

Rapport

Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen

Forfattere

Marian Ådnanes
Silje L. Kaspersen
Tonje L. Husum
Solveig Osborg Ose





SINTEF Teknologi og samfunn

Postadresse:
Postboks 4760 Sluppen
7465 Trondheim

Sentralbord: 73593000
Telefaks: 93070500

ts@sintef.no
www.sintef.no
Foretaksregister:
NO 948007029 MVA

Rapport

Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen

EMNEORD:
Psykologer i kommunen
Rekruttering
Rolle
Samarbeid
Kommunal variasjon

FORFATTER(E)

Marian Ådnanes
Silje L. Kaspersen
Tonje L. Husum
Solveig Osborg Ose

OPPDRAKSGIVER(E)

Helsedirektoratet

OPPDRAKSGIVERS REF.

Camilla Hjelle

PROSJEKTNR

60H218

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

124 + vedlegg

SAMMENDRAG

Rapporten vurderer Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologstillinger i kommunalt psykisk helsearbeid. Datagrunnlaget er en spørreskjemaundersøkelse blant alle psykologer i kommunene samt registerdata. Antallet psykologårsverk til psykiske helsetjenester i kommunen økte med omlag 100 årsverk i perioden 2007-2011, de fleste rettet mot barn og unge. Helsedirektoratets tilskuddsordning bidrog i stor grad til økningen. Per januar 2013 var om lag 130 psykologer rekruttert gjennom tilskuddet.

Rapporten viser at psykologene, rekruttert til en av de fire utprøvningsmodellene, hadde forventninger om stor faglig frihet og om å jobbe lavterskel-, tverrfaglig- og folkehelserettet. I realiteten brukte de mest tid på behandling, utredning og diagnostisering av enkeltbrukere og lite tid på folkehelsearbeid. Dette til tross for mål om å bruke psykologenes kompetanse på dette området. Det var ingen forskjeller mellom de fire organiseringsmodellene i så måte. Behandlingstilbudet som gis er lavterskel i den forstand at hjelp gis uten henvisning og ved kun kort ventetid. I tråd med en individ- og behandlingsorientert rolle samarbeidet psykologene vesentlig mer om enkeltbrukere enn på et generelt grunnlag. Modellene hadde også det til felles at de samarbeidet relativt lite med psykisk helsevern.

Psykologene i utprøvningsmodellene har et særlig ønske om å jobbe som psykolog i kommunen framfor andre steder. De trives godt, men opplever at stillingen mangler god forankring i kommunens planer. Funnene tyder på at det trengs større bevissthet og planlegging av hvordan det er mest hensiktsmessig at psykologenes kompetanse utnyttes i den enkelte kommune, og særlig i hvilken grad psykologene skal ha en rolle i folkehelserettet arbeid versus en behandlerrolle.

UTARBEIDET AV

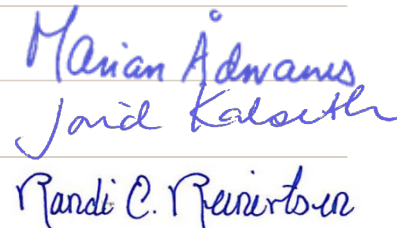
Marian Ådnanes

KONTROLLERT AV

Jorid Kalseth

GODKJENT AV

Randi Reinertsen



RAPPORTNR
SINTEF A23869

ISBN
978-82-14-05522-1

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen



SINTEF Teknologi og samfunn

Postadresse:
Postboks 4760 Sluppen
7465 Trondheim

Sentralbord: 73593000
Telefaks: 93070500

ts@sintef.no
www.sintef.no
Foretaksregister:
NO 948007029 MVA

Forord

SINTEF og AFI (Arbeidsforskningsinstituttet) har på oppdrag fra Helsedirektoratet evaluert modellutprøving og tilskuddsordning for å øke rekrutteringen av psykologer til det psykiske helsearbeidet i kommunene. Foreliggende rapport fra SINTEFs delstudie baserer seg på en spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle psykologer i kommunene samt registerdataanalyser. AFIs arbeid innebar intervjuer med psykologer og sentrale aktører i et utvalg casekommuner samt gjennomgang av kommunenes rapportering til Helsedirektoratet, og er publisert som AFI-rapport (Fossestøl & Skarpaas, 2013).

I forbindelse med datainnsamling har SINTEF henvendt seg til psykologer som jobber i kommunene. Vi takker for god oppslutning om undersøkelsen. Videre rettes takk til rådgivere for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen og Psykologforeningen som bisto oss med å videreformidle informasjon om undersøkelsen til psykologene.

Takk til samarbeidspartnere ved AFI, Knut Fossestøl og Ingebjørg Skarpaas, og saksbehandlere ved Helsedirektoratet: Linn Rossiné Simensen og Camilla Hjelle.

Trondheim, mai 2013

Marian Ådnanes
Prosjektleder SINTEF

Innholdsfortegnelse

Forord	4
Sammendrag og konklusjon	14
I) Hvor attraktive er modellene når det gjelder rekruttering?	14
Psykologene lite opptatt av stillingens organisatoriske plassering	14
Stor faglig frihet og autonomi i stillingen viktigst – men nyutdannede trenger rammer	15
Vanskelig å jobbe folkehelserettet	15
Høy andel med spesialisering, men mangel på faglig nettverk	15
Psykologene brenner for kommunen, men ønsker bedre rammevilkår	15
II) Hva er psykologenes rolle og bidrag inn i kommunens psykiske helsetjeneste i de fire modellene	16
Stort fokus på behandling – lite fokus på folkehelse	16
Betydning av psykologens bakgrunn for fokus på behandling versus folkehelse	16
Stort sett rettet mot barn og unge og lettere psykiske vansker	17
III) I hvilken grad samhandler psykologene med øvrige tjenester og instanser?	17
Ulike utgangspunkt i de fire modellene gir ulike samarbeidsprofiler	17
Psykologenes bakgrunn og erfaring gir noen føringer for samarbeid	18
Samarbeider mest med øvrige kommunale helsetjenester	19
Psykologene mener de fire modellene stimulerer til samarbeid	19
IV) I hvilken grad ivaretas kvalitet og tilgjengelighet i de fire modellene?	19
Modellene tilbyr lavterskel behandling	19
IV) Variasjoner i tilskuddskommunene	20
Konklusjon	20
1 Innledning	22
1.1 Bakgrunn	22
1.2 Formål og modeller	23
1.3 Problemstillinger og analyser	24
2 Metode og beskrivelse av utvalget	25
2.1 Begreper	25
2.2 Etikk	25
2.3 Populasjon og utvalg	25
2.4 Gjennomføring	26
2.5 Respons	26
2.6 Beskrivelse av utvalget	27
2.6.1 Respondenter fordelt på de ulike typene organiseringsmodeller og kjønn	27

2.6.2	Alder	27
2.6.3	Utdanningsår og utdanningssted	28
2.6.4	Fast eller midlertidig stilling?	29
2.6.5	Ansiennitet i jobben som psykolog i kommunale tjenester.....	30
2.6.6	Leder- og personalansvar	31
2.6.7	Hvilke stillinger kommer psykologene fra til kommunen?	32
2.6.8	Lønnsnivå og frynsegoder	33
2.6.9	Spesialisering.....	35
2.7	Oppsummering; beskrivelse av utvalget	36
3	Rekruttering av psykologer til kommunale tjenester	38
3.1	Bakgrunn	38
3.1.1	Utviklingen i psykologårsverk	38
3.1.2	Noen mulige årsaker til vanskene med å rekruttere psykologer til kommunene	39
3.1.3	Behov for ny tilnærming til rekruttering.....	40
3.2	Hvor rekrutteres psykologene fra?	41
3.3	Faktorer av betydning for rekruttering av psykologer til kommunale tjenester	41
3.3.1	Stor faglig frihet/autonomi i stillingen	43
3.3.2	Jobbe lavterskel.....	44
3.3.3	Jobbe folkehelserettet	44
3.3.4	Jobbe tverrfaglig.....	45
3.3.5	Være med å utvikle psykologers rolle i (tjenesteapparatet i) kommunen	45
3.3.6	Praktiske årsaker	46
3.3.7	Muligheter for faglig påfyll og nettverk	46
3.3.8	Særlig ønske om å jobbe i kommunen fremfor andre steder	48
3.3.9	Lønn.....	48
3.3.10	Muligheter for videreutdanning/spesialisering	48
3.3.11	Stillingens organisatoriske plassering	48
3.4	Har stillingen som psykolog i kommunen blitt som forventet?	49
3.5	Hvor attraktive er organiseringsmodellene for psykologene?.....	52
3.5.1	Organiseringsmodellenes betydning	52
3.6	Psykologenes rammevilkår i kommunen.....	53
3.7	Hva skal til for at psykologene blir i kommunen?	54
3.8	Oppsummering – modellenes bidrag til rekruttering	57
3.8.1	Lite opptatt av stillingens organisatoriske plassering	57
3.8.2	Stor faglig frihet og autonomi i stillingen er viktig – men det kan bli for fritt for noen	57
3.8.3	Lavterskel, folkehelserettet og tverrfaglig	57
3.8.4	Psykologer i modellutprøvingen brenner for å utvikle psykologens rolle i kommunen	58

3.8.5	Fortsatt glisne psykolognettverk på lokalt og regionalt nivå	58
3.8.6	Modellutprøvingen har rekruttert psykologer opptatt av videreutdanning og spesialisering	58
3.8.7	Psykologene trives i kommunen – men har forventninger som må innfris hvis de fortsatt skal ønske å være der om fem år	58
4	Psykologenes rolle i kommunens psykiske helsearbeid	60
4.1	Statlige føringer for psykologens rolle i kommunene	60
4.1.1	Føringer for psykologenes rolle i modellutprøvingen	61
4.2	Problemstillinger	61
4.3	Hva bruker psykologene tiden på i sin stilling?	62
4.3.1	Hvem retter veiledning og undervisning seg mot?	63
4.4	Forskjeller mellom organiseringsmodeller når det gjelder psykologens arbeidsoppgaver	65
4.4.1	Har psykologens bakgrunn betydning for psykologenes rolle?	65
4.4.2	Hva kunne psykologene tenke seg å bruke mer eller mindre tid på?	66
4.4.3	Har modellenes bidrag styrket folkehelsearbeid og forebyggingsperspektivet?	67
4.4.4	Psykologenes behandling av enkeltbrukere	68
4.5	Hvilke brukergrupper jobber psykologene med?	68
4.5.1	Alvorlighetsgrad psykiske vansker/lidelser	69
4.5.2	Psykologens metodebruk i behandling	69
4.5.3	Psykologens metodebruk i behandling – forskjeller mellom modeller	70
4.6	Oppsummering og diskusjon – psykologenes rolle	72
4.6.1	Individfokus versus befolkningsfokus i psykologens arbeidsoppgaver i de fire modellene	72
4.6.2	Målgrupper	72
4.6.3	Psykologens bakgrunn og kommunenes behov	73
5	Psykologenes samhandling	74
5.1	Samhandling både for bedre pasientflyt og kompetanseflyt	74
5.1.1	Bedre pasientflyt	74
5.1.2	Bedre kompetanseflyt	74
5.2	Mål om samhandling i de fire forsøksmodellene	75
5.3	Problemstillinger i kapitlet	76
5.4	Psykologenes samhandling med ulike instanser	76
5.4.1	Forskjeller mellom organiseringsmodeller når det gjelder psykologens samarbeid	77
5.4.2	Psykologenes samarbeidsprofiler i de fire modellene	78
5.5	Har psykologenes bakgrunn og erfaring betydning for samarbeid?	80
5.5.1	Psykologens bakgrunn og tidligere stilling	80
5.6	Samarbeid knyttet til enkeltbrukere og generelt i de fire modellene	81
5.7	Samarbeid som ikke knyttes til enkeltbrukere	81
5.8	Samarbeidspartners kjennskap til psykologens arbeidsoppgaver i de fire modellene	82

5.9	Stimulerer de fire modellene til samarbeid?.....	83
5.10	Oppsummering og diskusjon – psykologenes samhandling.....	84
5.10.1	Ulike utgangspunkt i de fire modellene gir ulike samarbeidsprofiler.....	84
5.10.2	Psykologenes bakgrunn og erfaring gir noen føringer for samarbeid.....	85
5.10.3	Psykologer i de fire modellene sammenlignet med øvrige psykologer i kommunen.....	86
5.10.4	Psykologene mener de fire modellene stimulerer til samarbeid.....	86
6	Kvalitet og tilgjengelighet i de ulike modellene	87
6.1	Kvalitetsindikatorer	87
6.2	Lavterskel tilgjengelighet til psykologisk behandling i kommunene.....	87
6.3	Ventetid på behandling i de ulike organiseringsmodellene.....	89
6.4	Antall brukere som mottar behandling hos psykolog i kommunale tjenester.....	91
6.5	Forsøksmodellenes bidrag til utvikling i kommunale tjenester	91
6.6	Oppsummering og diskusjon – kvalitet og tilgjengelighet	92
6.6.1	Terskelen for behandling er generelt lav i kommuner som har psykolog	92
6.6.2	Psykologer samlokalisert med fastlege behandler flest brukere.....	93
6.6.3	Modellene styrker kvalitet og tilgjengelighet	93
7	Analyser av utvikling og kommunal variasjon	94
7.1	Datagrunnlag	94
7.1.1	Psykologer i kommunen totalt – registerdata	94
7.1.2	Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid (rapportert gjennom IS-24).....	96
7.1.3	Tilskudd	96
7.2	Metodisk tilnærming og variabeldefinisjoner	96
7.2.1	Teoretisk grunnlag	97
7.2.2	Deskriptiv statistikk.....	99
7.2.3	Regresjonsanalyser	99
7.3	Resultat.....	100
7.3.1	Utvikling i antall psykologer i kommunene i perioden 2002-2011	100
7.3.2	Tilskudd for utprøving av modeller for psykologer i kommunehelsetjenesten.....	105
7.3.3	Hva kjennetegner kommuner som mottar tilskudd til modellutprøving?	106
7.3.4	Har kommuner som mottar tilskudd annen utvikling enn de som ikke mottar tilskudd?.....	109
7.3.5	Hva kjennetegner kommuner med høy/lav psykologdekning?	111
7.3.6	Utvikling i psykologårsværk i psykisk helsearbeid 2007-2011	115
7.4	Oppsummering og konklusjoner om kommunal variasjon	120
8	Litteratur.....	122
9	Vedlegg	124

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Kjønnfordeling blant psykologer som har svart på undersøkelsen per organiseringsmodell. .	27
Tabell 2.2 Gjennomsnittsalder blant psykologer i ulike organiseringsmodeller.	28
Tabell 2.3 Hvor lenge har du hatt stillingen din som psykolog i kommunen?	30
Tabell 2.4 Hvordan mener du lønnsnivået ditt som psykolog i kommunen er sammenliknet med psykologstilling andre steder? Prosentandeler. (n=235)	34
Tabell 2.5 Type spesialisering blant de 60 psykologene som har spesialistutdanning. Prosentandeler og antall.	36
Tabell 3.1 Tilskudd til kommuner i forsøk med modellutprøving. Beløp (NOK) til ulike modeller, 2008-2013. Hele tusen kroner	40
Tabell 3.2 Tilskudd til kommuner i forsøk med modellutprøving. Prosentvis andel til ulike modeller, 2008-2013	40
Tabell 3.3 Viktighet av ulike faktorer ved valg av nåværende stilling. Signifikanstesting mellom ulike organiseringsmodeller, IS=ikke signifikant, *=signifikant innenfor fem prosent signifikansnivå.	43
Tabell 3.5 Resultater fra logistisk regresjonsanalyse, n=235, signifikansnivå, Exp (B) og Wald-test.....	51
4.1 Testing av forskjeller når det gjelder psykologenes veiledning/undervisning. Variasjoner mellom modell/ikke modell, mellom de fire modellene og om modellene mottar tilskudd eller ikke. T-test og Anova.	64
Tabell 4.2 Testing av forskjeller i psykologenes arbeidsoppgaver. Variasjoner mellom modell/ikke modell, mellom de fire modellene og om modellene mottar tilskudd eller ikke. T-test og Anova.....	65
Tabell 4.3 Testing av forskjeller i psykologenes metodebruk. Variasjoner mellom modell/ikke modell, mellom de fire modellene og om modellen mottar tilskudd eller ikke. T-test og Anova.....	70
Tabell 5.1 Forskjeller i psykologenes samarbeid med andre tjenester. Variasjoner mellom modell/ikke modell, mellom de fire modellene og om de mottar tilskudd eller ikke. T-test og Anova.....	78
Tabell 6.1 Dersom det er ventetid på behandling hos deg, anslå hvor mange uker, gjennomsnitt og median. (n=77).....	90
Tabell 6.2 Psykologenes anslag på antall brukere som mottar behandling i gjennomsnitt i løpet av en uke. N=160.	91
Tabell 7.1 Oversikt næringskoder 2002-2011	95
Tabell 7.2 Beskrivelse av datagrunnlag for 2010	99
Tabell 7.3 Antall psykologer i ulike kommunale tjenester, 2002-2011, SSB.....	100
Tabell 7.4 Antall psykologer totalt per 10 000 innbygger, etter størrelse på kommunen (befolkning), vektet. 2002-2011.....	102
Tabell 7.5 Totalt tilskudd målt i 1 000 kroner, 2008-2014. Nominelle verdier.....	105
Tabell 7.6 Antall kommuner som har mottatt tilskudd etter type modell.	105
Tabell 7.7 Deskriptiv statistikk for kommuner som mottar tilskudd og for kommuner som ikke mottar tilskudd, 2010.....	107
Tabell 7.8 Logit-analyser, avhengig variabel - Mottar tilskudd=1, 2010.....	108
Tabell 7.9 Antall kommuner med og uten psykologer i 2010, tjenester barn/unge og voksne, 2010	111
Tabell 7.10 Tobit-regresjon, avh. variabel: antall psykologer totalt per innbygger, 2010.....	112
Tabell 7.11 Tobit-regresjon, avh. variabel: antall psykologer i tjenester og tiltak til barn og unge per innbygger 0-17 år, 2010	113
Tabell 7.12 Tobit-regresjon, avh. variabel: antall psykologer i tjenester og tiltak til voksne per innbygger 18 år og eldre, 2010	114

Tabell 7.13 Tobit-regresjon, avh. variabel: Totalt antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid, 2010	117
Tabell 7.14 Tobit-regresjon, avh. variabel: Totalt antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid i tjenester til barn og unge, 2010.....	118
Tabell 7.15 Tobit-regresjon, avh. variabel: Totalt antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid i tjenester til voksne, 2010.....	119

Figuroversikt

Figur 2.1 Aldersfordeling av psykologer i undersøkelsen i ulike alderskategorier, prosentandel.....	28
Figur 2.2 Tiår for når psykologene ble ferdig utdannet psykolog. Prosentandel. (n=235).....	29
Figur 2.3 Utdanningssted for psykologene i utvalget. Prosentandel. (n=235).....	29
Figur 2.4 Fast eller midlertidig stilling som psykolog i kommunen. (n=235, se tabell 2.1 for n i ulike organiseringsmodeller).....	30
Figur 2.5 Gjennomsnittlig antall år med ansiennitet som psykolog i kommunale tjenester.....	31
Figur 2.6 Har du lederansvar? Prosentandeler. (n=235, se tabell 2.1 for n i ulike organiseringsmodeller).....	32
Figur 2.7 Har du personalansvar? Prosentandeler. (n=235, se tabell 2.1 for n i ulike organiseringsmodeller).....	32
Figur 2.8 Hvilken stilling hadde du før du fikk denne jobben? Prosentandeler. (n= 235).....	33
Figur 2.9 Frynsegoder i stillingen som er av betydning for psykologene. Prosentandeler. (n=235).....	34
Figur 2.10 Prosentvis svarfordeling for spørsmålet "Har du spesialistutdanning?" (n=235, se tabell 2.1 for n i de ulike organiseringsmodellene).....	35
Figur 3.1 Utvikling i antall årsverk psykologer ansatt i psykisk helsearbeid i kommunene, 2007-2011.....	39
Figur 3.2 Hvilken stilling hadde du før du fikk denne jobben? Prosentandeler, organiseringsmodeller. ...	41
Figur 3.3 Andel psykologer som svarer viktig/svært viktig på ulike faktorer som hadde betydning da de valgte stillingen som psykolog i kommunale tjenester. (n=235).....	42
Figur 3.5 Prosentvis svarfordeling på spørsmålet om stillingen har blitt som forventet. (n=235).....	50
Figur 3.7 Angi hvor enig eller uenig du er i følgende påstander om den organiseringsmodellen som din stilling som kommunepsykolog er tilknyttet. Svarskala: 1=ikke enig i det hele tatt, 2=mindre enig, 3=litt enig, 4=helt enig. (n=52).....	52
Figur 3.8 Psykologenes oppfatninger om egen stilling. Prosentandeler som svarte; "ja", "nei", "delvis". (n=235).....	53
Figur 3.9 Psykologenes grad av trivsel i jobben. Prosentandeler. (n=235, se tabell 2.1 for n i ulike organiseringsmodeller).....	54
Figur 4.1 Hoveddimensjoner i psykologenes rolle og bidrag i det kommunale psykiske helsearbeidet. ...	62
Figur 4.2 Tid brukt på ulike arbeidsoppgaver. Andel som svarte at de i stor grad, noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt bruker tid på enkeltoppgaver. (n=235).....	62
Figur 4.3 Psykologenes angivelse av hvilke tre arbeidsoppgaver de bruker mest tid på. Prosent. (n=235).....	63
Figur 4.4 Psykologenes angivelse av hvilke målgrupper deres veiledning/undervisning er rettet mot. Andel som oppga i stor grad, i noen grad, i liten grad og ikke i det hele tatt. (n=225).....	64
Figur 4.5 Psykologenes oppfatninger av hva de kunne tenke seg å bruke tid på. Andel som svarte at de ønsket å bruke mer tid, mindre tid eller som nå (n=115, kun psykologer i de fire modellene).....	66
Figur 4.6 Andel psykologer i tilskuddsmodellene som mente modellen har bidratt til styrking av folkehelsearbeidet og forebyggingsperspektivet. (n=52).....	67

Figur 4.8 Andel tid brukt på ulike brukergrupper i de ulike organiseringsmodellene. Prosentandeler. (n=235).....	68
Figur 4.9 Gjennomsnittlig andel tid brukt på henholdsvis alvorlige og lettere lidelser i de ulike modellene. (n=235).....	69
Figur 4.10 Psykologenes metodebruk. Andel psykologer som svarte at de bruker metoden i stor grad, noen grad, liten grad eller ikke i det hele tatt. (n=162).....	69
Figur 4.11 Psykologenes bruk av individualterapi i de ulike modellene. Andel psykologer som svarte at de benytter individualterapi i stor grad, i noen grad, i liten grad, og ikke i det hele tatt. (n=162).....	71
Figur 5.1 Psykologer i kommunens samarbeid med ulike tjenester og instanser. Andel som har svart at de samarbeider i stor grad, i noen grad, i liten grad og ikke i det hele tatt. (n=235).....	76
Figur 5.2 Psykologenes samarbeid med andre tjenester. Andel som oppgir samarbeid i <i>stor grad</i> fordelt på de fire forsøksmodellene. (n=115).....	79
Figur 5.3 Psykologenes samarbeid med øvrig hjelpeapparat knyttet til enkeltbrukere. Prosentvis fordeling på de ulike modellene. (n=115).....	81
Figur 5.4 Psykologenes generelle samarbeid med øvrig hjelpeapparat – ikke knyttet til enkeltbrukere. Prosentvis fordeling på de ulike modellene. (n=115).....	81
Figur 5.5 Viktigste samarbeidspartneres kjennskap til psykologens arbeidsoppgaver. Andel psykologer i de ulike modellene som svarte enten ja, delvis eller nei på påstanden om at: "Mine viktigste samarbeidspartnere kjenner mine arbeidsoppgaver". (n=115).....	82
Figur 5.6 Andel psykologer som mente modellen bidrar til samarbeid med a) eksterne tjenester og b) internt mellom psykolog og tjeneste(r) i modellen. (n=52).....	83
Figur 5.7 Andel psykologer i tilskuddsmodellene som mente modellen styrker samarbeidet med henholdsvis spesialisthelsetjeneste og kommunale instanser. (n=52).....	83
Figur 6.1 Prosentandel av psykologene i de ulike modellene som svarer at de driver behandling av enkeltbrukere. (n=162).....	88
Figur 6.2 Tilgjengelighet til psykologisk behandling for enkeltbrukere. Prosentandel. (n=162).....	88
Figur 6.3 Tilgjengelighet til psykologisk behandling for enkeltbrukere. Prosentandel som svarte "ja" på spørsmålene. (fastlegemodell n=6, enhet for psykisk helsearbeid n=37, helsestasjon/skolehelsetjeneste n=41, familiesenter/Familiens hus n=25, kommunal PPT n=42, barnevern n=6, annet n=5).....	89
Figur 6.4 Psykologenes holdninger til de fire organiseringsmodellenes bidrag i kommunen. Prosentandel. (n=55).....	92
Figur 7.1 Utvikling i antall psykologer i kommunene i perioden 2002-2011. Registerdata, SSB.....	100
Figur 7.2 Utvikling i antall psykologer i kommunene i perioden 2002-2011 etter tjenesteområde. Registerdata, SSB.	101
Figur 7.3 Antall psykologer i kommunene, 2002-2010. Registerdata, SSB.....	101
Figur 7.4 Antall psykologer i kommunene per 10 000 innbygger i målgruppen, 2002-2010. Registerdata, SSB.....	102
Figur 7.5 Antall psykologer per 10 000 innbygger, etter størrelse på kommunen (befolkning), vektet. 2002, 2010 og 2011.....	103
Figur 7.6 Antall psykologer per 10 000 innbygger, sortert etter størrelse på kommunen (befolkning), vektet. 2010.	104
Figur 7.7 Antall psykologer per 10 000 innbygger (venstre akse) og antall psykologer totalt (høyre akse), vektet. 2010.	105
Figur 7.8 Prosentvis andel av tilskudd til ulike modeller, 2008-2013.....	106
Figur 7.9 Antall psykologer i kommunene gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, 2002-2010.	109

Figur 7.10 Antall psykologer per innbygger gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, 2002-2010.	109
Figur 7.11 Antall psykologer totalt i kommunalt psykisk helsearbeid, 2007-2011.....	115
Figur 7.12 Antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger i kommunene gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, 2007-2011. Vektet.....	116

Sammendrag og konklusjon

Helsedirektoratets modellutprøving og tilskuddsordning for å øke rekrutteringen av psykologer til det psykiske helsearbeidet i kommunene har pågått i perioden 2008-2013, og er evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet, AFI og SINTEF. AFIs evaluering bygger på data fra intervju med psykologer og sentrale aktører i et utvalg casekommuner samt gjennomgang av kommunenes rapportering til Helsedirektoratet (Fossestøl & Skarpås, 2013). I tillegg har Folkehelseinstituttet gjort en studie av 100 kommunepsykologer (Heggland, Gärtner & Mykletun, 2013). Foreliggende rapport fra SINTEFs delstudie baserer seg på en spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle psykologer i kommunene samt registerdataanalyser.

Modellutprøving - psykologer i kommunehelsetjenesten, dreier seg både om et rekrutteringstiltak for å imøtekomme behovet for psykologer, og om en utprøving av ulike organiseringsmodeller med psykolog samlokalisert med fastlege eller integrert i enhet for psykisk helsearbeid, helsestasjon/ skolehelsetjeneste eller i familiesenter/familiens hus.

I det følgende presenteres et sammendrag av funn fra SINTEFs evaluering av modellutprøvingen. Følgende tema belyses: utvikling i psykologårsverk, hvor attraktive de fire modellene er for psykologene, hva som er psykologenes roller i modellene, psykologenes samhandling i modellene og modellenes kvalitet og tilgjengelighet slik psykologene vurderer det. Til slutt vurderes den totale utviklingen av psykologer til kommunene, betydningen av tilskuddet og hva som karakteriserer kommuner som har mottatt tilskuddet.

I kartlegging rettet mot alle psykologer i kommunale tjenester fikk vi svar fra 235, noe som utgjør i underkant av halvparten av psykologene. Av disse var 115 psykologer i en av de fire modellene i psykisk helsetjenester, og 120 psykologer i øvrige tjenester (PPT, barnevern og annet), som utgjorde et sammenligningsgrunnlag i analyse av evalueringens problemstillinger.

I) Hvor attraktive er modellene når det gjelder rekruttering?

Antallet psykologårsverk til psykiske helsetjenester i kommunen økte med omlag 100 årsverk i perioden 2007-2011, ifølge kommunenes årlige rapportering på årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid til Helsedirektoratet. Helsedirektoratets modellutprøving/tilskuddsordning har i stor grad bidratt til denne økningen. Per januar 2013 var 130 psykologer rekruttert gjennom tilskuddet. Ettersom det tradisjonelt har vært vanskelig å få rekruttert psykologer til kommunene vurderte vi hvilke faktorer som virker attraktive og hvilke som har mindre betydning i rekrutteringsøyemed.

Psykologene lite opptatt av stillingens organisatoriske plassering

Undersøkelsen viser at psykologene jevnt over var svært lite opptatt av organisatorisk plassering da de valgte stillingen. Av en rekke faktorer som hadde betydning for at psykologene tok stillingen, var denne rangert som den minst viktige. Psykologene som er samlokalisert hos fastlege rangerte imidlertid den organisatoriske modellen som vesentlig viktigere enn psykologer i de øvrige modellene. Dette skyldes nok at fastlegemodellen er ny og under utvikling, og sånn sett virker den spesielt attraktiv for de som rekrutteres dit, mens psykologene i de øvrige modellene i større grad kommer inn i en etablert struktur.

Stor faglig frihet og autonomi i stillingen viktigst – men nyutdannede trenger rammer

Stor faglig frihet og autonomi var den viktigste faktoren for psykologene da de tok stillingen i kommunen, og viste seg også i stor grad å svare til forventningene. Psykologer med lang erfaring verdsatte faglig frihet og autonomi i vesentlig større grad enn nyutdannede. Kommuner som skal ansette psykolog kan med fordel være bevisst på at unge nyutdannede psykologer med lite jobberfaring kan trenge fastere rammer for stillingen enn en psykolog med lang ansiennitet. For stor faglig frihet og autonomi kan for noen oppleves frustrerende, og flere av psykologene ønsket klarere stillingsinstrukser og føringer på hva de skal brukes til når de ansettes i kommunehelsetjenesten.

Vanskelig å jobbe folkehelserettet

Det å jobbe lavterskel, tverrfaglig og folkehelserettet var også ansett som svært viktig for de fleste psykologene. Mange mente imidlertid at de ikke fikk jobbet *folkehelserettet* i den grad de hadde forventet, noe som drøftes nærmere under temaet psykologens rolle. Folkehelserettet ble i studien og i spørreskjemaet definert som "planlegging og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak, inkludert screening og kommunal kartlegging". Muligheten for tverrfaglig jobbing var også i mindre grad som forventet blant psykologene i modellutprøvingen sammenliknet med psykologene i PPT og andre tjenester.

Høy andel med spesialisering, men mangel på faglig nettverk

En høy andel av psykologene i modellutprøvingen hadde spesialisering. På spørsmål om behov for mer kompetanse nevnte mange temaet hvordan drive forebyggende folkehelsearbeid på kommunenivå og hvordan jobbe godt systemisk. Resultatet viste for øvrig en opplevd mangel på lokale eller regionale psykologfaglige nettverk, og mange hadde behov for flere psykologkolleger i kommunen for faglig diskusjon og kvalitetssikring av arbeidet.

Psykologene brenner for kommunen, men ønsker bedre rammevilkår

Psykologene som jobber i en av forsøksmodellene hadde i stor grad et ønske om å jobbe som psykolog i *kommunen* framfor andre steder da de ble rekruttert. Dette gjaldt i vesentlig større grad enn blant psykologene rekruttert til øvrige tjenester. For øvrig oppga nesten samtlige at de trivdes godt eller svært godt i stillingen sin, og det var ingen forskjeller mellom forsøksmodellene i så måte. Den høye trivselen er ikke ensbetydende med at man er fornøyd med rammevilkårene. Her kom det fram at det ofte manglet god forankring i kommunens planer samt et godt journalføringssystem. På spørsmål om hva som må til for å forbli i stillingen om fem år ble særlig følgende nevnt: flere psykologer i samme kommune for å få et fagmiljø og for å kvalitetssikre arbeidet som gjøres, høyere lønn, mer fokus på og bedre rammer for folkehelsearbeid og systemrettet arbeid, økte muligheter for kurs og faglig utvikling samt bedre tilrettelegging for spesialisering, tiltak for synliggjøring og forståelse av psykologens kompetanse og hva psykologen kan bidra med i kommunen.

II) Hva er psykologenes rolle og bidrag inn i kommunens psykiske helsetjeneste i de fire modellene

Stort fokus på behandling – lite fokus på folkehelse

Psykologens oppgaver strekker seg fra en tradisjonell behandlerrolle til befolkningsrettet arbeid (Helsedirektoratet, 2008). Resultatet fra vår undersøkelse viser imidlertid at psykologene bruker mest tid på behandling, utredning og diagnostisering knyttet til enkeltbrukere, og svært lite på folkehelsearbeid. Det var ingen forskjeller mellom de fire forsøksmodellene i så måte, og heller ikke når det gjaldt de øvrige arbeidsoppgavene. Imidlertid fylte psykologene i de fire modellene en tradisjonell behandlerrolle i vesentlig større grad enn psykologer i øvrige tjenester i kommunen. Individualterapeutiske metoder var også mye mer utbredt enn systemiske og nettverksorienterte metoder. Øvrige psykologer i kommunen brukte derimot mer tid på annen type oppfølging som for eksempel psykososiale tiltak. De samarbeidet også vesentlig mer om enkeltbrukere. Her er det viktig å bemerke at PPT-psykologene styres av Opplæringsloven, og har dermed en annen rolle som tilsier at psykososiale tiltak er mer sentralt. At de har et mer utbredt samarbeid med øvrige tjenester kan videre skyldes lengre ansiennitet i denne gruppen og dermed bedre kjennskap til samarbeidspartnere.

Veiledning og undervisning henholdsvis rettet mot system og befolkning er også et ledd i folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2008, s. 19). Psykologene i de fire modellene oppga også relativt mye tid brukt på veiledning og undervisning, og i vesentlig større grad enn psykologer i øvrige tjenester. Målgruppen er primært andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten, mens kommunens befolkning i betydelig mindre grad er en målgruppe.

Betydning av psykologens bakgrunn for fokus på behandling versus folkehelse

Kommunenes og befolkningens behov vil i ulik grad være styrende for psykologens rolle og fokus i arbeidet, men vi har ikke grunnlag i denne undersøkelsen for å vurdere de føringer som kommunene selv har lagt når det gjelder å definere psykologens rolle. I forsøk på å forklare psykologenes prioritering mellom folkehelserettet versus behandlingsorientert aktivitet analyserte vi i hvilken grad psykologens bakgrunn har betydning.

Analysene viste at det varierte i forhold til tidligere praksis og om de hadde spesialisering hvor mye de la vekt på et individrettet behandling versus folkehelse. Tendensen var også at yngre psykologer brukte mer tid på behandling enn eldre psykologer (over 50 år). Dette kan skyldes at de kan mest om dette fra utdanningen. En annen forklaring kan være at de yngste psykologene lettere formes av det behovet som søkes dekt i tjenesten eller kommunen, og at psykologens tradisjonelle rolle som behandler er det kommunen i første rekke mener det er behov for. At det kan være vanskelig å endre perspektiv antydes ved at psykologer med spesialistutdanning, og psykologer som kom fra stilling i spesialisthelsetjenesten, la vesentlig mer vekt på behandling enn psykologer uten spesialisering og psykologer som kom fra stilling i kommunen. Resultatet er ikke overraskende ut fra at spesialisthelsetjenesten har behandling som sin hovedoppgave.

Hovedintrykket er altså at en tradisjonell psykologrolle med fokus på individualbehandling står sterkt hos de nyankomne psykologene til kommunene, og på bekostning av folkehelserettet arbeid. Dersom i tillegg behovet

i kommunene knyttes til det å løse mer synlige og umiddelbare behov – først og fremst blant barn og unge, vil psykologens kapasitet gjerne benyttes til slike oppgaver. Det kan være krevende for psykologen å endre på dette dersom det ligger føringer mot individrettet arbeid i den tjenesten der psykologen skal virke. Dette dilemmaet antydes også i våre funn ettersom en av tre psykologer kunne tenke seg å bruke mer tid på folkehelsearbeid og en av fire kunne tenke seg å bruke mindre tid på individrettet behandling.

Det kan oppleves motsetningsfylt og både skulle arbeide lavterskel, brukerrettet og klinisk med utredning og behandling, og samtidig ivareta et mer systemrettet folkehelse- og forebyggingsperspektiv i stillingen, men det fins også argumenter for at perspektivene kan forenes (se drøfting hos Imenes, 2011). Det trengs sannsynligvis større bevissthet og planlegging av hvordan det er mest hensiktsmessig at psykologenes kompetanse utnyttes, og i lys av kommunens utfordringer innen psykisk helse, og hvordan man vil gå fram for å løse disse, i hvilken grad psykologen skal jobbe folkehelserettet versus å ha en individfokusert behandlerrolle. I disse vurderingene er det også hensiktsmessig å ta inn hvordan øvrige aktuelle faggrupper, både helsefaglige og personer med samfunnsvitenskapelig bakgrunn, kan bidra i styrking av folkehelseperspektivet.

Stort sett rettet mot barn og unge og lettere psykiske vansker

Psykologer i kommunene er for det meste rettet mot barn og unge og deres familier, og i hovedsak de med lettere psykiske vansker. I modellutprøvingen utgjør fastlegemodellen et tilbud til voksne og i noen grad også eldre, men denne modellen er svært lite utbredt. I psykisk helsearbeid-modellen er arbeidet rettet mot voksne i noe under halvparten av tilfellene. Psykolog i henholdsvis helsestasjon/skolehelsetjeneste og familiens hus/familiesentermodell retter seg mot barn og unge og deres familie. Et utvidet tilbud til barn og unge er i tråd med målsettingen, men dersom flere voksne og eldre brukere også skal få tilgang til psykologenes tjenester tilsier dette at tilbudet med psykolog samlokalisert med fastlege samt psykolog i psykisk helsearbeid videreutvikles i flere kommuner. I analyse av kommunal variasjon i kapittel 7 ser vi at utviklingen i psykologtilgang har en sterkere økning i tjenester rettet mot voksne.

III) I hvilken grad samhandler psykologene med øvrige tjenester og instanser?

I Helsedirektoratets modellutprøving begrunnes behovet for samhandling tydeligst i forhold til at det eksisterer et kompetansebehov hos ulike yrkesgrupper i kommunale tjenester, og for å oppnå helhetlig tilbud til innbyggerne gjennom senket terskel for hjelp. Når de fire modellene skal sammenlignes må man imidlertid ta høyde for at de i utgangspunktet er ganske forskjellige.

Ulike utgangspunkt i de fire modellene gir ulike samarbeidsprofiler

Det er vesentlige forskjeller mellom de fire forsøksmodellene når det gjelder grad av samarbeid med de ulike tjenestene, men så har også modellene ulike målgrupper, ulik organisering og litt ulike formål. Modellen med samlokalisering av psykolog og fastlege skiller seg på flere måter fra de andre modellene ved at den representerer en ny organiseringsmodell, og ved et enda tydeligere mål om samarbeid *innad* i modellen (mellom psykolog og fastlege) enn tilfellet er i de andre modellene. Videre ved at formålet med dette samarbeid er å senke terskel for hjelp, forhindre innleggelses og gi et mer helhetlig tilbud til innbyggerne. Gitt modellens utgangspunkt og formål kunne man forvente et enda sterkere samarbeid enn det som framgår av

undersøkelsen. I de øvrige modellene er samarbeidet med fastlegene enda mindre, med mellom fire og 13 prosent som oppgir at de i stor grad har et slikt samarbeid. Resultatet bekrefter tidligere studier i fastlegerevalueringen der man fant at fastlegen først og fremst har en rolle i medisinsk vurdering og henvisning, men ofte en mer perifer rolle i det tverrfaglige arbeidet om bruker.

Også i modell med psykolog i enhet for psykisk helsearbeid foregår det mye *internt* samarbeid, men samarbeidet med helsestasjon/skolehelsetjeneste er enda mer omfattende. Helsestasjon/ skolehelsetjeneste er for øvrig en svært viktig samarbeidsaktør for psykologer i samtlige modeller.

Psykologenes "samarbeidsprofiler", det vil si hvilke tjenester modellen retter seg mot, er relativt lik i modell med psykolog i helsestasjon/skolehelsetjeneste og i familiesenter/familiens hus, noe som nok skyldes at disse to modellene utelukkende retter seg mot barn og unge og deres familier. Imidlertid samarbeider psykologer i familiens hus mer med en rekke tjenester enn psykologer i helsestasjon/skolehelsetjeneste. Det er grunn til å tro at forskjellen skyldes modellenes ulike utgangspunkt når det gjelder organisering. Psykologer i familiesenter/familiens hus får mye "gratis" når det gjelder samarbeid ettersom modellen i utgangspunktet var tverrfaglig i sin utforming gjennom samordning og samlokalisering.

De fire modellene har til felles at de samarbeider relativt lite med spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern, og her er det ingen signifikante forskjeller modellene imellom. Resultatet bekrefter funn i andre undersøkelser der man konstaterer at samarbeidet mellom kommuner og psykisk helsevern er svært varierende (Norvoll et al., 2006; Andersson, Røhme & Hatling, 2005).

I tråd med psykologens individ- og behandlingsorienterte rolle, viste undersøkelsen også at det samarbeides vesentlig mer om enkeltbrukere enn på et generelt grunnlag.

Psykologstillingen vil i en del tilfeller representere noe nytt i kommunen eller i den respektive tjenesten. Selve modellen er ny når det gjelder psykologer samlokalisert med fastleger. Resultatet viste at de aller fleste psykologene oppga at samarbeidspartnerne har delvis eller fullt ut kjennskap til deres arbeidsoppgaver. Grad av kjennskap varierte ikke vesentlig mellom de fire modellene, men tendensen viste, ikke uventet, minst kjennskap til fastlegemodellen. Når psykologer i modell som mottok tilskudd rapporterte mindre kjennskap til psykologenes arbeidsoppgaver hos samarbeidspartnerne enn psykologer i modell som ikke mottok tilskudd, så skyldes dette trolig at stillinger opprettet gjennom tilskuddsordningen gjennomgående er nyetablerte (siden 2009).

Psykologenes bakgrunn og erfaring gir noen føringer for samarbeid

Vi undersøkte om psykologens bakgrunn og erfaring kunne knyttes til grad av samarbeid med henholdsvis kommunalt psykisk helsearbeid, psykisk helsevern og fastlegene. I regresjonsanalysene ble det kontrollert for kjønn, alder, spesialistutdanning eller ikke, tidligere stilling versus nyutdannet.

Resultatet viste overraskende at *nyutdanna* psykologer samarbeider vesentlig *mer* enn psykologer som kommer fra annen stilling, og at det ikke hadde betydning for samarbeidet med psykisk helsevern hvorvidt psykologen kom fra spesialisthelsetjenesten. Når nyutdannede samarbeider mer enn erfarne psykologer kan

dette skyldes at det legges mer vekt på tverrfaglig samarbeid i utdanningen nå enn før. Det kan også skyldes at den nyutdannede psykologen har et sterkere *behov* for samarbeid ut fra egen manglende erfaring, og kanskje bruker mer tid på informasjonsutveksling enn det en erfaren psykolog gjør. Når det gjaldt samarbeid med *fastlegene* hadde derimot *alder* på psykologen betydning, med mer samarbeid jo eldre psykologen var, noe som trolig reflekterer at et godt samarbeid med fastlegen er noe som opparbeides over tid, og med erfaring hos psykologen.

Samarbeider mest med øvrige kommunale helsetjenester

For å gi et samlet bilde av psykologenes totale bidrag i de ulike kommunale tjenestene når det gjelder samarbeid ble psykologer i en av de fire modellene sammenlignet med psykologer i øvrige tjenester (hovedsakelig PPT). Psykologene i de fire modellene samarbeidet vesentlig mer med de øvrige helsetjenestene; enhet for psykisk helsearbeid, fastleger, kommunelege samt helsestasjon og skolehelsetjeneste. Psykologer i øvrige tjenester samarbeidet på sin side mer med barnevern og skole/barnehage, noe som først og fremst reflekterer PPTs mandat som en pedagogisk tjeneste og ikke en helsetjeneste.

Psykologene mener de fire modellene stimulerer til samarbeid

De aller fleste psykologene i modellene som mottar tilskudd er av den oppfatning at samarbeidet med henholdsvis øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er styrket, og at organiseringsmodellen i stor grad stimulerer til samarbeid både internt i modellen og eksternt i forhold til øvrige tjenester. Dette står i kontrast til at det rapporteres relativt lite samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Vi vet imidlertid ikke hva psykologene mener om *behovet* for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

IV) I hvilken grad ivaretas kvalitet og tilgjengelighet i de fire modellene?

De fleste psykologene i de fire forsøksmodellene mente at modellen de jobbet i hadde ført til at *kvaliteten og tilgjengeligheten* i de kommunale psykiske helsetjenestene har blitt styrket. Vi vurderte kvalitet og tilgjengelighet i modellene i forhold til om de tilbyr lavterskel behandling ved at brukere selv kan ta kontakt uten henvisning, brukerbetaling, vedtak og uten vesentlig ventetid.

Modellene tilbyr lavterskel behandling

Blant psykologer i forsøksmodellene er det hos de aller fleste slik at brukeren selv kan ta kontakt og få tilbud om direkte hjelp uten henvisning, og det er ingen brukerbetaling i noen av tjenestene. I få tilfeller måtte det fattes vedtak før behandling kan igangsettes, men det er noe ventetid på behandling i alle fire modellene. Familiesenter/familiens hus har minst ventetid for behandling.

Sammenliknet med det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten er ventetiden på behandling betraktelig kortere hos psykologer i kommunene; gjennomsnittlig tre uker, mot om lag 12 i spesialisthelsetjenesten. Halvparten av psykologene som driver behandling i kommunene oppgir å ha en viss ventetid. Den andre halvparten, som ikke har ventetid, tilbyr et "fullgodt lavterskeltilbud" så lenge brukerne ikke må vente på vedtak eller trenger henvisning. Så lenge det er relativt få psykologer ansatt per innbygger i kommunene, må man forvente at det blir en viss ventetid noen steder. Med en gjennomsnittlig ventetid på tre uker, skal det

imidlertid lite til, i form av flere psykologårsverk, før ventetiden går ytterligere ned – gitt samme etterspørselen etter tjenester. I lys av at psykologene også i stor grad rapporterer å ha oppfylt sine forventninger til å få jobbe lavterskel i stillingen, tyder dette på at selve behandlingstilbudet har en lav terskel.

IV) Variasjoner i tilskuddskommunene

Per desember 2012 mottok 95 kommuner tilskudd til modellutprøvingen. Totalt var det inntil da gitt over 123 millioner i tilskudd. Kommunene som mottar tilskudd er typisk noe større kommuner, og at de har relativt liten andel eldre innbyggere. De har flere psykologer i utgangspunktet enn kommuner uten tilskudd, og de har en sterkere økning enn kommuner uten tilskudd, særlig i tjenester rettet mot voksne innbyggere.

I tjenester rettet mot barn og unge kan årsverksinnsatsen i stor grad forklares med observerbare kjennetegn ved kommunen heller enn en direkte sammenheng med tilskuddet, mens det i tjenester og tiltak for voksne ser mer ut til å være en direkte positiv sammenheng med tilskuddsordningen. Særlig har kommunene som mottar tilskudd en sterk økning i antall psykologårsverk i tjenester til voksne brukere fra 2010 til 2011, men det er vanskelig å påvise noen sammenheng med utviklingen før 2010 og tilskuddsordningen. Dette kan bety at effekten av ordningen styrkes utover i perioden, og at det særlig nå er psykologer i tjenester til voksne som prioriteres.

Det blir viktig å følge utviklingen resten av perioden, og en lenger tidsserie vil legge grunnlag for å si mer om effekten av tilskuddsordningen. Myndighetene må også vurdere om tilskuddsordningen skal bidra til utjevning i psykologtilgang mellom kommunene, eller om tilskuddsordningen skal bidra til at kommuner som allerede har psykologressurser skal få flere, og dermed at forskjellene mellom kommunene øker.

Konklusjon

Antallet psykologårsverk til psykiske helsetjenester i kommunen økte med omlag 100 årsverk i perioden 2007-2011, de fleste rettet mot barn og unge. Helsedirektoratets tilskuddsordning har i stor grad bidratt til økningen. Per januar 2013 var 130 psykologer rekruttert gjennom tilskuddet.

Det å få jobbe med stor faglig frihet, lavterskel, tverrfaglig og folkehelserettet var sentrale grunner til å ta stilling som psykolog i kommunen, men psykologene fikk i liten grad innfridd sine forventninger når det gjaldt å jobbe folkehelserettet. De brukte mest tid på behandling, utredning og diagnostisering av enkeltbrukere og svært lite på folkehelsearbeid. Dette til tross for mål om psykologenes bidrag på dette området og deres egen forventning til stillingen. Det var ingen forskjeller mellom de fire organiseringsmodellene når det gjaldt psykologens rolle og bidrag i kommunens psykiske helsearbeid.

Når det gjaldt samarbeid ga ulike organisatoriske utgangspunkt i modellene naturlig nok ulik grad av samarbeid internt i modellen og med andre tjenester. Modellene har det til felles at de samarbeider relativt lite med psykisk helsevern. I tråd med psykologens individ- og behandlingsorienterte rolle samarbeides også vesentlig mer om enkeltbrukere enn på et generelt grunnlag. Når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet viser

undersøkelsen at modellene tilbyr lavterskel behandling i den forstand at bruker selv kan ta kontakt og få hjelp uten henvisning, og ved ventetid på tre uker mot om lag 12 uker i psykisk helsevern.

Psykologene i forsøksmodellene hadde et særlig ønske om å jobbe som psykolog i kommunen framfor andre steder, og trivdes god. En del var likevel ikke udelte fornøyd med rammevilkårene, og opplevde at det ofte manglet god forankring i kommunens planer samt godt journalføringssystem. Viktige utviklingsområder for å forbli i stillingen var blant annet mer fokus på og bedre rammer for folkehelsearbeid og systemrettet arbeid samt tiltak for synliggjøring og forståelse av psykologens kompetanse og hva psykologen kan bidra med i kommunen.

Det kan være krevende for psykologen å endre egen rolle dersom det ligger store behov og føringer mot individrettet arbeid i den tjenesten der psykologen skal virke. Funnene tyder på at det trengs større bevissthet og planlegging av hvordan det er mest hensiktsmessig at psykologenes kompetanse utnyttes i den enkelte kommune; i hvilken grad psykologen bør jobbe folkehelserettet versus å ha en individfokuset behandlerrolle.

Kommunene som mottar tilskudd er typisk noe større kommuner. De har flere psykologer i utgangspunktet enn kommuner uten tilskudd, og de har en sterkere økning enn kommuner uten tilskudd, særlig i tjenester rettet mot voksne innbyggere. Myndighetene må vurdere om tilskuddsordningen skal bidra til utjevning i psykologtilgang mellom kommunene, eller om tilskuddsordningen skal bidra til at kommuner som allerede har psykologressurser skal få flere, og dermed at forskjellene mellom kommunene øker.

1 Innledning

Helsedirektoratet gjennomfører i perioden 2008-2013 en modellutprøving og tilskuddsordning for å øke rekrutteringen av psykologer til det psykiske helsearbeidet i kommunene rettet mot både barn/unge og voksne. Det dreier seg både om et rekrutteringstiltak for å imøtekomme behovet for psykologer, og om en utprøving av ulike organiseringsmodeller med psykolog inkludert i ulike etablerte tjenester i kommunen som bl.a. hos fastlege, psykisk helsearbeid, helsestasjon/skolehelsetjeneste, eller i familiesenter/familiens hus. I de to førstnevnte modellene gjelder tilbudet primært for voksne mens psykolog i helsestasjon/skolehelsetjeneste eller familiesenter/familiens hus er rettet mot barn og unge. Per desember 2012 mottok 95 kommuner tilskudd til modellutprøvingen med psykologer i kommunehelsetjenesten som pågår i perioden 2008-2013. Totalt er det gitt over 123 millioner i tilskudd. Ved inngangen til 2013 er det rekruttert 130 nye psykologer gjennom tilskuddet.

Modellutprøvingen har blitt evaluert i et samarbeid mellom Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og SINTEF. AFIs arbeid innebar intervjuer med psykologer og sentrale aktører i et utvalg casekommuner samt gjennomgang av kommunenes rapportering til Helsedirektoratet (Fossestøl & Skarpås, 2013). SINTEFs delprosjekt baserer seg på en spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle psykologer i kommunene, samt registerdataanalyser av kommunal variasjon.

1.1 Bakgrunn

Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp., 63, 1997-98) sørget for en betydelig utvikling av det kommunale tjenestetilbudet for personer med psykiske problemer og lidelser gjennom perioden 1998-2008 (Kalseth et al., 2008). Fokuset i utviklingen av kommunalt psykisk helsearbeid var i første rekke å dekke det store behovet for gode lokalsamfunnsbaserte tilbud til personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser som svar på nedbyggingen av institusjonsplasser i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008). Det varierer mye hvordan kommunene har bygd opp sitt psykiske helsetjenestetilbud; hvordan det er organisert, hva slags tiltak for oppfølging og behandling som er tilgjengelig, hvilken kompetanse personalet har, og hvilken tilgang på kompetanse kommunen har og så videre (Slettebak, Kaspersen & Ose, 2013; Tjerbo, Zeiner & Helgesen, 2012; Ose & Kaspersen, 2011; Kalseth, 2008). Når det gjaldt rekruttering til psykisk helsearbeid fikk man gjennom opptappingsplanperioden en svært god tilgang på høgskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid (Ådnanes & Sitter, 2007). Derimot fikk man ikke oppfylt det relativt beskjedne målet om 184 nye psykologer innen 2008 for å styrke behandlingstilbudet i kommunene, slik intensjonen var i Opptappingsplanen (Kaspersen mfl., 2008). Ved Opptappingsplanens slutt i 2008 rapporterte norske kommuner om at statlige øremerkede midler til psykisk helsearbeid finansierte 121 psykologårverk på landsbasis, de aller fleste rettet mot barn og unge.

Fra 2005 rettet Helsedirektoratet oppmerksomhet mot utfordringer i forbindelse med psykologrekruttering i prosjektet "Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid". Rapporten fra prosjektet oppsummerte at psykologer har mye å tilføre kommunene i form av lavterskeltilbud og korttidsterapi samt forebygging av psykiske helseproblemer (Hoel, 2006). To arbeidsgrupper, initiert av Helsedirektoratet i 2007, fulgte opp og

konkluderte med, økt psykologrekruttering som ett av flere tiltak for å bidra til styrking av de kommunale psykiske helsetjenestene, og med forebygging, utredning, behandling og veiledning som aktuelle oppgaver. I rapporten som ble utarbeidet av Helsedirektoratet med utgangspunkt i innspill fra arbeidsgruppene; "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering" (2008), ble det beskrevet et forslag om etablering av en statlig tilskuddsordning der kommuner kan motta lønnstilskudd i tre år dersom de klarer å rekruttere psykolog. Dette er tilskuddsordningen som senere ble kalt "Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten".

Behov for etablering og styrking av lavterskeltilbud med forebygging, tidlig avdekking av sykdom og tidlig behandling er hyppig nevnte grunner satsningen på psykologer i kommunen (St.prp.nr 1 (2008-2009)). Målsettingene i Samhandlingsreformen, med mer helsetjenester og behandling der folk bor samt tidligere og mer helhetlig behandling, understreker også behovet for denne type tilbud i kommunene i tiden fremover, både i forebyggende forstand og til personer med alvorlige og langvarige lidelser (St.meld. 47, 2008-2009).

1.2 Formål og modeller

Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten er et tiltak for å imøtekomme behovet for psykologer, og for å styrke lavterskel psykisk helsetilbud. Å integrere psykologer i den kommunale helsetjenesten på hensiktsmessige og formåls effektive måter er regnet som avgjørende for styrkingen av det psykiske helsevernet, spesielt når det gjelder forebygging, utredning, og lavterskeltilbud for behandling av lettere psykiske lidelser. Det vil si som ett av flere tiltak for å styrke det kommunale tilbudet, og det generelle tilbudet til voksne, barn og unge med psykiske vansker.

Ut over økt rekruttering, er tanken bak tilskuddsordningen at et tverrfaglig samarbeid og hensiktsmessig organisatorisk plassering av psykologen i kommunene ut fra lokale forhold og behov, skal stimulere til stadig bedre utnyttelse av de totale helsefaglige ressursene. Tilskuddet gis til kommuner som ønsker å rekruttere psykolog til én eller flere av følgende organiseringsmodeller:

1. Samlokalisering av psykologer og fastleger i kommunene (jf. St.prp. 1 (2008-2009))
2. Psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid
3. Psykologer på helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom
4. Psykologer i familiesentre/familiens hus

I følge Helsedirektoratet¹ skal modellen som omfatter samlokalisering av psykolog og fastlege stimulere spesielt til samarbeid om behandling av lettere og moderate psykiske lidelser, og til samarbeid og gjensidig kompetanseutveksling mellom psykologer og allmennleger innenfor fastlegeordningen. Modellen som omfatter psykolog i psykisk helsetjeneste skal også stimulere til behandling av lettere og moderate psykiske

¹ Se: <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/psykologer-i-kommunehelsetjenesten-modellutproving.aspx>

lidelser, samt til behandling og rehabilitering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Utvidelse av den tverrfaglige sammensetningen innenfor psykisk helsetjeneste skal legge til rette for samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutveksling. Stimuleringsordningen skal også bidra til at det ansettes flere psykologer i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, samt familiesenter/familiens hus. Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) inngår ikke i tilskuddsordningen.

1.3 Problemstillinger og analyser

Denne delstudien i evalueringen av modellutprøvingen psykologer i kommunene baserer seg på en spørreskjemaundersøkelse rettet mot samtlige psykologer i kommunen; både psykologer i modellutprøvingen som mottar tilskudd, psykologer med stilling i tilsvarende organisering som modellutprøvingen uten tilskudd og øvrige psykologer i andre tjenester (PPT, barnevern og annet). Kartleggingen og analysene gir grunnlag for å belyse følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad er forsøksmodellene attraktive i den forstand at de bidrar til rekruttering av psykologer?
2. Hva er psykologenes rolle og bidrag inn i kommunens psykiske helsetjeneste i de fire modellene?
3. I hvilken grad samhandler psykologer i forsøksmodellene med øvrige kommunale helse- og sosiale tjenester og med spesialisthelsetjenesten?
4. I hvilken grad ivaretas kvalitet og tilgjengelighet i forsøksmodellene?

For å gi et mest mulig komplett bilde når det gjelder tilskuddets bidrag som tar hensyn til kommunal variasjon, tar vi til slutt i bruk registerdata om psykologer i kommunen samt årsverk utført av psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid og en rekke andre variabler på kommunenivå. På dette datagrunnlaget tar kapittel 7 for seg følgende problemstillinger:

1. Utvikling i antall psykologer i kommunene i perioden 2002-2011.
2. Tilskudd for utprøving av modeller for psykologer i kommunehelsetjenesten 2009-2013.
3. Hva kjennetegner kommuner som mottar tilskudd til modellutprøving?
4. Har kommuner som mottar tilskudd en annen utvikling enn de som ikke mottar tilskudd?
5. Hva kjennetegner kommuner med lav/høy psykologdekning?
6. Utvikling i psykologårsverk i psykisk helsearbeid 2007-2011.

2 Metode og beskrivelse av utvalget

I forbindelse med SINTEFs delstudie i evaluering av modellutprøvingen ble det i mars/april 2012 gjennomført en nettbasert spørreskjemaundersøkelse blant psykologer ansatt i kommunale tjenester. En kvantitativ breddekartlegging ble valgt for å favne så mange psykologer i kommunale tjenester som mulig, og for å utfylle AFIs casestudier i et utvalg av kommuner (Fossestøl & Skarpås, 2013). I dette kapitlet har vi, i tillegg til metodebeskrivelsen, valgt å presentere en rekke variabler som beskriver utvalget.

2.1 Begreper

"Forsøksmodell": refererer til en av de fire modellene identisk med Helsedirektoratets definisjoner, men uavhengig av om kommunen er med i direktoratets modellforsøk og mottar tilskudd. I denne kartleggingen utgjør dette utvalget 135 psykologer.

"Tilskuddsmodell": refererer til en av de fire forsøksmodellene, og som mottar tilskudd. I denne kartleggingen utgjør dette utvalget 55 psykologer.

I framstilling av data har vi analysert forskjeller i psykologenes svar på spørreundersøkelsen basert på; a) om psykologen jobber i en av de fire modellene valgt for forsøket eller i øvrige tjenester i kommunen (PPT, barnevern etc), b) om det er forskjeller de fire modellene imellom, og c) om det er forskjeller basert på om modellen mottar tilskudd eller ikke.

2.2 Etikk

Spørreskjemaundersøkelsen rettet mot psykologene ble søkt godkjent hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) 19. januar 2012 (sak 29403). Personvernombudet fant at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er regulert av § 31 i personopplysningsloven, og delprosjektet ble tilrådd av NSD 6. februar 2012.

Det ble ikke benyttet noen form for premiering for deltakelse i kartleggingen. E-post-lister over medlemmer i Norsk Psykologforening (NPF) gjort tilgjengelig for SINTEF i forbindelse med rekruttering til kartleggingen, vil ikke benyttes til andre formål uten at dette er godkjent av NPF på forhånd.

2.3 Populasjon og utvalg

Det nøyaktige antallet kommunalt ansatte psykologer er ikke kjent. Medlemstall fra Norsk Psykologforening(NPF) viste ved årsskriftet 2011/2012 466 medlemmer (psykologer) ansatt i kommunale tjenester, hvorav 224 (48 prosent) hadde sitt hovedarbeidsforhold i pedagogisk-psykologiske tjenester (PPT). Det vil si at 242 psykologer var medlem av NPF og ansatt i andre kommunale tjenester enn PPT. NPF har naturlig nok ingen oversikt over hvor mange psykologer som *ikke* er medlemmer hos dem, men basert på medlemstallene hos NPF er et sannsynlig anslag at litt mer enn 500 psykologer er ansatt i kommunale tjenester i 2012 (se også beregninger basert på SSB-tall i kapittel 7.3.1).

SINTEF samarbeidet med NPF og rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen om å nå ut med kartleggingen til alle psykologer ansatt i kommunale tjenester. Vi fikk tilgang til direkte e-postadresser til medlemmene i NPF, og NPF hadde oppslag med lenker til kartleggingen på sine hjemmesider og sin Facebook-profil. Rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen fikk oversendt en e-post fra SINTEF med informasjon om og lenke til undersøkelsen. Denne ble videresendt fra Fylkesmannen til kontaktpersoner i psykisk helsearbeid i samtlige norske kommuner. Kontaktpersonen i psykisk helsearbeid fikk så i oppdrag å videresende e-posten til psykologer i kommunehelsetjenesten.

Årsaken til at vi inkluderte alle psykologer i kommunene, uavhengig av om de hadde stilling i tjeneste involvert i modellutprøvingen eller ikke, var først og fremst fordi vi ønsket referanse kategorier for sammenligning av henholdsvis psykologer og organiseringsmodeller. Ved å inkludere alle psykologer fikk vi dessuten identifisert de som jobbet i modeller identiske med Helsedirektoratets definisjon av de fire modellene, uavhengig av om de mottok tilskudd fra direktoratet.

Ved sammenligning av psykologer i de fire forsøksmodellene med PPT-psykologene er vi oppmerksomme på at PPT-psykologene har sitt mandat definert i Opplæringslovens § 5-6, og regnes sånn sett ikke inn under helsetjenesten. De har imidlertid samme kompetanse som andre psykologer som rekrutteres til kommunene, de arbeider med psykisk helse, men organiseringen av tjenesten og lovgivningen på området har fokus på sakkyndighetsarbeid og pedagogisk veiledning, og definerer dels ut *helsearbeidet*. I Kristofersen (2007) går det fram av 79 prosent av barn og unge som mottar hjelp fra PPT, har psykiske problemer.

2.4 Gjennomføring

Som verktøy for å gjennomføre den nettbaserte undersøkelsen brukte vi Questback, og psykologene behøvde ikke å logge seg inn med passord eller lignende for å besvare skjemaet – kun åpne lenken de fikk tilsendt på e-post eller fant fram til på NPF sine nettsider. Da det ikke finnes et fullstendig register over psykologer ansatt i kommunale tjenester, var det viktig å gå ut bredt på dette viset for å rekruttere respondenter.

Undersøkelsen var anonym i den forstand at respondenten ikke skulle oppgi personidentifiserbare opplysninger ut over hvilken kommune de jobber i, kjønn og alder. Dette kan i seg selv være identifiserende ettersom det er såpass få psykologer i den enkelte kommune, men det ble presisert i informasjonsskrivet som fulgte forespørsel om deltakelse at det ikke ville bli publisert resultater på kommunenivå, at data ville bli behandlet konfidensielt og at forskerne i prosjektgruppen har taushetsplikt.

2.5 Respons

Vi fikk svar fra 235 psykologer ansatt i kommunale tjenester, hvorav 100 jobbet i PPT. Basert på et anslag om at det jobber omlag 500 psykologer i kommunale tjenester i Norge (se også kapittel 3.1.1), utgjør svarprosenten 47. 37 av de 235 psykologene som svarte (16 prosent) har en stilling som inngår i et interkommunalt samarbeid. Det er 115 psykologer i utvalget som tilhører én av fire modeller i modellutprøvingen: seks samlokalisert med fastlege, 39 i egen enhet for psykisk helsearbeid, 45 i helsestasjon/skolehelsetjeneste og 25 i familiesenter/familiens hus. Se for øvrig tabell på neste side for kjønnsfordeling.

Psykologer fra 95 ulike kommuner er representert i undersøkelsen, og 55 av psykologene som har svart har stillinger som er, eller har vært, finansiert gjennom tilskuddsordningen med modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten. Disse 55 fordeler seg på 45 ulike kommuner. I kartleggingen har vi svar fra psykologer i 47 prosent av de kommunene som deltar/har deltatt i modellutprøvingen.

2.6 Beskrivelse av utvalget

2.6.1 Respondenter fordelt på de ulike typene organiseringsmodeller og kjønn

Av de 235 psykologene som besvarte vår undersøkelse, var 75 prosent kvinner. Det er en viss forskjell i kjønnsfordelingen per organiseringsmodell, som vist i tabellen under.

Tabell 2.1 Kjønnsfordeling blant psykologer som har svart på undersøkelsen per organiseringsmodell.

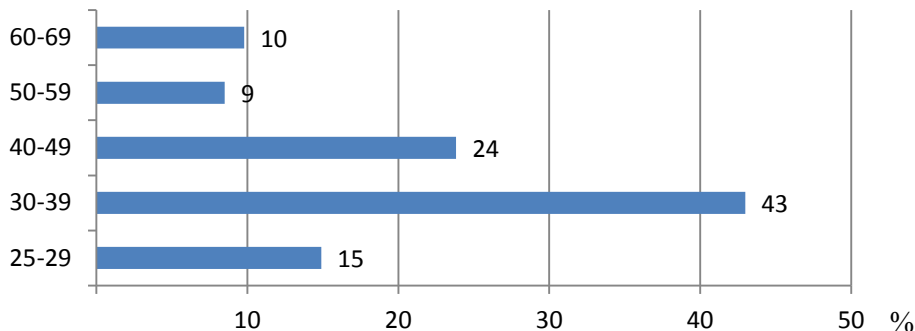
	n			Andel		
	Kvinne	Mann	Totalt	Kvinne	Mann	Total
Samlokalisert med fastlege	3	3	6	50	50	100
Egen enhet for psykisk helsearbeid	28	11	39	72	28	100
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	35	10	45	78	22	100
Familiesenter/familiens hus	18	7	25	72	28	100
Kommunal PPT	75	25	100	75	25	100
Barnevern	12	1	13	92	8	100
Annet	5	2	7	71	29	100
Sum	176	59	235	75	25	100

* "Annet" er en sammenslåing av psykologer ansatt i kommuneadministrasjon, fylkeskommunal PPT, kommunalt rusarbeid, Flyktningetjenesten og NAV.

2.6.2 Alder

Gjennomsnittsalderen blant de 235 psykologene som har besvart undersøkelsen var 40 år (den yngste var 25 år, den eldste 68 år, medianen var 37 år). Den prosentvise fordelingen i ulike alderskategorier var som følger:

Aldersfordeling (år) i prosent



Figur 2.1 Aldersfordeling av psykologer i undersøkelsen i ulike alderskategorier, prosentandel

43 prosent av psykologene som har besvart undersøkelsen var mellom 30 og 39 år gamle. Nest flest psykologer finner i kategorier 40-49 år (24 prosent). Ti prosent av psykologene er 60+, mens 15 prosent av psykologene som besvarte undersøkelsen var under 30 år.

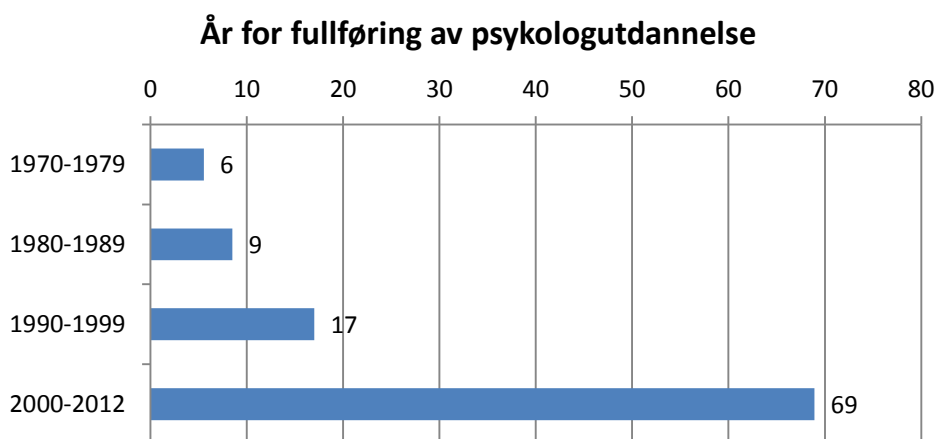
Fordelt på de ulike organiseringsmodellene ser vi at gjennomsnittsalderen var svært lik på tvers av modellene, med unntak av de som befinner seg i kategorien "Annet" (kommuneadministrasjon, fylkeskommunal PPT, kommunalt rusarbeid, Flyktningetjenesten og NAV) som har en noe høyere gjennomsnittsalder (45 år).

Tabell 2.2 Gjennomsnittsalder blant psykologer i ulike organiseringsmodeller.

	n	Gjennomsnittsalder (år)
Samlokalisert med fastlege	6	39,2
Egen enhet for psykisk helsearbeid	39	40,7
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	45	39,4
Familiesenter/familiens hus	25	38,6
Kommunal PPT	100	40,1
Barnevern	13	42,7
Annet	7	45,3
Sum	235	40,2

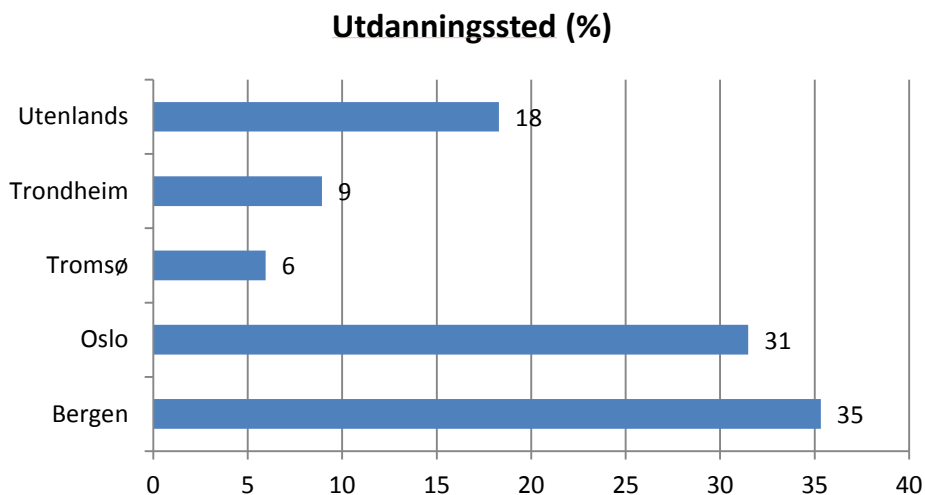
2.6.3 Utdanningsår og utdanningssted

Nær 70 prosent av psykologene som besvarte vår undersøkelse ble ferdig utdannet psykolog mellom år 2000 og 2012. Det året som skiller seg ut er 2010, da 30 av de 235 psykologene (13 prosent) ble ferdig utdannet. For øvrig er antallet nyutdannede psykologer jevnt fordelt på 2000-tallet. 17 prosent av psykologene i utvalget ble ferdig uteksaminert på 1990-tallet, mens henholdsvis ni og prosent ble uteksaminert på 1980- og 1970-tallet:



Figur 2.2 Tiår for når psykologene ble ferdig utdannet psykolog. Prosentandel. (n=235)

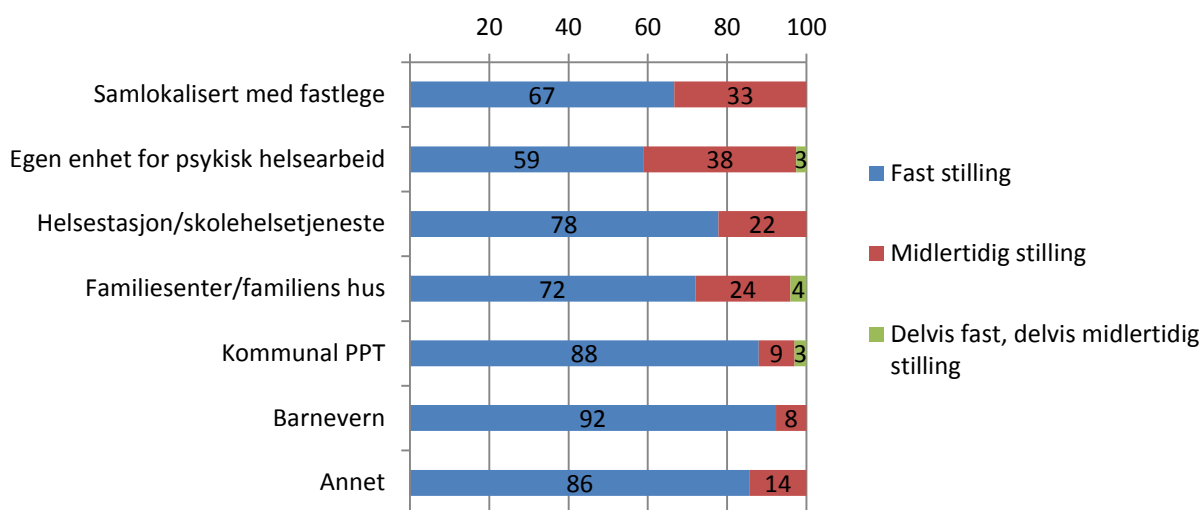
Flest psykologer i utvalget er utdannet i Bergen (35 prosent), mens 31 prosent av utvalget er utdannet i Oslo. Videre følger 18 prosent utdannet fra utlandet, ni prosent fra Trondheim og seks prosent fra Tromsø:



Figur 2.3 Utdanningssted for psykologene i utvalget. Prosentandel. (n=235)

2.6.4 Fast eller midlertidig stilling?

Av de 235 psykologene som besvarte undersøkelsen hadde 79 prosent fast stilling i kommunen. 19 prosent hadde midlertidig stilling, mens to prosent hadde delvis fast, og delvis midlertidig stilling. Fordelt på de ulike organiseringsmodellene, ser den prosentvise fordelingen slik ut:



Figur 2.4 Fast eller midlertidig stilling som psykolog i kommunen. (n=235, se tabell 2.1 for n i ulike organiseringsmodeller)

Det var færrest faste psykologstillinger blant de som jobber i egen enhet for psykisk helsearbeid (59 prosent), mens blant psykologene i barnevernet var 92 prosent fast ansatte. Også blant psykologene i kommunal PPT og i "Annet"-kategorien var det mange fast ansatte.

De aller fleste psykologene (77 prosent) var ansatt i 100 prosent stilling. Av de 54 psykologene i utvalget som ikke har 100 prosent stilling som psykolog i kommunen, svarte 72 prosent at de heller ikke hadde bistillinger, mens de resterende 28 prosent hadde det. Den hyppigst rapporterte bistillingen var i PPT, men flere av psykologene har også bistillinger på universiteter/som forskere. Andre har egen praksis ved siden av jobben i kommunen, mens fem av psykologene i utvalget jobbet deltid i spesialisthelsetjenesten.

2.6.5 Ansiennitet i jobben som psykolog i kommunale tjenester

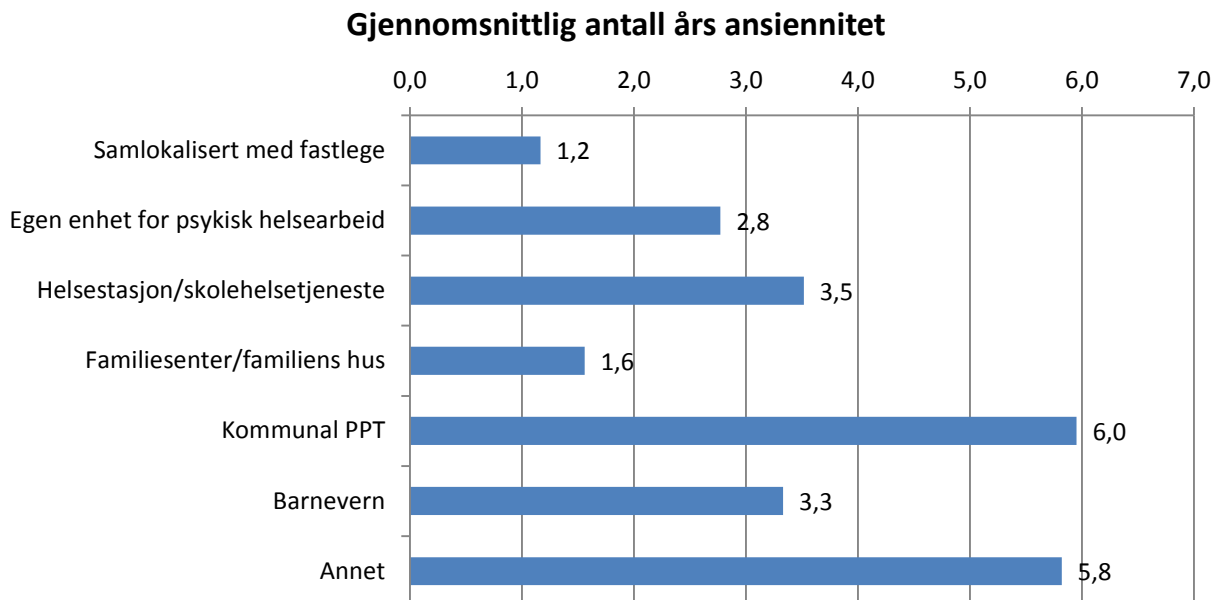
Halvparten av utvalget har vært i jobben som psykolog i kommunen mellom ett og fem år. For øvrig fordeler ansienniteten seg som følger:

Tabell 2.3 Hvor lenge har du hatt stillingen din som psykolog i kommunen?

	Andel	N
0-6 måneder	16	38
7-11 måneder	11	26
1-2 år	26	61
2-5 år	25	58
5-10 år	10	24
10-20 år	6	15
Mer enn 20 år	5	12
Totalt	100	234*

*På dette spørsmålet har vi ett manglende svar.

Fordelt på ulike organiseringsmodeller fordeler gjennomsnittlig antall år med ansiennitet slik:



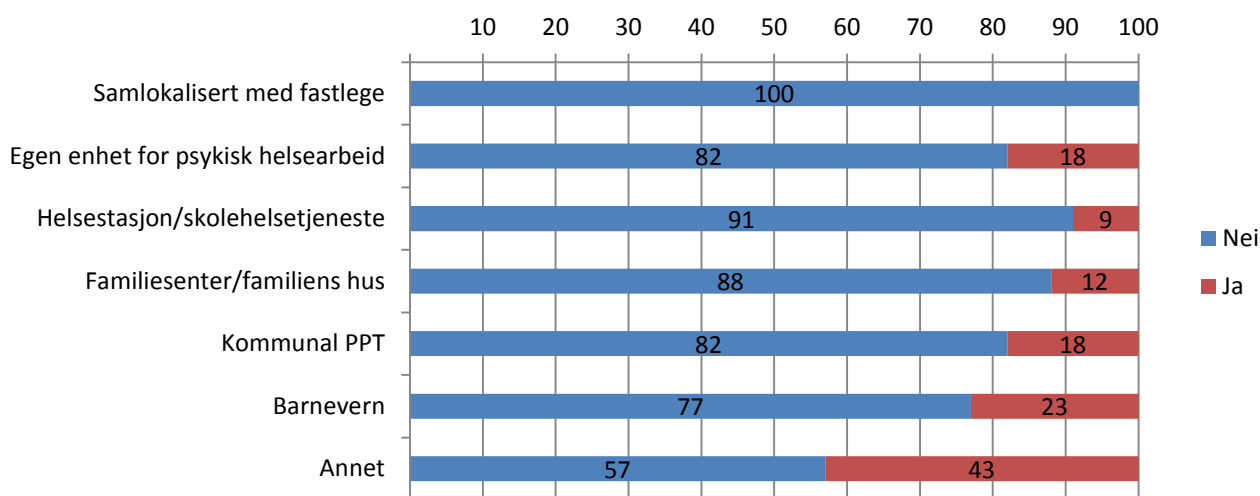
Figur 2.5 Gjennomsnittlig antall år med ansiennitet som psykolog i kommunale tjenester.

Psykologene som er samlokalisert med fastlege eller jobber i familiesenter/familiens hus hadde i snitt færrest år med ansiennitet i stillingen, mens psykologer i kommunal PPT i gjennomsnitt hadde vært ansatt i seks år. Barnevern og helsestasjons- og skolehelsetjenester lå på henholdsvis 3,3 og 3,5 års ansiennitet i gjennomsnitt.

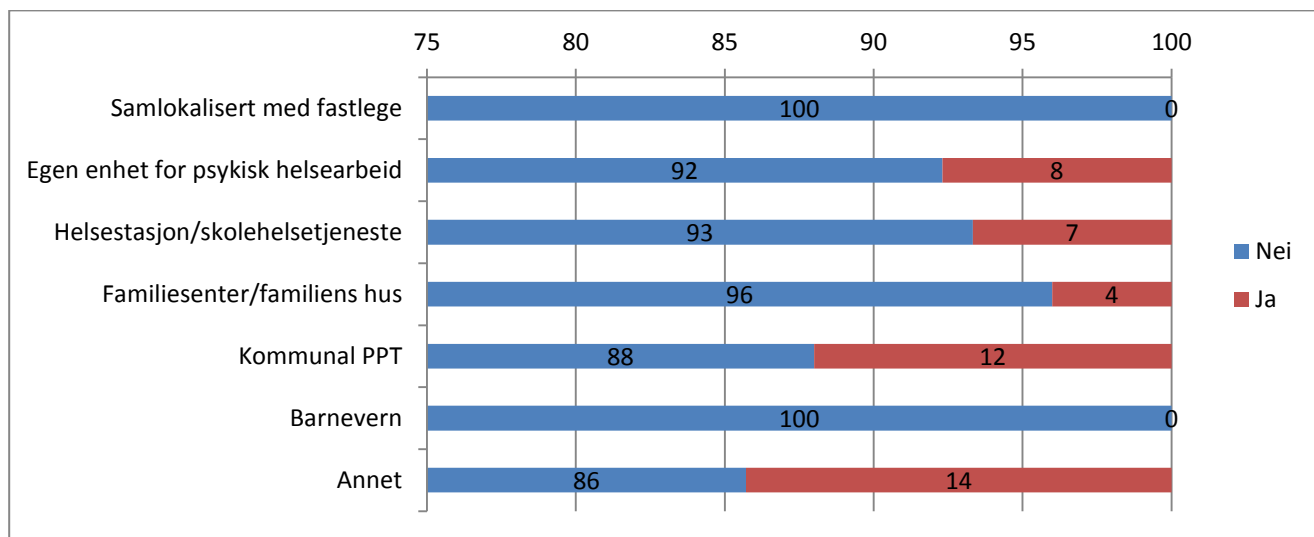
2.6.6 Leder- og personalansvar

Totalt rapporterte 16 prosent av psykologene i utvalget (n=235) at de hadde lederansvar i jobben sin i kommunen², mens åtte prosent rapporterte å ha personalansvar. Fordelt på de ulike organiseringsmodellene var fordelingen av leder- og personalansvar som følger:

² Dette er på nivå det Norsk Psykologforening fant i sin forrige spørreundersøkelse til medlemmer ansatt i kommunale tjenester (17,1 prosent rapporterte å ha lederansvar).



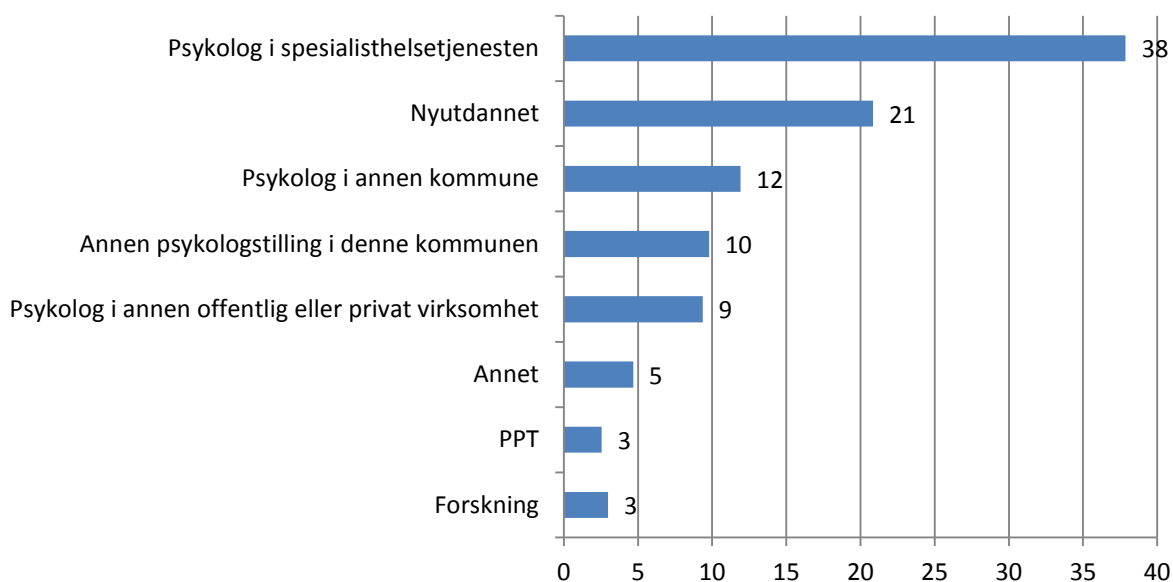
Figur 2.6 Har du lederansvar? Prosentandeler. (n=235, se tabell 2.1 for n i ulike organiseringsmodeller)



Figur 2.7 Har du personalansvar? Prosentandeler. (n=235, se tabell 2.1 for n i ulike organiseringsmodeller).

2.6.7 Hvilke stillinger kommer psykologene fra til kommunen?

Psykologene ble spurt hvilken stilling de hadde før de fikk jobben i kommunen. Hele 38 prosent av de 235 psykologene i utvalget jobbet tidligere i spesialisthelsetjenesten, mens 21 prosent kom rett fra studiet. 12 prosent kom fra stilling som psykolog i en annen kommune, og nesten like mange hadde hatt en annen psykologstilling i samme kommune. Disse tallene er også gjengitt fordelt på organiseringsmodell i kapitlet om rekruttering.



Figur 2.8 Hvilken stilling hadde du før du fikk denne jobben? Prosentandeler. (n= 235)

Under kategorien "Annet" var det mulig å oppgi andre typer stillinger man hadde hatt, og her nevnes blant annet forsker/vitenskapelig ansatt, IT-sjef, PP-rådgiver, privatpraktiserende, lærer, psykolog i utlandet, enhetsleder, barnehagestyrer mv.

2.6.8 Lønnsnivå og frynsegoder

En spørreundersøkelse³ til kommunalt ansatte psykologer, gjennomført av Norsk Psykologforening i 2009, viste at lønnsnivået varierte fra 339 000 til 600 000 kroner, noe som ga en gjennomsnittslønn på omlag 462 000 kroner. Spesialister hadde en gjennomsnittslønn på 520 000 kroner.

Vi ønsket å vite hvordan psykologene vurderer lønnsnivået sitt som psykolog i kommunen sammenliknet med psykologstilling andre steder. Spesialister ble bedt om å sammenlikne seg med andre spesialister.

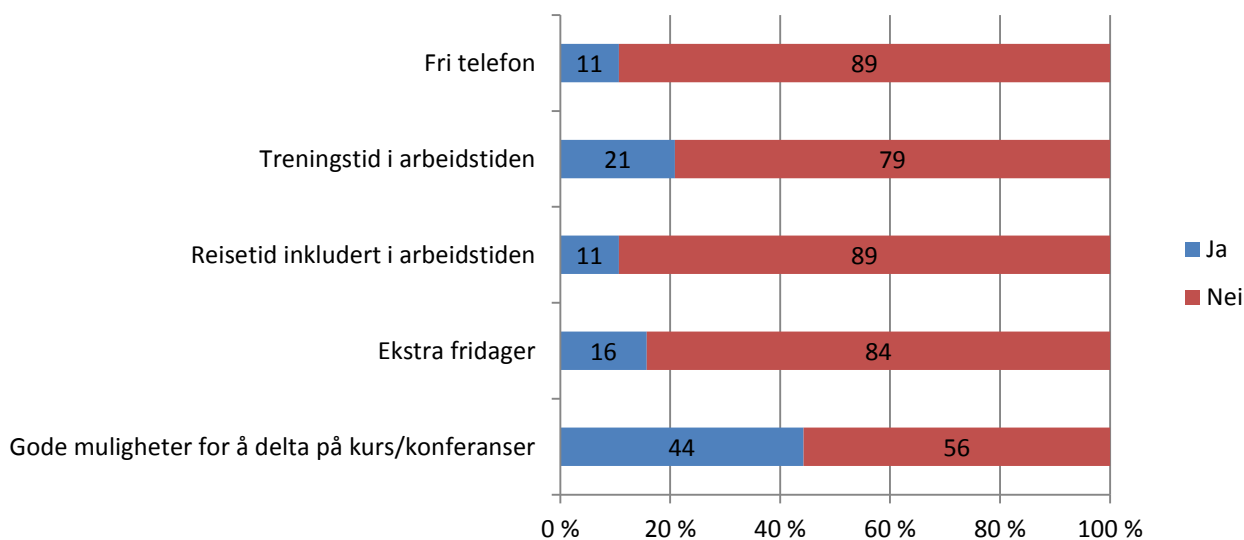
³ Rapport lastes ned her: <http://www.psykologforeningen.no/layout/set/print/Media/Files/Tekstfiler-fag/Questback-kommunepsykologer-utskriftsversjon>

Tabell 2.4 Hvordan mener du lønnsnivået ditt som psykolog i kommunen er sammenliknet med psykologstilling andre steder? Prosentandeler. (n=235)

	Bedre	Dårligere	Ingen forskjell	Vet ikke	Total	N
Privat virksomhet	0	73	3	25	100	235
Psykisk helsevern	25	38	24	14	100	235
Andre kommunale enheter	19	18	29	34	100	235

Ingen av psykologene trodde at de tjente bedre enn i privat virksomhet, men her svarte også én fjerdedel at de ikke vet. Det er også én fjerdedel av psykologene i utvalget som mente at de tjener bedre enn de ville gjort i spesialisthelsetjenesten, 38 prosent mente de tjener dårligere, mens 24 prosent mente det ikke er noen forskjell. Over en tredjedel av utvalget var usikre på om de tjener bedre eller dårligere enn psykologer i andre kommunale enheter, og omtrent like mange mener det ikke er noen forskjell. Omtrent én av fem i utvalget mente at de tjener bedre som psykolog i den enheten de er, enn psykologer i andre kommunale enheter. Like mange mente de tjener dårligere.

På spørsmålene om goder svarte 44 prosent at de har gode muligheter for å delta på kurs/og konferanser, men ellers var det relativt få av psykologene i kommunale tjenester som rapporterte om å ha fri telefon, treningstid i arbeidstiden, reisetid inkludert i arbeidstiden eller ekstra fridager:

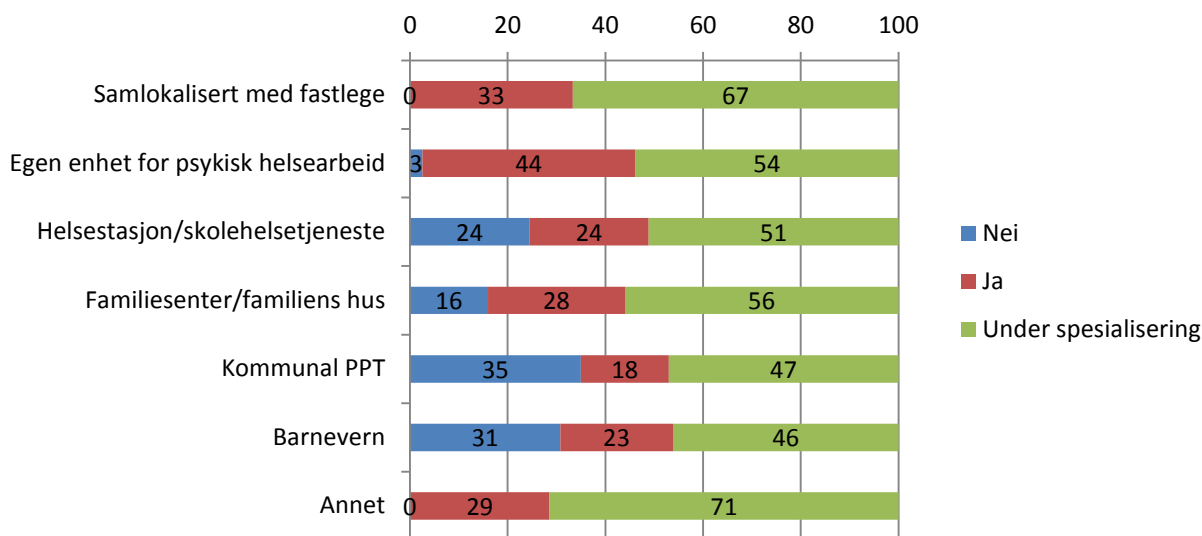


Figur 2.9 Frynsegoder i stillingen som er av betydning for psykologene. Prosentandeler. (n=235)

2.6.9 Spesialisering

Av de 235 psykologene som besvarte undersøkelsen var om lag halvparten under spesialisering i mars/april 2012. 26 prosent hadde spesialistutdanning allerede⁴, mens 23 prosent ikke hadde spesialisert seg. Splitter vi opp tallene per organiseringsmodell, ser vi at flest psykologspesialister i utvalget arbeidet i egen enhet for psykisk helsearbeid (her har 44 prosent, eller 17 av psykologene spesialistutdannelse), mens kommunal PPT hadde færrest psykologspesialister. 71 prosent i samlekategorien "Annet" (Flyktingetjeneste, kommuneadministrasjon, NAV, fylkeskommunal PPT og kommunalt rusarbeid) var under spesialisering på kartleggingstidspunktet.

Av de 55 psykologene som svarte at de tidligere har mottatt, eller nå mottar, tilskudd gjennom modellutprøvingen til stillingen sin, var det bare fire som ikke har eller er under spesialisering.



Figur 2.10 Prosentvis svarfordeling for spørsmålet "Har du spesialistutdanning?" (n=235, se tabell 2.1 for n i de ulike organiseringsmodellene)

Av de 60 psykologene som allerede hadde en spesialisering, er 42 prosent spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi, 20 prosent i klinisk voksenpsykologi, 15 prosent i klinisk samfunnspsykologi og fem prosent i klinisk nevropsykologi. De resterende fordeler seg mellom klinisk familiepsykologi, geronto-psykologi, psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer, mens andre har kombinasjoner av disse. I tabellen under er fordelingen presentert i detalj.

⁴ Dette tallet er identisk med det NPF fant i sin spørreundersøkelse fra 2009. Det samme gjelder samlet resultat som viser at ca. 77 prosent enten er spesialister eller under spesialisering.

Tabell 2.5 Type spesialisering blant de 60 psykologene som har spesialistutdanning. Prosentandeler og antall.

	Andel	N
Klinisk barne- og ungdomspsykologi	42	25
Klinisk familiepsykologi	3	2
Klinisk gerontopsykologi	3	2
Klinisk nevropsykologi	5	3
Klinisk samfunnspsykologi	15	9
Klinisk voksenpsykologi	20	12
Psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer	3	2
* klinisk voksenpsykolog og barn	2	1
* Klinisk psykologarbeid i skolen	2	1
* Klinisk psykologi i skole	2	1
* Kombinert voksen - barn spesialitet	2	1
* spesialisering i ped. psyk. rådgivning	2	1
	100	60

De fleste med spesialisering (72 prosent) mente at spesialiseringen i stor grad har gitt dem relevant kompetanse for jobben i kommunen. 27 svarte "i noen grad", èn psykolog svarte "i liten grad", mens ingen svarte "ikke i det hele tatt". Det er små forskjeller å spore hvis vi splitter svarene per organisasjonsmodell.

2.7 Oppsummering; beskrivelse av utvalget

Basert på et anslag om at det finnes rundt 500 psykologer ansatt i norske kommuner, har vi svar fra 47 prosent av dem. Litt under halvparten var ansatt i PPT. Tre av fire er kvinner. Den yngste er 25 år, og den eldste 68 år. Gjennomsnittsalderen er 40 år. To av tre respondenter ble ferdig utdannet i perioden 2000-2012. En tredjedel er utdannet i Bergen, litt under en tredjedel i Oslo, 18 prosent utenlands, ni prosent i Trondheim og de resterende seks prosent er utdannet i Tromsø.

Nesten 80 prosent har fast stilling. Litt over halvparten har jobbet som psykolog i kommunen i mindre enn to år, 11 prosent i mer enn ti år. Psykologer i kommunal PPT har i gjennomsnitt lengst ansiennitet i jobben (seks år), mens de som jobber samlokalisert med fastlege, i familiesenter/familiens hus eller i egen enhet for psykisk helsearbeid har lavest ansiennitet (fra 1,2 år til 2,8 år i gjennomsnitt). I underkant av 40 prosent av psykologene kom til kommunen fra spesialisthelsetjenesten, ti prosent fra annen psykologstilling i samme kommune, ni prosent var psykolog i privat eller annen offentlig virksomhet.

Nesten tre av fire respondenter mener de tjener dårligere i kommunen enn i privat virksomhet. Mens 38 prosent mener de tjener dårligere enn psykologer i psykisk helsevern, mener en fjerdedel at de tjener *bedre* i kommunen enn i psykisk helsevern.

Fleksibilitet i arbeidshverdagen, og mulighetene til å definere arbeidsoppgavene selv, nevnes av desidert flest når vi spør om goder i jobben som er viktige for psykologene ansatt i kommunale tjenester. 44 prosent svarte at de har gode muligheter for å delta på kurs og konferanser.

I det totale utvalget har 26 prosent spesialisering mens 51 prosent er under spesialisering. Det er flest psykologer med spesialisering som jobber i enhet for psykisk helsearbeid (44 prosent), mens det er færrest i kommunal PPT og barnevern.

3 Rekruttering av psykologer til kommunale tjenester

I dette kapitlet vurderes i hvilken grad ulike organiseringsmodeller for psykologer i kommunene bidrar til rekruttering av psykologer. Resultatene presenteres på tre "nivå"; hele utvalget (n=235), psykologer ansatt i en av forsøksmodellene (n=115) og de som jobber i PPT og andre tjenester ("ikke modell", n=118), som sammenlikning mellom de fire modellene som inngår i modellutprøvingen. Der det er relevant, og data tillater det, har vi testet forskjeller mellom psykologene i de fire modellene blant de som har stillingen sin i en forsøksmodell med statlig tilskudd, og de som ikke har mottatt tilskudd. Man må være oppmerksom på at antall psykologer som har svart fra de ulike forsøksmodellene er forskjellige i de fire forsøksmodellene (for eksempel kun seks psykologer samlokalisert med fastlege, mens 45 er integrert i helsestasjon/skolehelsetjeneste), og at de prosentvise svarandelene må leses i forhold til antall n i gruppen.

3.1 Bakgrunn

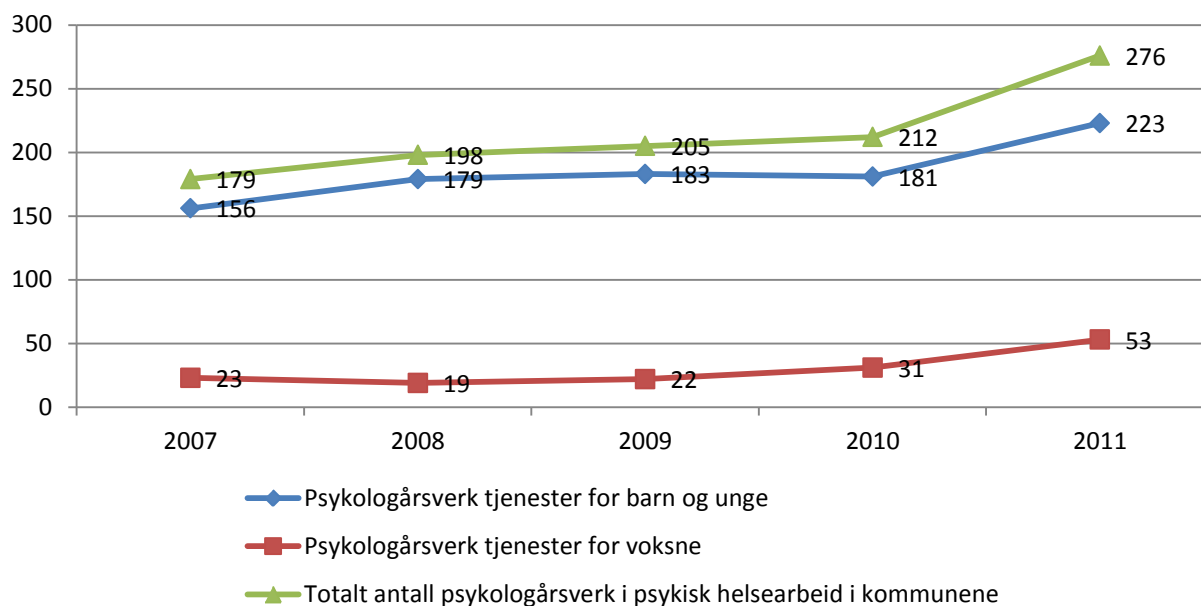
3.1.1 Utviklingen i psykologårsverk

Tall fra Norsk Psykologforening (NPF) viste ved årsskriftet 2011/2012 466 medlemmer (psykologer) ansatt i kommunale tjenester, hvorav 224 (48 prosent) hadde sitt hovedarbeidsforhold i pedagogisk-psykologiske tjenester (PPT). Det vil si at 242 psykologer var medlem av NPF og ansatt i andre kommunale tjenester enn PPT. NPF har naturlig nok ingen oversikt over hvor mange psykologer som *ikke* er organisert hos dem, men som vi skal se i kapitlet med analyser av kommunal variasjon, oppgir Statistisk sentralbyrå (SSB) at det i 2011 var ansatt 499 kliniske psykologer i norske kommuner. Det vil si at omtrent 93 prosent av psykologene som jobber i kommunene er organisert i NPF.

For å følge utviklingen i det kommunale psykiske helsearbeidet etter Opptappingsplanens slutt, rapporterer kommunene fortsatt årlig den totale årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid til Helsedirektoratet. Disse tallene har blitt kvalitetskontrollert, analysert og publisert av SINTEF hvert år siden 2008⁵. Årsverkene rapporteres både fordelt på ulike typer tiltak og tjenester – og fordelt på utdanningskategorier – der psykologer er en egen kategori. Utviklingen i totalt antall årsverk psykologer ansatt i psykisk helsearbeid i kommunene i perioden 2007-2011 har vært som følger:

⁵ Rapporten kan lastes ned her:

<http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helse/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Psykisk-helsearbeid1/>



Figur 3.1 Utvikling i antall årsverk psykologer ansatt i psykisk helsearbeid i kommunene, 2007-2011

I 2011 var det ansatt 276 psykologer i det psykiske helsearbeidet i landets 430 kommuner, hvorav 53 av dem (tilsvarende 19 prosent) arbeidet i tjenester rettet mot voksne. Som vi ser av helningen på den blå linjen i figuren, har rekrutteringen av psykologer i tjenester for barn og unge flatet ut etter utgangen av Opptrappingsplanen i 2008, mens psykologer i tjenester for voksne har hatt en jevn økning. Fra 2010 til 2011 har det vært en relativt kraftig vekst i antallet psykologer rekruttert til psykisk helsearbeid.

3.1.2 Noen mulige årsaker til vanskene med å rekruttere psykologer til kommunene

Begrenset kapasitet i psykologutdanningen kan være en medvirkende årsak til at man ikke har klart å rekruttere tilfredsstillende mange psykologer til kommunene (Ådnanes & Sitter, 2007). I 2008 ble det utdannet omtrent 265 psykologer i Norge. NPF har beregnet at det er behov for å øke kapasiteten i utdanningen, da antall psykologer som går av med pensjon vil stige kraftig i årene fram mot 2016 (ca. 145 avganger per år i 2016, gitt at psykologene står i jobb til de er 67 år gamle). Det er også et problem at psykologer under spesialisering forsvinner ut igjen av kommunene på grunn av krav om praksis i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008). At psykologenes profesjonsrolle tradisjonelt har vært utviklet innen spesialisthelsetjenesten, og at psykologens rolle i kommunehelsetjenesten foreløpig er uklar mange steder, er en utfordring som i seg selv kan bidra til å hemme rekruttering til kommunene. Dårlig tilgang på faglig nettverk og veiledning for psykologer i kommunene har også vært løftet fram som en utfordring for rekruttering (ibid.).

På spørsmål om rekruttering av psykologer, har det kommet fram at flere kommuner lyste ut stillinger under opptrappingsplanperioden, der det ikke meldte seg noen søkere. Andre kommuner kunne fortelle at (kostbare) psykologstillinger ble nedprioritert, da de anså rekruttering av sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid som en bedre prioritering (Kaspersen og Ose (2010; 2011)).

3.1.3 Behov for ny tilnærming til rekruttering

Kommuner som søker om tilskudd til å ansette psykolog i fast stilling, prioriteres i tilskuddsordningen. For psykolog i full stilling har de fleste kommuner i forsøket mottatt 500 000 kroner første driftsår, 400 000 kroner andre driftsår og 250 000 kroner tredje driftsår. Det har også vært mulig å søke ekstra tilskudd for modellen med samlokalisering av psykolog/fastlege, og for samlokalisering i de store byene. I årene 2008-2013 er tilskuddet til kommunene fordelt som følger på ulike modeller.

Tabell 3.1 Tilskudd til kommuner i forsøk med modellutprøving. Beløp (NOK) til ulike modeller, 2008-2013. Hele tusen kroner

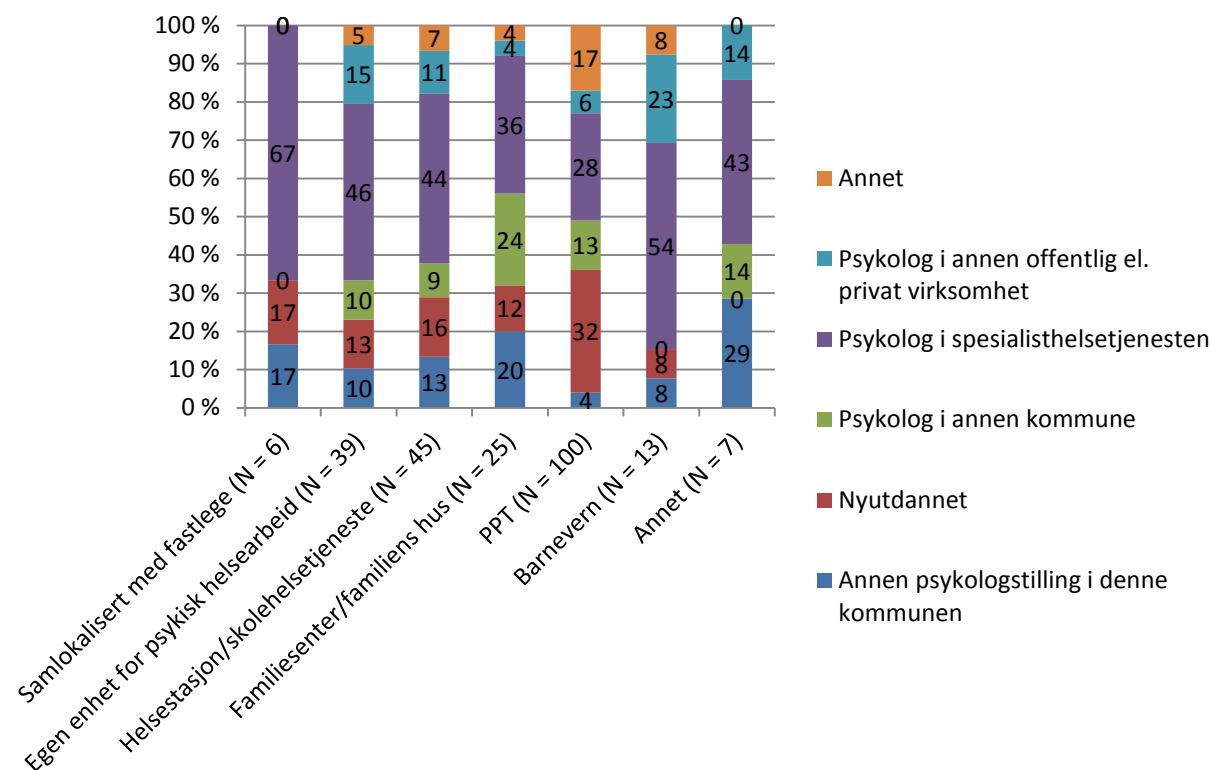
År	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 1 og 3	Modell 1 og 4	Totalt
2008	550	1 100		500			2 150
2009	4 400	7 550	5 085	5 750			22 785
2010	5 150	8 950	6 400	7 500	1 100		29 100
2011	7 225	14 400	10 350	6 150	900	550	39 575
2012	3 700	7 900	5 800	2 050	550	450	20 450
2013	1 925	3 675	3 000	500		275	9 375
Totalt	22 950	43 575	30 635	22 450	2 550	1 275	123 435

Tabell 3.2 Tilskudd til kommuner i forsøk med modellutprøving. Prosentvis andel til ulike modeller, 2008-2013

År	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Kombinasjon	Totalt
2008	26	51	0	23	0	100
2009	19	33	22	25	0	100
2010	18	31	22	26	4	100
2011	18	36	26	16	4	100
2012	18	39	28	10	5	100
2013	21	39	32	5	3	100
Totalt	19	35	25	18	3	100

3.2 Hvor rekrutteres psykologene fra?

Før vi ser nærmere på hvilke faktorer som var viktige for psykologene da de valgte stillingen, presenterer vi hvilke typer stillinger psykologene oppgir at de kom fra.

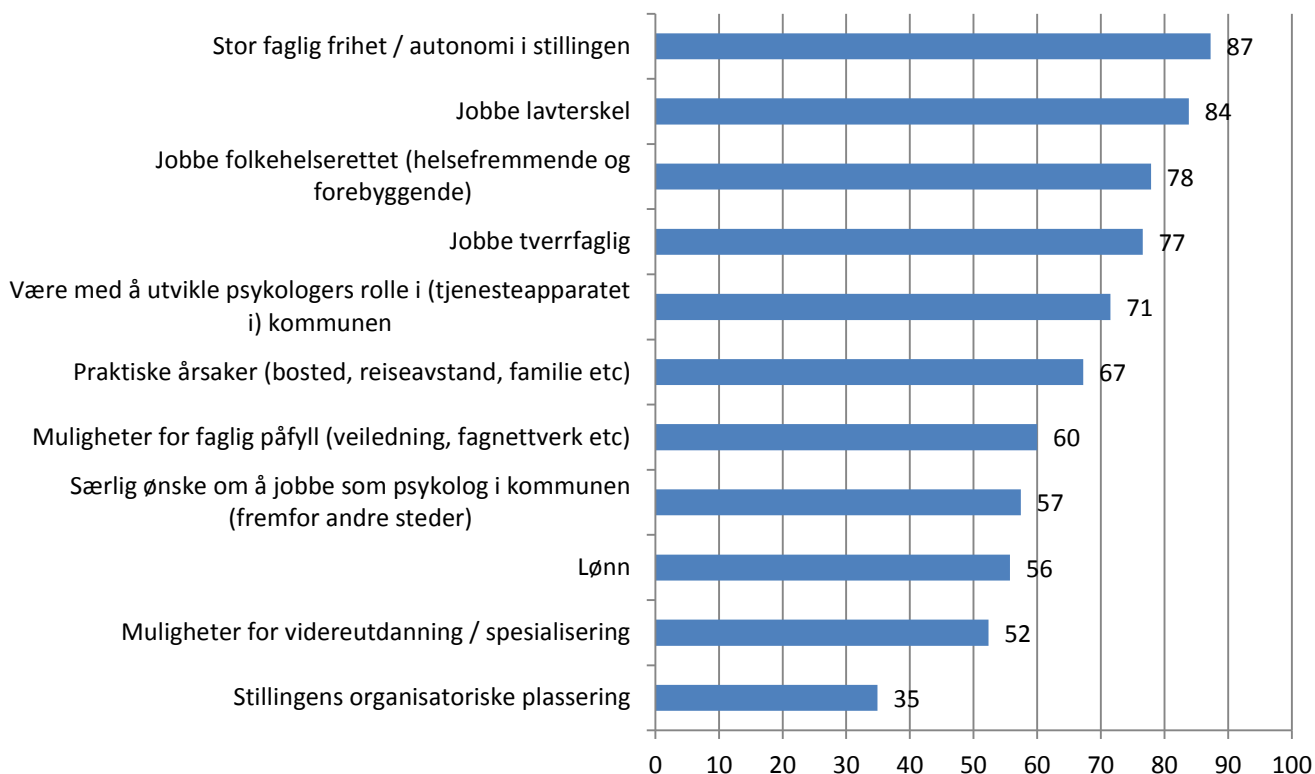


Figur 3.2 Hvilken stilling hadde du før du fikk denne jobben? Prosentandeler, organiseringsmodeller.

De fleste psykologer i de fire modellene har blitt rekruttert fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder fire av de seks psykologene samlokalisert med fastlege, nær halvparten av de 39 psykologene som jobber i egen enhet for psykisk helsearbeid, og det samme gjelder henholdsvis 42 og 36 prosent av psykologene helsestasjon/i skolehelsetjeneste og i familiesenter/familiens hus. Mellom ti og 20 prosent i de fire forsøksmodellene kommer fra annen psykologstilling i samme kommune og mellom 12 og 17 prosent er nyutdannet.

3.3 Faktorer av betydning for rekruttering av psykologer til kommunale tjenester

Det ble laget et spørsmålsbatteri der vi ba psykologene ta stilling til hvor viktige ulike faktorer var for dem da de valgte sin nåværende stilling som psykolog i kommunen. Figuren under viser andel psykologer som svarte viktig eller svært viktig. Tabellen som følger deretter viser forskjeller mellom organiseringsmodeller.



Figur 3.3 Andel psykologer som svarer viktig/svært viktig på ulike faktorer som hadde betydning da de valgte stillingen som psykolog i kommunale tjenester. (n=235)

Videre viser tabellen under gjennomsnittsverdier i svarene fra psykologer i de fire forsøksmodellene, sammenliknet med svar fra psykologer i PPT og andre enheter (ikke modell) og t-test av disse svarene. ANOVA-testene viser kun signifikansnivå, mens retningen (om det er høyere eller lavere sannsynlighet for å synes faktorene er viktige i de ulike gruppene det testes mellom) kommenteres i teksten. Alle resultater i tabellen kommenteres nærmere under hvert punkt i det følgende.

Tabell 3.3 Viktighet av ulike faktorer ved valg av nåværende stilling. Signifikanstesting mellom ulike organiseringsmodeller, IS=ikke signifikant, *=signifikant innenfor fem prosent signifikansnivå.

	Signifikans (t-test modell/ikke modell)	ANOVA (mellom for- søksmodeller)	ANOVA (tilskuddsmodell vs. forsøksmodell u/tilskudd)
Stor faglig frihet / autonomi i stillingen	IS	IS	IS
Jobbe lavterskel	*	IS	IS
Jobbe folkehelserettet (helsefremmende og forebyggende)	*	IS	IS
Jobbe tverrfaglig	IS	IS	IS
Være med å utvikle psykologers rolle i (tjenesteapparatet i) kommunen	*	*	*
Praktiske årsaker (bosted, reiseavstand, familie etc)	IS	IS	IS
Muligheter for faglig påfyll (veiledning, fagnettverk etc)	IS	IS	IS
Særlig ønske om å jobbe som psykolog i kommunen (fremfor andre steder)	*	IS	IS
Lønn	IS	IS	IS
Muligheter for videreutdanning / spesialisering	*	IS	IS
Stillingens organisatoriske plassering	IS	*	IS

Figuren og tabellen over kommenteres faktor for faktor i teksten under.

3.3.1 Stor faglig frihet/autonomi i stillingen

Nær 90 prosent av utvalget svarte at stor faglig frihet og autonomi i stillingen var svært viktig/viktig for dem da de ble rekruttert til stillingen de nå har i kommunen. Dette er den faktoren flest anser som viktigst da de søkte stillingen. Samtidig etterspør de klare stillingsinstruksjoner og retningslinjer for hvilken rolle de skal ha i kommunen (se figur 3.8). I Hoel (2006) går det fram at psykologen ofte får omfattende arbeidsoppgaver, med en løs målsetting for stillingen og uten tydelig avgrensning av ansvar og oppgaver. I følge Helsedirektoratet har uklare arbeidsoppgaver, og mangel på rolleavklaring, antakeligvis bidratt til å svekke rekrutteringen og forårsake høy turnover (Helsedirektoratet 2008, s. 26).

Vi fant at faglig frihet og autonomi i stillingen var mindre viktig for de yngste psykologene (25-30 år) enn for de litt eldre (30+). Denne faktoren blir viktigere jo eldre respondentene er, med unntak av de som er i 40-årene, som i enda større grad enn psykologer i 50-årene synes dette var viktig da de ble rekruttert. Den aldersgruppen som i størst grad svarte at faglig frihet og autonomi i stillingen var svært viktig for dem da de ble ansatt, var psykologer over 60 år. Forskjellene er statistisk signifikante mellom aldersgruppene på denne variabelen (F-test).

Det ble testet om psykologenes vektlegging av faglig frihet/autonomi varierte i forhold til en rekke bakgrunnsvariabler (kjønn, antall års ansiennitet som psykolog i kommunen, fast stilling eller ikke,

spesialisering/være under spesialisering eller ikke, stillingen finansiert av modellutprøvingen eller ikke). Det var bare kjønn som slo signifikant ut ettersom menn i høyere grad enn kvinner mente at faglig frihet/autonomi i stillingen var svært viktig da de ble rekruttert.

Det er en høyere andel av psykologene i enhet for psykisk helsearbeid (95 prosent) og familiesenter/familiens hus (92 prosent) som synes faglig frihet og autonomi er viktig/svært viktig, sammenliknet med de to andre forsøksmodellene. Forskjellene er imidlertid ikke signifikant forskjellige, og det er heller ikke forskjell mellom psykologer som har stillingen sin finansiert av tilskuddsordningen og andre psykologer (som jobber innfor en av de fire modellene).

3.3.2 Jobbe lavterskel

Helsedirektoratet definerer lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid som følger (Helsedirektoratet 2008, s. 11):

- 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.

Et stort flertall (84 prosent) svarer at det å jobbe lavterskel var viktig eller svært viktig for at de tok stillingen. Svarene fra psykologer i de fire modellene ligger godt over gjennomsnittet på 84 prosent (jf. figur 3.4). Det er ikke statistisk signifikante forskjeller mellom forsøksmodellene. Det er heller ikke forskjeller basert på om modellen mottar tilskudd eller ikke. Psykologene i de fire forsøksmodellene syntes det å jobbe lavterskel var viktigere enn øvrige psykologer i kommunen.

Regresjonsanalyse der det ble kontrollert for en rekke bakgrunnsvariabler (se avsnitt 3.3.1) viste at psykologer med kortest erfaring som psykolog i kommunen (tre år eller mindre) la vesentlig mindre vekt på muligheten for lavterskeljobbing enn psykologer med lengre ansiennitet.

3.3.3 Jobbe folkehelserettet

Kommunene har, i henhold til kommunehelsetjenesteloven, ansvar og plikt til å fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og bør ha særlig oppmerksomhet rettet mot personer eller grupper som lever med risiko for å utvikle psykiske lidelser. Det oppfordres til å benytte kompetansen til psykologer som jobber i det kommunale tjenesteapparatet når man skal planlegge og i tillegg gjennomføre folkehelsearbeid på kommunalt nivå. Folkehelsearbeid er sentralt i Helsedirektoratets beskrivelse av oppgaver for psykologene i kommunene (Helsedirektoratet, 2008).

Nesten 80 prosent av psykologene vurderte det å jobbe folkehelserettet (helsefremmende og forebyggende) som viktig eller svært viktig da de valgte stillingen. Psykologer i en av de fire modellene syntes i større grad enn de øvrige psykologene (PPT og andre enheter) at det å få jobbe folkehelserettet var viktig. Det var ikke signifikante forskjeller mellom psykologer i de fire modellene, og heller ikke forskjeller basert på om modellen mottar tilskudd eller ikke. En regresjonsanalyse der vi kontrollerte for en rekke bakgrunnsvariabler (se avsnitt 3.3.1) viste at psykologer med stilling i forsøksmodell og menn la mindre vekt på det å jobbe folkehelserettet.

Psykologer ansatt i kommunen kan oppleve det som motsetningsfylt og både skulle jobbe folkehelserettet samtidig som de skal jobbe lavterskel og drive behandling og utredning, men det kan uansett være mulig og ønskelig å forene perspektivene (Imenes, 2011):

"I lavterskeltenkningen anno 2010 støter jeg på to perspektiver som til tider synes motstridende: på den ene siden forebyggingsperspektivet med fokus på mestring, folkehelse, normalpsykologi, empowerment og identifisering av ressurser. På den andre siden perspektivet om opprusting av helsetjenester i kommunene og økt utrednings- og behandlingstilgjengelighet for barn og unge med psykiske vansker og lidelser. Jeg opplever at praksisfeltet er uavklart på hvordan disse to perspektivene skal forenes innenfor et lavterskeltilbud."

3.3.4 Jobbe tverrfaglig

Helsedirektoratet mener flere psykologer i kommunene kan tilføre det tverrfaglige psykiske helsearbeidet kompetanse (Helsedirektoratet 2008, s. 13). Å få jobbe tverrfaglig ble også sett på som viktig/svært viktig blant mer enn tre av fire psykologer. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom modellene, men regresjonsanalyse viste at psykologer med fast stilling og stilling finansiert av Helsedirektoratets tilskudd la mindre vekt på tverrfaglig jobbing da de valgte stillingen.

3.3.5 Være med å utvikle psykologers rolle i (tjenesteapparatet i) kommunen

Kvalitative casestudier, gjennomført av Arbeidsforskningsinstituttet før spørreundersøkelsen ble gjennomført, viste at flere av psykologene som var med i modellutprøvingen var opptatt av å være med å utvikle psykologens rolle i det kommunale tjenesteapparatet. Ett inntrykk var at mange av dem er ildsjeler med særlig faglig interesse knyttet til det å utvikle psykologens rolle i kommunen (Fossestøl & Skarpås, 2013).

Resultatet fra vår kartlegging viser at 71 prosent av de 235 psykologene svarte at det var viktig eller svært viktig for dem å få være med å utvikle psykologers rolle i tjenesteapparatet i kommunen da de ble rekruttert til stillingen. Psykologene i forsøksmodellene svarte i større grad enn psykologer i PPT, barnevern etc. at dette var viktig for dem da de ble rekruttert til stillingen. Videre la psykologene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten mindre vekt på denne faktoren, sammenliknet med psykologer i de øvrige modellen. En sannsynlig årsak er at dette kan betegnes som den mest tradisjonelle modellen av de fire. Fastlegemodellen er helt ny mens psykolog ved enhet for psykisk helsearbeid og familiesentermodellen har vært utviklet siden starten av 2000-tallet. Det hadde også betydning at modellen mottok tilskudd. Dette bekrefter langt på vei resultatene fra den kvalitative

case-studien – at de som er rekruttert til en av de fire forsøksmodellene og får/har fått statlig tilskudd i stillingen sin, er særlig opptatt av å utvikle psykologens rolle i kommunen.

Til slutt viste regresjonsanalyse, der vi kontrollerte for en rekke bakgrunnsvariabler (se avsnitt 3.3.1), at menn la større vekt på å utvikle psykologens rolle i kommunen enn kvinner.

3.3.6 Praktiske årsaker

Praktiske årsaker som familie, hvor man vil bo og reiseavstand og så videre, spiller inn i beslutningen om å la seg rekruttere til en stilling. To tredjedeler av psykologene svarte at dette var viktig/svært viktig for dem da de ble rekruttert som psykolog til kommunen. Det var ikke signifikante forskjeller mellom psykologene i de ulike modellene, og heller ikke variasjoner basert på psykologenes ulike bakgrunner.

3.3.7 Muligheter for faglig påfyll og nettverk

I følge Hoel (2006) har psykologene ansatt i kommunene tradisjonelt sett hatt lite kontakt med andre psykologer, og mange tilbakemeldte tidligere at de følte seg faglig isolert. Mangel på faglig nettverk har vært nevnt som en faktor som kan hemme nyrekruttering og øke turnover blant psykologene som allerede jobber i kommunen. I forbindelse med modellutprøvingen har derfor Helsedirektoratet og NPF hatt fokus på at psykologene som ansettes i kommunen skal inngå i faglige nettverk som sikrer faglig utvikling, og som dermed bidrar til både kvalitetssikring og trygghet for den enkelte psykolog. Det ble foreslått av Helsedirektoratet (2008) å opprette fagnettverk for psykologer i kommunene både sentralt, regionalt og lokalt – og på sentralt hold er det NPF som per i dag avholder årlige konferanser for psykologer i kommunene.

Vi spurte psykologene om de var tilknyttet et faglig nettverk med regelmessig kontakt. Tre av fire psykologer i forsøksmodellene svarte at de var tilknyttet et slikt nettverk. På et åpent spørsmål om hvem som utgjør nettverket, nevner mange det nasjonale kommunepsykolognettverket til NPF, mens det mer "daglige" nettverket utgjøres av andre psykologer i samme kommune eller tilgrensende kommuner. En del av psykologene i kommunene har også kollegaveiledningsgrupper i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Svak kommuneøkonomi nevnes av flere på spørsmålet om hvorfor man eventuelt ikke har et faglig nettverk – det er flere som opplever at kommunen ikke har råd til å la de delta på kurs- og konferanser der de kunne skaffet seg/pleiet nettverk. Flere av psykologene savner nettverk på lokalt nivå, én av dem uttrykker følgende:

"Stillingen min er knyttet opp mot skolehelsetjenesten, helsestasjon og helsestasjon for ungdom. Jeg er derfor med i et team med helsesøstre og psykisk helsearbeidere. Savner fast kontakt med andre psykologer/mulighet for veiledning. Noen å drøfte saker fortløpende med. (Har etter hvert fått til faste samarbeidsmøter med 2. linjetjenesten). Opplever at jeg har mye større utbytte av mindre samlinger enn store landsdekkende konferanser. Har derfor mest bruk for et (kommune-/psykolognettverk i min region som kan møtes med jevne mellomrom."

Når det gjelder muligheter for faglig påfyll (motta veiledning, delta i fagnettverk etc.) svarte 60 prosent at dette var viktig/svært viktig for dem da de ble rekruttert til stillingen som psykolog i kommunen. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom de ulike gruppene.

Kompetansebehovet hos psykologer i kommunale tjenester

I åpent spørsmål til psykologene om hva de eventuelt har behov for mer kompetanse på, har de fleste kommentert dette. Mange etterlyser mer kompetanse på kartleggingsverktøy, hvordan drive forebyggende folkehelsearbeid på kommunenivå og hvordan jobbe godt systemisk. Flere ønsker seg mer kunnskap om kommunal organisering, lovverk/regulering av helse- og omsorgstjenestene, retningslinjer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten, taushetsplikt, brukermedvirkning, traume/krisebehandling, prosedyrer og rammer for psykologstillingen i kommunen mv. En psykolog benytter anledningen til å henvende seg til NPF:

"Skulle gjerne hatt flere retningslinjer fra NPF i forhold til hvordan man skal forholde seg til utredning, diagnostisering, journalføring osv. som jeg mener bør være annerledes for en kommunepsykolog som jobber forebyggende mot befolkningen enn i spesialisthelsetjenesten. Skulle ønske NPF var noe tydeligere på dette, i tillegg til hvilke krav man kan stille på arbeidsplassen, krav til samhandling og lignende." (Psykolog)

Andre ville ha mer kunnskap om veiledning og samarbeid:

"Trenger mer kunnskap om å veilede andre yrkesgrupper, om systemrettet arbeid, forebygging av vansker, skolebaserte tiltak, læring, språkvansker. Dette er ting vi hadde lite om på studiet, som i stor grad handler om individrettet arbeid og terapi." (Psykolog)

"Bedret forståelse av samarbeidet mellom meg (kommunepsykolog), barnevern, PPT, helsestasjon og BUP. Tydeliggjøring av arbeidsoppgaver. - Kompetanse på hvilke pasienter jeg skal ha vs. hvem som bør sendes videre til spesialisthelsetjenesten (BUP/VOP). - Hvordan begrense arbeidsmengde. - Familierapi - Gode kartleggingsinstrumenter til bruk i klinisk arbeid. (Psykolog)

"Tverretatlig samarbeid, håndtering av taushetsplikten i ulike tverretatlige sammenhenger, veiledning, implementering av ny kunnskap og ulike program/metoder." (Psykolog)

Flere poengterte at de trenger mer kompetanse på "alt" når de jobber som psykolog i kommunen, fordi nedslagsfeltet er stort.

"Systemkompetanse (NAV, habilitering, BUP, kompetansesentra). Lovverkskompetanse (alle lovverk ang. barn). Rettighetskompetanse (barn og foreldre). Hvordan forholde seg til kommunale lovbrudd. Korttidsterapeutisk metodekunnskap, nye verktøy. Utredningskompetanse. Medisinsk kompetanse - grenseområder psykisk/fysisk helse, medisinsk ordbruk og argumentasjon, fellesområder fastlegene. Traume- og krisepsykologi, behandling og organisering hjelpetilbud. Prosjektkompetanse. Endringsarbeid kompetanse/ helsepsykologi: Fedme, røyking, stjeling, livsstil, rus. Kartleggingskompetanse folkehelse. Veiledningskompetanse andre yrkesgrupper. Selvmordsvurderinger. Journalføring i kommunehelse kontra spesialisthelse." (Psykolog)

"Her trengs det kompetanse på "alle" områder, så man blir aldri ferdig utlært. På det kliniske møter vi en del spiseforstyrrelser, som kan være vanskelig å avhjelpe med et kortvarig tilbud. På det systemiske kunne jeg tenkt meg litt mer kompetanse på folkehelsestenkning/jobbing i kommunen, og inkluderes mer der." (Psykolog)

3.3.8 Særlig ønske om å jobbe i kommunen fremfor andre steder

Psykologene ble bedt om å ta stilling til hvorvidt de hadde et særlig ønske om å jobbe som psykolog i kommunen (fremfor andre steder) – og hvor viktig dette var for dem. Godt over halvparten (57 prosent) svarte at dette var viktig/svært viktig for dem da de valgte stillingen, og psykologene i forsøksmodellene i vesentlig større grad enn psykologer i PPT og andre enheter. Det var ikke forskjeller innad mellom forsøksmodellene og regresjonsanalyser viste ingen sammenhenger knyttet til psykologens bakgrunn.

3.3.9 Lønn

I kapittel 2 så vi at over 70 prosent av psykologene mener de tjener dårligere i kommunen enn i privat virksomhet, og at 38 prosent mener de tjener dårligere enn i spesialisthelsetjenesten. Noe over halvparten svarer at lønn var viktig i forbindelse med rekruttering til stillingen. Det er ingen signifikante forskjeller mellom modeller når det gjelder lønn som rekrutteringsfaktor, kontrollert for en rekke bakgrunnsvariabler, viste regresjonsanalyse at de mannlige psykologene i forsøksmodellene i høyere grad enn kvinnene svarer at lønn var viktig.

3.3.10 Muligheter for videreutdanning/spesialisering

Spesialistutdanning krever kurs og faglige oppdateringer i løpet av femårsperioder. Deretter er det krav om vedlikehold av spesialitet. Helsedirektoratet (2008) skriver at mange kommuner sliter med at psykologene de ansetter forsvinner ut av kommunale tjenester når spesialiseringen er fullført. De kliniske spesialiseringsgrenene krever praksis i spesialisthelsetjenesten, og mange velger å bli værende etter ferdig spesialisering.

Halvparten av utvalget svarte at muligheten for videreutdanning og spesialisering var viktig eller svært viktig for dem i valg av stilling. Psykologene i PPT og andre enheter svarte, i større grad enn psykologer i forsøksmodellene, at mulighetene for videreutdanning var viktig for dem da de valgte stillingen. En årsak kan være at en vesentlig høyere andel av psykologene i forsøksmodellene har spesialisering. Det var imidlertid ikke signifikante forskjeller mellom psykologer innad i de fire modellene, eller basert på om modellen mottar tilskudd eller ikke. Regresjonsanalyse viste at psykologer med kortere tid som psykolog i kommunehelsetjenesten naturlig nok vektla muligheten for videreutdanning/spesialisering enn psykologer med lengst erfaring.

3.3.11 Stillingens organisatoriske plassering

En kommune som ønsker å søke om tilskudd til å rekruttere psykolog gjennom Helsedirektoratets tilskuddsordning må velge innenfor de fire organiseringsmodellene som Helsedirektoratet har vurdert som

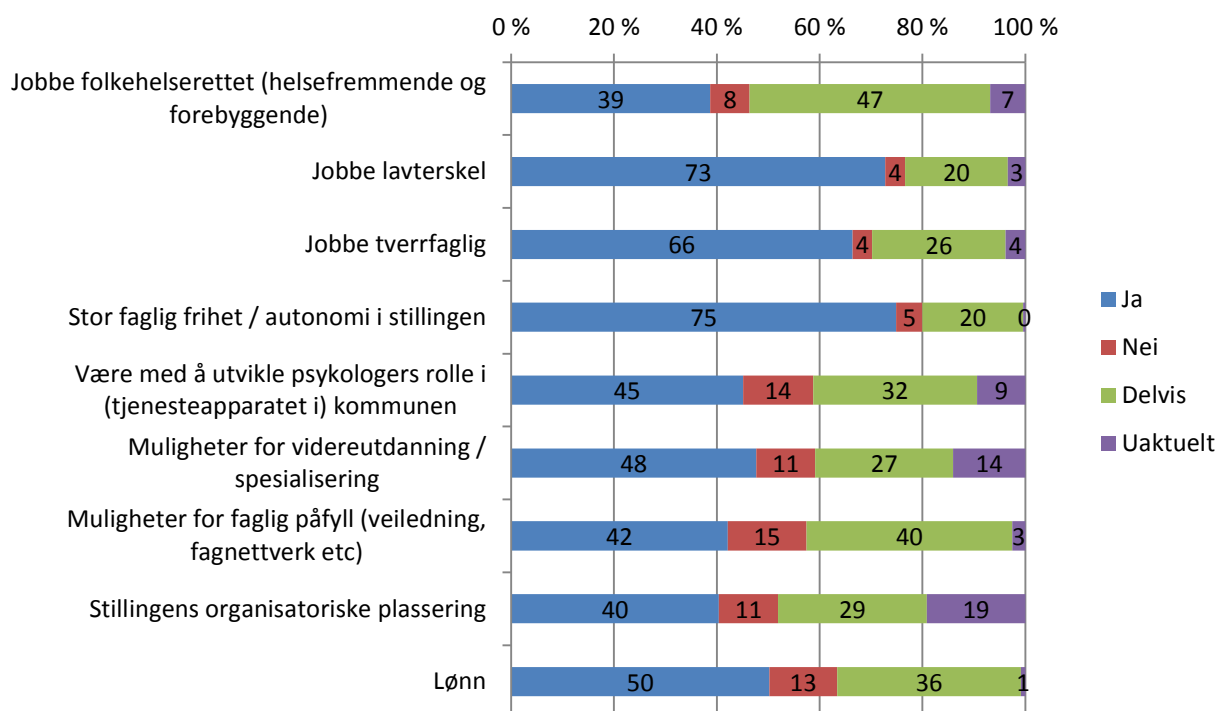
aktuelle. I Helsedirektoratets rapport om psykologer i kommunen vektlegges at en kommunes organisering av sitt psykiske helsearbeid har stor betydning for hvor i organisasjonsstrukturen psykologene bør plasseres (Helsedirektoratet, 2008, kap. 4). Det presiseres imidlertid også at den store variasjonen i kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet gjør det umulig å anbefale en "idealmønstre" for plassering av psykologstillinger i kommunene.

"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." (Helsedirektoratet, 2008:39)

En av tre psykologer svarte at stillingens organisatoriske plassering var viktig eller svært viktig for dem. De fleste har altså svart at dette er mindre viktig eller helt uviktig. Psykologer i fastlegemodellen og i familiesentermodellen la signifikant mer vekt på organisatorisk plassering sammenlignet med psykologer i helsestasjon og psykisk helsearbeid. Det var derimot ikke forskjeller mellom modellpsykologenes svar i forhold til psykologer i øvrige tjenester. Det var heller ikke forskjeller basert på om stillingen mottok tilskudd. Psykologens bakgrunn hadde heller ikke betydning.

3.4 Har stillingen som psykolog i kommunen blitt som forventet?

Ambisjonen om at det skal være ansatt psykologer i kommunale tjenester har ikke ensidig handlet om nyrekruttering, men også om å beholde de som blir ansatt. En viktig faktor i så måte er at jobben som psykolog i kommunen svarer til forventningene man hadde da man ble rekruttert dit. Vi spurte psykologene om stillingen deres hadde blitt som forventet i forhold til ni faktorer (som sammenfaller med rekrutterings-faktorer diskutert i det foregående).



Figur 3.4 Prosentvis svarfordeling på spørsmålet om stillingen har blitt som forventet. (n=235)

Flest, om lag tre av fire psykologer, er enige om at stor faglig frihet/autonomi i stillingen samt det å få jobbe lavterskel svarer til forventningene; to av tre mener den tverrfaglige jobbingen er som forventet, mens halvparten mener lønn og mulighetene for videreutdanning og spesialisering er som forventet. Litt færre (45 prosent) mener det å være med å utvikle psykologers rolle i kommunene, muligheter for faglig påfyll og stillingens organisatoriske plassering har svart til forventningene. Særlig interessant er det at det å få jobbe folkehelserettet er den faktoren som færrest mener svarer til forventningene – et moment vi kommer tilbake til i kapittelet om psykologens rolle.

Det ble gjort logistiske regresjonsanalyser med de 9 ulike faktorene som avhengige variabler for å teste variasjoner i psykologenes svar i forhold til følgende bakgrunnsvariabler: kjønn, å ha/være under spesialisering, å ha/ha hatt stillingen finansiert gjennom modellutprøvingen, modell 1 (samlokalisert med fastlege), modell 2 (egen enhet psykisk helsearbeid), modell 3 (helsestasjons- og skolehelsetjeneste og modell 4 (familiesenter/familiens hus), antall års erfaring som psykolog i kommunen (målt i årsintervaller). Resultatene er gitt i tabell 3.5 på neste side.

Forventning til stillingen	Signifikant forklaringsvariabel	Signifikansnivå ²	Exp(B) ³	Wald ³
Jobbe folkehelserettet	Å jobbe samlokalisert med fastlege	,02	18,16	5,83
	3 år eller mindre erfaring som kommunepsykolog ¹	,01	,28	6,24
	4-8 års erfaring som kommunepsykolog	,06	,44	3,67
Jobbe lavterskel	Å ha/være under spesialisering	,01	,26	7,60
	Å jobbe ved helsestasjon/skolehelsetjeneste	,01	4,71	6,83
Jobbe tverrfaglig	Å ha/være under spesialisering	,03	,35	4,86
Stor faglig frihet/autonomi i stillingen	Å være mannlig psykolog	,08	1,93	4,53
	Å jobbe i enhet for psykisk helsearbeid	,01	16,48	6,44
Utvikle psykologers rolle i kommunen	Å være mannlig psykolog	,08	1,93	3,05
	Å jobbe i enhet for psykisk helsearbeid	,04	2,62	4,18
Muligheter for videreutdanning/spesialisering	Å ha/være under spesialisering	,00	4,53	11,30
	Å ha stilling finansiert gjennom modellutprøvingen	,09	2,21	2,96
	Å jobbe ved helsestasjon/skolehelsetjeneste	,01	,30	6,87
	3 års eller mindre erfaring som kommunepsykolog	,00	6,81	11,61
	4-8 års erfaring som kommunepsykolog	,00	4,21	9,27
	9-16 års erfaring som kommunepsykolog	,01	3,24	6,15
Muligheter for faglig påfyll	Å jobbe ved helsestasjon/skolehelsetjeneste	,03	,39	4,81
Stillingens organisatoriske plassering	Det å ha fast stilling	,10	2,08	2,76
	3 år eller mindre erfaring som kommunepsykolog	,09	,43	2,94
	4-8 års erfaring som kommunepsykolog	,01	,34	6,13
Lønn	Ingen signifikante	.	.	.

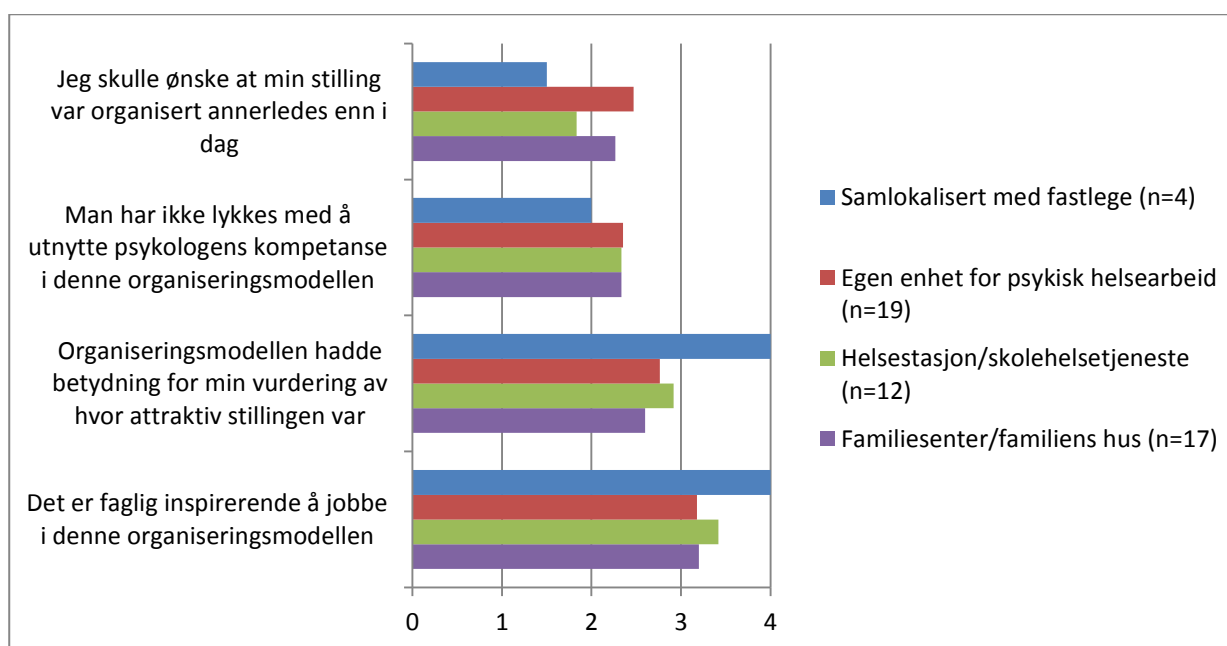
¹ Sammenlikningskategori for erfaringsvariablene er de som har jobbet som psykolog i kommunen i mer enn 17 år.

² Vi rapporterer funn som er signifikante innenfor ti prosent signifikansnivå (0,1). Jo nærmere 0,00, jo mer sikkert kan vi si at det ikke er tilfeldigheter som har påvirket sammenhengene vi finner.

³ Exp(B) sier noe om hvordan odds ratio for avhengig variabel endrer seg med at verdien på den binære uavhengige variabelen skifter fra 0 til 1. Hvis verdien på Exp (B) er mindre enn 1, betyr det at effekten er negativ (lavere sannsynlighet), er verdien større enn 1, er effekten positiv (høyere sannsynlighet). I Wald-testen undersøkes det om parameterne assosiert med n forklaringsvariablene er ulik 0. Wald-test-verdi på over 4, betyr at effekten er statistisk signifikant innenfor fem prosent signifikansnivå.

3.5 Hvor attraktive er organiseringsmodellene for psykologene?

I hvilken grad er de fire organiseringsmodellene i modellutprøvingen attraktive i den forstand at de bidrar til å rekruttere og å holde på psykologene? Kun psykologer med stilling i modell med tilskudd ble forespurt om organiseringsmodellens betydning (n=52). Signifikanstesting av forskjeller mellom tilskuddsmottakere i de ulike forsøksmodellene gir liten mening med såpass lite utvalg, og det gis derfor en deskriptiv framstilling:



Figur 3.5 Angi hvor enig eller uenig du er i følgende påstander om den organiseringsmodellen som din stilling som kommune-psykolog er tilknyttet. Svarskala: 1=ikke enig i det hele tatt, 2=mindre enig, 3=litt enig, 4=helt enig. (n=52)

De fire psykologene som jobber samlokalisert med fastleger i modell som mottar tilskudd skiller seg i noen grad fra de øvrige ved at alle er helt enig i at det er faglig inspirerende å jobbe i denne type organiseringsmodell og at organiseringsmodellen hadde betydning for deres vurdering av hvor attraktiv stillingen var. Sammenlignet med psykologer i de øvrige modellene er de mer uenig i at man ikke har lyktes med å utnytte deres kompetanse i denne type organiseringsmodell eller i at stillingen skulle vært organisert annerledes.

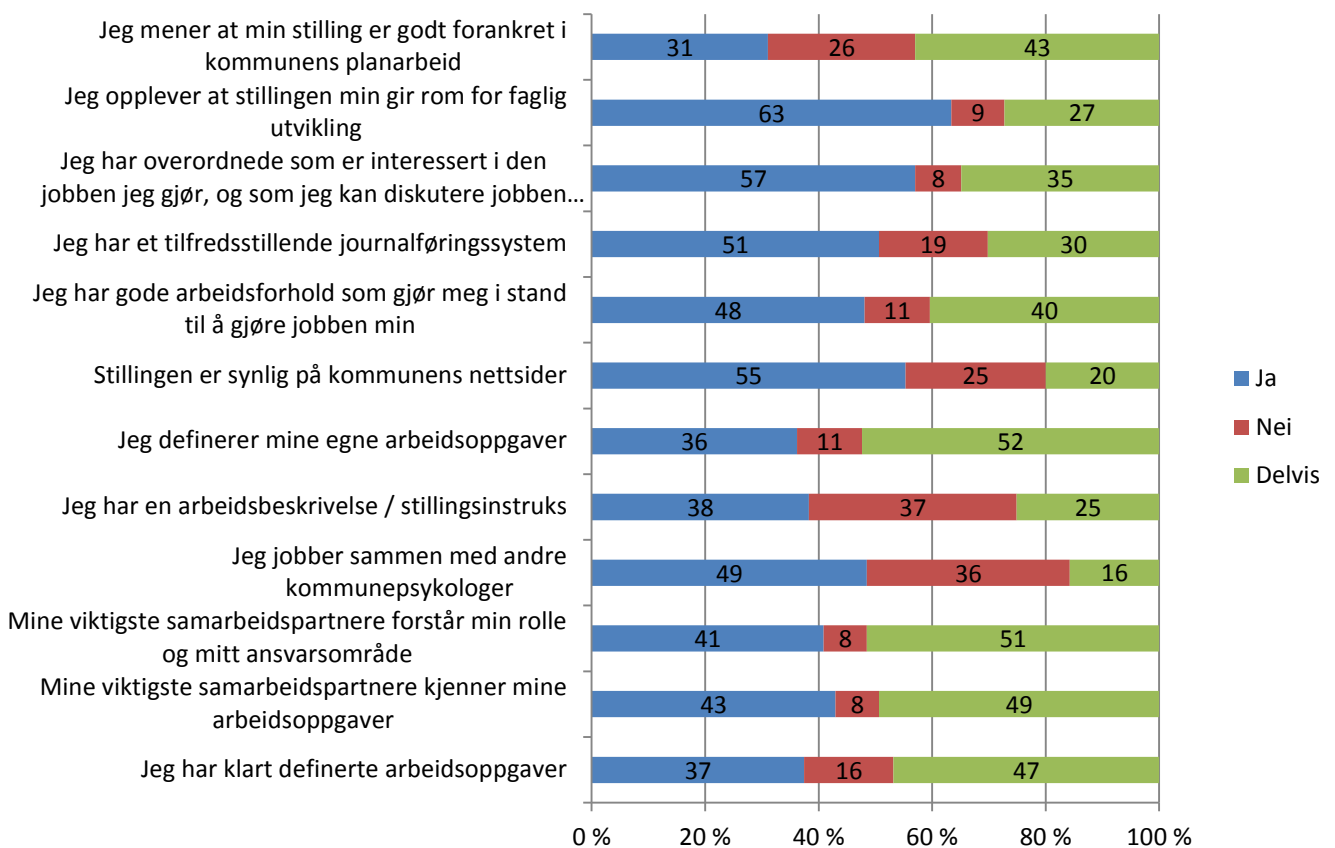
3.5.1 Organiseringsmodellenes betydning

Helsedirektoratet har gitt tydeligere mål for fastlegemodellen og psykisk helsearbeid-modellen, sammenliknet med psykologer integrert i helsestasjon/skolehelsetjeneste eller i familiesenter/familiens hus. Modellene er veldig ulike både hva gjelder målgrupper (barn unge/voksne, lettere/moderate/alvorlige lidelser) og i forhold til hvilke andre tjenester de tradisjonelt samarbeider med. Det blir således vanskelig å måle hvilken betydning hver av organiseringsmodellene har hatt for rekruttering av psykologer. Om en kommune velger å søke om tilskudd for å ansette psykolog, kan bero på flere ting; enkeltpersoner som engasjerer seg, erfaring med tidligere søknader om statlige tilskudd til behov/etterspørsel i befolkningen eller i tjenestene.

Totalinntrykket fra resultatene av spørreskjemaundersøkelsen tyder på at psykologene i fastlegemodellen virker å være opptatt av organiseringsmodellen i seg selv, mens dette i mindre grad synes å være tilfelle blant de øvrige. Det er heller ikke så overraskende ettersom dette er en ny og spennende måte å bruke psykologene på. I de tre andre modellene har psykologene i større grad kommet til en etablert modell.

3.6 Psykologenes rammevilkår i kommunen

I spørreskjemaet ble psykologene bedt om å ta stilling til en rekke påstander om rammevilkårene for stillingen deres i kommunen. Den prosentvise fordelingen av svar fra hele utvalget på 235 psykologer er gitt i figuren under:



Figur 3.6 Psykologenes oppfatninger om egen stilling. Prosentandeler som svarte; "ja", "nei", "delvis". (n=235)

Flest psykologer opplever at stillingen deres gir rom for faglig utvikling (63 prosent). Nesten like mange (57 prosent) har overordnede som er interessert i den jobben de gjør, og som de kan diskutere jobben sin med. Litt over halvparten av psykologene svarer at stillingen deres er synlig på kommunens nettsider. Bare halvparten mener de har et tilfredsstillende journalføringssystem. Litt under halvparten svarte at de har gode arbeidsforhold som gjør dem i stand til å gjøre jobben sin mens 11 prosent oppgir at de ikke har det, og 40 prosent bare er delvis fornøyd på dette punkt. På den annen side oppgir rundt 90 prosent at de trives i stillingen. Henholdsvis 43 prosent og 41 prosent oppgir at de viktigste samarbeidspartnerne kjenner deres arbeidsoppgaver, og forstår deres rolle og ansvarsområde. Kun 38 prosent sa at de har en arbeidsbeskrivelse/stillingsinstruks, og hele 37 prosent svarte at de ikke har en slik. 37 prosent oppga at de har klart

definerte arbeidsoppgaver, mens 36 prosent oppga at de definerer egne arbeidsoppgaver. Mindre enn en av tre mente at stillingen hadde forankring i kommunens planarbeid, og 43 prosent mente at stillingen bare delvis er forankret i kommunens planarbeid.

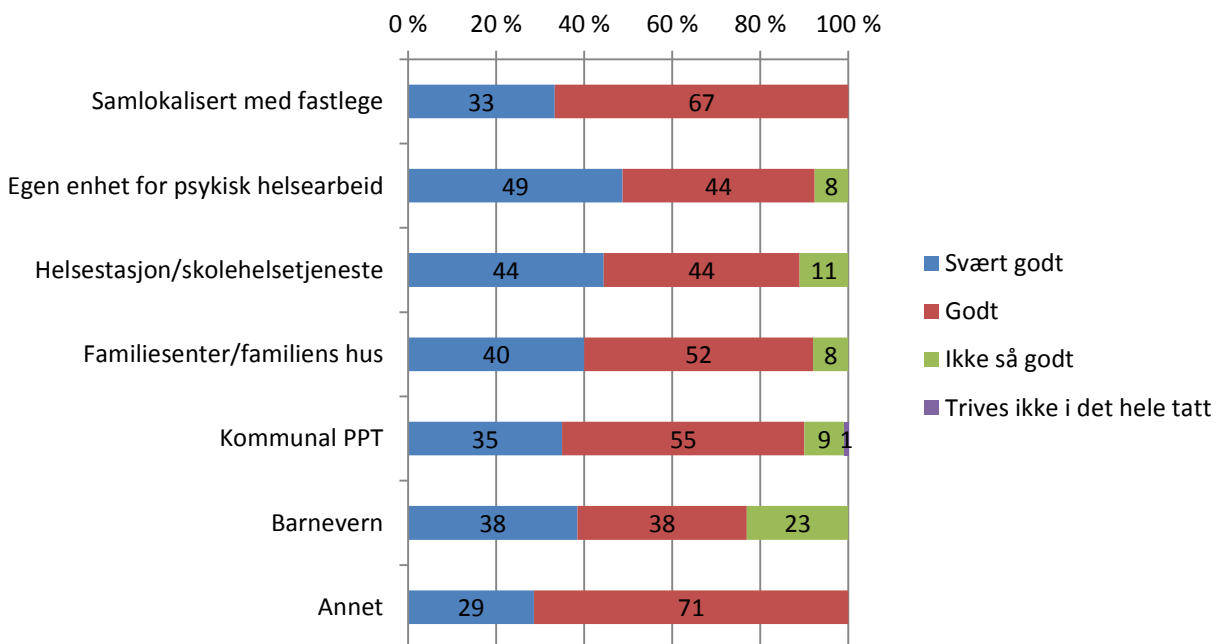
Når vi sammenligner hvordan psykologer som jobber i de fire forsøksmodellene svarer i forhold til øvrige psykologer i kommunen finner vi at psykologene i de fire forsøksmodellene i mindre grad var enig i følgende:

- At stillingen er godt forankret i kommunens planarbeid
- At de har overordnede som er interessert i jobben de gjør, og som de kan diskutere jobben sin med
- At stillingen er synlig på kommunens nettsider
- At de har en arbeidsbeskrivelse/stillingsinstruks
- At de jobber sammen med andre kommunepsykologer
- At de har klart definerte arbeidsoppgaver

Dette resultatet er i samsvar med funnene ellers i rapporten, og alle disse punktene må fortsatt regnes som rammebetingelser som kan bedres.

3.7 Hva skal til for at psykologene blir i kommunen?

Trivsel er en viktig faktor for å forbli i jobben. Det å beholde psykologene i de kommunale stillingene er et uttalt mål. Vi spurte psykologene hvor godt de trivdes i stillingen. Av de 235 psykologene svarte over 90 prosent at de trivdes svært godt eller godt. Figuren under illustrerer svarfrekvensene fordelt på de ulike organiseringsmodellene.



Figur 3.7 Psykologenes grad av trivsel i jobben. Prosentandeler. (n=235, se tabell 2.1 for n i ulike organiseringsmodeller)

Som vist i figuren er det ikke store forskjeller i svarene mellom de ulike organiseringsmodellene. Det var heller ingen statistisk signifikante forskjeller mellom psykologer i forsøksmodellene i forhold til øvrige

psykologer i kommunen (PPT-psykologer og andre), og heller ikke forskjeller basert på om modellen mottok tilskudd eller ikke.

I åpent spørsmål om hva som må til for at vedkommende fortsatt skal ha et ønske om å være i stillingen om fem år, kunne psykologene skrive med egne ord hva som var viktig. Her var det mange (n=200) som benyttet anledningen til å svare. Vi har oppsummert hovedinntrykket punktvis, og tar med noen illustrerende sitater til slutt.

- At det ansettes flere psykologer i samme kommune – for å få et fagmiljø og for å kvalitetssikre arbeidet som gjøres
- Høyere/konkurransedyktig lønn nevnes av mange
- At det blir mer fokus på, og bedre rammer for, folkehelsearbeid og systemrettet arbeid
- Økte muligheter for kurs og faglig utvikling, bedre tilrettelegging for spesialisering
- Bedre synliggjøring og forståelse av psykologens kompetanse, og hva man kan bidra med i kommunen
- PPT-psykologene vil at kompetansen deres som psykolog skal verdsettes og benyttes mer i stillingene deres.

Gjennom opptrappingsplanperioden har det lave antallet psykologer i kommunene, og dermed mangelen på nære kollegaer med samme fagbakgrunn bidratt til gjennomtrekk i stillingene og hindret nyrekruttering (Helsedirektoratet, 2008). Dette problemet gjelder fortsatt i følge tilbakemeldingene fra psykologene. Flere av psykologene svarte at de ønsker seg flere likesinnede kolleger for at de skal ønske å være i stillingen om fem år.

Et moment er også om ikke andre profesjonsgrupper kan dekke behov knyttet til lavterskel og folkehelsearbeid, og kanskje på en mer samfunnsøkonomisk nyttig måte enn psykologene. Samtidig er det et ønske hos mange av psykologene om å få jobbe mer folkehelserettet. På dette punktet har ikke stillingen deres svart til forventningene (gjelder ikke psykologer i fastlegemodellen). Psykologene selv etterspør også en bedre synliggjøring og forståelse av psykologens kompetanse i kommunen.

Blant PPT-psykologene var det mange som tilbakemeldte at de ikke føler at kompetansen deres som psykolog verdsettes og utnyttes i stor nok grad. Organiseringen av PP-tjenesten gjør at tjenesten defineres som en pedagogisk tjeneste, ikke en helsetjeneste, mens mange av psykologene som jobber der, ønsker å jobbe mer helserettet. Basert på de tilbakemeldingene vi fikk både gjennom kartleggingen, og i kommentarer fra psykologer i PPT som tok kontakt med forskerne i forbindelse med kartleggingen, kan det virke aktuelt å se på hvordan man utnytter kompetansen til de psykologene som er ansatt i PPT. PPT-psykologer utgjør omtrent halvparten av alle psykologer som jobber i kommunene. Mangelen på psykologer i kommunene tatt i betraktning, kan det være verdt å undersøke om en annen organiseringsform eller lovgivning kan bidra til at en større del av befolkningen drar nytte av psykologkompetansen som i dag finnes i PPT.

Det var mange gode innspill til hva som må til for at psykologene fortsatt skal ha et ønske om å forbli i stillingene sine. De fleste av dem faller inn under punktene oppsummert over, men i tillegg er følgende meninger representative:

"Mulighet for å jobbe litt mer variert i forhold til målgruppe, jobbe med barn også. Deltagelse i nye prosjekter f.eks. å etablere lærings- og mestringssenter. Regner med og fortsatt være i stillingen om fem år." (Psykolog samlokalisert med fastleger)

"At vi kan fortsette å påvirke i ledelse, at vi får fortsette med undervisning og forebygging og ikke blir satt til å bli "kommunens psykiatri". Få fortsette å ha det handlingsrommet vi i dag har. Samt stabil ansatt gruppe betyr mye for at jeg blir. Akkurat nå blir jeg gjerne fem år til." (Psykolog i enhet for psykisk helsearbeid)

"Bedre og tryggere organisering, økt fokus på kompetanseheving og fag, muligheter for kurs og veiledning, større frihet med hensyn på arbeidsoppgaver, en faglig leder eller flere enn en psykolog, generelt flere ansatte slik at man kan ta av for et konstant høyt press utenfra, og kan jobbe med hele barnegruppa og faktisk jobbe forebyggende (med omorganisering og nedskjæringer har vi måttet skjære ned til kun å fokusere på aldersgruppa 10-16). Det tverrfaglige teamet har gått fra å være tolv stykker til nå å være fire stykker inkludert kun en psykolog, frustrerende og ikke kunne yte den bistand befolkningen trenger." (Psykolog i helsestasjons- og skolehelsetjeneste)

"At en fast del av min stilling er viet til mer organisasjons- og systemutvikling på kommunalt forvaltningsnivå. Og at jeg fremdeles har en høy grad av handlefrihet og faglig autonomi i min arbeidshverdag, og så er det helt avgjørende at jeg ikke blir en "lønnstaper" når jeg blir spesialist (viser til lønnsforskjellene mellom 1. og 2. linjetjeneste for psykologspesialister)." (Psykolog i helsestasjons- og skolehelsetjeneste)

"En annen plassering i organisasjonen, som legitimerer fokus på forebyggingsperspektivet. Bare slik kan man unngå at man får en "avlaster"-funksjon i systemet og skyves mer og mer i retning av at man skal drive med brannslukking og ta unna køene ..." (Psykolog i helsestasjons- og skolehelsetjeneste)

"Jeg har jobbet i et svangerskapsvikariat, så min tid i kommunen er over for denne gang. Autonomien, mindre fokus på telling, prosedyrer, byråkrati og produksjon enn i psykisk helsevern har jeg satt pris på. Erfaringen min så langt, er at lavterskeljobbing gir rask og god effekt til brukergruppen. Midler til kurs og faglig utvikling kan bli mye bedre i denne, og sikkert flere kommuner, noe som ville sikret faglig utvikling og kontinuitet. Kan godt tenke meg tilbake." (Psykolog i helsestasjons- og skolehelsetjeneste)

"At kommunen satser på videre oppbygging av psykiske helsetjenester, forebygging og lavterskel psykologtilbud. Mulighet til faglig utvikling og egen kompetanseheving. At lønnsnivået holder følge med lønnsutvikling i spesialisthelsetjenesten." (Psykolog i familiesenter/familiens hus)

"Fortsatt mulighet for faglig utvikling og vekst, arbeidsoppgaver jeg opplever som nyttig for brukerne, at mine forslag til utvikling av stillingen blir tatt hensyn til, en tydelig og god ledelse som ivaretar de ansattes behov på arbeidsplassen, samt en rimelig konkurranse-dyktig lønn for jobben. Jeg liker å ha varierte arbeidsoppgaver, og opplever at jobben i liten

grad blir kjedelig. Opplever jobben som psykologisk "akrobatikk", noe jeg trives med, men som er svært krevende på godt og vondt." (Psykolog i familiesenter/familiens hus)

"Lønn på linje med spesialisthelsetjenesten. At det ansettes flere psykologer fast i kommunen slik av vi kan realisere de planene vi har for det psykiske helsetilbudet for hele befolkningen (nå dekker vi bare aldersgruppen 0-6 år!). Til dette trengs det statlige faste lønnstilskudd, ellers er jeg redd alt man har bygd opp står i fare for å bli borte. Det haster med å få på plass en finansieringsordning." (Psykolog i familiesenter/familiens hus)

3.8 Oppsummering - modellenes bidrag til rekruttering

Antallet psykologårsverk til psykiske helsetjenester i kommunen økte med omlag 100 årsverk i perioden 2007-2011, ifølge kommunenes årlige rapportering på årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid til Helsedirektoratet. Helsedirektoratets modellutprøving/tilskuddsordning har i stor grad bidratt til denne økningen. Per januar 2013 var 130 psykologer rekruttert gjennom tilskuddet. I dette kapitlet har vi vurdert i hvilken grad de ulike organiseringsmodellene oppfattes som så attraktive at de har bidratt til rekruttering av psykologer til kommunene.

3.8.1 Lite opptatt av stillingens organisatoriske plassering

En kommune som ønsker å søke om tilskudd fra Helsedirektoratet til å rekruttere psykolog gjennom ordningen, har kunnet velge å ansette psykologen til en av de fire utvalgte forsøksmodellene. Av de ulike faktorene av betydning for psykologene da de tok stillingen, var stillingens organisatoriske plassering minst viktig. Kun en av tre psykologer svarer at organisatorisk plassering var viktig eller svært viktig. Dette er kanskje paradoksalt i lys av at dette er en modellutprøving. Ikke overraskende rangerte psykologene plassert hos fastlege denne faktoren som vesentlig viktigere enn psykologer i de øvrige modellene. Årsaken er nok at fastlegemodellen er ny og under utvikling, og sånn sett virker spesielt attraktiv for de som rekrutteres dit, mens psykologene i de øvrige modellene i større grad kommer inn i en etablert struktur.

3.8.2 Stor faglig frihet og autonomi i stillingen er viktig – men det kan bli for fritt for noen

Stor faglig frihet og autonomi oppgis som den viktigste faktoren da psykologene tok stillingen i kommunen, og svarte også i stor grad til forventningene. Psykologer med lang erfaring verdsatte faglig frihet og autonomi i vesentlig større grad enn nyutdannede. Kommuner som skal ansette psykolog kan med fordel være bevisst på at unge nyutdannede psykologer med lite jobberfaring kan trenge fastere rammer for stillingen enn en psykolog med lang ansiennitet. For stor faglig frihet og autonomi kan for noen oppleves frustrerende, og flere av psykologene ønsket klarere stillingsinstrukser og føringer på hva de skal brukes til når de ansettes i kommunehelsetjenesten.

3.8.3 Lavterskel, folkehelserettet og tverrfaglig

Det å jobbe lavterskel, folkehelserettet og tverrfaglig var tre viktige faktorer for rundt 80 prosent av psykologene. Mens de fleste mente at jobben hadde svart til forventningene. Når det gjaldt å jobbe henholdsvis lavterskel og tverrfaglig mente mange at de ikke hadde fått jobbet *folkehelserettet*. Muligheten for tverrfaglig jobbing var i mindre grad som forventet blant psykologene i de fire modellene sammenliknet

med psykologene i PPT og andre enheter. Grad av samhandling analyseres nærmere i kapittel 5, og dilemmaet med å jobbe behandlingsrettet versus folkehelserettet drøftes nærmere i kapittel 4.

3.8.4 Psykologer i modellutprøvingen brenner for å utvikle psykologens rolle i kommunen

Psykologene som jobber i en av forsøksmodellene hadde i vesentlig større grad enn PPT-psykologene og psykologer i andre enheter et særlig ønske om å jobbe som psykolog i *kommunen* framfor andre steder da de ble rekruttert. At psykologen hadde stilling som fikk tilskudd hadde også betydning. Dette bekrefter resultatene fra de kvalitative case-studiene; at de som er rekruttert til en av de fire forsøksmodellene og får/har fått statlig tilskudd i stillingen sin, er spesielt opptatt av å utvikle psykologens rolle i kommunen (Fossestøl & Skarpås, 2013).

3.8.5 Fortsatt glisne psykolognettverk på lokalt og regionalt nivå

Et av kriteriene for måloppnåelse i modellutprøvingen er at psykologene skal inngå i et psykologfaglig nettverk. Mange rapporterer at de deltar i dette på nasjonalt nivå (årlige konferanser i regi av Helsedirektoratet og Norsk Psykologforening), men mangel på lokale eller regionale psykologfaglige nettverk virker fortsatt å være et problem ute i kommunene. Mange "roper" etter flere psykologkolleger i kommunen for faglig diskusjon og kvalitetssikring av arbeidet. Av de 115 psykologene i utvalget som var ansatt i en av de fire forsøksmodellene svarte 43 prosent av dem at de jobber sammen med andre kommunepsykologer. Flere rapporterer at dårlig kommuneøkonomi hindrer dem i å delta på kurs og konferanser som kunne bidratt til faglig utvikling.

3.8.6 Modellutprøvingen har rekruttert psykologer opptatt av videreutdanning og spesialisering

En høy andel av psykologer i modellutprøvingen hadde spesialisering. Psykologer med spesialisering mente i større grad at stillingen hadde svart til forventningene, og det samme gjaldt de som har hatt stillingen finansiert gjennom modellutprøvingen. Psykologer i helsestasjons- og skolehelsetjeneste opplevde i mindre grad å ha fått sine forventninger oppfylt når det gjaldt muligheter for videreutdanning og spesialisering. På åpent spørsmål om behov for mer kompetanse, nevnte mange temaet hvordan drive forebyggende folkehelsearbeid på kommunenivå, og hvordan jobbe godt systemisk.

3.8.7 Psykologene trives i kommunen – men har forventninger som må innfris hvis de fortsatt skal ønske å være der om fem år

Nesten samtlige 235 psykologer i utvalget sier at de trives godt eller svært godt i stillingen sin, noe som skulle være et godt utgangspunkt for å bli værende. Det var ingen forskjeller mellom forsøksmodellene på dette punkt. På spørsmål om rammevilkår for stillingen, er det imidlertid slik at kun halvparten av psykologene i forsøksmodellene, svarte "ja" på at de har gode arbeidsforhold som gjør dem i stand til å gjøre jobben sin. Kun én av fire psykologer i forsøksmodellene mente at stillingen deres er godt forankret i kommunens planer, og halvparten at de har et journalføringssystem som ikke fungerer optimalt. På spørsmål om hva som må til for at de skal ha et ønske om å være i stillingen om fem år nevnes særlig følgende faktorer:

- flere psykologer i samme kommune for å få et fagmiljø og for å kvalitetssikre arbeidet som gjøres
- høyere lønn

- mer fokus på, og bedre rammer for, folkehelsearbeid og systemrettet arbeid
- økte muligheter for kurs og faglig utvikling samt bedre tilrettelegging for spesialisering
- tiltak for bedre synliggjøring og forståelse av psykologens kompetanse, og hva man kan bidra med i kommunen
- PPT-psykologene vil at kompetansen deres som *psykolog* skal verdsettes og benyttes mer

4 Psykologenes rolle i kommunens psykiske helsearbeid

Økt psykologrekruttering i kommunene aktualiserer spørsmålet om hva psykisk helsearbeid er og hva psykologens rolle bør være i psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2008). De statlige føringer som gis tilsier at psykologens oppgaver i kommunen strekker seg fra en tradisjonell behandlerrolle til befolkningsrettet arbeid (ibid.). Hovedproblemstillingen i dette kapitlet er hva som er psykologenes bidrag og rolle i kommunenes psykisk helsetilbud. Videre om dette varierer mellom de fire modellene, mellom psykologer i forsøksmodellene og øvrige tjenester. Der det er aktuelt og mulig vil vi i tillegg analysere om det er forskjeller basert på om modellen mottar tilskudd eller ikke.

4.1 Statlige føringer for psykologens rolle i kommunene

Psykologenes rolle i kommunene har i hovedsak vært knyttet til arbeid med barn og unge og deres familier, både gjennom det arbeidet som gjøres i PPT, og etter hvert også i andre kommunale tjenester. Utvikling av tilbud til voksne ble først og fremst aktualisert og stimulert gjennom satsingen på rekruttering av psykologer gjennom Opptappingsplanen for Psykisk helse (St.prp., 63, 1997-1998). Mens psykologene hadde en lav vekst, og ikke nådde det relativt lave måltallet på 184 nye psykologer gjennom planperioden, var oppmerksomheten rettet mot det å få bygd opp et godt kommunalt psykisk helsearbeid ved å øke kompetansen gjennom de ulike videre- og etterutdanningene (Ådnanes & Sitter, 2007). Her var særlig høyskolene sin videreutdanning i psykisk helsearbeid og SEPREP⁶ sitt utdanningsprogram sentrale både når det gjaldt den store mengden ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten som gjennomførte utdanningen, og når det gjaldt disse utdanningenes tverrfaglighet både i rekruttering til studiet og studiets faglige opplegg (se Ludvigsen & Helgesen, 2004).

Fra 2005 ble det rettet oppmerksomhet mot utfordringer med psykologrekruttering i kommunene gjennom prosjektet "Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid", støttet av Helsedirektoratet. Rapporten oppsummerer at psykologer har mye å tilføre kommunene i form av lavterskeltilbud og korttidsterapi samt forebygging av psykiske helseproblemer (Hoel, 2006). Omtrent samtidig ble det utarbeidet en veileder i psykisk helsearbeid rettet mot voksne (Helsedirektoratet, 2005), som ikke omtaler psykologers rolle i kommunene spesifikt. I veilederen rettet mot barn og unge som kom et par år senere (2007) oppsummerer man at psykologer i kommunen kan styrke kunnskapsutvikling, drive forebygging via tidlig identifikasjon, utredning og iverksetting av tiltak samt behandling av psykiske vansker og lidelser, og med iverksetting av miljø- og individrettede tiltak. De to arbeidsgruppene nedsatt av Helsedirektoratet i 2007, for å vurdere tiltak for å øke rekrutteringen og best mulig utnyttelse av psykologkompetanse i kommunale helsetjenester, kom fram til om lag det samme, nemlig forebygging, utredning, behandling og veiledning (Helsedirektoratet, 2008). Helsedirektoratets utredning påpeker imidlertid utfordringene ved at

⁶ SEPREP Tverrfaglig Utdanningsprogram (SEPREP T.U.) er en toårig, tverrfaglig videreutdanning for ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten som har behandlings- og oppfølgingsansvar for mennesker med psykoseproblematikk/ alvorlige psykiske lidelser.

psykologenes profesjonsrolle først og fremst har vært utviklet innen spesialisthelsetjenesten, og at det derfor knytter seg uklarerhet til hva en slik profesjonsrolle vil være innenfor den kommunale helsetjenesten. Et vesentlig spørsmål handler om hvor psykologen plasseres eller integreres i forhold til de eksisterende tjenestene i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Økt psykologrekruttering i kommunene handler derfor også om organiseringen av det psykiske helsearbeidet i kommunene og den organisatoriske plasseringen av psykologene i forhold til den psykiske helsetjenesten for øvrig. Videre handler det om samhandlingsflatene mot spesialisthelsetjenesten, og spørsmålet om hvilke psykiske tilstander som kan behandles i kommunehelsetjenesten og hvilke tilstander som bør utredes og behandles innen spesialisthelsetjenesten.

4.1.1 Føringer for psykologenes rolle i modellutprøvingen

Ifølge utlysningen fra Helsedirektoratet i forbindelse med modellutprøvingen med psykologer i kommunene, bør psykologenes stillinger utformes slik at de omfatter hele spennet fra befolkningsrettet til individrettet arbeid. Det går fram at psykologenes arbeidsoppgaver bør omfatte kommunal kartlegging, folkehelsearbeid, tidlig identifisering og intervensjon, behandling av lettere og moderate lidelser og rehabilitering, samt oppfølging av alvorlige psykiske lidelser. Tverrfaglig samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutveksling er sentralt.

Det individrettede arbeidet med behandling av lettere og moderate lidelser knyttes primært til modell med psykolog samlokalisert med fastlege, men også til modell med psykolog integrert i egen enhet for psykisk helsearbeid. I sistnevnte inkluderes i tillegg rehabilitering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Folkehelseperspektivet gjelder for alle fire modellene. I forbindelse med utredning av oppgaver for psykologer i kommunene gir Helsedirektoratet en fremstilling av sin forståelse for hvordan psykologene kan bidra til å inngå i folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2008). Oppgavene dreier seg om å kartlegge og holde oversikt over innbyggerens psykisk helse, tidlig identifisering og tidlig intervensjon, tiltak mot individer, utsatte grupper eller hele befolkningen og på systemnivå (veiledning og prosjektarbeid), bidra til å nedfelle psykisk helsearbeid i kommuneplanene, delta i planlegging av tiltak og organiseringen av tjenester for å bedre helsetilstanden i befolkningen. Her vektlegges veiledning på systemnivå og tiltak mot individer for å bidra til tidlig identifisering og tidlig intervensjon.

Helsedirektoratet argumenterer for at psykologene, til tross for at de tradisjonelt assosieres med en terapeutisk behandlerrolle i spesialisthelsetjenesten, kan grunnutdanningen og de fleste av spesialistutdanningene "like gjerne anvendes i kommunalt arbeid" (Helsedirektoratet, 2008, s. 54). Spesialiteten i klinisk samfunnspsykologi nevnes som særlig relevant i den sammenheng.

4.2 Problemstillinger

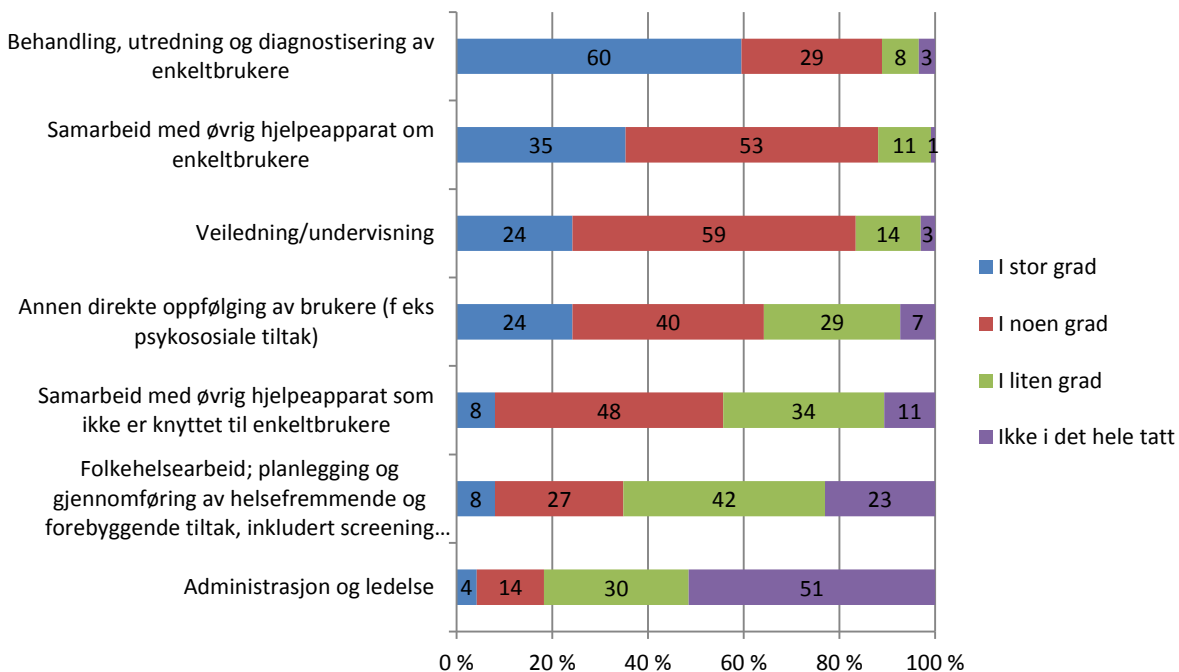
Problemstillingen i dette kapitlet er hva som er psykologenes bidrag og rolle i det kommunale psykiske helsearbeidet, og hvordan dette eventuelt varierer i de fire forsøksmodellene, og om det skiller seg fra øvrige psykologer i kommunen. I framstillingen av data vil vi særlig fokusere på dimensjonen individrettet versus befolkningsrettet innhold; i hvor stor grad psykologene i sitt arbeid i kommunen jobber med utredning, diagnostisering og behandling av enkeltpersoner i forhold til folkehelserettet arbeid.



Figur 4.1 Hoveddimensjoner i psykologenes rolle og bidrag i det kommunale psykiske helsearbeidet.

4.3 Hva bruker psykologene tiden på i sin stilling?

I spørreskjemaundersøkelsen ble psykologene spurt i hvor stor grad de bruker tid på ulike oppgaver i spennet mellom behandling og folkehelsearbeid.



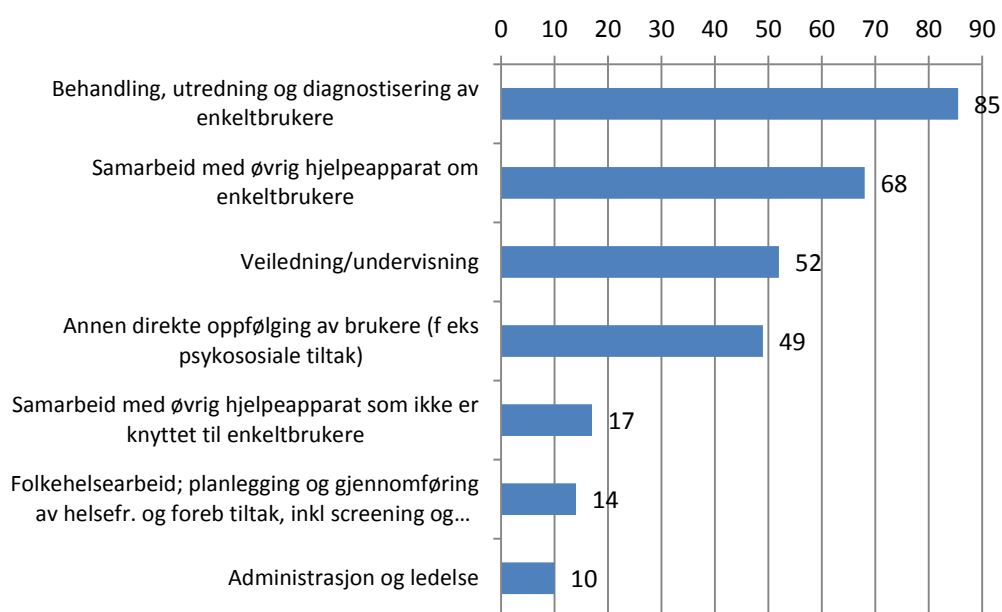
Figur 4.2 Tid brukt på ulike arbeidsoppgaver. Andel som svarte at de i stor grad, noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt bruker tid på enkeltoppgaver. (n=235)

Resultatet viser at i tråd med en tradisjonell psykologrolle er behandling, utredning og diagnostisering det psykologene rapporterer at de bruker aller mest tid på. Det rapporteres vesentlig mindre tid brukt på annen direkte oppfølging av brukere som psykososiale tiltak. En av fire oppgaver at dette er en sentral oppgave. Noe mer tid brukes på samarbeid med øvrig hjelpeapparat om enkeltbrukere, og vesentlig mindre tid på samarbeid som ikke er knyttet til enkeltbrukere. Veiledning og undervisning av egen og andre faggrupper er også en sentral del av arbeidet. En av fire oppgaver at de bruker mye tid på dette mens mange (59 prosent) rapporterte at de i noen grad bruker tid på det. Derimot var det kun åtte prosent som oppgaver at de i stor grad bruker tid på oppgaver som samlet karakteriseres som folkehelsearbeid mens 27 prosent oppgaver at de i noen grad gjør dette.

I spørreskjemaet til psykologene ble folkehelsearbeid definert som "planlegging og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak, inkludert screening og kommunal kartlegging". Helsedirektoratet

inkluderer også veiledning og undervisning som ledd i folkehelsearbeid når det retter seg mot henholdsvis system og befolkning (Helsedirektoratet, 2008, s. 19). Resultatet fra vår studie viser at veiledning og undervisning rapporteres som en mye mer sentral oppgave hos psykologene enn folkehelsearbeid, slik det ble definert i vårt spørreskjema. Det gis derfor en framstilling av hvilke grupper dette i hovedsak rettes mot på neste side. Kun fire prosent oppga at de i stor grad bruker tid på ledelse og administrasjon i kommunen, mens dette i noen grad gjøres blant 14 prosent av psykologene.

I forsøk på å tydeliggjøre hvilke arbeidsoppgaver som var de mest sentrale, ble psykologene bedt om å angi hvilke tre arbeidsoppgaver de brukte mest tid på.

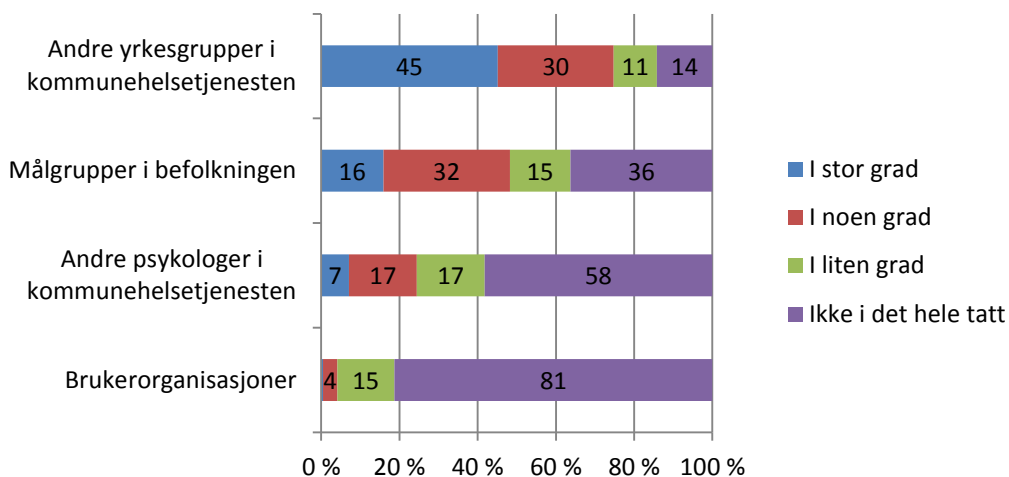


Figur 4.3 Psykologenes angivelse av hvilke tre arbeidsoppgaver de bruker mest tid på. Prosent. (n=235)

Psykologenes svar på hvilke tre arbeidsoppgaver de bruker mest tid på bekrefter rangeringen av oppgaver som i forrige figur, og bekrefter at det er det individrettede arbeidet med behandling, utredning og diagnostisering av enkeltbrukere som vektlegges i størst grad mens svært lite tid brukes på folkehelsearbeid.

4.3.1 Hvem retter veiledning og undervisning seg mot?

Veiledning og undervisning kan inngå som folkehelsearbeid når det retter seg mot systemnivå og mot befolkningen. Systemnivå i denne sammenheng forstås primært som øvrige samarbeidende kommunale helse- og sosialtjenester. Vi ba psykologer som drev med veiledning og undervisning om å angi hvilke målgrupper dette retter seg mot.



Figur 4.4 Psykologenes angivelse av hvilke målgrupper deres veiledning/undervisning er rettet mot. Andel som oppga i stor grad, i noen grad, i liten grad og ikke i det hele tatt. (n=225)

Psykologenes veiledning og undervisning er primært rettet mot andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten. I underkant av halvparten av alle psykologene oppga dette i stor grad, og 30 prosent i noen grad. Kommunens befolkning er i betydelig mindre grad en målgruppe. Omlag en av tre psykologer oppga at de ikke driver med veiledning og undervisning rettet mot befolkningen i det hele tatt. Videre viser resultatene at brukerorganisasjoner ikke er en målgruppe for veiledning og undervisning, noe som kanskje ikke er så rart ettersom behovet gjerne vil være motsatt; at psykologene får råd fra brukerorganisasjonene. Det fremgår imidlertid i neste kapittel at samarbeidet med brukerorganisasjonene ikke er omfattende.

Tabellen under viser analyser av forskjeller når det gjelder psykologenes grad av veiledning/undervisning rettet mot de ulike målgruppene.

4.1 Testing av forskjeller når det gjelder psykologenes veiledning/undervisning. Variasjoner mellom modell/ikke modell, mellom de fire modellene og om modellene mottar tilskudd eller ikke. T-test og Anova.

Målgrupper	Signifikans (t-test modell/ikke modell)	ANOVA (F-test mellom de 4 modellene uavhengig av om de har tilskudd eller ikke)	Signifikans (t-test modell med tilskudd/ikke tilskudd)
	n=235	n=115	n=104
Andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten	*	IS	*
Målgrupper i befolkningen	IS	IS	IS
Andre psykologer i kommunehelsetjenesten	IS	IS	*
Brukerorganisasjoner	IS	IS	IS

Psykologer i de fire modellene rapporterte i signifikant større grad enn psykologer i øvrige tjenester i kommunen at de drev med veiledning og undervisning rettet mot andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten. For øvrig var det ikke vesentlige forskjeller mellom psykologer i en av de fire modellene sammenlignet med psykologer i øvrige tjenester.

Analysene viste ingen forskjeller innad mellom de fire modellene. Vi fant imidlertid forskjeller basert på om modellen mottok tilskudd eller ikke. Psykologer med stilling i en av de fire modellene, men uten å være del av tilskuddsordningen, rapporterte i signifikant større grad at de drev med veiledning og undervisning rettet mot andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten. Psykologer i modell *med* tilskudd brukte signifikant mer tid på veiledning av andre psykologer i kommunehelsetjenesten enn psykologer i modell uten tilskudd.

4.4 Forskjeller mellom organiseringsmodeller når det gjelder psykologens arbeidsoppgaver

I tabellen under vises resultater av t-tester og Anova der vi tester om det er forskjeller med hensyn til hvor mye tid psykologen bruker på de ulike arbeidsoppgavene (jf. figur 4.2).

Tabell 4.2 Testing av forskjeller i psykologenes arbeidsoppgaver. Variasjoner mellom modell/ikke modell, mellom de fire modellene og om modellene mottar tilskudd eller ikke. T-test og Anova.

Psykologens arbeidsoppgaver	Signifikans (t-test modell/ikke modell)	ANOVA (F-test mellom de 4 modellene uavhengig av om de har tilskudd eller ikke)	Signifikans (t-test modell med tilskudd/ikke tilskudd)
	n=235	n=115	n=104
Behandling, utredning og diagnostisering	*	IS	IS
Annen direkte oppfølging (f eks psykososiale tiltak)	*	IS	IS
Folkehelsearbeid	IS	IS	IS
Samarbeid med øvrig hjelpeapparat om enkeltbrukere	*	IS	IS
Samarbeid med øvrig hjelpeapparat som ikke er knyttet til enkeltbrukere	IS	IS	IS
Veiledning og undervisning	IS	IS	IS
Administrasjon og ledelse	*	IS	IS

Analysene vist i tabellen over viser at psykologene i de fire forsøksmodellene bruker signifikant mer tid på behandling, utredning og diagnostisering av enkeltbrukere enn tilfellet blant øvrige psykologer i andre organiseringsmodeller (PPT, Barnevern og "annet"), som derimot bruker vesentlig mer tid på annen direkte oppfølging av enkeltbrukere, for eksempel psykososiale tiltak. De øvrige psykologene bruker også signifikant mer tid på samarbeid med øvrig hjelpeapparat om enkeltbrukere samt administrasjon og ledelse enn psykologene i de fire modellene.

Analysene viste ingen signifikante forskjeller de fire forsøksmodellene imellom, og heller ingen forskjeller basert på tilskudd eller ikke.

4.4.1 Har psykologens bakgrunn betydning for psykologenes rolle?

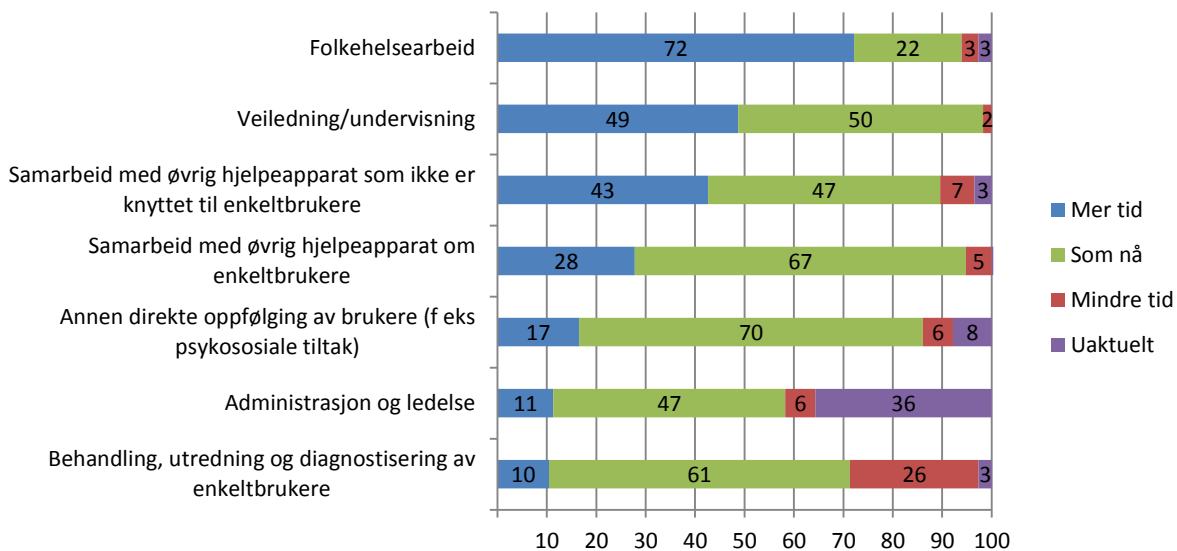
Bakgrunn og erfaring kan ha betydning for hvilken rolle psykologen får i det kommunale psykiske helsearbeidet. Så mange som 44 prosent av psykologene i de fire modellene kom til stillingen fra spesialisthelsetjenesten, og 14 prosent kom direkte fra utdanningen.

Ved multiple regresjonsanalyser undersøkte vi om det var systematiske sammenhenger mellom psykologens bakgrunn og hans/hennes vekt på arbeidsoppgaver (rolle). Her rapporteres kun for resultater for psykologer i helsetjenestene (PPT og øvrige unntatt). Følgende bakgrunnsvariabler ble kontrollert for: kjønn, alder, om psykologen hadde spesialistutdanning eller ikke og hvilken stilling psykologen hadde før han eller hun fikk nåværende stilling.

Regresjonsanalysene viste at det varierte vesentlig i forhold til psykologens tidligere praksis og om de hadde spesialisering hvorvidt psykologen la vekt på individrettet behandling versus folkehelsearbeid. Yngre psykologer i helsetjenestene brukte mer tid på behandling enn eldre psykologer, men ikke statistisk signifikant på 0,05-nivå (0,08). Videre la psykologer med spesialistutdanning signifikant mer vekt på behandling enn psykologer uten spesialisering. Det samme var tilfelle blant psykologer som kom fra stilling i spesialisthelsetjenesten. Disse la dessuten vesentlig mindre vekt på folkehelseperspektivet enn psykologer i annen offentlig eller privat virksomhet.

4.4.2 Hva kunne psykologene tenke seg å bruke mer eller mindre tid på?

Psykologenes rolle i kommunene vil i større eller mindre grad bli formet av de behov som fins i kommunen, og de forventninger de ulike tjenestene har til det å ha en psykolog integrert eller samlokalisert i sin tjeneste. For å undersøke om det psykologene faktisk brukte tiden sin på (figur 4.2) var i samsvar med hva psykologene kunne tenke seg å bruke tid på, fulgte vi opp med spørsmål om dette.



Figur 4.5 Psykologenes oppfatninger av hva de kunne tenke seg å bruke tid på. Andel som svarte at de ønsket å bruke mer tid, mindre tid eller som nå (n=115, kun psykologer i de fire modellene)

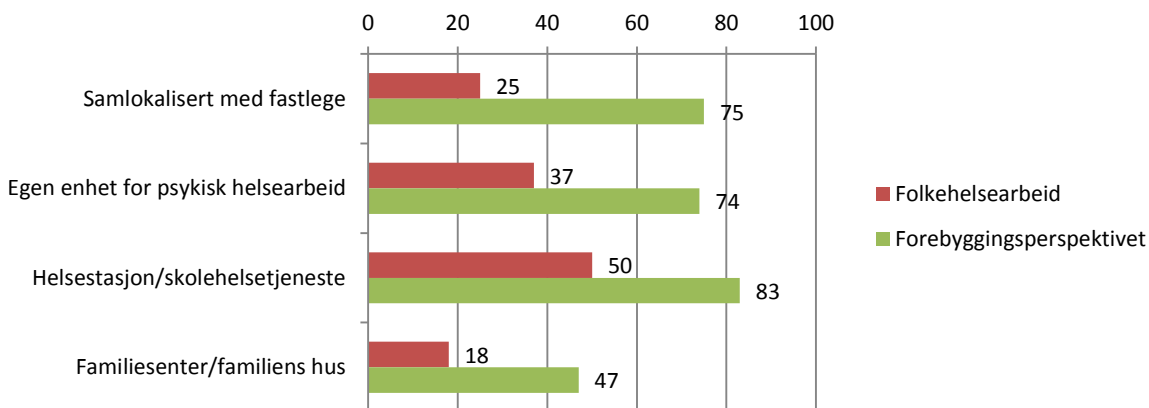
Så mange som tre av fire psykologer rapporterte at de ønsker å jobbe mer folkehelserettet enn de gjør per i dag. Videre ønsker halvparten å bruke enda mer tid på veiledning og undervisning, og 43 prosent ønsker å bruke mer tid på samarbeid med øvrig hjelpeapparat som ikke er knyttet til enkeltbrukere. Alle disse tre faktorene kan sies å tilhøre dimensjonen *befolkningsrettet*. Kun ti prosent ønsker å bruke mer til på individrettet behandling, mens en av fire psykologer faktisk ønsker å bruke mindre tid på behandling. Det var ingen signifikante forskjeller mellom psykologer i de fire modellene når det gjaldt hva de ønsket å bruke mer tid på.

Psykologene hadde anledning til å utdype med egne ord i spørreskjemaundersøkelsen hva de brukte tida på, og en av dem poengterte at rollen utformes over tid, og med mange faktorer som virker inn:

"Siden psykologstillingen var nyopprettet har jeg i løpet av ett år naturlig nok ikke rukket å jobbe like mye på alle plan, men har i samarbeid med ledere og kolleger påbegynt en utviklingsprosess med tanke på å forme psykologfunksjonen, noe som vil ta tid. Jeg ser for meg at stillingen/funksjonen vil være i kontinuerlig endring avhengig av brukernes behov og kommunens prioriteringsområder og ressurser."

4.4.3 Har modellenes bidrag styrket folkehelsearbeid og forebyggingsperspektivet?

Resultatene viser at psykologene i stor grad ønsker å jobbe folkehelserettet, men at de i relativt liten grad gjør det, slik folkehelsearbeid ble definert i spørreskjemaet. Psykologene med stilling i modell, og her kun de som mottar eller har mottatt tilskudd (n=52), ble spurt om de hadde inntrykk av at organiseringsmodellen har ført til at folkehelsearbeidet og forebyggingsperspektivet har blitt styrket gjennom den organiseringsmodellen som de jobber i.



Figur 4.6 Andel psykologer i tilskuddsmodellene som mente modellen har bidratt til styrking av folkehelsearbeidet og forebyggingsperspektivet. (n=52)

Resultatet bekrefter at psykologene i liten grad mener modellene har bidratt til styrket folkehelsearbeid, men i vesentlig større grad at de bidrar til et styrket forebyggingsperspektiv. Mens to av tre psykologer er av denne oppfatningen, mener kun en av tre psykologer at modellene har bidratt til styrking av folkehelsearbeidet. Det er ikke signifikante forskjeller mellom de fire modellene, men særlig psykologer i Familiens hus mente modellen i liten grad har styrket folkehelsearbeidet og forebyggingsperspektivet. En årsak kan være at psykologene i Familiens hus oppfatter disse to perspektivene som så sentrale allerede i denne relativt nye og tverrfaglige organiseringsmodellen som ble opprettet som tiltak under Opptrappingsplanen for psykisk helse, og at tilskudd til en (eventuelt ekstra) psykologstilling inn i modellen i seg selv ikke bidrar til stor endring i modellens perspektiver og virkemåte. På den annen side rapporterte en langt høyere andel av psykologene i Familiens hus at modellen bidro til styrking av samarbeidet, som vi skal se i neste kapittel, selv om tverrfaglighet og samhandling i utgangspunktet er helt sentralt i Familiens hus.

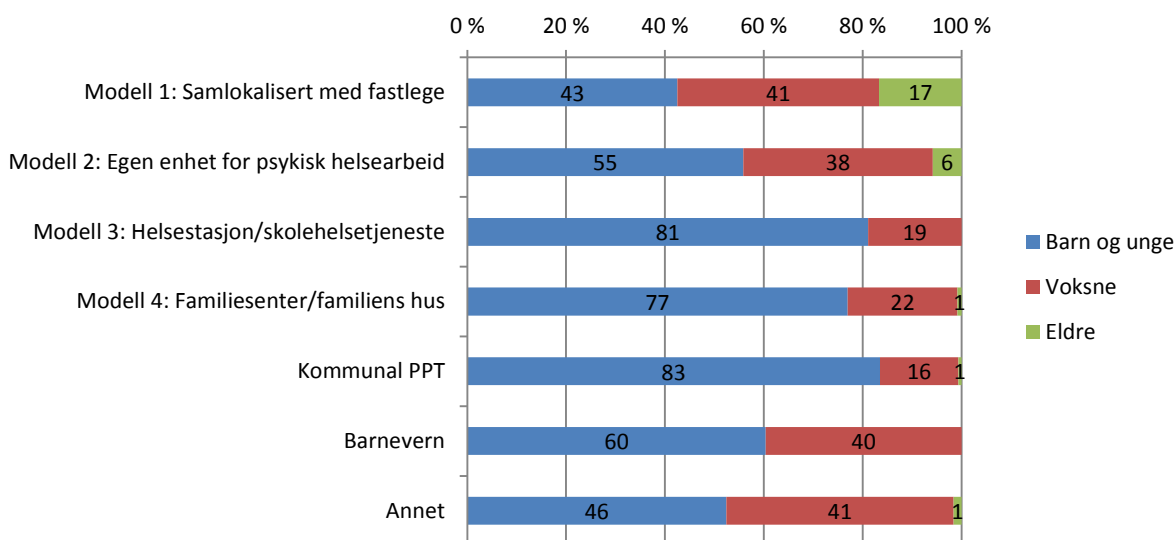
4.4.4 Psykologenes behandling av enkeltbrukere

Vi har konstatert at psykologer i de fire modellene i vesentlig større grad enn andre psykologer i kommunen (i PPT, barnevern og annet) driver med behandling rettet mot enkeltpersoner. Resultatene viser at kun seks av totalt 115 psykologer som jobber i de fire modellene oppga at de *ikke* driver med behandling (inkludert gruppeterapi) i stillingen sin. I PPT og barnevern derimot svarte godt over halvparten at de ikke driver med behandling.

4.5 Hvilke brukergrupper jobber psykologene med?

Målgrupper for psykologenes tjenester er mennesker med psykiske problemer og lidelser. Man ønsker fra helsemyndighetene sin side å utvikle psykologtilbudet i kommunene både når det gjelder tjenester for voksne og for barn/unge (St.prp.nr.1 (2006-2007), men ettersom så stor del av psykologtilbudet har rettet seg mot barn og unge presiseres behovet for å utvide psykologtilbudet også for målgruppen voksne og eldre.

Psykologene ble spurt om hvor stor del av arbeidstiden sin de brukte på ulike brukergrupper som henholdsvis barn & unge, voksne og eldre.



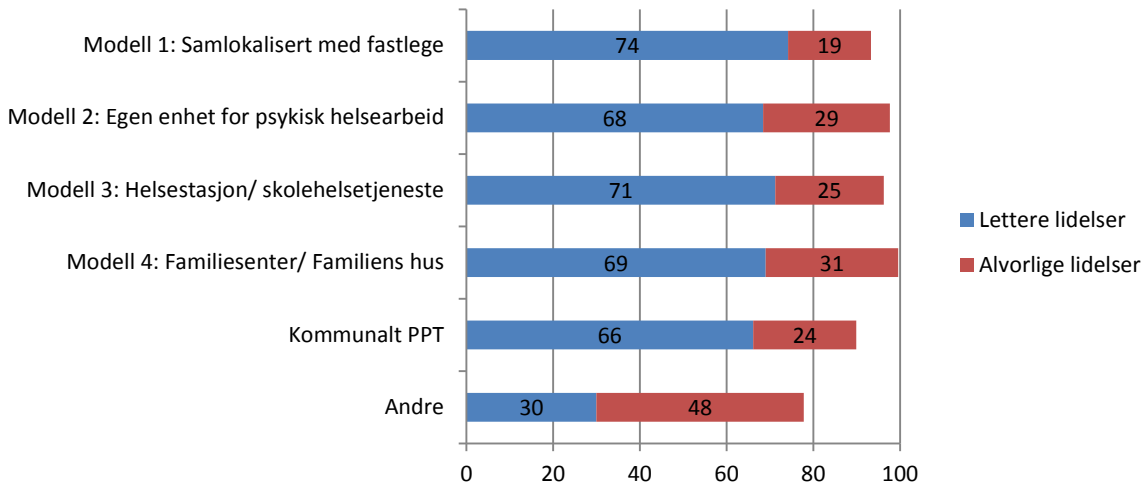
Figur 4.7 Andel tid brukt på ulike brukergrupper i de ulike organiseringsmodellene. Prosentandeler. (n=235)

Totalt sett jobber psykologene mest i forhold til barn og unge og deres familier i kommunene, men i modell med psykolog hos fastlege utgjør brukerne voksne og i noen grad også eldre i om lag halvparten av tilfellene. I modell med psykolog i enhet for psykisk helsearbeid rapporterer psykologene at arbeidet er rettet mot voksne i noe under halvparten av tilfellene. Som forventet retter modellene 3 og 4 seg i vesentlig større grad mot barn og unge, og i den grad voksne rapporteres som brukere i disse to modellene vil det dreie det seg om foreldre/familie.

Helsedirektoratet antyder at det er ønskelig at flere voksne og eldre brukere skal få tilgang til psykologenes tjenester, noe som tilsier flere psykologer til modellene 1 og 2.

4.5.1 Alvorlighetsgrad psykiske vansker/lidelser

Det ble undersøkt i hvor stor grad psykologene arbeidet med alvorlige versus lettere psykiske lidelser i de ulike modellene.

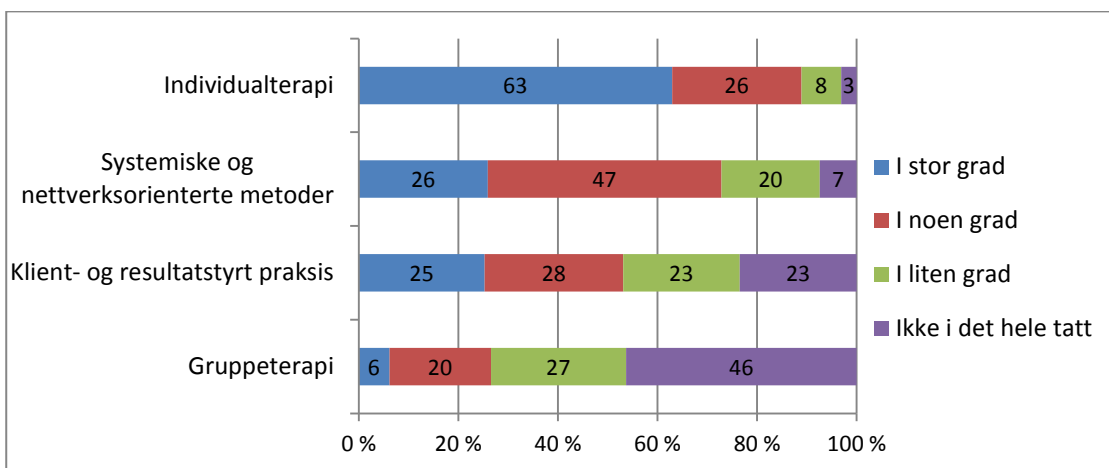


Figur 4.8 Gjennomsnittlig andel tid brukt på henholdsvis alvorlige og lettere lidelser i de ulike modellene. (n=235)

Psykologene i de fire modellene, og i tillegg også PPT, rapporterer at de i hovedsak jobber med mennesker med lettere psykiske vansker. Størst andel med alvorlige lidelser finner vi i gruppen "andre" (20 psykologer som jobber i henholdsvis barnevern, kommuneadministrasjon, kommunalt rusarbeid, fylkeskommunalt PPT, flyktingtjeneste og NAV). Som forventet brukes minst tid på alvorlige lidelser i modell 1, ettersom denne først og fremst er innrettet mot lettere lidelser.

4.5.2 Psykologens metodebruk i behandling

Vi undersøkte hvilke metoder psykologene bruker i arbeidet sitt med enkeltbrukere. Hovedkategoriene brukt i spørsmålet var: individualterapi, gruppeterapi, klient- og resultatstyrt praksis samt systemiske og nettverksorienterte metoder.



Figur 4.9 Psykologenes metodebruk. Andel psykologer som svarte at de bruker metoden i stor grad, noen grad, liten grad eller ikke i det hele tatt. (n=162)

Et flertall av psykologene (63 prosent) som driver med behandling av enkeltpersoner oppgir at de bruker individualterapeutiske metoder i stor grad. Videre oppgir en av fire at de bruker systemiske og nettverksorienterte metoder, mens halvparten oppga at de i noen grad gjør dette. Halvparten oppgir også at de i stor eller noen grad bruker Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). En av fire psykologer oppga at de benytter gruppeterapi i stor eller noen grad.

4.5.3 Psykologens metodebruk i behandling – forskjeller mellom modeller

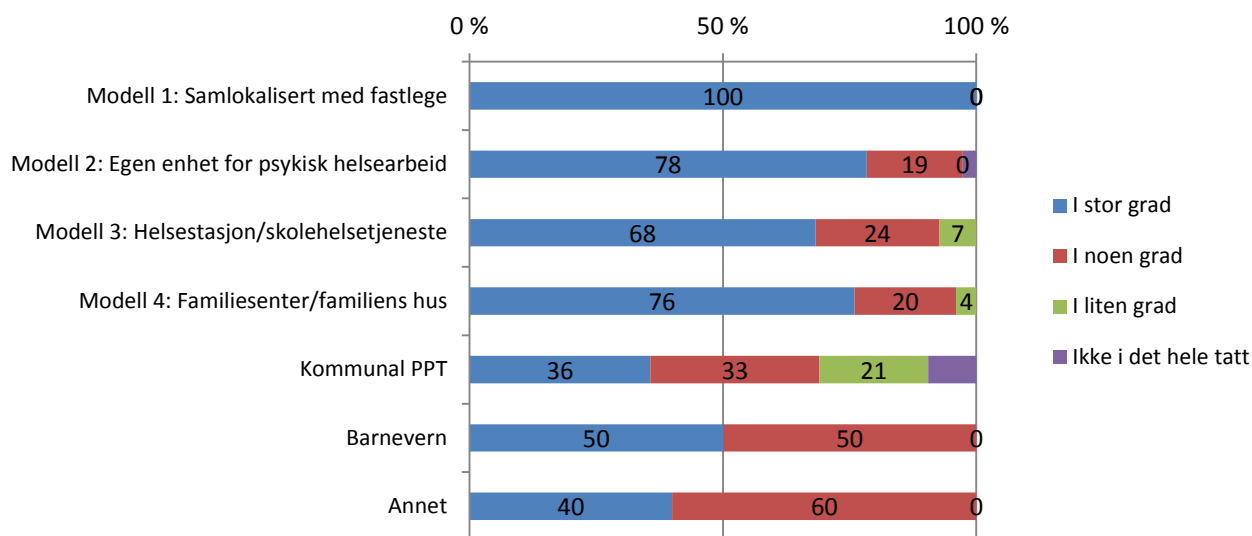
Ved testing av forskjeller når det gjelder psykologenes metodebruk i behandling av enkeltbrukere fikk vi bekreftet at psykologer i de fire modellene i større grad har en individorientert tilnærming enn øvrige psykologer i kommunen.

Tabell 4.3 Testing av forskjeller i psykologenes metodebruk. Variasjoner mellom modell/ikke modell, mellom de fire modellene og om modellen mottar tilskudd eller ikke. T-test og Anova.

Metoder	Signifikans (t-test modell/ikke modell)	ANOVA (F-test mellom de fire modellene uavhengig av om de har tilskudd eller ikke)	Signifikans (t-test modell med tilskudd/ikke tilskudd)
	n=162	n=115	n=104
Individualterapi	*	IS	*
Systemiske og nettverksorienterte metoder	IS	IS	IS
Klient- og resultatstyrt praksis	IS	*	IS
Gruppeterapi	IS	IS	IS

Individualterapi benyttes i signifikant større grad blant psykologer i de fire modellene sammenlignet med de øvrige tjenestene. At individualterapi er vesentlig mindre brukt blant de øvrige psykologene, hovedsakelig PPT, er som forventet ettersom disse psykologene bruker mye tid på annen oppfølging av brukere og på sakkyndig arbeid. Det var ingen forskjeller mellom psykologer i modellene og de andre tjenestene når det gjaldt anvendelse av de øvrige metodene i forbindelse med behandling.

Det var ingen forskjeller mellom de fire modellene når det gjelder bruk av individualterapi, og heller ikke systemiske/nettverksorienterte metoder eller gruppeterapi. Derimot ble klient- og resultatstyrt praksis rapportert brukt i vesentlig større grad blant psykologer i modell 4, Familiens hus, enn i de andre modellene.



Figur 4.10 Psykologenes bruk av individualterapi i de ulike modellene. Andel psykologer som svarte at de benytter individualterapi i stor grad, i noen grad, i liten grad, og ikke i det hele tatt. (n=162)

I modell 1 oppgir alle psykologene at de benytter individualterapi overfor brukerne. Det samme oppgis av tre av fire psykologer både i modell 2 og 4. Individualterapi er litt mindre vanlig i helsestasjon/skolehelsetjeneste der 68 prosent av psykologene oppgir at de benytter dette.

I det åpne kommentarfeltet i spørreskjemaet oppgir en del av psykologene i de fire forsøksmodellene andre metoder og tiltak de var opptatt med. Disse var som følger:

- Circle of security-inspirert terapi
- Tilknyningsbasert behandling, Circle of Security, mentaliseringsbasert behandling
- Dyreassistert terapi (terapihund)
- Samspillsveiledning av foreldre-barn dyader
- Familieterapi
- Foreldreveiledning, familiesamtaler
- Har en barnegruppe for barn som har psykisk syke foreldre og/eller foreldre med kroniske sykdommer eller rusproblemer (ser det som gruppeterapi på lavterskelnivå)
- Holder kurs i depresjonsmestring
- Ulike relasjonsfremmende metoder; foreldre- barn psykoterapi, triangulerte samtaler, videobasert foreldreveiledning.
- Korttidsdynamisk terapi, Narrativ terapi, Interpersonlig terapi, Mentaliseringsbasert terapi
- Kriseintervensjon ved brå død, ulykke, alvorlig sykdom etc.
- Mindfulness i gruppe - samarbeid med fysioterapeut
- Mindfulness-fokuserte tilnærminger
- EMDR, mindfulness, psykoedukasjon

4.6 Oppsummering og diskusjon – psykologenes rolle

4.6.1 Individfokus versus befolkningsfokus i psykologens arbeidsoppgaver i de fire modellene

De statlige føringer for psykologer i kommunen tilsier at psykologens oppgaver strekker seg fra en tradisjonell behandlerrolle til befolkningsrettet arbeid (Helsedirektoratet, 2008). Resultatet fra vår studie viser imidlertid at psykologene bruker mest tid på behandling, utredning og diagnostisering knyttet til enkeltbrukere, og svært lite på folkehelsearbeid (definert som "planlegging og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak, inkludert screening og kommunal kartlegging"). Det er ingen signifikante forskjeller mellom forsøksmodellene i så måte, og heller ikke når det gjelder de øvrige arbeidsoppgavene. Resultatet viser imidlertid at psykologene i de fire modellene fyller en slik tradisjonell behandlerrolle i vesentlig større grad enn psykologer i øvrige tjenester i kommunen (PPT, barnevern etc.). Disse bruker derimot mer tid (enn psykologer i en av de fire modellene) på annen type oppfølging som for eksempel psykososiale tiltak.

Psykologene oppgir et utstrakt samarbeid med øvrig hjelpeapparat når dette er knyttet til enkeltbrukere, mens det i vesentlig mindre grad samarbeides på et *generelt* grunnlag, noe vi ser nærmere på i neste kapittel. For øvrig samarbeider psykologer i øvrige tjenester vesentlig mer om enkeltbrukere enn tilfellet er blant psykologer i en av de fire modellene. PPT-psykologene har imidlertid et annet mandat som styres av Opplæringsloven, og dermed en annen rolle som tilsier at psykososiale tiltak er mer sentralt, og der et mer utbredt samarbeid med øvrige tjenester også kan skyldes at psykologene her jevnt over har vært lengre i stillingen enn psykolog i stilling med tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette kan gjøre at de har opparbeidet seg et større nettverk innen det kommunale hjelpeapparatet, og dermed har lettere for å samarbeide på tvers av tjenester.

Helsedirektoratet vektlegger veiledning og undervisning som ledd i folkehelsearbeid, når dette retter seg mot henholdsvis system og befolkning (Helsedirektoratet, 2008, s. 19). Psykologene i de fire modellene oppgir også relativt mye tid brukt på veiledning og undervisning, og i vesentlig større grad enn øvrige psykologer i andre tjenester. Målgruppen er primært andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten mens kommunens befolkning i betydelig mindre grad er en målgruppe.

Når det gjelder psykologenes metodebruk i behandling finner vi at individualterapeutiske metoder er mye mer utbredt enn systemiske og nettverksorienterte metoder, og førstnevnte vesentlig mer utbredt blant psykologene i de fire forsøksmodellene enn psykologer i øvrige tjenester.

4.6.2 Målgrupper

Psykologer i kommunene er for det meste rettet mot barn og unge og deres familier, og i hovedsak de med lettere psykiske vansker. I modellutprøvingen utgjør fastlegemodellen et tilbud til voksne og i noen grad også eldre i om lag halvparten av tilfellene, men denne modellen er svært lite utbredt. I psykisk helsearbeid-modellen er arbeidet rettet mot voksne i noe under halvparten av tilfellene, og som forventet retter modellen med psykolog i helsestasjon/skolehelsetjeneste og psykolog i familiesentermodell seg mot barn og unge og deres familie. Et utvidet tilbud til barn og unge er i tråd med målsettingen, men dersom flere voksne og eldre brukere skal få tilgang til psykologenes tjenester tilsier dette at tilbudet i fastlegemodellen og i modellen med psykolog i psykisk helsearbeid utvikles i flere kommuner.

4.6.3 Psykologens bakgrunn og kommunenes behov

Kommunenes og befolkningens behov vil i ulik grad være styrende for psykologens rolle og fokus i arbeidet. Noen steder kan det være presserende behov som man tenker kan avhjelpes ved en psykologstilling. Resultatene viste også at psykologens bakgrunn har betydning for i hvilken grad han eller hun jobber folkehelserettet eller mer behandlingsorientert.

Funnene viste at det varierte vesentlig i forhold til tidligere praksis og om de hadde spesialisering, hvor mye psykologen legger vekt på utredning, diagnostisering og behandling og hvor mye de legger vekt på folkehelsearbeid. Tendensen var også at yngre psykologer brukte mer tid på behandling enn eldre psykologer (over 50 år). Dette kan skyldes at de kan mest om dette fra utdanningen, og føler at de kan bidra. En annen forklaring kan være at de yngste psykologene i større grad formes av det behovet som søkes dekt i tjenesten eller kommunen, og at psykologens tradisjonelle rolle som behandler er det man i første rekke mener det er behov for. At psykologer med spesialistutdanning og psykologer som kom fra stilling i spesialisthelsetjenesten legger vesentlig mer vekt på behandling enn de uten spesialisering og de som kommer fra stillinger andre steder, er i utgangspunktet ikke overraskende. På den annen side er det et paradoks, fordi en viktig årsak til at psykologer fra spesialisthelsetjenesten søker seg til kommunene er at de opplever en økende byråkratisering og spesialisering av arbeidet i spesialisthelsetjenesten, og derav vanskelig å jobbe forebyggingsorientert (Fossestøl & Skarpaas, 2013). Dette kan tyde på at å dreie det faglige fokuset viser seg vanskelig når psykologen står i den kommunale virkeligheten. Dette dilemmaet antydes også i våre funn ettersom en av tre psykologer kunne tenke seg å bruke mer tid på folkehelsearbeid, og en av fire kunne tenke seg å bruke mindre tid på individrettet behandling. Trolig er det også et utslag av at psykologer med erfaring fra spesialisthelsetjenesten i gjennomsnitt vil ha mer kompetanse og erfaring knyttet til vanskelige problemstillinger, og dermed først og fremst vil utnyttes i det kliniske arbeidet. Trolig er dette også grunnen til vårt resultat der spesialister i klinisk barne- og ungdomspsykologi eller voksenpsykologi ansatt i helsetjenestene jobbet vesentlig mer behandlingsorientert enn de uten spesialisering.

Det kan oppleves motsetningsfylt og både skulle arbeide lavterskel, brukerrrettet og klinisk med utredning og behandling - og samtidig ivareta et mer systemrettet folkehelse- og forebyggingsperspektiv i stillingen (se drøfting hos Imenes, 2011). Wang et al. (2007) diskuterer motsetningen mellom å utdanne psykologer til behandling, og behovet for å utdanne psykologer til forebyggende psykisk helsearbeid. Dette er en problemstilling kommunene bør være bevisste på i rekrutteringsprosessen. Det trengs sannsynligvis større bevissthet og planlegging av hvordan det er mest hensiktsmessig at psykologenes kompetanse utnyttes, og i lys av kommunens utfordringer innen psykisk helse, og hvordan man vil gå fram for å løse disse; i hvilken grad psykologen skal jobbe folkehelserettet versus å ha en individfokuset behandlerrolle. I disse vurderingene er det også hensiktsmessig å ta inn hvordan øvrige aktuelle faggrupper, både helsefaglige og personer med samfunnsvitenskapelig bakgrunn, kan bidra i styrking av folkehelseperspektivet.

5 Psykologenes samhandling

I tillegg til at økt psykologrekruttering i kommunene aktualiserer spørsmålet om hva psykisk helsearbeid er, hva psykologens rolle bør være i psykisk helsearbeid og hvor det er hensiktsmessig å plassere psykologen organisatorisk, aktualiseres spørsmål knyttet til samhandling (Helsedirektoratet, 2008).

I forrige kapittel så vi at psykologene i forsøksmodellene i stor grad rapporterer at de har en tradisjonell behandlerrolle rettet mot enkeltbrukere. I tråd med en slik rolle fant vi også at den tiden psykologene bruker på samhandling med ulike tjenester i større grad, var knyttet til behandling av enkeltbrukere enn på et generelt grunnlag.

Hovedproblemstillingen i dette kapitlet er i hvilken grad psykologer i de fire modellene samhandler med øvrige tjenester og instanser. Videre om det er forskjeller mellom psykologenes samhandling i de fire modellene og psykologers samhandling i øvrige tjenester, og om det er forskjeller de fire modellene imellom. Der det er relevant og mulig analyseres også forskjeller basert på om modellen mottar tilskudd eller ikke.

5.1 Samhandling både for bedre pasientflyt og kompetanseflyt

Generelt i dagens helsetjenester kreves mer og bedre samhandling for å oppnå helhetlige og koordinerte tjenester – noe som igjen vil gi en kvalitativt bedre tjeneste til brukerne samt en mer effektiv tjeneste. Et annet viktig perspektiv er at samhandling mellom tjenester kan gi bedre kompetanseflyt mellom de ulike yrkesgruppene som jobber med oppfølging og behandling av samme målgruppe. Vi skal kort se nærmere på disse to perspektivene, og betydningen av flere psykologer til kommunene i så måte.

5.1.1 Bedre pasientflyt

Det er et sentralt helsepolitisk mål å oppnå helhetlige helse- og omsorgstjenester, noe som innebærer god pasientflyt mellom tjenestene og mellom nivåene (St.meld. nr. 47, (2008-2009) St.meld. nr. 25, (1996-1997)). Dette er særlig et behov blant brukere med sammensatte vansker og lidelser som trenger behandling og oppfølging fra flere tjenester. Som et ledd i å oppnå god kontinuitet og pasientflyt er det også pålagt et fast strukturert samarbeid mellom helseforetak og kommuner om psykiske helsetjenester basert på samarbeidsavtaler som skal fordele ansvar, oppgaver og roller (St.prp.nr.1 (2004-2005)).

Helsedirektoratet (2008) påpeker at med flere psykologer i den kommunale helsetjenesten aktualiseres spørsmålet om hva som kan håndteres uten å henvise videre til spesialisthelsetjenesten, og hvilke tilstander som bør utredes og behandles i psykisk helsevern. Et viktig moment når det gjelder oppgavefordelingen mellom nivåene er dessuten at spesialisthelsetjenesten ved flere psykologer i kommunen trolig vil overta flere saker hvor "mye er både tenkt og gjort på forhånd, og også saker hvor behandlingen alt er påbegynt", noe som "krever fleksibilitet og økt samhandling" (Imenes, 2011)

5.1.2 Bedre kompetanseflyt

Et argument for samhandling er også behov for kompetanseflyt knyttet til psykisk helseproblematikk. Det fremgår av Helsedirektoratets rapport (2008) at kommunepsykologen, når det gjelder behandling, bør "etablere et tett og nært samarbeid med øvrige personellgrupper innen de tjenester det er aktuelt å

arbeide opp mot, slik at de får utfylle hverandre på beste måte" (s. 23). Som grunnlag for dette perspektivet refereres til en rekke studier som viser ulike tjenester i kommunen sitt behov og ønske om tilførsel av kompetanse om psykisk helseproblematikk og håndtering av psykiske problemer både når det gjelder barn, unge og voksne. Dette gjelder fastleger (Andersson & Tingvoll, 2005; Andersson, 2006; Norvoll mfl., 2006; Ådnes et al., 2005; Ådnes & Bjørngaard, 2006), og det gjelder helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Andersson & Steihaug, 2008). Det er også dokumentert behov når det gjelder personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid som etterlyser mer kunnskap om symptomer, medisiner/ medisiner og behandling/klinisk kompetanse (Ådnes & Harsvik, 2007). Foruten studier som viser de ulike yrkesgruppenes behov og ønske om mer kompetanse, fins andre studier som viser at selv om fastlegen er den mest sentrale henviser av barn og unge til psykisk helsevern, vurderer BUP henvisninger fra fastlegen som mindre gode både med hensyn til innhold og kvalitet enn når henvisninger var utarbeidet av PPT eller barnevern, i noen grad også fra helsestasjon (Andersson & Norvoll, 2006). For øvrig dokumenterte også studien høyere kvalitet i henvisningene når flere enn fastlegen var involvert i saken, noe som understreker nytten av, og behovet for, samhandling.

5.2 Mål om samhandling i de fire forsøksmodellene

Hvilke visjoner og mål knyttet til samhandling finner vi konkret i selve utlysningen av Helsedirektoratets tilskuddsordning og modellutprøving for psykologer i kommunene, og i kriteriene for måloppnåelse, slik det presenteres overfor kommunene?

Når det gjelder *samløkaliseringen av fastleger og psykologer* i modell 1 skal denne "stimulere spesielt til samarbeid om behandling av lettere og moderate psykiske lidelser, og til samarbeid og gjensidig kompetanseutveksling mellom psykologer og allmennleger innenfor fastlegeordningen". En viktig bakgrunn for modellen er at fastlegene er en sentral arena for å fange opp og behandle psykiske lidelser og vansker. Visjonen er at dette kan utnyttes enda bedre med psykolog tilgjengelig på samme arena. Tanken er at et behandlingstilbud i kommunen, senket terskel for hjelp, og det å forhindre innleggelse vil gi et mer helhetlig tilbud til innbyggerne.

Når det gjelder *psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid* (modell 2), er det organisatoriske utgangspunktet et helt annet enn i modell 1 selv om målet i stor grad er det samme; å stimulere til behandling av lettere og moderate psykiske lidelser, men modell 2 inkluderer også behandling og rehabilitering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. En viktig forskjell er at i modell 2 legges det opp til integrering med annen tjeneste og ikke bare samløkalisering, og en "utvidelse av tverrfaglig sammensetning" innen enhet for psykisk helsearbeid. En utvidelse av den tverrfaglige sammensetningen skal ifølge intensjonen "legge til rette for samarbeid, veiledning og gjensidig kompetansenettverk".

Mens det i utlysningen av modellutprøvingen overfor kommunene knyttet konkrete visjoner om psykologens roller og samhandling når psykologen er samløkalisert med fastlege eller integrert med psykisk helsearbeid, er ikke formulert noe spesifikt knyttet til modellene 3 og 4, henholdsvis *Psykologer på helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom* eller i *Familiesenter/Familiens hus* i selve utlysningen. For alle modellene oppgis imidlertid at "tverrfaglig samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutveksling er sentralt".

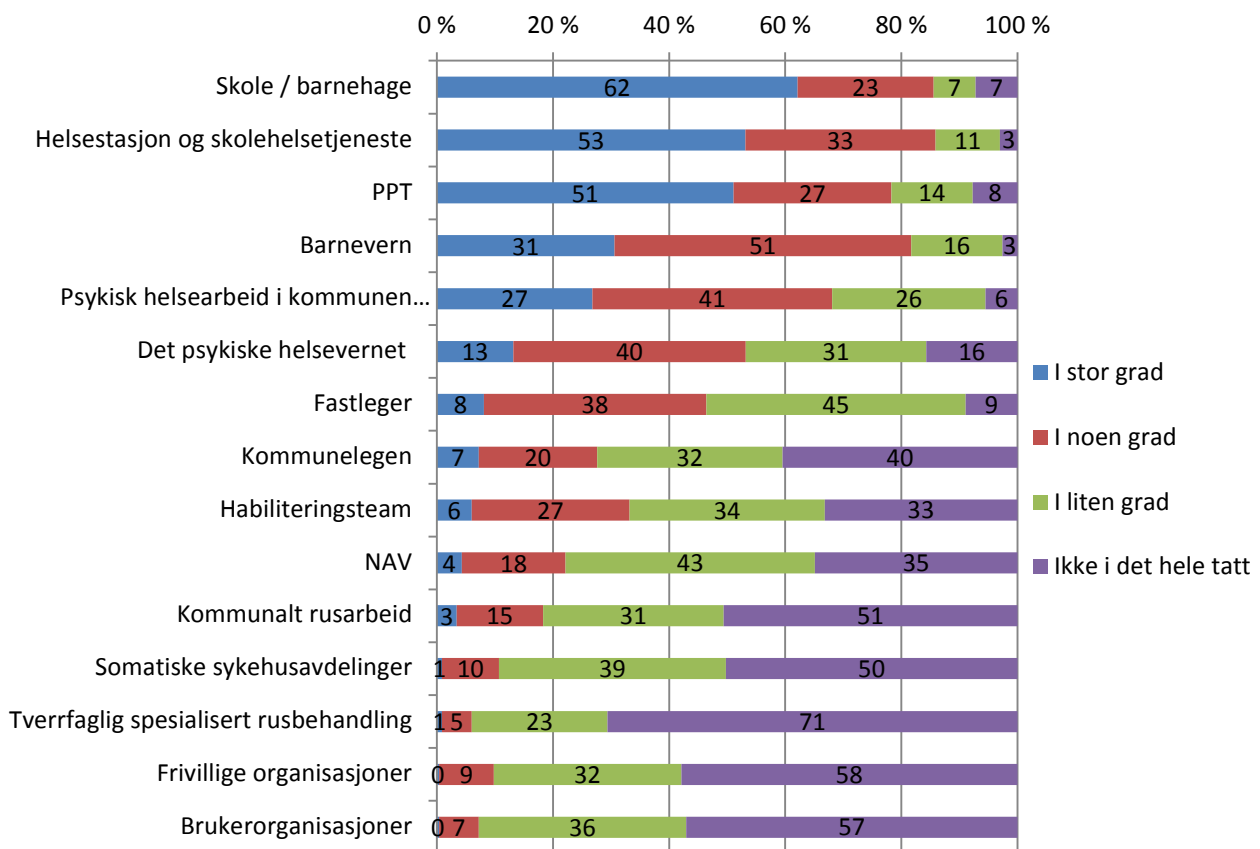
Videre oppgir Helsedirektoratet også en rekke kriterier for måloppnåelse i selve utlysningen av tilskuddet overfor kommunene som omhandler samarbeid. Her fremgår det at: "Kommunepsykologen inngår i tverrfaglig samarbeid", og at dette samarbeidet "omfatter definerte tverrfaglige oppgaver, arenaer og gode samarbeidsrutiner". Andre kriterier for måloppnåelse er: samarbeid med brukerorganisasjoner for utforming av tjenesten, at samarbeid med psykisk helsevern skal etableres og at dette kan omfatte både drøftinger av enkeltsaker og fagutvikling, og at kommunepsykologen skal inngå i et psykologfaglig nettverk.

5.3 Problemstillinger i kapitlet

Hovedproblemstillingen i kapitlet er i hvilken grad psykologer i de fire forsøksmodellene samhandler med øvrige kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten. Videre om det er forskjeller mellom psykologenes samhandling i de fire modellene i forhold til øvrige tjenester, og om det er forskjeller de fire modellene imellom.

5.4 Psykologenes samhandling med ulike instanser

Hvilke tjenester samarbeider psykologene i størst grad med? Figuren under viser samlet svar fra alle psykologer i utvalget (inkludert PPT og andre). Deretter gis en fremstilling av forskjeller mellom psykologer i modellene og andre i tabell 5.1.



Figur 5.1 Psykologer i kommunens samarbeid med ulike tjenester og instanser. Andel som har svart at de samarbeider i stor grad, i noen grad, i liten grad og ikke i det hele tatt. (n=235)

Skole/barnehage og helsestasjon/skolehelsetjeneste utgjør de mest sentrale samarbeidende instansene for det *totale* utvalget av psykologer som deltok i spørreskjemaundersøkelsen. Godt over 80 prosent oppga at de samarbeider i stor eller noen grad med disse instansene. Dernest følger PPT og barnevern som nest viktigste samarbeidende tjenester. Dette reflekterer at de aller fleste årsverkene av psykologer i kommunene er rettet mot barn og unge. Det store innslaget av samarbeid mot skole reflekterer det store innslaget av psykologer fra PPT i utvalget (jf. tabell 5.1 der vi fremstiller forskjeller mellom de ulike gruppene av psykologer når det gjelder samarbeid, og figur 5.2 der det gis en fremstilling av samarbeid der kun psykologer i de fire modellene er inkludert).

Det psykiske helsearbeidet i kommunen er ikke en så sentral samarbeidsaktør som tjenestene nevnt over, og igjen skyldes dette trolig at flertallet av psykologer i kommunene arbeider med barn/unge som målgruppe mens det psykiske helsearbeidet i vesentlig grad retter seg mot voksne (jf. figur 4.8). Mer overraskende er det når psykologene angir relativt lite samarbeid med det psykiske helsevernet. Kun 13 prosent oppgir at de i stor grad samarbeider med dem, mens 40 prosent oppgir i noen grad. Det er også overraskende at det ikke samarbeides mer med fastlegene ettersom psykologene har samtlige brukere felles med dem. Her er det som forventet store forskjeller mellom modellene (jf. tabell 5.1).

Når det gjelder kommunelege, habiliteringsteam og NAV viser resultatet at disse ikke er sentrale samarbeidende instanser for psykologene totalt sett. Enda mindre samarbeid foregår i forhold til kommunalt rusarbeid, somatiske sykehusavdelinger, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Igjen skyldes dette i noen grad det store fokuset på barn og unge

Det er et kriterium for måloppnåelse for forsøksmodellene at det samarbeides med brukerorganisasjoner for utforming av tjenesten. Kun sju prosent av psykologene oppgir at de i noen grad har et samarbeid med brukerorganisasjoner mens 36 prosent oppgir slikt samarbeid i liten grad, og rundt 57 prosent at de ikke har slikt samarbeid i det hele tatt.

5.4.1 Forskjeller mellom organiseringsmodeller når det gjelder psykologens samarbeid

Tabellen under viser resultater av t-tester og Anova, der vi tester om det er forskjeller i psykologenes samarbeid med andre (jf. figur 5.1), basert på om psykologen har stilling i modell versus øvrig tjeneste (PPT, barnevern eller annet), mellom de fire modellene, og til sist om det er forskjeller mellom modell som mottar tilskudd og modell som ikke mottar tilskudd.

Tabell 5.1 Forskjeller i psykologenes samarbeid med andre tjenester. Variasjoner mellom modell/ikke modell, mellom de fire modellene og om de mottar tilskudd eller ikke. T-test og Anova.

	Signifikans (t-test modell/ ikke modell) n=235	ANOVA (F-test mellom de 4 modellene) n=115	Signifikans (t-test modell med tilskudd/ikke tilskudd) n=104
Enhet for psykisk helsearbeid	*	*	*
Fastleger	*	*	*
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	*	*	IS
PPT	*	*	IS
Barnevern	*	*	IS
Kommunelegen	*	IS	IS
Kommunalt rusarbeid	*	IS	*
Skole/ barnehage	*	*	IS
NAV	*	*	*
Det psykiske helsevernet	IS	IS	IS
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	*	IS	IS
Somatiske sykehusavdelinger	*	IS	IS
Habiliteringsteam	IS	IS	IS
Frivillige organisasjoner	IS	IS	IS
Brukerorganisasjoner	IS	IS	IS

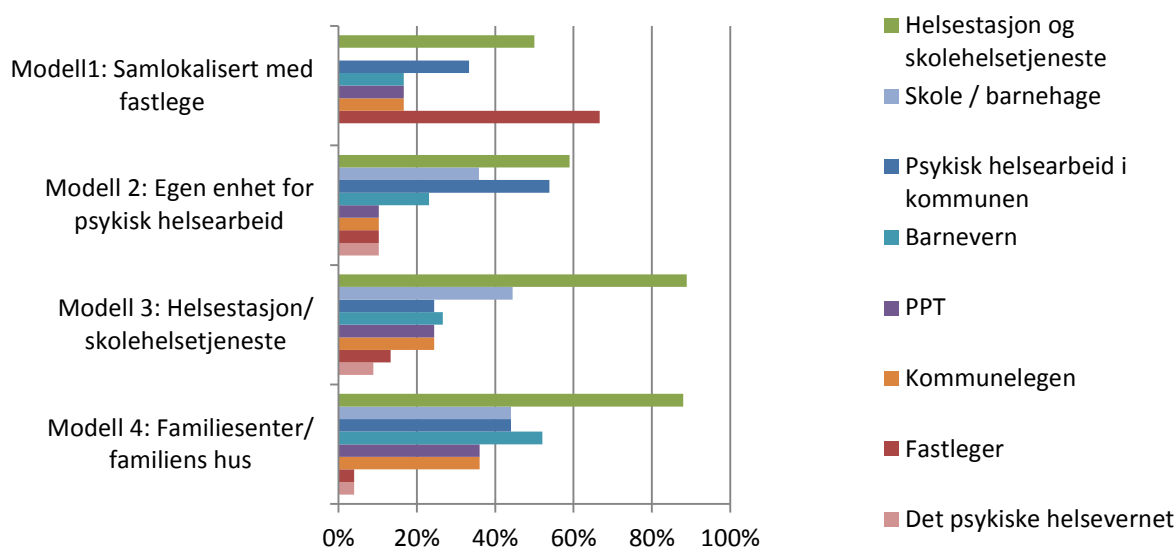
Psykologer som jobber i en av de fire modellene samarbeider signifikant mer enn øvrige psykologer i kommunen både med enhet for psykisk helsearbeid, fastleger, kommunelege, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Øvrige psykologer (hovedsakelig PPT) samarbeider derimot mer (enn psykologer i en av de fire modellene) med barnevern, skole/barnehage. Øvrige psykologer samarbeider også mer med NAV, kommunalt og spesialisert rusarbeid/rusbehandling, og somatiske sykehusavdelinger, men dette samarbeidet er ikke omfattende for noen av modellene/tjenestene.

Forskjellene mellom de fire modellene med hensyn til hvor mye psykologene samarbeider (kolonne 2 i tabellen) er signifikante for flere av tjenestene. Når det gjelder enhet for psykisk helsearbeid, fastleger og helsestasjon/skolehelsetjeneste er det mest samarbeid i de respektive modellene der psykolog er samordnet eller integrert i disse (modellene 1, 2 og 3). Psykologer i modell 4 (familiens hus) rapporterer vesentlig mer samarbeid med PPT og barnevern enn psykologer i de tre andre modellene, men samarbeider i likhet med modell 3 mest med helsestasjon og skolehelsetjeneste, skole/barnehage og NAV.

Analysene viste også forskjeller basert på om tjenesten er en del av Helsedirektoratets forsøksordning eller ikke. Ved sammenligning av psykologer som jobber i en av modellene som mottar tilskudd med psykolog i modell uten tilskudd fant vi at psykolog i tilskuddsmodell samarbeider vesentlig mer med enhet for psykisk helsearbeid, fastlegene, kommunalt rusarbeid og NAV.

5.4.2 Psykologenes samarbeidsprofiler i de fire modellene

I det følgende skal vi se på hvem som er de mest sentrale samarbeidspartnere for psykologene i de fire forsøksmodellene. I framstillingen har vi trukket ut de som oppgir at de "i stor grad" har et samarbeid for å tydeliggjøre dette.



Figur 5.2 Psykologenes samarbeid med andre tjenester. Andel som oppgir samarbeid i stor grad fordelt på de fire forsøksmodellene. (n=115)

Modell 1 og 2 har det til felles at de i stor grad retter seg mot voksne brukere mens dette ikke er tilfelle i modell 3 og 4 (jf. figur 4.8). Modell 1 skiller seg dessuten fra de andre modellene ved et tydelig mandat om samarbeid med fastlege, noe som også gjenspeiler seg i resultatet. Det foregår betydelig samarbeid mellom psykologer og fastleger innad i modell 1 (der disse er samlokalisert). I de øvrige modellene er derimot samarbeidet med fastlegene svært lite med mellom fire og 13 prosent som oppgir at de i stor grad samarbeider med fastlegene. Psykologer i modell 1 oppgir ikke noe samarbeid med skolen, mens dette er en viktig aktør for psykologer i modell 2. Vi ser imidlertid at disse psykologene i noen grad oppgir samarbeid med andre instanser for barn og unge (PPT og Barnevern). I likhet med modell 1 foregår mer samarbeid mellom psykolog og enhet for psykisk helsearbeid når psykolog er integrert i denne enheten (modell 2) enn tilfellet er for psykologer i øvrige modeller, men det er likevel helsestasjon/skolehelsetjenesten som er den viktigste samarbeidende tjenesten for psykologer i modell 2. Helsestasjon/skolehelsetjeneste er for øvrig en svært viktig samarbeidsaktør for psykologer i samtlige modeller, men psykologer lokalisert i denne tjenesten oppgir naturlig nok mest samarbeid.

Psykologenes "samarbeidsprofiler" er relativt lik i modellene 3 og 4, som begge utelukkende retter seg mot barn/unge og deres familier. Psykologer i Familiens hus (modell 4) samarbeider dog noe mer både med psykisk helsearbeid, barnevern, PPT og kommunelege sammenlignet med psykologer i helsestasjon/skolehelsetjeneste (modell 3), men forskjellen er signifikant kun når det gjelder PPT og barnevern. Trolig skyldes dette resultatet samlokalisering av flere av disse tjenestene i Familiens Hus⁷.

⁷ Familiens hus er et tverrfaglig kommunalt tilbud som skal ivareta psykisk og fysisk helse hos gravide, barn og ungdom. Kommunens primære helse- og sosialtilbud rettet mot barn, unge og deres familier samordnes, samlokaliseres og forankres lokalt. Målsettingen er at familiene skal møte en helhetlig og familiestøttende tjeneste i et og samme hus. Kommunale tjenester som inngår er svangerskapsomsorg, helsestasjon, åpen barnehage, barneverntjeneste, PPT, sosialtjeneste, og andre aktuelle samarbeidspartnere som deltar ut fra brukerens behov, kommunens prioriteringer og tilgjengelige ressurser (Adolfson et al., 2011)

Alle de fire modellene har det til felles at relativt få psykologer oppgir at de i stor grad samarbeider med psykisk helsevern. Ingen av de seks psykologene i modell 1 rapporterte dette mens to oppga at de i noen grad samarbeider og fire i liten grad. Det oppgis litt mer samarbeid med psykisk helsevern i modellene 2 og 3, men forskjellen er ikke signifikant.

5.5 Har psykologenes bakgrunn og erfaring betydning for samarbeid?

Psykologens bakgrunn og erfaring kan ha betydning for hvor mye han eller hun samarbeider med øvrige tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Noen kommer til stillingen som psykolog i kommunen direkte fra utdanningen, mens andre har lang erfaring. 44 prosent av psykologene som deltok i studien kom fra jobb i spesialisthelsetjenesten før de fikk stillingen i kommunen mens 14 prosent kom direkte fra utdanningen.

5.5.1 Psykologens bakgrunn og tidligere stilling

Gjennom logistiske regresjonsanalyser undersøkte vi om det var systematiske sammenhenger mellom psykologens samarbeid i forhold til noen sentrale variabler: kjønn, alder, om psykologen hadde spesialistutdanning eller ikke, hvilken stilling psykologen hadde før han eller hun fikk nåværende stilling eller om han eller hun kom direkte fra utdanningen.

Analysene viste signifikante variasjoner når det gjelder psykologens samarbeid med henholdsvis kommunalt psykisk helsearbeid, psykisk helsevern og fastlegene.

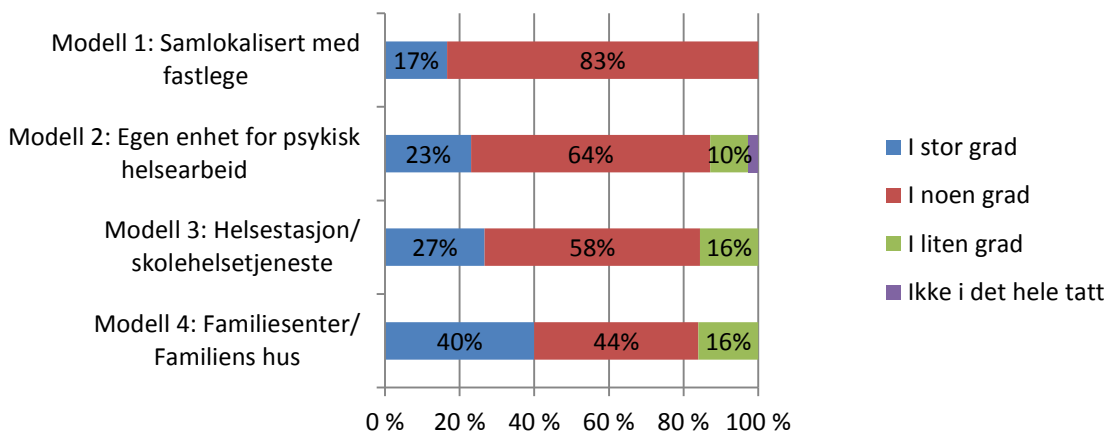
Når det gjaldt *kommunalt psykisk helsearbeid* viste analysen at nyutdanna psykologer samarbeider vesentlig mer enn psykologer som kommer fra annen stilling (enten i samme kommune, annen kommune, spesialisthelsetjenesten eller i annen virksomhet). Verken kjønn, alder eller spesialistutdanning hadde utslagsgivende betydning.

Også når det gjaldt spesialisthelsetjenesten, *psykisk helsevern* viste analysen at nyutdannede psykologer samarbeider vesentlig mer enn psykologer fra "annen offentlig eller privat virksomhet" (men ikke signifikant mer enn psykologer i de øvrige stillingskategoriene). Analysen viste altså ingen effekt i forhold til psykologer som kom fra spesialisthelsetjenesten, slik man kunne forvente. Verken kjønn, alder eller spesialistutdanning hadde utslagsgivende betydning

Når det gjaldt samarbeid med *fastlegene* viste det seg at alder på psykologen var utslagsgivende. Jo eldre psykologen var jo mer samarbeider han eller hun med fastlegen, noe som trolig reflekterer at et godt samarbeid med fastlegen er noe som opparbeides over tid og/eller med erfaring hos psykologen. Verken kjønn, tidligere praksis eller spesialistutdanning hadde utslagsgivende betydning

5.6 Samarbeid knyttet til enkeltbrukere og generelt i de fire modellene

I forrige kapittel om psykologens rolle og bidrag ble det vist at psykologene i stor grad samarbeider om enkeltbrukere mens det i mindre grad foregår samarbeid som ikke er knyttet til enkeltbrukere. Vi skal se nærmere på hvordan psykologene i de fire modellene har svart på spørsmålene om i hvor stor grad de bruker tid på samarbeid om enkeltbrukere, om vi finner forskjeller basert på type modell og om modellen mottar tilskudd eller ikke.

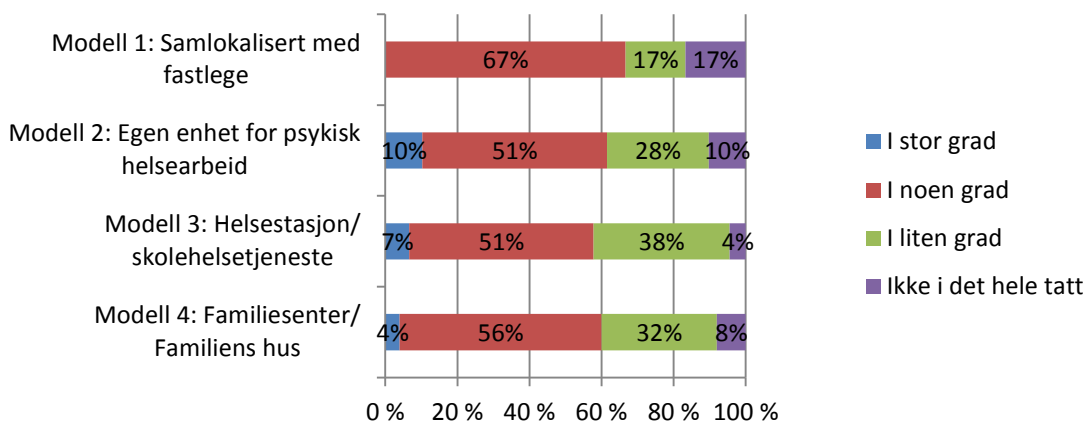


Figur 5.3 Psykologenes samarbeid med øvrig hjelpeapparat knyttet til enkeltbrukere. Prosentvis fordeling på de ulike modellene. (n=115)

I utgangspunktet kunne man forvente at samarbeidet om enkeltbrukere ville være størst der behandlingsmålsettingen er tydeligst. Forskjellene illustrert i figur 5.3 er imidlertid ikke signifikante. Tendensen er at psykologer i familiesentermodellen har mest samarbeid knyttet til enkeltbrukere

5.7 Samarbeid som ikke knyttes til enkeltbrukere

Når det ligger en så tydelig og uttalt visjon om folkehelserettet arbeid som en del av "modellpsykologenes" virksomhet kunne det forventes at det foregår samarbeid mellom psykolog og øvrige tjenester som ikke er knyttet til behandling av enkeltpersoner. Figuren under viser i hvor stor grad psykologene i de ulike modellene samarbeider på et generelt grunnlag.

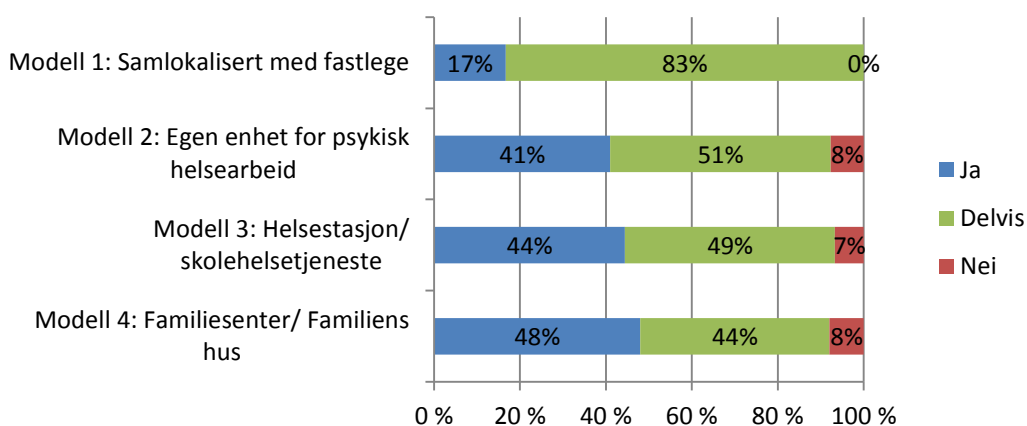


Figur 5.4 Psykologenes generelle samarbeid med øvrig hjelpeapparat – ikke knyttet til enkeltbrukere. Prosentvis fordeling på de ulike modellene. (n=115)

Det samarbeides i vesentlig mindre grad på et generelt grunnlag enn det samarbeides om behandling av enkeltbrukere. Svært få oppgir at dette skjer i stor grad, men mellom 50 og 67 prosent av psykologene oppgir at slikt samarbeid foregår i noen grad. Det var ikke forskjeller mellom de fire modellene, og heller ikke forskjell basert på om modellen mottok tilskudd eller ikke.

5.8 Samarbeidspartneres kjennskap til psykologens arbeidsoppgaver i de fire modellene

I mange tilfeller representerer psykologstillingen noe nytt i kommunen; det har ikke vært psykolog i den respektive tjenesten, eller i det hele tatt i kommunen. Det vil ta noe tid før de øvrige tjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten har kjennskap til psykologens arbeidsoppgaver og rolle, og det kan tenkes at dette har betydning for samarbeidet. Psykologene fikk spørsmål om deres oppfatning av viktigste samarbeidspartneres kjennskap til psykologens arbeidsoppgaver.



Figur 5.5 Viktigste samarbeidspartneres kjennskap til psykologens arbeidsoppgaver. Andel psykologer i de ulike modellene som svarte enten ja, delvis eller nei på påstanden om at: "Mine viktigste samarbeidspartnere kjenner mine arbeidsoppgaver". (n=115)

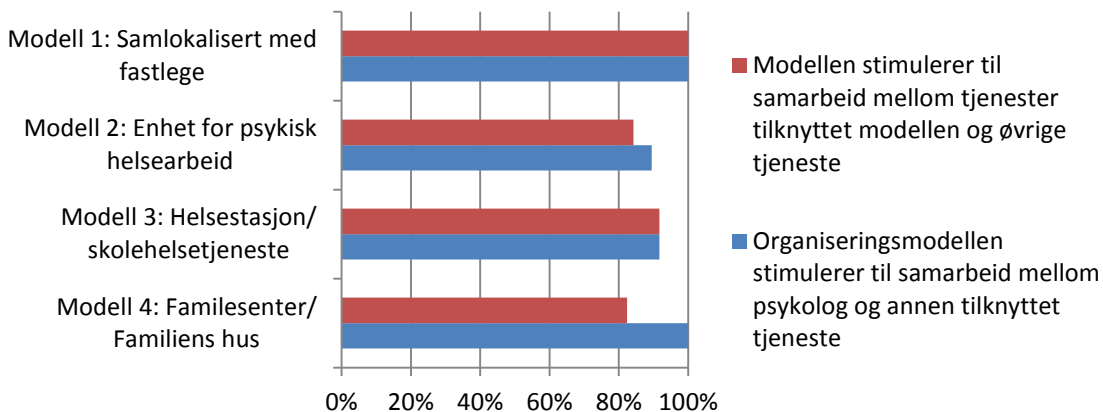
De aller fleste psykologene oppgir at samarbeidspartnerne har delvis eller fullt ut kjennskap til psykologens arbeidsoppgaver. Grad av kjennskap varierte ikke signifikant mellom modellene. Når resultatet antyder minst kjennskap til modell 1, kan dette skyldes at det er den eneste modellen som er helt ny. På den annen side er det ingen av de seks psykologene i denne modellen som oppgir at samarbeidspartnere *ikke* kjenner deres arbeidsoppgaver. I de øvrige modellene svarer de fleste at de viktigste samarbeidspartnerne kjenner deres arbeidsoppgaver. I underkant av ti prosent svarer at viktigste samarbeidspartnere *ikke* kjenner deres arbeidsoppgaver.

Psykologer i forsøksmodell med tilskudd rapporterte mindre kjennskap til psykologenes arbeidsoppgaver hos samarbeidspartnerne enn psykologer i modell som ikke mottok tilskudd. En sannsynlig årsak er at stillinger opprettet gjennom tilskuddsordningen gjennomgående er nyetablerte (siden 2008) mens dette varierer mer hos de som ikke er en del av ordningen.

Vi testet også om det var noen sammenheng mellom samarbeidspartneres kjennskap til psykologenes arbeidsoppgaver og grad av samarbeid, men fant ingen signifikante sammenhenger her.

5.9 Stimulerer de fire modellene til samarbeid?

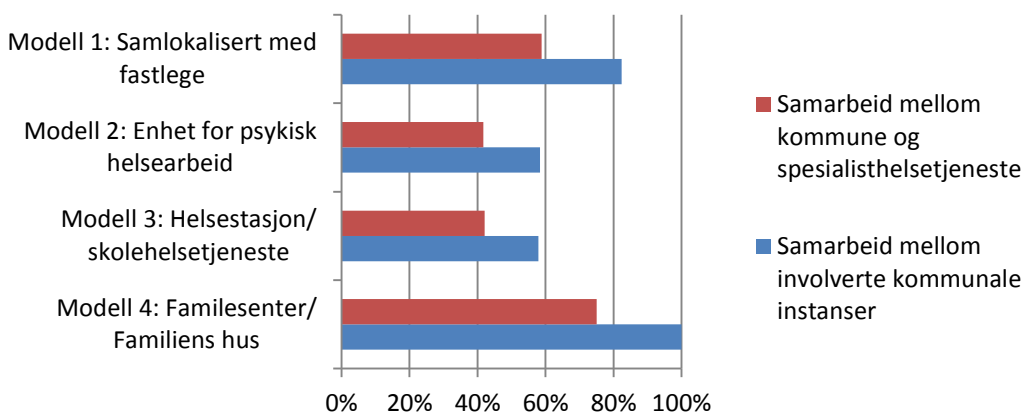
Stimulerer organiseringsmodellene til samarbeid, slik psykologene i tilskuddskommunene oppfatter det, henholdsvis mellom psykolog og tjenesten(e) som psykologen er tilknyttet (internt i modellen), og mellom modellen og øvrige tjenester (eksternt)? Spørsmålene ble kun rettet mot psykologer med stilling i modell som mottok tilskudd fra Helsedirektoratet



Figur 5.6 Andel psykologer som mente modellen bidrar til samarbeid med a) eksterne tjenester og b) internt mellom psykolog og tjeneste(r) i modellen. (n=52)

Resultatet viser at de aller fleste psykologene i modellene som mottar tilskudd er helt eller litt enig i at organiseringsmodellen stimulerer til samarbeid internt i modellen og eksternt i forhold til øvrige tjenester. Samtlige psykologer i familiesentermodellen og fastlegemodellen mener modellen stimulerer til eksternt samarbeid.

Psykologene ble videre spurt om de mente organiseringsmodellen har ført til styrket eller svekket samarbeid, eventuelt om samarbeidet er som før. Figuren under viser andel psykologer som mente samarbeidet henholdsvis med spesialisthelsetjeneste og kommunale instanser var styrket.



Figur 5.7 Andel psykologer i tilskuddsmodellene som mente modellen styrker samarbeidet med henholdsvis spesialisthelsetjeneste og kommunale instanser. (n=52)

Psykologene er i større grad av den oppfatning at modellene har bidratt til styrking av samarbeidet mellom tjenester innad i kommunene enn med spesialisthelsetjenesten. Forskjellene mellom modellene er likevel

ikke signifikante, noe som kan skyldes det lave antallet psykologer i hver modell. Det er psykologene i Familiens hus som i størst grad mener tilskuddsmodellen har styrket samarbeidet med andre.

Resultatene presentert tidligere i kapitlet viste at samarbeidet med psykisk helsevern er relativt lite, og det er sånn sett litt overraskende at en så høy andel av psykologene rapporterer at det er styrket. På den annen side er det ikke kjent hva psykologene mener om *behovet* for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

5.10 Oppsummering og diskusjon – psykologenes samhandling

Samhandling er sentralt for å oppnå helhetlige tjenester preget av god kontinuitet, og for god kompetanseflyt mellom de ulike yrkesgruppene som jobber med oppfølging og behandling av samme målgruppe. I Helsedirektoratets modellutprøving begrunnes behovet for samhandling tydeligst i forhold til at det eksisterer et kompetansebehov hos ulike yrkesgrupper i kommunale tjenester, og for å oppnå helhetlig tilbud til innbyggerne gjennom senket terskel for hjelp. Når de fire modellene skal sammenlignes må man imidlertid ta høyde for at de i utgangspunktet er ganske forskjellige.

5.10.1 Ulike utgangspunkt i de fire modellene gir ulike samarbeidsprofiler

Det er ulikt i hvilken grad det gis klart formulerte mål om samarbeid mellom psykolog og de øvrige profesjonene innad i de fire modellene og mellom psykolog og øvrige tjenester i kommunen. Mål om samarbeid ved veiledning og gjensidig kompetanseheving *internt* i modellen er tydeligst formulert når det gjelder modell 1 (psykologer samlokalisert med fastleger) og modell 2 (psykologer integrert i enhet for psykisk helsearbeid). For alle de fire modellene oppgis imidlertid at tverrfaglig samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutveksling er sentralt. Samarbeid for å oppnå et mer helhetlig tilbud er mest konkret i modell 1 ved at modellen skal gi senket terskel for hjelp og forhindre innleggelseser.

Det er vesentlige forskjeller innad i de fire forsøksmodellene når det gjelder grad av samarbeid med de ulike tjenestene; hvilken "samarbeidsprofil" den enkelte modell har. Dette skyldes først og fremst ulike utgangspunkt for modellene med ulike målgrupper, ulik organisering og litt ulike formål. Modellen med samlokalisering av psykolog og fastlege skiller seg på flere måter fra de andre modellene ved at den representerer en ny organiseringsmodell, og ved et enda tydeligere mål om samarbeid innad i modellen (mellom psykolog og fastlege) enn tilfellet er i de andre modellene. Videre ved at formålet med dette samarbeid er å senke terskelen for hjelp, forhindre innleggelseser og gi et mer helhetlig tilbud til innbyggerne. Når resultatet viser at en av tre psykologer i utvalget på seks, oppgir at de i stor grad samarbeider med fastlegene er dette et såpass lite utvalg at vi vanskelig kan feste lit til det. Gitt modellens utgangspunkt og formål forventes uansett et enda sterkere samarbeid. I de øvrige modellene er samarbeidet med fastlegene lite, med mellom fire og 13 prosent som oppgir at de i stor grad har et slikt samarbeid. Resultatet bekrefter tidligere studier under fastlegeevalueringen der man finner at fastlegen først og fremst har en rolle i medisinsk vurdering og henvisning, men ofte en mer perifer rolle i det tverrfaglige arbeidet om bruker (Andersson, 2006; Andersson & Tingvold, 2005; Ådnanes & Bjørngaard, 2006; Ådnanes et al., 2005).

Også i modell med psykolog i enhet for psykisk helsearbeid foregår det mye *internt* samarbeid, men samarbeidet med helsestasjon/skolehelsetjenesten er enda mer omfattende. Helsestasjon/ skolehelsetjeneste er en svært viktig samarbeidsaktør for psykologer i samtlige modeller.

Resultatene viser at psykologenes "samarbeidsprofiler"; hvilke tjenester modellen retter seg mot, er relativt lik i modellene 3 og 4, noe som nok i første omgang skyldes at begge modellene utelukkende retter seg mot barn og unge og deres familier. Imidlertid samarbeider psykologer i Familiens hus mer med en rekke tjenester enn tilfellet er blant psykologer i helsestasjon/skolehelsetjeneste, og signifikant mer med PPT og barnevern. Det er grunn til å tro at forskjellen skyldes modellenes ulike utgangspunkt når det gjelder organisering. Psykologer i Familiens hus får mye "gratis" når det gjelder samarbeid når denne måten å organisere tilbudet på er tverrfaglig i sin utforming ved at kommunens primære helse- og sosialtilbud til barn, unge og deres familier samordnes, samlokaliseres og forankres nettopp for å gi et mer samordnet tilbud.

De fire modellene har til felles at de samarbeider relativt lite med spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern, og her er det ingen signifikante forskjeller modellene imellom. Resultatet bekrefter funn i andre undersøkelser der man konstaterer at samarbeidet mellom kommuner og psykisk helsevern er svært varierende (Norvoll et al., 2006; Andersson, Røhme & Hatling, 2005).

I tråd med psykologens individ- og behandlingsorienterte rolle, slik det fremkom i forrige kapittel, samarbeides vesentlig mer om enkeltbrukere enn på et generelt grunnlag. Man kunne forventet at modellene var differensierte på dette punktet, med mer samarbeid om enkeltbrukere i fastlegemodellen ettersom behandlingsmålsettingen er tydeligst der. Det var ingen signifikante forskjeller mellom modellene på dette punktet, dog en tendens i denne retning som muligens ville vært sterkere med et større utvalg i fastlegemodellen.

Psykologstillingen vil i en del tilfeller representere noe nytt i kommunen eller i den respektive tjenesten, og i noen tilfeller er selve modellen ny. Resultatet viste at de aller fleste psykologene oppga at samarbeidspartnerne har delvis eller fullt ut kjennskap til deres arbeidsoppgaver. Grad av kjennskap varierte ikke signifikant mellom de fire modellene, men tendensen viste minst kjennskap til fastlegemodellen, som er den eneste modellen som er helt ny. Når psykologer i modell som mottok tilskudd rapporterte mindre kjennskap til psykologenes arbeidsoppgaver hos samarbeidspartnerne enn psykologer i modell som ikke mottok tilskudd, så skyldes dette trolig at stillinger opprettet gjennom tilskuddsordningen gjennomgående er nyetablerte (siden 2008). Analysene viste imidlertid at det ikke var noen sammenheng mellom samarbeidspartneres kjennskap til psykologenes arbeidsoppgaver og grad av samarbeid.

5.10.2 Psykologenes bakgrunn og erfaring gir noen føringer for samarbeid

Vi undersøkte om psykologens bakgrunn og erfaring kunne knyttes til grad av samarbeid med henholdsvis kommunalt psykisk helsearbeid, psykisk helsevern og fastlegene. I regresjonsanalysene ble det kontrollert for kjønn, alder, om psykologen hadde spesialistutdanning eller ikke, hvilken stilling psykologen hadde før han eller hun fikk nåværende stilling eller om han eller hun kom direkte fra utdanningen. Vi fant at *nyutdanna* psykologer samarbeider vesentlig mer enn psykologer som kommer fra annen stilling. Særlig overraskende var det at det ikke hadde betydning for samarbeidet med psykisk helsevern om psykologen kom fra spesialisthelsetjenesten. En forklaring kan være at psykologen ønsket seg bort fra psykisk helsevern og over i kommunale lavterskeltilbud av faglige årsaker, og dermed ikke tar initiativ utover det de øvrige psykologer gjør. Når nyutdannede samarbeider mer enn erfarne psykologer kan dette skyldes at det legges mer vekt på tverrfaglig samarbeid i utdanningen nå enn før. Det kan også skyldes at den nyutdannede

psykologen har et sterkere *behov* for samarbeid ut fra egen manglende erfaring, og kanskje bruker mer tid på informasjonsutveksling enn det en erfaren psykolog gjør. Når det gjaldt samarbeid med *fastlegene* hadde derimot *alder* på psykologen betydning, med mer samarbeid jo eldre psykologen var, noe som trolig reflekterer at et godt samarbeid med fastlegen er noe som opparbeides over tid, og med erfaring hos psykologen.

5.10.3 Psykologer i de fire modellene sammenlignet med øvrige psykologer i kommunen

For å gi et samlet bilde av psykologenes totale bidrag i de ulike kommunale tjenestene når det gjelder samarbeid, sammenlignet vi innledningsvis i kapitlet psykologer en av de fire modellene med øvrige psykologer i kommunene (hovedsakelig PPT). Analysene viste at psykologene i de fire modellene samarbeider vesentlig mer med enhet for psykisk helsearbeid, fastleger, kommunelege samt helsestasjon og skolehelsetjeneste. Øvrige psykologer på sin side samarbeider mer med barnevern, skole/barnehage, noe som først og fremst reflekterer PPTs mandat som en pedagogisk tjeneste og ikke en helsetjeneste.

5.10.4 Psykologene mener de fire modellene stimulerer til samarbeid

De aller fleste psykologene i modellene som mottar tilskudd er av den oppfatning at samarbeidet med henholdsvis øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er styrket, og at organiseringsmodellen i stor grad stimulerer til samarbeid både internt i modellen og eksternt i forhold til øvrige tjenester. Her var det ingen signifikante forskjeller mellom de fire modellene. Dette kan oppfattes som en kontrast til at resultatet også viser at det foregår relativt lite samarbeid med spesialisthelsetjenesten. På den annen side er det ikke kjent hva psykologene mener om det *behovet* som er for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

6 Kvalitet og tilgjengelighet i de ulike modellene

Økt psykologrekruttering er et tiltak som i seg selv skal styrke den samlede faglige bredden og kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstjenester. I dette kapitlet skal vi ta for oss i hvilken grad kvalitet og tilgjengelighet i tjenestene ivaretas i de fire forsøksmodellene.

6.1 Kvalitetsindikatorer

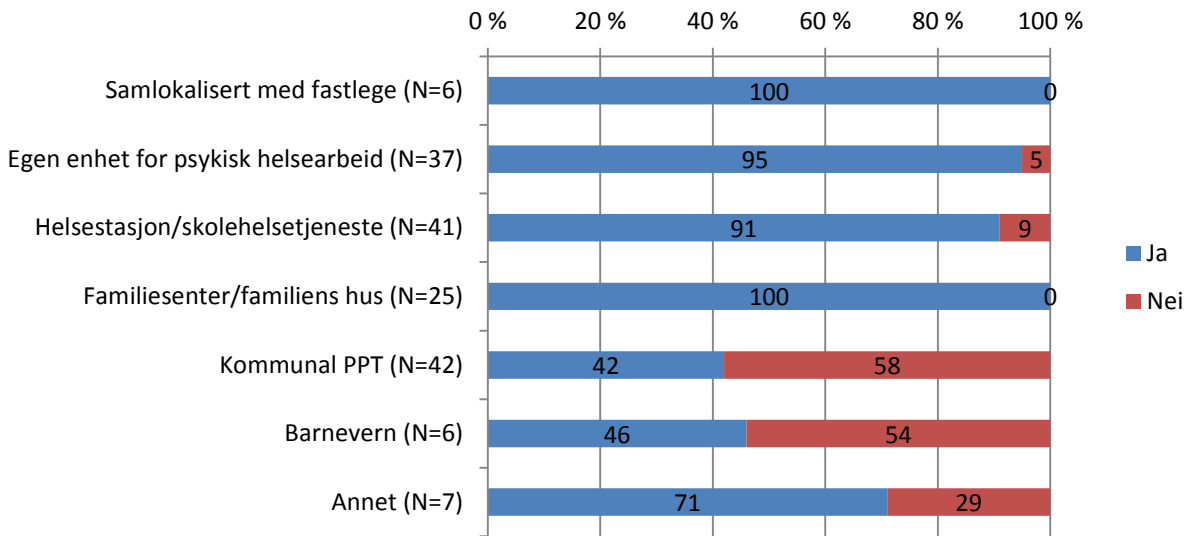
Å måle kvalitet i tjenester er en utfordring, og spesielt i psykiske helsetjenester. Sentrale helsemyndigheter har lenge jobbet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer. Disse er hovedsakelig rettet inn mot spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern, og handler om registrering av hovedtilstand, andel oppdaterte ventetider for Fritt Sykehusvalg i BUP, VOP og TSB, samt registrering av lovgrunnlag i psykisk helsevern for voksne. For psykisk helsevern for barn og unge er det to indikatorer som foreløpig ikke er anvendbare grunnet dårlig datagrunnlag; andel pasienter med ADHD som har fått utviklet individuell plan, og varighet av ubehandlet psykose. Ytterligere tre indikatorer skal presenteres på sikt; epikrisetid, ventetid til første konsultasjon og individuell plan ADHD/Schizofreni. Videre er det utviklet ni kvalitetsindikatorer for å måle kvaliteten på pleie- og omsorgstjenester som ytes i norske kommuner. Disse er: Legetimer i sykehjem, fysioterapi, enerom, enerom med bad/WC, fagutdanning totalt, fagutdanning videregående skole, høyskoleutdanning, andel uten sykefravær og korttidsplasser.

Indikatorene gir en pekepinn på hvordan man tenker at kvalitet i helsetjenester kan måles, og viser hvordan *ventetid* og *tilgjengelighet* knyttes til kvalitet i tjenestene. I vår kartlegging svarte psykologene på spørsmål om tilgjengeligheten til psykologisk behandling ved å oppgi eventuell ventetid og angi hvor mange brukere som mottar behandling i gjennomsnitt i løpet av en uke. I tillegg gjorde de vurderinger av hvorvidt organiseringsmodellen stillingen deres var knyttet til, hadde ført til en styrket, svekket eller uendret situasjon i kommunen på en rekke faktorer.

6.2 Lavterskel tilgjengelighet til psykologisk behandling i kommunene

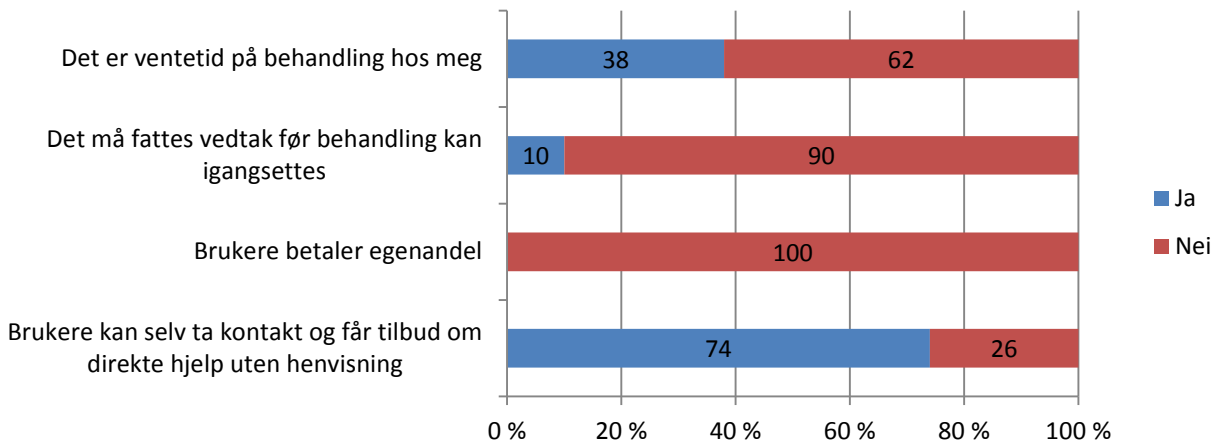
I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) går det fram at det er behov for å satse sterkere på forebygging og innsats *tidligere* i et sykdomsforløp. Psykologrekruttering til kommunene inngår, i følge Helsedirektoratet, som en del av dette. Psykologer i kommunale tjenester skal bidra til mer vekt på forebygging av psykiske problemer og lidelser, samt tidlig intervensjon og behandling til mennesker med psykiske problemer og lidelser. Styrking av lavterskeltilbud i kommunene har vært fremhevet som en sentral strategi for å øke tilgjengeligheten og lykkes med tidlig intervensjon og behandling av mennesker med psykiske problemer og lidelser. Vi har allerede vist i denne rapporten (kapittel 3) at psykologene la stor vekt på det få å jobbe lavterskel. Tilgjengelighet og direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid er helt sentralt i lavterskeltilbud. I vurderingen av kvalitet har vi derfor valgt å se spesielt på de psykologene som driver behandling av enkeltbrukere i dette kapitlet. Dette gjelder nesten samtlige psykologer i forsøksmodellene.

162 av de 235 psykologene i utvalget (69 prosent) svarte at de drev behandling av enkeltbrukere i stillingen sin. Fordelt på ulike organiseringsmodeller, svarte følgende andel av psykologene at de driver behandling av enkeltbrukere:



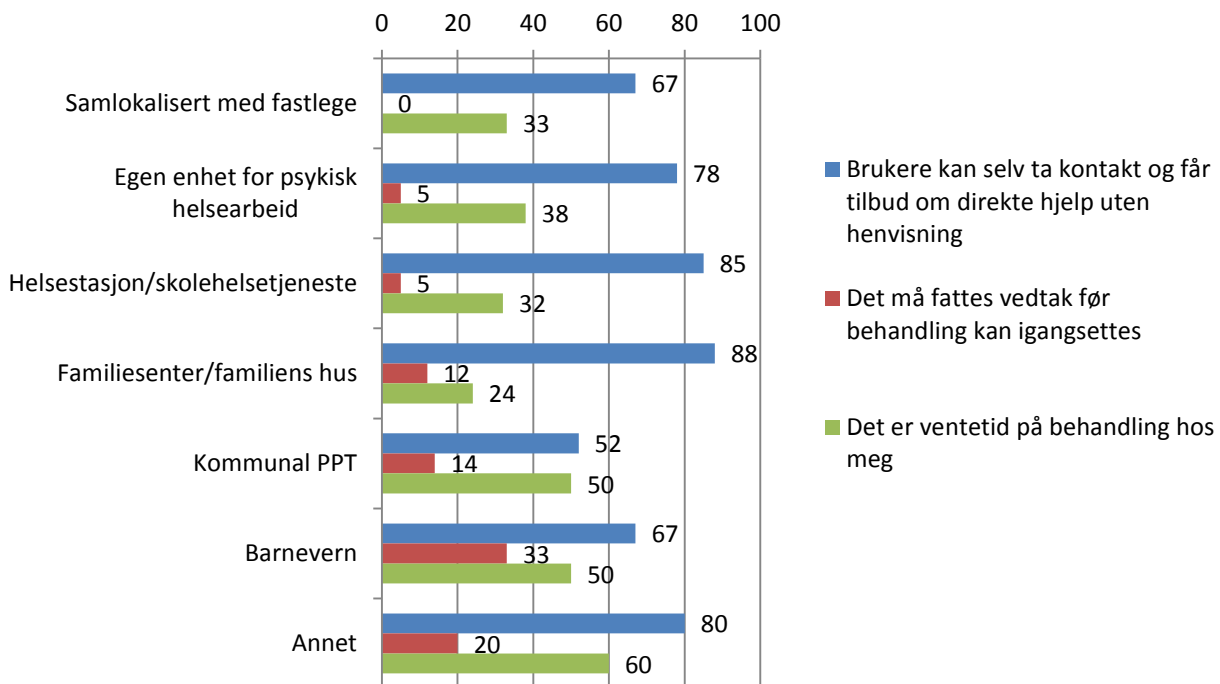
Figur 6.1 Prosentandel av psykologene i de ulike modellene som svarer at de driver behandling av enkeltbrukere. (n=162)

Vi spurte psykologene som drev behandling av enkeltbrukere (n=162) om hvordan tilgjengeligheten til psykologisk behandling for enkeltbrukere som henvender seg til dem, var på tidspunktet da de fylte ut spørreskjemaet (mars/april 2012). Svarene fra dette utvalget fordelte seg andelsmessig som presentert i figuren under.



Figur 6.2 Tilgjengelighet til psykologisk behandling for enkeltbrukere. Prosentandel. (n=162)

Hos 62 av de 162 psykologene (38 prosent) som svarte at de driver behandling av enkeltbrukere, er det ventetid på behandling. 16 av 162 psykologer (ti prosent) svarte at det må fattes vedtak før behandling kan igangsettes, men ingen av psykologene har brukere som betaler egenandel. 120 av 162 psykologer (74 prosent) svarte at brukerne selv kan ta kontakt og få tilbud om direkte hjelp uten henvisning. I figuren under presenteres andelen av psykologene som svarte "Ja" på spørsmål om tilgjengelighet, fordelt på ulike modeller. Ettersom ingen har brukere som betaler egenandel, er disse svarene ikke presentert i figuren.



Figur 6.3 Tilgjengelighet til psykologisk behandling for enkeltbrukere. Prosentandel som svarte "ja" på spørsmålene. (fastlegemodell n=6, enhet for psykisk helsearbeid n=37, helsestasjon/skolehelsetjeneste n=41, familiesenter/Familiens hus n=25, kommunal PPT n=42, barnevern n=6, annet n=5)

Figuren illustrerer at terskelen for hjelp generelt er lavere i de fire modellene sammenlignet med de øvrige tjenestene (PPT, barnevern og annet). Det er vanligere i forsøksmodellene enn i de øvrige modellene at brukere selv kan ta kontakt og få tilbud om direkte hjelp uten henvisning. I øvrige tjenester er det mer vanlig at det må fattes vedtak før behandling kan igangsettes.

Basert på kriteriene om at brukere uten betalingsevne skal kunne få hjelp og at brukerne ikke skal trenge henvisning, virker tjenestene å oppfylle lavterskeldefinisjonen relativt godt. I alle organiseringsmodellene med unntak av fastlegemodellen, tyder data på at det av og til må fattes vedtak før behandling kan igangsettes. En viss ventetid forekommer også i alle modellene, og dette vil bidra til å høyne terskelen til behandling hos de psykologene det gjelder. Som vi skal se i neste delkapittel, er antallet psykologer med ventetid antakeligvis underrapportert.

6.3 Ventetid på behandling i de ulike organiseringsmodellene

Dersom psykologene hadde ventetid på behandling hos seg, ba vi dem oppgi hvor mange ukers ventetid de hadde på skjemautfyllingstidspunktet. Halvparten av de 162 psykologene som oppga at de driver behandling besvarte spørsmålet.

Tabell 6.1 Dersom det er ventetid på behandling hos deg, anslå hvor mange uker, gjennomsnitt og median. (n=77)

	Gjennomsnitt (uke)	Median (uke)	N
Samlokalisert med fastlege	3	2	3
Egen enhet for psykisk helsearbeid	3	3	18
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	4	3	15
Familiesenter/Familiens hus	2	2	11
Kommunal PPT	6	4	24
Barnevern	3	3	3
Annet*	3	3	3
Sum	3	3	77

* Psykologer i kommuneadministrasjonen, kommunalt rusarbeid, NAV, fylkeskommunal PPT og Flyktningetjenesten.

Som vi ser av tabellen er det i gjennomsnitt (og median) tre ukers ventetid på behandling i kommunale tjenester. Familiesentermodellen kommer best ut, med to ukers gjennomsnittlig ventetid. Helsestasjon- og skolehelsetjeneste og kommunal PPT kommer i gjennomsnitt dårligst ut. Målt ved median er det bare PPT som ligger over gjennomsnittet på tre uker.

For å vurdere hvor terskelen ligger i kommunene når det gjelder ventetider, gjorde vi et søk på Fritt Sykehusvalg⁸ 20.06.2012 for behandling for angst og depressive lidelser i psykisk helsevern for barn og unge (BUP, 0-18 år). Ventetider på utredning/samtalebehandling i de ulike helseforetakene varierte fra tre uker ved Sørlandet sykehus HF (det eneste HF-et i landet med kun tre ukers ventetid på dette tidspunktet) til Helse Fonna BUP Stord/Kvinnherad med 36 ukers ventetid. De fleste HF-ene oppga en ventetid på 12 uker.

Et tilsvarende søk i psykisk helsevern for voksne (VOP), på lidelser i kategorien angst, fobier, tvangslidelser og tilpasningsforstyrrelser, viste i gjennomsnitt lengre ventetider enn for barn og unge. Antall ukers ventetid varierte også mer mellom HF-ene i VOP enn i BUP. Ventetiden for utredning/samtalebehandling varierte fra en uke ved sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrisk fylkesavdeling (her hadde imidlertid ikke tallene blitt oppdatert siden starten av mai) og tre uker ved Sykehuset Innlandet HF som de med kortest ventetid - til Sørlandet sykehus HF med 45 ukers ventetid ved den ene DPS-en (Aust-Agder, Arendal og Froland). Flere av HF-ene i landet hadde over 30 ukers ventetid i VOP.

Sammenliknet med det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten er ventetiden på behandling for psykiske lidelser betraktelig kortere hos psykologer i kommunene. Hvis vi antar at våre kartleggingsdata er representative for psykologtilbudet i norske kommuner, driver rundt 70 prosent av psykologene med behandling (individ- og/eller gruppebasert). Av disse har omlag halvparten en viss ventetid, den andre halvparten har ikke ventetid, og tilbyr i så måte et fungerende lavterskeltilbud der brukerne heller ikke må vente på vedtak eller trenger henvisning. Så lenge det er relativt få psykologer ansatt per innbygger i kommunene, må man forvente at det kan oppstå en viss ventetid på behandling. Med en gjennomsnittlig

⁸ www.frittsykehusvalg.no

ventetid på tre uker, skal det imidlertid relativt lite til, i form av flere psykologårsverk, før ventetiden går ned – gitt samme etterspørselen etter tjenester. Sett i lys av resultatene vi presenterte i kapittel 3 om rekruttering – der vi så at psykologene i stor grad ønsker, og har fått oppfylt forventningene om, å jobbe lavterskel i stillingen sin, mener vi at det kommunale tilbudet om *behandling* hos psykolog (der det eksisterer) virker å ha relativt lav terskel.

6.4 Antall brukere som mottar behandling hos psykolog i kommunale tjenester

Vi ba psykologene som drev behandling (n=162) om å oppgi hvor mange brukere som mottok behandling hos dem i gjennomsnitt i løpet av en uke. 160 av de 162 psykologene som drev behandling, besvarte spørsmålet. Svarene fordelte seg som følger mellom psykologer i de ulike organiseringsmodellene:

Tabell 6.2 Psykologenes anslag på antall brukere som mottar behandling i gjennomsnitt i løpet av en uke. N=160.

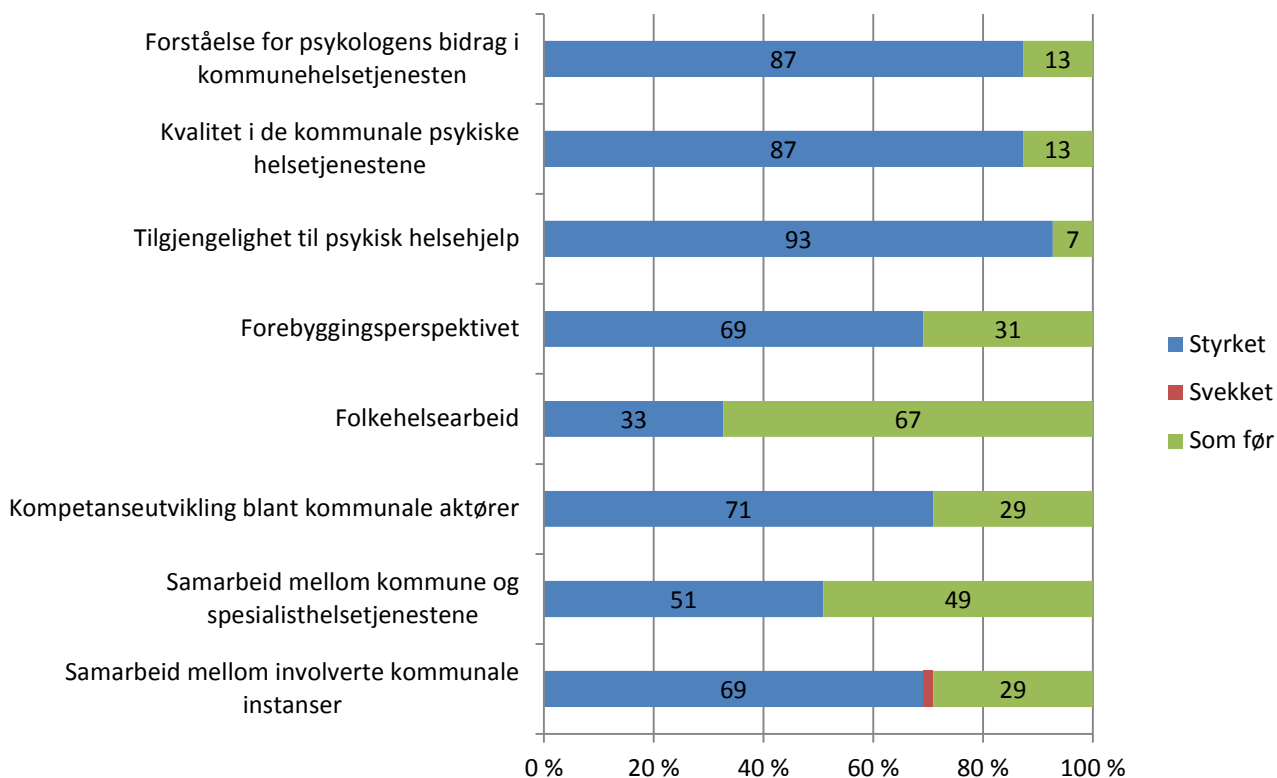
	Gjennomsnitt (uke)	Median (uke)	N
Samlokalisert med fastlege	21	23	6
Egen enhet for psykisk helsearbeid	14	12	37
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	12	12	41
Familiesenter/Familiens hus	12	11	25
Kommunal PPT	8	6	41
Barnevern	7	8	6
Annet*	14	14	4
Sum	12	12	160

* Psykologer i kommuneadministrasjonen, kommunalt rusarbeid, NAV, fylkeskommunal PPT og Flyktingetjenesten.

Psykologer i fastlegemodellen behandler flest, med 21 brukere per uke mens psykologer i de øvrige tre forsøksmodellene behandler 12-14 brukere per uke. Gjennomsnittet blant psykologer i PPT og barnevernstjenesten er om lag halvparten av dette. Tallene sier ikke noe om hvilke andre oppgaver disse psykologene har, og kan således ikke benyttes som effektivitetsmål.

6.5 Forsøksmodellenes bidrag til utvikling i kommunale tjenester

Psykologer i stillinger som hadde mottatt, eller mottok tilskudd, vurderte av om *organiseringsmodellen* deres stilling var knyttet til, hadde ført til en styrket, svekket eller uendret utvikling i deres kommune. Prosentvis fordelte svarene til utvalget seg som vist i figuren under:



Figur 6.4 Psykologenes holdninger til de fire organiseringsmodellenes bidrag i kommunen. Prosentandel. (n=55)

De aller fleste psykologer i modellutprøvingen mener organiseringsmodellen har styrket forståelsen av psykologens bidrag, og styrket kvalitet og tilgjengelighet i de psykiske helsetjenestene. Like mange mener at kvaliteten i de kommunale psykiske helsetjenestene er styrket. Litt færre, dog rundt 70 prosent, mener forebyggingsperspektivet, samarbeid mellom kommunale instanser og kompetansen er styrket. Bare halvparten oppgir at samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er styrket. Færrest, kun en av tre, mener folkehelsearbeidet er styrket.

6.6 Oppsummering og diskusjon – kvalitet og tilgjengelighet

I dette kapitlet har vi vurdert om kvalitet og tilgjengelighet ivaretas i de ulike organiseringsmodellene i kommunene. I tråd med flere av kvalitetsindikatorerne for psykiske helsetjenester som finnes på nasjonalt nivå, valgte vi å knytte kvalitetsbegrepet til *tilgjengelighet* til tjenestene da vi utformet kartleggingen. Alle psykologene i utvalget som jobber i fastlegemodellen eller i familiesentermodellen driver behandling. I enhet for psykisk helsearbeid og i helsestasjons- og skolehelsetjeneste er det henholdsvis fem og ni prosent av psykologene som *ikke* driver behandling. Kvalitet og tilgjengelighet ble målt i forhold til om modellen tilbyr *lavterskelbehandling* ved at brukere selv kan ta kontakt uten henvisning, brukerbetaling, vedtak og vesentlig ventetid.

6.6.1 Terskelen for behandling er generelt lav i kommuner som har psykolog

Blant psykologer som jobber i forsøksmodellene er det hos de aller fleste slik at brukeren selv kan ta kontakt og få tilbud om direkte hjelp uten henvisning. Det er heller ingen brukerbetaling i noen av

tjenestene. Få av psykologene i forsøksmodellene svarte at det må fattes vedtak før behandling kan igangsettes, men det er til en viss grad noe ventetid på behandling i alle organiseringsmodellene. Familiesenter/familiens hus er den av forsøksmodellene der lavest andel psykologer oppgir at det er ventetid.

Sammenliknet med det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten er ventetiden på behandling for psykiske lidelser betraktelig kortere hos psykologer i kommunene (gjennomsnittlig tre uker, mot ca. 12 i spesialisthelsetjenesten). Halvparten av psykologene som driver behandling i kommunene oppgir å ha en viss ventetid. Den andre halvparten, som ikke har ventetid, tilbyr et "fullgodt lavterskeltilbud" så lenge brukerne ikke må vente på vedtak eller trenger henvisning (og de øvrige punktene i Helsedirektoratets definisjon er ivaretatt). Så lenge det er relativt få psykologer ansatt per innbygger i kommunene, må man forvente at det blir en viss ventetid noen steder. Med en gjennomsnittlig ventetid på tre uker, skal det imidlertid lite til, i form av flere psykologårsverk, før ventetiden går ytterligere ned – gitt samme etterspørselen etter tjenester. Sett i lys av resultatene vi presenterte i kapitlet om rekruttering – der vi så at psykologene i stor grad ønsker, og mener de har fått oppfylt forventningene sine om, å jobbe lavterskel i stillingen sin, konkluderer vi med at det kommunale tilbudet om *behandling* hos psykolog (der det eksisterer) har lav terskel.

Tradisjonell tankegang har vært at barn med psykiske lidelser ikke skal behandles i kommunene, men sendes videre til spesialisthelsetjenesten. Som nevnt i kapitlet om psykologenes rolle i kommunen, er det fortsatt i all hovedsak brukere med lettere psykiske lidelser og problemer som håndteres i kommunene. Gjennomsnittlig andel av tiden til psykologene i de fire forsøksmodellene som går til brukere med lettere lidelser (i motsetning til alvorlige) varierer mellom 68 og 74 prosent. Vi har dessverre ikke opplysninger om i hvilken grad det er alvorlige, moderate eller mindre alvorlige psykiske lidelser som *behandles* i kommunene, men vi vet altså at nesten samtlige psykologer i forsøksmodellene driver med behandling av enkeltbrukere. Dette er i tråd med statlige føringer og samhandlingsreformen – der for eksempel økningen man observerer av behandlingstrengende barn og unge med psykiske lidelser skal håndteres i kommunene og ikke i spesialisthelsetjenesten.

6.6.2 Psykologer samlokalisert med fastlege behandler flest brukere

Psykologene som jobber samlokalisert med fastlege ligger relativt langt foran de øvrige modellene med over 20 brukere i behandling i gjennomsnitt per uke. Organiseringsmodellene omtalt som "Annet" og psykologer i egen enhet for psykisk helsearbeid behandler i gjennomsnitt 14 brukere per uke, mens helsestasjons- og skolehelsetjeneste behandler 12 brukere per uke. Psykologer i kommunal PPT og barnevernstjenesten oppgir at de i gjennomsnitt behandler henholdsvis åtte og sju brukere i uka. Vi presiserer at disse tallene ikke sier noe om hvilke andre oppgaver disse psykologene har, og at vi således ikke kan benytte dette som et effektivitetsmål.

6.6.3 Modellene styrker kvalitet og tilgjengelighet

I alle de fire forsøksmodellene svarte nesten samtlige psykologer at organisasjonsmodellen har ført til at *kvaliteten og tilgjengeligheten* i de kommunale psykiske helsetjenestene har blitt styrket.

7 Analyser av utvikling og kommunal variasjon

I dette kapitlet ser vi på følgende problemstillinger:

- Utvikling i antall psykologer i kommunene i perioden 2002-2011
- Tilskudd for utprøving av modeller for psykologer i kommunehelsetjenesten 2008-2013
- Hva kjennetegner kommuner som mottar tilskudd til modellutprøving?
- Har kommuner som mottar tilskudd en annen utvikling enn de som ikke mottar tilskudd?
- Hva kjennetegner kommuner med lav/høy psykologdekning?
- Utvikling i psykologårsverk i psykisk helsearbeid 2007-2011

Kapittelet er organisert på følgende måte: Datagrunnlaget forklares i kapittel 7.1, mens metodisk tilnærming og variabeldefinisjoner er vist i kapittel 7.2. Resultatene presenteres i kapittel 7.3, mens oppsummering og konklusjoner finnes i kapittel 7.5.

7.1 Datagrunnlag

Vi har koblet sammen et stort datasett som inneholder informasjon om hver kommune basert på følgende datakilder:

- a) Psykologer i kommunen totalt – registerdata (2002-2011) Kilde: SSB
- b) Antall årsverk utført av psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid (rapportert i IS-24) (2007-2011) Kilde: SINTEF/Helsedirektoratet
- c) Tilskuddsoversikt for forsøket med psykologer i kommunen (2008-2013) Kilde: Helsedirektoratet
- d) Andre variabler på kommunenivå (2007-2010) Kilde: SSB, NAV, SINTEF

Det varierer altså hvilken tidsperiode de ulike datakildene dekker, og i tillegg er det brudd i viktige tidsserier. I det følgende går vi gjennom datakildene.

7.1.1 Psykologer i kommunen totalt – registerdata

Tallene er hentet fra Registerbasert sysselsettingsstatistikk for helse- og sosialpersonell, Statistisk sentralbyrå. Populasjonen i statistikken er alle personer med helse- og sosialfaglig utdanning, samt personell med annen utdanning som arbeider innen helse- og sosialtjenester. Tallene er et resultat av kobling av ulike registre. Hovedkildene til utdanningsdata for helse- og sosialpersonell er Helsedirektoratets helsepersonellregister (tidligere Helsetilsynets autorisasjonsregister) og Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB). Enhetsregisteret og Bedrifts- og foretaksregisteret gir opplysninger om næring, sektor og beliggenhet for virksomhetene (arbeidsstedene).

Vi har mottatt tall fra SSB som viser antall personer som er sysselsatt i kommunal sektor og som er utdannet i psykologfag.⁹

⁹ Tallene inkluderer altså ikke private psykologer som har avtaler med kommunene.

Før 2011 inkluderte dette både klinisk og ikke klinisk utdannede, men for 2011 gjelder det kun kliniske psykologer. Øvrige personer med annen utdanning i psykologfag er overført til gruppen 'Øvrig helseutdanning på universitetsnivå' fra og med 2011. I 2011 gjaldt dette i overkant av 1 100 personer fra alle næringer totalt, hvorav om lag 1 000 var sysselsatte. De aller fleste av disse arbeidet utenfor helse- og sosialtjenester. På grunn av dette tydelige bruddet i dataserien mellom 2010 og 2011, presenterer vi derfor i hovedsak tall for perioden 2002-2010.

SSB har levert årsfiler for alle år 2002-2011 på fem-sifret næringskode.^{10,11} Vi har kodet om SN2002 til SN2007, slik at tallene i hele perioden er sammenliknbare (se tabell under).

Tabell 7.1 Oversikt næringskoder 2002-2011

Tidsperiode		Noter
2002-2008	2009-2011	
80105 PP-tjenester	85601 Pedagogisk/psykologisk rådgivningstjeneste	
85143 Skole- og helsestasjonstjeneste	86903 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	
85144 Annen forebyggende helsetjeneste	86904 Annen forebyggende helsetjeneste	Omfatter miljørettet helsevern, opplysningstjeneste, bedriftshelsetjeneste og HMS-tjenesten, og psykisk helsearbeid dersom dette er organisert som egen virksomhet
85311 Institusjoner for barne- og ungdomsvern	87901 Institusjoner for barne- og ungdomsvern	Omfatter alle døgninstitusjoner innen barne- og ungdomsvern. Omfatter også Senter for foreldre og barn (tidligere mødre hjem)
85323 Barneverntjenester	88991 Barneverntjenester	
Andre næringer	Andre næringer	Inneholder mange ulike næringskoder

Næringene i tabellen over er de næringene der de fleste med utdanning/autorisasjon som psykolog jobber og det er derfor de er spesifisert. For å skille mellom tjenester til voksne og til barn og unge, antar vi følgende inndeling:

- Ped./psykologisk rådgivningstjeneste
 - Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
 - Inst. for barne- og ungdomsvern
 - Barneverntjenester
- } Tjenester rettet mot barn og unge
-
- Annen forebyggende helsetjeneste
 - Andre tjenester
- } Tjenester rettet mot voksne

Dette er en tilnærming, men det er vanskelig å avgjøre om dette er korrekt fordi vi ikke har informasjon om hvilke næringskoder som ligger under "Andre tjenester". Selv om vi hadde hatt listen over brukte næringskoder, ville det vært vanskelig å avgjøre om tjenesteproduksjonen innen de enkelte næringskodene er rettet mot voksne, barn/unge eller mot begge gruppene. Fordi de fleste psykologene arbeider i de

¹⁰ Takk til rådgiver Gunn Næringsrud i SSB, seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk for rask levering og god service.

¹¹ Det er endringer i næringsstandarder i perioden: årene 2002-2008 er kodet etter SN2002 standarden, mens 2009-2011 er etter SN2007. Det er ikke endringer i innhold i disse næringskodene, men kun i selve kodenommene.

spesifiserte tjenestene og fordi disse tjenestene i stor grad dekker det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge, er det sannsynligvis en rimelig antakelse at de to siste i all hovedsak er rettet mot voksne brukere.

7.1.2 Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid (rapportert gjennom IS-24)

I perioden 2000-2008 rapporterte kommunene på bruk av øremerkede midler i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse. Fra og med 2007 skulle de også rapportere på totalinnsatsen innen psykisk helsearbeid, altså uavhengig av finansieringen. Rundskriv IS-24 (Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid) inneholdt derfor rapporteringsskjema både for bruk av øremerkede midler (Rapporteringsskjema 1) og for totalinnsatsen (Rapporteringsskjema 2) til og med siste år i opptappingsplanperioden. Deretter fortsatte rapportering på totalinnsatsen. SINTEF har ansvaret for å kvalitetssikre, sammenstille og analysere data fra IS-24. Tallene er nær komplette for alle år.

Årsverkene fordeles på ulike utdanningskategorier, og vi har derfor tall fra hver kommune på antall årsverk utført av psykologer i psykisk helsearbeid for perioden 2007-2011. Siden vi har *antall ansatte* psykologer i kommuner fra registerdata og *antall årsverk* i psykisk helsearbeid, kan vi ikke sammenlikne tallene direkte men de inngår i ulike analyser.¹²

7.1.3 Tilskudd

I løpet av årene 2008 til 2013 er det totalt bevilget over 123 millioner i tilskudd til modellutprøving for å integrere psykologer i kommunehelsetjenesten. Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til utprøving av modeller for psykologers arbeid og økt rekruttering av psykologer i kommunehelsetjenesten. Dette omfatter tilbud til voksne, inkludert eldre, i tillegg til barn og unge.

Vi har fått tilsendt oversikt fra Helsedirektoratet over hvilke kommuner som har mottatt tilskudd til de ulike modellene og tilskuddsbeløp de enkelte årene.¹³

Tallene er bearbeidet og koblet sammen med registerdata, IS-24 data og andre data på kommunenivå.

7.2 Metodisk tilnærming og variabeldefinisjoner

For å vise utvikling i psykologiårsverk i kommunene generelt, bruker vi registerdatastatistikk. Dette ser vi særlig i forhold til størrelsen på kommunene, tilskudd som er gitt og hvordan dette fordeler seg i forhold til årsverk utført av psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid.

Når vi skal besvare problemstillinger om hva som kjennetegner kommuner som mottar tilskudd, eller hvilke kjennetegn ved kommunene som har høy/lav psykologdekning, er det nødvendig å koble på nye forklaringsvariabler. Hvilke variabler som er relevant finner vi ved å ta utgangspunkt i gjeldende teori.

¹² Det vil være mulig å få informasjon om antall årsverk fra SSB, men siden vi allerede hadde fått informasjon om antall psykologer, ville dette kreve Avtale om utlån av ikke-anonyme opplysninger til forskning. Dette falt utenfor rammene til dette delprosjektet.

¹³ Takk til rådgiver Linn Rossiné Simensen i Helsedirektoratet, Avdeling psykisk helse og rus, for rask respons og gode svar på våre spørsmål.

7.2.1 Teoretisk grunnlag

Utgangspunktet for den teoretiske modellen er at kommunenes rammebetingelser varierer mellom kommunene, og mulighetene for å produsere et bestemt tjenestetilbud varierer derfor fra kommune til kommune. Vi følger tidligere analyser av kommunenes økonomiske beslutning, der et tidlig arbeid er Rattsø (1989).

Kommunene skiller seg vesentlig med hensyn på kostnads- og etterspørselsforhold, prioriteringer og økonomi. Kommunestørrelse og bosettingsmønster skaper forskjeller i kostnadsforhold gjennom ulik fleksibilitet i valg av organisering og lokalisering av tjenestene. Etterspørselsforholdene skaper ulike behov for innhold og nivå på tjenestene, i tillegg til at forskjeller i alderssammensetning påvirker allokeringen av ressurser mellom ulike kommunale tjenester. Innenfor hver enkelt kommune kan velgere og interessegrupper bruke sin innflytelse for å sikre kommunal satsing på nettopp deres tjenesteområder. Dette gjør at kommunene kan prioritere kommunale tjenester ulikt. Kommunenes økonomi setter rammene for drift av alle kommunale sektorer. Rike kommuner har derfor større forutsetninger for å implementere gode kommunale tilbud enn fattige.

Skal man kunne foreta sammenlikninger av tjenesteproduksjonen eller ressursinnsats mellom kommuner, er det derfor nødvendig å kontrollere for disse rammebetingelsene. Rammebetingelsene må med andre ord holdes konstant for å skille ut de faktorene som skyldes kommunens egne disposisjoner, for eksempel ulike politiske prioriteringer eller varierende produktivitet i tjenesteproduksjonen. Dette kan gjøres ved hjelp av statistiske analysemetoder, for eksempel regresjonsanalyse, der faktorer som beskriver rammebetingelsene bringes inn i modellen som kontrollvariabler. I mer deskriptive framstillinger kan noe av det samme oppnås ved å klassifisere kommunene i grupper med relativt like rammebetingelser, for deretter å sammenlikne variasjonene i tjenesteproduksjon innenfor disse gruppene.

Rammebetingelser er derfor faktorer som er årsak til variasjonen i tjenesteproduksjonen som vi kan observere, og faktorer det er relevant å holde konstante.

Vi kan tenke oss følgende faktorer som har betydning for den kommunale tjenesteproduksjonen:

- Kostnader
- Behov og etterspørsel
- Inntekter

Kostnader: En rekke faktorer er med på å avgjøre hvor dyrt det er å produsere tjenester i den enkelte kommune. Dette gjelder blant annet kommunestørrelse (skalaeffekter), bosettingsstruktur, pris på innsatsfaktorene (lønn, differensiert arbeidsgiveravgift, husleie/byggekostnader etc.) og klimatiske faktorer. Vi inkluderer logaritmen til antall innbyggere for å ta hensyn til skalaeffekter, mens bosettingsmønster er representert ved andel av befolkningen som bor i tettbygde strøk.

Behov og etterspørsel: Etterspørselen etter kommunale tjenester varierer også sterkt mellom kommunene. Årsakene til dette er blant annet at størrelsene på målgruppene varierer, andelene av målgruppene som faktisk etterspør tjenesten varierer, og at faktorer som påvirker behovet for ulike tjenester rettet mot andre mål- og befolkningsgrupper varierer (for eksempel ulike typer sosiale faktorer). Operasjonaliseringen av dette innebærer at vi inkluderer størrelsen på ulike aldersgrupper for å si noe om etterspørselen fra andre grupper av befolkningen. De andre kommunale tjenestene som helt eller delvis konkurrerer med

psykiske helsetjenester i kommunene om ressurser er grunnskole, barnehage og pleie- og omsorgstjenester¹⁴. Andel innbyggere i barnehagealder, grunnskolealder og andel eldre brukes for å kontrollere for etterspørselen etter disse tjenestene. Dersom andelene i de ulike aldersgruppene varierer mellom to kommuner, kan tjenestetilbudet i disse to kommunene avvike mye. Det er derfor viktig å kontrollere for disse aldersgruppene for å gjøre kommunene sammenliknbare.

For å fange opp forskjeller i etterspørselen etter tjenester tilbudt av psykologer og tjenester innen psykisk helsearbeid generelt, har vi inkludert variabler som fanger opp sosiale forhold i kommunene. Variablene kan ikke direkte antas å fange opp etterspørselen, men tidligere empirisk forskning viser at de er korrelert med kjennetegn ved brukerne av psykiske helsetjenester. Variablene vi har inkludert er andel mottakere av sosialhjelp, andel uføre og andel arbeidsledige.

Inntekter: Det er svært store variasjoner i de inntektene som kommunene disponerer. Samtidig er dette størrelser som kommunene bare i begrenset grad styrer selv. Variasjonene skyldes blant annet ulikt skattegrunnlag og variasjon i overføringer fra staten, f.eks. tilskudd. Kommunale inntekter må antas å være viktig for utbygging av tjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser.

Frem til og med 2008 var de øremerkede tilskuddene i forbindelse er opptrappingsmidlene viktig, og når vi ser på antall psykologer i kommunene, vil tilskudd til modellutprøvingen av psykologer i kommune-helsetjenesten være viktig. Som vi så over, er det totalt tildelt 123 millioner til kommunene i tilskudd gjennom denne ordningen. Men kommunene bygger også ut tjenestene og ansetter fagpersoner ved hjelp av egne inntekter.

Kommunens inntekter kommer i hovedsak fra inntekts- og formueskatt, rammetilskudd og eiendomsskatt. Kommunene inntektssystem består av to hovedkomponenter, inntekts- og utgiftsutjevning. Utgiftsutjevning har som formål å kompensere kommunene for kostnads- og etterspørselsforhold som de ikke kan påvirke selv. I praksis betyr dette at kjennetegn ved befolkningen virker gjennom kostnadsnøklene i inntektssystemet, og bestemmer delvis størrelsen på både øremerkede tilskudd og på det totale rammetilskuddet. Andel sosialhjelpsmottakere virker i en slik modellformulering direkte på tjenestene, i tillegg til indirekte gjennom rammetilskuddet. Dette skaper endogenitetsproblemer og vi har her valgt å utelate andre inntektsvariabler enn tilskuddet til modellutprøvingen i analysene.

¹⁴ Vi ser bort fra tjenester som ikke har en spesifikk demografisk målgruppe, dvs. kulturtjenester, teknisk sektor og administrative tjenester.

7.2.2 Deskriptiv statistikk

Alle variablene som inngår i analysene i dette kapitlet er vist i neste tabell.

Tabell 7.2 Beskrivelse av datagrunnlag for 2010

	N	Gj. snitt	St. avvik	Min	Maks
Antall psykologer totalt	431	1	6	0	87
Tilskudd (1 000 kr)	430	68	185	0	1900
Mottar tilskudd=1	431	0.22	0.42	0.00	1.00
log(antall innbyggere)	430	8.49	1.16	5.38	13.30
Andel 0-5 åringer	430	0.07	0.01	0.03	0.10
Andel 6-15 åringer	430	0.13	0.01	0.09	0.17
Andel over 67 år	430	0.16	0.03	0.07	0.26
Andel arbeidsledige	430	0.02	0.01	0.00	0.05
Andel uføre	430	0.11	0.03	0.04	0.22
Andel av innbyggerne i tettbygde strøk	430	0.50	0.27	0.00	1.00
Andel innflyttere	430	0.05	0.02	0.01	0.11
Årsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbygger 0-17 år	430	30	25	0	263
Årsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbygger over 18 år	430	30	20	8	193
Antall psykologårsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbygger over 18 år	430	0.11	0.62	0.00	10.49
Antall psykologårsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbygger 0-17 år	429	1.04	2.42	0.00	15.89
Antall psykologårsverk i psykisk helsearbeid totalt per 10 000 innbygger	430	0.33	0.80	0.00	9.13

7.2.3 Regresjonsanalyser

Basert på teorien og operasjonaliseringen av variablene vist i forrige avsnitt, formulerer vi ulike empiriske modeller. Vi bruker både vanlig Logit-modell for å se på sannsynligheten for å motta tilskudd, der forklaringsvariablene er de ulike rammebetingelsene. Dette gjøres for å identifisere kjennetegn ved kommunene som mottar tilskudd.

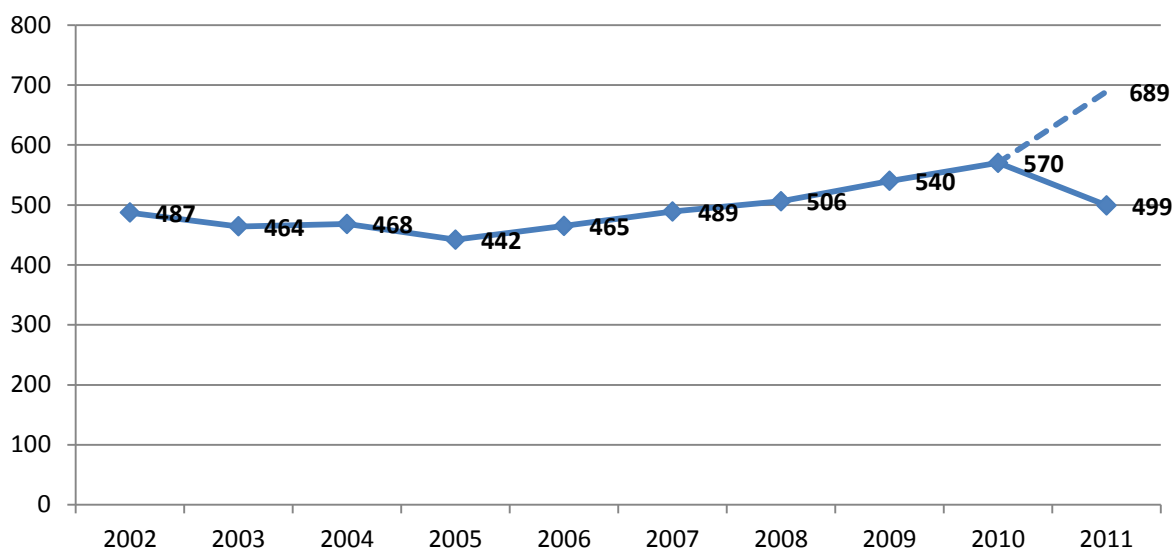
I tillegg benytter vi en Tobit-modell for å studere antall psykologer som er ansatt i kommunen totalt (med tilskudd eller finansiert av egne kommunale inntekter), og antall årsverk utført av psykologer i psykisk helsearbeid spesielt. Tobit-analyser tar hensyn til at en variabel kan ha betydning for sannsynligheten for positivt utfall, og i tillegg en kontinuerlig effekt, gitt et positivt utfall. For kommunene handler det først om at de har ansatt psykologer, og deretter hvor mange. Gitt at de har ansatt noen antas kommunale variabler å ha en kontinuerlig effekt på hvor mange psykologer som ansattes (relativt til antall innbyggere).

Det er ikke gjort paneldataanalyser i dette prosjektet, men det er gjort oppfølgingsstudier i neste rapport som kommer fra SINTEF i forbindelse med analysene av tallene fra IS-24/2011 (Slettebakk, Kaspersen, Jensberg & Ose, 2013).

7.3 Resultat

7.3.1 Utvikling i antall psykologer i kommunene i perioden 2002-2011

Fra registerdata finner vi at det siden 2005 har vært en jevn økning i antall psykologer som er ansatt i kommunale tjenester på i overkant av fem prosent hvert år. Bruddet i dataserien vises godt fra 2010 til 2011 da kun kliniske psykologer telles med (se kapittel 7.2.1). Fra SSB har vi fått vite at for 2011 var det ca. 190 sysselsatte i kommunal sektor som ikke er kliniske psykologer, men som har en annen utdanning i psykologifag. Vi anslår dermed antall psykologer i 2011 til å ligge 190 over tallet som ligger i registerdata for 2011 (499), for å få sammenliknbare tall for hele perioden. Dette betyr at det i 2011 totalt er 689 sysselsatte i kommunene med psykologfaglig kompetanse, og at ca. 72 prosent av disse er kliniske psykologer.



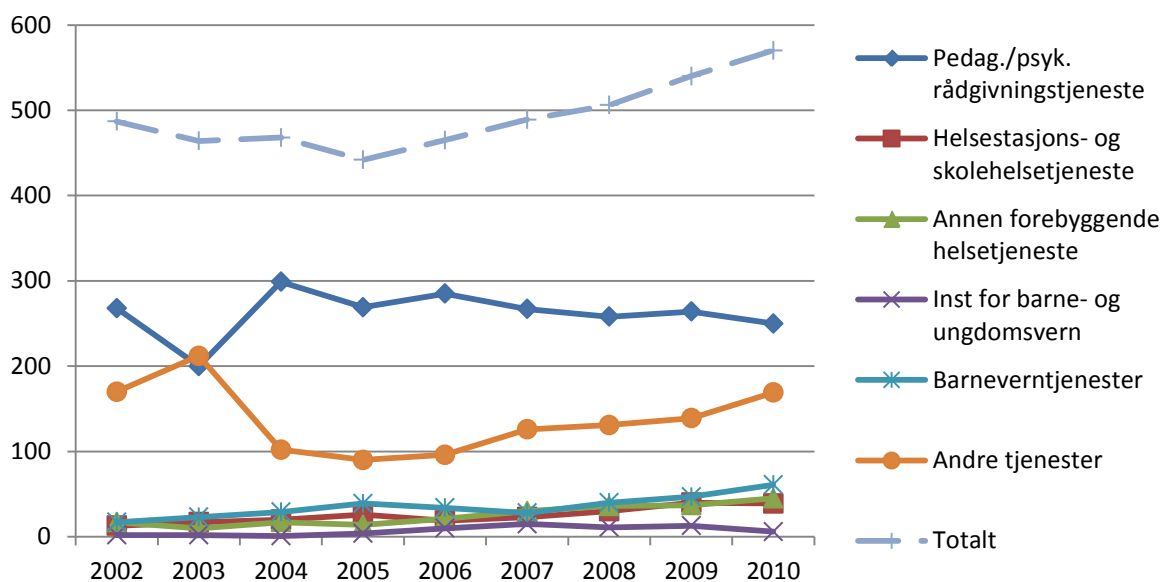
Figur 7.1 Utvikling i antall psykologer i kommunene i perioden 2002-2011. Registerdata, SSB.

Fra 2005 til 2010 økte antall psykologer ansatt i kommunene med 29 prosent, mens det fra 2010 til 2011 var en økning på hele 21 prosent. Som vist i kapittel 7.2.1 har vi informasjon om hvilke tjenester hovedgruppene av disse psykologene er ansatt i, se neste tabell.

Tabell 7.3 Antall psykologer i ulike kommunale tjenester, 2002-2011, SSB.

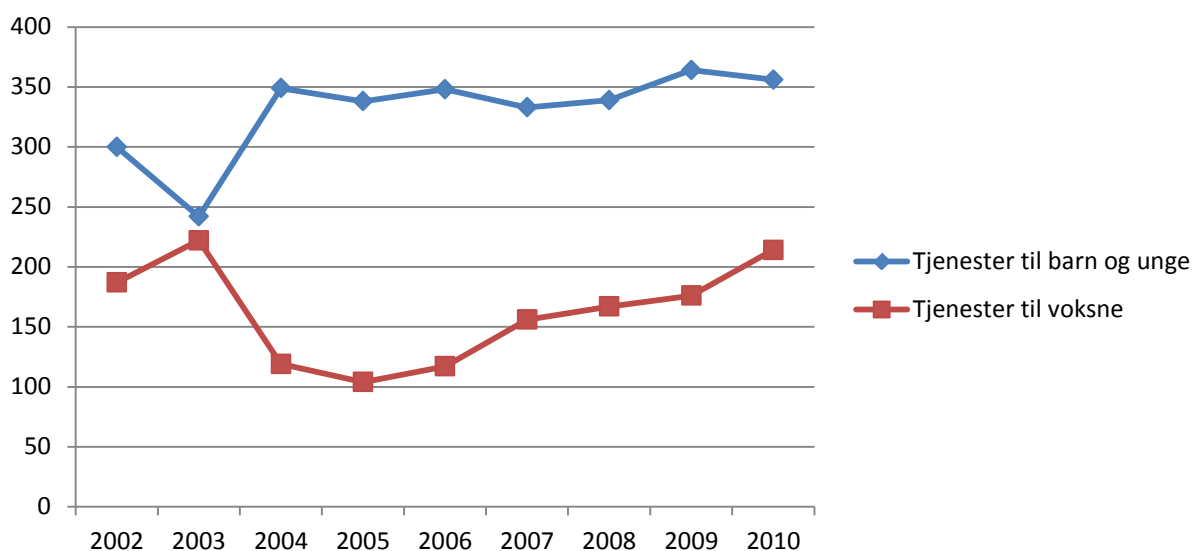
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pedagogisk/psykologisk rådgivningstjeneste	268	200	299	269	285	267	258	264	250	227
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	13	17	20	26	19	23	30	40	39	51
Annen forebyggende helsetjeneste	17	10	17	14	21	30	36	37	45	43
Inst. for barne- og ungdomsvern	2	2	1	4	10	15	11	13	6	3
Barneverntjenester	17	23	29	39	34	28	40	47	61	56
Andre tjenester	170	212	102	90	96	126	131	139	169	119
Totalt	487	464	468	442	465	489	506	540	570	499

Når vi skal se på utviklingen over tid, er det lettere å se dette i en grafisk fremstilling, se figuren under.



Figur 7.2 Utvikling i antall psykologer i kommunene i perioden 2002-2011 etter tjenesteområde. Registerdata, SSB.

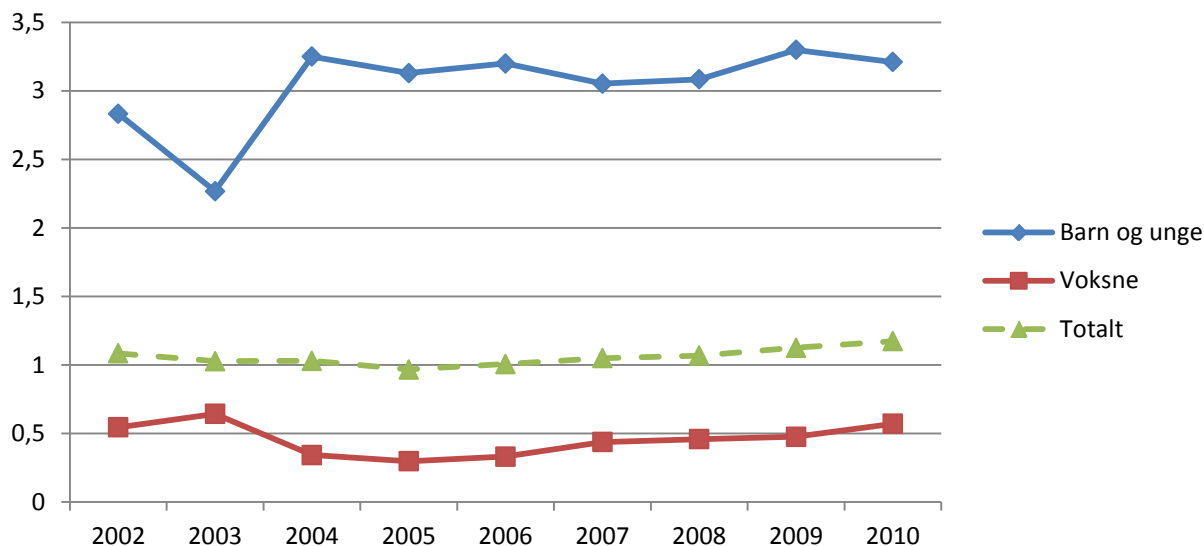
Vi har ikke tatt med 2011 tallene i denne figuren, på grunn av databruddet beskrevet over, men SSB har oppgitt at 60 prosent av dem som ikke er kliniske psykologer i 2010 (190 personer), arbeider i "Andre tjenester". Fra figuren ser vi at det er en nedgang i antall psykologer i PP-tjenesten, men en tydelig økning i "Andre tjenester". Det er også interessant å se på tjenester rettet mot barn/unge og mot voksne hver for seg. Dette er vist i neste figur.



Figur 7.3 Antall psykologer i kommunene, 2002-2010. Registerdata, SSB.

Siden det er databrudd fra 2010 til 2011, er det vanskelig å si noe om den siste utviklingen, men fra 2009 til 2010 er det vekst i antall psykologer i tjenester rettet mot voksne, men en nedgang i antall psykologer i tjenester rettet mot barn og unge.

Fordi befolkningen over 18 år utgjør nær 80 prosent av alle innbyggerne, men har under 40 prosent av psykologene, vil forskjellene bli store når vi ser på antall psykologer i forhold til størrelsen på målgruppene (0-17 år og over 18 år), se neste figur.



Figur 7.4 Antall psykologer i kommunene per 10 000 innbygger i målgruppen, 2002-2010. Registerdata, SSB.

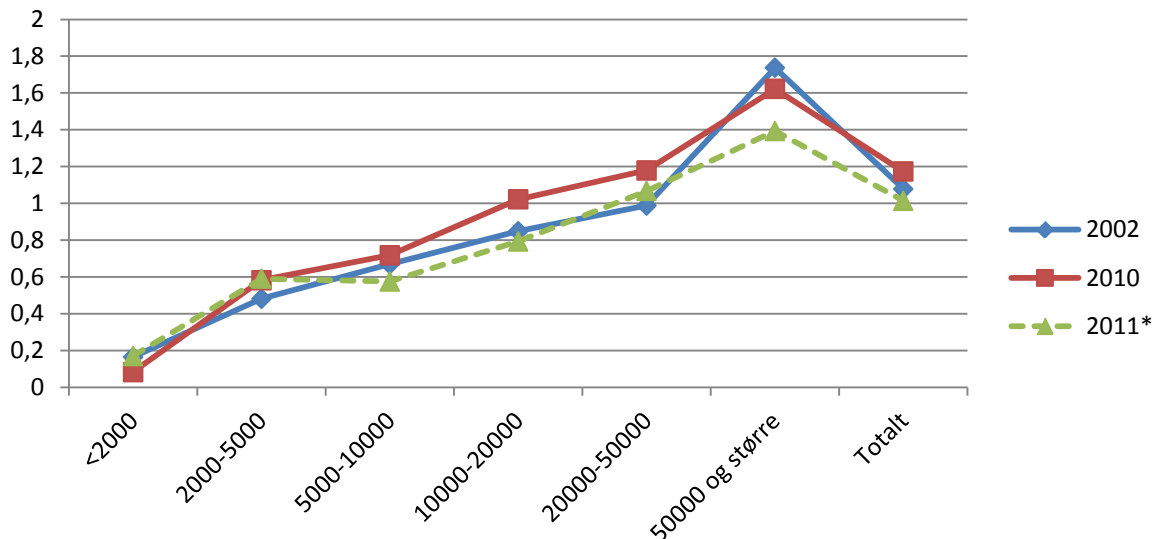
I tjenester og tiltak til barn og unge er det i overkant tre psykologer per 10 000 innbygger under 18 år, mens tilsvarende tall for voksne brukere er 0,6 i 2010.

Som vanlig i kommunedata, er det store forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Neste tabell viser vektet antall psykologer per innbygger.

Tabell 7.4 Antall psykologer totalt per 10 000 innbygger, etter størrelse på kommunen (befolkning), vektet. 2002-2011.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<2000	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2
2000-5000	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	0.6
5000-10000	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6
10000-20000	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	1.0	1.0	0.8
20000-50000	1.0	0.8	0.9	0.8	0.9	1.1	1.1	1.2	1.2	1.1
50000 og større	1.7	1.6	1.5	1.4	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6	1.4
Totalt	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.0
Antall psykologer	484	462	466	441	464	489	506	540	570	499

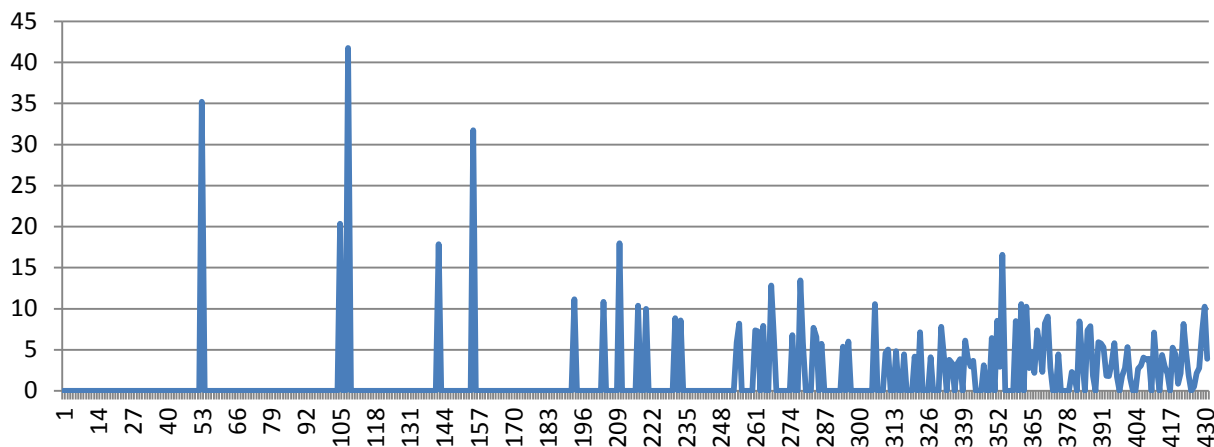
Vi sammenlikner 2002, 2010 og 2011 i neste figur og ser at det ikke er dramatiske endringer. 2011-linjen indikerer sannsynligvis mest hvor de ikke-kliniske psykologene er, og viser ikke en reell utvikling.



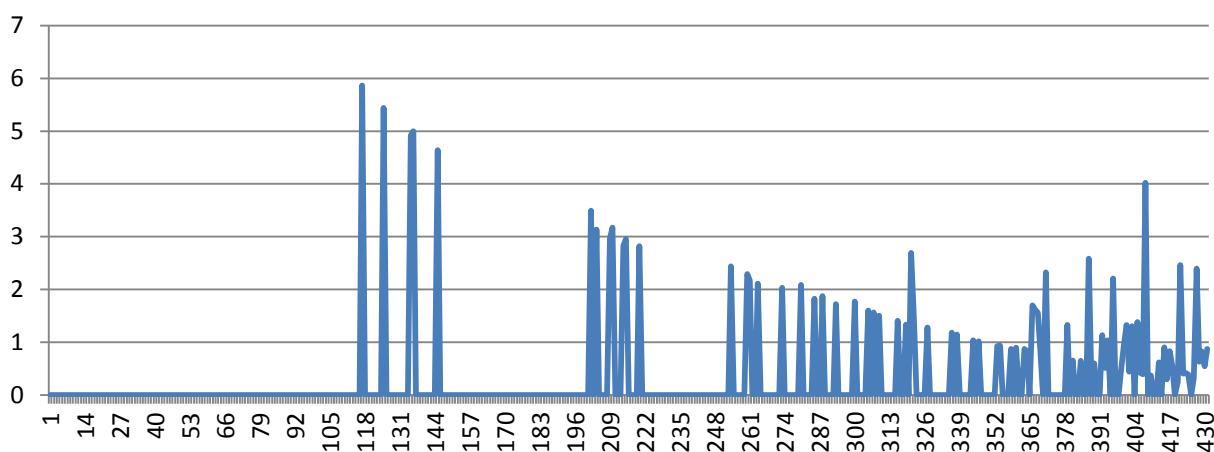
Figur 7.5 Antall psykologer per 10 000 innbygger, etter størrelse på kommunen (befolkning), vektet. 2002, 2010 og 2011.

Selv om det er tydelige og stabile sammenhenger mellom størrelse på kommunen og antall psykologer relativt til innbyggertall i gjennomsnitt, er det en betydelig grad av usystematikk i datagrunnlaget. Figurene på neste side illustrerer at det er langt i fra noen lineær sammenheng mellom størrelsen på kommunen og antall psykologer, selv om det tydelig er flere store kommuner som har psykologer enn små kommuner.

Antall psykologer per 10 000 innbygger i 2010 i tjenester rettet mot barn og unge, sortert etter størrelse på kommune



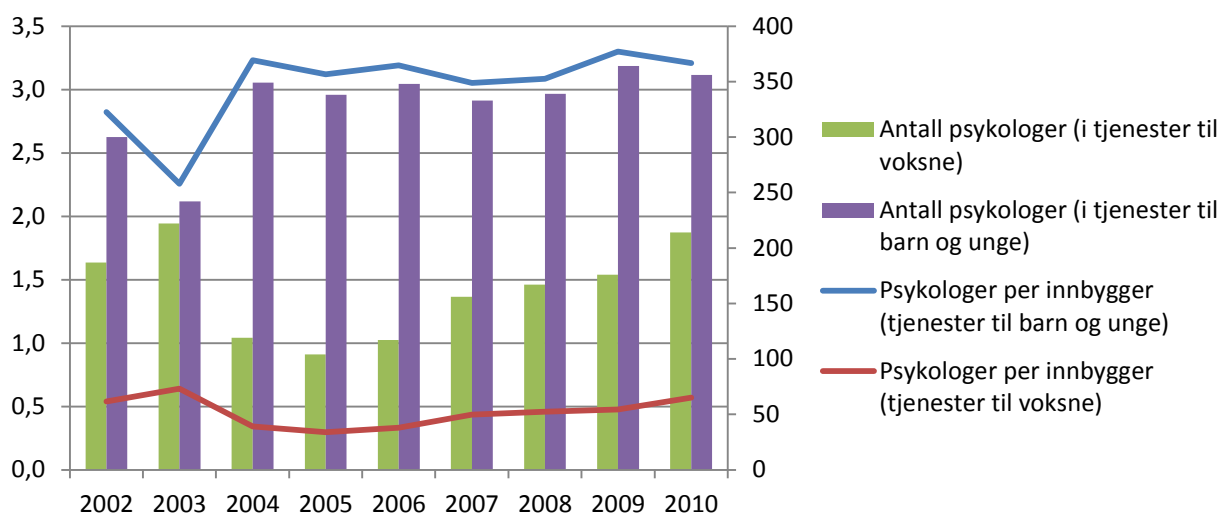
Antall psykologer per 10 000 innbygger i 2010 i tjenester rettet mot voksne, sortert etter størrelse på kommunen



Figur 7.6 Antall psykologer per 10 000 innbygger, sortert etter størrelse på kommunen (befolkning), vektet. 2010.

Det er altså få småkommuner som har psykologer. Fra tallene finner vi for eksempel at blant de 200 minste kommunene er det seks kommuner som har psykologer i tjenester rettet mot barn og unge, og fem kommuner som har psykologer i tjenester rettet mot voksne innbyggere. Samtidig er det ingen av disse som har psykolog ansatt både i tjenester til både barn/unge og til voksne, så blant de 200 minste kommunene er det 11 kommuner som har psykolog ansatt i enten tjenester til barn/unge eller i tjenester rettet mot voksne. Som vi skal se i kapittel 7.4.5 er det 293 kommuner som i 2010 ikke har ansatte som er utdannet i psykologfag i det hele tatt. Vi ser nærmere på kjennetegn i kommuner som ikke har/har ansatt psykologer i kapittel 7.4.5.

Til slutt viser vi absolutt og relativt antall psykologer fordelt på tjenester til barn/unge og til voksne i hele perioden.



Figur 7.7 Antall psykologer per 10 000 innbygger (venstre akse) og antall psykologer totalt (høyre akse), vektet. 2010.

Som vi skal se i kapittel 7.4.6 har det vært en sterk økning i psykologårverk i psykisk helsearbeid fra 2010 til 2011, både i tjenester til voksne og til barn/unge.

7.3.2 Tilskudd for utprøving av modeller for psykologer i kommunehelsetjenesten

Som også vist tidligere i rapporten er det gitt 123 millioner kroner i tilskudd de seks årene tilskuddsordning gjelder.

Tabell 7.5 Totalt tilskudd målt i 1 000 kroner, 2008-2013. Nominelle verdier.

År	Tilskudd totalt
2008	2 150
2009	22 785
2010	29 100
2011	39 575
2012	20 450
2013	9 375
Totalt	123 435

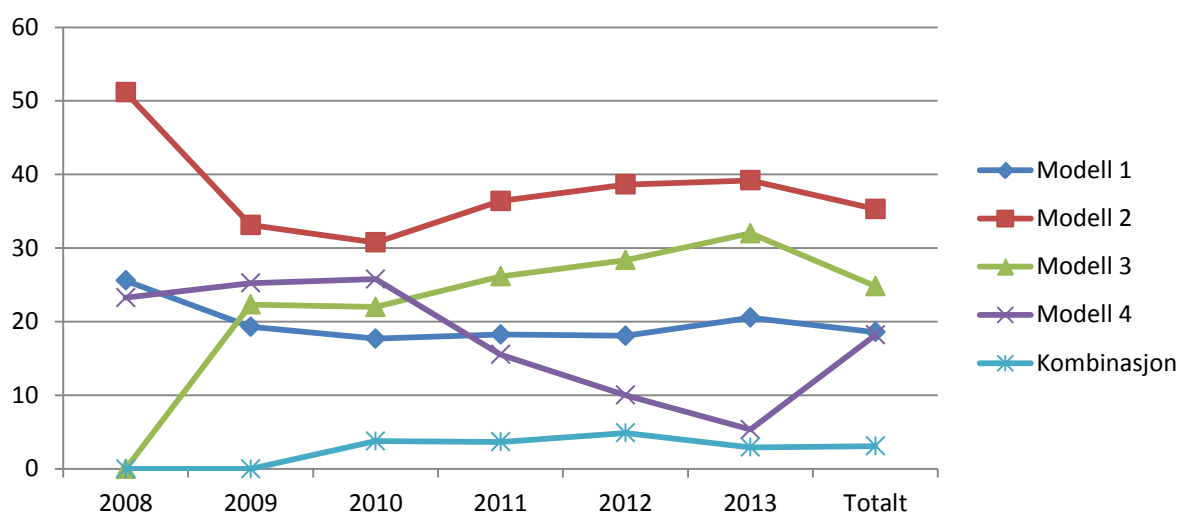
Vi har fått oversikt over tilskuddene som er gitt til de ulike modellutprøvingene:

Tabell 7.6 Antall kommuner som har mottatt tilskudd etter type modell.

År	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 1/ Modell 3	Modell 1/ Modell 4	Totalt	Unike kommuner
2008	1	2		1			4	4
2009	8	15	9	12			44	43
2010	11	21	13	20	2		67	64
2011	16	37	23	21	2	1	100	95
2012	8	24	15	9	2	1	59	56
2013	6	16	11	2		1	36	34

Forskjellen på de to siste kolonnene skyldes både at samme kommune kan motta tilskudd til flere modeller, og at flere bydeler fra Oslo mottar tilskudd til egne forsøk. Det er stort overlapp over de ulike årene fordi tilskuddene gis over flere år. Det er totalt 95 kommuner som har mottatt tilskudd for ett eller flere år.

Figuren under viser den prosentvise andelen av tilskuddsmidlene som går til de ulike modellene. Det er noe variasjon i andelen og vi ser særlig at det blir relativt mindre tilskudd til Modell 4 i løpet av perioden, mens andelen av tilskuddene som går til Modell 3 øker utover i perioden. Vi ser også en økning i Modell 2 (psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid) og som vi skal se i slutten av kapittelet, stemmer dette godt med utviklingen i antall årsverk utført av psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid, se kapittel 7.4.6.



Figur 7.8 Prosentvis andel av tilskudd til ulike modeller, 2008-2013.

7.3.3 Hva kjennetegner kommuner som mottar tilskudd til modellutprøving?

Det er totalt 95 ulike kommuner som har mottatt tilskudd i løpet av årene 2008-2011. Vi skal nå undersøke om det er noe systematisk som kjennetegner disse 95 kommunene. Det er stor grad av stabilitet i tallene, så vi viser bare resultatene for 2010. Først sammenlikner vi kommuner som mottar tilskudd med kommuner som ikke mottar tilskudd deskriptivt, se tabell 7.7 på neste side.

Tabell 7.7 Deskriptiv statistikk for kommuner som mottar tilskudd og for kommuner som ikke mottar tilskudd, 2010.

	Mottar tilskudd			Mottar ikke tilskudd		
	Obs	Mean	Std. Dev.	Obs	Mean	Std. Dev.
Antall psykologer totalt	95	5	12	335	0	1
Tilskudd (1000 kr)	95	306	288	335	0	0
Antall innbyggere	95	29 835	67 980	336	6 023	8 168
Andel 0-5 åringer	95	0.07	0.01	335	0.07	0.01
Andel 6-15 åringer	95	0.13	0.01	335	0.13	0.01
Andel over 67 år	95	0.13	0.03	335	0.16	0.03
Andel arbeidsledige	95	0.02	0.01	335	0.02	0.01
Andel uføre	95	0.10	0.03	335	0.11	0.03
Andel av innbyggerne i tettbygde strøk	95	0.67	0.24	335	0.45	0.26
Andel innflyttere	95	0.06	0.02	335	0.05	0.02
Årsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbygger 0-17 år	95	28	20	335	31	26
Årsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år	95	26	13	335	32	21
Antall psykologer i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år	95	0.18	0.51	335	0.09	0.65
Antall psykologer i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år	95	1.85	2.61	334	0.81	2.31
Antall psykologer i psykisk helsearbeid totalt per 10 000 innbyggere	95	0.58	0.86	335	0.26	0.77

Kommuner som mottar tilskudd har i gjennomsnitt fem psykologer ansatt, mens de som ikke mottar tilskudd har ingen ansatte psykologer. Mens tilskuddskommunene har en gjennomsnittsstørrelse på nesten 30 000 innbyggere, har kommuner som ikke mottar tilskudd en gjennomsnittsstørrelse på 6 000 innbyggere. Det er også flere psykologer innen psykisk helsearbeid i kommuner som mottar tilskudd enn i de som ikke mottar tilskudd.

For å se hvordan dette henger sammen når vi kontrollerer for at kommunene har ulike rammebetingelser, bruker vi en enkel Logit-modell (se kapittel 7.3). Vi bruker ulike spesifikasjoner av modellen for å se på stabilitet i sammenhengene.

Tabell 7.8 Logit-analyser, avhengig variabel - Mottar tilskudd=1, 2010.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6	Modell 7
log(antall innbyggere)	0.82*** (3.09)	0.88*** (5.05)	1.13*** (7.76)	0.92*** (5.35)	1.06*** (4.49)	1.08*** (4.58)	0.82*** (3.15)
Ant. psykologer per Innb.	-0.043 (-0.22)		0.22* (1.67)	0.21 (1.48)	0.19 (1.34)	0.17 (1.21)	
Andel 0-5 åringer	-19.8 (-0.85)			-10.3 (-0.47)	-21.2 (-0.92)	-19.3 (-0.83)	-20.0 (-0.86)
Andel 6-15 åringer	-20.4 (-1.11)			-11.4 (-0.69)	-22.2 (-1.22)	-18.6 (-1.01)	-20.5 (-1.12)
Andel over 67 år	-27.6** (-2.28)			-18.0* (-1.91)	-26.6** (-2.25)	-26.0** (-2.19)	-27.5** (-2.28)
Andel arbeidsledige	-7.39 (-0.30)				-8.56 (-0.34)	-11.0 (-0.43)	-7.63 (-0.31)
Andel uføre	-2.61 (-0.40)				-6.19 (-0.97)	-5.73 (-0.89)	-2.69 (-0.42)
And. Innb. tettbygd	-0.83 (-0.89)				-1.09 (-1.18)	-1.10 (-1.19)	-0.82 (-0.88)
Andel innflyttere	-13.9 (-1.19)				-8.99 (-0.79)	-10.2 (-0.89)	-13.9 (-1.19)
Antall psykologer totalt	0.22* (1.66)	0.25** (2.47)					0.20* (1.90)
Antall årsverk i psykisk helsearbeid barn og unge						0.011 (1.61)	
Antall årsverk i psykisk helsearbeid voksne						-0.0098 (-0.98)	
Antall psykologer i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år	0.049 (0.86)						0.050 (0.87)
Antall psykologer i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år	0.22 (1.27)						0.22 (1.28)
Konstant	0.96 (0.18)	-9.29*** (-6.14)	-11.3*** (-8.61)	-4.60 (-1.09)	-0.50 (-0.095)	-1.37 (-0.26)	0.92 (0.17)
Observations	429	430	430	430	430	430	429

z-statistics i parentes, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

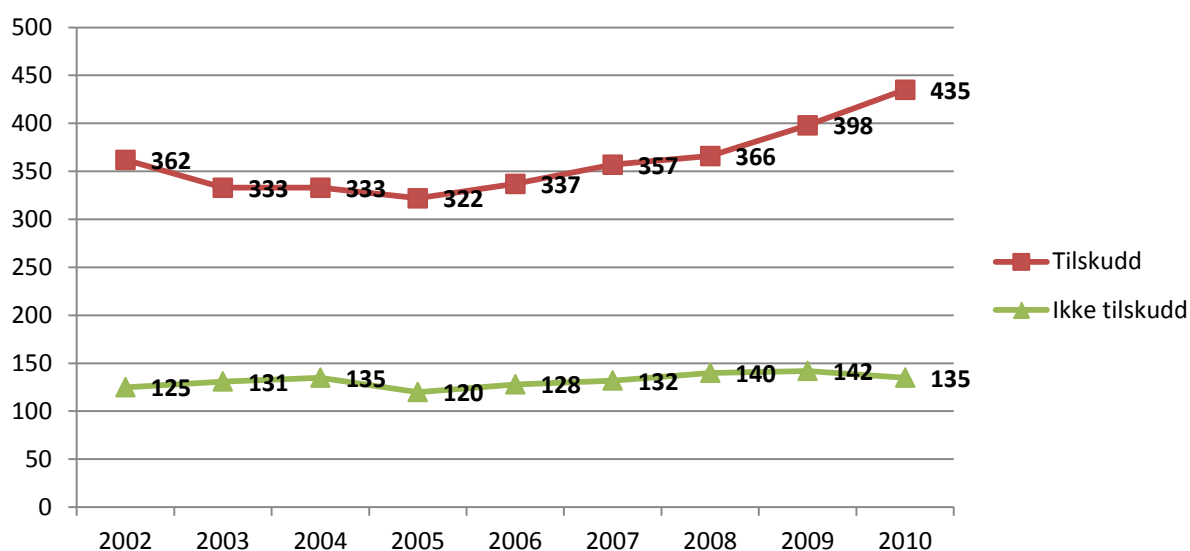
Det er relativt lite systematikk i kjennetegnene på de 95 kommunene som mottar tilskudd. Unntaket er at tilskuddskommunene systematisk er større enn kommuner uten tilskudd (målt med antall innbyggere), og at tilskuddskommunene typisk har en lavere andel eldre i befolkningen. Dette kan sies å være i tråd med at de fleste psykologer arbeider i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge. Resultatene viser også at kommuner med flere psykologer i utgangspunktet (absolutte tall), har større sannsynlighet for å motta tilskudd også når vi kontrollerer for ulike rammebetingelser. Relativt antall psykologer ser ikke ut til å ha sammenheng med om kommunen mottar tilskudd eller ikke når vi kontrollerer for ulike rammebetingelser,

så effekten fra antall psykologer kan godt være en effekt av størrelsen på kommunen. Dette reflekteres også av koeffisienten for befolkningsvariabelen i modell 7. Det er kvalitativt samme resultat når vi kjører de samme regresjonene på 2007, 2008 og 2009-tallene, med unntak av at antall psykologer ikke har systematisk sammenheng med om kommunen mottar tilskudd eller ikke i årene før 2010. Som vi skal se i neste avsnitt kan dette skyldes at forskjellene mellom kommuner med og uten tilskudd ser ut til å øke utover i perioden (rammebetingelsene er relativt konstante).

Konklusjonen er her at det er få av de observerbare kjennetegnene ved kommunene som har systematisk sammenheng med sannsynligheten for å motta tilskudd i modellutprøvningsprosjektet. Dette kan være en støtte for ildsjel-hypotesen som vi har vært inne på tidligere i rapporten.

7.3.4 Har kommuner som mottar tilskudd annen utvikling enn de som ikke mottar tilskudd?

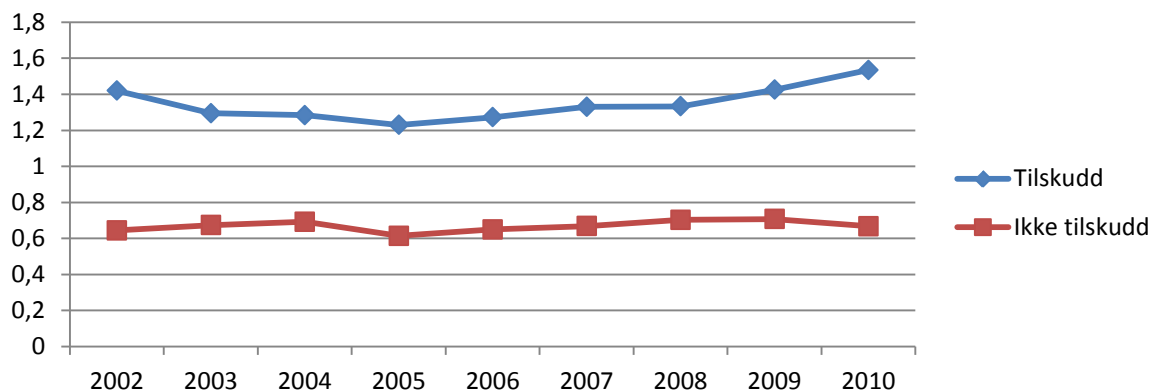
Totalt er det altså 95 kommuner som har mottatt tilskudd i løpet av perioden. Her ser vi på utviklingen i antall psykologer blant de kommunene som mottar tilskudd og de som ikke gjør det.



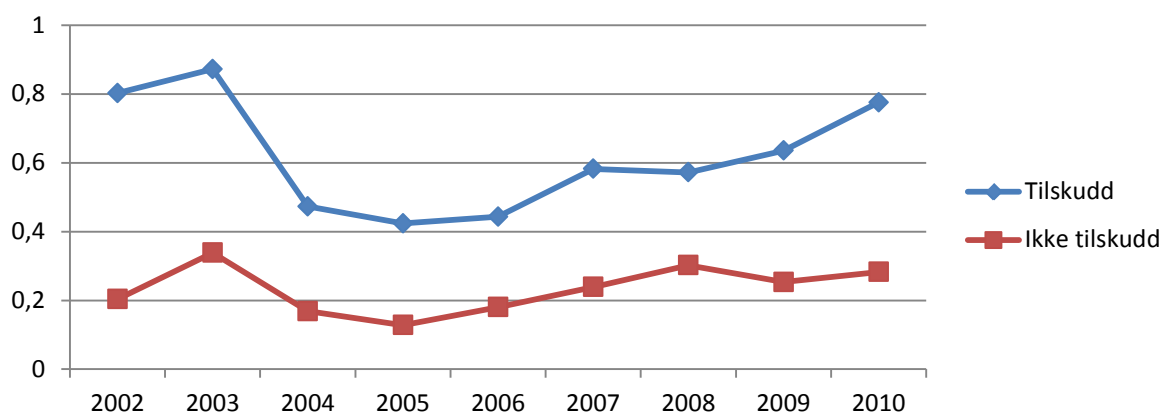
Figur 7.9 Antall psykologer i kommunene gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, 2002-2010.

Vi ser fra denne figuren at kommunene som har mottatt tilskudd har en betydelig sterkere utvikling enn kommunene som ikke har mottatt tilskudd totalt sett. Bildet er omtrent det samme når vi ser på utviklingen relativt til størrelsen på kommunene, se neste figur. (Figur 7.10 Antall psykologer per innbygger gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, 2002-2010.)

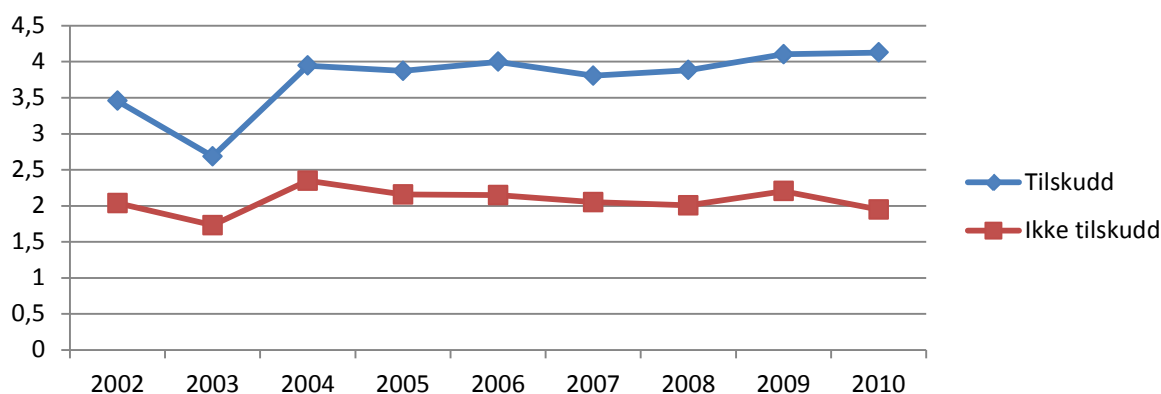
Antall psykologer totalt per 10 000 innbygger gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, 2002-2010



Antall psykologer totalt per 10 000 innbygger gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, tjenester til voksne, 2002-2010



Antall psykologer totalt per 10 000 innbygger gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, tjenester til barn og unge, 2002-2010



Fra tilskuddsordningen startet i 2008, er det tydelig dårligere utvikling i kommunene som ikke mottar tilskudd enn i de 95 kommunene som har mottatt tilskudd. Dette gjelder både psykologer i tjenester til barn og unge og i tjenester til voksne innbyggere. Som vi skal se i neste avsnitt, er dette et robust funn også når vi kontrollerer for at kommunene har ulike rammebetingelser.

7.3.5 Hva kjennetegner kommuner med høy/lav psykologdekning?

Her ser vi på antall psykologer per innbygger. Vi tar utgangspunkt i 2010 og ser på følgende to grupper av kommuner: de som ikke har ansatte psykologer, og de som har en eller flere psykologer (både klinisk og ikke klinisk utdannede).

Tabell 7.9 Antall kommuner med og uten psykologer i 2010, tjenester barn/unge og voksne, 2010

Status 2010	Antall kommuner		
	Totalt	Tjenester til barn og unge	Tjenester til voksne
Har ingen ansatte psykologer	293	326	351
Har ansatte utdannet i psykologfag (klinisk og ikke klinisk)	138	105	80

Figurene som er vist i forrige kapittel viser at det er slik at kommuner som mottar tilskudd har flere ansatte psykologer enn kommuner som ikke mottar tilskudd. Vi skal nå undersøke om det fortsatt er slik, etter at vi har gjort kommunene mer sammenliknbare ved å kontrollere for ulike rammebetingelser. Det kan være at det er kjennetegn ved tilskuddskommunene som gjør at de har flere ansatte psykologer, og ikke det at de mottar tilskudd som er viktig. Vi undersøker dette ved å studere sammenhengen mellom tilskudd og antall psykologer ved å kontrollere for ulike rammebetingelser. Som vist i kapittel 7.3, undersøker vi problemstillingen med en enkel Tobit-modell. Resultatene er vist i tabellen på neste side.

Tabell 7.10 Tobit-regresjon, avh. variabel: antall psykologer totalt per innbygger, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
log(antall innbyggere)	1.47***	1.19***	0.88***	1.13***	1.19***	0.92***
	(8.40)	(6.61)	(4.21)	(4.28)	(4.50)	(3.87)
Mottar tilskudd		1.35***	1.24***	1.13***	1.06***	0.84**
		(3.45)	(3.20)	(2.97)	(2.79)	(2.44)
Andel 0-5 åringer			30.3	14.7	18.8	22.9
			(1.21)	(0.58)	(0.74)	(0.98)
Andel 6-15 åringer			6.13	-0.11	2.53	1.43
			(0.33)	(-0.0059)	(0.13)	(0.082)
Andel over 67 år			-10.8	-13.1	-12.4	-8.99
			(-0.98)	(-1.01)	(-0.96)	(-0.76)
Andel arbeidsledige				8.51	4.75	12.0
				(0.30)	(0.17)	(0.47)
Andel uføre				-13.7*	-13.2*	-3.96
				(-1.93)	(-1.86)	(-0.61)
Andel av innbyggerne i tettbygde strøk				-1.98*	-1.97*	-1.01
				(-1.92)	(-1.94)	(-1.08)
Andel innflyttere				3.95	2.88	0.10
				(0.31)	(0.23)	(0.0088)
Årsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år					0.015*	
					(1.89)	
Årsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år					-0.0017	
					(-0.18)	
Antall psykologer i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år						0.38***
						(7.11)
Antall psykologer i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år						0.10
						(0.45)
Konstant	-14.2***	-12.0***	-10.5**	-8.30	-9.83	-9.48*
	(-8.57)	(-7.30)	(-2.10)	(-1.39)	(-1.64)	(-1.72)
Observasjoner	430	430	430	430	430	429

t-verdi i parentes, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Vi finner her tydelig at når vi kontrollerer for ulike rammebetingelser, så har kommuner som mottar tilskudd systematisk høyere antall psykologer ansatt per innbygger. Når vi i tillegg kontrollerer for antall psykologer i psykisk helsearbeid, ser vi at effekten av tilskudd dempes, noe som indikerer sterk korrelasjon mellom psykologårsverk i psykisk helsearbeid og tilskudd. Vi kommer tilbake til dette i slutten av kapitlet.

Tabell 7.11 Tobit-regresjon, avh. variabel: antall psykologer i tjenester og tiltak til barn og unge per innbygger 0-17 år, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
log(antall innbyggere)	6.08*** (7.35)	5.31*** (6.13)	4.50*** (4.41)	4.95*** (3.89)	5.11*** (3.99)	3.82*** (3.32)
Mottar tilskudd		3.63** (2.01)	3.28* (1.82)	2.88 (1.62)	2.50 (1.41)	2.05 (1.25)
Andel 0-5 åringer			191 (1.58)	109 (0.88)	133 (1.08)	163 (1.41)
Andel 6-15 åringer			10.1 (0.11)	-33.1 (-0.36)	-20.4 (-0.22)	-41.8 (-0.49)
Andel over 67 år			1.02 (0.019)	-12.8 (-0.21)	-6.37 (-0.10)	-0.21 (-0.0037)
Andel arbeidsledige				-79.6 (-0.56)	-100 (-0.69)	-44.9 (-0.34)
Andel uføre				-67.1* (-1.92)	-61.6* (-1.76)	-24.1 (-0.74)
Andel av innbyggerne i tettbygde strøk				-4.45 (-0.92)	-4.66 (-0.98)	-0.54 (-0.12)
Andel innflyttere				-0.50 (-0.0082)	-17.2 (-0.28)	-11.5 (-0.20)
Årsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år					0.069* (1.82)	
Årsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år					-0.11* (-1.83)	
Antall psykologer i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år						1.69*** (6.59)
Antall psykologer i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år						-2.78 (-1.25)
Konstant	-61.8*** (-7.72)	-56.0*** (-6.90)	-63.4** (-2.56)	-42.8 (-1.46)	-46.5 (-1.58)	-45.0 (-1.65)
Observasjoner	430	430	430	430	430	429

t-verdi i parentes, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Antall psykologer i tjenester, og tiltak til barn og unge, ser også ut til å systematisk være høyere i tilskuddskommunene, men sammenhengen svekkes når vi kontrollerer for ulike rammebetingelser. Kommuner med mange uføre ser for eksempel ut til å ha færre psykologer per innbygger i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge enn kommuner med færre uføre. Samtidig ser vi at psykologdekningen er høyere i disse tjenestene i kommuner med flere årsverk i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge.

Tabell 7.12 Tobit-regresjon, avh. variabel: antall psykologer i tjenester og tiltak til voksne per innbygger 18 år og eldre, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
log(antall innbyggere)	1.40***	1.11***	0.83***	1.12***	1.16***	1.06***
	(6.38)	(5.00)	(3.24)	(3.42)	(3.59)	(3.34)
Mottar tilskudd		1.33***	1.22***	1.17**	1.14**	0.96**
		(2.82)	(2.64)	(2.56)	(2.51)	(2.14)
Andel 0-5 åringer			13.7	11.1	16.0	17.5
			(0.44)	(0.35)	(0.51)	(0.56)
Andel 6-15 åringer			9.86	15.9	15.5	17.8
			(0.44)	(0.68)	(0.68)	(0.78)
Andel over 67 år			-15.4	-9.65	-9.13	-5.67
			(-1.11)	(-0.61)	(-0.58)	(-0.36)
Andel arbeidsledige				47.9	49.7	49.3
				(1.43)	(1.49)	(1.50)
Andel uføre				-5.89	-7.01	-1.05
				(-0.67)	(-0.80)	(-0.12)
Andel av innbyggerne i tettbygde strøk				-2.02	-1.95	-1.42
				(-1.59)	(-1.55)	(-1.14)
Andel innflyttere				17.7	18.7	14.0
				(1.14)	(1.23)	(0.92)
Årsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år					0.0067	
					(0.71)	
Årsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10-000 innbyggere over 18 år					0.016	
					(1.42)	
Antall psykologer i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år						0.21***
						(2.83)
Antall psykologer i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år						0.44*
						(1.79)
Konstant	-14.9***	-12.7***	-10.1	-14.2*	-15.7**	-15.9**
	(-6.86)	(-5.97)	(-1.63)	(-1.93)	(-2.12)	(-2.16)
Observasjoner	430	430	430	430	430	429

t-verdi i parentes, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

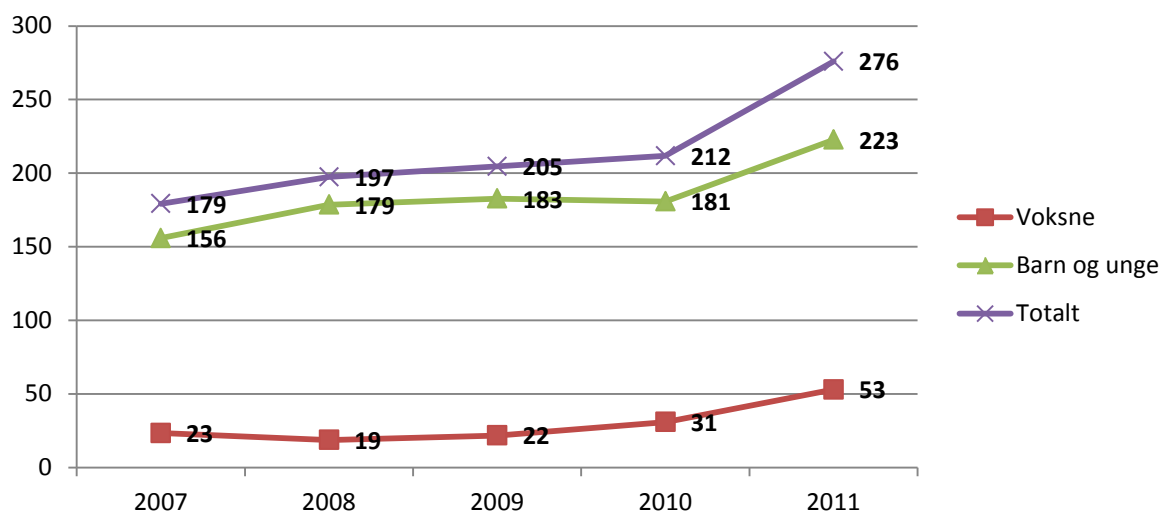
Antall psykologer i tjenester til voksne er systematisk høyere i tilskuddskommuner enn i kommuner som ikke mottar tilskudd, og sammenhengen er systematisk også når vi kontrollerer for ulike rammebetingelser.

Fra de tre siste tabellene kan vi konkludere med at kommuner som mottar tilskudd har relativt flere psykologer enn kommuner som ikke mottar tilskudd, også når vi kontrollerer for at kommunene har ulike rammebetingelser (noe som kunne ha forklart at de har flere psykologer i utgangspunktet). Sammenhengen er sterkest i tjenester til voksne, mens i tjenester til barn og unge ser bakenforliggende faktorer ut til å forklare det meste av forskjellene mellom kommunene, heller enn om de mottar tilskudd eller ikke.

Vi har også undersøkt sammenhengene i årene før 2010, men finner ikke at tilskuddskommunene hadde systematisk høyere antall psykologer, så dette er en effekt som først er systematisk i 2010. Sammen med de deskriptive analysene vist gjennom figurene, tyder funnene på at forskjeller mellom tilskudd og relativt antall psykologer øker over tid.

7.3.6 Utvikling i psykologårsverk i psykisk helsearbeid 2007-2011

Totalt i psykisk helsearbeid ble det i 2011 rapportert om 276 psykologårsverk. Av disse er 22 prosent spesialistpsykologer og andelen er like stor både i tjenester og tiltak til barn/unge og til voksne.

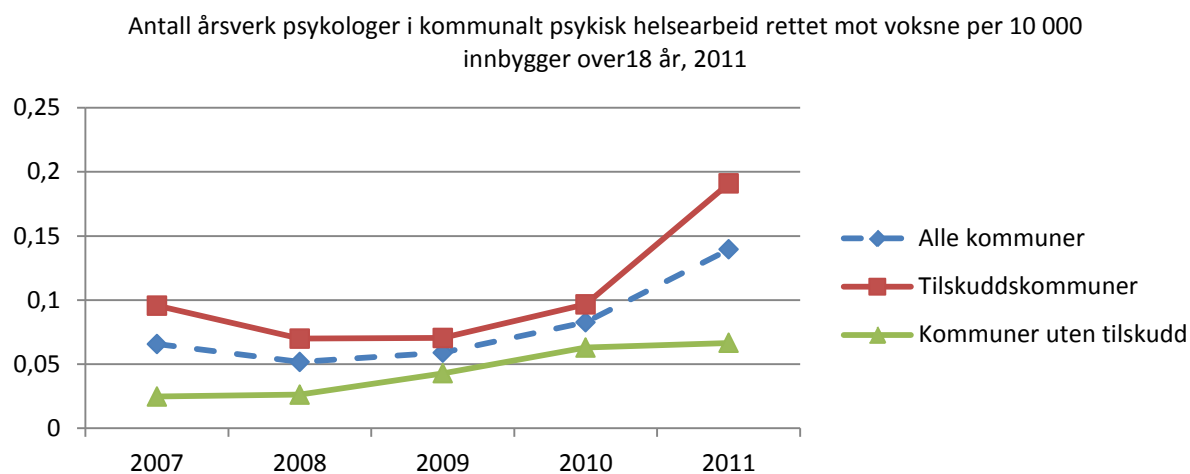
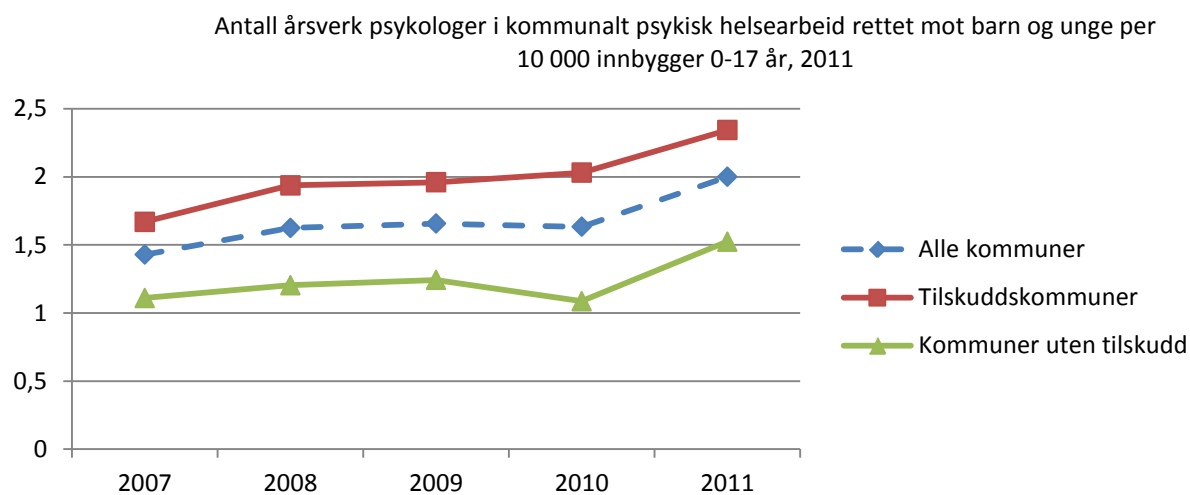
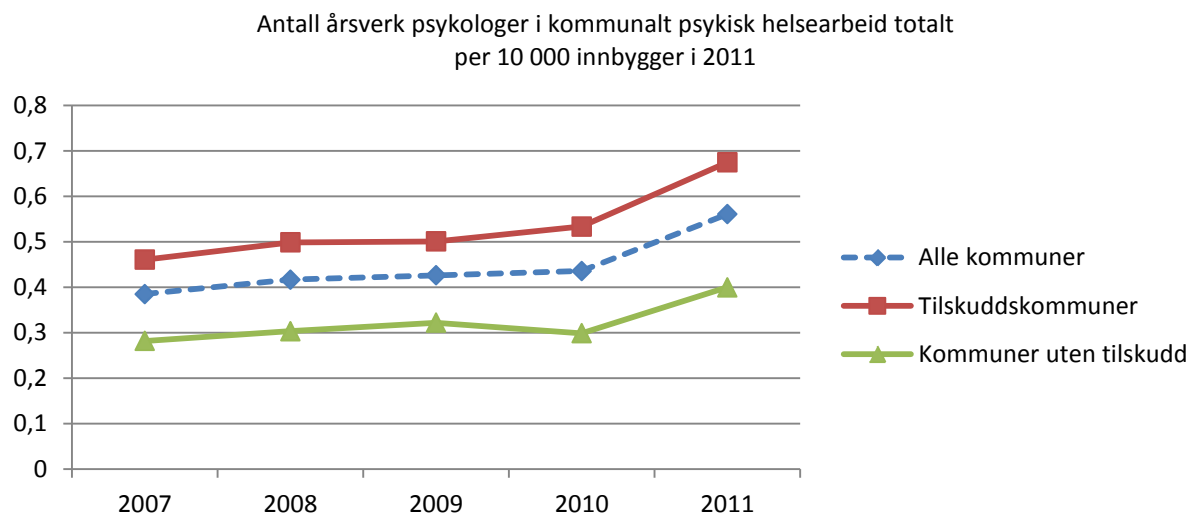


Figur 7.11 Antall psykologer totalt i kommunalt psykisk helsearbeid, 2007-2011.

Det er betydelig vekst i psykologårsverkene i psykisk helsearbeid fra 2010 til 2011. Totalt har årsverkene utført av psykologer vokst med hele 30 prosent det siste året, 71 prosent vekst i tjenester og tiltak rettet mot voksne brukere med psykiske lidelser og vansker, mens tilsvarende vekst i tjenester og tiltak til barn og unge var 23 prosent.

Det er nå interessant å se om denne veksten er sterkere i tilskuddskommunene enn i kommunene som ikke mottar tilskudd. Dette er vist i neste figur.

Figur 7.12 Antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger i kommunene gruppert etter om de har fått tilskudd eller ikke, 2007-2011. Vektet.



Fra figuren over ser vi at det er særlig i tjenester til voksne at kommunene som mottar tilskudd har en annen utvikling enn i kommuner som ikke mottar tilskudd (nederste del av figuren). I tjenester til barn og

unge ser det ut som kommuner uten tilskudd har en sterkere vekst siste år enn kommuner som ikke mottar tilskudd.

Vi undersøker videre om årsverkene i kommunalt psykisk helsearbeid varierer med ulike rammebetingelser.

Tabell 7.13 Tobit-regresjon, avh. variabel: Totalt antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
log(antall innbyggere)	0.66*** (5.78)	0.48*** (3.97)	0.31** (2.12)	0.51*** (2.80)	0.65*** (3.56)	0.40** (2.38)
Mottar tilskudd		0.90*** (3.00)	0.81*** (2.72)	0.73** (2.50)	0.56** (1.98)	0.37 (1.34)
Andel 0-5 åringer			10.6 (0.59)	-3.87 (-0.21)	0.063 (0.0035)	-3.96 (-0.23)
Andel 6-15 åringer			5.64 (0.44)	-2.26 (-0.16)	3.80 (0.28)	2.33 (0.18)
Andel over 67 år			-8.28 (-1.07)	-9.81 (-1.07)	-8.93 (-1.00)	-4.73 (-0.55)
Andel arbeidsledige				-10.9 (-0.53)	-25.1 (-1.22)	-10.1 (-0.53)
Andel uføre				-11.9** (-2.32)	-9.63* (-1.90)	-7.23 (-1.50)
Andel av innbyggerne i tettbygde strøk				-1.49** (-2.10)	-1.64** (-2.39)	-0.85 (-1.28)
Andel innflyttere				7.07 (0.77)	5.21 (0.58)	5.53 (0.63)
Årsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år					0.027*** (5.04)	
Årsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år					-0.018** (-2.38)	
Antall psykologer i tjenester til barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år						0.11*** (5.00)
Antall psykologer i p i tjenester til voksne per 10 000 innbyggere over 18 år						0.47*** (4.04)
Konstant	-6.89*** (-6.46)	-5.58*** (-5.12)	-4.24 (-1.22)	-1.81 (-0.43)	-4.24 (-1.02)	-3.26 (-0.81)
Observasjoner	430	430	430	430	430	430

t-verdi i parentes, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Vi ser at når vi kontrollerer for størrelse på kommunen og andre variabler som sier noe om kommunenes rammebetingelser, er det fortsatt slik at kommuner som mottar tilskudd har flere psykologårsverk per innbygger i psykisk helsearbeid.

Tabell 7.14 Tobit-regresjon, avh. variabel: Totalt antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid i tjenester til barn og unge, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
log(antall innbyggere)	2.45***	1.94***	1.63***	2.48***	3.07***	2.09***
	(6.21)	(4.62)	(3.22)	(3.80)	(4.67)	(3.54)
Mottar tilskudd		2.58**	2.42**	2.14**	1.50	0.90
		(2.56)	(2.40)	(2.18)	(1.62)	(1.02)
Andel 0-5 åringer			70.8	5.61	15.1	2.83
			(1.12)	(0.088)	(0.25)	(0.049)
Andel 6-15 åringer			47.3	8.86	34.3	30.8
			(1.05)	(0.19)	(0.75)	(0.72)
Andel over 67 år			2.11	-14.9	-12.4	5.82
			(0.077)	(-0.46)	(-0.40)	(0.20)
Andel arbeidsledige				-39.2	-94.3	-31.4
				(-0.55)	(-1.34)	(-0.48)
Andel uføre				-51.5***	-43.1**	-32.6**
				(-2.87)	(-2.48)	(-2.02)
Andel av innbyggerne i tettbygde strøk				-6.85***	-7.62***	-4.47*
				(-2.67)	(-3.09)	(-1.94)
Andel innflyttere				7.91	4.74	6.34
				(0.25)	(0.16)	(0.22)
Årsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år					0.096***	
					(5.39)	
Årsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år					-0.056**	
					(-2.20)	
Antall psykologer i kommunen i tjenester til barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år						0.44***
						(6.19)
Antall psykologer i kommunen i tjenester til voksne per 10 000 innbyggere over 18 år						1.28***
						(3.47)
Konstant	-25.5***	-21.7***	-30.4**	-16.3	-25.9*	-22.5*
	(-6.82)	(-5.70)	(-2.42)	(-1.10)	(-1.79)	(-1.65)
Observasjoner	429	429	429	429	429	429

t-verdi i parentes, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

I tjenester til barn og unge er det også tydelige sammenhenger mellom psykologårsverk og tilskudd, men her ser vi også tydelig at kommuner med relativt mange uføre og mange som bor i tettbygde strøk, systematisk har færre psykologårsverk. Kommuner med mange årsverk i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge eller mange psykologer generelt ansatt i kommunen, har naturlig nok flere psykologårsverk enn kommuner med mindre ressursinnsats på dette området.

Tabell 7.15 Tobit-regresjon, avh. variabel: Totalt antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid i tjenester til voksne, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
log(antall innbyggere)	0.62*** (2.73)	0.32 (1.31)	-0.039 (-0.14)	0.30 (0.81)	0.33 (0.89)	0.21 (0.57)
Mottar tilskudd		1.51** (2.40)	1.33** (2.15)	1.27** (2.06)	1.15* (1.88)	0.85 (1.34)
Andel 0-5 åringer			-7.85 (-0.21)	-13.4 (-0.35)	-8.08 (-0.21)	-7.06 (-0.18)
Andel 6-15 åringer			-16.3 (-0.60)	-9.95 (-0.35)	-6.93 (-0.24)	-16.2 (-0.56)
Andel over 67 år			-28.7* (-1.77)	-21.7 (-1.14)	-20.4 (-1.08)	-19.0 (-1.00)
Andel arbeidsledige				13.0 (0.33)	6.87 (0.17)	1.10 (0.027)
Andel uføre				-3.28 (-0.32)	-1.83 (-0.18)	-0.71 (-0.068)
Andel av innbyggerne i tettbygde strøk				-1.82 (-1.28)	-1.78 (-1.28)	-1.15 (-0.80)
Andel innflyttere				25.1 (1.33)	20.3 (1.07)	20.3 (1.07)
Årsverk i psykisk helsearbeid barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år					0.016 (1.33)	
Årsverk i psykisk helsearbeid voksne per 10 000 innbyggere over 18 år					-0.030 (-1.53)	
Antall psykologer i kommunen i tjenester til barn/unge per 10 000 innbyggere 0-17 år						-0.0094 (-0.15)
Antall psykologer i kommunen i tjenester til voksne per 10 000 innbyggere over 18 år						0.75*** (3.05)
Konstant	-9.40*** (-4.07)	-7.17*** (-3.14)	2.96 (0.43)	-1.72 (-0.20)	-2.31 (-0.27)	-1.28 (-0.15)
Observasjoner	430	430	430	430	430	430

t-verdi i parentes, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

I tjenester til voksne innen psykisk helsearbeid ser vi at det er svakere sammenhenger mellom størrelse på kommunen og psykologårsverk. Fordi vi ikke vet om tilskuddet går til psykologårsverk i tjenester rettet mot voksne eller barn og unge (modellene skiller ikke klart), er det vanskelig å si om hvor tilskuddene har størst effekt. Det ser uansett ut som psykologårsverkene i tjenester til voksne i mindre grad har sammenheng med bakenforliggende faktorer enn psykologårsverkene i tjenester til barn og unge. Vi vil undersøke sammenhengene nærmere for 2011-tallene i rapporten fra IS-24, men selv om årsverkstallene er endelige, er ikke tall for rammebetingelser tilgjengelige foreløpig.

7.4 Oppsummering og konklusjoner om kommunal variasjon

I dette kapittelet har vi tatt utgangspunkt i antall ansatte psykologer i kommune, basert på registerdata fra SSB. Omlegging i statistikken fra 2010 til 2011 gjør det vanskelig å få sammenhengende tidsserier, men beregninger viser vekst i antall psykologer på 20 prosent det siste året. I 2011 var det totalt 689 personer ansatt i psykologstillinger i norske kommuner, og av disse var 72 prosent kliniske psykologer (499 personer). I tillegg kommer ressursinnsats fra private psykologer som har avtale med kommunene, men dette har vi ikke tall på.

45 prosent av de kliniske psykologene arbeider i PP-tjenestene, mens ti prosent arbeider i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 11 prosent arbeider i kommunale barnevernstjenester. Totalt anslår vi at om lag to av tre psykologer arbeider i tjenester til barn og unge. Den siste tredjedelen av psykologene arbeider i mange ulike tjenester eller næringskoder, der den største gruppen (ni prosent) finnes under næringskoden "Annen forebyggende helsetjeneste". Dette betyr at mens målgruppen 0-17 år har over tre psykologer per 10 000 innbyggere, har voksne innbyggere 0,6 psykologer per 10 000 innbyggere. Totalt er det 293 (68 prosent) av kommunene som ikke har psykologer ansatt i det hele tatt. 326 (76 prosent) av kommunene har ikke psykologer ansatt i tjenester til barn og unge, mens 351 (82 prosent) av kommunene ikke har noen psykologer ansatt i tjenester til voksne.

Tall fra registerdata er opplagt en god kilde til informasjon, men vi vet ikke hvor mange av disse som arbeider i tjenester og tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser og vansker. Årsaken til at vi ikke har denne informasjonen er at psykisk helsearbeid ikke har en egen næringskode i SN07, og at kommunene organiserer tjenestene så ulikt at det er vanskelig å definere hva som er psykisk helsearbeid og hva som faller utenfor dette området. Gjennom en egen rapportering (IS-24) innhenter Helsedirektoratet kommunenes anslag på årsverksinnsatsen rettet mot innbyggere med psykiske lidelser og vansker. Dette er vanskelige anslag, men så lenge psykisk helsearbeid ikke er en egen funksjon i KOSTRA eller i næringskodene, er dette sannsynligvis den beste metoden for å beregne årsverksinnsatsen rettet mot målgruppen. Kommunene rapporterer på årsverksinnsats fra ulike utdanningsgrupper, blant annet psykologer. Fra disse tallene finner vi en økning i antall psykologårsverk med 100 årsverk i perioden 2007-2011. Det er i 2011 rapportert om 276 psykologårsverk totalt i psykisk helsearbeid, der 223 (81 prosent) av årsverkene går til tjenester og tiltak til barn og unge. Fra 2010 til 2011 finner vi en sterk økning (30 prosent) i antall psykologårsverk i psykisk helsearbeid, der veksten var 71 prosent (fra 31 til 53 årsverk) i tjenester og tiltak rettet mot voksne og 23 prosent (fra 181 til 223 årsverk) i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Ut fra både registerdata og IS-24 data, finner vi at 30 prosent av alle psykologene i kommunene arbeider i tjenester rettet mot voksne mens 20 prosent av psykologårsverkene i psykisk helsearbeid er rettet mot voksne. Forskjellen i tilgjengelige psykologressurser i tjenester til voksne og til barn og unge er svært stor når vi tar hensyn til størrelsen på målgruppen (voksne over 18 år utgjør 80 prosent av befolkningen).

95 kommuner mottar tilskudd til modellutprøvingen med psykologer i kommunehelsetjenesten som pågår i perioden 2008-2013. Totalt er det gitt over 123 millioner i tilskudd. Vi finner at kommunene som mottar tilskudd typisk er noe større kommuner, og at de har relativt liten andel eldre innbyggere. De har flere psykologer i utgangspunktet enn kommuner uten tilskudd, og de har en sterkere økning enn kommuner uten tilskudd, særlig i tjenester rettet mot voksne innbyggere. Vi finner at i tjenester rettet mot barn og unge kan årsverksinnsatsen i stor grad forklares med observerbare kjennetegn ved kommunen heller enn

en direkte sammenheng med tilskuddet, mens det i tjenester og tiltak for voksne ser mer ut til å være en direkte positiv sammenheng med tilskuddsordningen. Særlig har kommunene som mottar tilskudd en sterk økning i antall psykologårsverk i tjenester til voksne brukere fra 2010 til 2011, men det er vanskelig å påvise noen sammenheng med utviklingen før 2010 og tilskuddsordningen. Dette kan bety at effekten av ordningen styrkes utover i perioden og at det særlig nå er psykologer i tjenester til voksne som prioriteres. Det blir viktig å følge utviklingen i 2012 og 2013, og en lengre tidsserie vil legge grunnlag for å si mer om effekten av tilskuddsordningen. Myndighetene må også vurdere om tilskuddsordningen skal bidra til utjevning i psykologtilgang mellom kommunene, eller om tilskuddsordningen skal bidra til at kommuner som allerede har psykologressurser skal få flere, og dermed at forskjellene mellom kommunene øker.

8 Litteratur

Adolfson, F., Martinussen, M., Thyraug, A.M. & Vedelser, G.W. (red.) (2011). Familiens hus – organisering og faglige perspektiver. Universitetet i Tromsø UiT. Det Helsevitenskapelige Fakultet. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord (RKBU-Nord).

Andersson, H.W. & Steihaug, S. (2008). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. SINTEF Helse. Rapport A4727.

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. (2006). Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. SINTEF Helse, Rapport A199.

Andersson, H.W., Røhme, K. & Hatling, T. (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge – Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2 i evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. SINTEF A2428.

Andersson, H.W. og Tingvoll, L. (2005). Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF Helse, Rapport STF78 A055019.

Heggland, J.E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstituttet. Rapport 2013:2.

Helsedirektoratet (2008). Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. IS-1565.

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

Imenes, A-K. (2011). Lavterskelpspsykolog – ikke lightpsykolog. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48, s.150-154.

Kaspersen, S.L. og Ose, S.O. (2010): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlig øremerkede midler gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. SINTEF-rapport A14135, SINTEF Teknologi og samfunn, Trondheim.

Kaspersen, S.L. og Ose, S.O. (2011): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2010. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A21131. SINTEF Teknologi og samfunn, Trondheim.

Kristofersen, L.B. (2007): Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern. NIBR-rapport 2007:13. Oslo.

Ludvigsen K, Helgesen M. (2004): Kompetanse i det psykiske helsearbeidet. Videreutdanning i høyskoler og SEPREP tverrfaglig utdanning, NIBR-notat 2004:135

Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnes, M. & Ose, S.O. (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud for psykiske problemer. SINTEF A246.

NOU 2004: 18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste.

Rattsø J (1989): Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway, Environment and planning C: Government and policy, 1989, volume 7.

Slettebakk, R.T., Kaspersen, S.L., Jensberg, H. & Ose, S.O. (2013). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon 2011. SINTEF A23879.

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

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

St.meld. nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 47, (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

St.prp.nr.1 (2004-2005). Statsbudsjettet.

St.prp. nr. 63 (1997-1998). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet.

Wang, C.W., Berge, K., Johnsen, L.I., Arnesen, Y., Breivik, C., Hanssen, T.B., (2007): Psykhjelpen på Tvibit: Psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus i Tromsø. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44, 247-253

Ådnanes, M., Hatling, T. og Grut, L. (2005). Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. SINTEF Helse. STF78 A055004.

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

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. & Bjørngaard, J.H. (2006). Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. SINTEF Helse. A230

9 Vedlegg

Spørreskjema til psykologer i kommunale tjenester

Vi viser til forespørsel om deltakelse i SINTEFs kartlegging blant psykologer i kommunale tjenester. Dersom du har spørsmål om undersøkelsen, ta kontakt med forsker Silje L. Kaspersen ved SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse

e-post: siljelill.kaspersen@sintef.no

telefon: 950 88 303

Din identitet vil holdes skjult

Les om [retningslinjer for personvern](#). (Åpnes i nytt vindu)

DIN BAKGRUNN

*** 1. Kjønn**

Mann Kvinne

*** 2. Hva er din alder? (oppgi antall år)**

*** 3. Når ble du ferdig utdannet psykolog (skriv inn årstall)?**

Velg alternativ

*** 4. Utdanningssted (uteksaminert)**

- Bergen
 Oslo
 Trondheim
 Tromsø
 Utenlands
 Annet, spesifiser:

*** 5. Har du spesialistutdanning?**

Ja Nei Under spesialisering

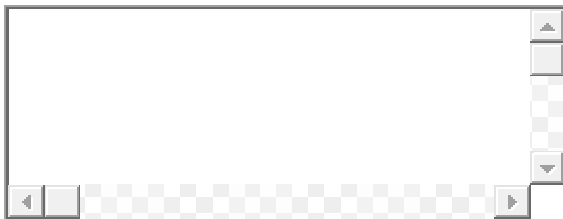
5.1 Hvilken type spesialisering?

- Klinisk voksenpsykologi
- Klinisk barne- og ungdomspsykologi
- Psykologisk habilitering
- Psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer
- Klinisk nevropsykologi
- Klinisk familiepsykologi
- Klinisk gerontopsykologi
- Klinisk psykologi med psykoterapi
- Klinisk samfunnspsykologi
- Klinisk arbeidspsykologi
- Annet, spesifiser:

5.2 Synes du spesialiseringen har gitt deg relevant kompetanse for jobben som psykolog i kommunen?

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

5.3 Hva har du eventuelt behov for av mer kompetanse på i jobben som psykolog i kommunen?

An empty text input field with a checkered background and scrollbars, intended for the user to specify additional needs for competence.

***6. Hvordan mener du lønnsnivået ditt som psykolog i kommunen er sammenlignet med psykologstilling andre steder (dersom du er spesialist sammenligner du deg med andre spesialister)?**

	Bedre	Dårligere	Ingen forskjell	Vet ikke
Privat virksomhet	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Psykisk helsevern	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Andre kommunale enheter	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

***7. Har du andre goder i stillingen din som er betydningsfulle for deg?**

	Ja	Nei
Gode muligheter for å delta på kurs/konferanser	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ekstra fridager	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Reisetid inkludert i arbeidstiden	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Treningstid i arbeidstiden	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fri telefon	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Annet, spesifiser:

DIN STILLING

*** 8. I hvilken kommune er du ansatt?**

Velg
alternativ

*** 9. Inngår stillingen din i et interkommunalt samarbeid?**

- Ja
- Nei

9.1 Hvis ja, hvilke kommuner gjelder dette? Skriv inn kommunenavn

*** 10. Har du fast eller midlertidig stilling som kommunepsykolog?**

- Fast stilling
- Midlertidig stilling
- Delvis fast og delvis midlertidig stilling

*** 11. Hvor stor er stillingsprosenten din som kommunepsykolog? (angi %)**

12. Dersom du ikke har 100 % stilling som kommunepsykolog, har du stilling annet sted?

- Ja
- Nei

12.1 Hvor jobber du i tillegg til stillingen som kommunepsykolog?

- I spesialisthelsetjenesten
- Fylkeskommunalt
- Egen praksis med avtale (avtalespesialist)
- Egen praksis uten avtale
- I annen privat virksomhet
- Annet, spesifiser:

*** 13. Hvor lenge har du hatt stillingen som kommunepsykolog? Oppgi antall år/måneder (åå/mm):**

*** 14. Hvilken stilling hadde du før du fikk denne jobben?**

- Annen psykologstilling i denne kommunen
- Psykolog i annen kommune
- Psykolog i spesialisthelsetjenesten
- Psykolog i annen offentlig eller privat virksomhet
- Nyutdannet
- Annet, hva?

*** 15. Har du lederansvar?**

- Ja
- Nei

*** 16. Har du personalansvar?**

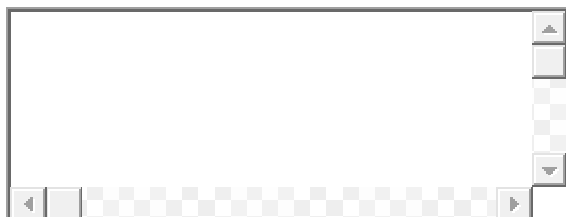
- Ja
- Nei

Her kan du velge flere:

*** 17. Hvilke tjenester er stillingen din integrert i/organisert sammen med?**

- Samlokalisert med fastlege
- I egen enhet for psykisk helsearbeid
- Helsestasjon
- Skolehelsetjeneste
- I familiesenter / familiens hus
- Innen kommuneadministrasjonen
- Kommunal PPT
- Fylkeskommunal PPT
- Barnevern
- Kommunalt rusarbeid
- Flyktningetjeneste
- NAV
- Annet, spesifiser:

Skriv eventuelle kommentarer til spørsmål 17 her:



*** 18. Hvor viktige var følgende faktorer for deg da du valgte denne stillingen?**

	Svært viktig	Viktig	Mindre viktig	Helt uviktig
Særlig ønske om å jobbe som psykolog i kommunen (fremfor andre steder)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jobbe folkehelserettet (helsefremmende og forebyggende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jobbe lavterskel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jobbe tverrfaglig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stor faglig frihet / autonomi i stillingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Være med å utvikle psykologers rolle i (tjenesteapparatet i) kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muligheter for videreutdanning / spesialisering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muligheter for faglig påfyll (veiledning, fagnettverk etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillingens organisatoriske plassering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lønn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praktiske årsaker (bosted, reiseavstand, familie etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.1 Beskriv ev. andre viktige faktorer som gjorde at du valgte denne stillingen:



*** 18.2 Har stillingen din blitt som forventet i forhold til følgende faktorer:**

	Ja	Nei	Delvis	Uaktuelt
Jobbe folkehelserettet (helsefremmende og forebyggende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jobbe lavterskel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jobbe tverrfaglig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stor faglig frihet / autonomi i stillingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Være med å utvikle psykologers rolle i (tjenesteapparatet i) kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muligheter for videreutdanning / spesialisering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muligheter for faglig påfyll (veiledning, fagnettverk etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillingens organisatoriske plassering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lønn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 19. Ta stilling til følgende påstander om stillingen din**

	Ja	Nei	Delvis
Jeg har klart definerte arbeidsoppgaver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mine viktigste samarbeidspartnere kjenner mine arbeidsoppgaver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mine viktigste samarbeidspartnere forstår min rolle og mitt ansvarsområde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg jobber sammen med andre kommunepsykologer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har en arbeidsbeskrivelse / stillingsinstruks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg definerer mine egne arbeidsoppgaver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillingen er synlig på kommunens nettsider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har gode arbeidsforhold som gjør meg i stand til å gjøre jobben min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har et tilfredsstillende journalføringssystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har overordnede som er interessert i den jobben jeg gjør, og som jeg kan diskutere jobben min med	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at stillingen min gir rom for faglig utvikling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg mener at min stilling er godt forankret i kommunens planarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angi hvilket journalføringssystem du benytter:

*** 20. Er du tilknyttet et faglig nettverk som har regelmessig kontakt?**

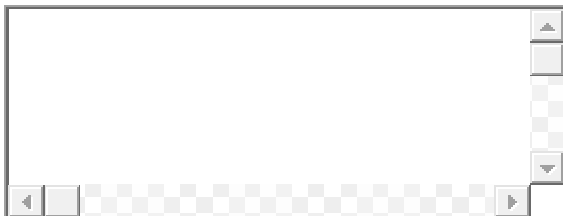
- Ja
- Nei

- a. Beskriv kort hvem som utgjør ditt faglige nettverk (psykolognettverk eller nettverk med andre faggrupper enten kommunalt, interkommunalt, fylke/regionalt og nasjonalt)




- b. I hvilken grad vil du si at det faglige nettverket ditt

- 1) bidrar til fagutvikling
- 2) dekker ditt behov for fagutvikling?



20.2 Hva er eventuelt årsakene til at du ikke har et faglig nettverk, og hvilken type faglig nettverk har du behov for?



*** 21. I hvilken grad opplever du at stillingen din er kjent i tjenestene og blant kommunens innbyggere?**

	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt
Stillingen er kjent blant kommunens innbyggere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillingen er kjent i det kommunale tjenesteapparatet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillingen er kjent i aktuelle deler av spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er etterspørsel etter min kompetanse fra brukere / pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er etterspørsel etter min kompetanse fra andre kommunale tjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er etterspørsel etter min kompetanse fra spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Med "målgrupper" menes befolkningsgrupper som stillingen din rettes mot, uavhengig av om dette er direkte klientrettet eller planlegging/ tilrettelegging. Vi ønsker å få avklart hvor stor andel av kommunepsykologens arbeid som rettes mot hhvis barn/unge, voksne og eldre.

MÅLGRUPPER

22. Anslå hvor stor andel av tiden (0-100 %) du bruker på ulike målgrupper (fordel andelene i prosent slik at summen av de tre målgruppene blir 100 %. Vennligst ikke skriv inn prosent-tegnet, kun tall)

a. Barn og unge

b. Voksne

c. Eldre

d. Eventuelle kommentarer til dette spørsmålet

23. Anslå hvor stor andel av tiden (0-100 %) du bruker på henholdsvis lettere og alvorlige psykiske lidelser i de målgruppene du jobber med (fordel andelene i prosent slik at summen av de to målgruppene blir 100 %. Vennligst ikke skriv inn prosenttegnet, kun tall)

a. Lettere lidelser

b. Alvorlige lidelser

c. Eventuelle kommentarer til dette spørsmålet

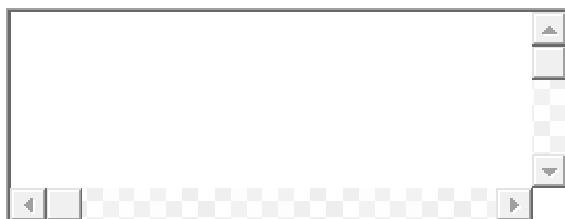
STILLINGENS INNHOLD

* 24. Hva bruker du tiden din på i stillingen som kommunepsykolog?

	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt
a. Behandling, utredning og diagnostisering av enkeltbrukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Annen direkte oppfølging av brukere (f eks psykososiale tiltak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Folkehelsearbeid; planlegging og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak, inkludert screening og kommunal kartlegging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Samarbeid med øvrig hjelpeapparat om enkeltbrukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Samarbeid med øvrig hjelpeapparat som ikke er knyttet til enkeltbrukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Veiledning/undervisning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

g. Administrasjon og ledelse

h. Annet, spesifiser her:



*** 24.1 Angi hva du kunne tenke deg å bruke henholdsvis mer eller mindre tid på?**

	Mer tid	Mindre tid	Som nå	Uaktuelt
a. Behandling, utredning og diagnostisering av enkeltbrukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Annen direkte oppfølging av brukere (f eks psykososiale tiltak)psykososiale tiltak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Folkehelsearbeid; planlegging og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak, inkludert screening og kommunal kartlegging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Samarbeid med øvrig hjelpeapparat om enkeltbrukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er etterspørsel etter min kompetanse fra spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Samarbeid med øvrig hjelpeapparat som ikke er knyttet til enkeltbrukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Veiledning/undervisning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Administrasjon og ledelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 24.2 Bruk bokstavkodene i spørsmålet over (24.1) for å angi hvilke TRE (3) arbeidsoppgaver du bruker mest tid på (unngå bruk av skilletegn)**

*** 25. Driver du med behandling av enkeltbrukere (inkludert gruppeterapi) i stillingen din som kommunepsykolog?**

- Ja
- Nei

*** 26. I hvilken grad benytter du følgende metoder i behandling av enkeltbrukere?**

	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt
Individualterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gruppeterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient- og resultatstyrt praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systemiske og nettverksorienterte metoder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kognitiv terapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoterapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre, spesifiser:

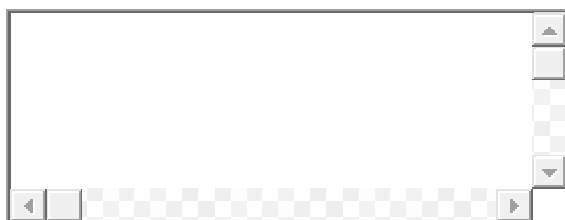
*** 27. Hvordan er tilgjengeligheten til psykologisk behandling for enkeltbrukere hos deg?**

	Ja	Nei
Brukere kan selv ta kontakt og får tilbud om direkte hjelp uten henvisning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brukere betaler egenandel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det må fattes vedtak før behandling kan igangsettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er ventetid på behandling hos meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27.1 Dersom det er ventetid til behandling hos deg, anslå hvor mange uker

*** 28. Kan du angi hvor mange brukere som mottar behandling hos deg i gjennomsnitt i løpet av en uke?**

29. Dersom du som kommunepsykolog driver FOLKEHELSEARBEID (planlegging og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak, inkludert screening), beskriv hvilke tiltak du har vært med på å planlegge/gjennomføre i din kommune?



*** 30. I hvilken grad SAMARBEIDER du som kommunepsykolog med følgende instanser?**

I stor grad I noen grad I liten grad Ikke i det hele tatt

Psykisk helsetjenester i kommunen

(egne enheter eller integrerte tjenester)



Fastleger



Helsestasjon og skolehelsetjeneste



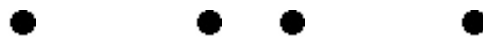
PPT



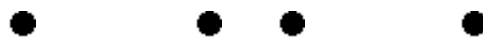
Barnevern



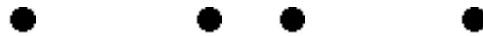
Kommunelegen



Kommunalt rusarbeid



Skole / barnehage



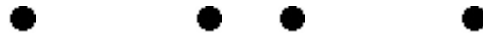
NAV



Det psykiske helsevernet



(herunder avtalespesialister)



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling



Somatiske sykehusavdelinger



Habiliteringsteam



Brukerorganisasjoner



Frivillige organisasjoner

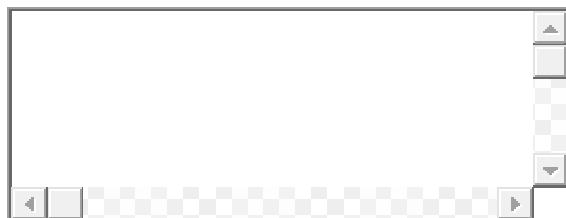


Andre, ev. hvilke:

31. Dersom du som kommunepsykolog gir veiledning/undervisning til andre, i hvilken grad er dette rettet mot følgende grupper?

	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt
Andre psykologer i kommunehelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre psykologer i spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre psykologer i spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er etterspørsel etter min kompetanse fra spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Målgrupper i befolkningen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brukerorganisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre, ev. hvilke:



** Tilskuddsordningen "Modellutprøving - psykologer i kommunehelsetjenesten" ble etablert av Helsedirektoratet i 2009, og prøver ut ulike modeller med psykolog integrert i kommunale tjenester.*

*** 32. Er stillingen din finansiert av den statlige tilskuddsordningen "Modellutprøving - psykologer i kommunehelsetjenesten"?**

- Ja
- Nei
- Har vært det tidligere
- Nei, men kommunen har søknad inne
- Vet ikke

*** 33. Vennligst angi hvor enig eller uenig du er i følgende påstander om den organiseringsmodellen som din stilling som kommunepsykolog er tilknyttet**

	Helt enig	Litt enig	Mindre enig	Ikke enig i det hele tatt
Denne organiseringsmodellen stimulerer til samarbeid mellom psykolog og annen tilknyttet tjeneste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modellen stimulerer til samarbeid mellom tjenester tilknyttet modellen og øvrige tjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er faglig inspirerende å jobbe i denne organiseringsmodellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organiseringsmodellen hadde betydning for min vurdering av hvor attraktiv stillingen var	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man har ikke lykkes med å utnytte psykologens kompetanse i denne organiseringsmodellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg skulle ønske at min stilling var organisert annerledes enn i dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 34. Har du inntrykk av at organiseringsmodellen har ført til følgende utvikling i din kommune?**

	Styrket	Svekket	Som før
Samarbeid mellom involverte kommunale instanser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseutvikling blant kommunale aktører	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folkehelsearbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebyggingsperspektivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilgjengelighet til psykisk helsehjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kvalitet i de kommunale psykiske helsetjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forståelse for psykologens bidrag i kommunehelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35.1 Andre faktorer du mener organiseringsmodellen har bidratt til?

36. Har du forslag til hvordan man bedre kan utnytte

a. Psykologens kompetanse i kommunen (f.eks. knyttet til organisering, kommunalt planarbeid, overordnedes støtte etc)

An empty text input field with a checkered border and scrollbars. The field is rectangular and contains no text.

b. Måten psykologstillingen din er organisert på

An empty text input field with a checkered border and scrollbars. The field is rectangular and contains no text.

*** 37. Hvor godt trives du i stillingen?**

- Svært godt
- Godt
- Ikke så godt
- Trives ikke i det hele tatt

38. Hva må til for at du fortsatt skal ha et ønske om å være i denne stillingen om 5 år?

An empty text input field with a checkered border and scrollbars. The field is rectangular and contains no text.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no