. Øremerkede statlige stimuleringstilskudd til kommuner som ansetter psykologer vil sannsynligvis føre til både økt lønnsnivå for yrkesgruppen, og økt rekruttering av yrkesgruppen.

En tilskuddsordning for kommuneansatte psykologer kan minst konstrueres på to ulike måter; enten utforming av en tilskuddsordning der staten årlig går inn med et fastsatt grunnbeløp pr. kommuneansatt psykolog, eller utforming av en

tilskuddsordning der staten årlig dekker en fastsatt prosentatsats av psykologens grunnlønn. Det første tiltaket vil muligens på grunn av lønnsbetingelsene føre at man i større grad rekrutterer nyutdannede psykologer enn psykologspesialister, mens for det andre tiltaket er det motsatt. En tilskuddsordning bør prøves for en begrenset periode, og være gjenstand for en grundig forskningsmessig evaluering som bl.a. ser nærmere på effekter og virkninger.

5.2.3 Finansiering av psykologers spesialisering

Et annet og viktig ledd i arbeidet med å rekruttere og beholde psykologer i kommunene er at det utvikles hensiktsmessige spesialiseringløp for yrkesgruppen. I følge Psykologforeningen blir spesialiteten i samfunnspsykologi godt evaluert av psykologer, og de ser at den er spesielt nyttig for arbeid i kommunale tjenester. Spesialister i samfunnspsykologi blir i langt større grad værende i kommunene enn andre spesialister. Spesialiteten i samfunnspsykologi ble på psykologforeningens landsmøte i november 2007 endret til *klinisk samfunnspsykologi*. Spesialisthelsetjenesten dekker i stor grad utgiftene til spesialisering for sine ansatte, men psykologer ansatt i kommunene må mange ganger dekke utgiftene selv. Helsedirektoratet anbefaler at det etableres et forsøksprosjekt med en tilskuddsordning som dekker utgiftene til spesialisering for psykologer som er ansatt i kommunene.

5.2.4 Kompetansemessige stimulerings tiltak

En viktig og sentral årsak til høy turnover i kommunepsykologstillingene er for lite eller svakt fagmiljø. Det viser seg at kommunepsykologen ofte har lite kontakt med egen faggruppe og føler seg faglig isolert (Hoel 2006). Finansiering av kommuneansatte psykologers spesialisering kan bidra til å få gjort noe med disse utfordringene. Til tross for at mange psykologer tar spesialistutdanning er psykologene også avhengig av veiledningsmuligheter og fagutvikling utenfor den kliniske spesialiseringen.

Et hensiktsmessig virkemiddel for å bøte på dette kan være å stimulere til opprettelse av fagnettverk for kommunalt ansatte psykologer. Dette bør gjøres både sentralt, regionalt og lokalt. Tiltaket kan i tillegg til å gi psykologene faglig påfyll, bidra til kompetansespredning i andre deler av det kommunale tjenesteapparatet f.eks. fastlegene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, familiesentre og pleie- og omsorgssektoren. Følgende elementer bør ivaretas i nettverkssatsingen:

- Skape fagdiskusjoner, samarbeid og utveksling av ideer og erfaringer.
- Nettverkssamlinger og erfaringskonferanser bør avholdes regelmessig, og bruk av fellesmail og Web-sider kan være hensiktsmessige kommunikasjonskanaler.
- Stimulering av interkommunale ordninger der psykologen møter et utvidet fagmiljø og/eller psykologene samarbeider på tvers av kommunegrensene.
- Koble DPS/BUP opp mot de lokale psykolognettverkene for å stimulere til mer helhetlige og koordinerte tjenester.

5.2.5 **Samlokalisering av psykologer og fastleger**

I tillegg til tiltakene som allerede er nevnt bør det legges til rette for egne prosjekter hvor kommunalt ansatte psykologer kan leie kontor hos fastlegen. Et sentralt formål med samlokaliseringen er at fastleger og psykologer skal stimuleres til samarbeid om behandling av lettere og moderate psykiske lidelser. Det bør inngås ryddige og oversiktlige samarbeidsavtaler mellom fastlegene på det enkelte legekantor og den kommuneansatte psykologen. I avtalene må det bl.a. spesifiseres hvilke oppgaver psykologen bør ivareta, og hvordan samarbeidet med den enkelte fastlege skal foregå.

Flere steder lokalt er Helsedirektoratet kjent med at mange fastleger leier kontorlokaler av kommunen. I disse tilfellene vil kommunens utgifter være på linje med utgiftene knyttet til å lokalisere psykologen i andre kommunale kontorer. Der fastlegene eier eller leier egne næringslokaler vil det kunne utgjøre en relativt stor kommunal utgift å leie kontor, og disse utgiftene vil kunne hindre samlokalisering. Helsedirektoratet foreslår derfor at det avsettes statlige stimuleringsmidler til kommuner som ønsker å leie kontorfasiliteter hos fastleger som eier eller leier private næringsbygg.

Samlokaliseringsprosjektet bør prøves ut over en periode på tre år, og involvere samtlige helseregioner. Det må foretas en grundig forskningsmessig evaluering av prosjektet. Evalueringen bør foretas med tanke på å skape et systematisert erfaringsgrunnlag slik at man ved prosjektets slutt kan gå ut med anbefalinger.

5.2.6 **Øvrige tiltak foreslått i rapporten**

- Formidling av gode eksempler når det gjelder kommunepsykologers funksjon. Dette kan for eksempel omfatte konferanser med formidling av gode erfaringer når det gjelder ansvarsområder og organisatorisk plassering i arbeidet med forebygging, tidlig intervensjon og behandling rettet mot barn/unge og voksnes psykiske helse i kommunene. Det settes av statlige midler til skriftliggjøring og distribusjon av gode tiltak.
- I alle pasientsaker, og spesielt i saker hvor det er usikkerhet knyttet til om symptomenes alvorlighetsgrad kvalifiserer for behandling på kommune- eller spesialisthelsetjenestenivå bør det etableres tett og nært samarbeid mellom fastlege og psykolog.
- Psykologer i kommunene som jobber med behandling bør i utgangspunktet sette en tidsbegrensning for antall pasientkonsultasjoner før viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten blir foretatt, f.eks. mellom fem og ti konsultasjoner.
- Publisere materiale som viser hvordan etablerte journalføringssystemer kan konstrueres for å sikre at helsepersonellovens bestemmelser ivaretas av kommuneansatte psykologer. Tiltaket bør ses i sammenheng med tiltaket som går på erfarings- og eksempelpredning av psykologers ansvarsområder og organisatorisk plassering i kommunene.
- Utrede hensiktsmessigheten ved en ordning med driftstilskudd og takst/refusjonssystem for psykologer ansatt i kommunene.
- Tilpasse grunnutdanningen for psykologer ytterligere til kommunalt arbeid. Kunnskap om lovverket som definerer ansvarsområder som er tillagt den enkelte etat/sector og forvaltningsnivå, må styrkes i utdanningen.
- Utrede utdanningskapasiteten på psykologstudiet.
- Stimulere til at flere psykologer får sin hovedpraksis i kommunene.
- Helse- og omsorgsdepartementet bør i dialog med Kunnskapsdepartementet avklare psykologers funksjon i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

5.3 Avsluttende kommentarer

Psykologer har tradisjonelt blitt assosiert med en terapeutisk behandlerrolle i spesialisthelsetjenesten, men grunnutdanningen og de fleste av spesialistutdanningene for psykologer kan like gjerne anvendes i kommunalt arbeid. Spesialiteten i klinisk samfunnspsykologi kan nevnes spesielt. LEON-prinsippet har betydning for samfunnets disponering av psykologressursene. Eksemplene på hva kommunepsykologene arbeider med i dag viser at det er få som jobber med målgruppen voksne, inkludert eldre. De fleste arbeider med barn, unge og familier. Det er viktig at det også utvikles psykologtilbud for målgruppen voksne og eldre i førstelinjetjenesten. Helsedirektoratet er kjent med at kommunalt helsesenter er lansert som ny arena av bl.a. Norsk Psykologforening. Et kommunalt helsesenter der psykologen er samlokalisert med fastlege, fysioterapeut, ergoterapeut, helsestasjon med flere, kan være en god arena for å yte lavterskeltilbud for barn, unge, voksne og eldre med psykiske lidelser og problemer.

Bortsett fra måltallet i Opptappingsplanen er det ikke foretatt behovsvurderinger av hvor mange psykologer som trengs i kommunene. Dette gjør det vanskelig å anslå det eksakte antallet som er tiltrengt. Det bør utredes nærmere hvor stort behovet for psykologer i kommunene er pr. i dag og hvordan man samlet sett vil disponere psykologressursene i framtida. I forlengelsen av dette bør også utdanningskapasiteten utredes.

Denne rapporten har illustrert at psykologene ut fra sin utdannelse kan tilføre og supplere annen kompetanse i kommunene på en rekke områder. Økt psykologrekruttering til kommunene er således et viktig tiltak som kan bidra til styrking av den samlede faglige bredden og kvaliteten i den kommunale helse- og sosialtjenesten og utvide tiltaksrepertoaret for mennesker med psykiske problemer og lidelser.

6 Referanser

- Ajo, A.M. & Vik, I. (2007): *Klinisk psykolog i kommunen – en kompleksitet av roller*. Spesialistoppgave i klinisk barne- og ungdomspsykologi.
- Andersson, H. W., Tingvold, L. (2005): *Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer*. SINTEF Helse. Rapport STF78 A055019.
- Andersson, H. W. (2006): *Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske lidelser – sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter*. SINTEF Helse. Rapport A205.
- Andersson, H. W. & Norvoll, R. (2006): *Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP - Kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen*. SINTEF Helse. Rapport A595.
- Andersson, H. W. & Steihaug, S. (2008): *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. SINTEF Helse. Rapport A4727.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)*.
- Arnesen, C. Å. (2005): *Nyutdannedes arbeid innenfor psykisk helsevern*. Arbeidsnotat 4/2005. Oslo: NIFU STEP.
- Dalgard, O.S. & Bøen, H. (2008): *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Rapport 2008:1. Folkehelseinstituttet.
- Frank, K. (2008): *Erfaringer fra kommunale psykologtjenester sett i lys av statlige føringer*. Spesialistoppgave i samfunnspsykologi.
- Gråwe, R., Hatling, T., Ruud, T. (2008). *Bidrar utbygging av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007*. Sintef rapport A 6169.
- Hansen, M. & Jacobsen, H. (2008): *Systematiske tiltak til sped- og småbarn i risikofamilier - en kunnskapsstatus*. Regionscenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heiman, M., Goodman, R., Posserud, M., Ullerø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A., & Gillberg, C. (2007): Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10- year olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 46:4 (438 - 447).

Helsedirektoratet (2008): *Praksisveileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. (kommende publikasjon).

Helse- og omsorgsdepartementet (2003): *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Aktiv omsorg*. Rundskriv Nr. 1 – 5/2007.

Helsetilsynet (2003): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003.

Helsetilsynet (2007): *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser*. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007.

Hoel, A. K. (1991): *Psykologer i kommunal helse- og sosialtjeneste: Muligheter og begrensninger. En studie av stillingsutforminger*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Hoel, A. K. (2006): *Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid: psykologenes bidrag*. Rapport forprosjekt. 12.10.2006.

Knoff, R.H., Bogen, B., Austlid, E., & Isdahl, P.J. (1983): *Psykologiske almentjenester*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mathiesen, K., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevoll, E., Torgersen, L., Helgeland, H. (2007): *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996): Evidence-Based Health Policy – Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1; vol. 274, no 5288, pp 740-743.

Mykletun, A. & Øverland, S. (2006): Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. Nr. 11.

Myrvold, T. M. (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005*. NIBR-rapport 2006:11.

NAV (2007): *Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006*. NAV - Rapport/4/2007.

Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnes, M., & Ose, S.O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*. Rapport A246, SINTEF Helse.

NOU 1988:33: *Psykologer i den kommunale helse- og sosialtjenesten*. Oslo. Sosialdepartementet.

Orford, J. (1992): *Community Psychology: Theory and Practice*. New York Wiley & Sons. Sage.

Ose, S. (2007): *Psykisk helsearbeid i kommunene. Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov*. SINTEF Helse. Rapport A1254.

Ose, S., Kaspersen, S., Bremnes, R., Hatling, T. (2008): *Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2006*. SINTEF Helse.

Ottesen, V. & Erstad, K. (2004): *Psykologrollen i PPT – hvilken plass vil det være for utøvelse av terapeutisk virksomhet i fremtidens PPT?* Spesialistoppgave i psykologi.

Skår, Jens. E. (1983): Skolen og psykologens rolle: En oversikt. I Knoff, R.H., Bogen, B., Austlid, E., & Isdahl, P. J. (red): *Psykologiske almentjenester*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*. IS-1154.

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. IS-1332.

Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vent mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. IS-1388.

Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405.

St.meld.nr.25 (1996-1997): *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.

St.prp.nr.63 (1997-1998): Om opptrappingsplanen for psykisk helse.

St.prp.nr.1 (2004-2005): Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp.nr.1 (2006-2007): Helse- og omsorgsdepartementet.

Thuen, F. & Aarø, L.E. (2001): Psykisk helse og forebyggende arbeid. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 38. 410-423.

Ådnanes, M., Hatling, T. & Grut, L. (2005): *Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse*. SINTEF Helse. Rapport STF78 A055023.

Ådnanes, M. & Sitter, M.(2007): *Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005 - Nås Opptrappingsplanens mål innen 2008?* SINTEF Helse Rapport A851.

Ådnanes, M. & Harsvik, T. (2007): *Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid*. SINTEF Helse Rapport A2954.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

