

2018:01004 - Åpen

Rapport

Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester

En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020

Forfattere

Silje L. Kaspersen

Eva Lassemo

Arild Kroken

Solveig O. Ose

Marian Ådnanes



SINTEF Digital, avdeling Helse

Helsetjenesteforskning

2018-11-01

Rapport

Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester

En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020

MNEORD:
Psykologer i kommunen
Kommunepsykolog
Psykisk helsearbeid
Rusarbeid
Vold
Traumer
Tilskuddsordning
Brukerperspektiv
Profesjonsstudiet
Psykologistudent
Fastlege
Kommuneoverlege
Fylkesmannen
Spesialisthelsetjeneste

VERSJON
V1

DATO
2018-11-01

FORFATTERE
Silje L. Kaspersen, Eva Lassemo, Arild Kroken, Solveig O. Ose og Marian Ådhanes

OPPDRAKSGIVER(E)
Helsedirektoratet

OPPDRAKSGIVERS REF.
Jannicke Berg Leknes

PROSJEKTNR
102014768

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
212

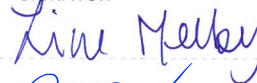
UTARBEIDET AV
Silje L. Kaspersen

SIGNATUR



KONTROLLERT AV
Line Melby

SIGNATUR



GODKJENT AV
Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR



RAPPORTNR
2018:01004

ISBN
ISBN-nummer

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Innholdsfortegnelse

Forord	7
Sammendrag	8
Bakgrunn, problemstillinger og metode	8
Sentrale funn.....	9
Hva sier ansatte og ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste om psykologrekrutteringen?	10
Innspill fra fastleger og kommuneoverleger.....	11
Hva mener brukerne om tjenestene de får fra kommunale psykisk helse- og rustjenester?	12
Barrierer og suksesskriterier for rekruttering av psykologer til kommunale helse- og omsorgstjenester	12
Hovedpraksis som utnyttet rekrutteringsarena	14
Hva skjer med psykologsatsningen etter 2020?	15
1 Bakgrunn.....	16
1.1 Delevaluering av tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunen.....	16
1.1.1 Kompetanseløft 2020	17
Tiltak i K2020.....	18
1.2 Tilskudd til rekruttering av psykologer til kommunene	18
1.2.1 Opptakten til dagens tilskuddsordning; Modellutprøvingen	19
1.2.2 Dagens tilskuddsordning	19
1.2.3 Status per 2018.....	22
1.3 Funn fra tidligere evalueringer og undersøkelser.....	25
1.3.1 Sentral litteratur om psykologers plass i psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.....	25
1.3.2 Funn i evalueringen av modellutprøvingen.....	27
1.3.3 Resultater fra Psykologforeningens ad hoc-utvalg.....	28
1.3.4 En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til voksne med lettere psykiske helseproblemer	29
2 Data og metode.....	30
2.1 Etikk.....	30
2.2 Dokument- og litteraturgjennomgang.....	31
2.3 Spørreundersøkelse blant personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste	32
2.3.1 Tema for spørreundersøkelsen	32
2.3.2 Framstilling og analyser	32
2.4 Spørreundersøkelse rettet mot brukere av kommunale tjenester innenfor psykisk helse, rus, vold og overgrep	33

2.4.1	Utvikling av spørreskjema.....	35
2.4.2	Tema for spørreundersøkelsene	35
2.4.3	Framstilling og analyser	36
2.5	Kort spørreundersøkelse rettet mot rådgivere innen psykisk helse- og rusarbeid hos Fylkesmannen	36
2.6	Spørreundersøkelse blant studenter på profesjonsstudiet i psykologi	37
2.6.1	Utvikling av spørreskjema.....	37
2.6.2	Tema for undersøkelsen	37
2.6.3	Framstilling og analyser	38
2.7	Intervju med sentrale aktører i psykologsatsingen	38
2.8	Tre nøtter til psykologer i kommunen – på Facebook	39
3	Resultater	40
3.1	Spørreundersøkelse blant personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	40
3.1.1	Respons.....	40
3.1.2	Utdanning	42
3.1.3	Type stilling	44
3.1.4	Type kommunal tjeneste	44
3.1.5	Brukergrupper	45
3.1.6	Har kommunen ansatt psykolog?	47
3.1.7	Hvilke brukergrupper jobber psykologene med?	49
3.1.8	Hva mener de ansatte i tjenestene at psykologen bør prioritere?	51
3.1.9	Årsaker til at man har, eller ikke har, lykkes med å ansette psykolog	53
3.1.10	Samarbeid med psykologene i kommunen	55
3.1.11	Psykologenes bidrag til styrket kvalitet og kompetanse	57
	Positive bidrag til styrket kvalitet og kompetanse.....	58
	Når psykologene ikke har bidratt til styrket kvalitet og kompetanse.....	60
3.1.12	Hvilke brukergrupper får ikke dekket behovet for tjenester?.....	62
3.1.13	For hvilke arbeidsområder er det/hadde det vært nyttig med psykologkompetanse? ..	65
3.1.14	Åpne innspill	67
3.2	Spørreundersøkelse rettet mot brukere (16 år og eldre) av kommunale tjenester innenfor psykisk helse, rus, vold og overgrep	73
3.2.1	Tidligere forskning på brukererfaringer med psykiske helsetjenester	73
3.2.2	Respons.....	74
3.2.3	Demografi, boforhold og arbeidsmarkedstilknytning	75
3.2.4	Hvilke kommunale tjenester har brukerne svart for?	80
	Hvilket lavterskeltilbud mottok brukerne?	81
3.2.5	Hvordan kom brukerne i kontakt med tjenesten?	82
3.2.6	Hvor lenge og hvor ofte har brukerne hatt kontakt med tjenesten?	83
3.2.7	Årsak til kontakt med tjenesten	84

3.2.8	Nødvendigheten av tjenesten	85
3.2.9	Helsestatus	86
3.2.10	Fornøydhet med individuell plan og ansvarsgruppe	86
3.2.11	Tid til samtaler og forståelse for brukerens situasjon	87
3.2.12	Tjenester fra psykolog i kommunen – er brukerne fornøyde?	89
	Svar på åpne spørsmål om hvorfor brukerne var fornøyd med tjenestene fra psykolog	93
	Svar på åpne spørsmål om hvorfor brukerne var misfornøyd med tjenestene fra psykolog	95
3.2.13	Pårørendeinvolvering	99
3.2.14	Oppfølging fra fastlege	101
3.2.15	Brukermedvirkning	101
3.2.16	Mestring og utbytte av hjelpen	104
3.2.17	Andre typer tjenester	106
3.3	Spørreundersøkelse rettet mot pårørende til barn og unge som har mottatt kommunale tjenester for utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold, overgrep eller traumer	108
3.3.1	Respons	108
3.3.2	Demografiske variabler	108
3.3.3	Hvilken tjeneste har de pårørende svart for?	110
3.3.4	Erfaring med tjenesten over tid	112
3.3.5	Årsaker til at barnet har hatt kontakt med tjenesten	113
3.3.6	Var tjenesten nødvendig, og hvilken helsetilstand var barnet i?	114
3.3.7	Individuell plan, ansvarsgruppe, tid til samtaler og forståelse for problematikken	114
3.3.8	Psykologhjelp	115
3.3.9	Involvering av pårørende	115
3.3.10	Fastlegesamarbeid om barnet	116
3.3.11	Pårørendes medbestemmelse	118
3.3.12	Hjelpens tilpasning til barnets situasjon	118
3.3.13	Var hjelpen frivillig?	120
3.3.14	Informasjon og samtaler, nedlatende holdninger	120
3.3.15	Mestring og troen på et bedre liv	121
3.3.16	Andre tilbud	123
3.4	Spørreundersøkelse blant studenter på profesjonsstudiet i psykologi	124
3.4.1	Respons	124
3.4.2	Kjønn, alder og lengde på studieforløp	125
3.4.3	Førstelinjepraksis	125
3.4.4	Hovedpraksis	126
3.4.5	Hvilken sektor ønsker studentene å jobbe i etter endt studium?	131
3.4.6	Suksesskriterier og barrierer for rekruttering til førstelinjetjenesten	132
3.4.7	Ønskede arbeidsoppgaver som psykolog etter endt studium	135
3.4.8	Motivasjon	137

3.4.9	Hvilke aldersgrupper på pasientene ønsker studentene å jobbe med?.....	138
3.4.10	Hvilke fag vil studentene ha mer eller mindre av?	139
3.4.11	Ønsket spesialisering	140
3.4.12	Åpne innspill til evalueringen	141
3.5	Intervju med vitenskapelig ansatte på profesjonsstudiet i psykologi	147
3.5.1	Informantenes kompetanse på førstelinjerelatert arbeid	147
3.5.2	Førstelinjetjenestens rolle i undervisningen	148
3.5.3	Førstelinjepraksis, internklinikker og hovedpraksis	150
3.5.4	Psykologene i førstelinjetjenesten – hvordan bidrar de til styrket kvalitet og kompetanse?	154
3.5.5	Suksesskriterier og barrierer for rekruttering av psykologer til kommunene.....	160
3.5.6	Hvilken kompetanse og hvilke forskningsområder bør vektlegges framover?	164
3.6	Svar på tre nøtter til psykologer i kommunen	167
3.6.1	Lønn og spesialisering er gjengangere som suksesskriterier for rekruttering.....	167
3.6.2	Å jobbe via andre – og å anerkjenne andre fag.....	168
3.6.3	Mer samfunnspsykologi inn i profesjonsutdanningen	169
3.6.4	Direkte tale	169
	Innspill 1	169
	Innspill 2	171
4	Diskusjon	175
4.1	Hvordan bidrar rekruttering av psykologer til kommunene til å styrke kvalitet og kompetanse i tjenestene?.....	176
4.1.1	Tilskuddsordningen har vært en suksess.....	176
4.1.2	Samarbeid, veiledning og faglig støtte	178
	Veiledningskompetanse er etterspurt	179
4.1.3	Psykologen som oversetter	180
4.1.4	Personlig egnethet og håndtering av yrkesstatus	181
4.2	Sentrale suksesskriterier og barrierer for rekruttering av psykologer til kommunen.....	183
4.2.1	Lønn, spesialisering og nettverk	183
4.2.2	En ikke tilfeldig valgt utlysning av stilling som psykolog i kommunen	185
4.2.3	Riktig kompetanse hos psykologen	186
4.2.4	Hovedpraksis som rekrutteringsarena i kommunen	187
4.2.5	Veien videre	188
4.3	Hvilke erfaringer har brukerne av kommunale tjenester for psykisk helse-, rus-, volds-, overgrep- og traumeproblematikk?	188
4.3.1	Utfordringer med representativitet i spørreundersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	188
4.3.2	Generelle tilbakemeldinger på tilbudene.....	190
4.3.3	Tilbakemelding på tjenester fra psykolog i kommunen	191

4.3.4	Tilbakemeldinger fra pårørende til barn og unge (under 16 år)	192
4.3.5	Framtidig forskning på bruker- og pårøndererfaringer	193
4.4	Hvilke forventninger har framtidens psykologer til en jobb i kommunale tjenester?	194
4.4.1	Psykolog-studentene vil helst til spesialisthelsetjenesten, men er nysgjerrige på førstelinja.....	194
4.4.2	De fleste studentene ser for seg å jobbe klinisk, men mange vil også jobbe med helsefremming og forebygging.....	196
4.4.3	Dagens nyutdannede psykologer synes ikke de fikk veldig mye motivasjon til å jobbe på førstelinja gjennom profesjonsstudiet	196
4.4.4	Studentene som svarte oss vil gjerne ha mer undervisning om førstelinjetjenesten....	197
4.5	Hvordan rigges profesjonsutdanningene for psykologens rolle i kommunale helse- og omsorgstjenester?	198
4.5.1	Nye prioriteringer?	199
4.5.2	Hovedpraksis i kommunene er en utnyttet ressurs	200
4.5.3	Det mangler infrastruktur for forskning i kommunene	200
4.6	Egenvurderte styrker og svakheter ved devalueringen	202
5	Konklusjon og anbefalinger.....	204
6	Vedlegg.....	206
7	Referanser.....	207

Forord

I denne rapporten presenteres resultatene fra en devaluering av tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Evalueringen er gjort som del av en større følgeevaluering av Kompetanseløft 2020, som er Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot år 2020. Helsedirektoratet har engasjert forskningsinstituttene SINTEF, NIBR og NIFU til å gjennomføre følgeevalueringen, der devalueringen av tilskudd til psykologer i kommunen i sin helhet har vært gjennomført ved SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse fra høsten 2017 til høsten 2018.

Datagrunnlaget i devalueringen er basert på både dokumentgjennomgang, intervju og spørreundersøkelser. Den første spørreundersøkelsen, gjennomført høsten 2017, var rettet mot ansatte og ledere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, de som jobber med vold/traume-problematikk i kommunen, fastlegene og kommuneoverlegene. Videre gjennomførte vi spørreundersøkelse blant brukere av psykisk helse- og rustjenester i kommunene (inkl. tiltak i forbindelse med vold og overgrep), og blant studenter på profesjonsstudiet i psykologi våren 2018. Vi har også intervjuet et utvalg psykologer, ansatte på profesjonsutdanningene ved universitetene og i fagutvalgene for spesialistutdanningene, representanter fra bruker- og pårørende foreninger, Psykologforeningen og andre relevante aktører. Vi har også vært i dialog med bl.a. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og rådgiverne innen psykisk helse- og rusarbeid hos Fylkesmannen, som har hatt en sentral rolle i å administrere tilskuddsordningen til psykologer i kommunene.

Vi retter en stor takk til alle aktører som har vært med på å bidra til datagrunnlaget i evalueringen.

Kontaktperson i Helsedirektoratet for devalueringen av tilskudd til psykologer i kommunen har vært Jannicke Berg Leknes, mens Sigrun Heskestad har fulgt oss i den store følgeevalueringen av K2020. Vi takker for godt samarbeid i prosjektperioden. Stor takk også til Sentio Research AS som satte opp digital løsning for brukerundersøkelsen for oss, og Mona K. Eidem i SINTEF for hjelp i forbindelse med gjennomføring av brukerundersøkelsen og transkribering av intervju. Takk også til NAPHA som lot oss bruke Facebook-siden for psykologer i kommunen. Helt til slutt vil vi takke kunstner Gunn Vottestad for å la oss få bruke hennes litografi "**Hemmelig**" som forsideillustrasjon. Vi synes det kan være med å illustrere mange aspekter ved de tema som berøres i evalueringen.

Trondheim, 1. november 2018

Silje L. Kaspersen,

Seniorforsker, ph.d. i samfunnsmedisin, prosjektleder

Sammendrag

Bakgrunn, problemstillinger og metode

Denne rapporten presenterer funn fra en devaluering av tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester som SINTEF har gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet i perioden august 2017 til oktober 2018. Evalueringen er gjort som ledd i en større følgeevaluering av Kompetanseløft 2020, og er basert på et rikt datagrunnlag. Den foreliggende devalueringen omfattet følgende sju problemstillinger:

1. I hvilken grad og på hvilken måte bidrar rekruttering av psykologer til å nå målet om å styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen henholdsvis psykisk helse og rus, samt vold- og traumefeltet?
2. I hvilken grad og på hvilken måte erfarer ledere at de har nytte av psykologkompetansen sett opp mot målet med tilskuddsordningen?
3. I hvilken grad og på hvilken måte erfarer brukerne at de har nytte av psykologkompetansen (både på individ- og systemnivå)?
 - a) Individnivå - Brukere/pasienter som mottar psykologtjenester
 - b) Systemnivå – Samarbeidende personell ved personell som mottar veiledning/fagstøtte fra psykologene, teamkollegaer og andre sentrale samarbeidsaktører innen og utenfor kommunen
4. Hva er de mest sentrale suksesskriteriene og barrierene/utfordringene for rekruttering av psykologer?
5. Hvilke forventninger har framtidens psykologer på profesjonsstudiet til en eventuell jobb i kommunale tjenester?
6. Hvordan rigges profesjonsutdanningene i psykologi og psykologspesialistutdanningene når det gjelder jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
7. Hvordan opplever psykologer som selv jobber i kommunene barrierer/suksesskriterier med tanke på å starte/forbli som psykolog i kommunen?

Det ble brukt både kvalitative og kvantitative metoder for å undersøke problemstillingene i form av individuelle intervju, fokusgruppeintervju og spørreundersøkelser. Det ble gjennomført følgende datainnsamlinger i evalueringen:

- Spørreundersøkelse blant ledere og ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkl. fastleger/kommuneoverleger).
- Spørreundersøkelser rettet mot brukere (over 16 år) og pårørende til barn og unge (under 16 år) av kommunale tjenester som tilbyr tiltak innenfor psykisk helse, rus, vold, overgrep og traumeproblematikk, kalt KOMHELSE 2018.
- Kort spørreundersøkelse på e-post til rådgivere i psykisk helse- og rusarbeid hos Fylkesmannen.
- Spørreundersøkelse blant studenter på profesjonsstudiet i psykologi.
- Intervju med vitenskapelige ansatte på profesjonsstudiet i psykologi ved universitetene i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø.

- Telefonintervju med 10 psykologer som jobber i kommunale helse- og omsorgstjeneste (med barn og unge, voksne og eldre).
- Facebook-undersøkelse på lukket gruppe for psykologer i kommunen, kalt "Tre nøtter til psykologer i kommunen".
- Intervju/samtaler med en rekke sentrale aktører; ledere for noen fagutvalg for spesialiseringen, NPF, NAPHA, forskere som har forsket på profesjonsstudier, psykologer i spesialisthelsetjenesten som har jobbet spesielt med samhandling med kommunene m.fl.
- Deltakende observasjon og samtaler med deltakere på innføringskurs for psykologer i kommunen i regi av Norsk psykologforening.

Rapporten gir en deskriptiv presentasjon av resultater fra alle undersøkelsene. Den er bygget opp med en innledning om tilskuddsordningen og oppsummering av funn i tidligere evalueringer og undersøkelser. Kapittel 2 beskriver data og metode. Kapittel 3 presenterer resultatene fra de seks viktigste datakildene. En oppsummering av resultatene og diskusjon av funn gis i kapittel 4. Kapittel 5 konkluderer.

Sentrale funn

Tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunene har vært en suksess, og avgjørende for at det i 2018 er ansatt over 500 psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kommunene. I rapporteringen for 2017 til Helsedirektoratet oppgav 88 prosent av respondentene god eller svært god måloppnåelse av tilskuddsordningen i sin kommune, og i 2018 var det 311 kommuner/bydeler som mottok tilskudd. Det er likevel mange kommuner som opplever rekrutteringsproblemer, særlig i distriktene, og kommunene blir nødt til å tenke kreativt for å nå målet om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i 2020. Samtidig skjer det for tiden en dreining ved profesjonsstudiet i psykologi mot mer fokus på psykologenes rolle i kommunale helse- og omsorgstjenester, og oppfatningen blant de vitenskapelig ansatte er at studentene er mer positive til jobb i kommunen nå enn tidligere. Mulighet for å ha hovedpraksisplass i kommunen for psykolog-studentene er en potensiell rekrutteringsarena, men dessverre nærmest uutnyttet ressurs hvis vi ser landet under ett. Her trengs det å etableres en infrastruktur med avtaler og organisering mellom universitetene og kommunene som gjøres mer systematisk enn det som er tilfelle per i dag.

En svært høy andel av psykologene som er rekruttert til kommunene har, eller er under, spesialisering, og de aller fleste er i faste heltidsstillinger. Det er en utfordring for kontinuiteten i psykologstillingene i kommunale helse- og omsorgstjenester at flere av spesialitetene i psykologi krever at psykologene har praksis over lengre tid i spesialisthelsetjenesten, og man bør se på hvordan dette kan løses på en bedre måte.

Hva sier ansatte og ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste om psykologrekrutteringen?

Resultater fra undersøkelsen blant ansatte og ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkl. fastlegene) kom det fram at 40 prosent av de ansatte som på undersøkelsestidspunktet jobbet i kommuner som ikke hadde ansatt psykolog, oppgir at de i stor (20 %) eller svært stor (20 %) grad har opplevd behov for å innhente psykologkompetanse i sitt daglige arbeid. 43 prosent svarte "i noen grad". Det er dermed 83 prosent av respondentene som ikke hadde tilgang til psykolog i tjenesten, men som oppga at de i en eller annen grad har hatt behov for psykologkompetanse i sin arbeidshverdag.

Blant ledere og ansatte som mente at psykologene i svært liten eller liten grad bidrar til økt kvalitet og kompetanse, handlet det oftest om at kommunen hadde ansatt nyutdannede psykologer som ikke hadde lang nok erfaring til å håndtere et komplekst utfordringsbilde i kommunen, psykologer med diffuse arbeidsoppgaver (dårlig definerte stillinger) og/eller dårlig forståelse av organisering og system, samt uavklarte forventninger mellom psykologen og de øvrige ansatte i tjenesten. Det er svært viktig at kommunen ved etablering av psykologstilling gjør et godt grunnarbeid sammen med de ansatte som skal samarbeide med psykologene, slik at disse involveres i prosessen tidlig og at forventninger avklares underveis. Like viktig er det at psykologen som ansettes anerkjenner den kompetansen som finnes i tjenesten fra før, og bruker tid på å finne ut hvordan vedkommende best kan bidra til å styrke det teamet som allerede finnes.

Devalueringen har vist at både de øvrige ansatte i tjenestene i stor grad er fornøyd med den kompetansen psykologene bringer med seg til kommunale helse- og sosialtjenester. Måten psykologer i kommunen synes å øke kvalitet og kompetanse i tjenestene mest effektivt på, er når de kan drive med tiltak som når ut til mange brukere samtidig, og når de samarbeider med, og jobber via, andre tjenesteutøvere. Det de øvrige ansatte opplever som psykologenes unike bidrag i det tverrfaglige samarbeidet må fortsette å dyrkes, da psykologene oppleves å ha en supplerende kompetanse. Både psykologer vi intervjuet, og de vitenskapelig ansatte ved universitetene, uttrykte at ydmykhet og respekt for de øvrige profesjonene i kommunen er høyst nødvendig for å lykkes som psykolog i kommunen. Psykisk helse- og rustjenestene i kommunene har en høy andel høyskole- og universitetsutdannet personell, og forholdene bør ligge godt til rette for at psykologene kan samarbeide og utvikle seg sammen med kompetente fagmiljø i kommunen. Psykologer som er gode til å spre psykologfaglig kunnskap til kolleger i kommunen (herunder helsesøstre, ruskonsulenter, NAV-ansatte, fastleger, sykehjemansatte, barnevernsansatte, lærere, flyktningeenheter mv.), og som samarbeider godt både internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjeneste og NAV, vil sørge for en faglig tryggere psykisk helse- og rustjeneste. Dette kan igjen ha positive ringvirkninger for både innbyggerne som bruker tjenesten og det interne arbeidsmiljøet i kommunen.

Både gjennom intervju og deltakende observasjon i devalueringen har det kommet fram at mange av psykologene jobber mer klinisk og mindre med systemarbeid/veiledning enn de selv skulle ønske. I kommuner som ikke har mange psykologer ansatt, anbefales det at psykologenes arbeidshverdag i kommunenes helse- og omsorgstjeneste består av en høy andel veiledning og kompetansespredning til øvrig ansatte, gjerne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er særlig psykologenes faglige støtte i kompliserte saker, og veiledning av annet personell som oppfattes som mest nyttig fra andre ansatte og ledere i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Da må også profesjonsutdanningene ta inn over seg at dette er en kompetanse psykologstudentene trenger. Samarbeid med, og veiledning av, andre yrkesgrupper bør vurderes å få større plass i grunnutdanningen for psykologer enn den har i dag.

Innspill fra fastleger og kommuneoverleger

En oppsummering av svarene fra mer enn 130 fastleger og kommuneoverleger som svarte på vår undersøkelse, viser at storparten av fastlegene ønsker at psykologene skal jobbe mer klinisk, med både lettere og mer alvorlig problematikk – og særlig med de som får avslag på henvisning til spesialisthelsetjenesten. De er stort sett fornøyd med samarbeidet med psykologene, ønsker et enda tettere samarbeid og mer informasjonsutveksling mellom fastlegene og psykologene i kommunen. Resultatene i undersøkelsen bekreftes av intervju med fastleger i andre forskningsprosjekt vi har gjennomført nylig, der selv de fastlegene som er interessert i, og har utdanning i, å drive med f.eks. kognitiv terapi, sier at de ikke har nok tid. De noe motstridende ønskene og forventningene mellom fastlegene og en del av psykologene til hva som er nyttig bruk av psykologressursen (der de fleste psykologene vi intervjuet ønsket å jobbe mindre klinisk og mer på systemnivå), er noe som bør diskuteres i det videre arbeidet med rekruttering og bruk av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Å drøfte andre faggrupper i kommunen (herunder fastlegene) sine forventninger og roller med dem det gjelder i forkant av rekrutteringsprosessen av psykolog, kan tenkes å minske det forventningsgapet som eksisterer i enkelte kommuner.

Høsten 2018 har det pågått en interessant debatt mellom representanter fra hhv. allmennpsykologi og samfunnspsykologi om psykologenes tilnærming til fastlegene (se Imenes (2018a): "Snakk med fastlegene" og Schjødt (2018): "Vi bør ikke se for mye til fastlegene"). Representanten fra samfunnspsykologi er ikke uenig i at samarbeidet med fastlegene bør styrkes, men framhever viktigheten av å ta vare på fleksibiliteten som ligger i å dedikere en god del av stillingsandelen for psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester til system- og planarbeid (som fastlegene ikke nødvendigvis har i dagens ordning). Det advares mot å "la oss inspirere for mye av fastlegenes snevrere praksis- og rolleutforming", men heller være "utforskende, kreative og modige i vår rolleutforming" (Schjødt, 2018).

Hva mener brukerne om tjenestene de får fra kommunale psykisk helse- og rustjenester?

I devalueringen gjennomførte vi den hittil største landsomfattende brukerundersøkelsen som er gjort i kommunale tilbud som tilbyr tjenester til mennesker med utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold, overgrep og traumer. Flere av spørsmålene som ble stilt tilpasset vi en kommunal setting fra Folkehelseinstituttets pasientundersøkelser i spesialisthelsetjenesten. Vi fikk til sammen 740 respondenter over 16 år fra alle deler av landet, mens 55 pårørende for barn og unge under 16 år hadde svart, og konstaterer at det er utfordrende å få høy svarprosent og representative utvalg i brukerundersøkelser på nasjonalt nivå i kommunene.

Det var ca. 35 prosent av utvalget som svarte at de hadde mottatt hjelp fra psykolog i kommunen, de aller fleste i form av individuelle samtaler. Av de 191 som besvarte spørsmålet om fornøydhet med tjenestetilbudet fra psykolog i kommunen, var nøyaktig halvparten i stor eller svært stor grad fornøyd med tilbudet. 20 prosent var i noen grad fornøyd, mens 30 prosent i liten eller i svært liten grad var fornøyd. 38 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad hadde fått bedret sin helsetilstand som følge av hjelp fra psykologen, mens like mange mente de ikke hadde bedret helsetilstanden. Vi har gitt flere sitater med brukernes egne ord om hva de var fornøyd eller misfornøyd med i tjenestetilbudet fra psykologene. Å bli tatt på alvor, ha en god relasjon til psykologen og kontinuitet i tjenestetilbudet framstår som de viktigste karakteristikaene ved kontakten hos de som var fornøyd. Blant de som var misfornøyd nevnes blant annet tilgjengelighet (at tjenesten stenger klokken fire, uten at hjelpebehovet gjør det samme). En av brukerne gav innspill på at kommunene må "organisere seg smidigere", og det er en påstand vedkommende sannsynligvis rett i. Det er sannsynlig at flere kommuner må tilby døgnbaserte tjenester i årene som kommer, skal vi tro både brukerinnspill og innspill fra de som jobber på feltet. Alt i alt er brukerne fornøyd med tjenestene fra psykologene, men mange føler likevel at tjenestene ikke har hjulpet på helsetilstanden.

Barrierer og suksesskriterier for rekruttering av psykologer til kommunale helse- og omsorgstjenester

Ut over tilskuddsordningen som sådan, er lønn, spesialiserings- og veiledningsmuligheter, og tilgang på et psykologfaglig nettverk, hyppig nevnte suksesskriterier for om psykologene lar seg rekruttere og/eller beholde, basert på intervjuene vi gjorde med både psykologer i kommunen og de vitenskapelig ansatte ved universitetene. Når det gjelder spesialisering var det et hyppig nevnt suksesskriterium i svarene fra ansatte og ledere i spørreundersøkelsen, der de fleste kommentarene på dette kom fra de lederne som hadde klart å rekruttere psykolog. Da vi spurte ledere og ansatte i kommuner som har forsøkt å rekruttere psykolog, men ikke lyktes, om årsakene til det, svarer de aller fleste (68 % av drøyt 60 respondenter som svarte) at de ikke vet – fordi de ikke fikk noen søkere på stillingen. Over en femtedel (22 %) nevnte at kommunen ikke

kunne tilby konkurransedyktig lønn. De andre hovedkategoriene for barrierer var manglende psykologfaglig nettverk, unge som ikke hadde fått lisens, treghet i rekrutteringsprosess, og i et par tilfeller noen som skriver at de endte med å rekruttere andre faggrupper, når de ikke fikk søkere til stillingene.

Inntrykket når man ser nye stillingsutlysninger nå, er at kommunene er i ferd med å tilpasse seg det ledere og ansatte oppgir som suksesskriterium for rekruttering; konkurransedyktig lønn, spesialiseringsmuligheter, og muligheter for psykologfaglig nettverk. Lønnsnivået er konkurransedyktig med spesialisthelsetjenesten i flere og flere kommuner, psykologene ansettes i stor grad i faste stillinger og ikke prosjektstillinger. Omtrent 80 prosent har, eller er under spesialisering (av de som var på tilskuddsmidler i 2018) - en betydelig andel når man sammenlikner med videreutdanning av andre yrkesgrupper i kommunen.

I sitt ønske om, og vane for, å spesialisere seg, virker psykologene å være mer lik legene enn sine øvrige kolleger med høyskole- og universitetsutdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester, som i noe mindre grad har videreutdanning (Ose et al. 2018). All den tid psykologene har vært en knapp ressurs i kommunale helse- og omsorgstjenester siden Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), har de hatt gode forhandlingskort på hånden. Dekking av spesialisering er et av "godene" mange psykologer har forhandlet på. Så lenge det er relativt vanlig å få dekket spesialisering i spesialisthelsetjenesten (som er alternativet for de fleste), er det vanskelig å se for seg at psykologene i mindre grad kommer til å ønske å få dekket spesialisering i årene som kommer. Parallelt har vi de siste 10-15 årene sett at stadig flere tar høyere utdanning. Det er også de med høy utdanning som i størst grad velger å ta videreutdanning, mens det er et stort behov for at flere med lav utdanning gjør det samme. Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk har uttalt at et er de som trenger det minst, som får mest. De mener det er bra at mange tar etter- og videreutdanning i dag, men at det er avgjørende at det ikke hovedsakelig er høyt utdannede unge som er forberedt på den omstillingen norsk arbeidsliv er midt oppe i¹. Slikt sett står nok en del kommunale ledere i et dilemma; dekke spesialisering for den nyutdannede psykologen man ønsker å ansette/beholde i kommunen, eller prioritere andre yrkesgrupper i kommunen med lavere grunnutdanning enn psykologene? I en slik situasjon er det rimelig at kommunen kan stille noen krav om at spesialiseringen skal ivareta også kommunens behov på lengre sikt, og at de som planlegger spesialiseringsløpene legger til rette for at det er mulig. Det kom i liten grad kritiske innspill til psykologenes "krav" om spesialisering fra ledere og ansatte gjennom vår spørreundersøkelse, men flere ledere oppgav det som et suksesskriterium for rekruttering.

Norsk psykologforening og representanter i fagutvalgene for de ulike spesialiseringene kan med fordel utvikle mer smidige løsninger for praksisdelen av spesialiseringen for psykologer, slik at færre kommuner

¹ <https://www.kompetansenorge.no/om-kompetanse-norge/presse/flere-ma-ta-videreutdanning/>

opplever å "miste" psykologer til spesialisthelsetjenesten som følge av praksiskravet. Med det økte antallet spesialister som nå jobber i kommunene er det tenkelig at flere av spesialitetene kan ha rene praksisløp i kommunen, og da gjerne fra flere ulike/samarbeidende tjenestesteder i kommunen. Når det er sagt, kan det selvfølgelig også være mange positive sider ved at psykologene har praksiserfaring fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og for de som ønsker en mer klinisk spesialisering, kan det hende spesialisthelsetjenesten er det beste alternativet. Da er det likevel viktig at kommunens behov også ivaretas i spesialiseringsløpet, og at psykologene som tar deler av spesialiseringen i spesialisthelsetjenesten søker å bidra til bedre rolleavklaring og samhandling mellom tjenestenivåene i praksisperioden.

Selv om konsekvensene foreløpig er svært lite utforsket, kunne det vært interessant å pilotere uttesting av psykologstillinger som er delt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (enten på fast basis, eller til spesialiseringen er ferdig for så å gå tilbake 100 % i kommunen). At psykologer under spesialisering som har fast jobb i kommunen for eksempel kan inngå i oppsøkende team i spesialisthelsetjenesten som jobber opp mot psykologens "ansettelseskommune" under praksisperioden, og/eller at psykologen får ansvar for å koordinere samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og ansettelseskommunen og omkringliggende kommuner, kan være løsninger som gjør at kommunen ikke rammes i like stor grad som en del kommuner nå opplever. Hypotesen vil være at det vil føre til mer og bedre samarbeid på tvers, bedre rolleavklaring mellom tjenestenivåene, bedre sortering av hvilke innbyggere som skal få hjelp hvor og hvilke tiltak som skal tilbys på hvilket nivå – og kanskje økte muligheter for finansiering og gjennomføring av spesialiseringsløp. Samtidig kan det også bety potensielt mindre psykologressurs i kommunene, hvis alternativet er å få opp flere rene praksisløp i kommunen.

Hovedpraksis som utnyttet rekrutteringsarena

Vi anbefaler videre at helsemyndighetene, profesjonsutdanningene i psykologi, Psykologforeningen og KS, sammen utreder hvordan man kan få til en bedre infrastruktur for å få gjennomført hovedpraksis for psykologstudenter i kommunene. Vi tror det er en utnyttet rekrutteringsarena, og en mulighet for kommunene til å få dokumentert noe av sin aktivitet på en god (og rimelig) måte. Det viker også å være et utnyttet potensial for mer bruk av teknologi (Skype o.l.) for å skape nettverk og bøte på lange avstander. Samtidig kan man se om en slik infrastruktur, der noen får ansvar for å være koordinerende bindeledd mellom universitetene og praksisfeltet i kommunen, også kan danne en bedre infrastruktur for forskning og utvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester på psykisk helse- og rusfeltet. Målet må være å etablere effektive forebyggende tiltak som gjør at vi i framtiden får færre mennesker som sliter med psykisk helse-, rus-, vold-, overgreps- og traumeproblematikk.

Hva skjer med psykologsatsningen etter 2020?

I 2019 vil kommunene for siste gang kunne søke øremerket tilskudd til psykologrekruttering, og midlene gis fra 2020 som rammefinansiering. En ekspertgruppe som i 2017 leverte sin sluttrapport av en områdegjennomgang av øremerkede tilskudd i kommunesektoren, konkluderte med at en situasjon med mange ulike tilskuddsordninger gav dårlig og lite effektiv statlig styring av kommunesektoren². De skriver;

"det er bred politisk tilslutning til at kommunesektoren i hovedsak skal rammestyles, og dermed at øremerkede tilskudd kun bør benyttes i særskilte tilfeller. Rammefinansiering av kommunale oppgaver gir den mest kostnadseffektive utnyttelsen av ressursene ved at kommunene gis mulighet til selv å vurdere hvilke behov innbyggerne har, og bestemme hvordan kommunens samlede oppgaver skal løses. Nærhet til beslutningsprosessen gir også innbyggerne mulighet til å påvirke tjenestetilbudet og prioriteringene lokalt. Øremerking innebærer at det er staten som definerer behovene og prioriteringene, ikke kommunene slik systemet for rammestyringen legger til grunn."

Ekspertgruppen påpeker at et øremerket tilskudd kan isolert sett ha god effekt, men at det kan samtidig kan gi uheldige virkninger for andre tjenesteområder i kommunene og for kommunens samlede prioriteringer. Et system med mange tilskuddsordninger gjør også at man risikerer at tilskuddene til dels motvirker hverandre, og at virkningene av hver enkelt tilskuddsordning dermed blir nøytralisert. Kommunene kan også omprioritere midler til andre formål slik at ressursbruken på området det gis tilskudd til, ikke øker like mye som det kommunen faktisk mottar i tilskudd. Ekspertgruppen viste videre til at øremerkede tilskudd kan favorisere kommuner med ressurser til å søke og bære eventuelle egenandeler. Dette gir igjen høy sannsynlighet for at ordningene ikke treffer etter hensikten og derfor ikke bidrar til å realisere nasjonale målsettinger på en effektiv måte.

Tilskudd til rekruttering av psykologer til kommunene var én av tilskuddene ekspertgruppen hadde vurdert, og i sammenheng med at det var varslet lovkrav om psykologkompetanse i kommunene fra 2020, vurderte ekspertgruppen at ordningen burde innlemmes i rammetilskuddet etter endt opptrappingsperiode. Vi vil oppfordre myndighetene til å prioritere evaluering og forskning på utviklingen i antall psykologer i kommunene, organisering og innhold i tjenestene når finansieringsordningen endres og tilskuddsordningen avsluttes i 2020.

2

https://www.regjeringen.no/contentassets/4c7c2f30e95141d0b15e276c78a6d365/omradegjennomgang_av_oremerkede_tilskudd_til_kommunesektoren.pdf

1 Bakgrunn

1.1 Devaluering av tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunen

Helsedirektoratet har engasjert forskningsinstituttene SINTEF, NIBR og NIFU til å gjennomføre en følgeevaluering av Kompetanseløft 2020 (K2020) i perioden 2017 til 2021. Målet med evalueringen er å gi kunnskap om i hvilken grad og på hvilken måte K2020 bidrar til en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste i kommunene, og hvorvidt den bidrar til tilstrekkelig sterk og kompetent bemanning. Som del av følgeevalueringen har SINTEF gjort en *devaluering av tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunen*, og denne rapporten er leveransen knyttet til devalueringen. Overordnet problemstilling har vært å undersøke i hvilken grad og på hvilken måte tilskudd til rekruttering av psykologer til kommunene har bidratt til et kompetanseløft i tjenestene.

Devalueringen er basert på erfaringer fra blant andre samarbeidende personell (til psykologene) i kommunen, innbyggere med som har mottatt kommunale tjenester knyttet til psykisk helse, rus, vold eller overgrep, vitenskapelig ansatte som underviser på profesjonsutdanningene i psykologi, psykologistudenter, fagutvalg til spesialistutdanningene og psykologene selv. Flere av informantgruppene har i liten grad vært spurt i tidligere evalueringer som foreligger på temaet, og de har brakt inn ny kunnskap om psykologenes bidrag til kvalitet og kompetanse i tjenestene. Vi har tatt utgangspunkt i disse forskningsspørsmålene:

1. I hvilken grad og på hvilken måte bidrar rekruttering av psykologer til å nå målet om å styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen henholdsvis psykisk helse og rus, samt vold- og traumefeltet?
2. I hvilken grad og på hvilken måte erfarer ledere at de har nytte av psykologkompetansen sett opp mot målet med tilskuddsordningen?
3. I hvilken grad og på hvilken måte erfarer brukerne at de har nytte av psykologkompetansen (både på individ- og systemnivå)?
- c) Individnivå - Brukere/pasienter som mottar psykologtjenester
- d) Systemnivå – Samarbeidende personell ved personell som mottar veiledning/fagstøtte fra psykologene, teamkollegaer og andre sentrale samarbeidsaktører innen og utenfor kommunen
4. Hva er de mest sentrale suksesskriteriene og barrierene/utfordringene for rekruttering av psykologer?
5. Hvilke forventninger har framtidens psykologer på profesjonsstudiet til en eventuell jobb i kommunale tjenester?
6. Hvordan rigges profesjonsutdanningene i psykologi og psykologspesialistutdanningene når det gjelder jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
7. Hvordan opplever psykologer som selv jobber i kommunene barrierer/suksesskriterier med tanke på å starte/forbli som psykolog i kommunen?

I resten av kapittel 1 gis innledende bakgrunnsinformasjon om K2020, tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i kommunen og andre sentrale føringer som har vært av betydning for utviklingen av psykisk helse- og rusarbeid de senere årene. I kapittel 2 gjennomgås data og metode, i kapittel 3 presenteres resultater fra spørreundersøkelser og intervju som er gjennomført, før vi i kapittel 4 diskuterer funnene. Kapittel 5 konkluderer.

1.1.1 Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020. Den er en oppfølging av Kompetanseløft 2015, og ble lagt fram i del III av statsbudsjettet for 2016 (Prop. 1S (2015-2016)). K2020 er også nært knyttet til innholdet i Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (primærhelsetjenestemeldingen)*, Omsorg 2020 (regjeringens plan på omsorgsfeltet i perioden 2015 – 2020) og Prop. 15S (2015-2016) *Opptappingsplanen for rusfeltet*. Også Prop. 12 S (2016-2017) *Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* er knyttet til K2020, og følgende tiltak fra Regjeringen nevnes i planen:

- Innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ved blant annet krav til at kommunen må ha psykolog, lege, jordmor, helsesøster og fysioterapeut knyttet til seg.
- Styrke de kommunale tjenestetilbudene gjennom økt psykologkompetanse og helsestasjonsvirksomhet.
- Legge til rette for et mer teambasert helsetjenestetilbud.
- Vurdere effekten av integrert rus- og voldsbehandling, samt brukernes synspunkter på arbeid med volds- og traumeerfaringer i rusbehandling.
- Styrke behandlingstilbudet for mennesker med rus- og/eller psykiske helseutfordringer. Dette inkluderer også mennesker med traumeerfaringer.

Regjeringen ønsker å bygge en framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste i kommunene som grunnmur i pasientens helsetjeneste i tråd med intensjonene i primærhelsetjeneste-meldingen. Et gjennomgående tema i de senere års stortingsmeldinger og strategier, er behovet for en organisering der samarbeid mellom yrkesgrupper og koordinering mellom tjenesteenheter både horisontalt og vertikalt utheves. Det pekes på at det trengs mer kunnskap og kompetanse om effekter av ulike tiltak, hvilke forhold som er en forutsetning for og bidrar til disse effektene, og hvordan ny kunnskap og innovasjoner kan implementeres for å utvikle tjenestene. Både primærhelsemeldingen og samhandlingsreformen legger vekt på behovet for å utvikle en mer tverrfaglig og teambasert tjeneste for å bli bedre til å tilby helhetlig behandling, der hovedansvaret for behandling og oppfølging ligger i kommunen. Utfordringene krever både bedre og mer spesialisert kompetanse og andre samarbeidsformer. Dette stiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor

både ressurs- og kapasitetsutfordringer, kunnskap- og kompetanseutfordringer, og organisasjons- og samhandlingsutfordringer.

Tiltak i K2020

For å skape en helhetlig tjeneste i tråd med framtidens primærhelsetjeneste omfatter K2020 kompetanse-, fagutviklings- og rekrutteringstiltak for hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. K2020 består av seks politisk vedtatte strategier med over 50 ulike tiltak:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
2. Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestenes behov
3. Øke kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsning på økt kompetanse for ledere

Tiltak og virkemidler i K2020 retter seg hovedsakelig mot kommunene, tjenestene, lederne og de ansatte, men også mot utdanningsinstitusjoner og organisasjoner, herunder partene i arbeidslivet. Tiltakene består i stor grad av økonomiske incentiver i form av tilskuddsordninger som forvaltes av Helsedirektoratet og landets fylkesmenn (FM). Kommunene kan for eksempel søke Fylkesmannen om tilskudd til rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling, kunnskapsbasert praksis, innovasjon mv. via "Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd". K2020 inneholder også øremerkede midler til rekrutteringstiltak rettet mot bestemte fag-/ yrkesgrupper, herunder psykologer, helsefagarbeidere og sykepleiere. I denne rapporten konsentrerer vi oss om målgruppen rekruttert gjennom tilskuddet til rekruttering av psykologer i kommunen, mens den større følgeevalueringen som går fram til 2021 vil dekke de øvrige tiltakene i K2020.

1.2 Tilskudd til rekruttering av psykologer til kommunene

Opptrappingsplanen 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 (Kaspersen og Ose, 2010). Det ble ansatt egne rådgivere i psykisk helsearbeid (og etter hvert rusarbeid) hos Fylkesmannen, som fulgte ressursinnsatsen og bruken av øremerkede midler, og som fortsatt utøver tilsynsarbeid med tjenesten, forvalter tilskuddsordningen og besitter viktig kompetanse om det psykiske helse- og rusarbeidet som gjøres i kommunene. Når det gjaldt rekruttering til psykisk helsearbeid fikk man gjennom opptrappingsplanperioden god tilgang på høgskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid (Ådnanes og Sitter, 2007). Denne utviklingen har fortsatt, og per 2017 finner Ose og Kaspersen (2017) at 69 prosent av årsverkene i psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og

omsorgstjenestene hadde utdanning på høgskole- eller universitetsnivå. Av disse hadde 1/3 videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid (i tillegg kommer psykologer, psykologspesialister og psykiatere, som totalt utgjorde tre prosent av årsverkene i psykisk helse og rusarbeid). I 2020 innføres lovkrav om psykolog i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (vedtatt av Stortinget 8. juni 2017), og tilskuddsordningen er inntil videre et sentralt virkemiddel for å sette kommunene i stand til å tilby psykologkompetanse over hele landet.

1.2.1 Opptakten til dagens tilskuddsordning; Modellutprøvingen

Allerede i 2005 så Helsedirektoratet utfordringene med psykologrekruttering til kommunene og startet prosjektet "Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid". Rapporten fra prosjektet, forfattet av Norsk psykologforening, oppsummerte at psykologer har mye å tilføre kommunene i form av lavterskeltilbud og korttidsterapi, samt forebygging av psykiske helseproblemer (Hoel, 2006). I 2007 ble det satt ned to arbeidsgrupper i regi av Helsedirektoratet, som i rapporten "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering" (Helsedirektoratet, 2008), 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 ble det foreslått en egen tilskuddsordning der kommuner kunne søke om lønnstilskudd til psykologstilling i tre år. Tilskuddsordningen ble senere kalt "Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten", og var først knyttet til rekruttering av psykolog til spesifikke organiseringsmodeller (samlokalisering med fastlege, psykolog i enhet for psykisk helsearbeid, psykolog i helsestasjons- og skolehelsetjeneste og i familiesentre/familiens hus). En oppsummering av funnene i evalueringen av modellutprøvingen gis under.

1.2.2 Dagens tilskuddsordning

Ut over økt rekruttering, var tanken bak modellutprøvingen at et tverrfaglig samarbeid og hensiktsmessig organisatorisk plassering av psykologen i kommunene ut fra lokale forhold og behov, skulle stimulere til stadig bedre utnyttelse av de totale helsefaglige ressursene. Målet for tilskuddsordningen for psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene beskrives per i dag å skulle styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen psykisk helse og rus, vold- og traumefeltet. Herunder, å bidra til forsterket rekruttering av psykologer og at kommunene ut fra lokale hensyn benytter kompetansen i system- og samfunnsrettet arbeid, til helsefremmende og forebyggende arbeid, til lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud, og til utadrettet arbeid. Fra 2013 gikk man bort fra at stillingene måtte organiseres innenfor spesifikke modeller, men de skal fortsatt stå i forhold til Samhandlingsreformens målsetting om at kommunene i større grad skal bedrive tidlig innsats, gi et helhetlig psykisk helse- og rustilbud til sine

innbyggere og ha ansvar for kompetanseutvikling i tjenesten. Per 2018 er forutsetningene for tildeling av midler at:

- psykologstillingen skal være forankret i helse- og omsorgstjenesten, herunder lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- psykologtilbudet skal være lett tilgjengelig, gratis og uten henvisning – lavterskeltilbud (gjelder kun i de tilfeller hvor psykologen skal arbeide klinisk)
- kommunen skal dokumentere egenfinansiering av lønnsutgifter som overstiger tilskuddsbeløpet.

Det er nå formulert følgende delmål for at kommunen benytter kompetansen³:

- i større grad til mer system- og samfunnsrettet arbeid. Plan- og utviklingsarbeid, veiledning og fagstøtte til øvrig personell/ tjenester inngår i dette arbeidet.
- i større grad til helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot individer, grupper og lokalmiljø.
- til lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud til enkeltmennesker, familier, pårørende og grupper, herunder også utredning og diagnostisering
- til utadrettet arbeid, hvor psykologen inngår i forpliktende tverrfaglig og/eller flerfaglig samarbeid, eksempelvis gjennom organisering i team eller samlokalisering med øvrig personell/tjenester.

Det siste året er særlig stillinger som skal jobbe med rusarbeid eller med eldre over 65 år. Kommunene kan søke om lønn til psykologstillinger (kr 400 000/100 % stilling), med et tillegg på kr 10 000 per stilling øremerket spesifikke kompetanseutviklingstiltak i regi av Fylkesmannen og kompetansesentrene innen fagfeltene rus og psykisk helse, og vold- og traumeproblematikk. Med Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har fokuset på kommunalt rusarbeid blitt styrket, herunder også psykologenes arbeid med brukergruppen som er i fare for å utvikle, eller har etablert et rusproblem. Våre undersøkelser i forbindelse med denne evalueringen (og også i rapporteringene på tilskuddsordningen til Helsedirektoratet) viser imidlertid at det per i dag er få psykologer som jobber med rusproblematikk, og at det også er få av framtidens psykologer som ser for seg at de ønsker å jobbe det. De som sliter med rusproblematikk, og særlig de som har samtidige psykisk helse- og ruslidelser (ROP), er en brukergruppe kommunene ytrer store behov for kompetanse på og ressurser til (jf. Ose et al. 2018). Dette må også grunnutdanningen av psykologer ta inn over seg, og vurdere om det kan være behov for å øke fokuset på denne brukergruppen i utdanningen, og

³ <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>

også i andre spesialiseringsløp med mange psykologer som jobber i kommunene - ut over spesialiseringen i psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer.

En rapport om ressursbruk i psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Ose et al, 2018), viste at Opptappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15S (2015-2016)) allerede har hatt direkte konsekvenser i form av flere årsverk og økt kapasitet i behandlingstilbudet rettet mot denne brukergruppen for storparten (60 prosent) av kommunene i landet. Det rapporteres også om økt bruker- og pårørendemedvirkning, flere boliger og mer midler til kompetanseheving som konsekvenser av Opptappingsplanen for rusfeltet.

1.2.3 Status per 2018

Under Opptappingsplanen for psykisk helse nådde man ikke målet om å rekruttere 184 nye psykologer til psykisk helsearbeid i kommunene. Ved Opptappingsplanens slutt i 2008 hadde statlig øremerkede midler gitt 121 nye psykologårsverk på landsbasis, de aller fleste rettet mot barn og unge. Ti år senere, i 2018, rapporterte kommunene at antallet psykologer og psykologspesialister ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester (uavhengig av om de var ansatt på tilskuddsmidler eller ikke) hadde økt til 514, der 330 (64 prosent) av psykologårsverkene er rettet mot tjenester til barn og unge (Ose et al. 2018). Per juli 2018 var det fortsatt 47 prosent av kommunene som rapporterte null psykologårsverk. Som vist i tabellen under utgjorde psykologer og psykologspesialister 1,5 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, og 9,9 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Tabell 1 Antall årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fordelt på utdanningskategorier, år 2017 og 2018. Kilde: SINTEF/Helsedirektoratet

	Voksne		Barn og unge		Totalt	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Helse- og sosialfag fra videregående skole uten videreutd. i PHA*	1754	2009	111	106	1865	2115
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutd. i PHA	1346	1334	65	53	1411	1387
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutd. i PHA	2983	3360	1262	1360	4245	4720
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutd. i PHA	3307	3555	652	734	3959	4289
Psykiatere	6	4	7	0	13	4
Psykologer	113	136	196	233	309	369
Psykologspesialister	44	49	95	97	139	146
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutd. i PHA	600	569	380	424	980	993
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutd. i PHA	287	325	180	190	467	515
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utd.	1095	1224	151	134	1246	1358
Totalt	11534	12563	3099	3331	14633	15894

* PHA = psykisk helse- og/eller rusarbeid

En fordeling av antall kommuner som rapporterte psykologårsverk gjennom IS-24/8 våren 2018 på fylkesnivå, viser følgende:

	Antall kommuner som rapporterer psykolog*	Antall kommuner i fylket	Andel (%) kommuner med psykolog
Østfold	12	18	67
Akershus	18	22	82
Oslo (bydeler + to helseetaten og velferdsetaten)	17	17	100
Hedmark	13	22	59
Oppland	10	26	38
Buskerud	15	21	71
Vestfold	9	9	100
Telemark	6	18	33
Aust-Agder	6	15	40
Vest-Agder	11	15	73
Rogaland	18	26	69
Hordaland	22	33	67
Sogn og Fjordane	11	26	42
Møre og Romsdal	17	36	47
Trøndelag	21	47	45
Nordland	13	44	30
Troms	4	24	17
Finnmark	7	19	37

*Merk at flere av kommunene kan ha mottatt tilskudd i 2018, men hadde ikke rekruttert psykolog på rapporteringstidspunktet. Det kan også være kommuner der psykologen inngår i interkommunale samarbeid med hovedkontor i én kommune – og der samarbeidskommunene har unnlatt å rapportere psykologårsverk i frykt for å drive dobbeltrapportering. Dobbelttrapportering i interkommunale samarbeid kan også forekomme, og vil da gi overestimering.

I sin status 2016 for K2020 (Helsedirektoratet, 2017) vurderte Helsedirektoratet måloppnåelsen for ordningen til å være høy, basert på økningen i antall stillinger og inkluderte kommuner de siste årene. Psykologkompetansen rekruttert i tilskuddsordningen ble rapportert å først og fremst benyttes inn mot psykisk helse (4,79 på en skala til 5), fulgt av vold, overgrep og traumer (3,36 av 5). Dette ser Helsedirektoratet som et positivt trekk, ettersom dette området først ble tydeliggjort i regelverket for ordningen fra 2014. Lavest score oppgis innen rusmiddelbruk med 2,56 og ROP-lidelser med 2,5. Kommuner som scorer 3-5 på innretning av psykologen i arbeid med rusmiddelbruk er i langt større grad rettet mot voksne (23+) og i liten grad inn mot barn og unge (0-13 år) og ungdom (13-23 år).

I Questback-rapporteringen gjennomført i 2018, på tilskudd mottatt i 2017, ble det rapportert på 341 psykologstillinger. 56 prosent av kommunene med psykolog rapporterte da for mer enn én psykologstilling,

og ca. 7 prosent rapporterte innenfor et interkommunalt samarbeid. Fylkene med høyest andel psykologer ansatt på tilskudd i 2017 var Akershus, Oslo og Hordaland med tilsammen over en tredjedel av psykologene på landsbasis, mens Finnmark og Telemark var fylkene med lavest andel psykologer ansatt på tilskuddsmidler. Nær 60 prosent av stillingene befinner seg i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Det presiseres at disse tallene ikke inkluderer psykologer ansatt uten tilskuddsmidler. Vi gjengir her hovedfunnene fra Questback rapporteringen til Helsedirektoratet for 2018:

- 95 prosent av psykologene var ansatt i 100 prosent stilling og 85 prosent var i fast stilling. Videre var andelen med spesialisering på 31 prosent mens 54 prosent var under/skal påbegynne spesialisering.
- Av de som har, er under eller skal ta spesialisering, var de fire største gruppene; 37 prosent spesialist i samfunns- og allmennpsykologi, 23 prosent i barne- og ungdomspsykologi, 21 prosent i voksenpsykologi, 8,5 prosent i familiepsykologi. 3,2 prosent var spesialist i rus- og avhengighetspsykologi.
- Over 95 prosent av psykologene inngikk i tverrfaglige team i 2017 og 97 prosent var en del av flerfaglig felleskap/samløslisering.
- Målgruppen voksne (+23 år) synes nå å være en prioritert målgruppe på lik linje/tilnærmet lik linje som den yngre målgruppen 0-23 år. Dette resultatet korresponderer med funn fra SINTEFs IS-24/8-undersøkelse⁴ i 2016, som viser at antall psykologstillinger rettet mot voksne innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid økte med 40 prosent fra 2015 til 2016. Eldre (+65) er den målgruppen psykologen i minst grad arbeider inn mot, med en med score på kun 2,03 av 5 i 2016 (hvor 5=I svært stor grad)
- På spørsmål om hvor stor andel av psykologstillingene som går til ulike oppgaver, svarte kommunene for 2017 i gjennomsnitt at rundt halvparten av årsverkene går med i lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud (herunder utredning og diagnostisering), deretter følger veiledning/fagstøtte til øvrig personell i kommunen, helsefremmende/forebyggende arbeid og system/samfunnsrettet arbeid.
- I gjennomsnitt oppga halvparten av kommunene at cirka 50 prosent av psykologstillingen benyttes i lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud, herunder også utredning og diagnostisering.
- Kommunene oppga i gjennomsnitt høyere score for brukermedvirkning i psykologens arbeid på individnivå enn på systemnivå.
- 85 prosent av psykologene hadde deltatt i kompetanseutviklingstiltak i regi av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) i 2017, og 65 prosent oppgir å ha benyttet tilbud fra de regionale kompetansesentrene innen psykisk helse og rus, vold- og traumefeltet. 54 prosent av psykologene på tilskudd hadde deltatt i tiltak fra fylkesmennene.
- Det er en vedvarende tendens at det er de minste kommunene som ikke søker om tilskudd eller i stor grad strever med å rekruttere psykolog, til tross for gjentatte forsøk.
- Det er fortsatt relativt store fylkesvise forskjeller med hensyn til rekrutteringen av psykologer.

⁴ SINTEF; Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen (2016): *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*

Det relativt små fylkesvise forskjeller i psykologenes arbeidsoppgaver. Mens rundt 40-50 prosent av tiden går med til lavterskelarbeid, fordeles resten av tiden noenlunde likt på systemarbeid, veiledning og helsefremmende- og forebyggende arbeid.

I neste delkapittel gir vi en kort oppsummering fra evalueringen av modellutprøvingen som SINTEF og Arbeidsforskningsinstituttet gjorde i 2013 (Ådnanes et al., 2013; Fossetøl og Skarpås, 2013). Vi oppsummerer også resultater fra sammenstillinger Helsedirektoratet har gjort på bakgrunn av rapportering fra kommunene som har mottatt tilskudd, samt en rapport fra et utvalgsarbeid gjort i regi av Psykologforeningen der man har sett på klinisk praksis og kompetansebehov blant psykologer i kommunene. Dette gir et viktig grunnlag for diskusjon av funnene i den foreliggende devalueringen.

1.3 Funn fra tidligere evalueringer og undersøkelser

1.3.1 Sentral litteratur om psykologers plass i psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Siden den nye helse- og omsorgstjenesteloven ble iverksatt i 2012, har det vært et ønske fra nasjonale helsemyndigheter om at kommunene skulle ta et større ansvar for innbyggernes helse (herunder forebygging), og at folk skal kunne få tjenester "der de bor", til rett tid og på rett omsorgsnivå. Det er utgitt flere stortingsmeldinger de siste årene som beskriver denne politikken, eksempelvis Folkehelsemeldingene *God helse- felles ansvar* og *Mestring og muligheter* (Meld. St. 34 (2012-2013) og Meld. St. 19 (2014-2015)), *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)) og *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld. St. 6 (2017-2018)).

En bred beskrivelse av kommunalt psykisk helsearbeid gis i boken "Psykisk helse som kommunal utfordring" (Schjødt, Hoel og Onsøien, 2012) som mange psykologer i kommunene nok har lest og brukt de siste årene. Boken tar for seg typiske utfordringer i ulike livsfaser blant brukere av psykisk helse- og rustjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men har også egne kapitler om kommunal tjenesteorganisering (av psykologer) og systemarbeid. Boka starter med å konstatere at psykologer i kommunene på ingen måte er et helt nytt fenomen, selv om omfanget har vært, og fortsatt er relativt lite i Norge. Allerede på 1970-tallet ble det ansatt "kommunepsykologer" med en allmennpsykologisk/samfunnspsykologisk profil, som skulle bedrive både forebygging, planarbeid, systemarbeid og klinisk arbeid. Likevel så man at den norske samfunnspsykologien, i større grad enn den internasjonale "community psychology", hadde en mer individrettet og klinisk innretning (Schjødt og Skutle, 2013). I den samme artikkelen (ibid.) går det fram at spredning av psykologisk kompetanse ved at psykologene jobber sammen med andre faggrupper, med kompetanseutvikling og konsultasjon eller veiledning, er et kjennetegn ved den norske samfunnspsykologien. I sin konklusjon etterlyste forfatterne en

mer kritisk samfunnspsykologi i Norge med større fokus på systemfaktorer, og poengterte at samfunnspsykologi ikke må bli ensbetydende med kommunepsykologi.

I boka "Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre" (Valla, 2014) etterlyser Birgit Valla, psykolog og mangeårig leder av Stangehjelpe, endringer i måten å organisere tjenester i det psykiske helsefeltet på. Hun setter søkelys på hvordan tilbakemeldinger fra brukerne av tjenestene på hva de ønsker og trenger hjelp til, bør være med å styre hvordan tjenestetilbudet utformes. Hun etterlyser en ny måte å tenke psykiske helsetjenester på, og argumenterer med hvor mye psykiske helseplager koster det norske samfunnet per år i sykefravær og uføretrygd, og hvordan svaret hittil har vært mer "penger og tjenester", uten at problemene og hjelpebehovet ser ut til å minke. Vi synes å tro at ved å tilføre mer penger til offentlige tjenester, eller opprette nye tjenester, vil man løse problemene. Men det blir bare "økonomi og tjenesteproduksjon i ny drakt". Nye tjenester avdekker nye problemer, som gjør at man må opprette nye funksjoner for å ivareta de nye problemene. Hun savner nytenkning og visjoner – og en villighet til å gi slipp på det som ikke fungerer (Valla, 2014). Dette er interessante og relevante perspektiver å ha med seg i evalueringsøymed, som vi kommer tilbake til i rapportens diskusjonskapittel.

En av de nyeste utgivelsene på feltet kom i 2018 med boka "Allmennpsykologi" (Imenes, 2018), der Anne-Kristin Imenes skriver om allmennpsykologisk arbeid i kommunen. Boka omhandler blant annet forebygging, kartlegging, utredning og diagnostisering, behandling, krise- og voldshåndtering, samarbeid med andre profesjoner og kommunikasjon og dokumentasjon. Hun skriver at "frontarbeidet" og vurderingene som psykologer ofte involveres i, krever lang erfaring, gode kunnskaper og ferdigheter hos psykologene, og argumenterer for at spesialistkompetanse er en betydelig fordel når du skal jobbe som psykolog i kommunen (Imenes, 2018). Dette er et perspektiv mange av informantene som har bidratt i denne evalueringen er enige i; for å bidra til økt kvalitet og kompetanse i psykisk helse – og rustjenestene i kommunen kreves det uredde psykologer som står trygt på egne ben og forstår hvordan de kan gjøre mest nytte for seg sammen med øvrig personell i kommunen.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har ansvar for å arrangere årlige fagsamlinger for psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester, og har fulgt psykologsatsingen nært i hele tilskuddsperioden. De har også gitt ut flere relevante rapporter/hefter med intervju/beskrivelser av hvordan psykologene jobber, og hva som skal til for å rekruttere psykolog. For eksempel gav de i 2016 ut

rapporten "Psykolog i kommunen – en medspiller"⁵ og i 2018 rapporten "God hjelp når det trengs. Lavterskeltilbud i kommunene til voksne med lettere psykisk helse- og rusutfordringer".⁶

1.3.2 Funn i evalueringen av modellutprøvingen

Evalueringen av "Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten" (Ådnanes et al., 2013) viste at nesten samtlige psykologer som svarte på undersøkelsen (n = 235) trivdes godt eller svært godt i jobben. Dette var ikke ensbetydende med at alle var fornøyd med rammevilkårene, og flere etterlyste bedre forankring i kommuneledelse og planer. Med unntak av de psykologene som var samlokalisert med fastlege, som så fordeler med å være samlokalisert, var ikke psykologene spesielt opptatt av organisatorisk plassering av stillingen i kommunen. Det viktigste kriteriet for at de hadde valgt å søke seg stillingen i kommunen var stor grad av faglig frihet og autonomi i arbeidet. Dette gjaldt særlig psykologer med lang erfaring, mens de yngre psykologene ønsket seg fastere rammer for stillingen og mer konkrete stillingsinstrukser.

Mange av psykologene opplevde også at de i mindre grad enn forventet fikk jobbe folkehelserettet og tverrfaglig. Det ble også rapportert om lite samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og ytret stort behov for flere psykologkollegaer i kommunen - for faglig diskusjon og kvalitetssikring av arbeidet. De fleste brukte mest tid på behandling, utredning og diagnostisering av enkeltbrukere, og her var det ingen systematiske forskjeller mellom de ulike modellene (samlokalisering med fastlege, psykolog i enhet for psykisk helsearbeid, psykolog i helsestasjons- og skolehelsetjeneste og i familiesentre/familiens hus).

Psykologene ansatt i en av de fire modellene jobbet i mye større grad klinisk og behandlingsrettet enn øvrige psykologer i kommunen (hovedsakelig PPT og barnevern). Særlig gjaldt dette de ferskeste psykologene, de som kom fra spesialisthelsetjenesten og de som hadde spesialistutdanning. Selv om en høy andel av psykologene hadde spesialisering, ønsket de seg økt kompetanse på systemarbeid og hvordan man driver godt forebyggende arbeid på kommunenivå. At psykologene i stor grad jobbet behandlingsrettet og lite folkehelserettet, bekreftet to kvalitative studier fra hhv. Folkehelseinstituttet (Heggland et al., 2013) og en case-studie i forbindelse med evaluering av modellutprøvingen, gjennomført av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI, Fossetøl og Skarpås, 2013).

I SINTEFs evalueringsrapport konkluderte forskerne med at det på dette tidspunktet var behov for større bevissthet rundt hvordan det er mest hensiktsmessig at psykologkompetansen ble benyttet i den enkelte kommune; i hvilken grad psykologene burde jobbe folkehelserettet versus å ha en individfokusert behandlerrolle. I en vitenskapelig artikkel basert på den samme evalueringen (Ådnanes, Husum og Kaspersen,

⁵ https://www.napha.no/hefte_psykolog_kommune/

⁶ <https://www.napha.no/lavterskel/>

2013), og i evalueringsrapporten utarbeidet av AFI (Fossestøl og Skarpås, 2013), vektlegges at kommunenes samlede psykologressurser bør ses mer under ett, for å unngå kunstige skiller mellom ulike tjenester der psykologer jobber for samme overordnede mål om god psykiske helse i befolkningen.

I AFIs evalueringsrapport, basert på case-studier i åtte kommuner, påpekes at fokus på enkeltsaker ikke trenger å være til hinder for mer systemrettet arbeid, forstått som at enkeltsaker kan forårsake mer grunnleggende diskusjoner om rolle- og ansvarsfordeling. I case-studiene (Fossestøl og Skarpås, 2013:163) kom det fram at:

"Psykologene selv, deres kollegaer, samarbeidspartnere og overordnede rapporterer om at psykologkompetansen har skapt lavere terskel for psykologhjelp, og at stillingen på sitt beste har bidratt til mer kunnskapsbasert og intensivt samarbeid mellom ulike kommunale instanser og fagfolk som gjør at utfordringer som tidligere ble behandlet separat, nå ses i sammenheng, og at fokuset på forebygging og tidlig intervensjon har blitt styrket".

Videre anbefalte evalueringen (ibid.) at fastlegene enten må trekkes nærmere psykisk helsearbeid i form av tetter samarbeid, eller at man gir psykologene i kommunen henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten, for et smidigere system der brukeren ikke trenger å forholde seg til så mange ulike instanser. Evalueringen pekte som nevnt også på at det var urimelig at ikke psykologer rekruttert via tilskuddsordningen (på dette tidspunktet) skulle kunne plasseres i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, eller i PPT.

1.3.3 Resultater fra Psykologforeningens ad hoc-utvalg

I september 2017 leverte et utvalg nedsatt av Norsk psykologforening rapporten "Klinisk praksis og kompetansebehov i kommunene – Rapport fra Psykologforeningens ad hoc utvalg" (Imenes, 2017). Bakgrunnen for utvalgsarbeidet var en opplevd uklarhet i forventningene til kommunalt ansatte psykologer når det gjaldt faglig ansvar og oppgaver, og hvilke konsekvenser denne uklarheten medfører. Mandatet til utvalget var å beskrive forventninger til kommunalt ansatte psykologers *kliniske arbeid og ansvar*, klargjøre avgrensning til spesialisthelsetjenesten og utrede behov for å fremme forslag om kompetansehevede tiltak utover det spesialitetene dekker.

Som i SINTEFs evaluering av modellutprøvingen, starter rapportens oppsummering med å stadfeste at psykologene gjennomgående trives svært godt med kommunalt helsearbeid. De motiveres av å kunne bidra til tidlig innsats, jobbe forebyggende, og å ha fleksibilitet, autonomi og allsidighet i jobben. Spesialistene opplever i større grad enn ikke-spesialister å ha tilstrekkelig kompetanse i jobben, og følgende områder utpekte seg som aktuelle for kompetanseheving: lovkunnskap/helserett, arbeid med

langvarige/sammensatte behov, identifisere psykiske helsevansker som følge av somatikk, farmakologi og kultursensitiv klinisk praksis. Det ble videre poengtert at psykologene bør ha særskilt kompetanse på arbeid med vold, rus, traumer, frafall i skolen og utvikling av pasientenes helsetjeneste. En begrensning både i dette ad-hoc-utvalgsarbeidet og i annen tidligere litteratur som foreligger på feltet, er at kommunenes egne perspektiver mangler. Det er skrevet en god del om psykologrollen i kommunene i for eksempel Tidsskrift for norsk psykologforening og Tidsskrift for psykisk helsearbeid, men det er få ansatte med annen fagbakgrunn i kommunale helse- og omsorgstjenester som har skrevet om hvordan de opplever forventninger og samarbeid med psykologene.

1.3.4 En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til voksne med lettere psykiske helseproblemer

I februar 2018 publiserte SINTEF, i samarbeid med Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO), en rapport utarbeidet på oppdrag fra KS om hvilke tjenestetilbud som finnes for voksne med lettere psykiske helseproblemer, og hvordan samarbeidet internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten fungerer i disse tjenestene (Ose, Kaspersen og Børve, 2018). Målet var å si noe om hvordan kommunene bør rigge sine tjenester til denne målgruppen i framtiden. Psykologer i kommunen er et tema som berøres flere steder i rapporten. Fra rapportens konklusjon går det fram at de tjenestene som etableres på psykisk helse- og rusfeltet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i større grad bør ses i sammenheng med de sosialfaglige tjenestene, og ikke minst spesialisthelsetjenesten, enn det som gjøres per i dag. Det advares mot å etablere veldig spissede lavterskeltjenester rettet mot spesifikke diagnoser, med mindre kommunen har ressurser og befolkningsgrunnlag til å etablere slike tjenester som del av en bredere lavterskeltjeneste som er åpen for alle:

Kommunene har store oppgaver på mange områder, og det er urealistisk å forvente at alle kommuner skal etablere en egen spisset lavterskeltjeneste som skal drive kognitiv terapi på en selektert brukergruppe. Det er behov for lavterskeltjenester, men de bør ikke forbeholdes psykiske helseproblemer. Det er god kunnskap om at psykiske helseproblemer i mange tilfeller skyldes sosiale og personlige problemer, og det er nødvendig at innbyggerne får hjelp til å løse disse problemene for å forebygge psykiske helseproblemer. Et lavterskeltilbud bør etableres for å komme tidlig inn med hjelp til innbyggere i ulike livssituasjoner som har behov for hjelp. Tjenesten må ta imot innbyggere med alle mulige problemer. Det sosialfaglige perspektivet må ha en tung vekt i tjenesten, og det må utvikles gode metoder for å hjelpe folk med det de sliter med. Det er slik kommunene kan

forebygge psykiske lidelser. Noen vil trenge hjelp til å ordne de konkrete problemene sine, andre vil ha god nytte av en samtale med en person som ser og forstår dem, noen kan ha nytte av kognitiv adferdsterapi, mens andre kan ha god nytte av ulike mestringstilbud og kurs.

Tilbudet vil se forskjellig ut i de ulike kommunene og hver enkelt kommune bør ta utgangspunkt i det som eksisterer og fungerer lokalt, og deretter bygge ut slik at de rigger seg for å komme tidlig inn med bistand når det gjelder sosiale, personlige og psykiske problemer. Tjenester/aktører som kommuneoverlege, fastleger, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, kommunepsykologer, folkehelsekoordinatorene, frivillighetssentral eller frivillige organisasjoner, frisklivssentral, helsestasjoner, DPS, NAV og andre aktører som finnes lokalt, bør samles og diskutere seg frem til hvordan de kan etablere et lavterskeltiltak som dekker befolkningens behov for hjelp med sosiale, personlige og psykiske helseproblemer samtidig som det sikrer at kommunene kommer tidlig inn og yter bistand på et riktig tidspunkt og i de riktige situasjonene. Hvilke aktører som samles, vil være avhengig av hvilke aktører som finnes lokalt. Deretter må kommunene etablere lavterskeltiltak med de ressursene de mener er viktig å bruke på dette. De må kontinuerlig vurdere hvordan tjenestene fungerer, og gjøre nødvendige endringer om de ser at tilbudet ikke treffer godt. Dette er et utviklingsarbeid som kommunene selv må gjøre, og dette er oppgaver som ikke kan løses innen en snever medisinsk behandlingsmodell. (Ose, Kaspersen og Børve, 2018:90)

2 Data og metode

2.1 Etikk

Prosjektprotokoll og alle informasjonsskriv, intervjuguider og spørreskjema i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 ble forelagt Personvernombudet for forskning hos NSD, som tilrådte at prosjektet kunne gjennomføres (referansenummer: 54316/ 3/KH). I det devalueringen ble utvidet med 9 måneder og nye problemstillinger ble inkludert (utvidet Opsjon 1), måtte det søkes NSD på nytt i forbindelse med nye datainnsamlinger blant flere aktører. Også utvidelsen av prosjektet fikk tilrådning fra NSD (referansenummer: 59405/3/LH).

2.2 Dokument- og litteraturgjennomgang

Vi har gjennomgått relevante nasjonale føringer (planer, veiledere, strategier mv.) og norske rapporter, bøker og kunnskapsoppsummeringer fra andre forskningsinstitutter, Folkehelseinstituttet, Psykologforeningen, brukerorganisasjoner og andre aktører. Vi gjorde også litteratursøk i særlig relevante tidsskrift, som f.eks. Rusfag, Rus og samfunn og Tidsskrift for psykisk helsearbeid, samt søk etter rapporter og publikasjoner fra kompetansesentrene på psykisk helse- og rusfeltet (NAPHA, KoRus, RBUP/RKBU, RVTS, ROP-tjenesten).

Vi fikk oversendt relevante dokumenter fra Helsedirektoratet ved prosjektoppstart; regelverket for tilskuddsordningen, aktuelle rundskriv, økonomiske sammenstillinger og oversikt over antall psykologstillinger i kommunene, rapporteringsskjema og sammenstilling av resultater fra rapporteringen på tilskuddsordningen for 2016 mv. Vi fikk også tilgang til resultatene fra rapporteringen for 2017 og 2018.

Prosjektet hadde begrensede ressurser, og det lå utenfor rammen å utføre en omfattende systematisk litteraturgjennomgang. Vi gjorde imidlertid tematiske søk, fortrinnsvis etter systematiske oppsummeringer i databaser som Pubmed, PsycInfo og Google Scholar, på tema vi ønsket å se nærmere på i en internasjonal kontekst. Eksempler på søkeord er review community/primary mental health care psychology/psychologist/professionals, primary care interprofessional collaboration, community health care skill mix, community capacity building, collaborative mental health care osv. Resultatene fra dokumentgjennomgangen er hovedsakelig benyttet i innledningen og i diskusjonen.

2.3 Spørreundersøkelse blant personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I perioden 4.-26. oktober 2017 gjennomførte vi en nettbasert spørreundersøkelse rettet mot ansatte og ledere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, de som jobber med vold/traume-problematikk i kommunene, fastlegene og kommuneoverlegene. Undersøkelsen var anonym, og heller ikke hvilken kommune de ansatte svarte for, framgikk.

Fordi vi skulle nå en bred gruppe potensielle respondenter, ble informasjonsbrev og link til undersøkelsen sendt via postmottak i alle landets kommuner. E-posten inneholdt instruks om videresending til ledere i enhet/tjenester for psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kommuneoverlegen(e). Hvis kommunen ikke har en egen tjeneste for psykisk helse- og rusarbeid, skulle e-posten sendes til leder(e) for pleie- og omsorg eller tilsvarende. Det var videre instruks til ledere og kommuneoverleger om å sende linken videre til sine ansatte og alle fastlegene i kommunen.

To uker etter første utsendelse sendte vi en purring til alle kontaktpersoner som hadde oppgitt kontaktinformasjon i forbindelse med rapportering på Helsedirektoratets IS-24/8 (gjennomført av SINTEF), da vi vet at disse fagpersonene var direkte i målgruppen for undersøkelsen (hovedsakelig ledere i psykisk helse- og rus-enheter de kommunale helse- og omsorgstjenestene) og kunne spre denne videre til sine ansatte.

2.3.1 Tema for spørreundersøkelsen

Vi ba respondentene oppgi hvilket fylke de jobbet i, samt om de svarte på vegne av en kommune eller bydel. De ble spurt om utdanningsbakgrunn, hvilken tjeneste de jobbet i, brukergruppekarakteristika, vurdering av tjenestetilbud, om de hadde ansatt psykolog – og hvilke brukergrupper psykolog(ene) jobbet med, barrierer og suksesskriterier for rekruttering av psykolog, behovet for psykologkompetanse, psykologens prioritering, type samarbeid med psykologene, beskrivelser av for hvilke arbeidsområder/brukergrupper/saker de opplever at det har vært/hadde vært nyttig å ha psykologkompetanse i kommunen, i hvilken grad psykologene har styrket kompetansen i kommunene, hvilke brukergrupper som ikke får dekket behov for tjenester innen psykisk helse/rus/vold/traumer, samt innspill på hvilken kompetanse kommunene ser at de trenger for å styrke dette området. Flere av spørsmålene var av kvalitativ karakter, med åpne svarfelt.

2.3.2 Framstilling og analyser

Datamaterialet framstilles ved hjelp av deskriptiv statistikk og tematisk koding og kvalitativ analyse av data i åpne svarkategorier.

2.4 Spørreundersøkelse rettet mot brukere av kommunale tjenester innenfor psykisk helse, rus, vold og overgrep

I mai, juni og juli 2018 gjennomførte SINTEF, i samarbeid med Sentio Research AS, en omfattende spørreundersøkelse blant innbyggere som har mottatt kommunale tjenester for utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold, overgrep eller traumer. For barn og unge under 16 år var det laget et eget skjema som pårørende kunne fylle ut. Formålet var å undersøke brukernes erfaringer med det kommunale tjenestetilbudet. En slik undersøkelse har oss bekjent ikke vært utført i så stor skala tidligere, der man har alle brukere av denne type tjenester som målgruppe. Vi valgte å kalle undersøkelsen **KOMHELSE 2018**⁷.

Det ble utviklet en SINTEF-basert infopakke-nettside der ansatte i tjenestene kunne skrive ut informasjonsplakater og flyers, samt kopiere tekstsnutter for å sende ut forespørsel om deltakelse til sine brukere på SMS og e-post. Det var også mulig å skrive ut papirversjon av den nettbaserte undersøkelsen, for brukere som eventuelt ønsket å svare på papir i stedet for på internett. Infoplakaten med lenke til undersøkelsene ble delt i sosiale medier hos diverse brukerorganisasjoner, kompetansesenter på psykisk helse- og rusfeltet (NAPHA, RVTS osv.) og på SINTEFs egne Facebook- og Twitter-sider. Via NAPHA fikk vi også delt et innlegg med informasjon om undersøkelsen til en lukket gruppe ("Psykologer i kommunen") med over 800 medlemmer, der de aller fleste er psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester.

I tillegg til å rekruttere via deling i sosiale medier, ble rekruttering av brukere og pårørende til å delta i undersøkelsen gjort hovedsakelig gjennom de ansatte i tjenester som tilbyr tiltak innenfor psykisk helse, rus, vold, overgrep eller traumer. Slik håpet vi å sikre oss relevante respondenter som nylig har vært i kontakt med de tjenestene vi var ute etter svar på spørsmålene våre om. Vi sendte direkte e-post til ledere i psykisk helse- og rus-enheter i alle landets kommuner med oppfordring om å informere sine ansatte om undersøkelsen og hvordan de kunne bidra til å spre informasjon om denne. Det ble også sendt e-post til postmottak i alle landets kommuner med instruks om å videresende til ledere i alle kommunale enheter som tilbyr tjenester relatert til psykisk helse, rus, vold, overgrep eller traumer. Vi inkluderte også barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste og flyktningetjenesten. Det var viktig at undersøkelsen skulle foregå helt anonymt, og forskerne skulle ikke ha anledning til å vite hvilken kommune den enkelte bruker hadde svart fra. På neste side viser vi et bilde av info-plakaten som ble spredt både digitalt, og som de ansatte kunne henge opp på venterom o.l.

⁷ Nettside for undersøkelsen: <https://www.sintef.no/komhelse>

KOMHELSE 2018

Har du vært i kontakt med kommunale helsetjenester på grunn av utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold eller overgrep?

Da ønsker vi å høre dine erfaringer med helsetjenestene på www.sintef.no/komhelse

KOMHELSE 2018 er en nettbasert spørreundersøkelse rettet mot innbyggere i alle landets kommuner som har mottatt kommunale helsetjenester for utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold eller overgrep. SINTEF gjennomfører undersøkelsen på vegne av Helsedirektoratet, som ønsker tilbakemelding fra innbyggerne på deres erfaringer med tjenestene.



FORMÅL

Helsemyndighetene ønsker tilbakemelding på hvordan innbyggere i alle landets kommuner som har mottatt helsetjenester for utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold eller overgrep, har opplevd tilbudet de har fått. Det er viktig at så mange som mulig svarer, for å få et reelt bilde av hvordan tjenestene fungerer, og hva som kan forbedres.



HVEM KAN SVARE PÅ UNDERSØKELSEN?

På nettstedet for undersøkelsen, www.sintef.no/komhelse, vil du få to alternativer: Personer over 16 år skal besvare et skjema på vegne av seg selv. For barn og unge under 16 år skal pårørende med foreldreansvar fylle ut et skjema på vegne av barna.



PERSONVERN

Du skal ikke oppgi noen personopplysninger, hvilken kommune du bor i, eller navnet på de som jobber i kommunehelsetjenesten. De ansatte i tjenestene vil ikke få tilgang til svarene dine, det er kun forskerne i SINTEF som skal analysere spørreundersøkelsen og oppsummere resultatene for hele landet. Forskerne har taushetsplikt. Personvernombudet for forskning (NSD) har godkjent at prosjektet kan gjennomføres.



RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN

Resultatene vil bli presentert i en forskningsrapport som offentliggjøres på Helsedirektoratets og SINTEFs nettsider senhøsten 2018. Resultatene vil også presenteres i vitenskapelige publikasjoner.



KONTAKT

Har du spørsmål til innholdet i spørreundersøkelsen?

Kontakt forsker **Silje L. Kaspersen**, e-post: silje.l.kaspersen@sintef.no, tlf.: 950 88 303.

Har du tekniske spørsmål, eller ikke får åpnet undersøkelsen?

Kontakt Sentio Research, e-post: post@sentio.no, tlf.: 905 48 892.



GÅ TIL UNDERSØKELSEN (fungerer både på mobil, nettbrett og pc)

www.sintef.no/komhelse

Du kan også laste ned en QR-KODE som fører deg direkte til undersøkelsen:

Undersøkelsen vil være åpen i mai, juni og juli 2018.



TUSEN TAKK FOR AT DU BIDRAR TIL FORSKNING PÅ ET VIKTIG TEMA!

2.4.1 Utvikling av spørreskjema

Mange kommuner har de senere årene gjennomført egne brukerundersøkelser, men det har ikke tidligere vært gjennomført en landsomfattende brukererfaringsundersøkelse på dette temaet. Generelt er det ønskelig å benytte eksisterende spørreskjema som er forskningsmessig kvalitetssikret (validert) i Norge. Folkehelseinstituttet gjennomfører ca. hvert tredje år nasjonale brukererfaringsundersøkelser (PasOpp-undersøkelser) på oppdrag fra statlige myndigheter, men disse har hittil hovedsakelig dekket institusjoner i spesialisthelsetjenesten og fastlegene (se f.eks. Kjøllesdal et al. 2017 for pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016). Vi valgte å ta utgangspunkt i PasOpp-undersøkelsene, og tilpasse spørsmålene til å gjelde for kommunale tjenester, i tillegg til at vi la til spørsmål som var nødvendig for å dekke målsetningene i evalueringen. Det ble for eksempel lagt til egne spørsmål som omhandlet psykologer i kommunen.

Som ledd i utviklingen av spørreskjemaet sendte vi ut forespørsmål om å gi innspill på skjema til en rekke brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse- og rus-feltet (Mental Helse Norge og Mental Helse Ungdom, RIO, MARBORG, ProLAR, A-larm, Hvite Ørn, LPP). Vi var også i kontakt med Pårørendealliansen og Erfaringskompetanse.no. En bruker av kommunale tjenester for psykisk helse var også involvert i flere runder med pilotering av skjema.

2.4.2 Tema for spørreundersøkelsene

Skjemaene inneholdt i underkant av 40 spørsmål, med fokus på erfaringene brukeren har med den tjenesten de sist var i kontakt med. Ettersom en bruker ofte har erfaring med flere typer tjenester i kommunen, måtte vi forsøke å innsnevre svarene til å gjelde en spesifikk tjeneste. I forskergruppen diskuterte vi om vi skulle la dem svare for den tjenesten de hadde mest erfaring med på besvarestidspunktet, men vi valgte til slutt å la dem svare for den tjenesten de sist var i kontakt med på grunn av psykisk helse- og/eller rusproblematikk, vold, overgrep eller traumeproblematikk. Her er ledeteksten som ble gitt til spørsmålet:

Nå kommer noen spørsmål om erfaringene dine med den kommunale tjenesten du sist var i kontakt med på grunn av psykisk helse- og/eller rusproblematikk, vold, overgrep eller traumeproblematikk. Det kan hende du har erfaring med mange forskjellige helsetjenester i kommunen, men vi ønsker at du hele tiden tenker på dine opplevelser med den tjenesten du sist var i kontakt med, når du svarer på resten av undersøkelsen. Besøk hos fastlegen skal ikke regnes med her.

Av demografiske bakgrunnsvariabler spurte vi om kjønn, alder, boforhold, sivilstatus, fylke, antall innbyggere i kommunen, utdanning og arbeidsmarkedstilknytning. Vi spurte så hvilken tjeneste de sist var i kontakt med (utenom fastlege, som ville gitt altfor mange evalueringer av fastlegetjenesten – noe som ikke var målet i denne undersøkelsen), og ba dem basere alle videre svar på erfaringene med akkurat denne tjenesten. Vi

spurte om hvordan og når de kom i kontakt med tjenesten, hvor ofte de har hatt kontakt siste seks måneder, årsaken til kontakt og hvorvidt de oppfattet at kontakt med tjenesten var nødvendig eller unødvendig. Vi spurte også om helse deres på tidspunktet de tok kontakt med tjenesten, om de har individuell plan og ansvarsgruppe, om de har fått nok tid til samtaler og forståelse for sin situasjon. Vi hadde også egne spørsmål som omhandlet psykologhjelp fra psykologer ansatt i psykisk helse- og rustjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og deres eventuelle erfaringer med å ha mottatt psykologhjelp i kommunen. Videre spurte vi om pårørendeinvolvering, oppfølging fra fastlege, brukermedvirkning og om de mottar tjenester frivillig. Vi spør om de har blitt behandlet på en nedlatende eller krenkende måte av de ansatte, eller har fått helt irrelevante og feile tjenester. Mestringstro og utbytte av hjelpen ble det også spurt om, og til slutt en oversikt over hvilke andre helse- og velferdstjenester vedkommende har mottatt. I skjemaet for pårørende ble de samme spørsmålene formulert slik at de handlet om barnet, og hvordan de pårørende har opplevd hjelpen barnet har mottatt.

2.4.3 Framstilling og analyser

Datamaterialet framstilles som deskriptiv statistikk og ved hjelp av tematisk koding og analyse av data i åpne svarkategorier.

2.5 Kort spørreundersøkelse rettet mot rådgivere innen psykisk helse- og rusarbeid hos Fylkesmannen

Som beskrevet innledningsvis i rapporten har rådgiverne i psykisk helsearbeid og rusarbeid hos Fylkesmannen fulgt ressursinnsatsen i disse tjenestene tett siden Opptrappingsplanen for psykisk helse startet på slutten av 1990-tallet. De hadde da ansvaret for å følge opp de øremerkede midlene kommunene mottok, og de har nå ansvaret for tilskuddsordningen i forbindelse med rekruttering av psykologer til kommunene. Vi sendte ut en e-post med fem spørsmål til alle rådgiverne som sto oppført hos Helsedirektoratet som kontaktpersoner for tilskuddsordningen (n = 21, inkl. bikontakter), og oppfordret dem til å komme med innspill til devalueringen. Spørsmålene ble pilotert i ett fylke, før de ble sendt ut til rådgiverne i alle fylker. Rådgiverne fikk følgende spørsmål tilsendt:

- 1) Hva er de mest sentrale a) suksesskriteriene og b) barrierene for rekruttering av psykologer til kommunene i dag? (Gjerne suksesskriterier ut over tilskuddsordningen, og tenk over om det har kommet opp noen nye suksesskriterier/barrierer som ikke var der da tilskuddsordningen startet opp, men som har gjort seg gjeldende den siste tiden).
- 2) Vi har fått innspill på at tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i noen tilfeller har gått ut over rekruttering av psykologer til andre tjenester i kommunen (PPT, barnevern mv.) – har du/dere inntrykk av at dette er et problem? Innspill?

- 3) Hvis du skulle si noe om på hvilken måte psykologer i kommunen bidrar til et kompetanse- og kvalitetsløft i tjenestene – hva ville du trekke fram da? Kom gjerne med eksempler hvis du har.
- 4) Jf. Stortingets vedtak om at det skal være psykologkompetanse i alle kommuner innen 2020. Har du/dere fått noen tilbakemeldinger/henvendelser fra kommunene på dette kravet? Hvordan rigger kommunene seg for dette nå, og særlig kommuner som har slitt med, eller ikke sett behov for, å rekruttere psykolog hittil?
- 5) Er det andre ting du har på hjertet i forhold til tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer, som du synes vi bør være oppmerksomme på?

Svarene ble samlet i et Excel-skjema og analysert i henhold til kvalitativ metode.

2.6 Spørreundersøkelse blant studenter på profesjonsstudiet i psykologi

I mai/juni 2018 gjennomførte vi en elektronisk undersøkelse som gikk ut til alle studenter på 4., 5. og 6.-året på profesjonsstudiet i psykologi, ved alle fire universiteter som tilbyr profesjonsutdanningen. Formålet var å kartlegge studentenes kunnskap om, interesse for og forventninger til det å potensielt skulle jobbe som psykolog i kommunale helse- og omsorgstjenester etter endt studium.

2.6.1 Utvikling av spørreskjema

SINTEF utviklet et elektronisk spørreskjema med 20 spørsmål tilpasset evalueringen. NAPHA og Norsk psykologforening fikk mulighet til å kommentere skjemaet, i tillegg til at vi piloterte skjemaet hos en psykolog som var ferdig utdannet i 2016, og kunne gi gode innspill på fagterminologi og kategoriseringer. For eksempel fikk vi innspill på det å bruke begrepet "førstelinjetjenesten", i stedet for "den kommunale helse- og omsorgstjenesten". Undersøkelsen ble forankret hos instituttledelsen ved det enkelte universitet, og informasjonsmail med infoskriv og lenke til undersøkelsen ble sendt ut via universitetene til alle studentene på profesjonsstudiet i psykologi som gikk på hhv. 4., 5. og 6.-året våren 2018. SINTEF hadde dermed ikke informasjon om hvem som deltok i undersøkelsen.

2.6.2 Tema for undersøkelsen

Bakgrunnsvariabler i undersøkelsen var kjønn, alder og hvor langt i studieforløpet den enkelte var kommet. For at studentene skulle kunne svare så anonymt som mulig, ble det ikke spurt om studiested. Videre spurte vi om de hadde gjennomført noen form for praksis i førstelinjetjenesten, og hvis ja – i hvilken grad det fristet til gjentakelse i form av fast jobb i denne tjenesten (liste med ulike tjenester som viste hvor de hadde hatt praksis). Vi spurte om de var i gang med å gjennomføre/hadde gjennomført hovedpraksis, og hvor de ville velge å ha sin hovedpraksis hvis de fikk mulighet til å velge fritt (liste med ulike tjenester), med en

begrunnelse av hvorfor. De som hadde sin hovedpraksis i spesialisthelsetjenesten, ble spurt om de kunne tenke seg å ha hovedpraksis i førstelinjetjenesten (med begrunnelse om hvorfor/hvorfor ikke). Videre spurte vi om de var fornøyd med læringsutbyttet i hovedpraksis, og i hvilken sektor og type tjeneste de ville foretrekke å jobbe som psykolog etter endt studium. Vi stilte så et åpent spørsmål om hva som skal til for at førstelinjetjenesten er en attraktiv arbeidsplass for framtidens psykologer. Studentene ble så bedt om å rangere, fra 1-5, hvilke arbeidsoppgaver de ville at jobben som psykolog skulle inneholde etter endt studium (liste med ulike arbeidsoppgaver). Vi spurte i hvilken grad profesjonsstudiet så langt hadde motivert studentene til en eventuell jobb i førstelinja, og hvilken aldersgruppe blant pasientene de helst ville jobbe med etter endt studium. Til slutt i skjemaet skulle de vurdere hvilke fag- og praksisområder de kunne ønske seg mer eller mindre av på profesjonsstudiet i psykologi (liste), samt hvilken type spesialitet i psykologi de sannsynligvis kom til å velge i løpet av de fem første årene etter endt utdanning. De fikk også mulighet til å gi frie innspill omhandlende profesjonsstudiet eller det å jobbe i førstelinjetjenesten som psykolog.

2.6.3 Framstilling og analyser

Datamaterialet framstilles som deskriptiv statistikk og ved hjelp av tematisk koding og analyse av data i åpne svarkategorier.

2.7 Intervju med sentrale aktører i psykologsatsingen

I løpet av evalueringen har vi intervjuet og hatt samtaler med en rekke sentrale aktører i ordningen; psykologer som selv jobber i kommunen, representanter for Psykologforeningen som har fulgt utviklingen med ansettelser av psykologer i kommunen, ledere av de mest relevante fagutvalgene for spesialiseringen, de som har jobbet nært med psykologsatsingen hos NAPHA, vitenskapelig ansatte ved profesjonsutdanningene for psykologer ved alle fire universitet som tilbyr dette, psykologer i spesialisthelsetjenesten som har jobbet spesielt med samhandling med kommunene mv. I intervjuene ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide tilpasset de ulike gruppene, der hovedtemaet har vært hvilken grad og på hvilken måte psykologene bidrar til økt kvalitet og kompetanse i de kommunale tjenestene. I henhold til prosjektplanen og pga. begrensede ressurser ble ikke alle intervjuene transkribert og kodet, men det ble skrevet refleksjonsnotater etter hvert intervju, og materialet er brukt i rapportens diskusjonsdel.

Intervju med vitenskapelig ansatte ved universitetene foregikk på psykologisk institutt ved de respektive universitet i Oslo, Tromsø, Trondheim, mens ett individuelt intervju med en ansatt i Bergen ble gjort per telefon. Rekrutteringen foregikk ved at det ble sendt ut e-post til instituttleder ved de fire universitetene med spørsmål om å sende videre en forespørsel om deltakelse i intervju til relevante vitenskapelig ansatte som hadde erfaring med og/eller underviste i emner eller tema knyttet til førstelinjetjenesten. Det ble opplyst

om at det var frivillig å delta, og at vi ikke kom til å oppgi noe identifiserende informasjon i noe publisert materiale fra intervjuene (ei heller opplysninger om studiested). Totalt intervjuet vi 15 vitenskapelig ansatte i tre fokusgruppeintervju og tre individuelle intervju ved alle fire universitetene.

Førsteforfatter av denne evalueringsrapporten ledet alle intervjuene. Kaspersen er utdannet samfunnsøkonom og har doktorgrad i samfunnsmedisin, og hadde således ikke inngående kunnskap om innhold og oppbygging av profesjonsstudiet i psykologi på forhånd. Intervjuene med vitenskapelig ansatte ved tre av fire universitet ble transkribert, kodet og analysert i henhold til Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003).

2.8 Tre nøtter til psykologer i kommunen – på Facebook

I evalueringen ønsket vi å teste ut Facebook som en kanal for å skape debatt og innhente innspill fra psykologer i kommunen. NAPHA administrerer en lukket Facebook-gruppe for psykologer i kommunen, som hadde over 800 medlemmer høsten 2018. De aller fleste av disse er psykologer som selv jobber i kommunen. Vi fikk tilgang til å bli medlem av gruppen, og stilte 14. september 2018 følgende spørsmål på denne Facebook-gruppen:

"Tre nøtter til psykologer i kommunen"

SINTEF evaluerer for tiden tilskudd til rekruttering av psykologer til kommunene på oppdrag for Helsedirektoratet. Nå vil vi gjerne ha innspill til evalueringen fra medlemmer i denne Facebook-gruppa, og har fått lov til å dele dette innlegget av NAPHA som administrerer gruppa. Innspillene analyseres kvalitativt, slik vi analyserer åpne spørsmålskategorier i spørreskjema, og dere vil ikke siteres direkte i noe publisert materiale fra evalueringen. Det er ikke ofte vi forskerne har tilgang til et så relevant og stort forum med potensielle informanter, og vi håper dere får tråden til å gløde! Her kommer tre "nøtter" vi gjerne vil ha innspill fra deg på (hvis du ikke vil svare her på Facebook, må du gjerne sende ditt innspill på e-post til silje.l.kaspersen@sintef.no):

1. På hvilken måte/ i hvilke situasjoner opplever du at du som psykolog bidrar mest til styrket kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige kommunale arbeidet med psykisk helse- og rus, vold, traumer og overgrep?
2. Hva er de viktigste suksesskriteriene og barrierene for rekruttering av psykologer til kommunene i dag?
3. I hvilken grad og på hvilken måte opplever du at dere lykkes med samhandling med spesialisthelsetjenesten - hva hemmer/fremmer god samhandling?

Vi er fullt klar over at FB-grupper er selektert på mange vis, og kan forsikre om at evalueringen er basert på en rekke datakilder, innsamlet og analysert på vitenskapelig vis; brukere, pårørende, ansatte og ledere ute i tjenestene (inkl. psykologene selv), spesialisthelsetjenesten, de som underviser på profesjonsstudiet, fagutvalg for spesialiseringene, psykologistudenter, kompetansesentre, Psykologforeningen m.fl. har alle en stemme i evalueringen. Les mer om evalueringen her: <https://www.sintef.no/prosjekter/devaluering-av-tilskudd-til-rekruttering-av-psykologer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>

3 Resultater

3.1 Spørreundersøkelse blant personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

3.1.1 Respons

Vi mottok svar fra 456 ansatte og ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (inkl. fastleger og kommuneoverleger). 93 prosent av disse svarte på vegne av en kommune, mens de resterende sju prosentene svarte på vegne av en bydel. I dette tilfellet er det vanskelig å estimere responsrate, ettersom invitasjonen gikk via postmottak i alle landets 426 kommuner. Postmottak fikk instruks om å sende e-posten videre til ledere og kommuneoverlege, som både kunne velge å svare selv og skulle sende e-posten videre til hhv. sine ansatte og fastlegene i kommunen.

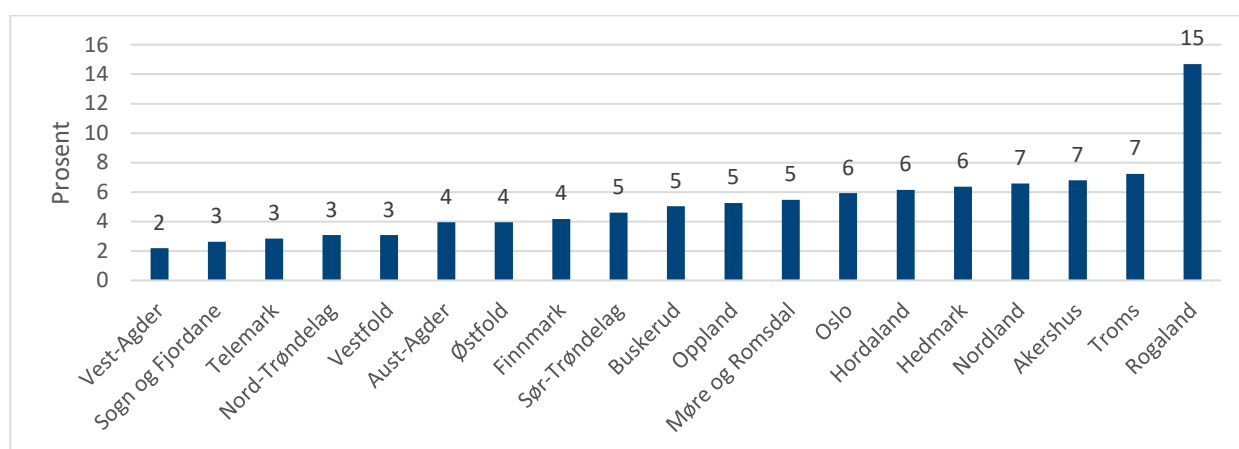
Det var presisert i informasjonsskrivet, og i e-posten med forespørsel om deltakelse, at også personell i kommuner uten psykolog skulle svare. Det er omtrent halvparten (52 prosent) av respondentene som svarte fra kommuner/bydeler som hadde psykolog. Førtifire prosent svarte at de ikke hadde psykolog, mens fire prosent ikke visste om kommunen hadde ansatt psykolog. Blant de 44 prosentene som svarte at kommunen ikke hadde psykolog, var det rundt en tredjedel som svarte at de hadde forsøkt å rekruttere psykolog uten hell, 47 prosent svarte at de ikke hadde forsøkt, mens én av fem svarte "Vet ikke".

Vi finner at 70 prosent av de som har svart, har enten faglig lederansvar, personalansvar eller begge deler, og vi antar derfor at mange av lederne har svart selv, men ikke videresendt undersøkelsen til sine ansatte. Det kan også være at de øvrige ansatte i kommunen i mindre grad har hatt tid til å svare, eller har opplevd undersøkelsen som mindre relevant. At det i stor grad er ledere i tjenestene som har svart, de samme som i mange tilfeller er med å ansette psykologer i kommunen, kan også bety at man får en noe selektert gruppe som har valgt å svare på undersøkelsen, og som også er de som er mest fornøyd med psykologene. Dette må vi ha *in mente* når vi tolker resultatene.

Det ble sendt én purring i denne undersøkelsen, og i stedet for å sende denne via postmottak, rettet vi oss direkte mot de som hadde ansvaret for å rapportere om årsverksinnsats i psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2017. Da visste vi at e-posten gikk direkte til de tjenestene som søker om tilskudd til psykologansettelser. Omtrent halvparten av svarene kom inn etter denne purrerunden.

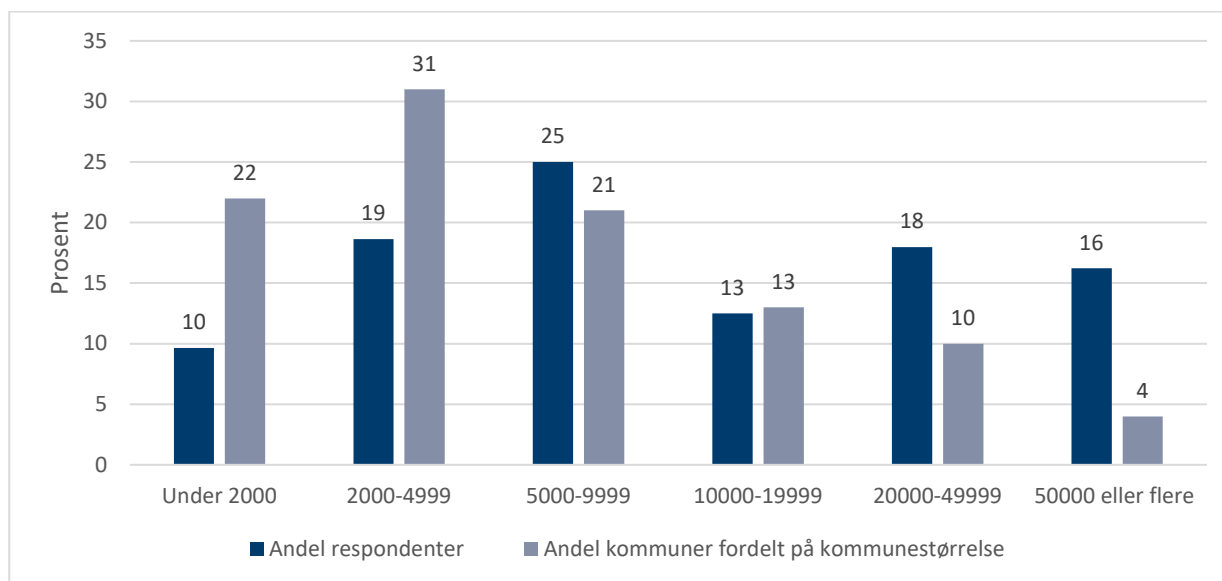
Tatt i betraktning at det i 2017 ble rapportert om ca. 14 600 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Ose og Kaspersen, 2017), og i overkant av 4 600 fastlegehjemler i 2016, hadde vi håpet på en høyere responsrate. Dette er imidlertid, så langt vi kjenner til, den hittil største undersøkelsen gjort på dette temaet blant personell i kommunale tjenester. Siden undersøkelsen var anonym, kunne vi ikke spørre hvilken

kommune eller bydel respondenten svarte på vegne av, men fylkesvis fordelte respondentene seg som vist i figuren under. Rogaland er sterkest representert med 67 respondenter (15 prosent av svarene), mens Vest-Agder ligger nederst med kun 10 respondenter (2 prosent av svarene). For øvrig en relativt jevn fordeling, men Nord-Trøndelag, Sogn og Fjordane, Telemark og Vestfold har noe færre respondenter (rundt 3 prosent). Akershus, Nordland og Troms ligger relativt høyt med sine 7 prosent av svarene.



Figur 1 Prosentandel respondenter i hvert fylke, n = 456.

Vi ba respondentene oppgi kommunestørrelse i kommunen de svarte på vegne av. Vi har sammenstilt andelen kommuner i hver kommunestørrelseskategori for 2017 med andelen respondenter i hver av kommunestørrelseskategoriene. Det er en høyere andel svar på undersøkelsen fra de mest innbyggerrike kommunene.



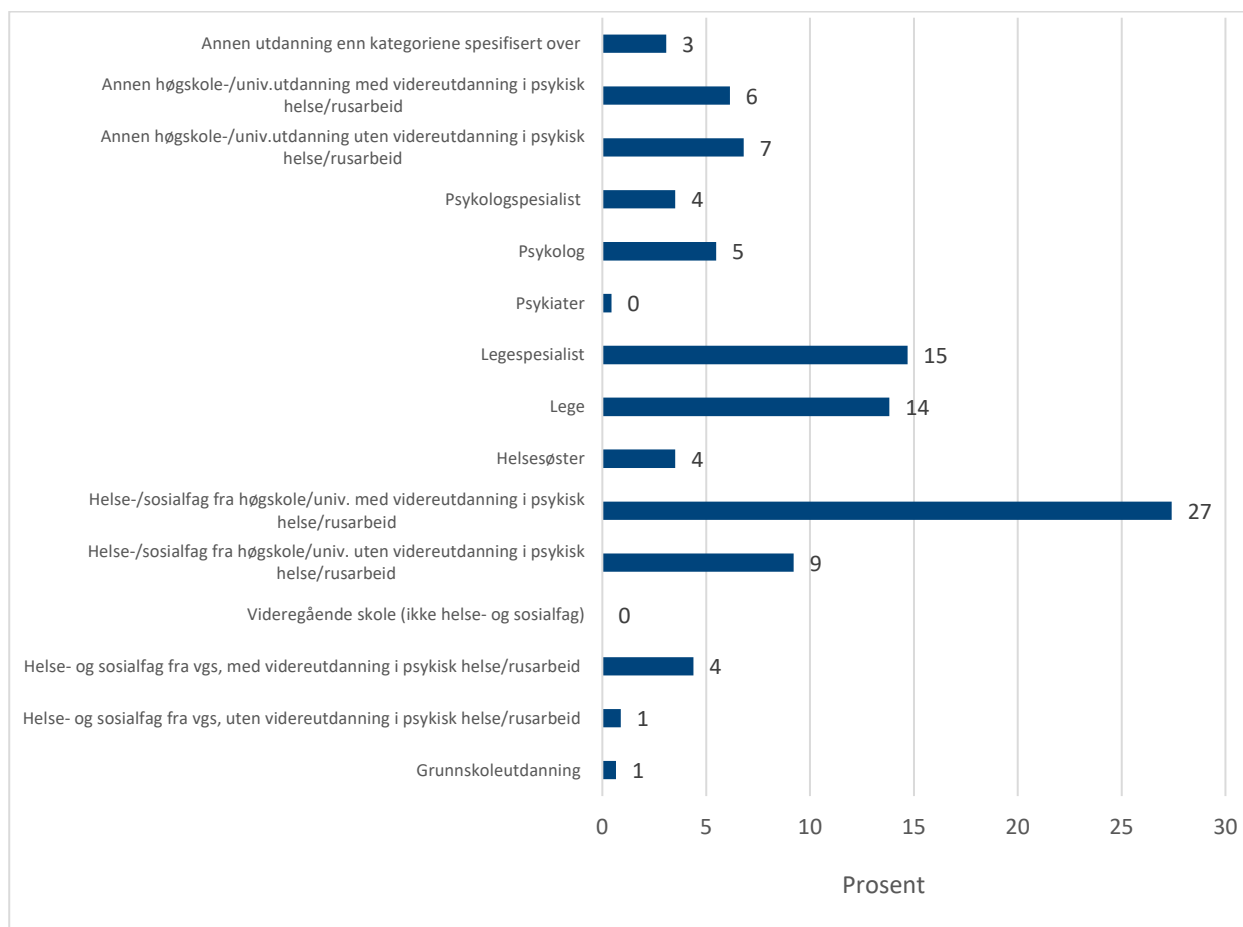
Figur 2 Prosentandel respondenter (n = 456) i hver kommunestørrelse-kategori, sammenliknet med fordelingen av kommuner (N = 426) i hver kommunestørrelseskategori i 2017.

3.1.2 Utdanning

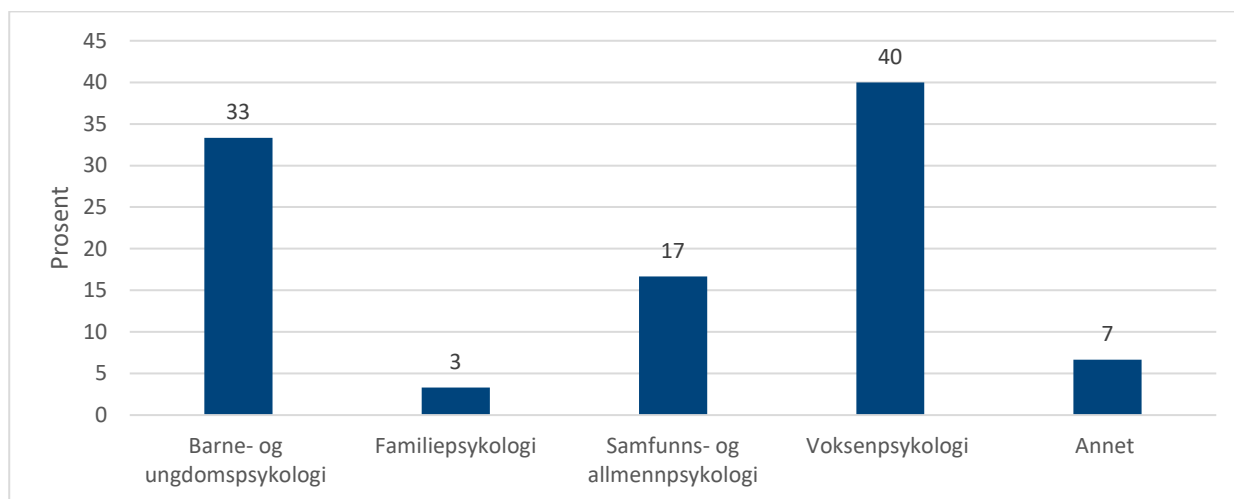
Vi ba de ansatte i kommunen om å oppgi sin høyest fullførte utdanning, fordelt på type fagutdanning. Foruten helsesøster (fra høsten 2018 kalt helsesykepleier), lege og legespesialist var kategoriene de samme som blir benyttet i den årlige kartleggingen av årsverk i kommunalt psykisk helse og rusarbeid (IS-24/8). Vi ser at den høyeste andelen respondenter er universitets- og høyskoleutdannede med videreutdanning i psykisk helse eller rusarbeid (27 %). Dette stemmer også bra med andelen personell totalt i tjenestene, der 29 prosent av de som jobbet i tjenester for voksne rapporterte å ha denne utdannelsen i 2017 (Ose og Kaspersen, 2017). Det er en underrepresentativitet i svarene blant de som har høyskoleutdanning uten videreutdanning, og dette skyldes sannsynligvis at det er en overvekt av ledere (med videreutdanning) som har svart.

Hele 28 prosent av utvalget som har svart, er leger/legespesialister (hovedsakelig fastleger og noen kommuneoverleger). Ni prosent av utvalget er psykologer, hvorav fire prosent er psykologspesialist. Vi hadde også tilleggsspørsmål til psykologene om de var under spesialisering, og i så fall hvilken spesialisering de var under. Psykologspesialistene ble også spurt om hvilken spesialisering de hadde. 14 av 25 psykologer som inngår i utvalget var under spesialisering⁸, 16 var ferdige spesialister. Spesialiseringen med høyest andel psykologer var voksenpsykologi med 40 prosent, dernest fulgte barne- og ungdomspsykologi (33 %), samfunns- og allmennpsykologi (17 %), familiepsykologi (3 %) og annet (7 %).

⁸ Type spesialiseringskategorier i spørsmålet: Arbeidspsykologi, Barne- og ungdomspsykologi, Familiepsykologi, Nevropsykologi, Psykoterapi, Rus- og avhengighetspsykologi, Samfunns- og allmennpsykologi, Voksenpsykologi, Organisasjonspsykologi, Annet.



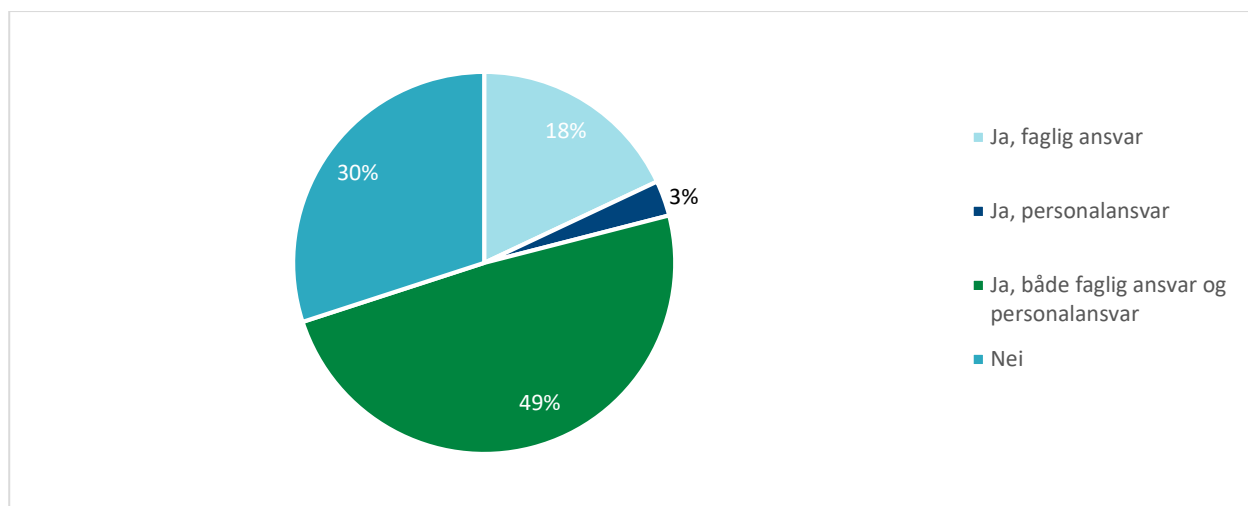
Figur 3 Hva er din høyest fullførte utdanning? N = 456.



Figur 4 Hvilken type spesialisering er du under, eller har du? N = 14 psykologer under spesialisering, 16 ferdige spesialister.

3.1.3 Type stilling

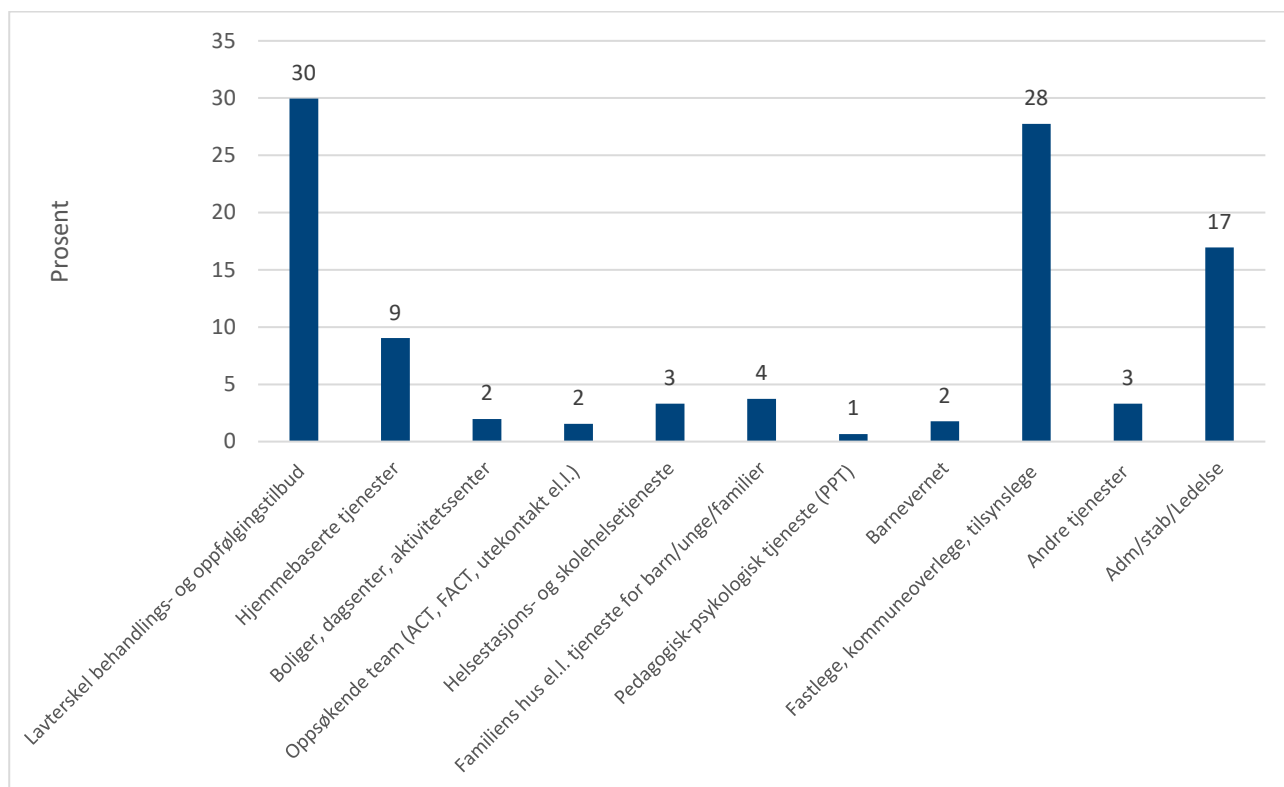
Figuren under viser at 70 % av utvalget som besvarte undersøkelsen har lederansvar, de fleste (49 %) med både faglig ansvar og personalansvar.



Figur 5 Har du lederansvar i stillingen din? N = 456.

3.1.4 Type kommunal tjeneste

Vi ba respondentene om å krysse av ved den tjenesten stillingen deres var tilknyttet. Hvis de hadde flere stillinger krysset de for der de arbeidet mest. Hvis de hadde 50 prosent stilling to plasser, krysset de av der de hadde jobbet lengst. De aller fleste ansatte eller ledere som svarte på vår spørreundersøkelse var enten ansatt i lavterskeltak (30 %) eller som fastlege/tilsynslege (28 %). 17 prosent hadde administrative stillinger (mange ledere). Ni prosent jobbet i hjemmebaserte tjenester, 4 prosent jobbet i familiens hus eller likende tjenester for barn og unge, mens de resterende respondentene fordelte seg relativt likt mellom de øvrige kategoriene.

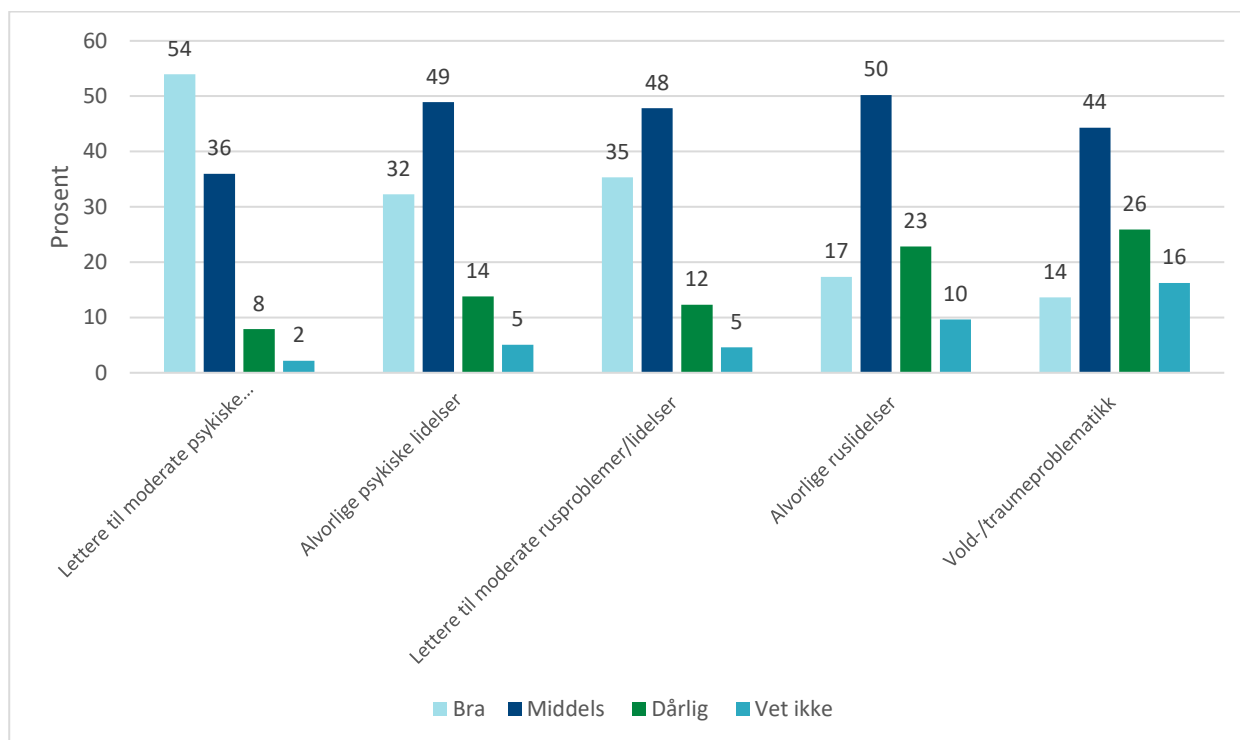


Figur 6 I hvilken type kommunal tjeneste arbeider du det meste av tiden? N = 456.

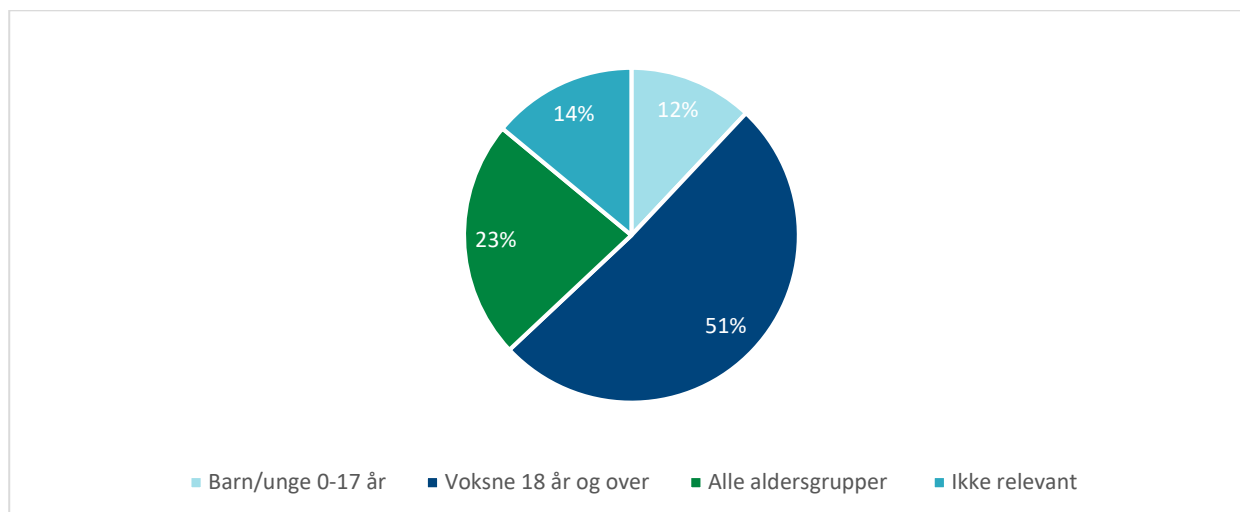
3.1.5 Brukergrupper

Vi ønsket å undersøke hvordan de ansatte vurderte det kommunale tilbudet i sin kommune eller bydel når det gjaldt ulike brukergrupper fordelt på type helseproblematikk og alder. Lettere/moderate psykisk helseproblemer/lidelser skiller seg ut som det tilbudet flest er mest fornøyd med. 54 prosent av respondentene er fornøyd med dette tilbudet, kun åtte prosent karakteriserer det som dårlig. For alvorlige psykiske lidelser er det bare én tredjedel (32 %) av utvalget som har scoret det til "Bra". Når det gjelder lettere til moderate rusproblemer er i overkant av én tredjedel (35 %) av utvalget fornøyd, mens tallene er markant lavere for alvorlige ruslidelser (kun 17 % "Bra") og vold- og traumeproblematikk (14 % "Bra", 26 % "Dårlig"). Det er også en mye høyere andel som svarer at de ikke er sikre når det gjelder alvorlige ruslidelser og vold- og traumeproblematikk. Foruten lettere til moderate psykiske problemer og lidelser, vurderes en høy andel (44-50 %) av de ansatte de øvrige tjenestene til å være middels gode.

Halvparten av utvalget jobber med voksne, 23 prosent jobber med folk i alle aldre (fastlegene i stor grad), 12 prosent jobber med barn og unge, og 14 prosent har svart "ikke relevant" – hovedsakelig fordi de har administrative stillinger.



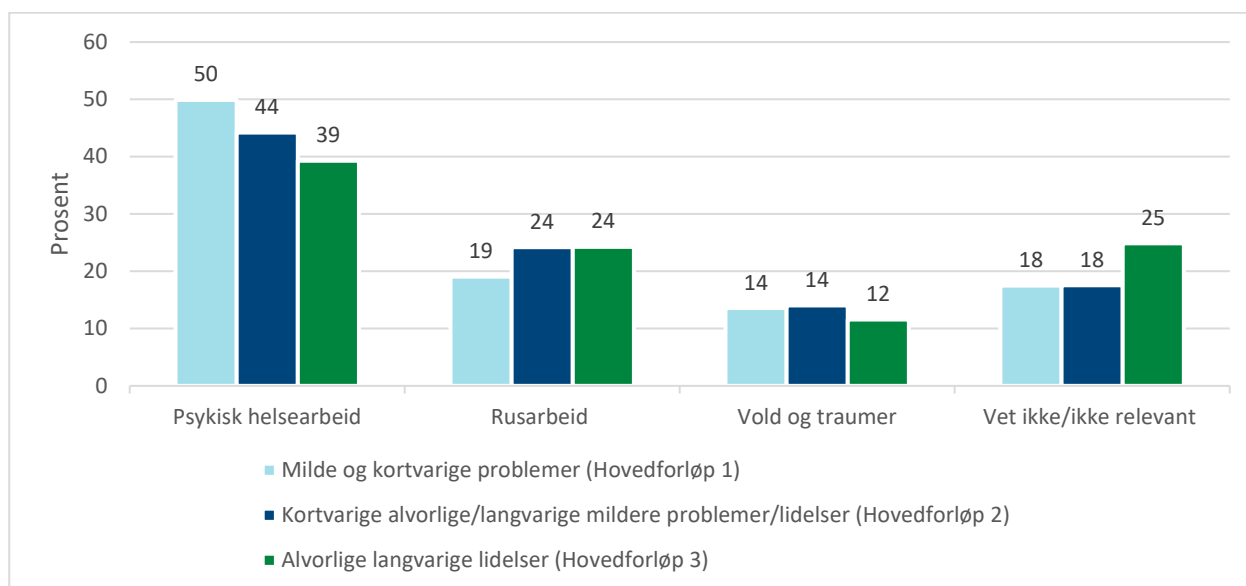
Figur 7 Hvordan vil du karakterisere det kommunale tilbudet i din kommune/bydel når det gjelder følgende bruker-/pasientgrupper? N = 456.



Figur 8 Hvilke aldersgrupper blant brukerne jobber du med det meste av tiden? N = 456.

De fleste av respondentene våre jobber med psykisk helsearbeid, omtrent halvparten av disse med milde og kortvarige problemer. Det er relativt jevn fordeling mellom alvorlighetsgradene når det gjelder rusarbeid og traumer. Fordelingen her gjenspeiler nok i stor grad brukergruppene i kommunene, der det er en høyere andel brukere med psykisk helseproblematikk enn rusproblematikk, og vold og traumesaker fortsatt utgjør

en relativt lav andel av brukergruppene (her er det selvfølgelig en del overlapp mellom kategoriene). Undersøkelsen gikk også ut til ansatte i kriesesenter.



Figur 9 Hvilke brukergrupper jobber du med det meste av tiden? (Mulighet for flere kryss), N fra 457-484.

3.1.6 Har kommunen ansatt psykolog?

Undersøkelsen gikk ut til alle kommuner, og det var presisert at vi også ønsket svar fra kommuner som ikke har ansatt psykolog (bl.a. for å kunne undersøke barrierer for ansettelse). 52 prosent av respondentene jobbet i kommuner som hadde ansatt psykolog. 43 prosent svarte nei, mens fire prosent svarte at de ikke visste.

De som svarte at kommunen ikke hadde rekruttert psykolog, ble spurt om de hadde forsøkt seg på rekruttering. Her svarte nesten halvparten (47 %) "Nei", mens 33 prosent svarte "Ja". 20 prosent svarte "Vet ikke" (gjaldt typisk fastlegene). De som hadde forsøkt å rekruttere psykolog men ikke lyktes, fikk spørsmål om hvilke barrierer de hadde møtt på. Svarene på dette åpne spørsmålet viste at få søkere, få kvalifiserte søkere eller ingen søkere var den hyppigst nevnte årsaken. Ca. 70 % av de 62 kommunene som besvarte spørsmålet at de ikke vet fordi de aldri fikk noen søkere. Det nest vanligste svaret var at kommunen ikke hadde råd til å tilby psykologene den lønnen de krevde for å takke ja til stillingen, mens lite fagmiljø kom som den tredje hyppigst nevnte årsaken. Noen nevnte nyutdannede psykologer utdannet i utlandet som søkte men ikke fikk lisens/autorisasjon, samt at noen kommuner ville prioritere andre faggrupper enn psykologene. En del kommuner opplever også at psykologene slutter i jobben. En lege i Trøndelag kommenterte at:

"Kommunen har hatt psykolog knyttet til oppvekst i to perioder, men disse har sluttet. De har når de har sluttet uttrykt at det er utfordrende å bli inkludert i tjenestene."

Manglede nettverk er også et svar som går igjen på tvers av datainnsamlingene våre:

Det er vanskelig å få psykolog i team uten andre psykologer å sparre med. Manglende nettverk.

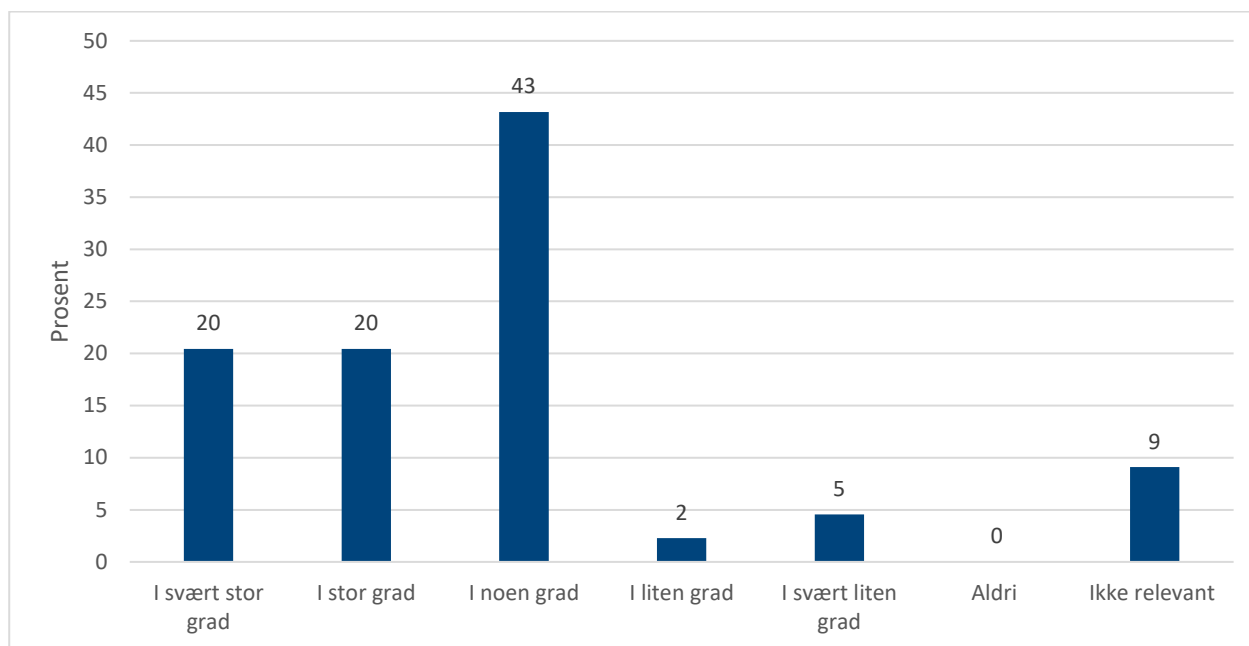
Flere nevne uavklarte arbeidsoppgaver som førte til at psykologen sluttet:

Fikk rekruttert psykolog, som sluttet etter 1 år. Uavklarte arbeidsoppgaver ved oppstart, uklart hva hun skulle brukes til.

Ett av svarene handlet om at kommunen ikke har prioritert å ansette psykolog fordi de tror en del av brukerne ikke vil ønske å snakke med vedkommende:

Det er en del mennesker med psykisk helseproblematikk som ikke vil snakke med psykolog. Dårlige erfaringer med psykisk helsevern, eller forståelse for psykiatri tatt med fra andre kulturer kan ligge til grunn for dette. Dette har gjort at vi har prioritert andre yrkesgrupper som utøvere i vår tjeneste.

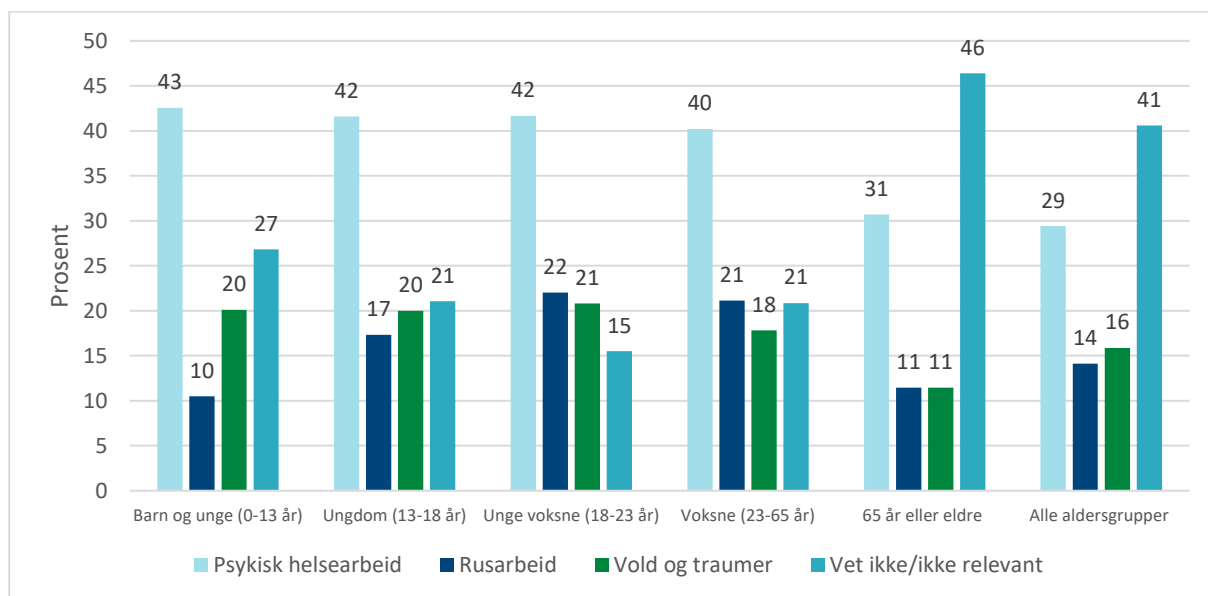
Vi spurte også de som hadde prøvd, men ikke klart å rekruttere psykolog om i hvilken grad de hadde hatt behov for å hente inn psykologkompetanse i sitt daglige arbeid. Et stort flertall (83 %) hadde i en eller annen grad hatt et slikt behov, 40 prosent i stor eller svært stor grad, sju prosent i liten eller svært liten grad.



Figur 10 I hvilken grad har du hatt behov for å hente inn psykologkompetanse i ditt daglige arbeid? (Spørsmål gikk til de som ikke hadde klart å rekruttere psykolog). N = 72.

3.1.7 Hvilke brukergrupper jobber psykologene med?

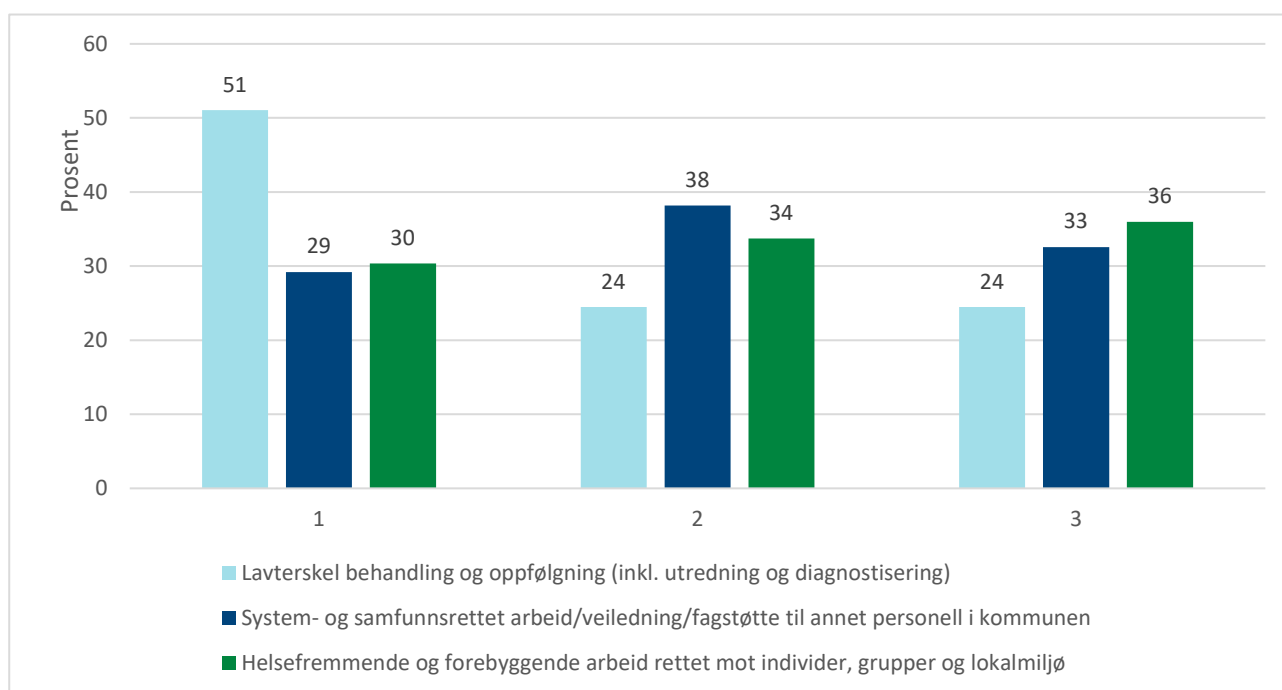
Vi ba respondentene i kommuner med psykolog om å oppgi hvilke brukergrupper, og innenfor brukergruppene – hvilke aldersgrupper, psykologene i deres kommune jobber med. Vi ser at det er en jevn fordeling aldersmessig når det gjelder psykisk helsearbeid, mens de jobber mindre med rusarbeid i de yngste og eldste brukergruppene. Også når det gjelder rusrelatert arbeid prioriteres ungdom, unge voksne og voksne relativt likt. Et resultat som skiller seg ut er at mange av de som svarer ikke vet om psykologene jobber med de eldste gruppene. Det å jobbe med eldre var også noe som skilte seg ut i studentundersøkelsen vi gjennomførte (presenteres senere i dette kapitlet) – det var *ingen* av studentene som så for seg å jobbe med eldre når de ble ferdig psykolog. Vi har også intervjuet psykologer som jobber med de eldste brukergruppene (hjemmetjeneste, sykehjem). De opplever en tung kamp om oppmerksomhet til psykisk helseproblematikk hos eldre, og mangler ressurser til å iverksette aktivitetstiltak o.l. som kan gjøre den psykiske helsen til de eldre bedre. Solem et al. (2018) viser til internasjonal litteratur som viser at behandlingsforskningen for eldre med psykiske vansker er begrenset, og at man internasjonalt har observert at geriatri er en av de aller minst populære temaene innenfor helsebehandling og forskning (Album og Westin, 2008).



Figur 11 Hvilke brukergrupper jobber psykologen(e) i din kommune/bydel med? (Flere kryss mulig).

3.1.8 Hva mener de ansatte i tjenestene at psykologen bør prioritere?

Vi spurte de som svarte at de hadde forsøkt å rekruttere psykolog, men ikke lyktes, om hvilket arbeidsområde de syntes psykologen burde prioritere (på en skala fra 1-3, der 1 var høyest) hvis de får ansatt en psykolog. Over halvparten hadde rangert lavterskel behandling og oppfølging som nr. 1. I underkant av en tredjedel hadde rangert hhv. system- og samfunnsrettet arbeid og helsefremmende og forebyggende arbeid som nr. 1. At det er såpass jevnt mellom de tre alternativene kan være indikasjon på at tredelingen som anbefales i Helsedirektoratets retningslinjer for tilskuddsordningen passer bra med kommunenes behov. Men det kan også bety at kommunene har "adoptert" Helsedirektoratets anbefalinger og svarer ut i fra hva som er forventet.



Figur 12 Hvis kommunen/bydelen skulle ansatte en ny psykolog, hvilket arbeidsområde synes du psykologen burde prioritere høyest? Rangering fra 1-3. Betinget på at kommunen ikke har psykolog, men har forsøkt å rekruttere. Lavterskel n = 94, System- og samfunnsrettet n = 89, Helsefremmende og forebyggende n = 89.

Vi ba også om en begrunnelse (åpent spørsmål) på hvorfor de ville valgt å prioritere som de gjorde på spørsmålet over. Mange av kommentarene handlet om at kommunene opplever at nåløyet for å få pasienten inn i spesialisthelsetjenesten blir stadig trangere, og at de overtar ansvaret for alvorlig syke pasienter og pasienter som er for friske for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten, mens om har behov for tiltak. Dette kan tolkes som et behov for en halvannenlinjetjeneste. En av respondentene uttrykte det som et behov

som ligger mellom DPS og sykepleier med videreutdanning. På andre plass rangerte vedkommende veiledning av annet fagpersonell, mens forebygging mente hun kunne tas av andre:

Har godt fungerende psyk spl, men mangler ofte noen som faller utenfor hos dem og DPS. Veiledende ift fagpersonell pga. at fastlegene sitter med mye av dette alene. Forebyggende arbeid er det andre som tar, behovet større for de to andre punktene. (Sitat 1, Lege)

Nr.1: Pga. lite ressurser i spesialisthelsetjenesten har kommunen behov for mer kompleks behandling enn det psykiatris sykepleier kan gi alene. Det som er meget viktig å huske er at de alvorligst psykisk syke med sammensatte og langvarige behov bor hjemme i egen kommune og med til dels meget lite relevante diagnose(r). Nr. 3 Er et meget viktig område i forhold til forebygging av psykisk uhelse i befolkningen. Det å spre kunnskap om psykisk helse og info om hva som skal til for å få godt helse både fysisk og psykisk. Nr. 2 En evt psykolog kan ikke være hos "alle" brukerne og derfor et stort behov for veiledning og et tett samarbeid om utfordrende brukere innen rus -og psykiatri. (Sitat 2, helse- og sosialfaglig utdannet fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Vi har i dag et samarbeid med DPS, men det meste av behandling av pasienter med lettere til moderate psykiske problemer skal i dag behandles i kommunene. Når kommunen selv får dette ansvaret er det i perioder ensomt, tungt og vanskelig å sitte med dette alene og det å få en fagperson med høyere utdanning, erfaring og kompetanse ville vært svært gunstig for hele kommunen. (Sitat 3, helse- og sosialfaglig utdannet fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Det var relativt mange av innspillene som omhandlet at psykologen kunne kaste mest av seg ved å drive veiledning og bidrag til utvikling av andre faggrupper:

Det er meget viktig at den enkelte terapeut eller fagarbeider som arbeider utadrettet på psykisk helse- og rusfeltet, er en del av et fagmiljø i utvikling. En enkelt psykolog eller to kan gjøre mindre i direkte kontakt med bruker enn potensialet som ligger i å bidra til utvikling av faggrupper. Den kommunale tjenesteleder bør derfor bidra til å legge til rette for at psykologen kan prioritere utviklingsarbeid. I noen tilfeller bør likevel psykologen i tillegg kunne være tilgjengelig på feltet i direkte klinisk kontakt med brukere. Det er positivt med psykolog på den kommunale arena, men denne satsningen må ta høyde for

at også psykologer ønsker å være en del av et fagmiljø med kolleger som har samme utdanning. Dette fordrer etablering av strukturer der flere psykologer kan ha fora og samarbeide ift felles utfordringer. (Sitat 4, helse- og sosialfaglig utdannet fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Jeg opplever dette området som viktig til å begynne med for å løfte kompetansen blant de ansatte, og da spesielt helsesøstre og andre faggrupper kartlegger og gjøre vurderinger i første omgang, slik at de vet hva de kan utrede/behandle og hva som evt skal videre. Sørge for gode rutiner ved henvisning. (Sitat 5, lege)

Min personlig opplevelse er at psykolog-kompetanse trengs i flere ulike områder. I en liten kommune er det ikke bare den direkte pasientarbeidet som gjelder, men det er stort veiledningsbehov hos ulike etatene. (Sitat 6, helse- og sosialfaglig utdannet fra høyskole/univ. uten videreutdanning)

Men det er flere av innleggene som tyder på at en del av respondentene mener de først og fremst trenger en kliniker som jobber med individuell behandling:

Psykolog bør jobbe med pasienter og fag, ikke system. De andre oppgavene blir minst like godt ivaretatt av helsestasjon og psykisk helsetjeneste forøvrig. (Sitat 7, helsesøster/helsesykepleier)

En annen respondent mener det er viktig at psykologene også bidrar direkte inn i de krevende sakene, og dette var det flere som mente.

Det er viktig at psykologene er direkte involvert i pasientrettet arbeid. Ikke bare veilede og utrede, men går inn i de krevende sakene som utfordrer helsepersonell. (Sitat 8, helse- og sosialfaglig utdannet fra høyskole/univ. med videreutdanning)

3.1.9 Årsaker til at man har, eller ikke har, lykkes med å ansette psykolog

Tilskuddsordningen er en hyppig nevnt årsak til at mange respondenter mener de har lykkes med å ansette psykolog, det samme gjelder lønn og spesialisering.

Kommunen har ansatt psykolog helt nylig, etter å ha fått omsøkte midler til dette. Lyktes med å ansette psykolog med svært høy kompetanse, som ikke har startet i stillingen ennå.

Suksesskriterier er knyttet til at vedkommende bor i kommunen, samt framforhandling av gode lønns- og kompetansehevingstiltak. Også viktig å tilby godt fagmiljø. (Sitat 1, lege)

En av respondentene peker på at de fikk mange søkere, men at de fleste manglet erfaring. En annen ville gjerne ha en som kunne jobbe klinisk, men fikk søkere som helst ikke ville jobbe klinisk:

Det er mange som søker psykologstillinger, men utfordringen ligger i at de aller fleste som søker i kommunen er nyutdannede uten erfaring. (Sitat 2, uspesifisert utdanning)

Ikke kvalifiserte søkere. Stor konkurranse på psykologer. Opplever at psykologer som ønsker kommunalt arbeid fortrinnsvis ønsker forvaltningsoppgaver og ikke brukerrettet arbeid. (Sitat 3, helse- og sosialfaglig utdannet fra høyskole/univ. uten videreutdanning)

En annen klaget over at de har sett lite til psykologen som er ansatt:

Det ble sendt søknad om behovet for en psykolog. Han ble ansatt inn under oppvekst. Det har derfor vært liten kontakt til andre virksomheter. Mulig det stod om veksten i barnevernssaker, samt foreldre med psykiske problemer. (Sitat 4, utdannet fra høyskole/univ. uten videreutdanning)

Andre har tilpasset seg søkers ønsker (flere nevner også at det å dekke spesialisering hjalp på rekrutteringen):

Vår folkehelseplan og utfordringsbilde viste et tydelig behov for en kommunal psykolog. Kommunen jobbet aktivt med å rekruttere og tilpasset stillingen til søkers ønsker. (Sitat 5, lege)

Lønnsvilkår, og det at kommunen velger å dekke psykologens spesialisering, nevnes som viktige suksesskriterier både i kommentarene i spørreskjemaet og i intervjuene vi gjorde med psykologer og ansatte ved universitetene. Det er flere av de som har klart å rekruttere psykolog som beskriver det som et suksesskriterium, enn det er respondenter som beskriver det som en barriere:

Mitt inntrykk er at mange psykologer ønsker å jobbe med helsefremmende og forebyggende tiltak og korttidsintervensjon for de som ikke kvalifiserer til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Alltid mange søkere og lønn har i mange tilfeller vært avgjørende for at de har takket ja til stilling. (Sitat 6, helsesøster/helsesykepleier)

La til rette for spesialisering (dekket kostnader og permisjoner), imøtekom lønnskrav. La til rette for fleksibilitet i arbeidstid knyttet til pendling. Jobbet med integrering i

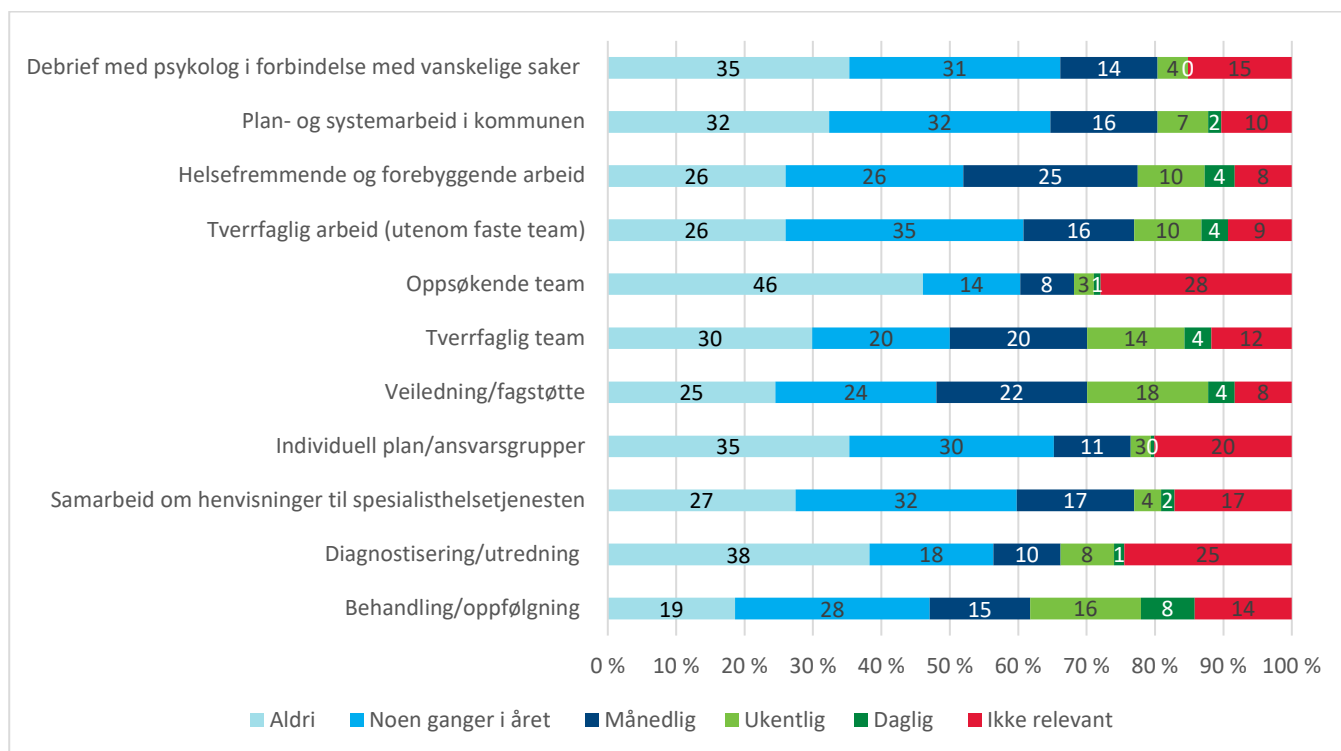
avdelingen, og team-følelse. Ga psykolog stor frihet til å bruke kompetansen bredt og fulgte opp initiativ (Sitat 7, helse- og sosialfaglig utdannet fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Blant kommunene som ikke har forsøkt å rekruttere psykolog nevnes økonomi som hovedårsaken – de har ikke råd til å lyse ut 100 % stilling, og mener at lavere stillingsprosjenter er enda vanskeligere å få tilsatt. Dessuten nevner flere av disse kommunene at de ikke opplever et reelt behov for psykolog. En mellomstor kommune i Troms skriver følgende:

Det har aldri vært jobbet mot å rekruttere psykolog i vår kommune, noe jeg tror skyldes tanker om at vi har for få innbyggere og den lokale tjenesten ivaretar den kommunale biten og spesialisthelsetjenesten ivaretar behandlingen poliklinisk hos den brukergruppen som har behov for behandling. (Sitat 7, utdannet fra høyskole/univ. med videreutdanning)

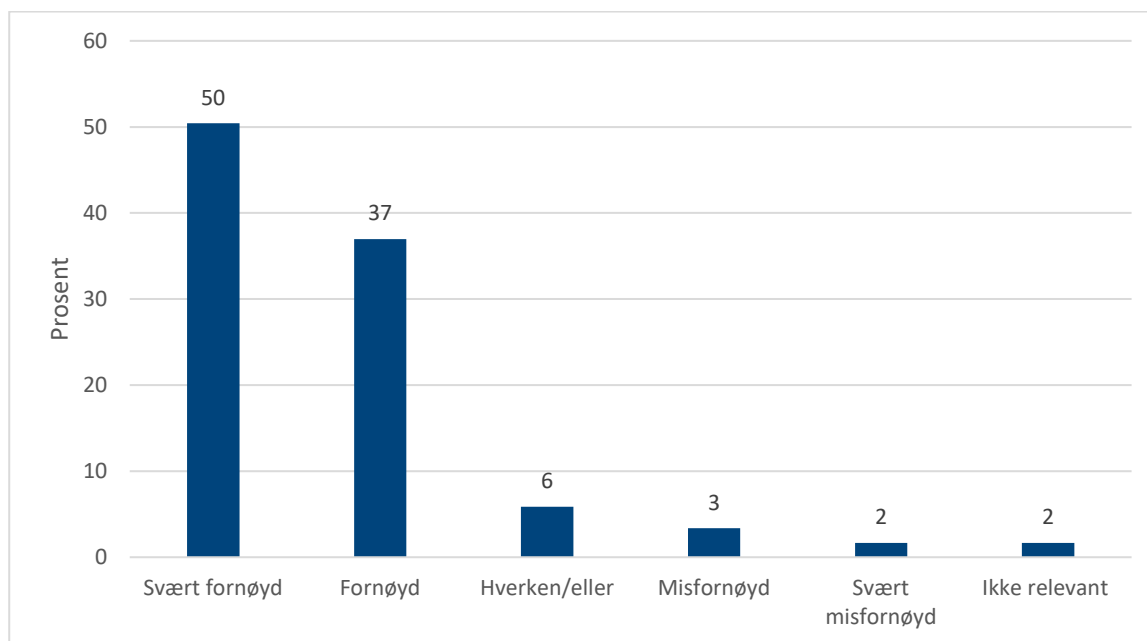
3.1.10 Samarbeid med psykologene i kommunen

Vi spurte respondentene som ikke selv var psykologer, om hvor ofte de var involvert i ulike typer samarbeid med psykologene i kommunen. Hvis vi ser på den aller hyppigste formen for kontakt, finner vi at 24 prosent av respondentene svarer at de har samarbeidet med psykologen om behandling og oppfølging av brukere. 22 prosent har mottatt veiledning/fagstøtte, mens 18 prosent har inngått i tverrfaglig teamsamarbeid. Det er få av de som har svart oss som har deltatt i oppsøkende team (sjelden relevant), utredningsarbeid og IP/ansvarsgruppe.



Figur 13 Hvor ofte er du involvert i følgende type samarbeid med psykologen i kommunen? n = 204

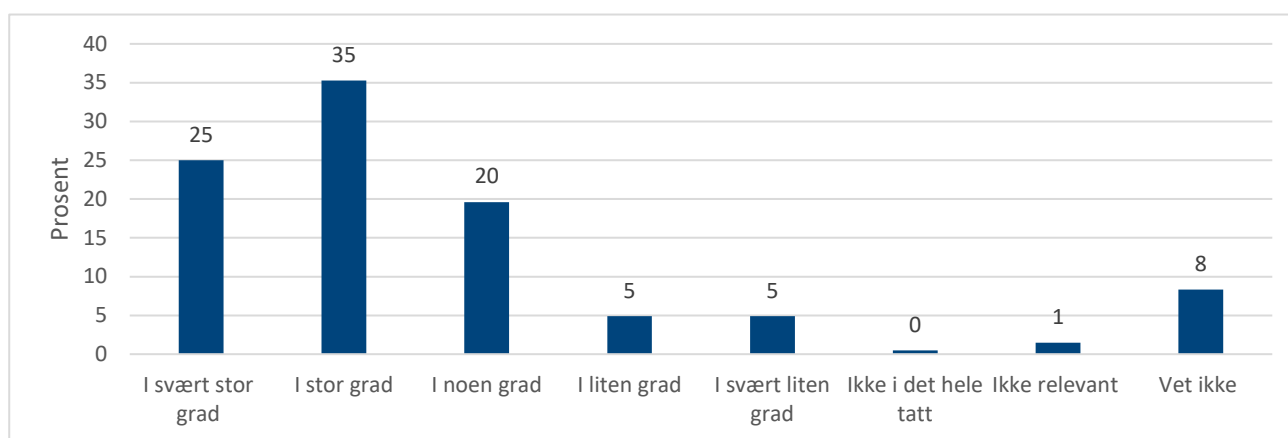
Vi spurte videre hvor fornøyd psykologenes kollegaer har vært med samarbeidet med psykologene. 119 ansatte i kommuner som hadde tilsatt psykolog, svarte på spørsmålet om for hvor fornøyd de har vært med samarbeidet med psykologen. Halvparten svarte svært fornøyd, 37 prosent var fornøyd, 6 prosent svarte hverken/eller, fem prosent var misfornøyd og 2 % svarte "ikke relevant". Alt i alt var 87 % av respondentene, som altså hovedsakelig var ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester, godt fornøyd med samarbeidet med psykologene.



Figur 14 Hvor fornøyd har du vært med samarbeidet med psykologen(e)? N = 119

3.1.11 Psykologenes bidrag til styrket kvalitet og kompetanse

De fleste av respondentene (60 prosent) mener at psykologene i svært stor eller i stor grad har styrket kvalitet og kompetanse i de kommunale tjenestene. Tjue prosent mener de i noen grad har styrket kvalitet og kompetanse. Ti prosent av respondentene mer psykologene i liten grad har bidratt til styrket kvalitet og kompetanse, mens åtte prosent er usikre. De som hadde krysset av for at de selv var utdannet psykolog, fikk ikke dette spørsmålet.



Figur 15 I hvilken grad har psykologene styrket kvalitet og kompetanse i de kommunale tjenestene? n = 204.

Vi fulgte opp med et åpent spørsmål om *på hvilken måte* psykologene hadde bidratt, eventuelt ikke bidratt, til styrket kvalitet og kompetanse (basert på hvilken svarkategori respondentene svarte på spørsmålet over).

Positive bidrag til styrket kvalitet og kompetanse

Mange av de som svarte på undersøkelsen mener psykologene bidrar til å styrke det øvrige tjenestetilbudet gjennom veiledning av andre ansatte, og tilfører en faglig trygghet i tjenesten. Psykologen som "oversetter" i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og fastlegene, og i det interne tverrfaglige samarbeidet, er også nevnt av flere. Både i intervju og i skriftlige svar kom det fram at psykologene kompenserer for manglende veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Det tilfører en faglig trygghet og kompetanse som styrker det øvrige tjenestetilbudet. Samtidig så er det også et viktig bidrag inn mot samarbeidet til spesialisthelsetjenesten, og i grenseovergangene med ansvar og tilbud. Opplever at psykologen tilfører et samlende punkt også i det tverrfaglige samarbeidet; både på systemnivå, men også i den tverrfaglige samhandlingen i tjenesteutøvelsen overfor den enkelte pasienten. Som leder opplever jeg psykologens kompetanse som et viktig bidrag inn i arbeidet med strategiske planverk og kommunens folkehelsearbeid. (Sitat 1, utdannet fra høyskole/univ, uten videreutdanning)

Våre 3 psykologer arbeider alle med barn/unge og deres foreldre. Deres psykologiske kompetanse har styrket vår helhetlige tilnærming og økt forståelsen av hva vi skal kunne se etter og avdekke av skjevutvikling og hvordan forstå å kunne gi god hjelp. Kompetansen vedr. tilknytning har vært vesentlig. De har bidratt til økt fokus på foreldrefungering og hvordan styrke foreldrerollen. De har gitt gode undervisninger til andre grupper ansatte vedr. barns psykiske helse. De gir veiledning til ansatte i PPT, barnevern og helsestasjon. (Sitat 2, utdannet fra høyskole/univ, med videreutdanning)

Vi har en psykolog i vår nærhet som vi kan spørre til råds, han holder oss faglig oppdaterte og trygge. Tjenesten vår utvikles og blir bedre. Dette har jeg savnet for det har ikke vært lett å få slik støtte fra spesialisthelsetjenesten. (Sitat 3, uspesifisert utdanning)

Flere uttrykker at de setter pris på å ha få "en kliniker" ansatt i kommunen:

Ren psykologfaglig innsikt, vi er heldige som har ansatt en klinisk psykolog med høy faglig kompetanse. (Sitat 4, lege)

Psykologene har mulighet for å gå mer i dybden av problemene og ut ifra sitt faglige ståsted gjøre en kvalifisert vurdering av problemstillinger. Noen ganger avsluttes oppfølging, noen ganger resulterer dette i henvisning til spesialisthelsetjenesten. (Sitat 5, helsesøster/helsesykepleier)

Psykologen er et svært viktig tilskudd til kommunens arbeid med barn og ungdom. Stadig mer krevende saker gis avslag i spesialisthelsetjenesten, og må håndteres av kommunen. (Sitat 6, helse- og sosialfaglig utdanning uten videreutdanning)

En av respondentene påpeker at det tar tid for tjenestene å venne seg til å bruke psykologkompetansen riktig:

Psykologene har mye å bidra med i tverrfaglig arbeid. Å utnytte potensialet tar likevel litt tid, siden tjenestene må venne seg til å bruke denne kompetansen. Det kan lett bli slik at psykologen blir brukt bare som behandler, og inviteres mindre inn i tverrfaglig og rådgivende arbeid. (Sitat 7, lege)

Mens andre poengterer at personlig egnethet er vel så viktig som kompetanse, og at psykologen samarbeider på lik linje med andre ansatte i tjenesten. "Ujålete" og ydmyk framferd framheves også som positivt (og nødvendig), det hørte vi også et par av psykologene vi intervjuet selv poengtere:

Skaper robuste og gode tjenester, med en bred faglig kompetanse inn i den forebyggende tjeneste, i kommunen. Samarbeider på lik linje med de andre i tjenesten, uavhengig av profesjon. Personlig egnethet teller også inn, ikke bare kompetanse. (Sitat 8, utdanning fra høyskole/univ. uten videreutdanning)

Det er samspillet og arenaene for tverrfaglige drøftinger som styrker kvalitet og kompetanse - ikke psykologen alene. Psykologen har en viktig kompetanse for å komplettere bildet som det skal jobbes tverrfaglig med. (Sitat 9, utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Psykologen stiller andre spørsmål og får andre svar enn det vi andre faggruppene gjør. Har ikke med penger å gjøre, og det er også fordelaktig. Vi er heldige og har en psykolog som jobber med unge her som er ganske "ujålete" i hva hun foretar seg. Følger opp i jobbsøk og tiltak. Hun er også mer treffsikker i sine henvisninger. Kan også trygge oss på

hvilke saker vi bare må avvente, avgrensning ift vårt ansvar vs spesialisthelsetjenesten som er utfordrende å stå i. (Sitat 10, utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Når psykologene ikke har bidratt til styrket kvalitet og kompetanse

Det var helt klart en overvekt av svar fra de som mente at psykologene hadde bidratt til styrket kvalitet og kompetanse (124 innspill til sammen). Vi fikk 18 svar på det åpne spørsmålet fra de som mente psykologene i liten eller svært liten grad hadde bidratt til å øke kompetansen. Ti av svarene kom fra fastleger eller kommuneoverleger, noe som kan tyde på at fastlegene generelt har andre forventninger til psykologene, enn det lederne i psykisk helse- og rustjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har. Flere av innspillene handlet om at psykologen var for lite synlig, og ikke samarbeidet som forventet med øvrige tjenester. Det kom også et par innspill på at psykologene ikke anerkjente kompetansen til sine kolleger. Av de som ikke var fastleger, men hadde svart negativt, var det flere som ikke var ledere. Kanskje har dette sammenheng med at lederne som har svart på undersøkelsen, også er de som i størst grad har rekruttert psykologene, og derfor er mer positivt innstilt i utgangpunktet.

Vi har et godt system for det helhetlige og tverrfaglige arbeidet i vår kommune, og er hele tiden i utvikling, både på system og individnivå. Det har hittil vært lite initiativ og, medvirkning fra psykologen på de områder tjenestene har behov for kompetansen. Vi har imidlertid funnet et par områder som ser ut til å fungere noe. Fra mitt ståsted skulle jeg ønske at kommunepsykolog erkjenner kompetansen til kolleger, og setter seg inn i det kommunale systemet. Ønsker også å jobbe med andre ting enn det vi har prioritert behovet for, og mangler mye kunnskap på alle deler av forebyggende arbeid, bla.. (Sitat 11, uspesifisert utdanning)

Flere respondenter vektla at psykologen ikke prioriterte å gi "de syke" et tilbud, og at det var stor gjennomtrekk i psykologstillingene.

Jeg viser til mitt tidligere svar - det er løst fra helsetjenesten. Ikke samarbeid og det er ingen kommunikasjon- de som er syke blir ikke gitt tilbud. I den forstand jeg har latt meg informere er det stort gjennomtrekk i psykologstillingene og de behandler ikke de syke. (Sitat 12, lege)

En av fastlegene hadde opplevd lite forståelse for hva fastlegene gjør på psykisk helse- og rusfeltet, og ønsker seg flere psykologer knyttet opp mot fastlegetjenesten. Fastlegene hadde generelt flere innspill (også på

andre åpne spørsmål i skjema) i retning av at de ønsket mye nærmere samarbeid med psykologene – og da gjerne i retning av at de kunne avlaste fastlegene med behandling (kognitiv terapi o.l.) og henvisninger.

2 psykologer på 130.000 innbyggere/103 fastleger: et volumproblem. Kontakten må nødvendigvis bli svak. Lite rom for tverrfaglighet. Merkelig lite forståelse for hva fastlegene faktisk tar seg av innen feltet. (Noen pasienter melder om ikke så stor nytteverdi, faktisk/noe overraskende). Flere psykologer OG en sterk kobling mot et avgrenset antall fastleger ville ha vært mest potent, til gjensidig faglig styrking og god arbeidsfordeling. IKKE: «lavterskel»-opplegg, uten kobling til fastlegene. Stor fare for nye siloer om man ikke samordner dem som jobber i feltet. Psykologene kan bidra til å heve kvaliteten hos fastlegene, ved å treffes for generelle drøftinger, f.eks. i fastlegenes smågrupper. (Sitat 13, lege)

Fastlegen over får støtte fra en kollega:

Kommunale tilbud blir ofte "siloer" som ikke samarbeider på tvers. Vet det er ansatt psykologer i kommunen, forebyggende helsetjenester, men hører aldri noe fra dem (ingen PLO-meldinger eller telefoner). Viktig at man planlegger samarbeid med fastlegene som ofte følger pasienten livslangt og har mye å bidra med i samarbeidet. (Sitat 14, lege)

Det mest omfattende innspillet på dette spørsmålet kom fra en lege i en stor kommune på Østlandet, som var skuffet over psykologkompetansen – at den ikke brukes til selvstendige kliniske tilbud eller til å veilede annet personell i kommunen:

1) Som en stor overraskelse for oss, er psykologene i kommunen (individuelt og som gruppe) svært lite selvstendige som yrkesgruppe, lite selvsikre (både faglig og personlig) i behandling og oppfølging, har selv store behov for personlig og faglig oppfølging/styrking - og kan derfor i langt mindre grad enn ønsket bidra til faglig styrking av de øvrige tjenestene og tverrfagligheten. Vår erfaring er dessverre at psykologene fungerer best sammen med miljøpersonell og familieterapeuter - ikke sykepleiere, leger, annet helsepersonell eller ledere i tjenestene som ville hatt behov for tverrfaglighet. Denne tverrfagligheten hentes derfor eksternt hos DPS - på tross av at kommunen har flere psykologer ansatt. 2) Den eneste kvaliteten eller kompetansen som ønskes fra kommunene, er den samme som fra alle andre yrkesgrupper: faglighet, evne til levere og evne til å ta faglige avgjørelser. Når ikke disse faktorene er til stede, oppleves dette som

en belastning på øvrige ansatte - som da, på tross av "kommunal satsning på ansettelse av psykolog" likevel ikke blir avlastet som forutsatt. Slik satsningen er i dag, vurderer jeg dette som en flopp - av to grunner. 1. Fordi psykologkompetansen ikke blir brukt optimalt, ved at denne verken brukes som kompetansebyggende tiltak og veiledning for de øvrige tverrfaglige gruppene, og ei heller har ordinær og strukturert behandlende praksis - men benyttes mer ad-hoc og "teambasert" men uten behandlingsmål eller mål i det hele tatt... 2. Psykologsatsningen har ikke gitt økt behandlingsskapasitet for det kommunale helseapparatet/primærhelsetjenestene, og dermed ikke på noe ordinært nivå er tilgjengelig for befolkningen slik det (av mange) ble forutsatt. Kvaliteter som ønskes av kommunen er selvstendig klinisk kompetanse når det kommer til behandling av psykisk sykdom. Min kommune vurderer nå i stedet for psykolog å forsøke å rekruttere psykiater (legespesialist)... (Sitat 15, lege)

3.1.12 Hvilke brukergrupper får ikke dekket behovet for tjenester?

Mot slutten av skjemaet stilte vi et åpent spørsmål som gjaldt hvilke brukergrupper som ikke får dekket behovet sitt for psykisk helse- og rustjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og hvorfor. Det kom inn 358 svar på spørsmålet. Det er særlig fire grupper som skiller seg ut med utdekkede behov: ungdom/unge voksne, rusmiddelavhengige, de alvorligst psykisk syke og eldre.

Ungdomsgruppa har dårligst tilbud. Grunnen er i hovedsak de statlige føringene knyttet til tilskuddsordninger, redusert sengekapasitet i rusvernet, og planlagte dagbøter for utskrivningsklare pasienter innen rus/psykiatri. Dette virkemiddelet dreier praksis og ressursbruk vekk fra forebygging og inn mot voksne med kommunale behov. (Sitat 1, lege)

De med alvorlige og langvarige ROP-lidelser. Ikke ressurser nok til oppsøkende/ambulant virksomhet, manglende psykologkompetanse på det området, og ikke god nok samhandling med 2.linje på området. Vil imidlertid bemerke at samarbeidet med andre kommunale tjenester er svært godt på det området! (Sitat 2, uspesifisert utdanning)

Velger å svare på hvilke grupper som kunne ha nytte av psykologenes faglige kompetanse. Vi har minimalt med psykologer knyttet til tjenester mot de personene som har de alvorligste psykisk helse/rusproblemer. Vi har ingen psykologer knyttet til tjenester mot utviklingshemmede som har stor andel psykiske problemer og vi har ingen psykologer knyttet til tjenester til de eldre. (Sitat 3, lege)

Eldre. Får ikke innpass i sykehjem eller tiltak med høyt omsorgsnivå pga. at det hersker en holdning som går på at dette er en krevende pas-gruppe og at "vi" ikke har "kompetanse" til å håndtere dette. Barn. Mye positivt på gang her, men bl.a. er barneverntjenesten ikke godt nok bemannet, og den har ikke god nok kompetanse til å ivareta komplekse saker godt nok. Voksne i sårbare overganger. Kommunen har f. eks. ikke tilbud tuftet på rammer forenlig med f. eks. behov når brukeren kommer tilbake til kommunen etter endt rusbehandling Kommunen har ikke korttidsplasser/ døgnbemannede tiltak som tar sikte på avklaring av behov etter innleggelse i psykiatrisk sykehus. slike innleggelser foregår nå ofte i høyt tempo, og lite data som kan være til hjelp i kommunen avklares under slike akutttopphold. (Sitat 4, lege)

Utfordringer med å plassere hovedansvar i noen saker for barn og unge (mellom helsestasjon og psyk.helsetjeneste). For lite kompetanse på kartlegging av rus, samt fragmentert rusbehandling for voksne. Psykisk helsearbeid for eldre er i utvikling, men min erfaring er at ensomhet og sviktende somatisk helse (bl.a.) utløser psykiske vansker som det bør jobbes bedre med å behandle og forebygge. (Sitat 5, annen høyskole/univ. utdanning med videreutdanning)

Det er også flere som nevner traumeproblematikk som en brukergruppe som ikke får sine behov dekket i kommunen, og da særlig knyttet til flyktninger:

Det er særlig flyktninger som kunne hatt behov for oppfølging ifht traumeproblematikk, men også et lavterskeltilbud for barn/unge som sliter psykisk. (Sitat 6, uspesifisert utdanning)

En av respondentene ønsker normaliseringsfokus blant unge for å hindre at alt blir "psykisk sykdom", mens andre til mer effektiv bruk av fagressurser i framtiden, der man må unngå reparasjonstenkning med individbasert psykologbehandling som satsingsområde:

Jeg tror vi heller burde satse på breddetiltak overfor hele gruppen av barn og unge med normalisering av lette og moderate plager. Tilbud om psykologhjelp til enkeltpersoner kan være med å sementere noe som er lettere plager til å bli "psykisk sykdom". Men det er klart behov for tiltak overfor store grupper av ungdom. (Sitat 7, lege)

Kapasitetsproblemer, stor økning i etterspørsel utan økte økonomiske rammer. Fagressurser må brukes meir rasjonelt i fremtiden, større fokus på forebygging/folkehelseiltak, rask kortvarig intervensjon og gruppebasert mestringstilnærming og tidlig identifisering. Unngå reparasjonstenkning med individbasert psykologbehandling som satsingsområde. (Sitat 8, lege)

Det var også ansatte i kommunen som ønsket lavterskeltjenester til de med lettere/moderate utfordringer (Rask psykisk helsehjelp var nevnt av flere), samt ambulerende team med bemanning hele døgnet. Flere nevnte at det var etterspørsel etter tjenester ut over ordinær åpningstid i lavterskeltiltakene:

Lavterskeltjenester inkl. rask psykisk helsehjelp, vedtaksbaserte tjenester inkl. FACT, aktivitetssenter med gruppebehandling, samt ambulant team 24/7. (Sitat 9, psykolog)

Svært få har nevnt den pågående opptrappingsplanen på rusfeltet, men en av respondentene forteller at de har hatt vekst på dette feltet:

Vi har på tredje året hatt prosjektmidler fra staten til å satse på rusfeltet. Vi når bredt og har hatt en svært god utvikling. Brukerplan er gjennomført siden 2013, og vi kan vise til en stor vekst i tilbudet. (Sitat 10, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Et tema som kom opp på tvers av svarene på åpne spørsmål var det økte presset på primærhelsetjenesten etter Samhandlingsreformen, der de får ansvar for moderate til alvorlig syke brukere med omfattende atferdsproblematikk, som de ikke føler har ressurser til å håndtere (fører til ventelisteproblematikk i kommunen).

Små sårbare fagmiljø som ikkje har ressurser nok pr. i dag til å løyse utfordringane. Samhandlingsreforma har ført til stadig auke i oppgåveroverføringa frå spesialisthelsetenesta. Brukarar med alvorlege psykiske og/ruslidingar med omfattande atferdproblem gir store utfordringar for ei lita kommune. Stor auke, omlag ei dobling, i tilvisingar frå fastlegar og spesialisthelsetenesta i hovudforløp 2. Dette er ikkje tenesta dimensjonert for og vi opplever ventelister på opp til 6 mnd. (Sitat 11, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Kommunens avstand til nærmeste spesialisthelsetilbud er også nevnt som en faktor som har betydning for tilbudet til de med alvorlige lidelser.

Kommunen er ikke sentralt plassert. Lang vei til spesialisthelsetjenester. Dette påvirker den reelle tilgjengeligheten for disse tjenestene. Har du store psykiske vansker eller alvorlige rusvansker er det å reise langt for å få psykologbehandling krevende. Lokalt tilsatt psykolog kan ivareta dette i noen grad. Men stillingen kan ikke bare benyttes til behandling. Vi ser det som viktig å sikre blikket på kompetanseheving, veiledning og forebyggende arbeid i tillegg. Så det er en utfordring å sikre brukergruppene spesialistbehandlingen de har rett på. Vi har et bra utbygget lokalt tilbud, men jobber med å videreutvikle aktivitetstilbud og oppfølging i bolig for de med rusvansker spesielt. (Sitat 12, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Men også psykologens preferanser eller stillingsinstruks kan ha betydning for hvilke brukergrupper som prioriteres:

Vi bruker psykologen som fagansvarlig for Rask psykisk helsehjelp. Dessverre ønsker ikke psykologen å arbeide med alvorlige psykiske lidelser, slik at vi føler vi ikke får benyttet kompetansen fullt ut. (Sitat 13, uspesifisert utdanning)

3.1.13 For hvilke arbeidsområder er det/hadde det vært nyttig med psykologkompetanse?

Vi hadde også inkludert et åpent spørsmål om for hvilke arbeidsområder det er eller hadde vært (avhengig av om de har psykolog ansatt eller ikke), nyttig å ha psykologkompetanse tilgjengelig i psykisk helse- og rustjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her hadde 385 respondenter besvart spørsmålet, og behovene virker å spenne vidt. Behovene vil f.eks. variere med befolkningsgrunnlag, geografi, nærhet til, og samhandling med, spesialisthelsetjeneste (og DPS) og hvilken kompetanse som finnes i de kommunale tjenestene fra før.

Fra en respondent som jobber i en kommune uten psykolog, kom et ønske om tjenesteutvikling, veiledning av andre yrkesgrupper og påvirkning av beslutningstakere i kommunen:

Vi har hatt bruk for psykolog i fag- og tjenesteutvikling. Psykologkompetansen burde blitt benyttet til systematisk veiledning av personalgrupper som jobber med psykisk helse og rus for voksne i kommunen. Psykologkompetansen kunne blitt aktivt brukt for å utvikle sekundærforebyggende tiltak til innbyggere med milde og moderate psykisk helse/rus problemer, for eksempel forankre lavterskeltjenester som Rask Psykisk Helsehjelp.

Psykologkompetanse burde vært synlig og samlokalisert med psykisk helse og rustjenesten kommunen og vært synlig for ansatte. Dette kunne hevet den faglige kompetansen. Psykologen burde hatt erfaring og kompetanse i organisasjonspsykologi og lokale forhold. Tjenesten kunne med psykologkompetanse ha en større faglig tyngde ved påvirkning til beslutningstakere i kommune for fokus på psykiske problemer og rus. (Sitat 1, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Mange av tilbakemeldingene går på at psykologen må brukes i kompetansehevende tiltak og veiledning, heller enn som individualterapeut:

Egentlig ikke så nyttig for kommunene, etter erfaring med dette over tid. Burde kunne nyttiggjøres mer dersom psykolog ble satt til kompetansehevende tiltak og veiledning for andre yrkesgrupper. Som behandlende psykolog (og da i all hovedsak i "team", fordi psykologer sjelden ønsker ene-ansvar ved behandling og oppsøkende virksomhet i kommunene) er dette svært dårlig anvendte skattepenger i forhold til gevinsten for storsamfunnet... (Sitat 2, lege)

Følgende innspill kom fra en psykolog som selv jobber på systemnivå med blant annet veiledning:

Jeg jobber på systemnivå med psykologfaglig kvalitetssikring av det arbeidet kommunen gjør med barn og unge, særlig tverrfaglig samarbeid. Det har vært svært nyttig å få inn en stilling som har dette fokuset. Videre tilbyr jeg prosess og psykologfaglig veiledning til ansatte i enheten, dette har det vært stort behov for. Spesielt forebyggende helse (helsestasjonene og skolehelsetjenesten) har hatt et stort behov for å få veiledning fra noen med kompetanse innen psykologi. (Sitat 3, psykolog)

En av respondentene mente at psykologkompetansen måtte handle om samhandling om problemstillinger for barn og unge, mens rus- og psykisk helsetjenesten for voksne i større grad burde samarbeide med andrelinjetjenesten om veiledning.

Hvis en må prioritere: Det er viktig å komme tidlig inn, så jeg mener at en psykolog i kommunen bør i første omgang samhandle tett med alle som jobber med barn og ungdom. Være veileder for helsestasjon, barnehageansatte og skole. Slik kan en raskere gi hjelp og sortere ut alvorlighetsgraden i saker som bekymrer hjelpeapparatet. Tjenesten rus-og psykiatri trenger også veiledning, men her er det mulig å få til godt samarbeid med

2.linjetjenesten. (Sitat 4, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Fastlegene etterlyser typisk psykologer som kan drive en liten poliklinikk i kommunen, og det er også andre ansatte som ønsker psykologer i lavterskeltilbud som skal drive individuell behandling og kompensere for avviste henvisninger i spesialisthelsetjenesten. Å bruke psykologen til sorteringsarbeid og vurderinger er også hyppig nevnt:

Både barn og voksne trenger psykologbehandling som de kan få raskt - dvs. et lavterskeltilbud - dette mangler fullstendig i dag. Brukere blir henvist til kommunal psykisk helse som ikke har behandler tilgjengelig - brukere får ikke den hjelpen de skal ha. (Sitat 5, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

Differensialdiagnostiske vurderinger. Vurderinger av rett nivå for hjelp, ved inntak/oppstart. Behandling med diverse innfallsvinkler. Kunnskap om normalpsykologi og utviklingspsykologi, samt samspill foreldre barn som utviklingsstøtte. (Sitat 6, psykologspesialist)

3.1.14 Åpne innspill

Helt til slutt i skjemaet åpnet vi for frie innspill til evalueringen: "Hvis du har andre innspill eller kommentarer som gjelder tema berørt i spørsmålene over, tilskuddsordningen til rekruttering av psykologer i kommunen, eller hva som skal til for å få til mer helhetlig og tverrfaglig arbeid i psykisk helse- og rusarbeid; bruk gjerne kommentarfeltet under." Det kom inn kommentarer fra 207 respondenter.

Mange har benyttet anledningen til å understreke viktigheten av tilskuddsmidlene for rekruttering. Flere skriver at psykologer kan bli nedprioritert i kommunene uten en tilskuddsordning. Noen nevnte interkommunalt samarbeid med deling av kostnader som en god løsning for å lykkes med rekruttering, og mange av innleggene nevnte godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten som svært viktig. En av respondentene skriver at tjenesten ikke har fått gehør for å søke midler til psykolog fordi kommunen må dekke så mye selv:

Sårbar når tilskotet kommunen eventuelt kan få første år må finansiere så mykje sjølve. Vi har ikkje fått gehør for midlar til dette formålet. Ved å kunne vise til resultat i ei prosjektperiode er det lettare å nå fram om å gjere om stilling til fast. Dette har vi god

*erfaring med og fått igjennom før i vår avdeling, men då avhengig av å vise til resultat.
(Sitat 2, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. uten videreutdanning)*

Når kommunen får tilskudd til prosjektstillinger men tanke på varig økning i bemanning og kompetanse må disse midlene øremerkes til akkurat det det prosjektet gjelder. Hvis man søker tilskudd til psykolog innen rus og psykisk helse må de øremerkede midlene nettopp være øremerkede til psykologstilling psykisk helse og rus. Det holder ikke at man øremerker midler til psykisk helse og rus. De midlene går inn der ledelsen mener de har behov for å øke kompetansen. Resultatet blir da at prosjekt psykolog i psykisk helse og rus eller annet prosjekt man har fått tilskudd til må avsluttes når tilskuddsårene er over fordi man ikke har fått økte ressurser til avdelingen. Dette opplever vi nå i fht andre prosjekt innen forebygging av rusmiddelproblem blant unge i avdeling psykisk helse og rus. Vi bygger opp en periode og må bygge ned når prosjektperioden er over fordi varige tilskuddsmidler blir brukt i andre avdelinger istedenfor der prosjektet ble subsidiert. (Sitat 3, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. uten videreutdanning)

Flere av innspillene handlet om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og økonomiske insentiver, der noen kommuner i en region "mistenker" at spesialisthelsetjenesten, som bygger ned selv, initierer nærmere samarbeid for å spare penger, og kommunene derfor er skeptiske. Sitatet synliggjør "silo-tenkningen" og hvordan finansiering av tjenestene er med på å bidra til å hindre samarbeid.

NN-kommunane har fått tilbod frå BUP NN om eit nærare samarbeid med felles psykologar BUP og kommunehelsetenesta. Kommunane er skeptiske til dette, då spesialisthelsetenesta er inne i nedskjeringsprosessar, og kommunane er redde at tilbodet om samordning er økonomisk initiert. Uansett er det viktig med tydelege strukturar når det gjeld roller og ansvar. Kommunane har allereie overteke mange oppgåver frå andrelinetenesta, og ønskjer no å byggje opp ei psykologteneste på eigne, faglege premissar. (Sitat 4, annen høyskole/univ. utdanning med videreutdanning)

En av fastlegene som svarte på undersøkelsen, mener at "fastpsykolog" ikke er veien å gå. Vedkommende er redd for å bli mindre involvert i egne pasienter, og mener kommunen må prioritere det forebyggende arbeidet:

*Kommunen har pr i dag lovpålagt medisinskfagleg kompetanse gjennom kommunelegen.
Rett bruk av denne kompetansen spesielt i det førebyggjande arbeidet er viktigare enn å*

lappe på det som er dårleg no med å invitere inn fleire uten å avklare organisatorisk forankring og arbeidsområde. Bruk av kommunepsykolog som "fastpsykolog" vil også bidra til auka fragmentering av 1.linjetenesta og gjer fastlegen dårlegare istand til å gjer sin jobb best mogleg - denne er avhengig av oversikt og involvering over tid med pasientane sine. Ein god fastlegeteneste er det mest ressursparande tiltaket i helsevesenet (med unntak av enno meir førebygging) - tilbod som undergrev dette (velmeint eller ei) er feil veg. Utfordringane i dagens fastlegeteneste vert heller ikkje løyst med å ta viktige oppgåver ifrå fastlegen - løysingar er betre og meir tilgjengeleg hjelp for fastlegen - og ved psykiske vanskar handlar dette om gode lokale psyk.tenester og tilgjengeleg 2.linje. Kommunen på si side må bruke eksisterande helsefaglege ressursar betre ift førebygging. (Sitat 5, lege)

En annen fastlege uttrykte også skepsis til psykologtilbudet i sin kommune, og mente det var lite synlig, hadde for lav kapasitet og var mest til for de ressurssterke brukerne:

Jeg synes kommunepsykolog som et eget tilbud løsrevet fra legetjenesten og uten samarbeid, ikke krav til klinisk kompetanse er ganske utrolig spill av penger og er svært provoserende når vi ser at de psykisk syke som er vurdert for psykolog beh må vente uten å få behandling. Det at vi som behandlere, vurderer de syke ikke har kommunikasjon med dette dyre tilbudet er svært lite tillitsvekkende for et velfungerende kommunalt helsevesen laget for samarbeid til beste for de som trenger hjelp. Dette er et tilbud for de resurssterke som finner frem i et god skjult tilbud. (Sitat 6, lege)

Et annet tema som flere benyttet sjansen til å skrive noe om, var samspillet mellom psykologene og de øvrige fagene og kompetansene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Flere skriver at psykologene må anerkjenne den kompetansen som er der fra før når de blir ansatt. En av respondentene påpeker at psykologer i kommunen ikke kan "redde verden" uten at de samarbeider med eksisterende kompetanse, mens en annen hadde fokus på at man må jobbe seg bort fra yrkeshierarkiet:

Jeg er litt bekymret for at helsedirektoratet ikke anerkjenner kompetansen rundt om i kommunene. Kommunepsykologer kan ikke "redde verden" uten at de spiller på lag med allerede eksisterende kompetanse i kommunene. Synes de mangler helhetsbilde og systemnivåtenking, selv om det er der psykologer ofte sier de vil være. (Sitat 5, uspesifisert utdanning)

Det er viktig å jobbe bort fra yrkeshierarki og ha fokus på viktigheten av at alles bidrag er viktig og likeverdig. Forskningen viser at yrke eller utdanning har omtrent ingenting å si ift om man får hjulpet folk. Det er viktig å heller ha fokus på det vi vet har noe å si ift resultater. Med dette mener jeg ikke å nedgradere viktigheten av psykologer. De har mye bra kompetanse som trengs for at brukere kan få det bedre og er en viktig del av tverrfaglighet i tjenesten vår. (Sitat 7, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

En annen respondent er inne på det samme, og synes veiledere og søknadsskjemaet til tilskuddsordningen legger opp til at psykologene alene skal "fikse alt", i kontrast til det tverrfaglige fokuset i psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

Psykologen må ha definerte oppgaver og tydelig plassering i en kommuneorganisasjon. Det bør tas tak i kulturforskjeller mellom psykologprofesjonen og kommunalt psykisk helsearbeid. Jeg opplever at kommunalt rus- og psyk helsearbeid preges av ønske om tverrfaglig tenkning og lite "ekspert-roller", ref hva som blir formidlet i videreutdanning/master i psyk helsearbeid. Dette skiller seg fra profesjonsutdannelsen har jeg inntrykk av. Jeg anser ikke psykologen som en generell kunnskapsleverandør til kommunen, det tror jeg ikke er mulig for noen profesjon å være. Veiledere og søknadssjema til tilskuddsordningen opplever jeg derimot at gir inntrykk av at psykologen kan "fikse" alt innen psyk helse og rus. Alle hovedforløp, og alle forebyggings- og behandlingsnivå. Dette syns jeg henspiller på en diskurs som ikke vektlegger "helhetlig og tverrfaglig arbeid". For å få til bedre utnyttelse av psykologkompetansen og bedre samhandling tror jeg dette er viktig ha litt fokus på dette. (Sitat 8, annen utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

En annen respondent mener det er viktig å se psykologkompetansen som et supplement til de øvrige profesjonene, ikke "det eneste saliggjørende":

Utfordringen vil bli å få rekruttert psykologer med erfaring når dette blir et formalkrav fra 2020. Anser andre høyskolegrupper minst like relevante og kompetente, i dette feltet, og da særlig med relevant erfaring. Psykologspesialister er en mangelvare generelt, og psykologer med kommunal erfaring er ikke å oppdrive. Psykologkompetansen må sidestilles andre med helse- og sosialfaglig utdanning i tverrfaglige team, og må ikke bli

"det eneste saliggjørende". Psykologkompetansen blir et viktig supplement til de øvrige profesjonene i tverrfaglig oppfølgingsteam/tjenester. (Sitat 9, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. uten videreutdanning)

Flere var også inne på dette med psykologen som støttespiller for andre ansatte, en stilling som gir "tverrfaglig gevinst":

Det gir større sikkerhet i arbeidet - man kan konferere med psykologen og komme videre med en vanskelig sak. Jeg opplever også at psykologens inntreden har løftet nivået på arbeidet her ved at personalet opplever å få påfyll og støtte, noe som jeg tror gir økt selvtillit, og større evne til å gjennomføre de ulike oppgavene. Kolleger er i større grad i stand til å realisere sitt potensiale når de opplever en økt faglig "ryggdekning". Min opplevelse er at denne effekten ikke begrenser seg til en bestemt faggruppe, og at det således er en tverrfaglig gevinst vi her snakker om. (Sitat 10, helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/univ. med videreutdanning)

En lege vektlegger systemarbeid framfor individualsamtaler for å sørge for en bærekraftig utvikling (denne holdningen var sjelden å se blant legene som svarte):

Frykter en utvikling der en økende etterspørsel etter psykisk helsehjelp blir møtt med krav om psykologsamtaler i stedet for at det blir fokusert på befolkningsrettede forebyggende tiltak. Psykologer bør bidra meir på system enn på individnivå dersom vi skal få en bærekraftig utvikling. (Sitat 11, lege).

En av psykologene som besvarte undersøkelsen understreker viktigheten av å ha veiledningskompetanse, noe vi som evaluator er enige i når vi ser tilbakemeldingene som har kommet fra feltet generelt:

(...) Jeg har også utdanning som gruppeanalytiker og får meget god bruk for kunnskap om grupper, både til forståelse av de organisatoriske prosessene, systemforståelse og til utvikling av nye og mer gruppebaserte tjenester i kommunen. Det er også nyttig mht at de fleste veilednings oppdrag foregår i større tverrfaglige grupper. Dette utgjør en viktig del av mine ukentlige arbeidsoppgaver. Og veiledningskompetanse er i seg selv viktig, om vi skal gjøre nytte for oss. Undervisning er også etterspurt fra psykologene og en viktig del av arbeidet vårt i vår kommune. Psykologgruppen er nå også etterspurt ifht utvikling av et større program for folkehelse i kommunen, og flere av oss sitter i en arbeidsgruppe for

*å jobbe frem et opplegg som skal rette seg inn mot skolene og omhandler styrking av
selvfølelse og livskvalitet hos de unge. (Sitat 12, psykolog)*

Som nevnt innledningsvis i dette delkapitlet, er potensialet for bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten noe som nevnes av mange av respondentene – særlig i forhold til at dette kan være med på å gi psykologene i kommunen et større fagnettverk blant andre psykologer. Noen har også skrevet at spesialisthelsetjenesten må bli mer desentralisert, og være mer tilgjengelige der brukerne bor i kommunen. Både i de åpne innspillene og fra intervju med psykologer kom det eksempler på psykologstillinger som, med hell, er delt mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste (50/50), og dette tenker vi er en modell som i større grad bør prøves ut der det er hensiktsmessig og praktisk gjennomførbart. Det er tenkelig at det å gi én og samme psykolog to hatter kan gi økt forståelse og samarbeid mellom de to tjenestenivåene, og sørge for en samordning av prioritering/sortering av brukere og pasienter.

3.2 Spørreundersøkelse rettet mot brukere (16 år og eldre) av kommunale tjenester innenfor psykisk helse, rus, vold og overgrep

De fleste forskere som har drevet med samfunnsvitenskapelige spørreundersøkelser over en lengre tidsperiode har opplevd at det blir stadig vanskeligere å få folk til å svare. Hver enkelt av oss bombarderes daglig med forespørsler om å svare på diverse fornøydhetsmål det gjelder seg både tjenester vi har brukt og nettsider vi har besøkt. Det å skulle gjennomføre brukerundersøkelser på nasjonalt nivå i kommunale tjenester er krevende. Hvis man skal oppnå representative utvalg må det legges betydelige ressurser i å kartlegge karakteristika ved brukerne i et utvalg av representative kommuner, for så å finne metoder for å nå direkte ut til brukerne med forespørsel om deltakelse og utfylling av skjema. Man kunne for eksempel alliere seg med kommuneledelsen i et representativt utvalg kommuner (innenfor hver KOSTRA-gruppe for eksempel) og kjøre en tilsvarende brukerundersøkelse som KOMHELSE 2018, men der hver kommune får spesifikk tilbakemelding på sine resultater. En slik tilnærming vil kreve betydelig mer ressurser enn denne devalueringen har hatt tilgjengelig, men ville sannsynligvis motivert (ev. pålagt) de ansatte å engasjere seg i å spre informasjon om undersøkelsen. Et annet alternativ er å benytte Bruker-Spør-Bruker eller liknende intervjumetoder, i et representativt utvalg kommuner stratifisert på ulike typer brukerkarakteristika.

3.2.1 Tidligere forskning på brukererfaringer med psykiske helsetjenester

To norske forskere har nylig gjennomført en litteraturgjennomgang av internasjonale oversiktsartikler som omhandler brukererfaringer med psykiske helsetjenester (Pettersen og Lofthus, 2018). Hensikten var å oppsummere funn i litteraturen som undersøker brukernes preferanser og forventninger til behandling i psykisk helsetjeneste. Etter nøye gjennomgang omfatter artikkelen åtte oversiktsartikler som til sammen dekker 130 enkeltstudier på temaet. Enkeltstudiene viser at det i hovedsak er gjort forskning på personer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse. Artikkelen diskuterer også konsekvensene av at institusjonsbehandlingen i psykisk helsevern er bygget ned (færre sengeplasser og kortere behandlingsopphold), nytt lovverk for tvang, innsatsstyrt finansiering og pakkeforløp i psykisk helse. Pettersen og Lofthus (2018) konkluderer med at uavhengig av kontekst, forskningsdesign og brukergrupper, så viser forskningslitteraturen at brukere av psykiske helsetjenester vektlegger autonomi i behandlingen og gode relasjoner til behandlere over tid. I hovedsak foretrakk brukerne spesialiserte tjenester ved akutt sykdom, mens lokalbaserte tjenester ble foretrukket ved langvarige sykdomstilstander. Det ble videre påpekt at psykiske helsetjenester i større grad bør dra nytte av brukererfaringer ved å ansette flere med egen erfaring med psykisk lidelse i tjenestene, legge bedre til rette for brukerstyrte innleggelser og samvalg, og

sørge for kontinuitet og sammenheng mellom tjenestenivåene. Samtidig må man sørge for at økte krav til brukermedvirkning ikke blir en ekstra tilleggsbelastning for dem som sliter mest (Pettersen og Lofthus, 2018).

3.2.2 Respons

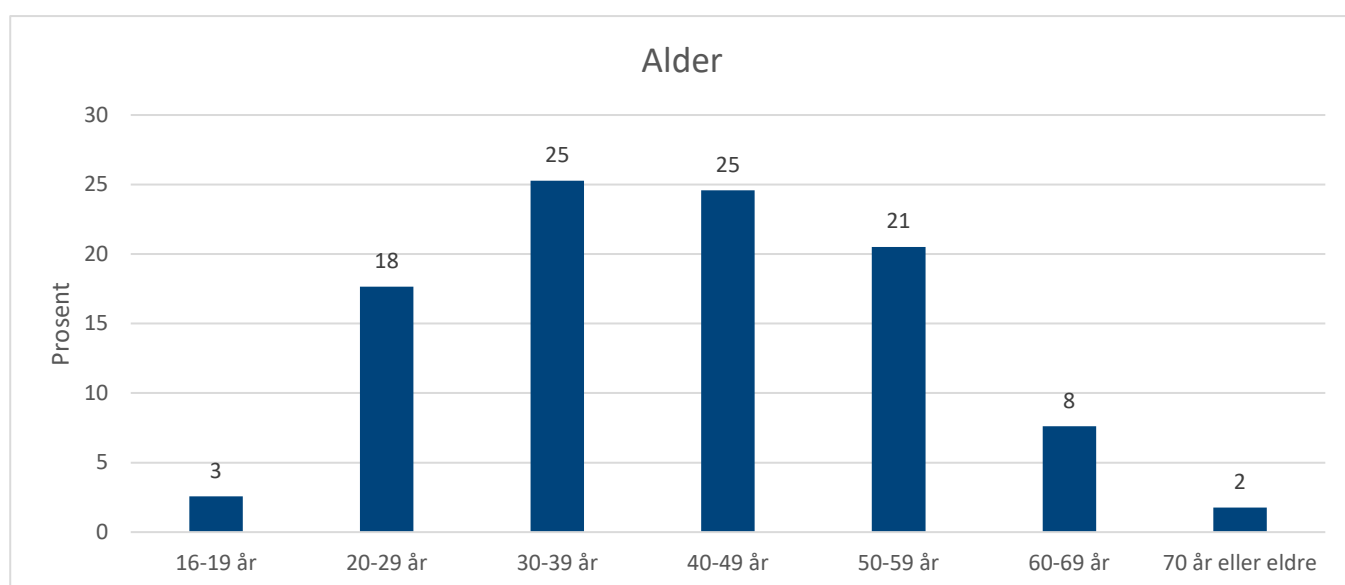
Til tross for at vi vet at mange ansatte gjorde en stor innsats i sin kommune for å spre informasjon om KOMHELSE 2018, fikk vi i brukerundersøkelsen blant de over 16 år svar fra kun 740 brukere. Nøyaktige tall på hvor mange brukere som finnes i disse tjenestene per i dag finnes det ikke offisiell statistikk på, og en eksakt responsrate er derfor vanskelig å estimere. Undersøkelsene gjort i BrukerPlan (www.brukerplan.no) utgjør det mest relevante sammenlikningsgrunnlaget vi har for denne undersøkelsen, selv om disse brukerne mest sannsynlig er mer alvorlig syke enn de som har svart på vår undersøkelse. Tall fra BrukerPlan gjennomført i 2017⁹ viste at per 1000 innbyggere hadde kommunene som deltok i BrukerPlan 6,8 mottakere med rusproblemer og 10,5 mottakere med kun psykiske helseproblemer (Hustvedt et al. 2018). Det vil si at det på utsendelsestidspunktet for vår undersøkelse fantes flere titalls tusen potensielle respondenter til undersøkelsen, og at 740 svar i så måte er svært lite.

Professor Ottar Hellevik skrev i 2015 en artikkel om hvordan responsraten på denne type spørreundersøkelser har vært fallende de siste årene, men argumenterer for at lave svarprosenten ikke nødvendigvis fører til skjeve resultater (Hellevik, 2015). Som i andre spørreundersøkelser som retter seg mot pasienter og brukere, må man regne med at de aller mest sårbare, og sykeste, gruppene ikke har hatt ressurser eller ork til å svare på undersøkelsen. Utvalget vårt er sannsynligvis skjevfordelt i retning av de mest ressurssterke blant brukerne, dette avspeiles blant annet i utdanningsnivået, der en relativt høy andel av respondentene våre har høyskole/universitetsutdanning og bor i selveide boliger. Siden skjemaet bare ble sendt ut på norsk, er innvandrerbefolkningen og flyktninger underrepresentert. Dette må vi ha *in mente* når vi tolker resultatene. Samtidig er det slik at kommunene nå i større grad enn tidligere tilbyr lavterskeltiltak som kan oppsøkes av alle, og det vil være naturlig at de får flere høyt utdannede og ressurssterke brukere som finner fram til tjenestene. Det er også slik at BrukerPlan vil dekke en litt annen, og mer alvorlig syk, målgruppe, slik at resultatene fra BrukerPlan og KOMHELSE 2018 kanskje kan utfylle hverandre på noen punkter. Litt over 80 av de 740 svarene vi mottok var fylt ut på papirskjema, noe som viser at det fortsatt er viktig å kunne tilby undersøkelser på papir i denne gruppen.

⁹ <https://brukerplan.no/BrukerPlanÅrsrapport2017%20Digital.pdf>

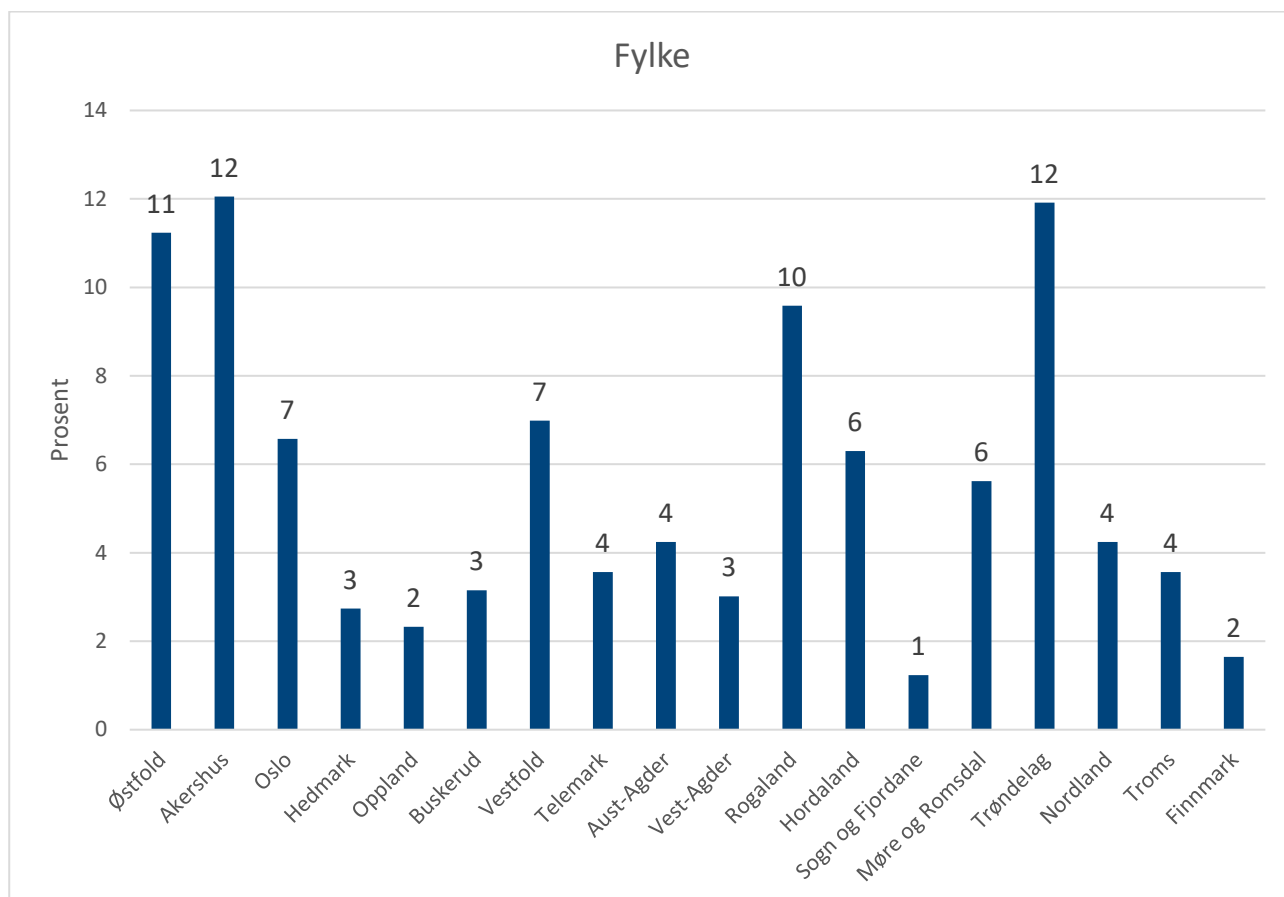
3.2.3 Demografi, boforhold og arbeidsmarkedstilknytning

Hele 79 prosent av de som har besvart undersøkelsen var kvinner. I BrukerPlan for 2017 var kjønnsfordelingen blant tjenestemottakere med rusproblemer 30 % kvinner, mens blant de med psykiske helseproblemer var fordelingen 62 % kvinner. Hvorfor vår undersøkelse i så stor grad har rekruttert kvinner, er vanskelig å svare på. Ser vi på aldersfordelingen ligger omtrent halvparten av respondentene i intervallet 30-49 år, omtrent én femtedel i hhv. 20-29 år og 50-59 år, mens det er færre blant de aller yngste og aller eldste. Fordelingen stemmer godt med aldersfordelingen i BrukerPlan.



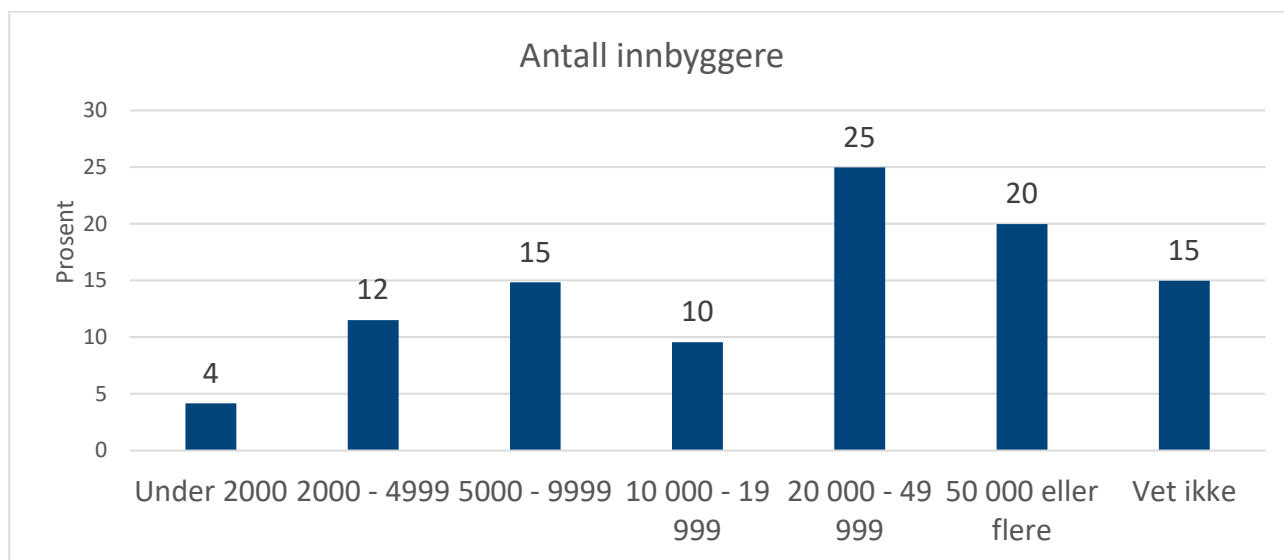
Figur 16 Aldersfordeling blant brukerne som har besvart undersøkelsen. N = 736.

Vi hadde ikke anledning til å spørre respondentene om hvilken kommune de bor i, men fylkesoversikten viser at det er store geografiske forskjeller i deltakelsen. Bare én prosent av respondentene var fra Sogn og Fjordane, mens Akershus og Trøndelag har høyest andel med tolv prosent hver. Også Østfold og Rogaland ligger høyt.



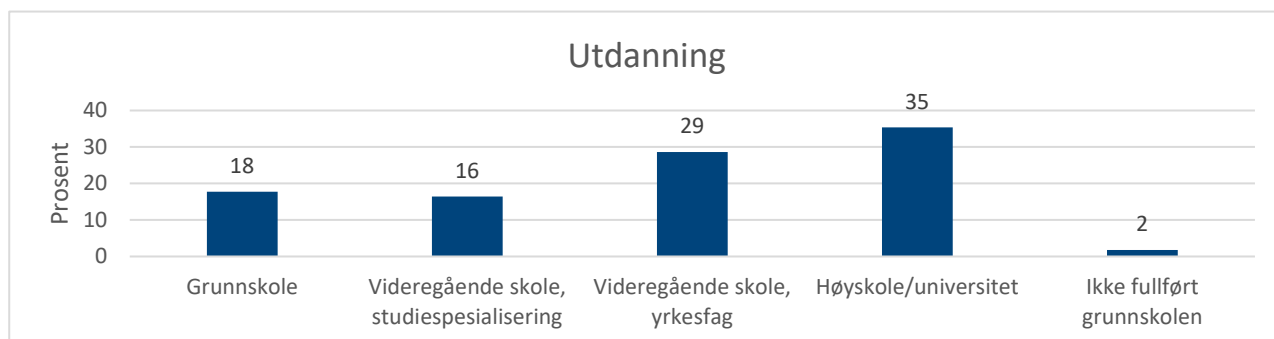
Figur 17 Fylkesfordeling av svar på brukerundersøkelsen. N = 730.

Når vi ser på kommunestørrelse kommer nær halvparten av respondentene fra store kommuner med over 20 000 innbyggere. 16 prosent kommer fra kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere. Det kan være greit å ha med seg i tolkningen av resultatene at litt over halvparten av de som har svart, har svart for kommuner med over 10 000 innbyggere.



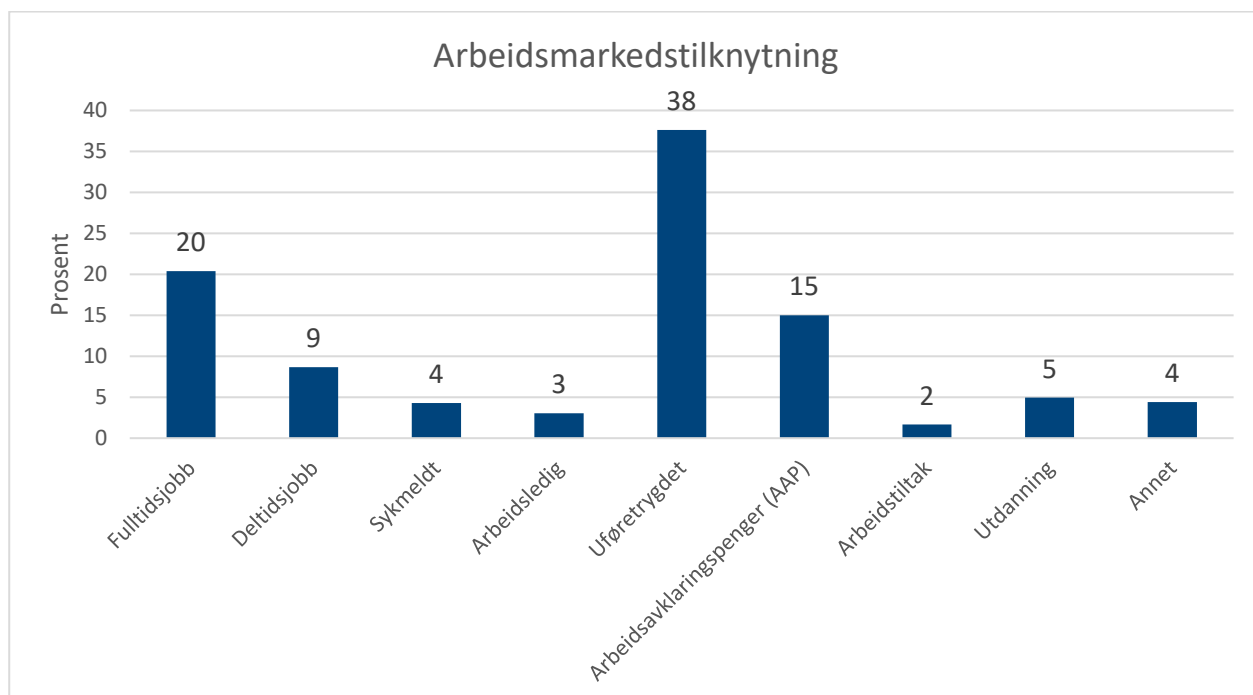
Figur 18 Hvor mange innbyggere er det i kommunen du bor i? N = 721.

Hele 35 prosent av respondentene har høyskole eller universitetsutdanning som sin høyest fullførte utdanning. Kun 18 prosent har kun grunnskoleutdanning, noe som forteller oss at det er relativt ressurssterke folk som har besvart vår undersøkelse.

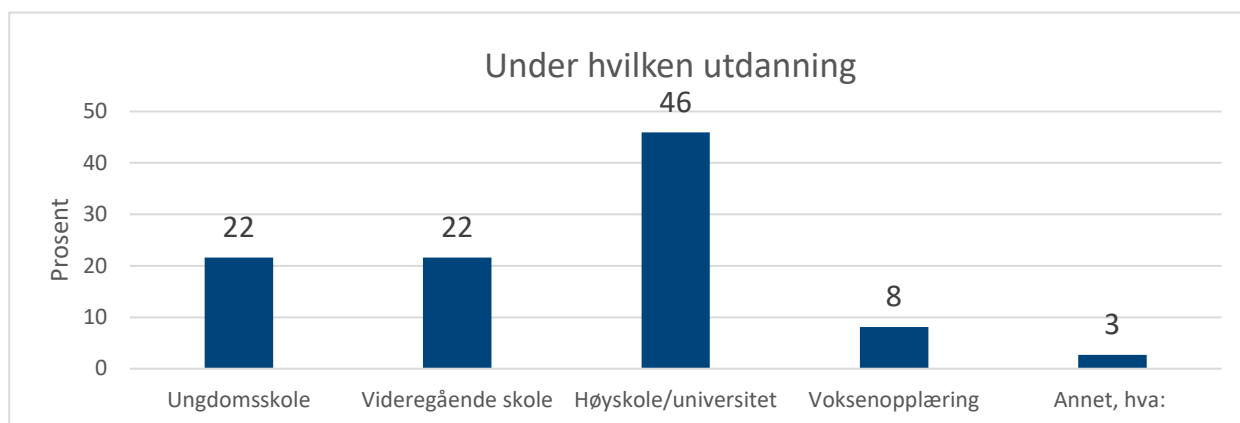


Figur 19 Hva er din høyest fullførte utdanning? N = 723.

Vi spurte også om arbeidsmarkedstilknytning, hva de gjør til daglig. Her er det nær 30 prosent som har fulltids- eller deltidsjobb, 15 prosent er på AAP mens 38 prosent er uføretrygdet. Fem prosent svarer at de er under utdanning, og 17 av de 37 (46 prosent) som var under utdanning oppgir at de tar høyskole eller universitetsutdanning.

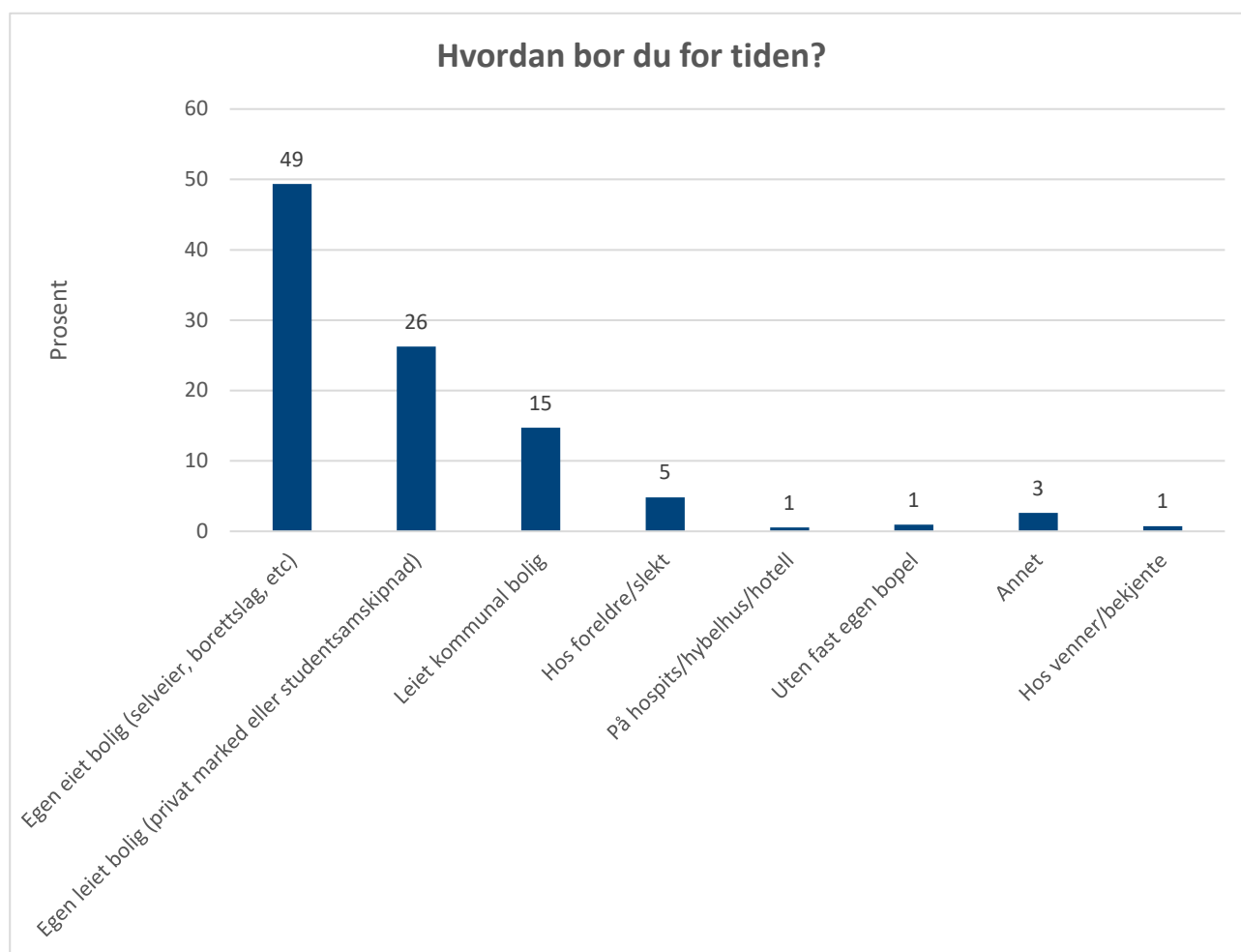


Figur 20 Hva gjør du til daglig? (Kryss av for det alternativet som passer best, kun ett kryss). N = 726.



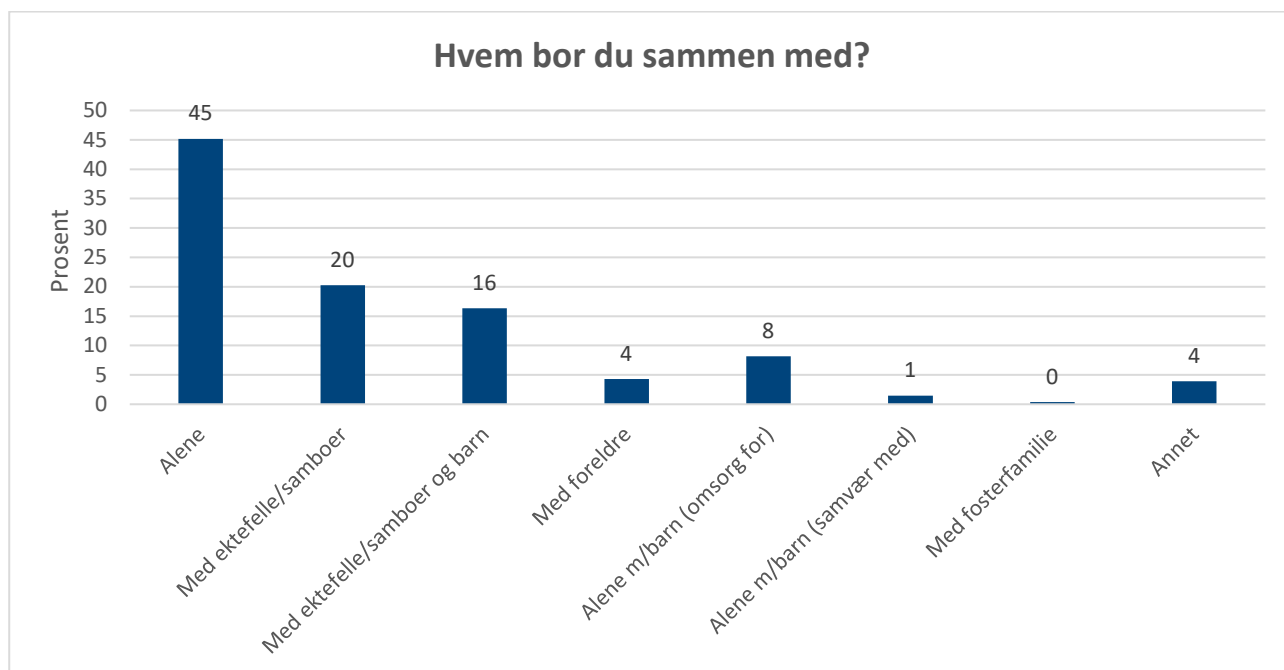
Figur 21 De som krysset av for at de var under utdanning, fikk spørsmål om hvilken type utdanning. N = 37.

Halvparten av respondentene bor i egen eiet bolig, mens 26 prosent leier privat. 15 prosent leier kommunal bolig. Dette forteller oss igjen at det er en relativt ressurssterk gruppe som har valgt å svare på vår brukerundersøkelse.



Figur 22 Hvordan bor du for tiden? (Kryss av for bare ett alternativ). N = 537.

Vi undersøkte også hvem respondentene bor sammen med, og nær halvparten bor alene (45 %), mens 36 prosent bor med samboer, hvorav 16 % også med barn. Åtte prosent av utvalget bor alene med omsorg for barn. De aller fleste (60 %) er singel, mens 20 prosent er gift.



Figur 23 Hvem bor du sammen med? (Kryss av for bare ett alternativ). N = 538.

3.2.4 Hvilke kommunale tjenester har brukerne svart for?

I møte med helsevesenet er det ikke nødvendigvis slik at brukere og pasienter er så bevisste på om de har fått tjenester fra spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og i alle fall ikke hvilken type kommunal tjeneste (eller enhet) de har fått hjelp fra. Dette er en av årsakene til at vi valgte å gå bredt ut i vår brukerundersøkelse, og lot den favne alle typer kommunale tjenester som kan tilby tiltak innenfor psykisk helse, rus, vold, overgrep og traumer. Vi ville også at brukerne skulle ha en spesifikk tjeneste i tankene når de svarte på våre spørsmål, slik at de ikke vekslet mellom inntrykk fra ulike typer kommunale tjenester i sine svar. Nærmere bestemt ba vi dem om å tenke på den tjenesten de sist var i kontakt med på grunn av psykisk helse- og/eller rusproblematikk, vold, overgrep eller traumeproblematikk.

Vi ba respondentene om å ikke regne med fastlegetjenester, selv om fastlegene er svært viktige hjelpere i primærhelsetjenesten for denne målgruppen. Årsaken til at vi utelot det her, er at de fleste av oss besøker fastlegen såpass ofte at det sannsynligvis ville blitt veldig mange svar som gjaldt fastlegetjenesten, og ikke de øvrige kommunale tjenestene. Respondentene fikk følgende introduksjon til spørsmålet om hvilken kommunal tjeneste de har svart for:

Nå kommer noen spørsmål om erfaringene dine med den kommunale tjenesten du sist var i kontakt med på grunn av psykisk helse- og/eller rusproblematikk, vold, overgrep eller traumeproblematikk. Det kan hende du har erfaring med mange forskjellige

helsetjenester i kommunen, men vi ønsker at du hele tiden tenker på dine opplevelser med den tjenesten du sist var i kontakt med, når du svarer på resten av undersøkelsen. Besøk hos fastlegen skal ikke regnes med her.

I løpet av spørreskjemaet ble respondentene minnet ofte på at de skulle tenke på den spesifikke tjenesten de sist var i kontakt med på grunn av sine utfordringer med psykisk helse, rus, vold, overgrep eller traumeproblematikk. I tabellen under presenteres fordelingen av type kommunal tjeneste brukerne svarte for. Hele 37 prosent har svart om sine erfaringer med kommunale lavterskeltilbud rettet mot målgruppen. 13 prosent har svart om erfaringer fra dagsenter, aktivitetstilbud eller møtested, 8 prosent har svart om tjenester fra ruskonsulent (utenom LAR).

Tabell 2 Hvilken type kommunal tjeneste var du sist i kontakt med på grunn av psykisk helse – og/eller rusproblematikk, vold/overgrep eller traumer? (Dette er tjenesten du skal ha i tankene gjennom resten av denne spørreundersøkelsen, sett kun ett kryss). N = 652.

Tjeneste	Andel	Antall
Lavterskeltilbud (helsetjeneste i kommunen som du kunne oppsøke uten å betale, eller stå på venteliste)	37	244
Dagsenter/aktivitetstilbud/møtested	13	82
Ruskonsulent (i kommunen eller hos NAV, men ikke i forbindelse med LAR)	8	52
Annet	7	46
Oppfølging i bolig (men ikke fast hjemmetjeneste)	7	45
Oppsøkende team/utekontakt i kommunehelsetjenesten	6	37
Hjemmetjenester	5	35
Helsestasjon- og skolehelsetjeneste (inkl. helsestasjon for ungdom, helsesøster)	4	23
Barnevern	3	21
Oppfølging i forbindelse med Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	3	19
Pedagogisk-psykologisk tjeneste i skolen (PPT)	2	12
Krisesenter	2	12
Familiesenter/Familiens hus/andre tjenester for barn og unge	2	11
Kriseteam i kommunen	2	10
Flyktningetjenesten	0	2
Døgninstitusjon for rusrehabilitering	0	1
Total	100	652

Hvilket lavterskeltilbud mottok brukerne?

De som krysset av for at de hadde fått hjelp fra et lavterskeltilbud, ble spurt om hvilken type lavterskeltilbude hadde benyttet seg av. Majoriteten (70 %) hadde vært i samtale med en ansatt i kommunens psykisk helse- og rusenhet. Ti prosent av brukerne hadde fått hjelp via Rask psykisk helsehjelp (RPH). De øvrige hadde

benyttet aktivitetstilbud/møtesteder (7 %), lavterskeltilbud for rusavhengige (5 %) og gruppetilbud (3%). Annet-kategorien (6 %) er beskrevet under tabellen under.

Tabell 3 Hvilken type lavterskeltilbud mottok du? Kryss av for det alternativet som passer aller best (kun ett kryss).

	Antall	Andel (%)
Samtale med en ansatt i kommunens psykisk helse- og rusenhet	172	70
Deltok på gruppetilbud ved kommunens psykisk helse- og rusenhet	7	3
Rask psykisk helsehjelp (RPH)	24	10
Lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige (sprøyterom, sprøyteutdeling m.m.)	11	5
Aktivitetstilbud/møtested	16	7
Annet*	14	6
Total	244	100

*Annet-kategorien inneholdt svar som angstgruppe, eksponeringsterapi, sosialiseringshjelp, Blå Kors, Ung Arena og andre typer spesifikke navn på tiltak.

3.2.5 Hvordan kom brukerne i kontakt med tjenesten?

Vi var interessert i å vite hvordan brukere av psykisk helse- og rustjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har kommet i kontakt med tjenesten, og også her skulle de svare spesifikt for den tjenesten de hadde mottatt hjelp fra sist. Her var det 27 prosent som fant fram informasjon om tjenesten selv, og tok kontakt med tjenesten selv. Nest flest fikk tips om tjenesten fra en annen helsetjeneste, og tok kontakt selv. Totalt har altså 42 prosent av de 625 som besvarte dette spørsmålet oppsøkt tjenesten selv. Hvis vi skal sammenlikne med konkrete tall fra en kommune som har publisert tall på hvor henvendelsene til kommunen kommer fra (Stange kommunes årsrapport for 2017¹⁰), er dette ganske sammenliknbart. I Stange var 39 prosent av henvendelsene fra folk som tok kontakt selv.

Tabell 4 Hvordan kom du i kontakt med denne tjenesten? (Her mener vi den kommunale helsetjenesten du sist var i kontakt med for dine helseproblemer, og som du skal ha i tankene når du svarer på denne spørreundersøkelsen. Sett kun ett kryss.). N = 625.

Kontakttype	Antall	Andel
Jeg fant informasjon om tjenesten selv og tok kontakt på eget initiativ	169	27
Jeg fikk tips om tjenesten fra en annen helsetjeneste, og tok kontakt selv	91	15
Mine pårørende tok kontakt for meg	69	11
Fastlegen sendte en henvisning til denne kommunale tjenesten	69	11
Sykehuset sendte en henvisning til denne kommunale tjenesten	66	11

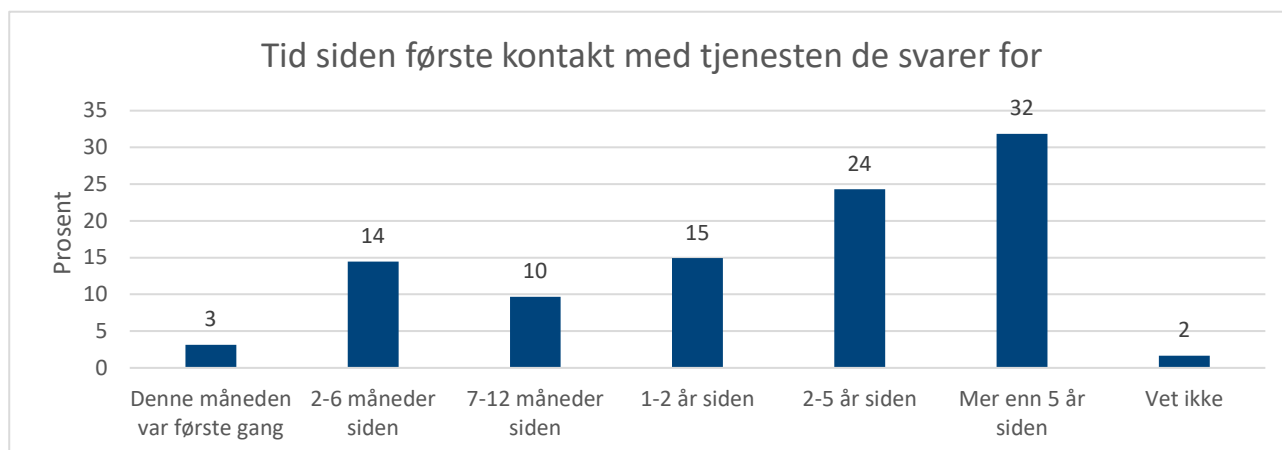
¹⁰ <https://www.stange.kommune.no/stangehjelpa/stangehjelpa-arsrapport-2017-article43858-5702.html>

NAV gav meg informasjon om tjenesten	48	8
Jeg var i kontakt med en annen kommunal tjeneste som henviste meg	35	6
Skolehelsetjenesten henviste meg	28	4
Annet*	23	4
Vet ikke	20	3
Venner og bekjente tipset meg	7	1
Total	625	100

*Under "Annet"-kategorien hadde mange av brukerne skrevet inn hvem som hadde henvist dem; typisk DPS, helsesøster (helsesykepleier)/jordmor, BUP, legevakt, fastlege, politiet, PPT, LAR osv.

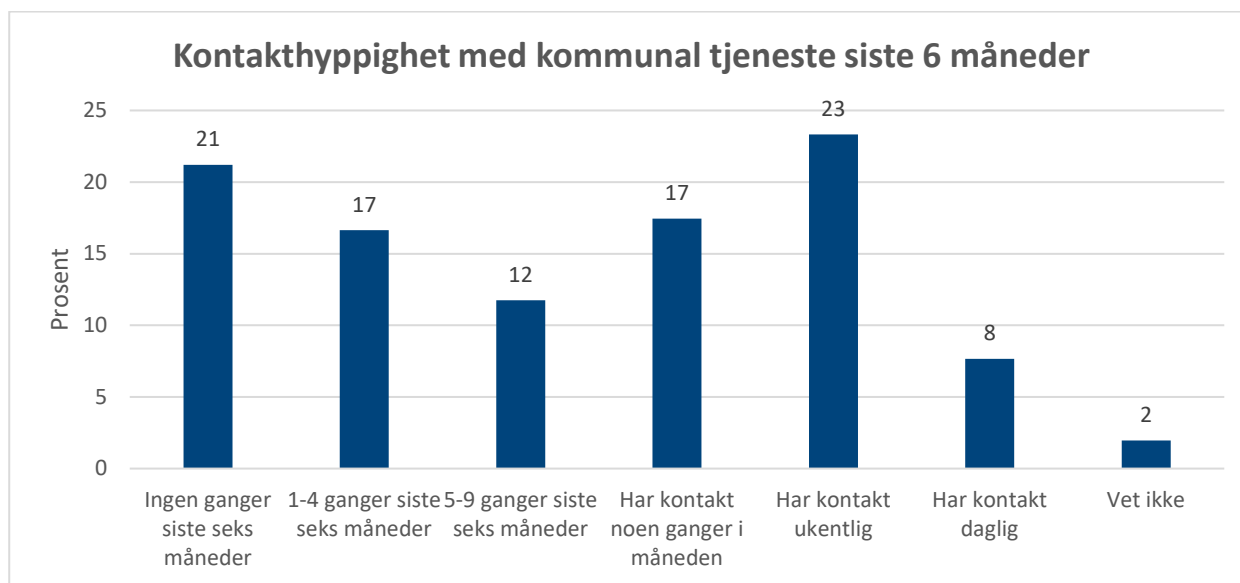
3.2.6 Hvor lenge og hvor ofte har brukerne hatt kontakt med tjenesten?

Vi spurte videre om hvor lenge siden det var at vedkommende fikk kontakt med den tjenesten de valgte å svare for. Svarene viste at over halvparten (56 %) hadde hatt kontakt med tjenesten for første gang for mer enn to år siden (32 % for mer enn 5 år siden). 17 % av utvalget hadde fått kontakt i løpet av det siste halvåret, 27 % hadde fått kontakt i løpet av det siste året, mens 15 % hadde fått kontakt for 1-2 år siden.



Figur 24 Hvor lenge siden er det du fikk kontakt med denne tjenesten i kommunen for første gang? (Sett kun ett kryss, her mener vi den kommunale tjenesten du sist var i kontakt med for dine helseproblemer, og som du skal ha i tankene når du svarer på spørreundersøkelsen). N = 609.

Selv om mange av respondentene har hatt kontakt med tjenesten relativt lenge, måtte vi også vite noe om kontakthypighet for å kunne si noe om faktisk tidsmessig erfaring med tjenestene. Her viste det seg at i løpet av de siste seks månedene hadde nær én tredjedel (31 %) kontakt med tjenesten daglig (8%) eller ukentlig (23 %). 17 % hadde kontakt noen ganger i måneden (dvs. at nær halvparten av utvalget hadde kontakt minst månedlig siste seks måneder). En av fem respondenter hadde ikke hatt kontakt med tjenesten siste seks måneder, på det tidspunktet de besvarte undersøkelsen.



Figur 25 Hvor ofte har du vært i kontakt med den tjenesten du svarer for i løpet av de siste 6 månedene? (Ikke regn med besøk hos fastlegen). N = 613.

3.2.7 Årsak til kontakt med tjenesten

Når det gjaldt årsaker til at brukerne tok kontakt med tjenestene, handlet det om psykiske utfordringer eller lidelser for halvparten av utvalget. Rusproblemer og lidelser var nest hyppigste årsak med 12 prosent, mens det å ha begge deler (rus- og psykiske helseutfordringer) gjaldt 11 prosent av de drøyt 600 som besvarte dette spørsmålet. Det er også verdt å merke seg at 46 av respondentene (8 %) var i kontakt med disse tjenestene på grunn av annen avhengighetsproblematikk (pengespill, dataspill mv.).

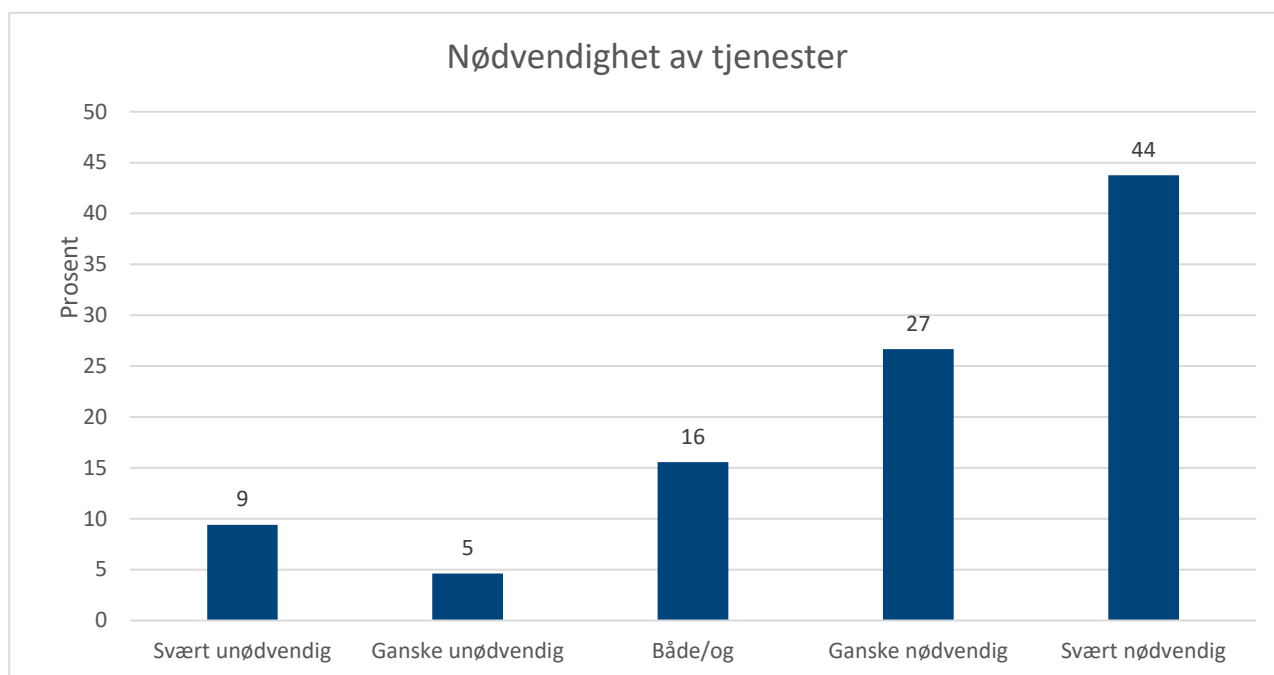
Tabell 5 Hva var hovedårsaken til at du fikk kontakt med denne tjenesten i kommunen? Sett ett kryss for det alternativet som passer aller best. (Her mener vi den kommunale tjenesten du sist var i kontakt med, og som du skal ha i tankene når du svarer på denne spørreundersøkelsen. Sett kun ett kryss). N = 605.

Utfordring	Antall	Andel
Psykiske utfordringer/lidelser	298	49
Rusproblemer/ruslidelser	72	12
Både rusproblemer/ruslidelser og psykiske utfordringer/lidelser	64	11
Annen avhengighetsproblematikk enn rus (pengespill, dataspill osv.)	46	8
Søvnproblemer	32	5
Kroppslige plager som går ut over psykisk helse	27	4
Vold-, overgrep- og/eller traumeproblematikk	22	4
Negativ livshendelse (f.eks. dødsfall i familien, skilsmisse, sorgreaksjon mv.)	20	3
Økonomiske problemer som har ført til helseproblemer	9	1
Familiekonflikt eller annen problematikk knyttet til familie eller pårørende	5	1
Foreldreveiledning	3	0

Utfordringer på skolen	3	0
Annet	2	0
Arbeidskonflikt/problemer på arbeidsplassen	1	0
Omsorgssvikt	1	0
Total	605	100

3.2.8 Nødvendigheten av tjenesten

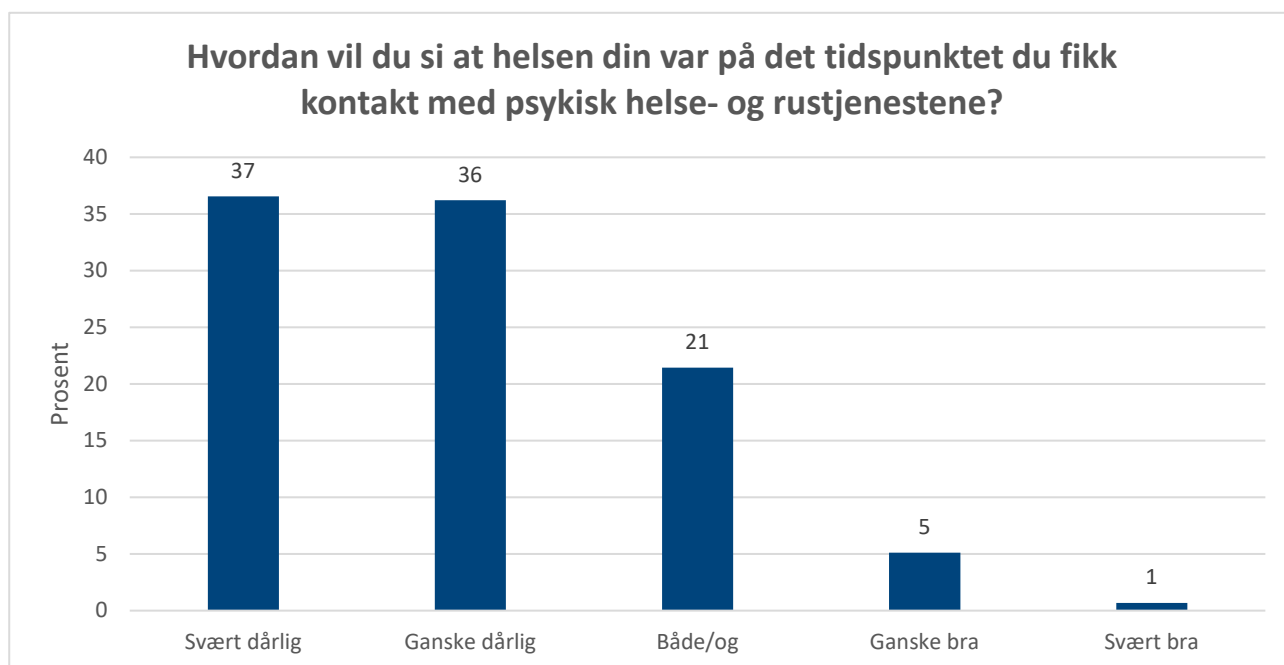
Vi lurte på om respondentene våre opplevde at det nødvendig eller unødvendig at de skulle få tjenester fra psykisk helse- og rustjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene på det tidspunktet de først fikk kontakt med tjenesten. Hele 44 prosent opplevde det som svært nødvendig, mens 27 prosent svarte "ganske nødvendig". 14 prosent svarte at de opplevde det som "ganske unødvendig" (5 %) eller "svært unødvendig" (9 %), mens 16 prosent var litt usikker (både/og).



Figur 26 Første gang du fikk kontakt med psykisk helse- og rustjenestene i kommunen, opplevde du at det var nødvendig eller unødvendig at du skulle få tjenester fra dem? N = 585.

3.2.9 Helsestatus

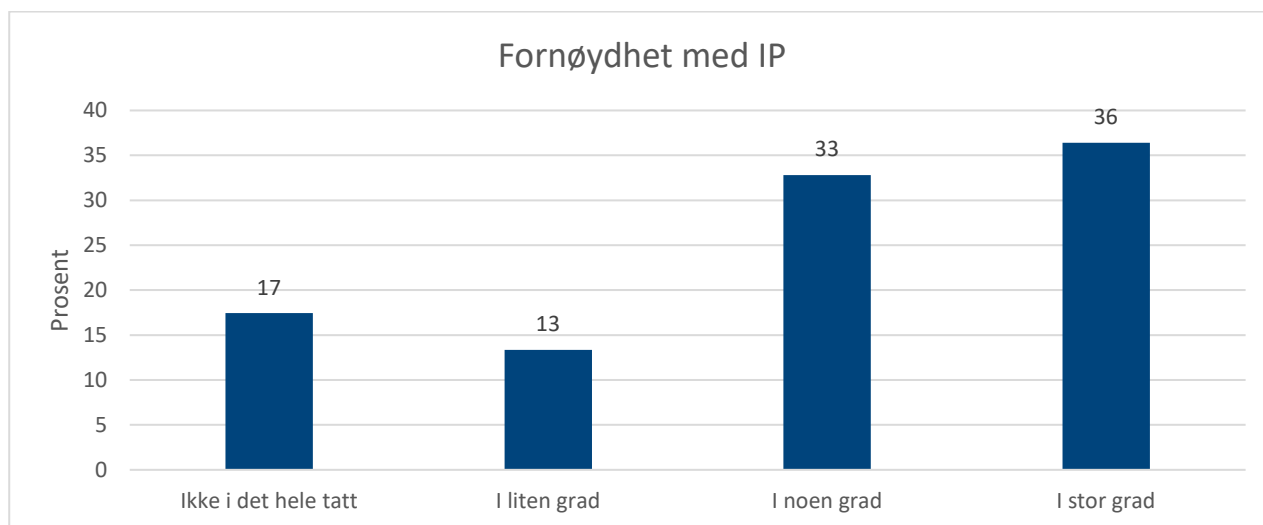
På spørsmål om hvordan de vil si at helsen deres var på det tidspunktet de fikk kontakt med psykisk helse- og rustjenestene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, svarer 73 prosent at de var svært dårlige (37 %) eller ganske dårlige (36 %). Fem prosent følte seg ganske bra, mens én prosent følte seg svært bra. Det kan være naturlig å tenke at de som svarer relaterer situasjonen sin på tidspunktet for første kontakt med nåsituasjonen – og at de som sier de var svært dårlige har blitt bedre, mens de som sier at de hadde en grei helsetilstand har blitt dårligere, men vi kan ikke vite det sikkert, gitt spørsmålsformuleringen. Det kommer flere spørsmål senere som handler om bedring.



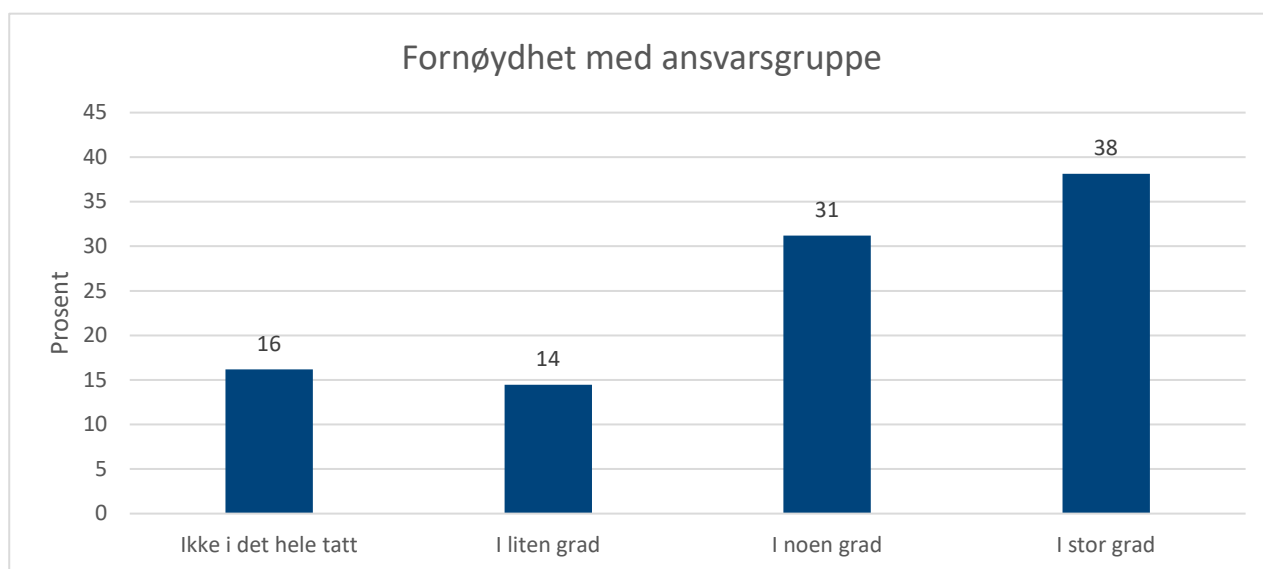
Figur 27 Hvordan vil du si at helsen din var på det tidspunktet du fikk kontakt med psykisk helse- og rustjenestene? N = 588.

3.2.10 Fornøydhet med individuell plan og ansvarsgruppe

På spørsmål om individuell plan (IP) og ansvarsgruppe, er det 66 prosent av respondentene som svarer at de ikke har IP, mens 36 prosent av de 195 som har IP, svarer at de i stor grad er fornøyd med den. 30 prosent er i liten grad, eller ikke i det hele tatt, fornøyd med den individuelle planen. Tilsvarende svarer 38 prosent av de 173 respondentene med ansvarsgruppe at de i stor grad er fornøyd med den, og også her svarer 30 prosent at de er misfornøyd. 70 prosent av respondentene som besvarte spørsmålet hadde ikke ansvarsgruppe. Det var med andre ord svært like resultater når det gjelder fornøydhet med IP og ansvarsgruppe.



Figur 28 Hvis du har en individuell plan, er du fornøyd med denne? N = 195 (som har IP).



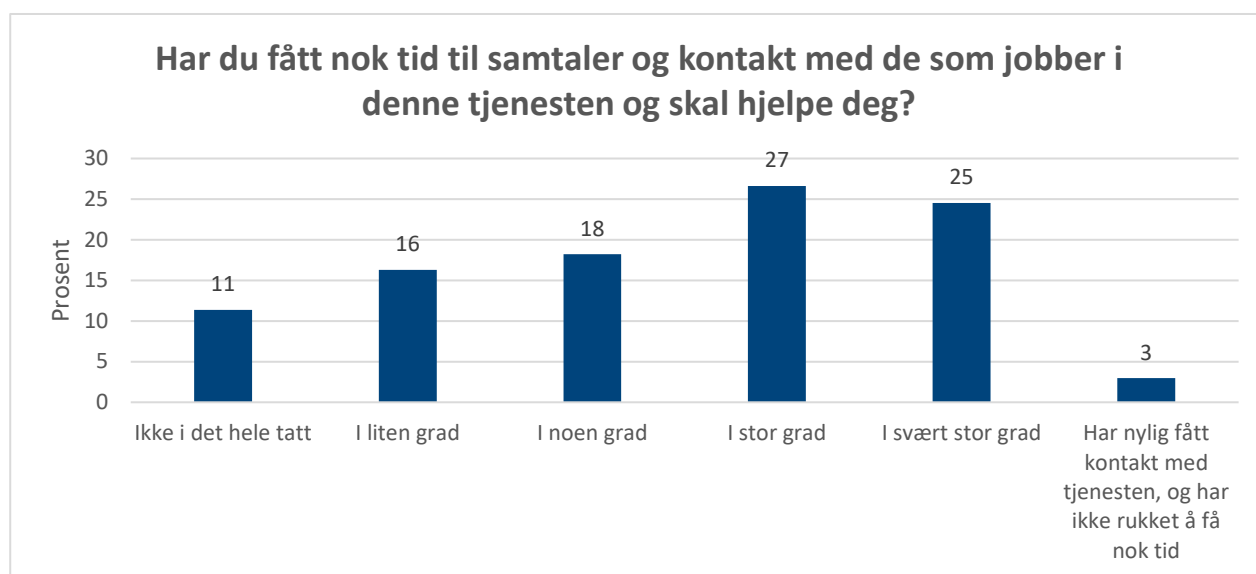
Figur 29 Hvis du har en ansvarsgruppe, er du fornøyd med denne? N = 173 (som har ansvarsgruppe).

3.2.11 Tid til samtaler og forståelse for brukerens situasjon

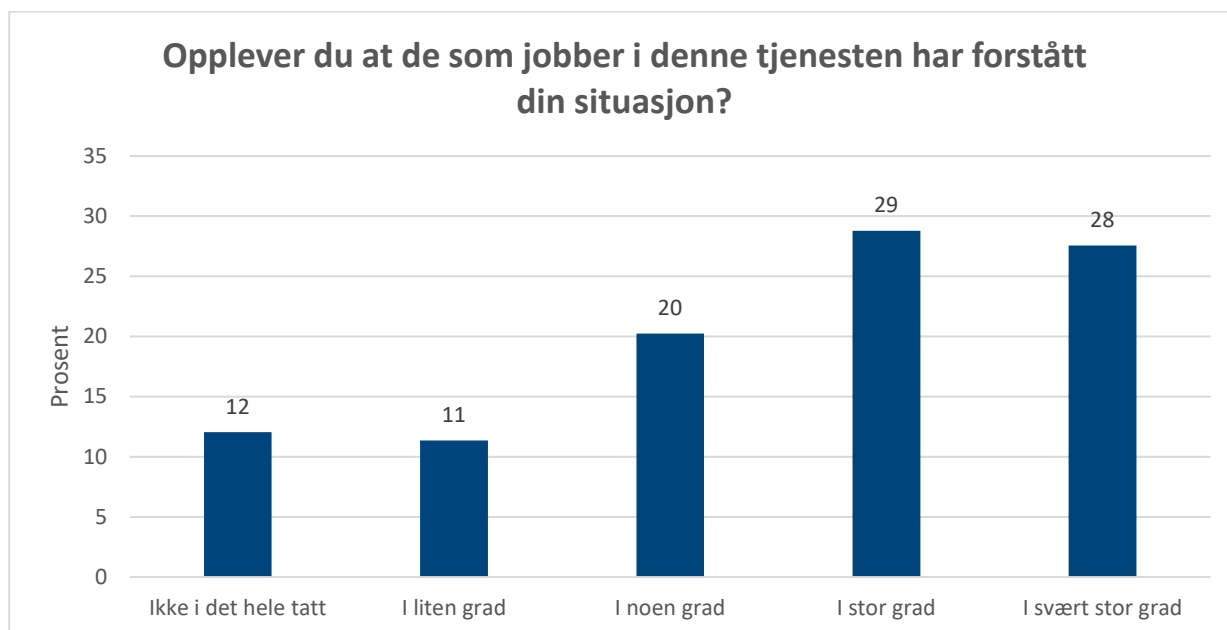
Vi spurte videre om de som hadde fått tjenester opplevde at de hadde fått nok tid til samtaler og kontakt med de som jobber i tjenesten, og om de opplevde å få forståelse for sin situasjon. Her fikk brukerne følgende ledetekst før spørsmålene:

Tenk på de som jobber i den kommunale tjenesten du sist mottok hjelp for dine utfordringer med psykisk helse- og/eller rusmiddelbruk, vold, overgrep eller traumeproblematikk når de skulle besvare spørsmålene i neste del av skjema.

De aller fleste (52 %) opplever at de har fått nok tid til samtaler og kontakt med de som jobber i tjenesten, men det er også så mange som 27 prosent av de som har svart som i liten grad, eller ikke i det hele tatt, opplever at de har fått nok tid og kontakt. Likeledes er det 23 prosent av respondentene som svarer at de ikke opplever at de som jobber i tjenesten har forstått deres situasjon, mens 57 prosent sier at de i stor eller svært stor grad har forstått situasjonen. Oppsummert kan vi si at de aller fleste av brukerne opplevde å få både nok tid til samtaler og kontakt og forståelse for situasjonen sin av de som jobber i tjenestene.



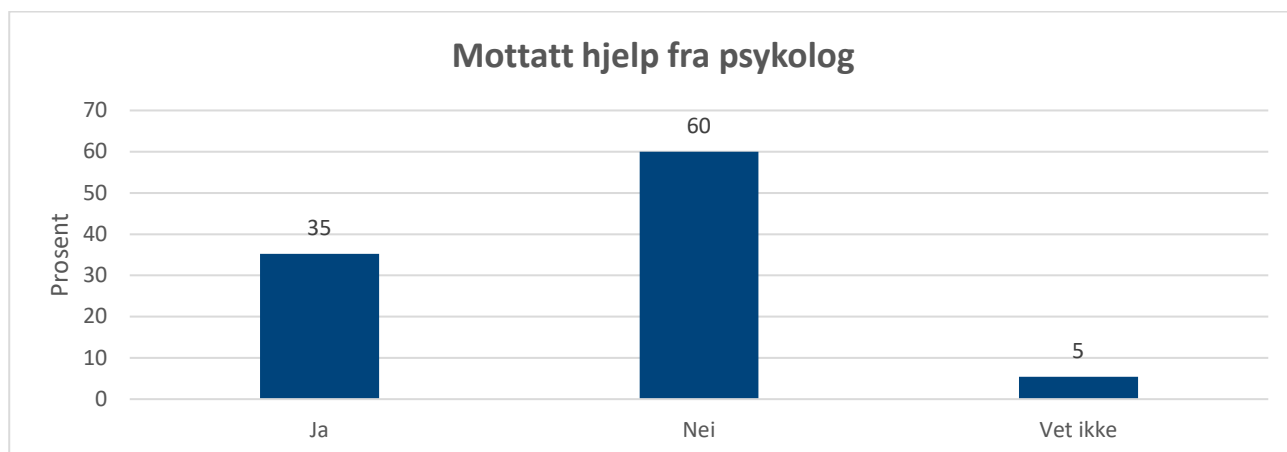
Figur 30 Har du fått nok tid til samtaler og kontakt med de som jobber i denne tjenesten og skal hjelpe deg? N = 571.



Figur 31 Opplever du at de som jobber i denne tjenesten har forstått din situasjon? N = 573.

3.2.12 Tjenester fra psykolog i kommunen – er brukerne fornøyde?

Under ledeteksten "Mange av landets kommuner har ansatt psykologer i kommunale psykisk helse- og rustjenester", ble brukerne spurt om de har mottatt hjelp fra psykolog ansatt i kommunal psykisk helse- og rustjeneste, enten i individuelle samtaler, gruppetilbud eller andre sammenhenger, og hvor ofte de hadde mottatt hjelp. Her vil det naturlig nok svares på bakgrunn av direkte kontakt med psykolog, mens vi vet at mange psykologer i kommunen også jobber med veiledning, forebygging og systemarbeid, noe som ikke vil komme fram i denne undersøkelsen. Det viste seg at av de 570 som besvarte dette spørsmålet, oppgir 35 prosent at de har mottatt hjelp fra en psykolog ansatt i kommunen (201 personer). Ca. 5 prosent svarer at de ikke vet.



Figur 32 Har du mottatt hjelp fra psykolog ansatt i kommunal psykisk helse- og rustjeneste, enten i individuelle samtaler, gruppetilbud eller andre sammenhenger? N = 570.

Ser vi på noen kjennetegn ved de 201 som har fått hjelp fra psykolog, ser vi at 76 prosent av dem var kvinner, og at det var veldig lik fordeling i alderskategoriene. Bortsett fra de aller yngste (16-19 år) og eldste (60 år og eldre), lå fordelingen mellom 20 og 24 prosent i hver av aldersgruppene (20-29, 30-39 osv.). Fylkesvis fulgte fordelingen av de som hadde mottatt tjenester fra psykolog fylkesfordelingen i undersøkelsen som sådan – høyest andel respondenter fra Østfold, Akershus, Rogaland og Trøndelag. Videre hadde 31 prosent av respondentene som hadde mottatt tjenester fra psykolog tatt yrkesfag på videregående som høyest fullførte utdanning. 29 prosent hadde høyskole/universitetsutdanning, 17 prosent hadde studiespesialisering på videregående som høyest fullførte utdanning, mens 21 prosent hadde grunnskoleutdanning. Av de 201 som har besvart undersøkelsen var hele 44 prosent uføretrygdet, mens 14 prosent gikk på AAP. 21 prosent var i full stilling eller deltidsjobb, mens hhv. 5 prosent og 3 prosent var sykmeldt eller arbeidsledig. Ca. 7 prosent var under utdanning. Nær halvparten av disse respondentene har fått hjelp i lavterskeltiltak eller dagsenter/aktivitetstilbud/møtesteder.

Over en tredjedel av respondentene som svarer at de har mottatt psykologhjelp, svarer at de har vært i kontakt med psykologen 1-4 ganger det siste året. 17 prosent oppgir 5-9 ganger, 12 prosent oppgir å ha hatt kontakt 10-20 ganger, mens åtte prosent oppgir å ha hatt kontakt 20-40 ganger. Seks prosent oppgav å ha hatt kontakt med psykolog mer enn 40 ganger. Så mange som 23 prosent av utvalget svarte "Vet ikke", noe som kan indikere at dette er et spørsmål som er vanskelig å svare på for mange, og sannsynligvis er de øvrige kategoriene her også basert på grove anslag.



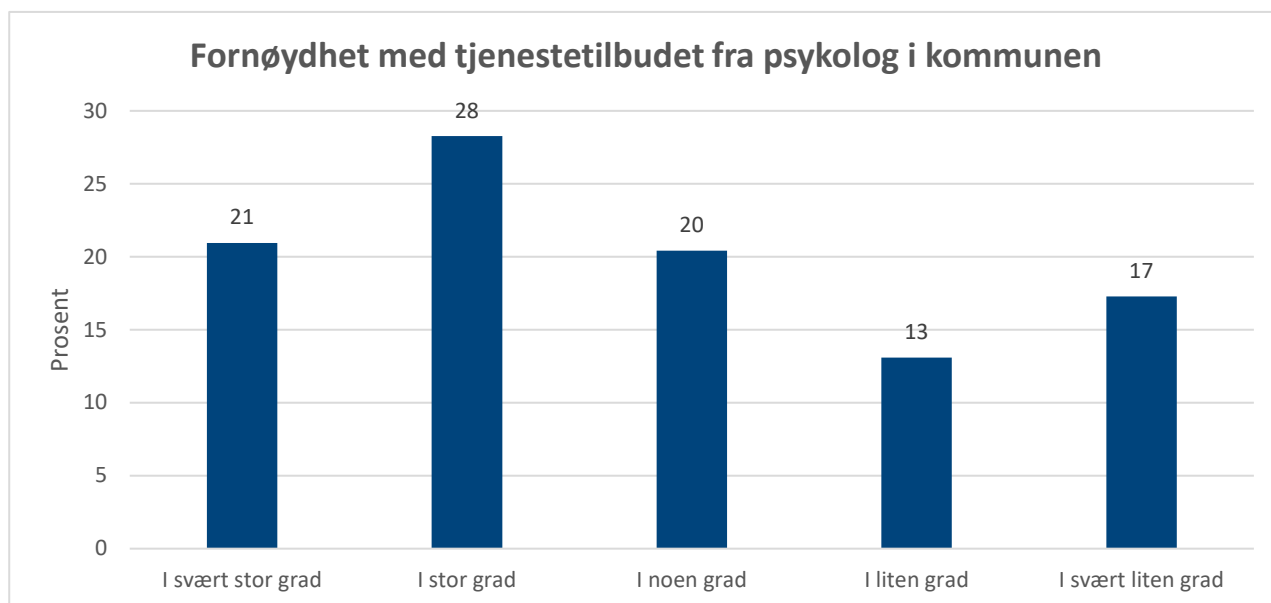
Figur 33 Hvis ja på spørsmål om mottatt hjelp fra psykolog, hvor mange ganger i løpet av det siste året har du vært i kontakt med psykolog i kommunehelsetjenesten? N = 185.

På spørsmål om hvordan møtene med psykologen har foregått, har de aller fleste (72 %) hatt individuelle samtaler med psykologen. Ni prosent har vært både i individuelle samtaler og deltatt i gruppesamtaler/kurs, fem prosent har fått veiledet selvhjelp og ca. tre prosent har kun deltatt på kurs eller gruppetilbud der psykologen har deltatt.

Tabell 6 Hvordan har dine møter med psykolog i kommunehelsetjenesten foregått? (Sett ett kryss for det alternativet som passer best). N = 195.

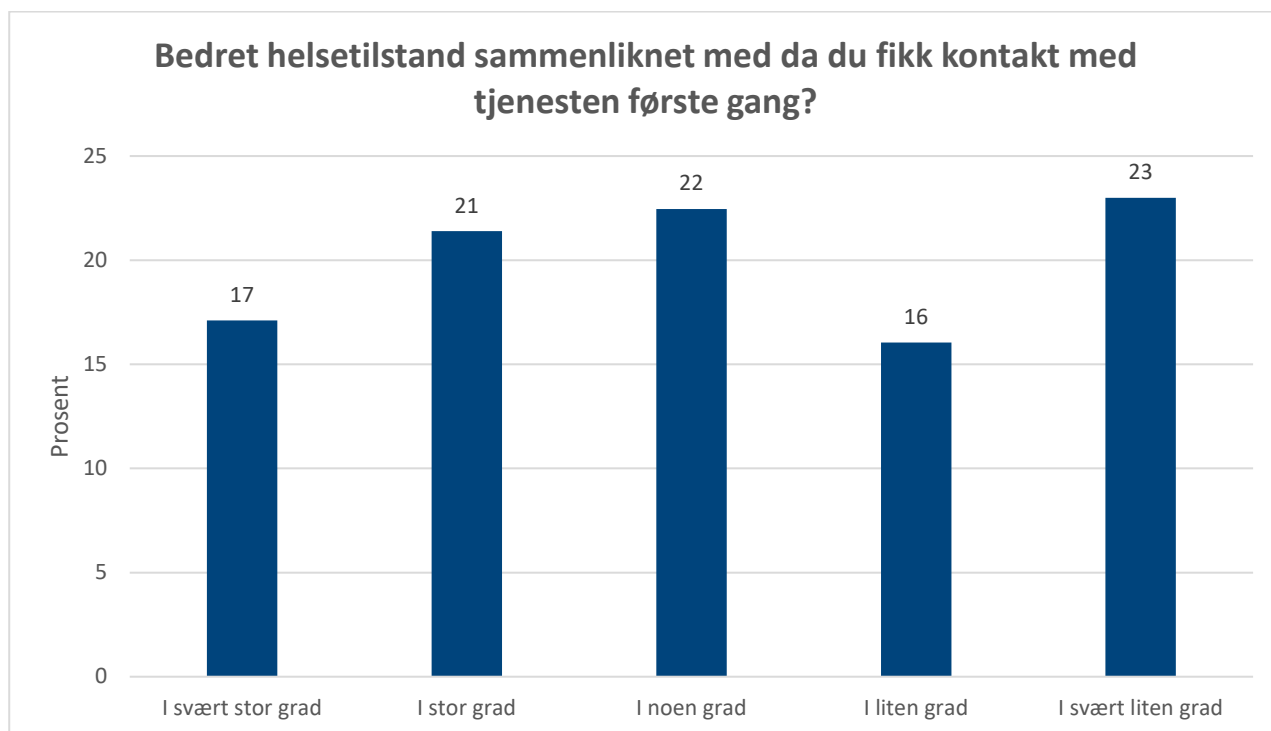
Hvordan har dine møter med psykolog i kommunehelsetjenesten foregått?	Antall	Andel
Individuelle samtaler med psykolog	141	72
Kurs/gruppetilbud der psykologen har deltatt	6	3
Både individuelle samtaler og kurs/gruppesamtaler	18	9
Veiledet selvhjelp	9	5
Psykologen har vært involvert i ansvarsgruppe og/eller arbeid med individuell plan	5	3
Psykologen har vært med i oppsøkende team/utekontakt	4	2
Annet (typisk samtaler i fengsel, sammen med psyk.spl, arbeidsgiver)	12	6
Total	195	100

Et sentralt spørsmål for evalueringen var spørsmålet om brukernes fornøydhet med tjenestetilbudet de har mottatt fra psykologen i kommunen. Rett under halvparten av utvalget som har mottatt tjenester fra psykolog er i stor grad fornøyd: 21 prosent "i svært stor grad" og 28 prosent "i stor grad". Én av fem er "i noen grad" fornøyd, mens 30 prosent svarer at de i liten, eller svært liten grad, er fornøyd med tjenestetilbudet de har fått fra psykolog i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.



Figur 34 I hvilken grad er du fornøyd med tjenestetilbudet du har fått fra psykolog i kommunehelsetjenesten? N = 191.

Vi spurte deretter i hvilken grad de opplevde at hjelpen de har mottatt fra psykolog har bidratt til å bedre helsetilstanden, sammenliknet med da de fikk kontakt med tjenesten første gang. Av 187 som har svart, svarer 39 prosent at de i liten, eller svært liten, grad opplever at helsetilstanden er bedret. 28 prosent svarer i stor eller svært stor grad, mens 22 prosent svarer i noen grad.



Figur 35 I hvilken grad har hjelpen du har mottatt fra psykolog bidratt til å bedre helsetilstanden din sammenliknet med da du fikk kontakt med tjenesten første gang? N = 187.

Svar på åpne spørsmål om hvorfor brukerne var fornøyd med tjenestene fra psykolog

I de tilfellene der respondentene svarte at de i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad var fornøyd med tjenestetilbudet, fulgte vi opp med et åpent spørsmål der vi ba dem om å beskrive for oss hvorfor de var fornøyd, og hva som hadde vært nyttig for dem. Det kom inn 62, for det meste korte, men også noen lengre beskrivelser om hvorfor de var fornøyd. De fleste var relativt korte svar av typen "God kjemi", "Gode råd og veiledning", "Akseptert, forstått, lyttet til og tatt på alvor". Noen utvalgte sitater av litt lengre art gjengis under. I tilfeller der det oppgis navn eller andre karakteristika som kan identifisere personer eller kommunen, har vi benyttet NN for anonymisering:

Den første psykologen jeg fikk var meget dyktig, jeg fikk snakket ut om ting som tenget meg og skapte tankekjør. Hun hjalp meg å løse opp i tankene mine og ser mer realistisk på hva som faktisk foregikk i livet mitt. Hun var forståelsesfull, varm og snill, jeg kom ut derfra og følte meg lettere til sinns. Slik slapp jeg å dumpe alle problemene mine på venner og familie, noe som har vært et problem før at det har fått vite litt for mye, blitt "hobbypsikolog" fordi jeg har et stort behov for å avlaste tankene mine. Vi jobbet også med angstmestring, noe jeg syntes er positivt, men vi kom ikke så langt med dette da hun sluttet i jobben og jeg fikk en ny psykolog som jeg slettes ikke er fornøyd med. Hun er

nyutdannet og virker småredd og uinteressert i samtale, jeg føler at jeg er en byrde og en kilde for irritasjon for henne. Dette har jeg sagt ifra om nylig og fikk tilbud om å bytte behandler. MEN; så har det nå blitt bestemt at det skal være en egenandel på NNN kr pr samtale. Derfor må jeg slutte. Noe jeg synes er ufattelig trist da jeg har et stort behov for psykolog, men nå har for lav inntekt til å betale noe for det. (Sitat 1)

Det har vært avgjørende for å klare å slutte med rus og få behandlet de underliggende og/eller følgelidelsene som følge av rus. Det som er betenkelig og som måtte ha kostet samfunnet enormt både økonomisk og alle jeg har ødelagt for i årene i rus. Er at jeg ble avvist i år 1999 og på begynnelsen på 2000 tallet. Ikke før jeg i 2010 da jeg var suicidal fikk jeg psykologisk hjelp. Det sitter alt for langt inne å få hjelp. (Sitat 2)

Hadde en veldig god psykolog før - NN! Men hun jeg har nå er ikke i nærheten av hva han var! Hun er god til å stille spørsmål- men det er det.! Det er godt å ha noen å snakke med, iverfall nå i disse dager! Jeg har lært å være mer åpen og tør å si ifra om jeg er uenig- noe jeg aldri hadde gjort for 10 år siden! (Sitat 3)

Jeg hadde samtaler hver uke til å begynne med, men det er godt over til å bli ca. hver 3 uke. Jeg kan ringe psykologen, viss jeg har behov for det. Det har vært nyttig å kunne ringe psykologen, når jeg har slitt mer enn vanlig psykisk. Jeg har også hatt god nytte av de vanlige timene. Disse timene har hjulpet meg til å håndtere de psykiske problemene jeg har. Jeg vet ikke om jeg hadde vært i stand til å jobbe 100%, viss jeg ikke hadde hatt disse timene. (Sitat 4)

Jeg tok kontakt med legevakt pga høyt symptomtrykk på PTSD og panikk angst. Fikk beskjed om å komme inn med en gang. Fikk velge selv om jeg ville bli innlagt på legevakt. Lå der en uke. Lege satt selv sammen med meg om natten sammen med sykepleier, de tok blodtrykk og puls hver gang jeg fikk symptomtrykk for at jeg skulle få se at det var vanlige symptomer på lidelsene og ikke noe annet. Dagen etter kom det rep fra NN, samtale hver dag til jeg fikk plass hos kommunal psykiatritjeneste, samtale en gang i uken og på telefon ved behov. Det beste var at de tok mine opplevelser av symptomene svært alvorlig, viste forståelse og gjorde absolutt alt de kunne for at jeg skulle føle meg trygg. De spurte meg om hva jeg var redd for, og gjorde det de kunne for å motbevise frykten. Var jeg redd for at jeg var på tur å bli psykotisk gjorde psykiater klinisk vurdering for å vise at jeg ikke var

det. Var jeg redd for at hjertet skulle slutte å slå; på med EKGn osv osv. At de gjorde dette resulterte i at jeg stolte på at symptomene var relatert til PTSD og panikkangst, og at jeg mestrer dem mye bedre. Psykolog og andre involverte ringer å spør hvordan jeg har det, og ordner seg imellom hvem som har tid, slik at jeg alltid kan ringe å snakke med noen. Det er inngått samarbeid med den kommunale legevakten også, slik at jeg kan ringe å snakke med dem ved behov og hvis jeg føler meg utrygg er det bare å ta tannbørsten med seg å dra dit å sove. Med et slikt hjelpeapparat i ryggen føler jeg meg ekstremt trygg og det har medvirket til at jeg har det mye bedre nå enn i januar. (Sitat 5)

Var veldig fornøyd med psykologen i kommunen fordi hun var den første som så meg og den første som ikke gjettet på ting. Hun ga meg tid til å bli kjent og tid til å snakke ferdig. Hun var flink til å snakke med meg om det var noe som hun kunne gjøre annerledes og om det var noe som vi kunne gjøre sammen. Hun ble aldri sur eller misfornøyd med meg. Hun var ærlig og hadde mer kunnskap om traumer og vold enn noen annen psykolog jeg har gått til. Hun hadde kunnskap om dissosiasjon. Hun var en annerledes psykolog enn de jeg har hatt før, hun fikk meg til å føle meg trygg og at jeg kunne fortelle henne alt. Hun var åpen for alt jeg kom med. Skulle ønske jeg kunne fortsatt med henne, da det var på grunn av henne jeg for første gang følte bedring siden jeg ble syk. Men siden hennes oppgave kun skulle være å veilede kommunen og ta hastesaker og henvise videre så fikk jeg ikke flere samtaler med henne. Det var en kjempe nedtur og har ikke funnet noen jeg kan snakke med på den måten etter det. (Sitat 6)

Reaksjonene på emosjonelt/psykisk relativt langvarig traume har gitt forringelse av normalfungering. Psykologen gjør situasjonen håndterbar ved å finne gode løsninger for å klare utfordringene jeg har måttet hanske med, og nå ser det ut som om en stabilisering gjør at en behandling av selv traumet kan begynne. (Sitat 7)

Svar på åpne spørsmål om hvorfor brukerne var misfornøyd med tjenestene fra psykolog

I de tilfellene der respondentene svarte at de i liten, eller svært liten, var fornøyd med tjenestene fra psykolog i kommunen, fulgte vi opp med et åpent spørsmål der vi ba dem om å beskrive for oss hvorfor de var misfornøyd med tjenestetilbudet, og hva de mente som kunne ha hjulpet dem. 47 respondenter skrev noe på dette spørsmålet, og svarene fra de som var misfornøyd var signifikant lengre enn de som var fornøyde. Vi gjengir også her et utvalg av de mest innholdsrike sitatene under, slik at leseren selv kan få et inntrykk av hva noen var opptatt av å formidle. Vi starter med en omfattende beskrivelse fra en respondent som har lang

erfaring med å få hjelp fra psykolog både i spesialist- og kommunehelsetjeneste, som ikke føler vedkommende har fått riktig hjelp, og som avslutter innlegget med å oppfordre kommunene til å organisere seg smidigere og ha et tilbud også på kveldstid:

Dessverre er min erfaring med samtlige psykologer dårlig helt fra BUPP og PP-tjenesten fram til kommunepsykolog, og psykiatrisk sykepleier. Årsakene kan sikkert være sammensatte, og en av psykologene var midt i et samlivsbrudd. Likevel er det en rød tråd gjennom alle, også de siste, og det er mangel på sosiale ferdigheter og kommunikasjon. I møte med mennesker må man skape tillit, for å oppnå resultater. Den gruppen som jeg representerer er helt avhengige av det, siden sosial angst er en svært krevende lidelse. Min erfaring er at de ikke klarer å skape en troverdig og likeverdig samtale, slik at jeg etter møtet har mer angst enn før møtet. Riktignok gruer jeg meg til disse møtene på forhånd, men etterpå har jeg det enda verre. Jeg opplever problematisering, og stigmatisering, samt en klønete og ubehagelig adferd under møtet. Dette skyldes ikke mangel på ressurser, som det ofte skyldes på, men heller det faktum at yrkesgruppen mangler flere hyggelige, troverdige, og engasjerte mennesker, som får meg til å oppleve møtene som støtte og hjelp. De mest troverdige man møter er stort sett andre i samme situasjon, samt deres pårørende. De gir en troverdig respons, og samtaler med dem kan være oppløftende og være til hjelp. Jeg har til tider sterke angstanfall, hvor jeg nesten ikke kan puste, er tett i brystet og føler en sterk trang til å gråte. Psykiatrien forsøker å sette merkelappen psykose på det, og for ti år siden ble jeg innlagt og medisineret. Her ble jeg gradvis dårligere, og pga medisineringen fikk jeg ødelagt søvnen, og la på meg 15 kg. Her mistet jeg siste rest av selvtillit, og hadde ikke pårørende fått meg ut av dette, ville jeg sannsynligvis endt opp som rusmisbruker, og/eller pille misbruker. Idag får jeg hjelp av pårørende, og andre hyggelige mennesker under anfallene, og piller har jeg aldri rørt siden, selv om alle i hjelpeapparatet vil jeg skal begynne med det. Hva kunne hjulpet meg: Hyggelige samtalepartnere, som evner å kommunisere normalt ville vært en god begynnelse. Et botilbud tilpasset mine behov, og som jeg har bedt to kommuner om, men som ingen har klart å tilby. Psykologen kunne opptrått med verdighet, og ikke snakket til meg som en i rekka på en travel dag. Troverdig og empatisk samtalepartner, som er til stede når jeg trenger det. Det er et problem at denne bransjen gjør et stort nummer rundt arbeidstiden sin. Det å bli møtt med irritasjon, dersom man trenger hjelp utenfor arbeidstid, skaper heller ikke den beste stemningen. Vi som er litt annerledes, og sliter

med angst, depresjon og selvmordstanker, bør behandles med respekt, selv om vi ikke bare sliter i arbeidstiden til psykologen. Sett utenfra bør kommunene organisere seg smidigere, å vektlegge tilpasning for klientene i større grad. Det kan virke som om regulert arbeidstid, og egne behov kommer først, og det uttrykkes også uten blygsel. Resultat orienterte bransjer tilpasser seg markedene, men i dette gamet kan det se ut som om ingen bryr seg stort om hvordan ting går. Om noen klager, skyldes det på ressursmangel, og tauhetsplikt, og det er grunn til å tro at det ligger et betydelig forbedringspotensiale i disse tjenestene. Bare det å kunne håndhelse, og mestre "smalltalk", ville være en god begynnelse. (Sitat 8)

Eg fekk ein psykolog som virka svært stressa og som hadde mykje å gjer. I staden for å lytte kunne han sita å sjå på klokka. Eg følte meg veldig lite ivaretatt og forstått, og at der ikkje var noko vilje til å hjelpe meg. (Sitat 9)

Fordi psykologen havnet i kommunen fra spesialisthelsetjenesten fordi hun var udugelig i jobben sin der, som hun nå er i kommunen. Hele tjenesten psykisk helse og rus er skadelidende og uten fremdrift i vår by på grunn av dette. Hun vil ikke samarbeide med hverken andre tjenester eller brukerorganisasjoner for hun skal gjøre alt på sin egen måte. (Sitat 10)

Det kom inn flere beskrivelser av at folk med rusproblematikk opplevde at de ikke fikk hjelp med sine psykiske utfordringer, før de har fått bukt med rusproblematikken.

Har slitt med panikkanfall og søvnproblemer.. en del PTSD som de kaller det.. funnet noe som funker for meg som medisin og som gir livsverdi men pga at det er cannabis så er viljen liten til å hjelpe meg å få det lovlig på resept. Men andre mer skadegivende medisiner er greit tydeligvis.. Har hjulpet meg selv med litt hjelp fra psykolog og sykepleier men alt i alt kan de ikke snakke fritt og jeg som pasient kan ikke fortelle alt til de.. pga frykt for fylkeslegen og sertifikatet.. dps har også tidligere brukt sertifikatet mitt som pressmiddel når de ville ha meg på urinprøver. Sitter igjen med svært lite tillitt til DPS og andre "hjelp tiltak". (Sitat 11)

En annen respondent skriver om viktigheten av å følge planen man har lagt med psykologen:

*Jeg ble avsluttet på en brå og uventet måte til tross for at vi hadde snakket om viktigheten i en god avslutning. Vedkommende hadde også sterke meninger om mitt behov for hjelp ETTER at jeg var avsluttet - til tross for at vedkommende ikke en gang skrev epikrise og begrunnet det med kort behandlerrelasjon. Det hadde hjulpet meg om jeg ble avsluttet på den måten vi var enige om i starten. Og om h*n ikke blandet seg med hvordan tilbud jeg skulle få fra psykiatritjenesten. (Sitat 12)*

Jeg er ikke fornøyd fordi jeg følte meg verken hørt eller trodd. Jeg ble ofte sammenlignet med andre personer psykologen/sosionomen kjente. Jeg fikk også ofte følelsen av at de skulle hjelpe meg med mine vansker på kun ett år. Psykiske vansker er umulig å "fikse" på kort tid. Jeg skulle ønske tjenestetilbud jeg fikk var interessert i å bruke god tid til å både høre meg, se meg og forstå meg. I dagens samfunn er dette utrolig viktig. (Sitat 13)

Jeg fikk timer hos psykolog da jeg ikke var fornøyd med behandlingen hos sykepleier, som var en smule overivrig på å tvinge på meg en behandlingsmetode jeg ikke ønsket (såkalt tankefeltterapi). Men da var tilliten til tjenesten så tynnslett at jeg følte meg utrygg. Psykologen var dessuten ganske uerfaren. Jeg var ekstremt dårlig, men ble ikke forstått. (Sitat 14)

Jeg trenger psykiater. En som kan bidra på flere plan. Hadde en som dessverre slutter på NN dps. Etter dette fikk jeg liten oppfølging derfra, og ble henvist til psykolog på NN. Kun individuell prat med henne. Det er ikke det jeg gar behov for og det visste NN dps da de henviste meg. NN dps ønsker meg allikevel ikke som pasient. Det er fryktelig. Jeg får heldigvis støtte av fastlegen min. Holder på nå å finne psykiater på egenhånd. NN dps har totalt sviktet meg. (Sitat 15)

Opplever at Psykolog ikke ser meg som jeg har et reelt problem siden jeg er og har aldri hatt rusproblemer. Jeg er uføre trygdet arbeids narkoman som vil gjerne ut i arbeidslivet igjen...Finnes ikke reel hjelp til å takle disse problemene (Sitat 16)

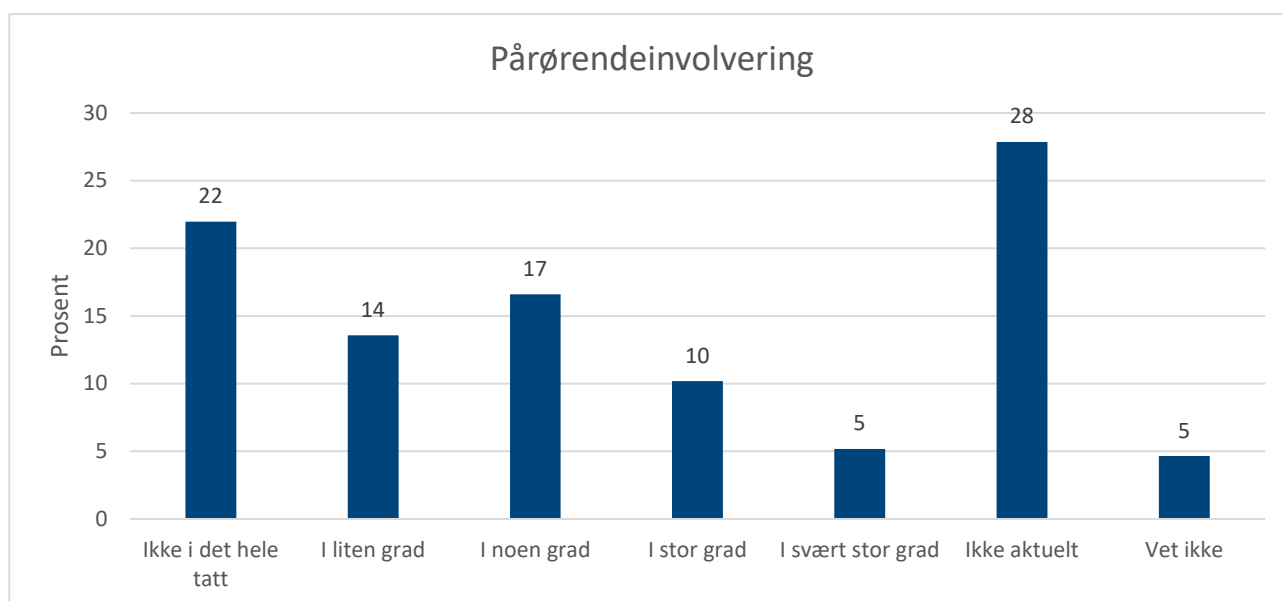
Problemet i min kommune er at de kun har psykisk helsetilbud ivhertfall der jeg er henvist 1 gang kanskje annen hver måned. 2 ganger har de avlyst, å 2 gangen måtte jeg avlyst pga problemer med å ta ferge alene til psykologen. Da må man vente ytteligere en måned før neste dag. Det er også en stor utfordring å delta ettersom vi til disse timene må sette av mange timer. Med psykoske lidelser kan dette være meget skummelt, og utmattende.

Tilbudet er altfor sjeldent tilgjengelig, og dersom de 2 psykologene som sendes fra en annen kommune ikke kan møte, er det opptil 40 dagers venting på neste time i kommunen jeg bor i. Etter 5 måneder uten å få annen hjelp enn fra fastlege, ga jeg opp og bestemte at det var bedre å presse lidelsene ned å ignorere problemene til de blir glemt (funger for en liten periode) enn å vente på kommunens tilbud. (Sitat 17)

Snever kartlegging og derav manglende forståelse for totalsituasjonen. Manglende interesse av meg som person. For høy bruk av egen forforståelse. Dårlig menneskesyn. Dårlig evne til å fange opp nøkkelord. Liten evne til å opprette tillit. Det er helt avgjørende (for meg, og sikkert for de aller fleste som er i sårbare situasjoner) at fagpersoner i helsefeltet har evne til å skape en god og tillitsbasert relasjon. Det ville ha hjulpet meg. (Sitat 18)

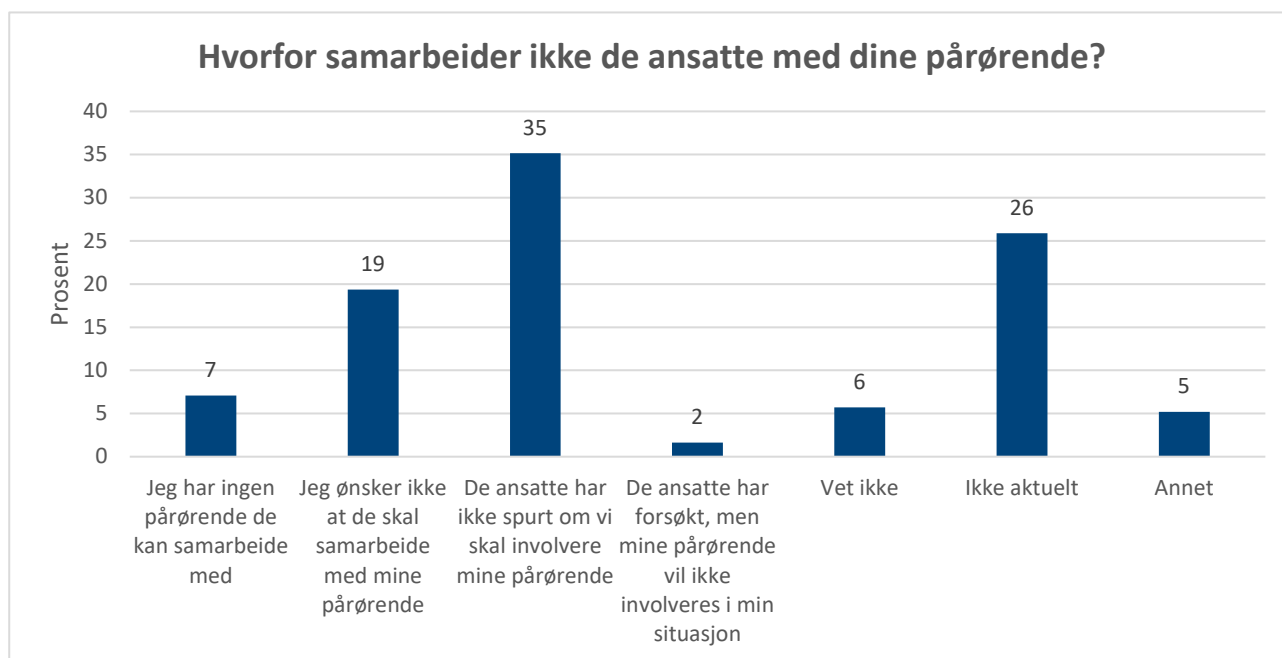
3.2.13 Pårørendeinvolvering

Vi spurte alle som deltok i vår undersøkelse om de opplever at det har blitt lagt til rette for involvering av de pårørende i den tjenesten de sist mottok for sine psykiske helse- og rusutfordringer. Av 560 respondenter, var det kun 15 prosent som svarer at dette i stor grad eller svært stor grad er tilfelle. 36 prosent svarer i liten grad eller "ikke i det hele tatt". Relativt mange har også krysset av for at dette ikke har vært aktuelt (28 %) eller at de ikke vet (5 %).



Figur 36 Opplever du at det har blitt lagt til rette for involvering av dine pårørende i den tjenesten du har mottatt fra kommunen?
N = 560.

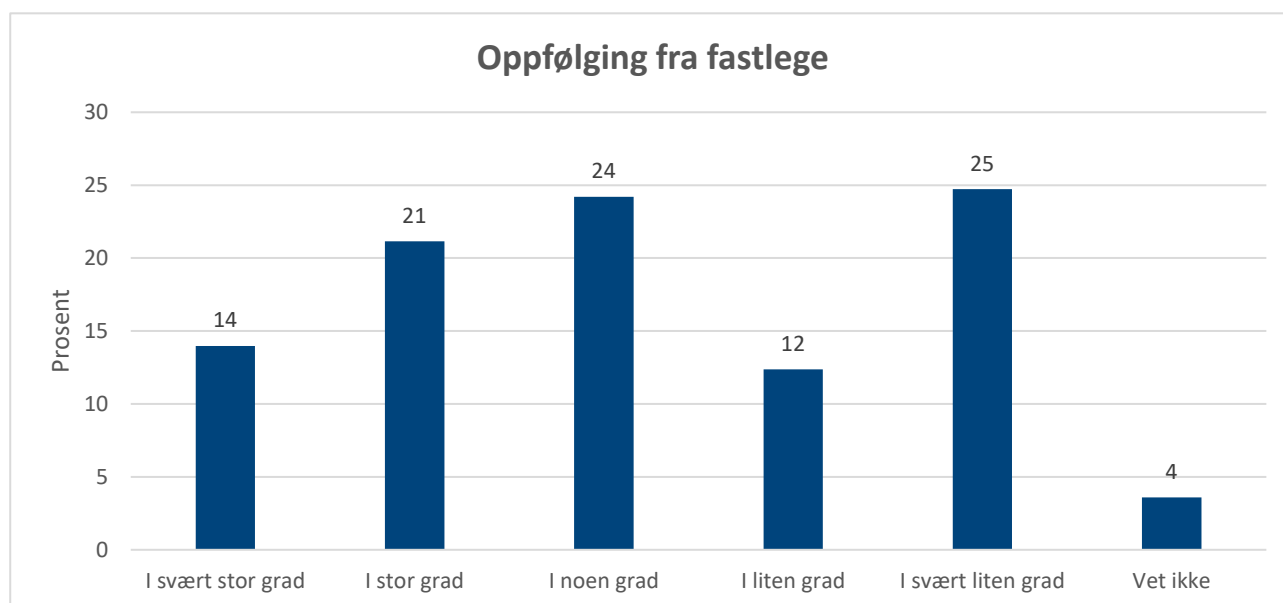
For de som svarte "Ikke i det hele tatt", "Ikke aktuelt" eller "vet ikke" på spørsmålet om pårørendeinvolvering, spurte vi om hvorfor de tror de ansatte ikke har samarbeidet godt med de pårørende. Av de 367 som har svart her, er det hele 35 prosent som svarer at de ansatte ikke har spurt om de skal involvere de pårørende. Sju prosent har ingen pårørende de kan samarbeide med (og hhv. 26 og 5 prosent svarer "ikke aktuelt" eller "vet ikke"), 19 prosent ønsker ikke de skal samarbeide med de pårørende, mens kun 2 prosent svarer at de ansatte har forsøkt, men at de pårørende ikke vil involveres. Flere av de som hadde krysset av på "Annet", har skrevet at de ansatte ikke vil samarbeide med de pårørende, at pårørende bor så langt unna at det er vanskelig, at det blir for dårlig tid til det osv.



Figur 37 For de som svarte ikke i det hele tatt, ikke aktuelt eller vet ikke på forrige spørsmål: Hvorfor tror du de ansatte ikke samarbeider godt med dine pårørende? N = 367.

3.2.14 Oppfølging fra fastlege

På spørsmål om i hvilken grad respondenten får oppfølging fra fastlegen sin for de problemene de har vært i kontakt med psykisk helse og/eller rustjenester i kommunen for, svarte 35 prosent at de i stor, eller svært stor, grad får oppfølging fra fastlegen, mens 37 prosent svarte i liten eller svært liten grad. Hver fjerde respondent svarte "I noen grad", mens 4 prosent svarte "Vet ikke". Over 60 prosent av utvalget svarer altså at de får oppfølging fra fastlegen i en eller annen grad.



Figur 38 I hvilken grad får du oppfølging fra fastlegen din for de problemene du har vært i kontakt med psykisk helse- og/ eller rustjenester i kommunen for? N = 558.

3.2.15 Brukermedvirkning

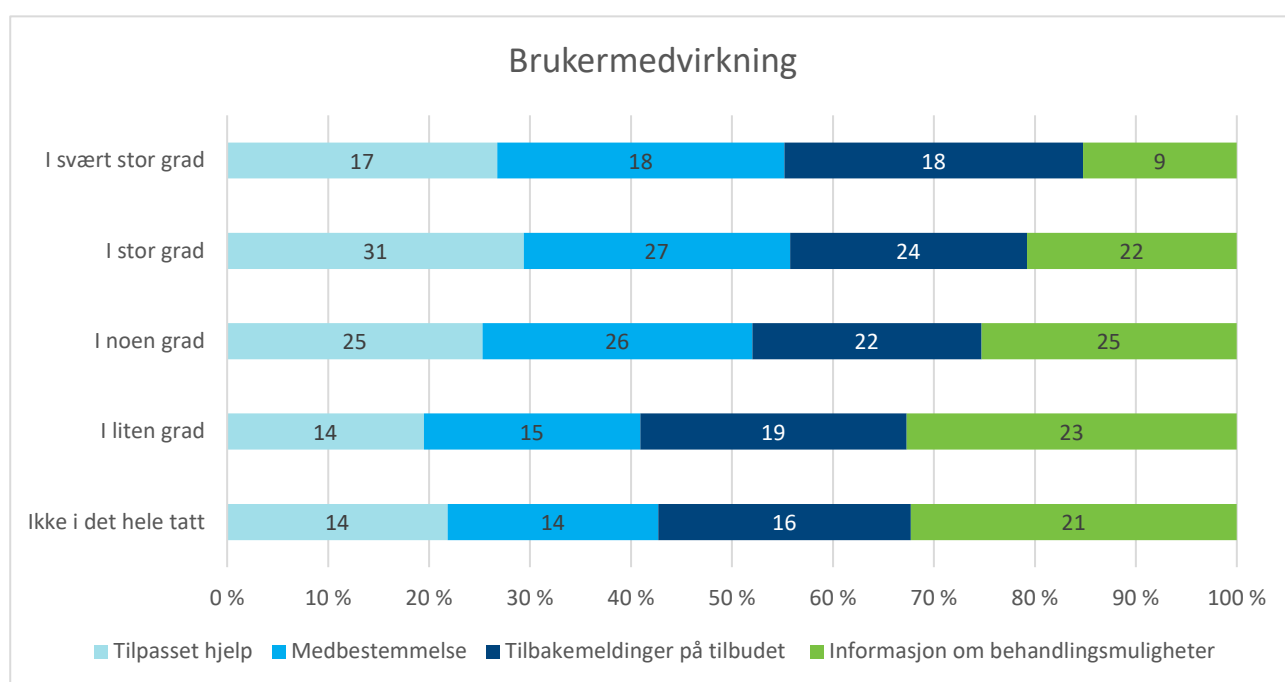
På spørsmålene som omhandler brukermedvirkning, fikk de som deltok i spørreundersøkelsen listet fire spørsmål som de skulle gi en gradert tilbakemelding på. Først fikk de en ledetekst med informasjonen:

Nå kommer noen spørsmål om hvordan du får medvirke i tjenestetilbudet du mottar fra kommunen for dine utfordringer med psykisk helse og/eller rusmiddelbruk, ev. vold, overgrep og traumeproblematikk.

Først spurte vi om de opplevde at den hjelpen de har fått fra kommunale tjenester har vært tilpasset deres egen situasjon. Her svarer nesten halvparten (48 %) at hjelpen i stor/svært stor grad har vært tilpasset situasjonen. Hver fjerde respondent svarte "I noen grad", mens 14 prosent av respondentene svarte "I liten grad" eller "Ikke i det hele tatt". Det neste spørsmålet handlet om medbestemmelse – om de hadde fått lov til å bestemme hvilken hjelp de skulle få. Over 70 prosent opplevde at de i en eller annen grad hadde fått

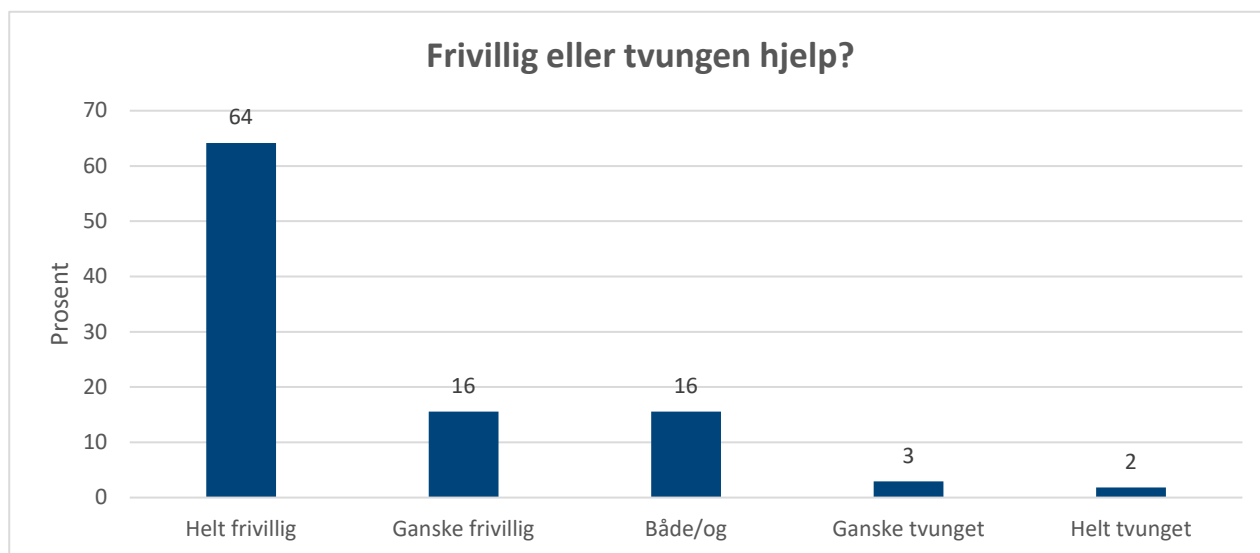
være med å bestemme hvilken hjelp de skulle få, mens nær 30 prosent svarte "I liten grad" eller "Ikke i det hele tatt".

På spørsmål om respondentene syntes det er rom for å gi tilbakemeldinger til de ansatte på det tilbudet de har fått, svarte 43 % at de i stor/svært stor grad opplevde rom for å gi tilbakemelding, mens 35 prosent ikke opplevde at det var rom for det. Når det gjaldt å få informasjon om ulike behandlingsmuligheter viste det seg at relativt få, 31 prosent, var i stor/svært stor grad fornøyd med informasjonen, mens 44 prosent i liten grad var fornøyd.



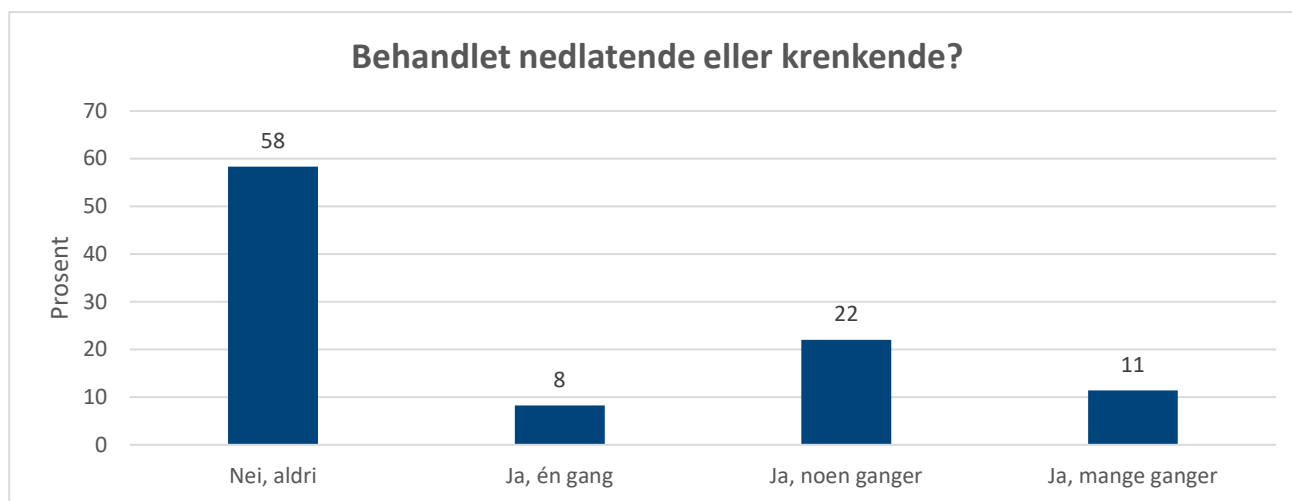
Figur 39 Opplever du at den hjelpen du har fått fra de kommunale tjenestene har vært tilpasset din situasjon? N = 549. Har du fått være med å bestemme hvilken hjelp du skal få? N = 539. I hvilken grad synes du det er rom for å gi tilbakemeldinger til de ansatte på det tilbudet du har fått? N = 540. Synes du at du har fått tilstrekkelig informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes for deg? N = 541.

Videre spurte vi om opplevelsen av frivillighet når det gjaldt det å få hjelp fra de kommunale tjenestene. Her var det fem prosent som opplevde det ganske eller helt tvunget, mens 16 prosent svarte "Både/og". Den samme andelen følte at det var "Ganske frivillig", mens 64 prosent oppga at de opplevde det som helt frivillig.



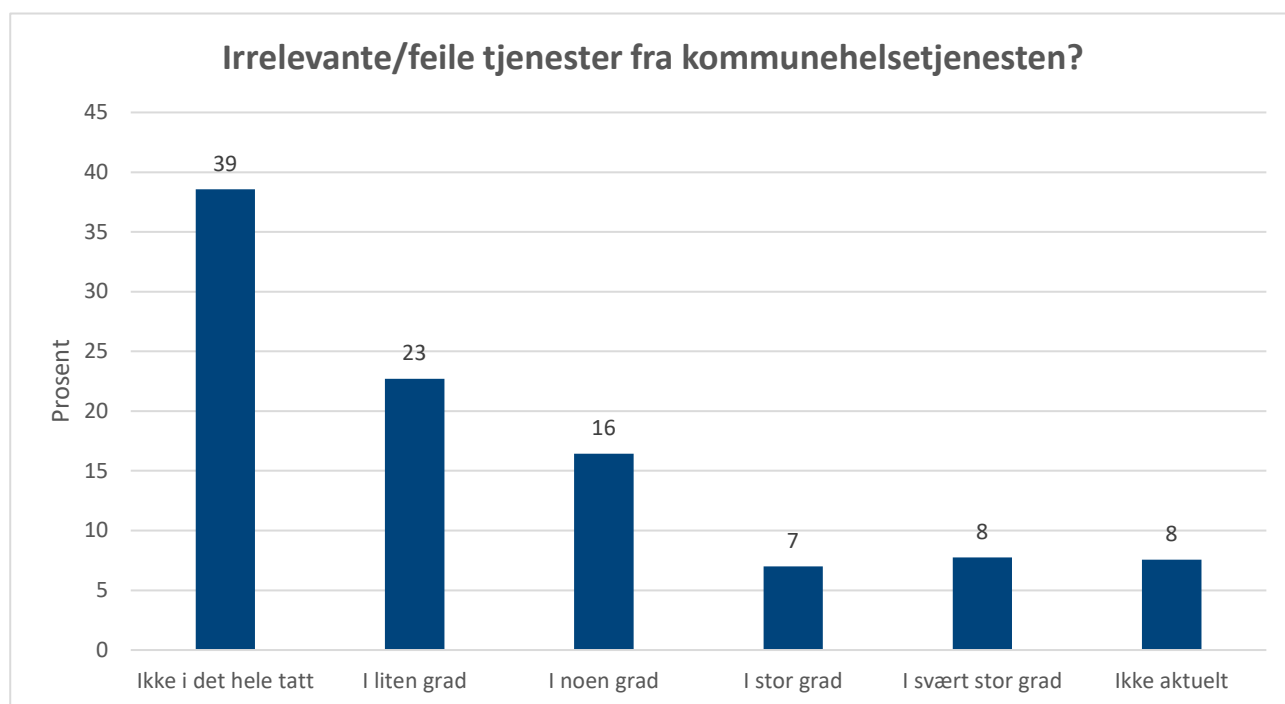
Figur 40 Opplever du at hjelpen du får fra kommunehelsetjenesten er frivillig, eller føler du deg tvungen til å motta hjelp? N = 547.

58 prosent svarer at de aldri har blitt behandlet nedlatende eller krenkende av de ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester i kommunen, mens de resterende 42 prosentene har opplevd dette én eller flere ganger. 11 prosent sier de har opplevd det mange ganger, mens 22 prosent har opplevd det noen ganger.



Figur 41 Har du blitt behandlet nedlatende eller krenkende av de ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester i kommunen? N = 545.

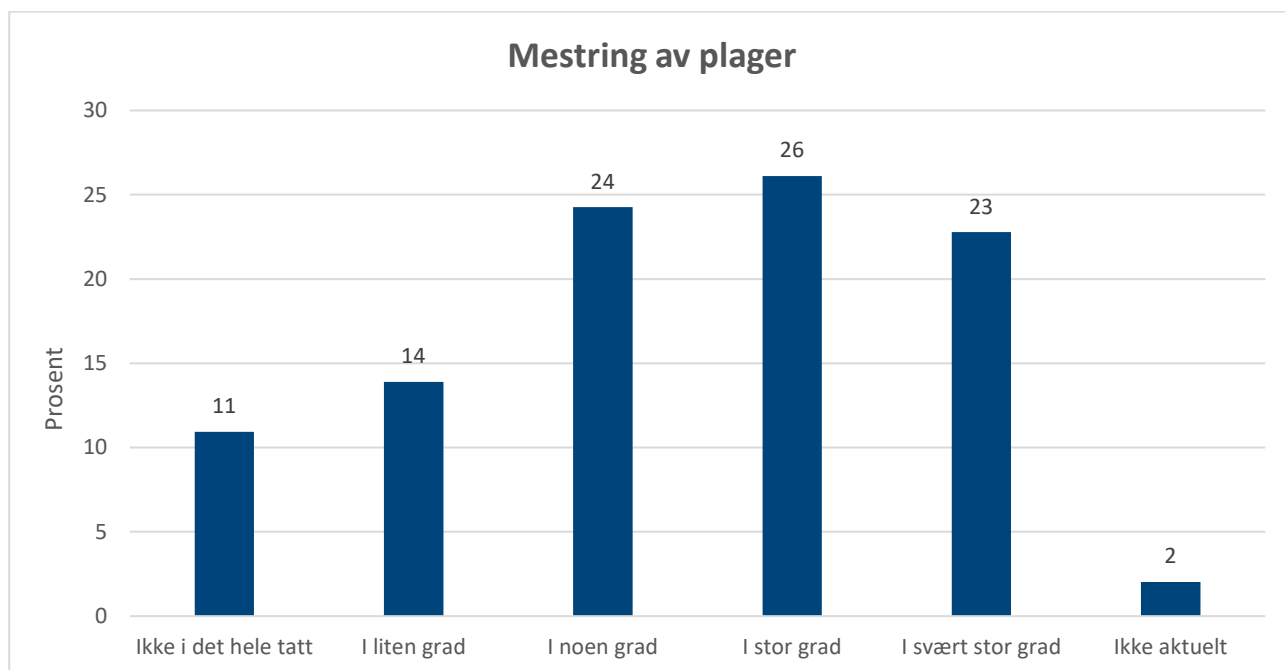
Rundt 15 prosent av brukerne har opplevd å få helt irrelevante eller feile tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens over 60 prosent svarer "I liten grad" eller "Ikke i det hele tatt". Totalt er det litt over 30 prosent som i en eller annen grad har opplevd å få irrelevante eller feile tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.



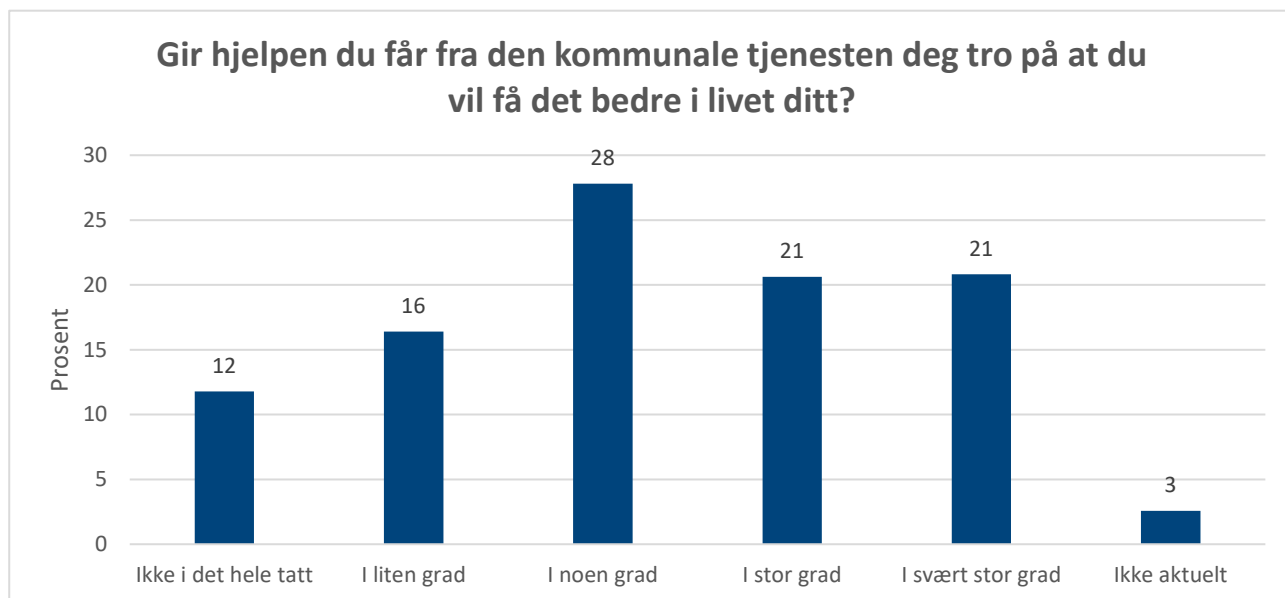
Figur 42 Mener du at du på noen måte har fått helt irrelevante/feile tjenester fra kommunehelsetjenesten? N = 542.

3.2.16 Mestring og utbytte av hjelpen

Vi spurte brukerne av de kommunale tjenestene om den hjelpen de får fra den kommunale tjenesten de svarer for, gjør dem bedre i stand til å mestre egne plager. Her svarte litt over 70 prosent at de i en eller annen grad var gjort bedre i stand til å mestre egne plager. Nær halvparten svarte "I stor grad" (26 %) eller "I svært stor grad" (23 %). Vi spurte også om hjelpen de får fra de kommunale tjenestene har gitt dem tro på at de vil få det bedre i livet. Her er resultatene ganske lik det vi så på forrige spørsmål – 69 prosent svarer at de i en eller annen grad har fått tro på at de vil få det bedre; 42 prosent i stor/svært stor grad.

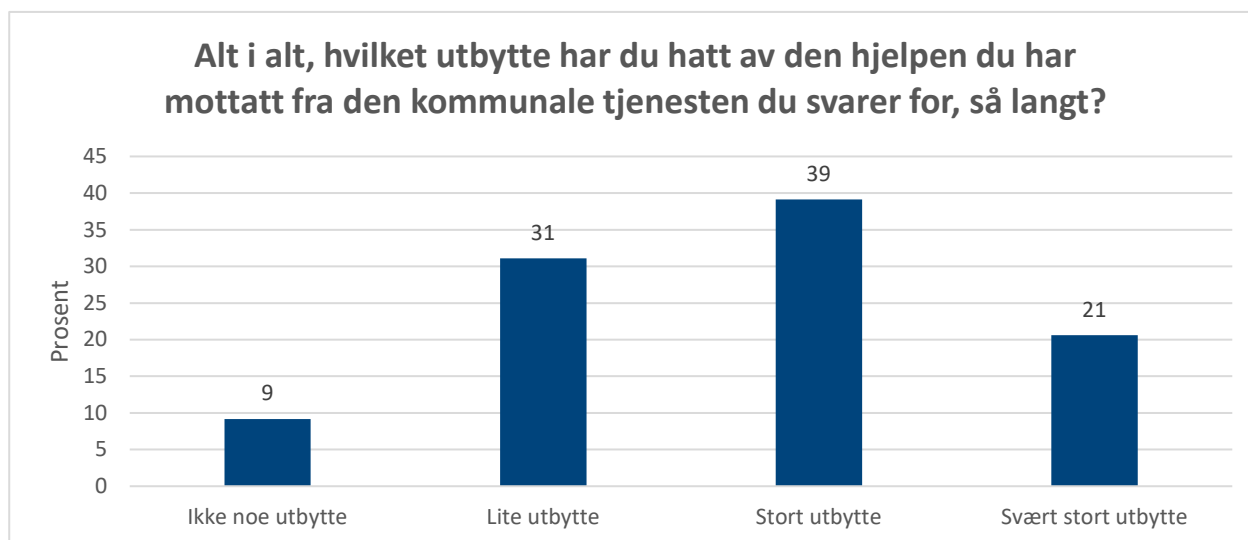


Figur 43 Gjør hjelpen du får fra den kommunale tjenesten deg bedre i stand til å mestre dine egne plager? (Tenk på den kommunale tjenesten du var sist i kontakt med, og som du svarer for i denne undersøkelsen). N = 540.



Figur 44 Gir hjelpen du får fra den kommunale tjenesten deg tro på at du vil få det bedre i livet ditt? (Tenk på den kommunale tjenesten du sist var i kontakt med, og som du svarer for i denne undersøkelsen) N = 543.

Til slutt ba vi respondentene vurdere, alt i alt, hvilket utbytte de har hatt av den hjelpen de har mottatt fra den kommunale tjenesten de svarer for, så langt. Fordelingen viser at 60 prosent mener at de alt i alt har hatt stort/svært stort utbytte, mens resten har hatt lite eller ingenting utbytte av hjelpen.

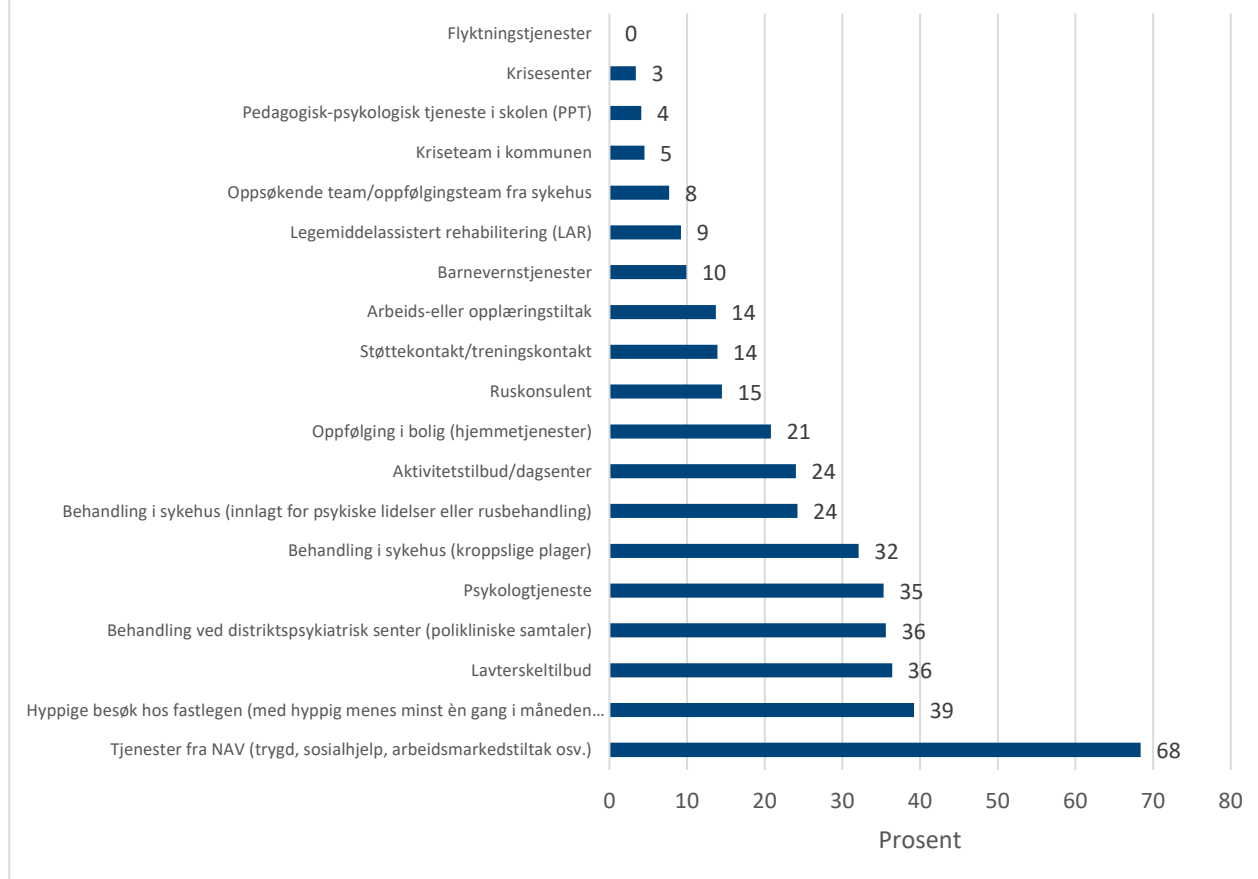


Figur 45 Alt i alt, hvilket utbytte har du hatt av den hjelpen du har mottatt fra den kommunale tjenesten du svarer for, så langt? N = 534.

3.2.17 Andre typer tjenester

Helt til slutt i skjema listet vi opp en rekke typer helse- og velferdstjenester, for å undersøke hvilke andre typer tjenester respondentene hadde mottatt i løpet av det siste året. De skulle krysse av for "Ja" eller "Nei" på hver av tjenestene. Antall respondenter varierte mellom 460 og 497 (det er vanlig at flere faller av mot slutten av et slikt skjema). I figuren under presenterer vi andelen som har svart "Ja" på tjenesten, i synkende rekkefølge. 68 prosent av de som har mottatt tjenester, har samtidig mottatt tjenester fra NAV i løpet av de siste 12 månedene (trygd, sosialhjelp, arbeidsmarkedstiltak osv.). Rundt 40 prosent har også hatt hyppige besøk hos fastlegen (minst én eller flere ganger siste måned), mens 36 prosent har benyttet seg av hhv. kommunale lavterskeltilbud og behandling ved distriktpsykiatriske senter. 35 prosent har fått psykologhjelp, og nesten like mange (32 %) har vært til behandling i sykehus for somatiske plager. 24 prosent av de som svarte, har også vært til behandling i sykehus (innlagt for psykiske lidelser eller rusbehandling). Like mange har deltatt på aktivitetstilbud/dagsenter. Rundt én av fem av de som svarte får oppfølging i bolig (hjemmetjenester), mens 15 prosent har vært i kontakt med ruskonsulent. Åtte prosent av utvalget har vært i kontakt med oppsøkende team eller oppfølgingsteam fra sykehus.

Bruk av andre helse- og velferdstjenester siste tolv måneder



Figur 46 Hvilke andre helse- og velferdstjenester har du mottatt siste tolv måneder? Andel som svarte "Ja" på spørsmålet. N fra 460 til 497.

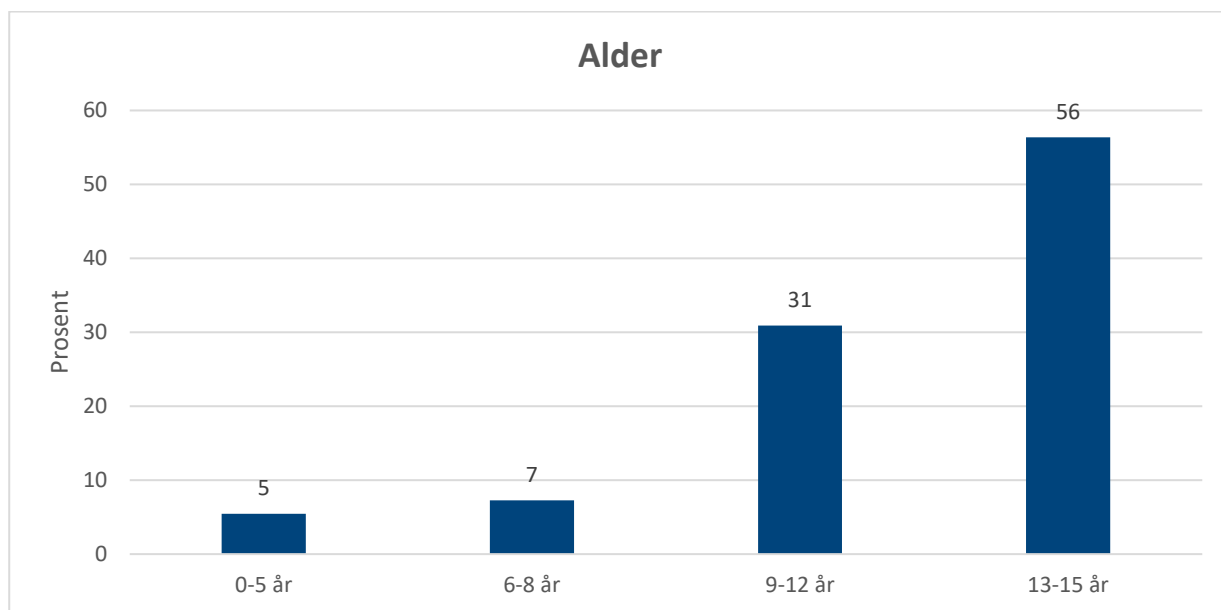
3.3 Spørreundersøkelse rettet mot pårørende til barn og unge som har mottatt kommunale tjenester for utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold, overgrep eller traumer

3.3.1 Respons

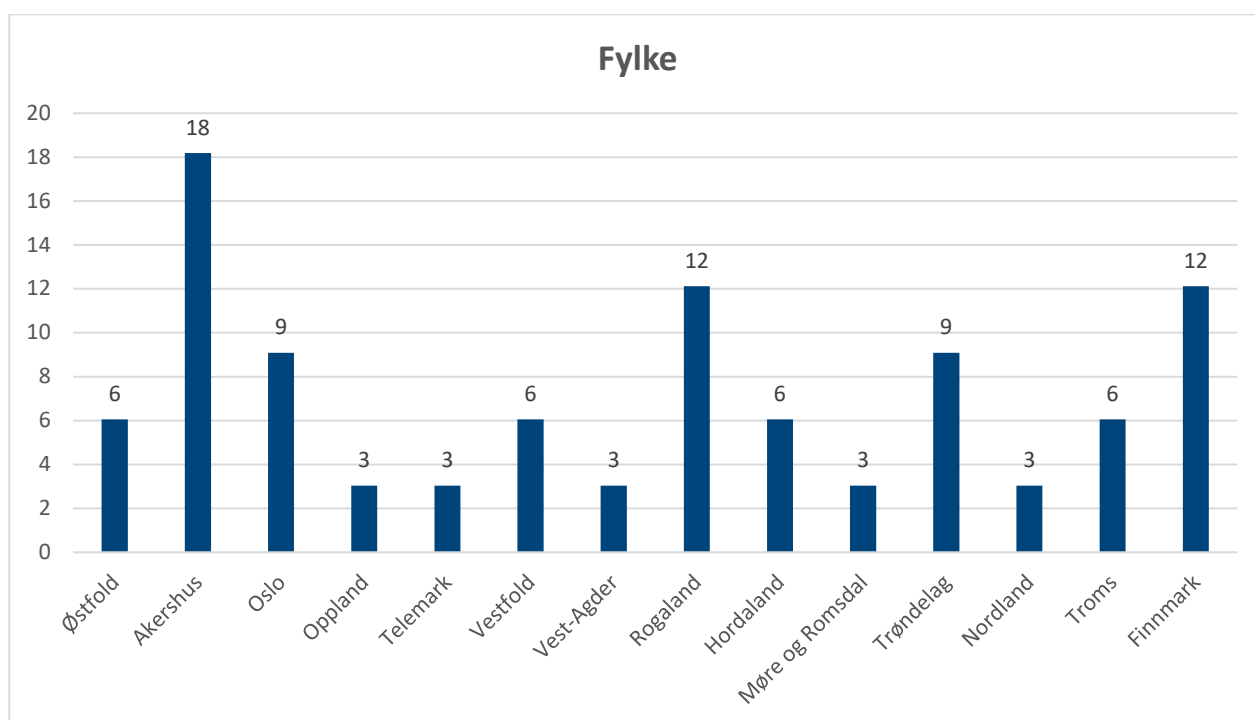
For å gi en vurdering av de kommunale helse- og rustjenestene for de yngste brukergruppene (under 16 år), gjennomførte vi en spørreundersøkelse rettet mot pårørende for denne gruppen. Som beskrevet i kapittel 2 hadde vi samme rekrutteringsstrategi her som for brukerundersøkelsen (samme nettlenke til undersøkelsen), og de som skulle fylle ut måtte velge om de skulle ha skjema for brukere over 16 år, eller om de skulle fylle ut pårørendeskjema for noen under 16 år. Vi antok at det kom til å bli mye vanskeligere å rekruttere pårørende til å svare, og det stemte: kun 55 pårørende fylte ut en eller flere spørsmål i spørreskjemaet, noe som gjør at de deskriptive tallene som gjengis under, må tolkes med forsiktighet. På mange av spørsmålene lå antall besvarelser på rundt 40. Svarene kan likevel tolkes som kvalitative tilbakemeldinger på kommunale tjenester til barn og unge som sliter med psykisk helse, rus, vold, overgrep eller traumer.

3.3.2 Demografiske variabler

Mens brukerundersøkelsen rettet mot voksne hadde en stor overvekt av kvinner som hadde fylt ut, viste det seg at pårørendeundersøkelsen i størst grad var fylt ut for gutter (58 %), men 92 prosent av respondentene var barnets mor. I to prosent av tilfellene hadde far fylt ut, mens seks prosent hadde fylt ut sammen. Majoriteten gjaldt ungdom i alderen 13- 15 år, mens svært få barn i barnehagealder var representert. Høyest andel unge brukere hvis pårørende hadde svart for, kom fra Akershus, Rogaland, Trøndelag og Finnmark. Her hadde mange unnlatt å svare, noe som kan tyde på at de ikke ønsket å vise hvor i landet de svarte fra.

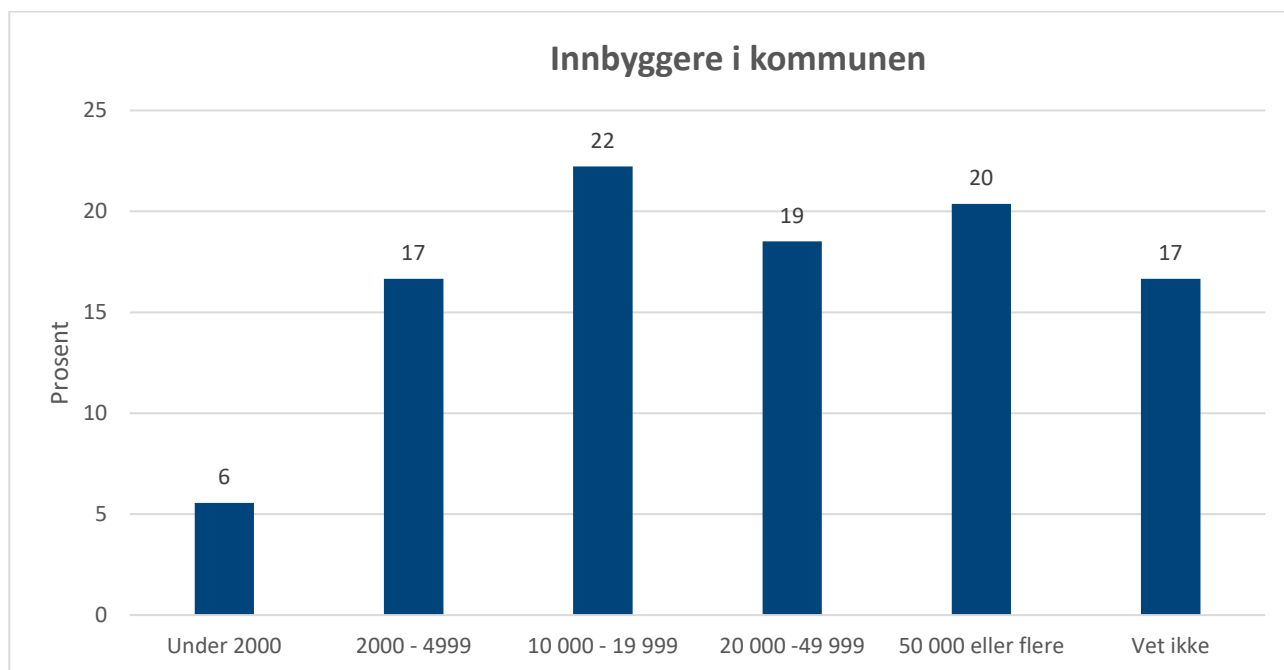


Figur 47 Barnets alder. N = 55.



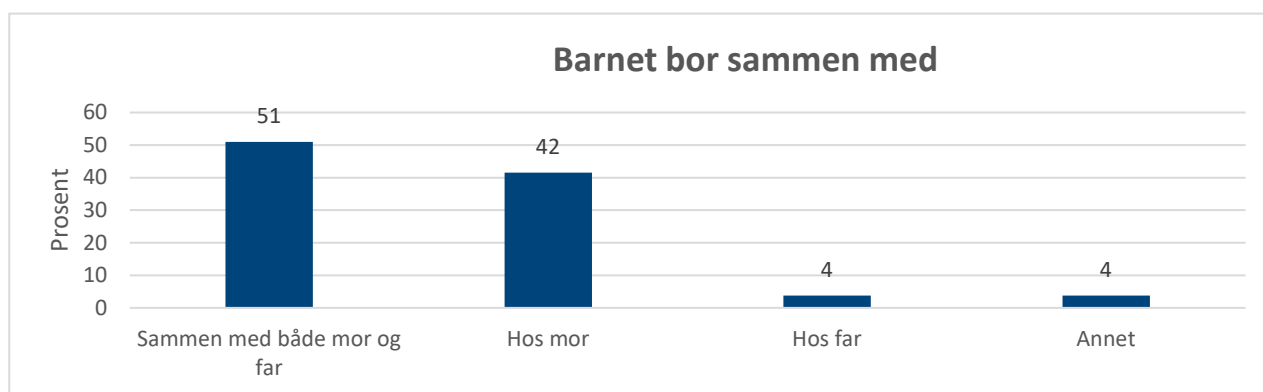
Figur 48 Hvilket fylke bor barnet i? N = 33.

Det var ganske jevn fordeling kommunestørrelsesmessig:



Figur 49 Antall innbyggere i kommunen barnet bor i. N = 54.

Halvparten av barna det ble svart for i undersøkelsen bodde sammen med både mor og far, mens 41 prosent bodde sammen med mor. Fire prosent av barna bodde med far, mens like mange bodde sammen med noen andre.



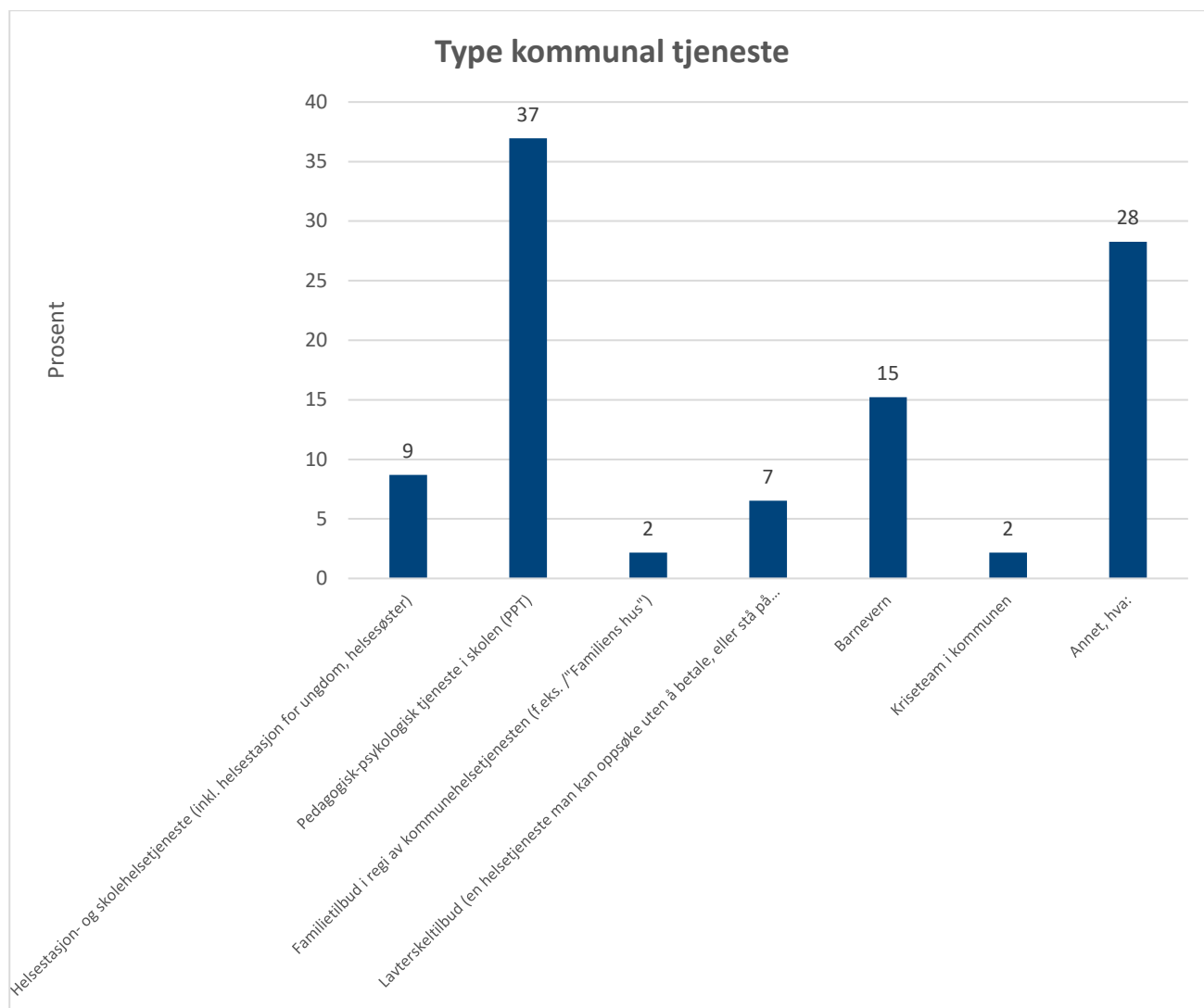
Figur 50 Hvem bor barnet sammen med? N = 53.

3.3.3 Hvilken tjeneste har de pårørende svart for?

En høy andel av de som har svart, har svart for opplevelsene med PPT (37 %), Femten prosent har svart for tjenester fra barnevernet, ni prosent fra helsestasjons- og skolehelsetjenste, sju prosent fra laverskeltiltak, to prosent fra familietiltak i kommunene, to prosent fra kriseteam, og 28 prosent krysset av på "Annet". Her

viste det seg at flere hadde skrevet inn "Rus- og psykiatritjenesten", fire hadde skrevet inn BUP (vi valgte likevel å inkludere dem i svarene), og resten hadde navngitt noen spesifikke kommunale tjenester.

På spørsmål om hvordan barnet kom i kontakt med tjenesten, viste det seg at i 38 prosent



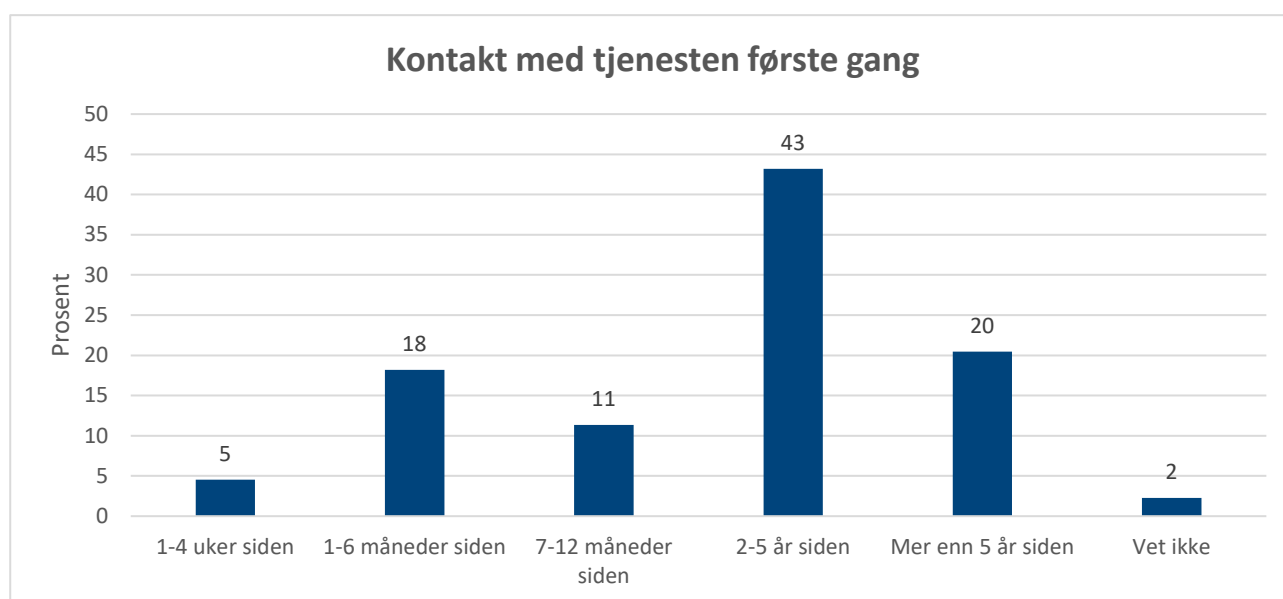
Figur 51 Hvilken type kommunal tjeneste var barnet sist i kontakt med på grunn av psykisk helse- og/eller rusproblematikk, vold/overgrep eller traumer? (Dette er tjenesten du skal ha i tankene gjennom resten av denne spørreundersøkelsen). N = 49.

På spørsmål om hvordan barnet kom i kontakt med denne tjenesten, viser det seg at i 38 prosent av 47 tilfeller hadde de pårørende tatt kontakt selv. I 26 prosent av tilfellene var det skole eller barnehage som henviste og i 15 prosent av tilfellene var det en annen kommunal tjeneste som barnet og/eller de pårørende hadde vært i kontakt med som henviste. Fastlegen hadde henvist i fire prosent av tilfellene, barnet hadde tatt kontakt selv i to prosent av tilfellene, og sykehus og NAV hadde henvist to prosent hver. Fem respondenter hadde også skrevet inn noe på "Annet", og her kom det fram at tjenesten hadde tatt kontakt

med ett av barna selv, kriseteamet hadde kontakt i forbindelse med et selvmord, en onkel hadde tatt kontakt for ett av barna, og pårørende hadde involvert fylkesmannen i ett av tilfellene.

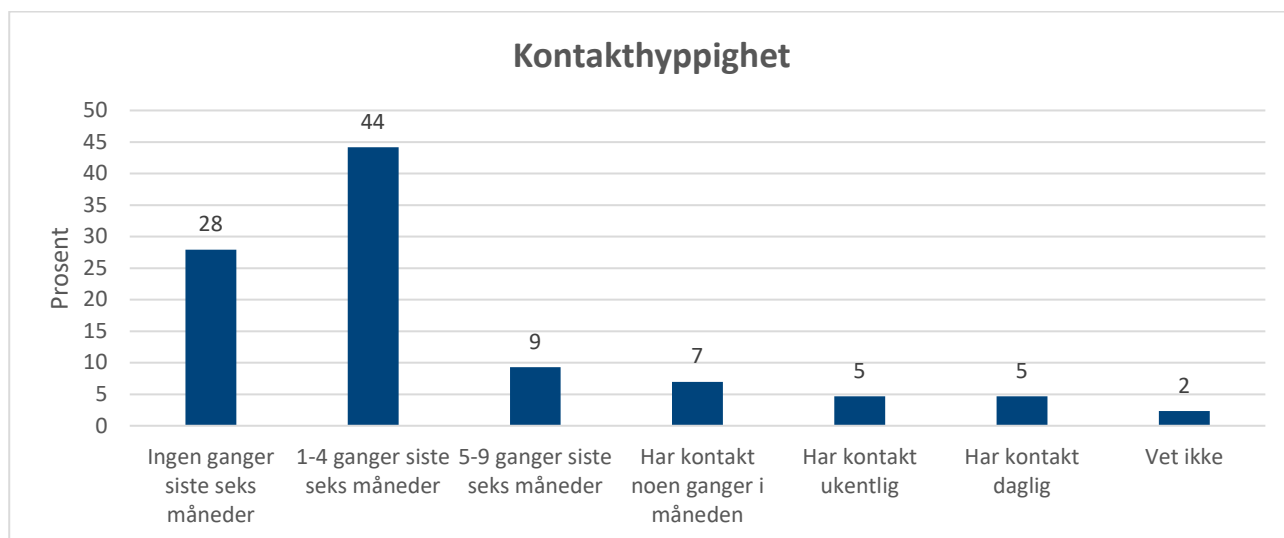
3.3.4 Erfaring med tjenesten over tid

De aller fleste hadde hatt kontakt med denne tjenesten i mer enn to år, mens 29 prosent hadde fått kontakt med tjenesten 1-12 måneder tilbake i tid. Fem prosent hadde kun noen ukers erfaring med tjenesten.



Figur 52 Hvor lenge siden er det barnet fikk kontakt med denne psykisk helse- og/eller rustjenesten i kommunen for første gang? (Sett ett kryss. Her mener vi den kommunale tjenesten barnet sist var i kontakt med, og som du skal ha i tankene når du svarer på denne undersøkelsen). N = 44.

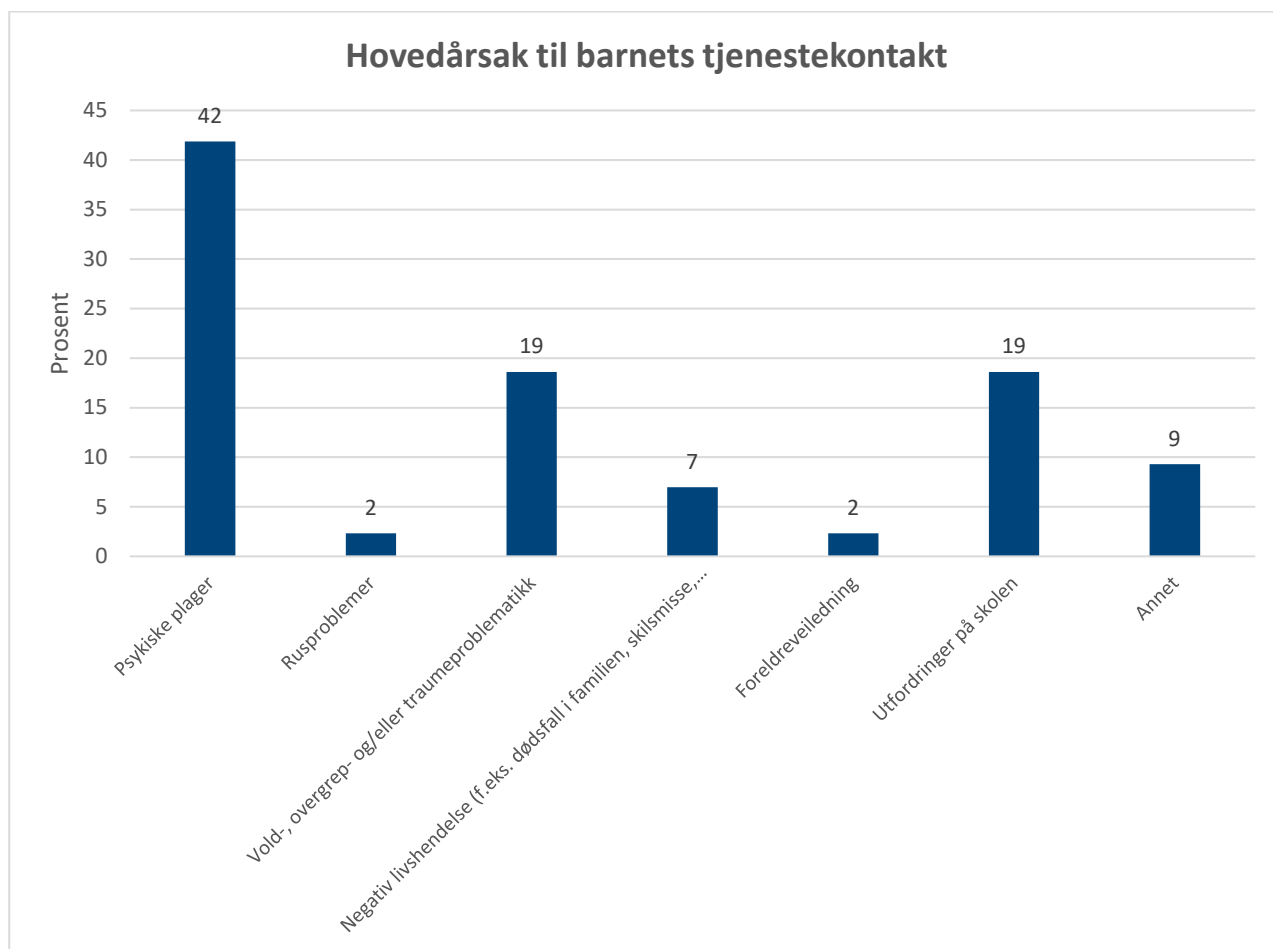
Over halvparten hadde hatt kontakt med tjenesten 1-9 ganger i løpet av siste seks måneder. 28 prosent hadde ikke hatt kontakt med tjenesten siste seks måneder, mens 10 prosent har kontakt daglig eller ukentlig.



Figur 53 Hvor ofte har barnet vært i kontakt med den tjenesten du svarer for i løpet av de siste 6 månedene? (Ikke regn med besøk hos fastlegen). N = 43.

3.3.5 Årsaker til at barnet har hatt kontakt med tjenesten

En høy andel av oppfølgingen av disse barna har handlet om psykiske plager, vold, overgrep og/eller trauproblematikk. Til sammen har over 60 prosent av barna vært i kontakt med tjenester av slike årsaker. Nær én av fem har kommet i kontakt med tjenesten på grunn av utfordringer på skolen, mens rusproblematikk og foreldreveiledning utgjør kun 2 prosent hver.



Figur 54 Hva var hovedårsaken til at barnet/ungdommen fikk kontakt med dette psykisk helse- og/eller rustilbudet i kommunen? (sett ett kryss på det alternativet som passer aller best). N = 43.

3.3.6 Var tjenesten nødvendig, og hvilken helsetilstand var barnet i?

Vi spurte om det opplevdes som nødvendig eller unødvendig at barnet skulle få tjenester fra kommunen første gang barnet kom i kontakt med tjenestene. Her svarte 60 prosent av de 43 som svarte på spørsmålet at det var ganske nødvendig eller svært nødvendig, 12 prosent svarte både/og, mens 28 prosent svarte ganske (2 %) eller svært unødvendig (26%). Over halvparten (55 %) svarte også at barnets helse var ganske (19 %) eller svært dårlig (36 %) på det tidspunktet de fikk kontakt med tjenesten. 38 prosent svarte både og, mens sju prosent svarer ganske bra eller svært bra.

3.3.7 Individuell plan, ansvarsgruppe, tid til samtaler og forståelse for problematikken

Kun 17 av barna det ble svart for hadde individuell plan, og rundt 60 prosent var fornøyd med denne planen, resten var misfornøyd. 20 av barna det ble svart for hadde ansvarsgruppe, og også her var 60 prosent ganske eller svært fornøyd. Én av fire var svært misfornøyd med barnets ansvarsgruppe. På spørsmål om barnet har fått nok tid til samtaler og kontakt med de som jobber i tjenesten, hadde 40 respondenter svart. 48 prosent

hadde svart i liten grad eller ikke i det hele tatt, 28 prosent svarte i noen grad, 20 prosent i stor grad, og tre prosent i svært stor grad. Likeledes var det 34 prosent av respondentene som hadde svart at de ikke opplevde at de som jobber i tjenesten har forstått barnets situasjon. Omtrent like høy andel (36 %) svarte i stor eller svært stor grad.

3.3.8 Psykologhjelp

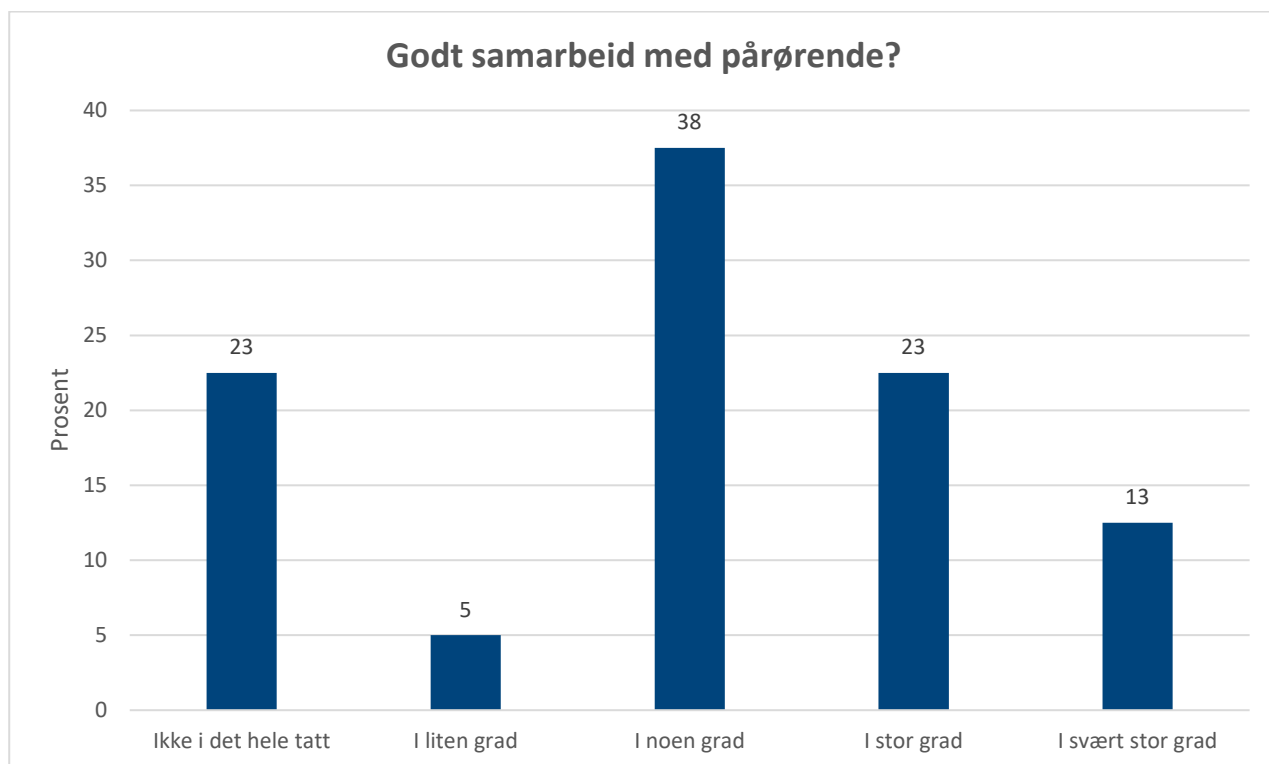
Det er kun fem av barna det er svart for i undersøkelsen som har mottatt psykologhjelp, og det blir egentlig for få respondenter til at en deskriptiv presentasjon har noe for seg. Disse har vært i kontakt med psykologen 1-4 ganger i løpet av det siste året. Fire av barna har hatt individuelle samtaler med psykolog, mens ett av barna har hatt samtaler med psykolog og pårørende samtidig. Respondentene for fire av barna har svart på spørsmål om fornøydhet med tjenestetilbudet, og dette er svært spredt – rett og slett én stemme til hver av kategoriene – fra i liten grad, til i svært stor grad. Tre hadde svart på om hjelpen barnet fikk fra psykolog hadde bedret helsetilstanden, og også her var svarene spredt. På spørsmål om hva man var fornøyd eller misfornøyd med, kom det tre svar. Det første handlet om at psykologen plutselig ble borte.

Forståelsesfull fagperson som har anerkjent barnets tanker. (Sitat 1)

Det var lavterskel, ikke henvisning. Psykologen var imøtekommende, forståelsesfull og kom med gode konstruktive innspill. Barnet var henvist til BUP for utredning, og psykologen var kun inne en kort periode. Det ble vurdert at hun skulle trekke seg ut, slik at det ikke ble for mange involvert. Noe som var synd, da behandler i BUP i svært liten grad forstod situasjonen barnet var i på skolen, og ikke klarte å hjelpe eller beskytte barnet fra overgrepene på skolen (utstrakt bruk av alvorlig tvang) og manglende forståelse (atferdsvansker ble forstått som uoppdragenhet og manglende grenser, men var uttrykk for manglende mestring, angst og redsel). Psykologen forstod dette, og vi ville nok fått bedre hjelp av henne enn det vi fikk gjennom BUP. (Sitat 2)

3.3.9 Involvering av pårørende

På spørsmål om de pårørende har opplevd godt samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten de svarer for, er det 28 prosent som er misfornøyd, mens resten i en eller annen grad er fornøyd. 26 prosent er i stor grad, eller i svært stor grad, fornøyd.



Figur 55 Opplever du at de som jobber i kommunehelsetjenesten har samarbeidet godt med deg som pårørende? N = 40.

På spørsmål om hvorfor de tror at de ikke har blitt involvert, har kun elleve personer svart. Fem stykker svarte at de ansatte i liten grad har involvert dem, selv om det har vært ønsket. To har svart "Vet ikke", mens resten har svart "Annet". Annet-kategorien inneholdt følgende kommentarer:

Grunnholdning forutinntatt holdning om at foreldre gjør noe feil når barnet har det dårlig. Når vi som foreldre forsøker å løfte fram at vi tror barnet strever med noe uavhengig av oss som foreldre, er det stemplet som «behandlingsmotarbeidende atferd» av foreldre. Etter flere år og mye press fra oss ble det så avdekket at barnet har asperger. (Sitat 1)

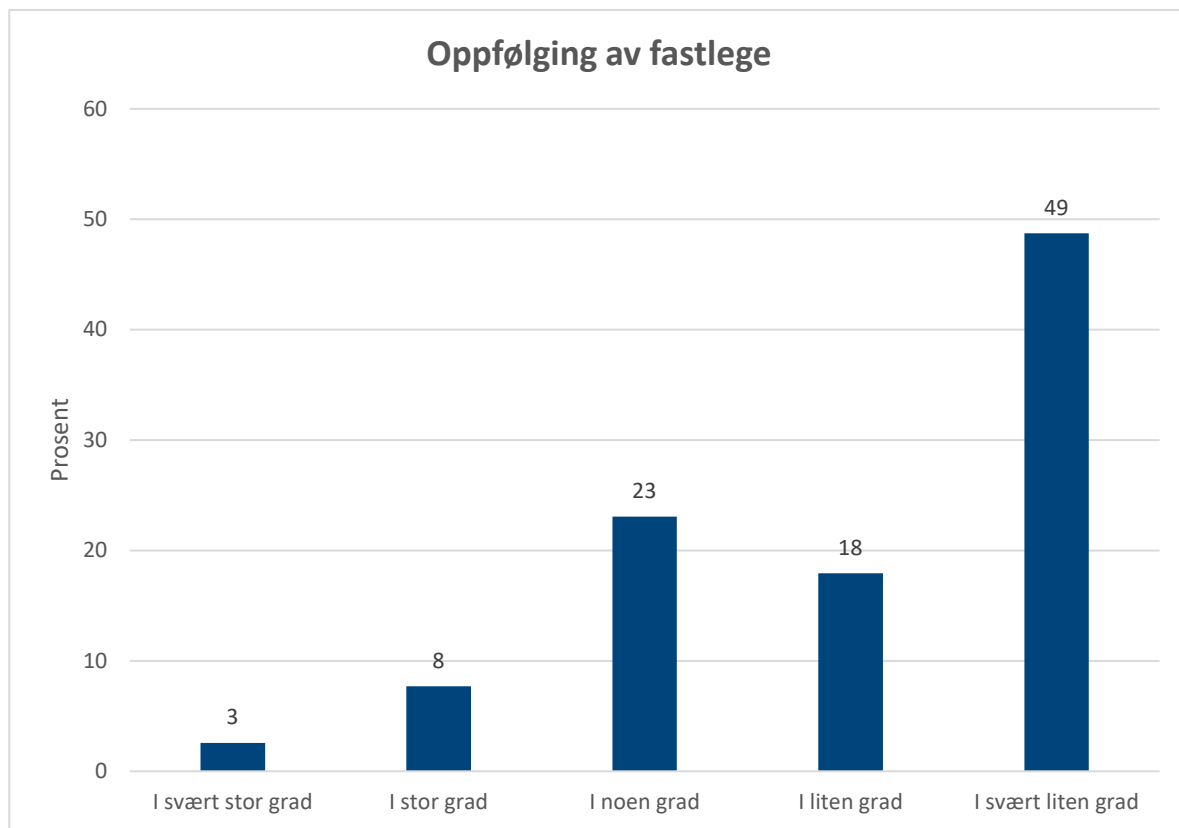
De har ikke kunnskap og liten vilje til å sette seg inn i problematikken. (Sitat 2)

Mangel på generell kunnskap i sitt yrke. (Sitat 3)

Regelverket hindrer de ansatte å gi tjenestene vi har behov for (Sitat 4)

3.3.10 Fastlegesamarbeid om barnet

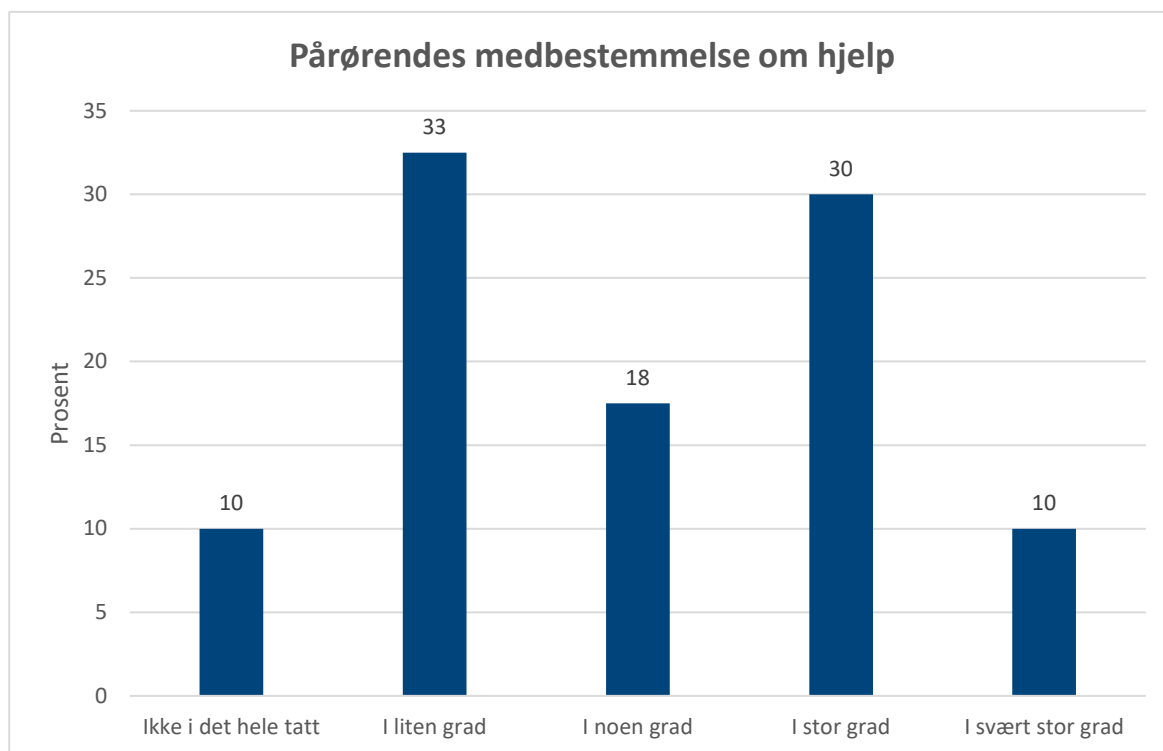
På spørsmål om barnet har fått oppfølging fra fastlegen på utfordringene sine, svarer et stort flertall av de 39 pårørende at de i liten grad har blitt fulgt opp av fastlegene. Kun 11 prosent følges i stor eller svært stor grad opp av fastlege. Dette er betraktelig mindre enn svarene fra brukerundersøkelsen blant voksne.



Figur 56 I hvilken grad får barnet oppfølging fra fastlegen for de problemene det har vært i kontakt med psykisk helse- og rusarbeid i kommunen for? N = 39.

3.3.11 Pårørendes medbestemmelse

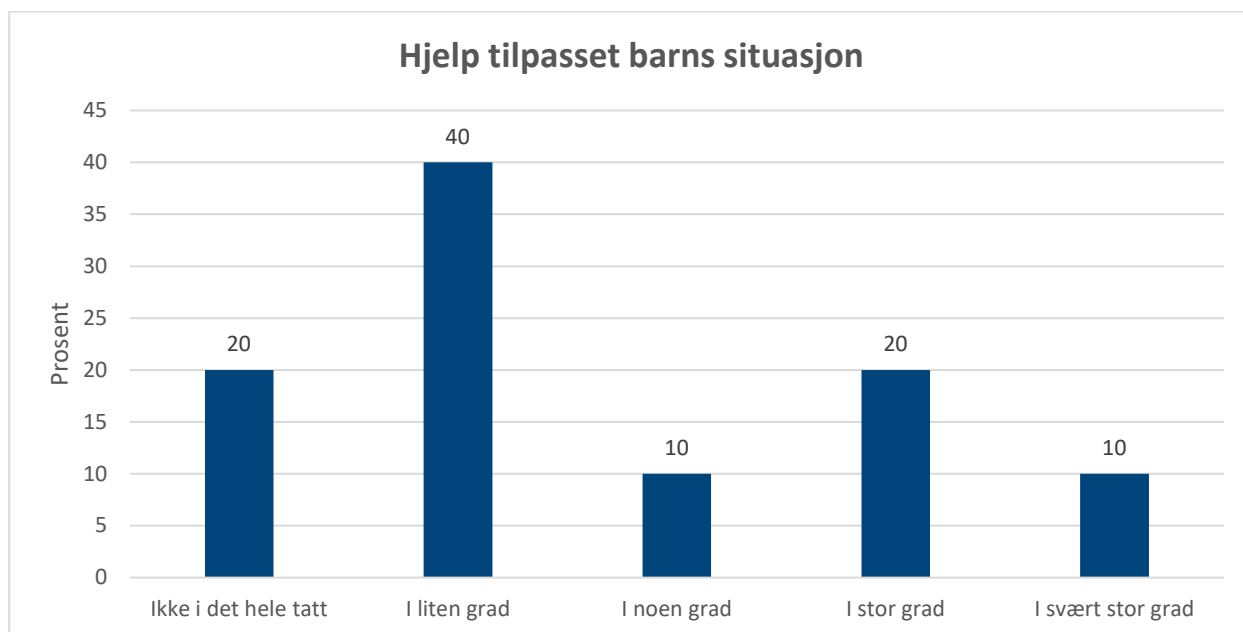
Det var delte meninger om i hvilken grad de pårørende har fått være med å bestemme hvilken hjelp barnet skal få. Her delte svarene seg omtrent på midten – med en liten overvekt av respondenter som svarer at pårørende i liten grad har fått være med å bestemme.



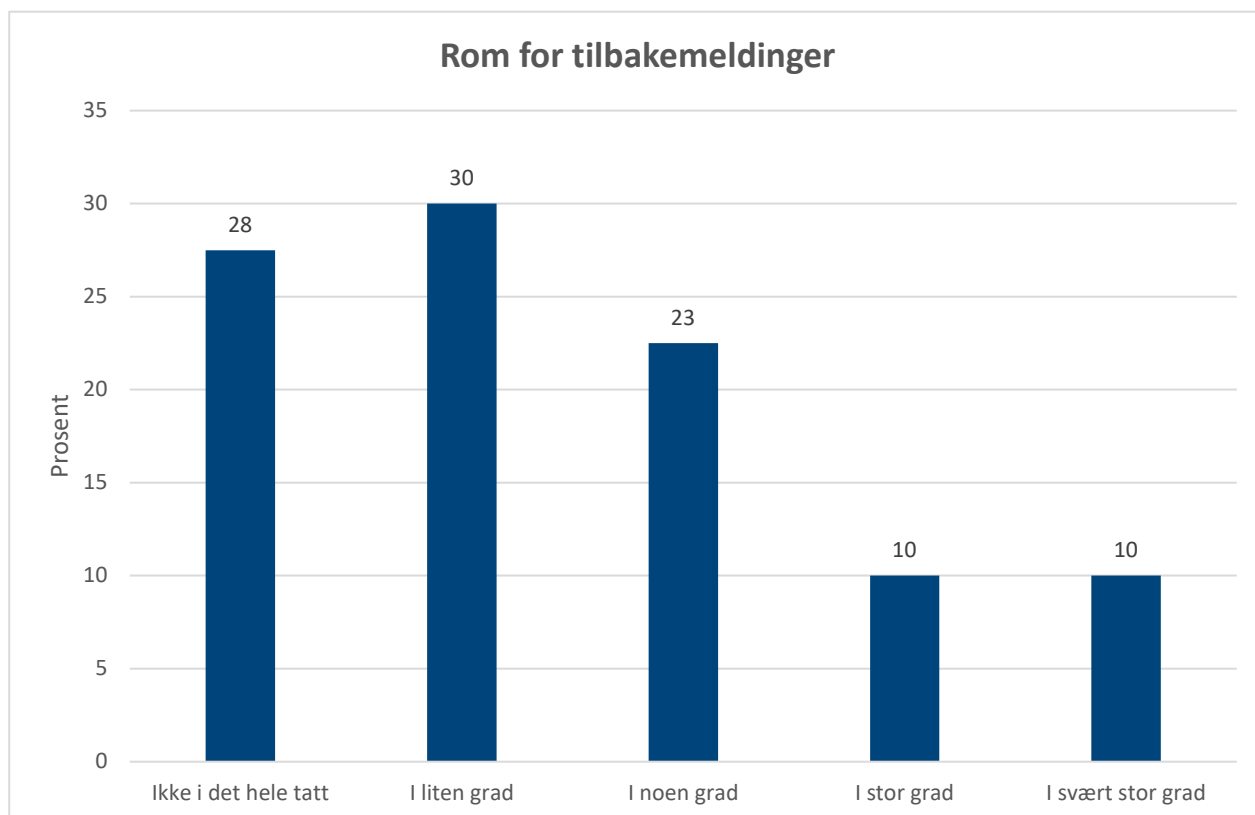
Figur 57 Har du/dere som pårørende fått være med å bestemme hvilken hjelp barnet skal få? N = 40.

3.3.12 Hjelpens tilpasning til barnets situasjon

Av de 40 som besvarte problemstillingen, var storparten (60 %) misfornøyd med graden av tilpasning til barnets situasjon som de kommunale tjenestene har vært i stand til å gjøre. 30 prosent svarer i stor eller svært stor grad. Det er også en overvekt av de pårørende som mener det i liten grad er rom for å gi tilbakemelding på de tjenestene barnet deres har fått.



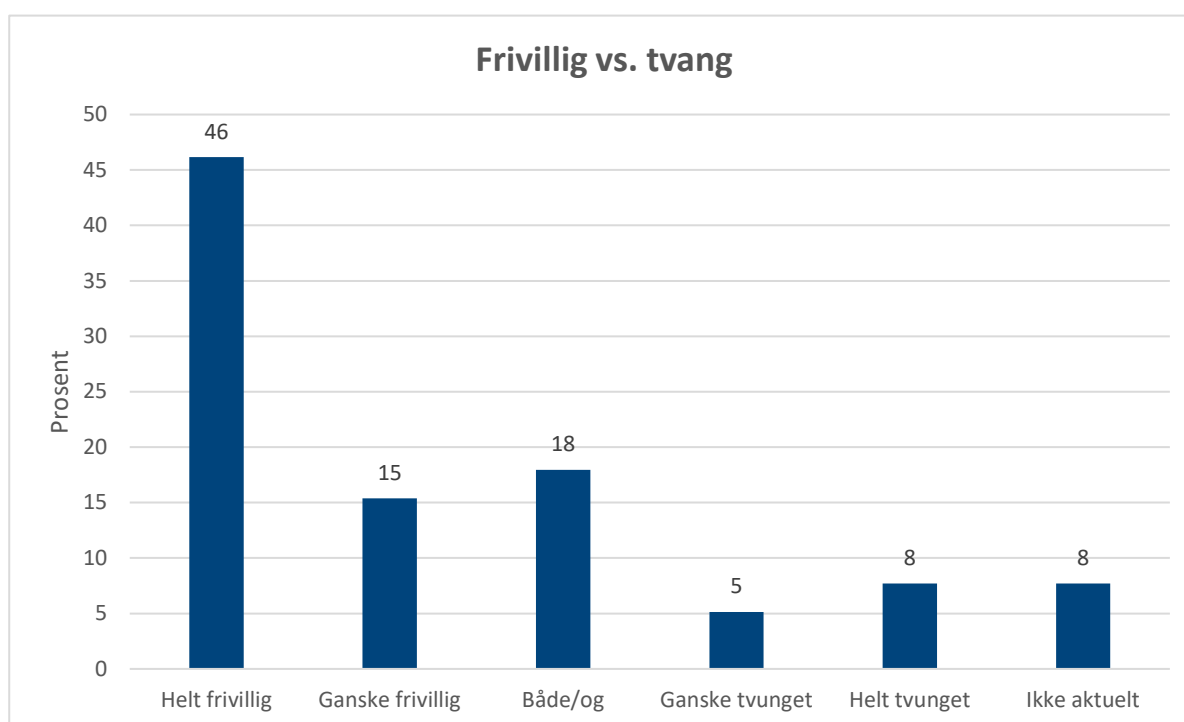
Figur 58 Opplever du at den hjelpen barnet har fått fra de kommunale helsetjenestene har vært tilpasset barnets situasjon? N = 40.



Figur 59 I hvilken grad synes du det er rom for å gi tilbakemeldinger til de ansatte på det tilbudet barnet har fått? N = 40

3.3.13 Var hjelpen frivillig?

På spørsmål om de pårørende opplevde at tjenestene barnet har fått fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten har vært frivillig eller tvungen, er det et flertall på 61 prosent som mener de har mottatt hjelp helt frivillig (46 %) eller ganske frivillig (15 %). 18 prosent har svart både/og, fem prosent ganske tvunget og åtte prosent helt tvunget.



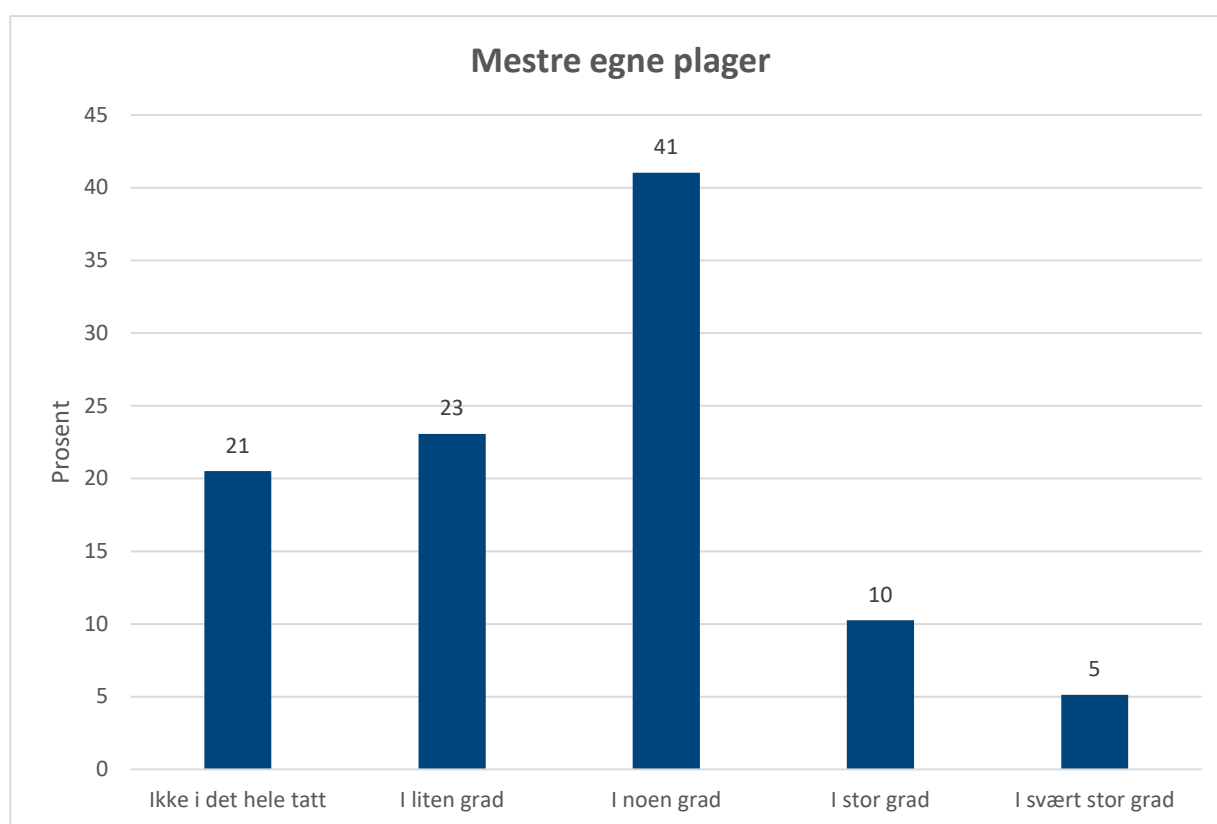
Figur 60 Opplever du at hjelpen barnet får fra kommunehelsetjenesten er frivillig, eller følger du at barnet er tvunget til å ta imot hjelp? N = 39.

3.3.14 Informasjon og samtaler, nedlatende holdninger

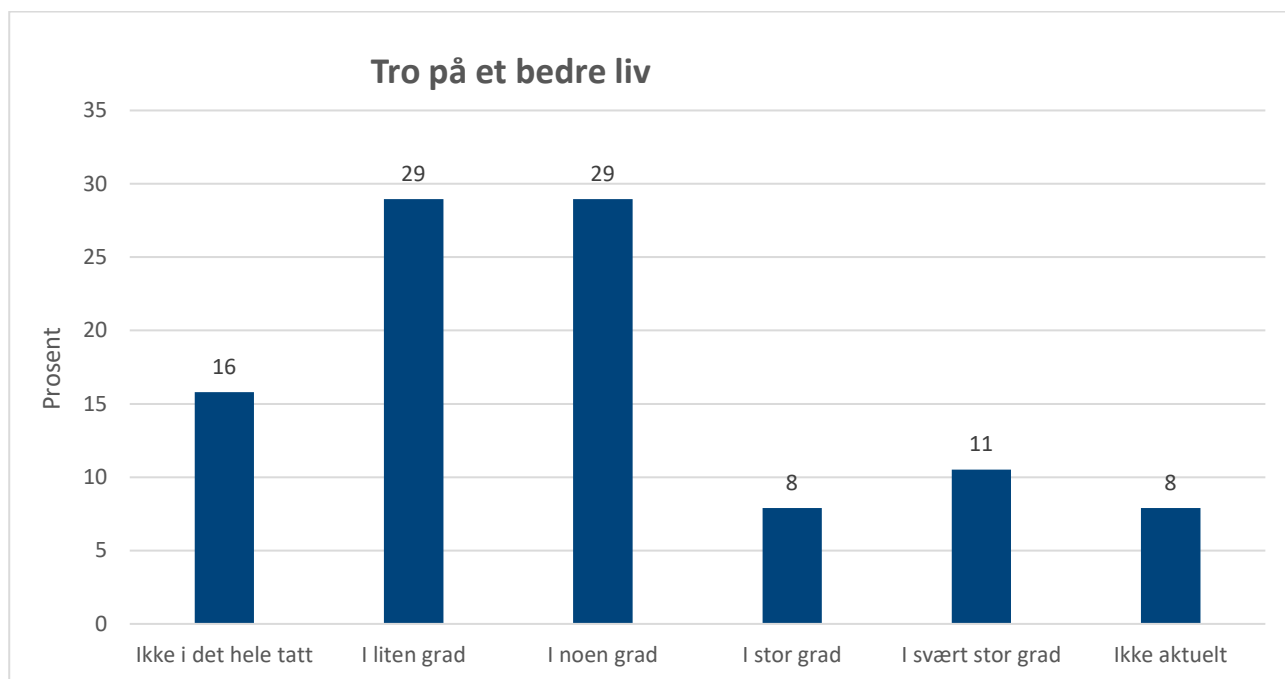
Over 60 prosent av respondentene synes ikke de har fått tilstrekkelig informasjon om behandlingen barnet har mottatt eller mottar. Kun ti prosent svarer i stor grad eller i svært stor grad. Videre er det kun 31 prosent av de pårørende som har fått tilbud om samtale fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Over halvparten (56 %) har også følt at de som pårørende har blitt behandlet nedlatende eller krenkende av de ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester. Et flertall på 58 prosent av respondentene mener at barnet har fått irrelevante eller feile opplysninger.

3.3.15 Mestring og troen på et bedre liv

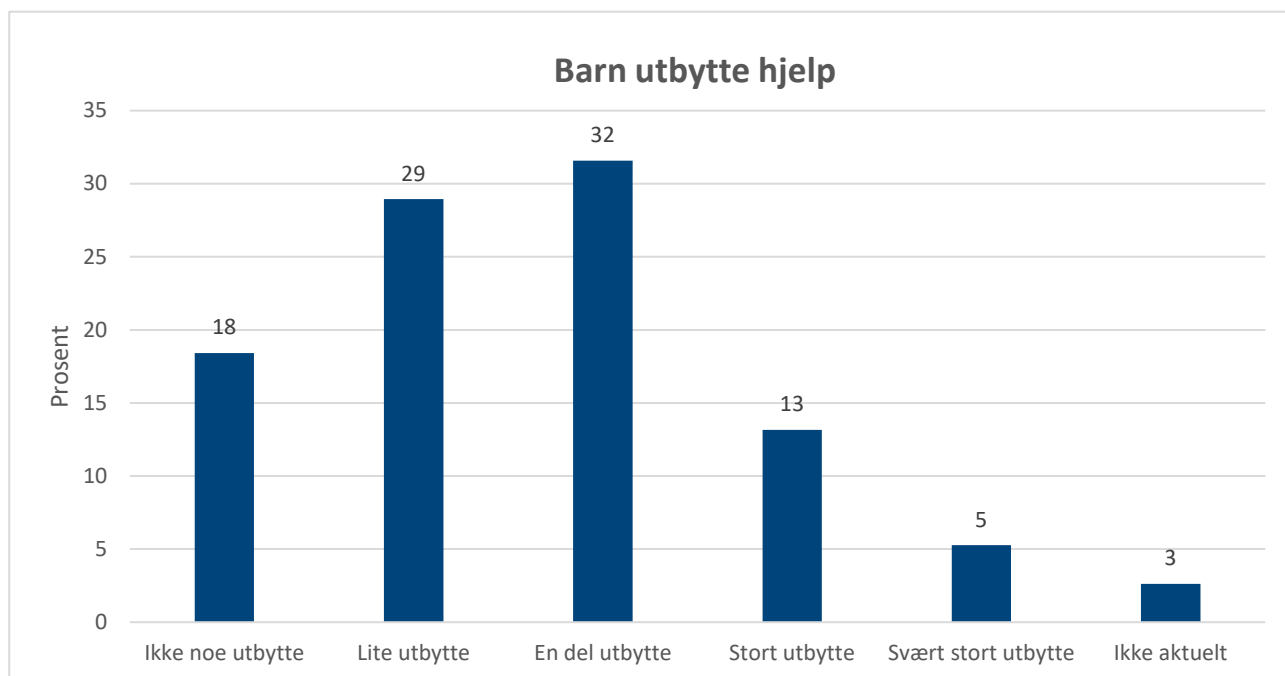
Selv om det kun er femten prosent av respondentene som mener at barnet blir bedre i stand til å mestre egne plager som følge av hjelpen fra psykisk helse- og rustjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er det 41 prosent som har svart "I noen grad". Førtifire prosent har svart i liten grad eller ikke i det hele tatt. Fordelingen er relativt lik på spørsmålet om de pårørende tror hjelpen fra kommunale psykisk helse- og rustjenester gir dem tro på at barnet vil få et bedre liv. Rundt atten prosent av de pårørende synes barnet har hatt stor, eller svært stort, utbytte av de kommunale tjenestene.



Figur 61 Gjør hjelpen barnet får fra kommunale psykisk helse- og rustjenester barnet bedre i stand til å mestre egne plager? N = 39.



Figur 62 Gir hjelpen barnet får fra kommunale psykisk helse- og rustjenester dere tro på at barnet vil få det bedre i livet sitt? N = 38.



Figur 63 Alt i alt, hvilket utbytte har barnet hatt av den hjelpen dere har mottatt fra kommunale psykisk helse- og rustjenester så langt? N = 38.

3.3.16 Andre tilbud

Vi spurte hvilke andre typer tilbud barnet hadde mottatt siste tolv måneder, der PPT og helsestasjons- og skolehelsetjeneste var de hyppigst nevnte.

Tabell 7 Tabell over andre typer tjenester mottatt.

Type tiltak/tjeneste	Prosent ja
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste/helsesøster	47
Pedagogisk-psykologisk tjeneste i skolen (PPT)	58
Hyppige besøk hos fastlegen (med hyppig menes minst en gang i måneden eller oftere)	7
Aktivitetstilbud/støttekontakt i regi av kommunen	22
Behandling i sykehus (innlagt for psykiske plager eller rusbehandling)	24
Behandling i sykehus (kroppslige plager)	10
Behandling ved distriktpsikiatrisk senter (polikliniske samtaler)	36
Oppsøkende team/oppfølgingsteam fra sykehus	3
Ruskonsulent	0
Psykologtjeneste	22
Barneverntjenester	28
Krisesenter	0
Flyktningetjenester	0

3.4 Spørreundersøkelse blant studenter på profesjonsstudiet i psykologi

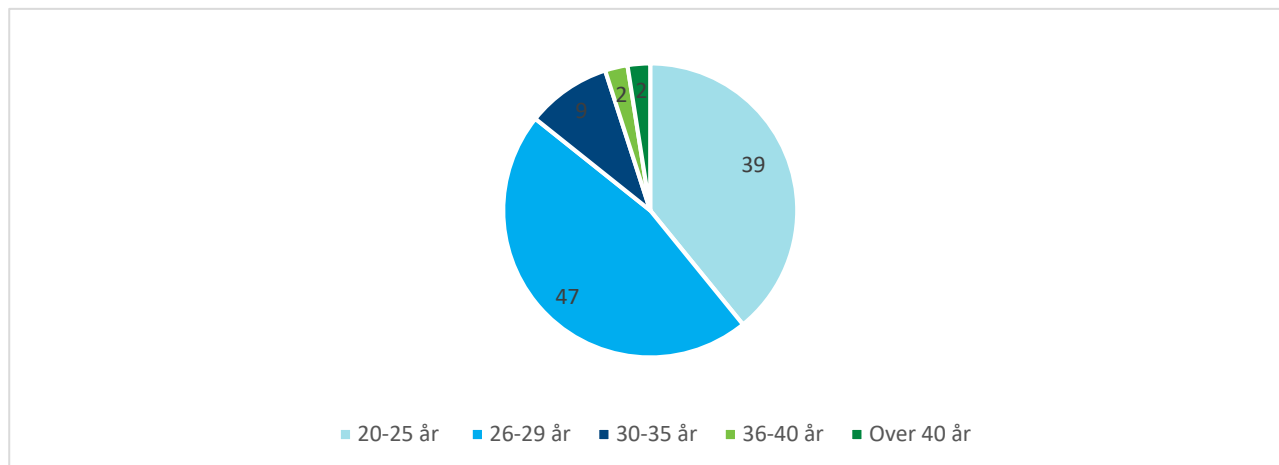
I mai/juni 2018 fikk alle studenter på 4., 5. og 6.-året på profesjonsstudiet i psykologi, ved alle fire universiteter som tilbyr profesjonsutdanningen, tilsendt undersøkelsen. Formålet var å kartlegge studentenes kunnskap om, interesse for og forventninger til det å potensielt skulle jobbe som psykolog i kommunale helse- og omsorgstjenester etter endt studium.

3.4.1 Respons

I følge de fire universitetene skal det ha vært omtrent 990 studenter som mottok forespørsel om deltakelse i undersøkelsen på landsbasis. Vi mottok svar fra 161 studenter, dvs. kun 16,3 prosent av den totale studentmassen. Vi må kunne anta at universitetene, som sendte ut undersøkelsen på vegne av SINTEF, sitter på riktig e-postinformasjon til sine studenter, og at de aller fleste studentene har tatt aktivt stilling til om de skulle svare eller ikke. Mai/juni er en ekstra travel tid for studentene, og selv om undersøkelsen var kort (5-10 minutter utfyllingstid), skulle vi ideelt sett kunne sendt ut undersøkelsen tidligere på våren, før eksamenstiden. Studentundersøkelsen var imidlertid del av den utvidede evalueringen (utvidet Opsjon 1 i følgeevalueringen), og vi var derfor tvunget til å søke NSD om ny tilråding av prosjektet før vi kunne gjøre intervju og sende ut undersøkelsene. Søknad til NSD ble sendt i februar, og tilråding kom ultimo april.

3.4.2 Kjønn, alder og lengde på studieforløp

32 menn og 129 kvinner svarte på undersøkelsen, tilsvarende en prosentandel på 20/80. Andelen menn på profesjonsstudiet har ligget på 20-30 prosent ved de fire universitetene de siste årene¹¹, og det har det siste tiden vært debattert kjønnskvoltering av menn til profesjonsutdanningen i psykologi¹².



Figur 64 Andel (%) studentrespondenter i ulike aldersgrupper. N = 161.

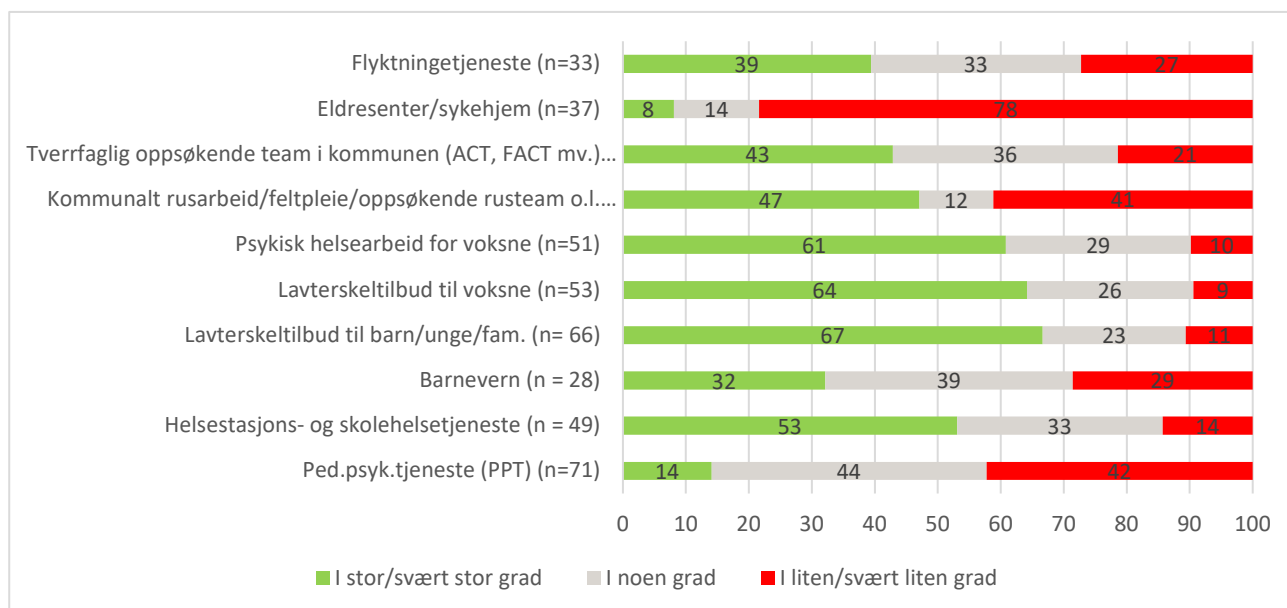
Av de 161 studentene var 63 (39 %) i alderen 20-25 år, 75 (47 %) i alderen 26-29 år, 15 (9 %) i alderen 30-35 år og 4 (2 %) hhv. 36-40 år og over 40 år. Når det gjaldt hvor langt i studieforløpet de enkelte var kommet, var 42 studenter (26 %) på 4.-året, 54 studenter (34 %) på 5.-året og 65 studenter (40 %) på 6.-året.

3.4.3 Førstelinjepraksis

Av de 161 respondentene, svarte 133 (83 %) at de hadde gjennomført en eller annen form for førstelinjepraksis hittil i studiet. De som hadde gjennomført en eller annen form for førstelinjepraksis, ble så spurt i hvilken grad det fristet til gjentakelse i form av fast jobb i den tjenesten de hadde praksis i. De fikk oppgitt en liste med typiske tjenester man kan ha praksis i førstelinjetjenesten, og ble bedt om å gradere bare de tjenestene de hadde erfaring fra. I figuren under oppgis prosentandel for de som svarte hhv. i stor grad/i svært stor grad, i noen grad eller i liten/svært liten grad på de enkelte tjenestene. Antall (n) som svarte for hver av de respektive tjenestene er oppgitt i parentes. Som vi ser av svarene er det mange som kan tenke seg å jobbe i lavterskeltilbud i førstelinjetjenesten, mens eldresenter, rus og PPT i mindre grad frister til gjentakelse.

¹¹ <https://www.nrk.no/ostlandssendingen/enorm-guttemangel-pa-psykologi-studiet-1.12237353>

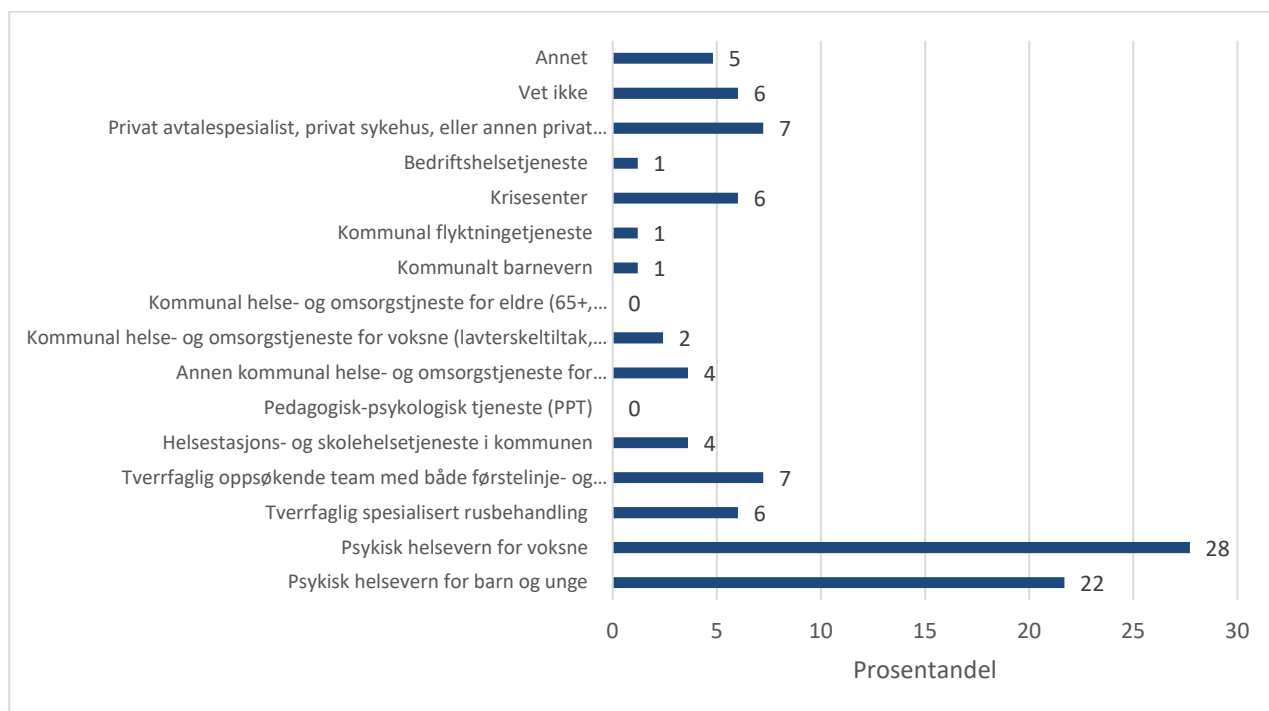
¹² <https://forskning.no/skole-og-utdanning-kjonn-og-samfunn-ntb/uo-vil-kvotere-inn-menn-pa-psykologistudiet--far-blankt-avslag/1214683>



Figur 65 Hvis du har gjennomført noen form for praksis i førstelinjetjenesten i løpet av studietiden, i hvilken grad fristet det til gjentakelse i form av fast jobb i denne tjenesten? Andel (%) som svarte på gradering av spørsmålet, der vi har lagt sammen hhv. i svært stor og stor grad, og i liten/svært liten grad. N = 161.

3.4.4 Hovedpraksis

Omtrent halvparten (48 %) av de 161 respondentene var i gang med å gjennomføre eller hadde gjennomført hovedpraksis da de besvarte undersøkelsen sent våren 2018. De 83 studentene som *ikke* hadde gjennomført hovedpraksis ble spurt om hvor de ville velge å ha sin praksis, hvis de fikk velge fritt. Svarene fordelte seg andelsmessig slik:



Figur 66 Hvis du fikk velge, hvilken type tjeneste ville du velge å ha hovedpraksis i? Andel (%) av de som ikke hadde vært i hovedpraksis som svarte det respektive alternativ. Det var kun mulig å velge ett alternativ. N = 83.

Over halvparten (55 %) av studentene ville valgt å ha hovedpraksis i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling). For øvrig var det flere som kunne tenke seg hovedpraksis i tverrfaglig oppsøkende team med personell fra både førstelinja og spesialisthelsetjenesten, i private tjenester eller på kriresenter. Ingen svarte at de ønsket praksis i PPT eller kommunale helse- og omsorgstjenester for eldre. Hvis vi ser de kommunale tjenestene listet i figuren under ett, kunne 18 prosent av de 83 respondentene tenke seg hovedpraksis i førstelinjetjenesten. Vi hadde også lagt til fritekst-spørsmål om hvorfor de svarte som de svarte på spørsmålet om hvor de ønsket å ha hovedpraksis. Her et utvalg av de mest utfyllende svarene med begrunnelse for valget:

*Det er i dette området jeg har min hovedinteresse. **Psykisk helsevern for voksne** inkluderer et vidt spekter av problemstillinger, og innbefatter også rus (som ville vært mitt andrevalg). Spesielt unge voksne ville vært mitt hovedvalg, da det fremdeles er tidlig i livet for klientene og dermed kan tenkes at behandling/samtalerapi har større påvirkningskraft. Endringsarbeid er svært interessant, og innen psykisk helsevern for voksne kan man jobbe med et vidt spekter av klienter og dermed kunne trene på ulike kliniske og interpersonlige ferdigheter.*

Du jobber under relativt faste rammer, noe som er betryggende første gang man skal prøve seg over lengre tid. På **BUP** får du ofte jobbe med både barn, og barnets familie, samt samarbeide med skole og andre instanser. I tillegg er det en tendens til at pasienter/klienter dukker opp til timene sine i BUP, noe som gjerne i mindre grad er tilfellet på en DPS eller i førstelinjetjenesten. Jeg anser også BUP for ofte å ha et høyt faglig nivå, da det jobber flere psykologer samme sted i tillegg til andre faggrupper.

Eg er interessert i psykoterapi, og ønskjer å lære av erfarne fagfeller på dette området. Mange av dei dyktigaste terapeutane i Norge arbeider innanfor **avtalespesialistordninga**.

Fordi jeg ønsker å ta spesialisering i **klinisk voksenpsykologi**. Og fordi jeg tror at det ville vært stor variasjon i pasientene en møter her.

Jeg synes **bedrifthelsetjeneste** er viktig for enhver arbeidsplass, og har inntrykk av at det å ha praksis innen bedrifthelsetjenesten gir variasjon i faglige utfordringer man kan møte på, og således også et godt grunnlag for ferdighetstrening innen flere områder av psykologien. Dessuten ønsker jeg i utgangspunktet ikke praksis med mye vekt på tung problematikk, da jeg mest sannsynlig ønsker å jobbe med mild-moderat problematikk etter studiet.

Jeg synes forebyggingsarbeid er veldig spennende og ekstremt viktig. Samtidig har jeg lyst på erfaring innen spesialisthelsetjenesten også, ettersom det er mange jobber der og jeg sannsynligvis må jobbe der i noen år for å få spesialisert meg. **Oppsøkende team** synes jeg er et flott tilbud, og jeg liker godt å jobbe tverrfaglig og ser virkelig verdien i det.

Jeg vil enten jobbe klinisk med voksne eller bli forsker. Foretrekker voksne fordi jeg ikke har noen erfaring med barn, og vil gjerne kunne ha mer voksne samtaler med klientene mine. Vil helst jobbe med psykoselidelser, derfor er **spesialisthelsetjenesten for voksne** mer relevant enn det meste i førstelinjen.

Jeg ønsker å arbeide med barn og er veldig opptatt av å arbeide i **team** som gjør tjenesten man yter mer helhetlig, dette vet jeg de gjør i **BUP**. Refererer da til tbup og tilknyttede ressurser som lege, helsestasjon, skole, barnehage, fysioterapeut og andre helsearbeidere som kan være nødvendig for å hjelpe det aktuelle barnet. Vet denne kontakten ikke er optimal i forhold til rask formidling av bistand, men som enkeltstående psykolog vil man være mindre egnet til å skaffe tilveie slike ressurser på kort varsel. Optimalt sett ville jeg arbeidet på et sted som hadde alle disse på stedet, men det finnes vel ikke per i dag.

Av de 78 studentene som var i hovedpraksis eller hadde avsluttet denne, hadde 45 av dem (58 %) hatt hovedpraksis i spesialisthelsetjenesten (27 % i BUP, 23 % i VOP, 6 % i TSB, 1 % i oppsøkende team med kun spesialisthelsetjeneste). Resten av studentene hadde hatt hovedpraksis i helsestasjons- og skolehelsetjeneste eller annen kommunal helse- og omsorgstjeneste for barn og unge, i kommunal helsetjeneste for voksne, på privat sykehus eller hos privat avtalespesialist, samt på somatisk sykehus og militæret.

De 45 studentene som svarte at de hadde hatt hovedpraksis i spesialisthelsetjenesten fikk spørsmål om de kunne tenkt seg å ha hovedpraksis i førstelinjetjenesten i stedet for spesialisthelsetjenesten. Til dette svarte

halvparten av dem "ja" (49 %), 31 prosent av dem svarte "nei", mens 20 % svarte "vet ikke". Vi spurte videre om en kort begrunnelse for hvorfor de hadde svart som de hadde svart på det foregående spørsmålet om de kunne tenke seg å ha hovedpraksis i førstelinja, selv om de hadde hatt praksis i spesialisthelsetjenesten, dette er begrunnelsene vi fikk:

Jeg synes det er veldig viktig med forebyggende arbeid og tidlig intervensjon. Som snart nyutdannet psykolog kjenner jeg også på et behov for å begynne å jobbe med de som har lettere psykiske plager pga. usikkerhet og lite erfaring.

Fordi jeg ser for meg at det ikke er så personlig, typ ansikt til ansikt-interaksjon med ett menneske, men mer strukturell/system og gruppejobbing, noe jeg ikke har interesse for nå. Det er behandlingsrelasjonen man får med enkeltpasienter og det å kunne følge dem over tid og se at man gjør en forskjell og får resultater som motiverer meg. Jeg vet for lite om hvordan man jobber i førstelinja

Fint å ha praksis der hvor fremtidens jobber er. Veldig snevert og lite representativt for yrket når de aller fleste har hovedpraksis i spesialisthelsetjenesten.

Det er et felt i utvikling. Liker fokuset på forebygging og tidlig intervensjon, tror dette er motiverende og riktig måte å bruke psykologressurser på. Får variert erfaring. Er "der folk er", i stedet for å være fanget i effektivitetskarusellen i spesialisthelsetjenesten.

Både fordelen og ulempen med førstelinjepsykis (pedagogisk sett) er uforutsigbarheten: det er vil i større grad kunne variere hva slags type erfaring og hvor mye pågang på førstelinjesteder. Mange førstelinjesteder, i alle fall meg bekjent, er ganske dynamiske og fortsatt under utforming. Det kan mangle rutiner i noen sammenhenger, eller at det ikke er rammer for å arbeide terapeutisk. Fordeler er at det gjerne er godt tverrfaglig samarbeid, og arbeid rettet mot flere "nivåer" - oppsøkende, system, fagpersoner, grupper, individuelt, slik at man får kjennskap til litt om mye forskjellig.

Viktig å tenke forebyggende

Hadde frå før ei spesifikt ønske om praksisfelt. Det er også fleire praksisplassar tilgjengelig innan spesialisthelsetjenesten. Er også litt «framman» å skulle velje praksis inna førstelinja.

Jeg ønsket å drive behandling av voksne pasienter i spesialisthelsetjenesten

Førstelinetjenesten er et variert felt der man vil kunne få et bredt utvalg av viktige erfaringer med psykologisk arbeid.

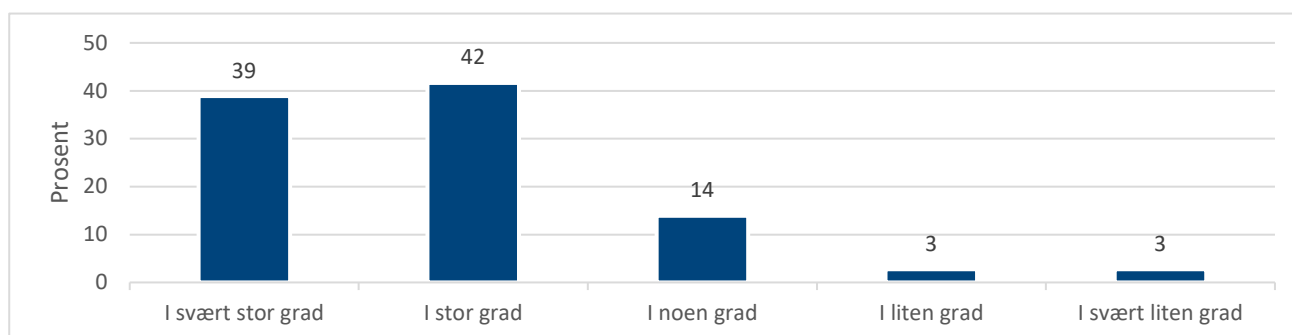
Min forståelse av psykologens rolle i førstelinjetjenesten er at de har ganske fritt spillerom, hvilket jo er veldig stilig og kult. Likevel synes jeg dette spillerommet er litt vel fritt til tider, og det er vanskelig å vite hva man skal ta/ikke ta på seg å jobbe med. Samtidig kan dette være kjempefint! Men man må ha litt is i magen, og som nyutdannet eller som praksisstudent kan dette være krevende. I tillegg tenker jeg det er viktig å ha erfaring med arbeid fra spesialisthelsetjenesten ettersom de tar inn vanskeligere saker, og har heller ikke like stor sluse. Førstelinje sluser inn til spesialisthelsetjenesten, hvilket gjør at pågangen er "mindre", egentlig ikke, men det oppleves i alle fall slik. Og de veiledere som jobber i spesialisthelsetjenesten har ofte lang og bred erfaring, som gjør at en som student fører seg ivaretatt på veldig mange områder, samt heller ikke så ansvarlig, ettersom sykehuset eller organisasjonen for øvrig er hovedansvarlig. Altså, hovedgrunnen til at jeg heller ville hatt praksis i spesialisthelsetjenesten er at man får mye veiledning og oppfølging i det man jobber med vanskelige saker. Da er det bra med mye veiledning. Kommunepsykologer jobber med "lettere" saker, (ikke nødvendigvis), noe jeg tenker også er fint, men kanskje når man er mer erfaren og har mindre behov for kontinuerlig veiledning.

Jeg tror førstelinjetjenesten kommer til å ha en viktig rolle i årene fremover, hvor tidlig innsats, og arbeid utenfor spesialisthelsetjenesten kommer til å ha en viktig rolle.

Jeg kunne tenke meg det fordi dette er et minst like relevant arbeidssted for psykologer som spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å ha muligheten til å også velge/prioritere praksisplasser i førstelinjetjenesten.

Fordi jeg ønsker å spesialisere meg innenfor et bestemt fagområde, og jobbe på en spesialisert døgnenhet/poliklinikk for dette. Dette handler mer om at jeg ønsker å jobbe med dette, heller enn at jeg ikke kunne tenke meg førstelinjetjenesten for jeg tror at jeg hadde trivdes godt med det også.

Vi stilte også et spørsmål som handlet om hvor fornøyd studentene var med læringsutbyttet i hovedpraksis. Kun 36 av de 78 som var i eller hadde hatt hovedpraksis svarte på dette spørsmålet, selv om vi også ba de som ikke hadde avsluttet, om å vurdere tiden hittil. Svarene fordelte seg andelsmessig som følger:



Figur 67 Alt i alt, i hvilken grad er du fornøyd med læringsutbyttet i hovedpraksis? Prosentandel. N = 36.

Studentene er i stor grad fornøyd med læringsutbyttet i hovedpraksis – over 80 prosent svarer i stor eller svært stor grad.

3.4.5 Hvilken sektor ønsker studentene å jobbe i etter endt studium?

På spørsmål om hvilken sektor studentene ønsker å jobbe i etter endt studium, svarer 37 prosent at de ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten, mens 24 prosent ønsker å jobbe i førstelinjetjenesten. Elleve prosent ønsker å jobbe i privat sektor, mens én av fem ikke vet eller ikke har noen preferanser på svartidspunktet. Ser vi på kjønnsfordelingen er det en mye høyere andel menn som ikke har noen preferanser eller svarer "Vet ikke" (38 %). Andelen som ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten er nær dobbelt så høy blant kvinner som blant menn. Det er kun 9 prosent av mennene som svarer at de ønsker å jobbe i førstelinjetjenesten.

Tabell 8 I hvilken sektor vil du foretrekke å jobbe som psykolog etter endt studium? Prosentandel. N = 161.

Type tjeneste	Antall	Prosentandel
Offentlig sektor, spesialisthelsetjenesten	60	37
Offentlig sektor, førstelinjetjenesten	38	24
Offentlig sektor, forskning og undervisning (lektor, doktorgrad el.l.)	12	7
Privat sektor, privat praksis	12	7
Privat sektor - bedriftshelsetjeneste, privat sykehus, konsulentvirksomhet	7	4
Ingen preferanser	9	6
Vet ikke	23	14
Sum (N/%)	161	100

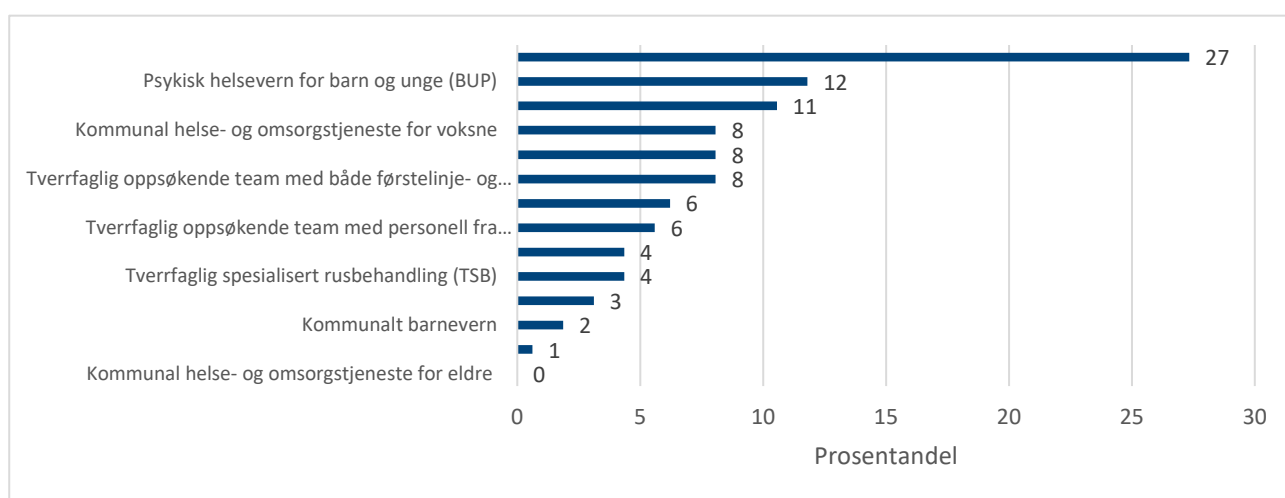
Tabell 9 I hvilken sektor vil du foretrekke å jobbe som psykolog etter endt studium? Prosentandel, fordelt på kvinnelige (n = 129) og mannlige (n = 32) studenter.

Type tjeneste	Kvinner (n = 129)	Menn (n = 32)
Offentlig sektor, spesialisthelsetjenesten	41	22
Offentlig sektor, førstelinjetjenesten	27	9
Offentlig sektor, forskning og undervisning (lektor, doktorgrad el.l.)	6	13
Privat sektor, privat praksis	6	13
Privat sektor - bedriftshelsetjeneste, privat sykehus, konsulentvirksomhet	4	6
Ingen preferanser	3	16
Vet ikke	12	22
Sum (%)	100	100

Videre listet vi opp en rekke tjenester som psykologer kan jobbe i, og ba studentene svare på følgende spørsmål: "Hvis du etter endt studium måtte velge mellom en jobb i spesialisthelsetjenesten eller i førstelinjetjenesten, gitt like lønns-, spesialiserings- og veiledningsbetingelser, hvilken av tjenestene under ville du valgt?". Nær halvparten av studentene svarte en av spesialisthelsetjenestene (49 % i hhv. BUP, VOP og TSB), mens 37 prosent av respondentene svarte en av de kommunale tjenestene (de resterende svarte

"Annet" eller "Tverrfaglig oppsøkende team med både førstelinje og spesialisthelsetjeneste"). En av studentene hadde valgt å utdype svaret om å jobbe i spesialisthelsetjenesten:

Min erfaring fra førstelinjetjenesten var svært positiv. Dog tenker jeg at det også inkluderer mye ikke-klinisk arbeid. Det fremstår mer aktuelt for meg å jobbe med dette senere i arbeidslivet, da jeg tenker at det i begynnelsen er viktig å spisse mine kliniske ferdigheter og dermed bedrive samtaleterapi og utredning.



Figur 68 Hvilken av tjenestene vil studentene velge å jobbe i etter endt studium, gitt like lønns-, spesialiserings, og veiledningsbetingelser? Prosentandel. N = 161.

3.4.6 Suksesskriterier og barrierer for rekruttering til førstelinjetjenesten

Vi stilte studentene et åpent spørsmål om hva som skal til for at førstelinjetjenesten er en attraktiv arbeidsplass for framtidens psykologer. 124 av 161 studenter la igjen en kommentar, og mange av dem handlet om at lønnsbetingelsene må være minst like bra som i spesialisthelsetjenesten (37 % av kommentarene) og at man må ha lik tilgang til spesialisering (36 % av kommentarene). Nær 20 prosent av kommentarene nevner også viktigheten av å ha et psykolognettverk og gode veiledere å støtte seg på. Mange av kommentarene ramset opp alle disse tre faktorene som det viktigste for at de skal se førstelinja som en attraktiv arbeidsplass:

Gode lønnsvilkår, mulighet for spesialisering, muligheten til å konfigurere med andre psykologer som jobber samme sted og tverrfaglighet. En annen viktig faktor for oss som er under utdanning nå er trolig muligheten til å få litt klare og definerte krav til arbeidsoppgavene. Stillinger der du nærmest kan lage din egen stillingsbeskrivelse er

sikkert supert når du har vært i yrket noen år, men for nyutdannede kan det nok heller oppleves som vanskelig å sette grenser.

Dette med at man bør ha noe yrkeserfaring før man søker seg til kommunen, er det flere av studentene som kommenterer:

Jeg kunne godt tenkt meg å jobbe i førstelinjen, men ønsker å få meg erfaring og støtte i kolleger først

Jeg tenker at jeg godt kunne tenke meg å jobbe i både første- og andrelinje. I første omgang etter endt studie ønsker jeg erfaring fra spesialisthelsetjenesten, da jeg ønsker å bli mer trygg i den rollen før jeg ev. søker jobb andre steder.

Jeg tror den er attraktiv allerede, men vil gjerne jobbe litt i spesialisthelsetjenesten først og dermed få erfaring med å kjenne igjen og jobbe med tyngre problematikk før jeg jobber i et lavterskeltilbud der man møter hele spekteret av problematikk.

Avklaring av roller og et mer definert ansvar for hva psykologene skal bidra med i kommunene var et annet tema som var hyppig kommentert av studentene (18 % av kommentarene).

Tydeligere arbeidsinstrukser, klarer rollefordeling, og/eller at veien er litt mer oppgått for oss. Innstrammingene i spesialisthelsetjenesten med maks 40-dagers svar på henvisning, samt strengere krav til "medhold" og mindre tid til utredning (maks 6 uker), gjør at flere barn og unge vil havne i gråsonen mellom 1. og 2.linjetjenesten fra innføringen av pakkeforløpene i januar 2019. Dermed tror jeg det kan bli flere av gruppen med "moderate psykiske vansker/symptomer" -som vil trenge mer enn bare psykoedukasjon og støttesamtaler fra helsesøster. Det at PPT høyst sannsynlig også vil avvikles innen få år, gjør meg også bekymret over alt hva 1.linjetjenesten skal favne av type tilbud og tjenester innen psykisk helse-feltet. Å ta på meg en jobb som kommunepsykolog for meg om ett år fremstår like skremmende som den fremstår spennende, der jeg forstår denne rollen som en slags "koordinator-rolle" internt i kommunen, og at du må være en ekspert på mange ting og vite hvem du skal delegere de og de oppgavene til, for å lykkes.

At man kan jobbe tverrfaglig og fleksibelt, uten for omfattende og tidkrevende krav til dokumentasjon, diagnostisering og juridiske vedtak. Dette egner seg lite i psykologiske

behandlingsforløp, hvor man er avhengig av en vedvarende felles forståelse og enighet om mål mellom terapeut og klient, som må være gjenstand for kontinuerlige forhandling. Fleksibilitet og bedring må være stikkord. Dette er avgjørende for at førstelinja skal skille seg fra spesialisthelsetjenesten, og representere en annen type oppfølging fra innbyggerne i kommunen. Det er viktig at det både er fokus på forebygging og lavterskel behandling i kommunen, stor grad av brukermedvirkning, faglig uger, og ikke kan spesifiseres på forhånd i et vedtak om antall timer og en fastsatt behandlingsplan. Fleksibilitet og bedring og veiledning (NAPHAs fokus på FIT er veldig bra), og helst at tjenestene er integrerte på tvers av alder med felles, god ledelse, for å utnytte synergieffekter. Lønn er selvfølgelig også viktig.

Tydelige retningslinjer på hva arbeidsoppgavene innebærer i førstelinjen og en tilgjengelig "verktøykasse" med f.eks undervisningsopplegg til skole og bhg som har vist å ha effekt på forebygging av psykiske lidelser. Samtidig en arbeidsplass som tilbyr større fleksibilitet enn i spesialisthelsetjenesten og muligheten for å tenke kreativt innenfor forebygging og behandling av psykiske lidelser. Eks. tilbud om gruppebehandling, kursing, aktivitetstilbud og bhg/skole undervisningsopplegg.

Mer lovbestemt helhetlig førstelinjeansvar for psykologene kanskje? Jeg kunne kanskje tenkt meg å jobbe som kommunepsykolog her jeg bor hvis jeg fikk bestemme og ha ansvar for (ut fra fagkunnskap) hva som er viktig førstelinjearbeid i kommunen, men her har kommunen definert hva psykologen skal gjøre (kun jobbe med NNN), noe jeg synes blir altfor snevert. Mitt inntrykk er at psykologenes status er lavere i førstelinja og at man har lite mulighet til å bruke all sin fagkunnskap på best mulig måte. Skulle jeg jobbet i førstelinja måtte jeg vite at jeg faktisk fikk brukt psykologisk fagkunnskap og ikke bare gjorde de samme oppgavene som helsestasjon, rus- og psykiatritjeneste, osv. det måtte være psykologspesifikke arbeidsoppgaver. Gjerne kursing og veiledning av disse og andre kommunale tjenester og personell (som fastlegene) og ev. overordnet ansvar for drift av flere lavterskeltilbud og gruppetilbud for personer som ikke har rett på behandling i spesialisthelsetjenesten.

Flere av studentene etterlyste også mer undervisning om førstelinjetjenesten i utdanningen, og da spesielt mer samfunnspsykologi og utdanning på veiledning av andre faggrupper:

Mer informasjon om hvilke arbeidsoppgaver det innebærer å jobbe som psykolog i førstelinjetjenesten, utover rent strukturell organisering. Klarere retningslinjer for arbeidsområdene og overgang til spesialisthelsetjenesten. Vi blir hovedsakelig utdannet til å jobbe poliklinisk i spesialisthelsetjenesten, førstelinjetjenesten bør være mer integrert i studiet.

Psykologstudiet bør i større grad fremheve mulighetene som ligger i førstelinjetjenesten, og hvor mangfoldig yrkesutøvelsen her kan være. Mer undervisning om viktigheten av systemarbeid f.eks. Nåværende studium er rettet mot arbeid i VOP i for stor grad. Kanskje generelt mer informasjon/kontakt med det gjennom studiet; det jeg vet minst om. Jeg tror det er viktig at man får ha en definert rolle som psykolog, samt gode lønnsvilkår.

PPT praksis har vi på studiet, men vi får vite veldig lite hvordan en kommunepsykolog arbeider. Få mer informasjon om det på studiet! Jeg har hørt rykte om at det nyere kullet har mer om hvordan jobbe med psykisk helse i kommunene på anbefalt litteratur. Selv fikk jeg først vite hva en kommunepsykolog drev med da jeg tilfeldigvis var der i samfunnspsykologisk praksis. Den varierte måten en kommunepsykolog arbeider på tror jeg ville være svært attraktivt for mange.

Først og fremst en styrking av psykologers kompetanse mtp. tjenesteutvikling/systemarbeid i kommunene. Fokus på studiet er i for stor grad vinklet mot individualterapi. I kommunen blir psykologrollen i my større grad å veilede annet helsepersonell, samt ha det faglige ansvaret for de tjenestene/tilbudene vi yter. Systemtenkning må inn i mye større grad, samt veiledningskompetanse, ledelse.

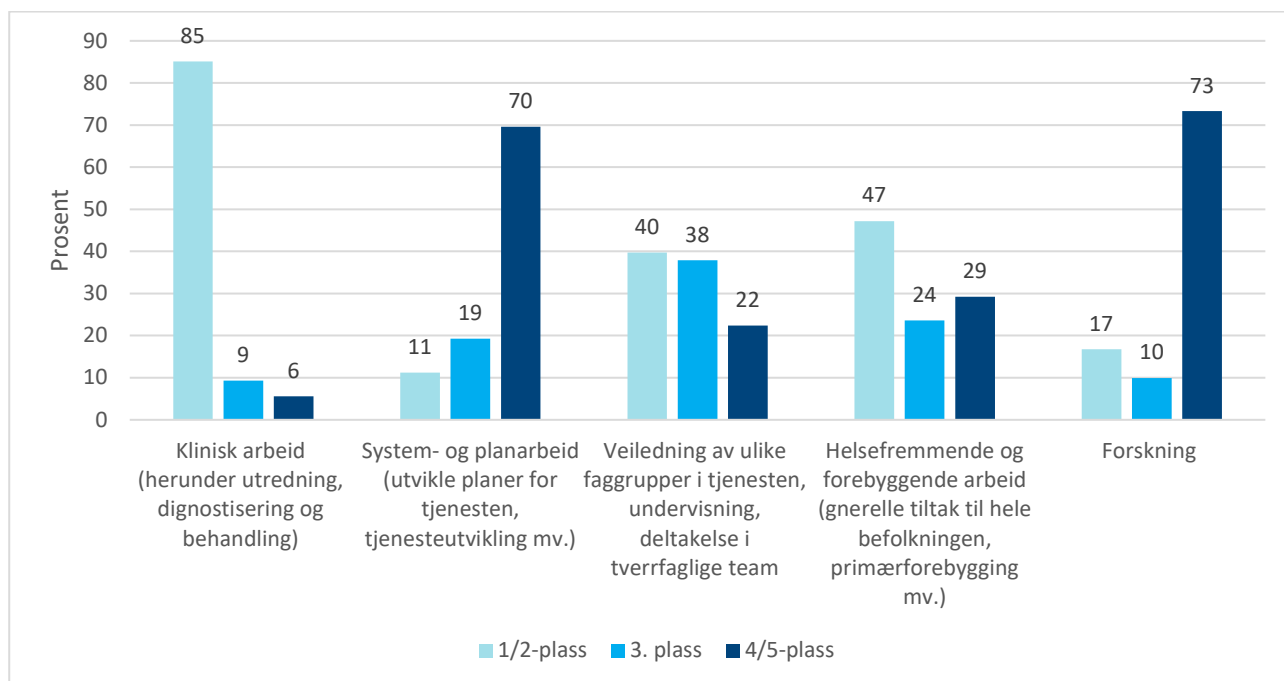
3.4.7 Ønskede arbeidsoppgaver som psykolog etter endt studium

Vi ba studentene rangere fra 1-5 hvilke arbeidsoppgaver de helst vil at jobben som psykolog skal inneholde, der første valg (1) var det de ønsker å bruke mest tid i jobben på, mens siste valg (5) er det de ønsker å bruke minst tid på. Alternativene som skulle rangeres, og resultatene, er gitt i tabellen under. Over 70 % av studentene rangerte klinisk arbeid som nummer 1, 14 % hadde helsefremmende og forebyggende arbeid som nummer 1. System- og planarbeid og forskning er det færrest studenter ser for seg at de vil jobbe med etter endt studium.

Tabell 10 Etter endt studium, kan du på en skala fra 1-5 rangere hvilke arbeidsoppgaver du helst vil at jobben din som psykolog skal inneholde, der første valg (1) er det du ønsker å bruke mest tid på i jobben, og siste valg (5) er det du ønsker å bruke mest tid på. Prosentandel som rangerer de ulike arbeidsoppgavene på hhv. 1. – 5. plass. Tabellen kan leses både horisontalt og vertikalt, avhengig av om man vil se på svarene innad eller mellom arbeidsoppgaver. Rangert mellom de ulike arbeidsoppgavene var det slik at 71 % av studentene hadde klinisk arbeid på førsteplass, mens kun 2 % hadde system- og planarbeid på førsteplass, 35 % hadde veiledning og undervisning på andreplass, mens litt over halvparten (53 %) hadde rangert forskning som det de ville bruke minst tid på. N = 161.

Arbeidsoppgaver	Rangering					Sum (%)
	1 Mye tid	2	3	4	5 Lite tid	
Klinisk arbeid (herunder utredning, diagnostisering og behandling)	71	14	9	2	4	100
System- og planarbeid (utvikle planer for tjenesten, tjenesteutvikling mv.)	2	9	19	45	25	100
Veiledning av ulike faggrupper i tjenesten, undervisning, deltakelse i tverrfaglige team	5	35	38	16	6	100
Helsefremmende og forebyggende arbeid (generelle tiltak til hele befolkningen, primærforebygging mv.)	14	33	24	17	12	100
Forskning	7	9	10	20	53	100
Sum (%)	100	100	100	100	100	

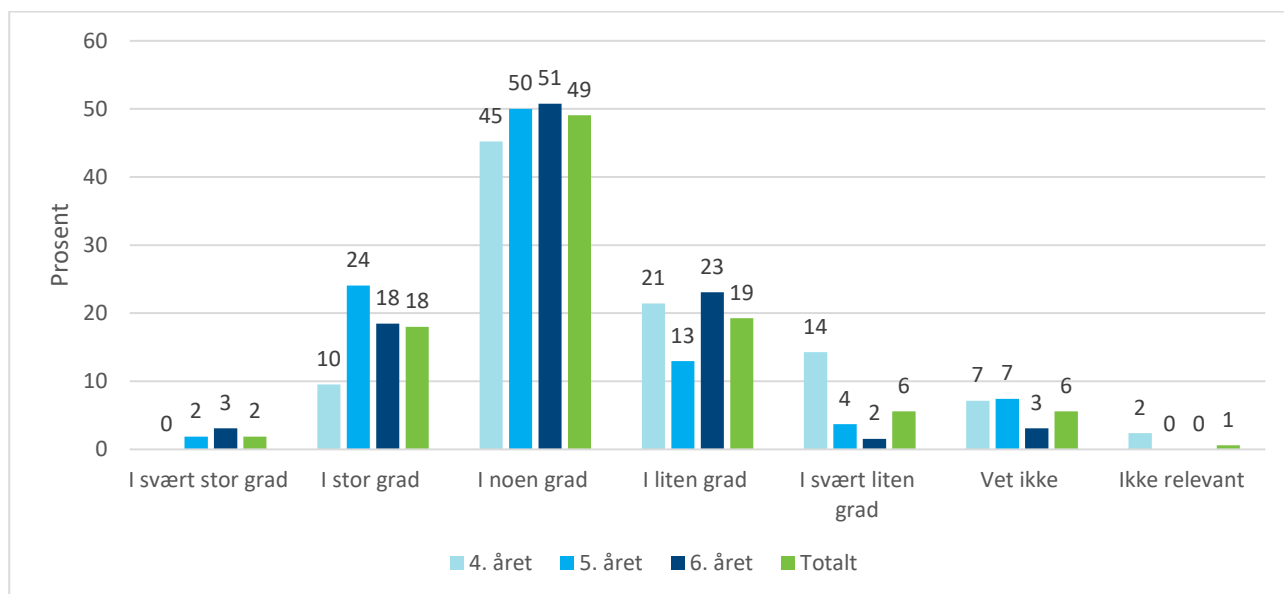
I figuren under presenterer vi resultatene *innad* i hver kategori. Her har vi slått sammen det studentene rangerte på hhv. 1./2.-plass, 3. plass og 4./5.plass. 85 prosent av studentene har rangert klinisk arbeid på første- (71 %) eller andreplass (14 %). Nær halvparten har rangert helsefremmende/forebyggende arbeid på første- eller andreplass.



Figur 69 Etter endt studium, kan du på en skala fra 1-5 rangere hvilke arbeidsoppgaver du helst vil at jobben din som psykolog skal inneholde, der første valg (1) er det du ønsker å bruke mest tid på i jobben, og siste valg (5) er det du ønsker å bruke mest tid på. Prosentandeler innad per arbeidsoppgave på hhv. 1. eller 2. plass, 3. plass, 4. plass eller 5. plass. N = 161.

3.4.8 Motivasjon

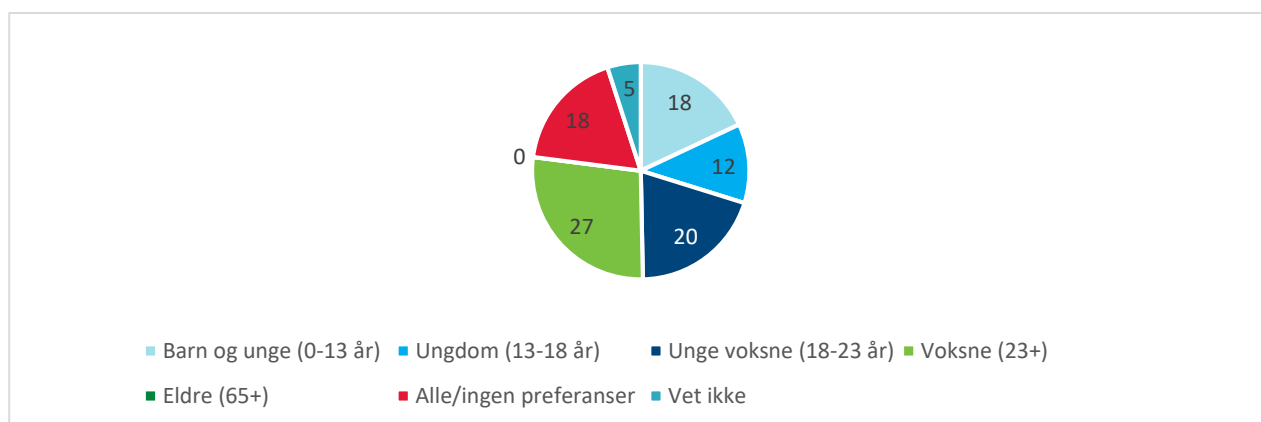
Vi spurte studentene om i hvilken grad profesjonsstudiet så langt har motivert deg til en eventuell jobb i førstelinjetjenesten. Kun 2 prosent av respondentene svarte "I svært stor grad", 18 prosent svarte "I stor grad". Omtrent halvparten svarte "I noen grad", mens 19 prosent svarte i liten grad og 6 prosent svarte "I svært liten grad". Sju prosent svarte "Vet ikke" eller "Ikke relevant". I figuren under viser vi resultatene stratifisert på hvor langt i studiet de enkelte var kommet. 5.-årsstudentene virker mest motivert; 27 prosent svarte i stor eller svært stor grad. 6. års-studentene er litt mindre motivert med sine 22 prosent som svarte i stor eller svært stor grad, mens det på 4. året ikke var noen som svarte i svært stor grad, mens 10 % svarte i stor grad. Det var minimale forskjeller mellom kjønnene på dette spørsmålet.



Figur 70 I hvilken grad synes du profesjonsstudiet så langt har motivert deg til en eventuell jobb i førstelinjetjenesten? N = 161 totalt, n = 42 for 4. året, n = 54 for 5. året og n = 65 for 6. året.

3.4.9 Hvilke aldersgrupper på pasientene ønsker studentene å jobbe med?

Vi spurte studentene hvilke aldersgrupper blant pasientene de var mest interessert i å jobbe med etter endt studium. Her var det ganske bra spredning, bortsett fra at ingen av de 161 som svarte så for seg å jobbe med eldre (65+). Kategorien flest ønsket å jobbe med var voksne (23+) der 27 prosent av utvalget svarte bekreftende. Av de 32 mannlige studentene som svarte, var det ingen som ønsket å jobbe med barn og unge (0-13 år), den høyeste andelen blant mennene var på unge voksne og voksne. Blant de kvinnelige studentene ønsket 23 % å jobbe med barn og unge (0-13) år.

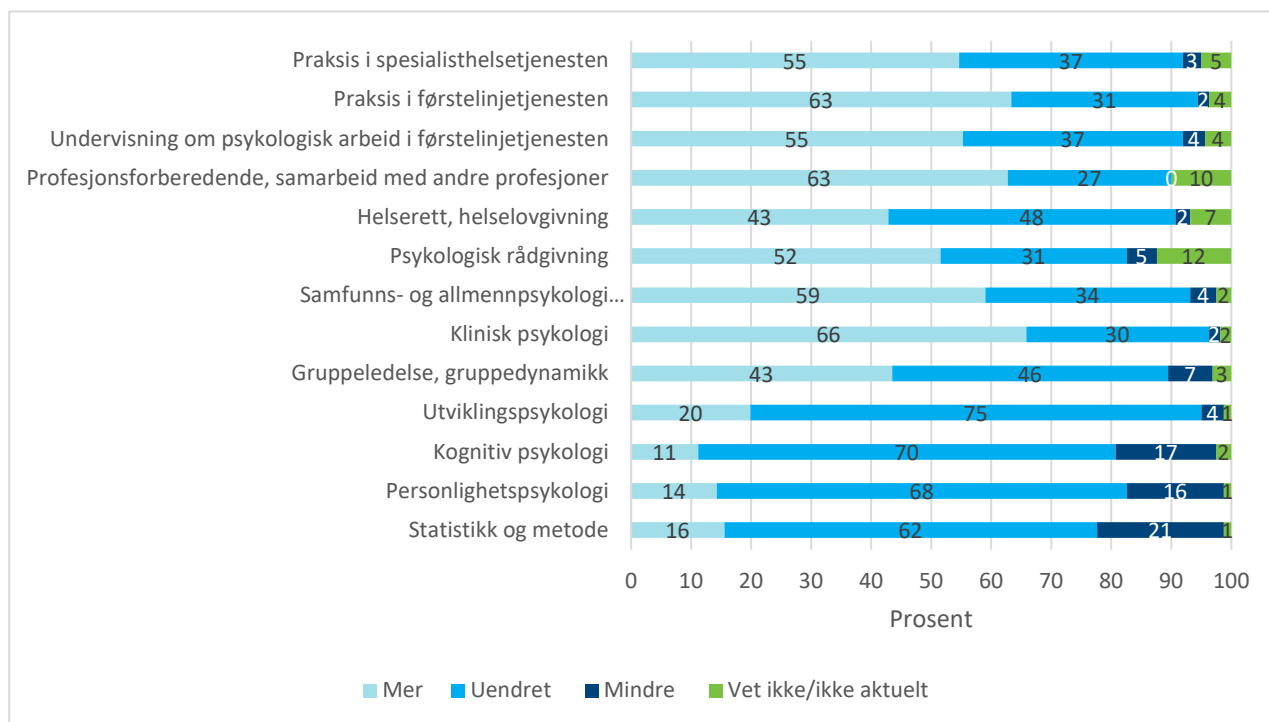


Figur 71 Hvilken aldersgruppe hos pasientene er du aller mest interessert i å jobbe med etter endt studium? N = 161.

3.4.10 Hvilke fag vil studentene ha mer eller mindre av?

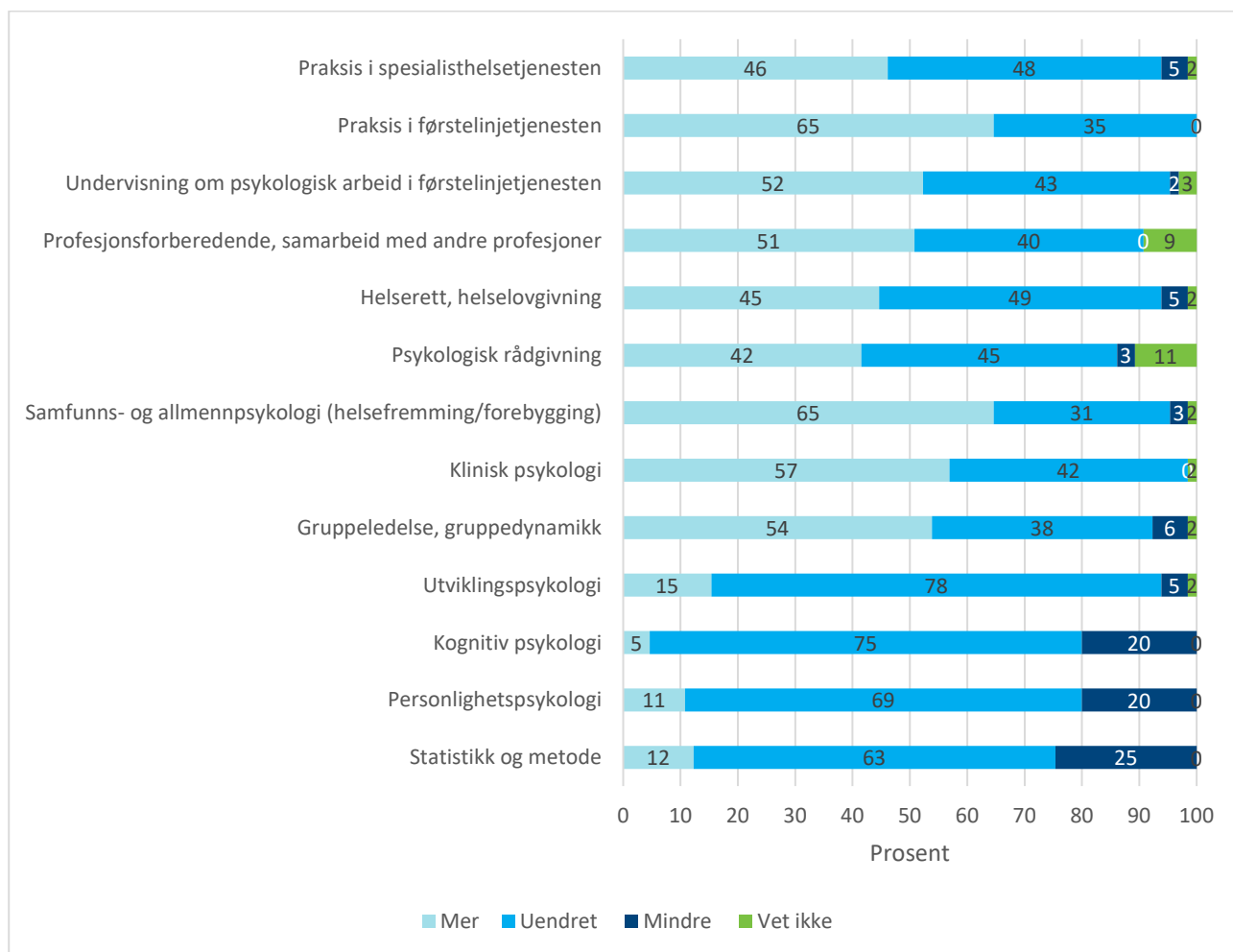
Videre ba vi studentene om å gjøre en vurdering av hvilke fag- og praksisområder de kunne ønske seg mer, uendret eller mindre av på profesjonsstudiet i psykologi. Det fag- og praksisområdet som flest ønsket seg mer av, var klinisk psykologi, fulgt av praksis i førstelinjetjenesten (63 %) og profesjonsforberedende (samarbeid med andre profesjoner, 63 %). Mer samfunns- og allmennpsykologi ønsker de seg også (59 %), og over halvparten sier de ønsker praksis i spesialisthelsetjenesten og undervisning om psykologisk arbeid i førstelinjen (55 %).

Når det gjelder hva studentene ønsker seg mindre av, er det statistikk og metode som utgjør høyeste andel – hver femte student ønsker seg mindre av det. Personlighetspsykologi (17 %) og kognitiv psykologi (16 %) er det også en relativt høy andel som svarer at de ønsker seg mindre av.



Figur 72 Gjør en vurdering av hvilke fag- og praksisområder du kunne ønske deg mer eller mindre av på profesjonsstudiet i psykologi. Svarkategorier: Mer, uendret, mindre, vet ikke/uaktuelt. Prosentandel. N = 161.

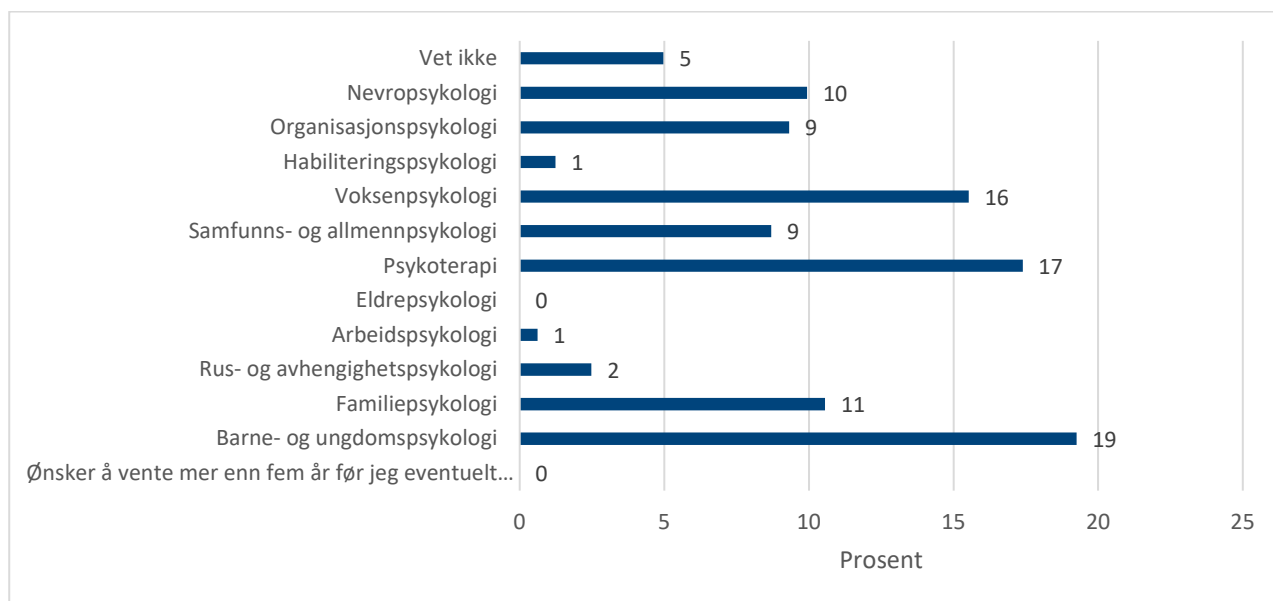
Det er tenkelig at dette bildet er forskjellig for studenter som har kommet ulikt i studieforløpet, og studentene som går sisteåret er de som best kan gi en best totalvurdering av innholdet i studiet. Vi presenterer resultatene fra sisteårsstudentene under, og ser at hovedtendensene er de samme som for totalen.



Figur 73 Gjør en vurdering av hvilke fag- og praksisområder du kunne ønske deg mer eller mindre av på profesjonsstudiet i psykologi. Svarkategorier: Mer, uendret, mindre, vet ikke/uaktuelt. Prosentandel. Kun studenter på 6. året. N = 65.

3.4.11 Ønsket spesialisering

Når det gjelder studentenes planer om spesialisering, stilte vi spørsmålet "Hvis du ønsker å spesialisere deg i løpet av de fem første årene etter endt utdanning, hvilken type spesialitet i psykologi vil du mest sannsynlig velge?". Svarene viste at omtrent én av fem ønsker å spesialisere seg i barne- og ungdomspsykologi. Andre spesialiteter som kan komme til å bli populære er psykoterapi og voksenpsykologi. Spesialitetene som fikk lavest prosentandel var rus- og avhengighetspsykologi (2 %), arbeidspsykologi (1 %) og eldrepsykologi (0 %). En relativt lav andel av studentene rapporterer at de vil ta spesialisering i samfunns- og allmennpsykologi, som er den spesialiteten som per nå er vanligst blant de som er rekruttert som psykologer gjennom tilskuddordningen.



Figur 74 Hvis du ønsker å spesialisere deg i løpet av de fem første årene etter endt utdanning, hvilken type spesialitet i psykologi vil du mest sannsynlig velge? Prosentandel. N = 161.

3.4.12 Åpne innspill til evalueringen

Til slutt i skjemaet åpnet vi for generelle innspill omhandlende profesjonsstudiet og/eller det å skulle jobbe i førstelinjetjenesten som psykolog. Vi fikk 41 innspill på dette spørsmålet, og har valgt å ta dem med i sin helhet etter å ha anonymisert innhold som kunne være identifiserende. Dette fordi vi tenker det kan være nyttig for utdanningene å lese tilbakemeldingene og ønskene fra studentene. I tolkningen av resultatene må vi være bevisst på at dette er et selektert utvalg respondenter bestående av de som velger å skrive noe til slutt i skjema. Spørsmålet var stilt åpent ("Har du andre innspill som handler om profesjonsstudiet og/eller det å skulle jobbe i førstelinjetjenesten som psykolog, kan du gjerne skrive det ned her:").

Flere av studentene er kritiske til undervisningen og etterlyser mer informasjon om hvordan det er å arbeide i førstelinjetjenesten:

Jeg skulle gjerne ha jobbet i førstelinjetjenesten men opplever ikke at studiet har forberedt meg godt nok på et slikt arbeid. Vi vet for lite om hva det innebærer og det er for lite fokus på forebygging på studiet. Ellers ønsker jeg mer samfunnspsykologi inn på studiet, i tillegg til kritisk psykologi. Vi trenger et blick "utenfra" og på oss selv som psykologer, og vår rolle i samfunnet. Har selv hatt et lite fag kalt "Perspektiver på psykologien", som jeg nå har skjønt har blitt fjernet fra timeplanen. Så foreløpig går vi i motsatt retning av hva jeg ønsker. (6.-årsstudent)

En annen student etterlyser mer samarbeid med førstelinjetjenesten og forbedring av samfunnspsykologifaget, slik at studentene rustes til en jobb i kommunene:

Profesjonsstudiet bør ha et tettere samarbeid med førstelinjetjenesten. Vi har 1-2 forelesninger om førstelinjetjenesten, som hovedsakelig har handlet om strukturell organisering. Ingenting på pensum. Faget Samfunnspsykologi ved NN må forbedres. Interessen for førstelinjetjenesten er der i stor grad blant studentene, men universitetet må følge opp for at vi skal kunne ha kompetanse til å jobbe som relativt enslig kommunepsykolog i de mindre kommunene. Det føles betydelig tryggere for oss å jobbe i spesialisthelsetjenesten, for der vet vi hva vi går til. Utdanningen må bli bedre, og det må settes klarere retningslinjer for førstelinjetjenestens arbeid. (4.-årsstudent)

Interessen for førstelinjearbeid, og mangelen på informasjon bekreftes av flere:

Etter at jeg tilfeldigvis var i praksis hos kommunepsykologer i samfunnspsykologisk praksis så fikk jeg som sagt øynene opp for hvordan det er å jobbe i kommunene. Etter å ha vært på flere intervju på kommunepsykologstillinger har jeg videre blitt svært inspirert, da jeg har fått mer informasjon om hva en slik stilling vil innebære. Jeg har videreformidlet dette til medstudenter som også sier seg enige om at det høres ut som et spennende arbeid. Få denne informasjonen inn på studiet! Jeg tror flere vil bli inspirert. Jeg er så heldig som nå har fått et vikariat som kommunepsykolog og jeg gleder meg til å begynne! (6.-årsstudent)

Jeg mener vi bør ha noe mindre kognitiv nevrovitenskap, og mer kliniske fag/praksis, f. eks som dekker områder flyktningehelse, samfunnspsykologi, spiseforstyrrelser, rus.. (5.-årsstudent)

En student på sisteåret vektlegger også mulighetene for spesialisering som suksesskriterium for å få "de beste og smarteste hodene".

Psykologen har mye å bidra med i kommunene rundt om i Norge, og ikke bare i det kliniske arbeidet med pasienter. Psykologer bør i større grad involveres i planarbeid på et tidlig stadium slik at psykologiens kompetanse og faglige blikk kan påvirke utvikling av tjenestene for å sikre barns oppvekstvilkår. Psykologiens kompetanse på normalpsykologi og forebygging vil være et viktig og nødvendig tiltak for å møte

ventelistene vi står ovenfor i dag. Men for at de beste og smarteste hodene skal komme kommunene til gode må man lokke med faglig utvikling og dekt spesialisering. Et kommune-Norge som fokuserer på faglig utvikling vil få de aller beste psykologene med på laget slik at laget kan forebygge fremtidige nederlag. (6.-årsstudent)

En annen student skrev at det å få informasjon fra psykologer i kommunen i undervisningen var veldig inspirerende.

I praksis i førstelinjetjenesten virket praksisstedet lite forberedt på hva en psykolog kunne brukes til, og oppgavene jeg fikk virket ikke relevante. Hadde dette vært bedre tror jeg at det i større grad kunne vært motiverende. Informasjon fra kommunepsykolog i undervisningsrekken var veldig inspirerende, og det ble etter denne forelesningen mer aktuelt for meg å tenke på en fremtidig jobb på kommunalt nivå. (6.-årsstudent)

Tabell 11 Har du andre innspill som handler om profesjonsstudiet og/eller det å skulle jobbe i førstelinjetjenesten som psykolog, kan du gjerne skrive det ned her. N = 41, ett innlegg ikke tatt med her pga. identifiserende innhold som ikke lot seg anonymisere.

Utrolig viktig satsing! Lavterskeltilbud er altfor vanskelig tilgjengelig og har stor effekt. Mer forebygging og mindre brannslukking. Minimerer både utgifter og lidelse på sikt.
Jeg vet for lite om hva man i dag gjør i førstelinjetjenesten. Det virker på meg svært tilfeldig fra kommune til kommune hva man gjør og hvor man jobber (familievernet og kommunepsykolog er det jeg vet om). I motsetning til i spesialisthelsetjenesten hvor det er relativt klare ansvarsområder og oppgaver for psykologene, virker det som det er for lite føringer for hva psykologer i kommuner og førstelinja skal gjøre og hvilke ansvarsområder de har. Det virker som det er opp til hver enkelt kommune og politikerne der å opprette psykologstillinger og bestemme hva disse skal inneholde. Det bør lages en slags veileder for psykologer i førstelinjetjenesten med typiske arbeidsbeskrivelser og ansvarsområder som psykologer bør ha i førstelinja. Har hørt skrekkehistorier om kommunepsykolog som gjorde akkurat som det passet ham (mye vanlig terapi med enkeltklienter, og lite forebyggende og lavterskelarbeid). Det var veldig bortkastet å ha ham i førstelinja, da han bare gjorde typisk spesialisthelsetjenestearbeid.
Psykodynamisk behandling burde vere eit meir lavterskel tilbod.
Ville vært gunstig med mer valgfrihet ift fag. Eventuelt opprette en forskningsorientert linje.
Vi mangler totalt sexologi og kultur/religionsforståelse, og det savnes VELDIG!
- Jeg skulle gjerne ha jobbet i førstelinjetjenesten men opplever ikke at studiet har forberedt meg godt nok på et slikt arbeid. Vi vet for lite om hva det innebærer og det er for lite fokus på forebygging på studiet. - Ellers ønsker jeg mer samfunnspsykologi inn på studiet, i tillegg til kritisk psykologi. Vi trenger et blikk "utenfra" og på oss selv som psykologer, og vår rolle i samfunnet. Har selv hatt et lite fag kalt "Perspektiver på psykologien", som jeg nå har skjönt har blitt fjernet fra timeplanen. Så foreløpig går vi i motsatt retning av hva jeg ønsker.
Kunne vært fint med fokus på å informere om muligheter og hva det innebærer.

Jeg glemte en negativ ting med førstelinje: man kan vel ikke ta en hvilken som helst spesialisering? Og det er ikke alltid kommunen betaler og tilrettelegger? Det er dumt, det burde det være. Ellers så synes jeg vi har altfor lite klinisk fokus i forhold til hvor mye psykoedukativt vi lærer. Vi har masse basalfag som er nokså unyttige i klinisk praksis. De er nyttige, men vi trenger virkelig ikke så masse. Biologi er nyttig, og noe psykologisk forståelse er viktig. Men det er også fryktelig viktig å lære å være en god terapeut. For å være en god terapeut bør du også kjenne deg selv. Det er masse forskning gjort på psykologistudenter, og det viser seg at vi, i terapisammenheng, er nokså resistente for behandling. Vi kan intellektualisere en hel masse følelser, men har vi virkelig kjent på de? Vi trenger å kjenne på disse for å være gode terapeuter. Gode terapeuter som er robuste og som holder ut, og ikke møter veggen. Det er så fryktelig (!) mange "flinke piker og gutter" på dette studiet. Disse flinke pikene og guttene er utrolig dyktige på intellektualisering, og ikke så gode på å virkelig kjenne etter. Det er dårlig deal for fremtiden, for å si det sånn. Vi burde fått tilbud om å gå mer i terapi, vi burde hatt mer klinisk praksis. Vi burde hatt gode (!) forelesere på terapeutisk metode!! Ofte har disse foreleserne som skal lære oss teknikker vært forskere som strengt tatt ikke har peiling på hva det vil si å være en dyktig terapeut. Og så har vi sååå masse om temaer innenfor kognitiv psykologi og eksempelvis utviklingspsykologi som er overflødige og unødvendig å bruke sååå masse tid på. Omprioriteringer tenker jeg er viktig. Dette studiet er kanskje også en forskningsutdanning, men jeg tenker virkelig at det heller ikke er så relevant å kunne alle disse tingene fordi noen få har tenkt til å forske videre. Statistikk er viktig! Det synes jeg vi burde ha, men basalkunnskap om e.g. kognitiv psykologi? Ikke viktig, ikke relevant, bare tull. Spør du meg.

Fagene samfunnspsykologi, og helsepsykologi ved NN gjør en meget dårlig jobb for å motivere til førstelinjearbeid. Disse fagene bør endres!

Profesjonsstudiet bør ha et tettere samarbeid med førstelinjetjenesten. Vi har 1-2 forelesninger om førstelinjetjenesten, som hovedsakelig har handlet om strukturell organisering. Ingenting på pensum. Faget Samfunnspsykologi ved NN må forbedres. Interessen for førstelinjetjenesten er der i stor grad blant studentene, men universitetet må følge opp for at vi skal kunne ha kompetanse til å jobbe som relativt enslig kommunepsykolog i de mindre kommunene. Det føles betydelig tryggere for oss å jobbe i spesialisthelsetjenesten, for der vet vi hva vi går til. Utdanningen må bli bedre, og det må settes klarere retningslinjer for førstelinjetjenestens arbeid.

I praksis i førstelinjetjenesten virket praksisstedet lite forberedt på hva en psykolog kunne brukes til, og oppgavene jeg fikk virket ikke relevante. Hadde dette vært bedre tror jeg at det i større grad kunne vært motiverende. Informasjon fra kommunepsykolog i undervisningsrekken var veldig inspirerende, og det ble etter denne forelesningen mer aktuelt for meg å tenke på en fremtidig jobb på kommunalt nivå.

Mer praksis generelt i løpet av studiet (ikke bare følge folk, men bidra). Mer opplæring i praksis, terapi, formidling av psykologi, farmakologi og hvordan psykologi kan brukes variert (og ikke bare teoretisk variasjon)

Jeg deltok i NN-prosjektet på et legesenter sammen med en student fra medisin og en fra fysioterapi, og opplevde dette veldig positivt. Vi har svært lite fokus på praksis i førstelinje ved NN, og jeg tenker at det kan godt la seg gjøre. Vi har satt av mye tid til samfunnspsykologisk praksis på femteåret, og jeg tenker at det fint kunne latt seg gjøre og justere/kombinere denne tiden og få plass til praksis i førstelinje, da vi har forelesninger om dette (psykolog i kommunen etc.).

Kunne ønsket å lære om parterapi, da vi ikke har hatt om dette i det hele tatt. Det kunne også økt motivasjonen for å bli klinisk familiepsykolog.

Det hadde vært fint med mer informasjon gjennom studiet om hvordan en psykolog kan bidra i førstelinjetjenesten, f.eks. som kommunepsykolog. Frem til nå har jeg i all hovedsak fått info om dette fra foredrag o.l. arrangert av andre aktører enn universitetet/studiet.

Forslag til endring av metodefag: ha alle temaene/kursene samlet over en periode. Læringsutbyttet blir mye større på den måten.

Profesjonsstudiet behøver å være mer tilpasset mangfoldet i befolkningen, i tillegg til mangfoldet av arenaer for yrkesutøvelse.

...i forhold til spørsmålet om hva en ønsker mer eller mindre av i undervisning, vil jeg si at det ikke alltid er et spørsmål om kvantitet, men om kvaliteten på undervisningen som gis. Den er tidvis ikke særlig god, både i kliniske og ikke-kliniske emner. Videre hadde det vært nyttig med en sterkere sammenknytning av basalfagene og de kliniske fagene. I forhold til det å jobbe i førstelinjetjeneste, så er det fortsatt noen ganger uklart for meg hvilke tjenester som hører inn under førstelinje og hvilke som hører til under spesialisthelsetjenesten. Dette kunne godt vært klargjort i undersøkelsen, før spørsmålet om vi hadde hatt praksis i førstelinjetjenesten. Er helt ærlig også noe usikker på hva som skiller de to, utover behovet og kriteriene for henvisning. Men har helt klart et inntrykk av at de fleste som foreleser for oss, underviser som om vi skal inn i spesialisthelsetjenesten og skal forberedes på dette.

Vi burde ha mye mer fokus på evidensbasert praksis, og hvordan vi som framtidige psykologer kan ha en fortløpende refleksjon til dette begrepet opp imot eget virke.

Det burde være mye mer tid til klinisk læring og rom for å lære ulike terapimetoder. Mange «gruppearbeid-fag» med tidkrevende gruppearbeid og framføringer kunne vært kuttet. Vi er oppfostra på gruppearbeid fra barneskolen og er lei..!

Psykologen har mye å bidra med i kommunene rundt om i Norge, og ikke bare i det kliniske arbeidet med pasienter. Psykologer bør i større grad involveres i planarbeid på et tidlig stadium slik at psykologiens kompetanse og faglige blikk kan påvirke utvikling av tjenestene for å sikre barns oppvekstvilkår. Psykologiens kompetanse på normalpsykologi og forebygging vil være et viktig og nødvendig tiltak for å møte ventelistene vi står ovenfor i dag. Men for at de beste og smarteste hodene skal komme kommunene til gode må man lokke med faglig utvikling og dekt spesialisering. Et kommune-Norge som fokuserer på faglig utvikling vil få de aller beste psykologene med på laget slik at laget kan forebygge fremtidige nederlag.

Etter at jeg tilfeldigvis var i praksis hos kommunepsykologer i samfunnspsykologisk praksis så fikk jeg som sagt øynene opp for hvordan det er å jobbe i kommunene. Etter å ha vært på flere intervju på kommunepsykologstillinger har jeg videre blitt svært inspirert, da jeg har fått mer informasjon om hva en slik stilling vil innebære. Jeg har videreformidlet dette til medstudenter som også sier seg enige om at det høres ut som et spennende arbeid. Få denne informasjonen inn på studiet! Jeg tror flere vil bli inspirert. Jeg er så heldig som nå har fått et vikariat som kommunepsykolog og jeg gleder meg til å begynne!

I vår opplevde jeg og flere andre at vi ikke fikk like mye kontakt med brukere/pasienter som vi skulle ønske i praksis. Jeg synes man bør være strengere med utvelging av plasser eller flinkere med opplæring av veiledere slik at man kan sikre at studentene får tilgang til de erfaringene de skal få i praksis.

Studiet er veldig rettet mot kvantitativ naturvitenskapelig forskning, og fokus på førstelinjearbeid er nesten ikke eksisterende.

Vi bør vite mer om barnevernfeltet med tanke på meldeplikt og ansvar! Videre er det omtrent fraværende om kunnskap om eldrepsykologi!

Ønsker mer praksis tidligere i studiet, og mer kvalitetssikret undervisning som er relevant for psykologyrket for nåtiden og fremtiden. Opplever at mye av pensum er utdatert og lite relevant for fremtiden.

Alle kommuner med over 3000 innbyggere bør ha minst 1 psykolog tilsatt i 100% stilling, som ikke er endel av et interkommunalt samarbeid der psykologstillingen er fordelt på to eller flere kommuner.

Ønsker mer praksis og fokus på det kliniske fra starten og gjennom hele studiet slik at overgangen til praksis ikke blir så stor
Bevar internklinikken eller se fremtidens psykologer bli legenes nikkedukker uten evne til selvstendig tenkning.
Skremmende lav kompetanse på statistikk og forskningsmetode blant noe jeg antar er rundt 80 % av profesjonsstudenter ved NN
Jeg vil bare understreke betydningen av at spesialiseringsavtalen har samme vilkår i førstelinjetjenesten som i spesialisthelsetjenesten, god veiledning, og at det tilrettelegges for et psykologfelleskap.
Studentene trenger helt klart mer informasjon om hva arbeid i førstelinjetjenesten innebærer og hvordan psykologrollen er relevant for slikt arbeid.
Jeg mener vi bør ha noe mindre kognitiv nevrovitenskap, og mer kliniske fag/praksis, f. eks som dekker områder flyktninghelse, samfunnspsykologi, spiseforstyrrelser, rus
Etter endt praksis i førstelinjetjeneste innen rus-behandling i Oslo, tenker jeg at dette er et område som både trenger og fortjener mer ressurser. Dette er en gruppe pasienter som jeg opplever har blitt nedprioritert i mange år, og som sårt trenger personell med psykologisk kompetanse. Fagfeltet er fremdeles i stor grad preget av ufaglærte, og da dette er en utfordrende gruppe pasienter å jobbe med er det nødvendig med et kompetanseløft. Min opplevelse er at det er svært mange pasienter som rett og slett ikke får den hjelpen de fortjener og har rett på. Førstelinjetjenesten trenger mer ressurser, slik at denne gruppen kan få et bedre tilbud enn det som eksisterer i dag. Svært trist at en av de svakeste gruppene i dagens norske samfunn ikke får et bedre tilbud enn det som er i dag. Fire psykologer fordelt på NN er ikke nok, det burde ansettes mange flere.
Skulle gjerne ønske at man fikk mer innblikk gjennom studiet i hvordan det er å arbeide i tverrfaglige team kommunalt og i barnevernstjenesten.
Vi må passe oss for at ikke kommunepsykologene blir en slags "ny spesialisttjeneste" for lette til moderate psykiske lidelser. Vi trenger å bli gode lagspillere (og mobilisere andre fagfolk framfor å stykkbehandle), så vi ikke lager en ny sektorisert tjeneste. Samtidig må kommunen ha en klar og tydelig plan på hva de vil med psykologene, gjerne 1/4 behandling og 3/4 forebygging og helsefremming, og så må man tenke smart mht. samhandling og hvordan kommunepsykologene skal brukes. F.eks. både være en forebygger og drive med kunnskapsformidler, i tillegg til å hjelpe til i de mer kompliserte sakene som nettopp er utskrevet fra BUP. God psykisk helse skapes alle andre steder enn i helsevesenet. Tilby kurs til ungdommens veiledere og jobb systemisk (med organiseringen av skolen f.eks.). I tillegg tror jeg at faste månedlige samlinger mellom psykologene fra alle nabokommunene vil være hensiktsmessig, spesielt i startfasen, så man lærer av hverandres suksesser og fiaskoer mht. å kartlegge terrenget for opprustingen av psykologtjenester i 1.linjetjenesten.
Håper førstelinjetjenesten kan spille enn større rolle i psykisk helsevern fremover. Trenger mer fokus på forebygging, samfunn og folkehelse.
Generelt har vi fått lite informasjon om førstelinjetjenesten gjennom studiet, med unntak av praksis i PPT. Forelesningene og pensum innenfor dette området kunne gjerne vært utarbeidet bedre. Jeg tenker at det er en spennende plass å jobbe, men at studiet i lite grad klarer å motivere studenter til å ha lyst til å jobbe innenfor førstelinjen. Mye av dette tror jeg er grunnet lite struktur i en del forelesninger, lite praksis og lite informasjon om hvordan man kan arbeide i førstelinjen.
Jeg tenker at vold som tema bør fokuseres på mer i studiet. Både utøver og utsatt perspektivet. Voldsutøvere i dag har et altfor begrenset behandlingstilbud, og både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten er man usikre på hvordan man skal håndtere/behandle dette. Det er også behov for mer forskning på dette feltet.

3.5 Intervju med vitenskapelig ansatte på profesjonsstudiet i psykologi

Som beskrevet i metodekapitlet (kapittel 2.7) intervjuet vi til sammen 15 vitenskapelig ansatte ved alle de fire universitetene som tilbyr profesjonsutdanning i psykologi. Tre av femten informanter var menn. For å skille sitatene fra hverandre har vi gitt hvert universitet et tall fra 1-4, men vi oppgir ikke hvilket universitet som har hvilken kode for å ivareta anonymitet. Målet med intervjuene var å få fram hvilken rolle førstelinjetjenesten¹³ og psykologer i kommunen har i undervisningen og i praksisdelene av studiet per i dag, og hvordan utviklingen på dette området har vært over tid. Videre ville vi at de vitenskapelig ansatte skulle reflektere over psykologrollen i førstelinjetjenesten og se denne opp mot det studentene lærer på studiet, med særlig fokus på hva det er med psykolog-profesjonen som kan bidra til økt kvalitet og kompetanse i førstelinjetjenesten.

Psykologene vi intervjuet ved universitetene viste seg å være gode informanter i den forstand at de hadde mye på hjertet, og vi fikk et omfattende intervjumateriale med mange og lange innspill av relevans for evalueringen. Vi har valgt å ta med relativt mange sitater i dette kapitlet, i noen tilfeller hele meningsutvekslinger, for å gi leseren et bredt innblikk på de meninger og holdninger som kom til uttrykk i intervjuene.

3.5.1 Informantenes kompetanse på førstelinjerelatert arbeid

Informantene besto av både professorer, førsteamanuenser og post doc'er. På ett av intervjuene var det også med en ph.d.-stipendiat. Flere av informantene hadde i perioder hatt lederstillinger ved sitt institutt, og de fleste hadde vært ansatt i akademia i en årrekke. Vi ba om at e-posten vår med forespørsel om deltakelse i intervju (stilet til instituttledere) ble sendt til ansatte som hadde undervist i og/eller hatt erfaring fra førstelinjetjenestearbeid – og samtlige av de vi intervjuet fylte dette kriteriet. De fleste av informantene hadde også selv erfaring med å ha jobbet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (flest med barn og unge-feltet (særlig PPT), men vi intervjuet også ansatte som hadde vært ansatt i uteseksjonen, oppsøkende team i kommunen, jobbet med flyktningehelse og psykisk helsearbeid for voksne. To av informantene hadde på intervjutidspunktet sin hovedstilling som psykolog i kommunen, og hadde bistilling ved universitetet.

Ved flere av universitetene hentes det inn eksterne forelesere som jobber som psykolog i kommunen, men inntrykket er at dette ikke gjelder mer enn noen få timer. Tidlig i ett av intervjuene kom det fram noen refleksjoner rundt de ansatte på universitetets rolle som forbilder for studentene i forhold til hvor man ønsker å jobbe:

¹³ I dette kapitlet omtaler vi de kommunale tjenestene som førstelinjetjenesten, ettersom det er dette begrepet som brukes i utdanningen ved universitetene.

...vi som utdanner, vi er jo på en måte forbildet, og det har jeg sett alle disse årene, at er man selv interessert så blir studentene interessert i det, at man kan ha en forutsetning for å bli interessert i det, så det handler veldig om at du løfter fram ting, og jeg tenker jo at utdanningsinstitusjonene har en viktig rolle også i forhold til å gjøre det attraktivt å gå ut i den type jobb, da. Men det har jo alltid vært mange søkere på de plassene, men det er klart at det er ikke sånn at alle ønsker seg førstelinjetjeneste, jeg tror også det er en del studenter som tenker mer strategisk, i forhold til at de tror de kan få jobb med en gang og sånn, så jeg tror at når de søker og velger så tror jeg at de også tenker litt sånn at jeg søker BUP, for da får jeg kanskje mulighet til å jobbe der. (Universitet 2)

3.5.2 Førstelinjetjenestens rolle i undervisningen

Etter en introduksjonsrunde der informantene fortalte om egen fagbakgrunn og yrkeskarriere, gikk vi over til å snakke om profesjonsstudiets oppbygging og førstelinjetjenestens plass i dagens undervisningsopplegg. Det kom fram at flere av universitetene nylig har vært gjennom runder med omstrukturering av studiet – og at de opererer med "ny" og "gammel" modell for profesjonsstudiet, avhengig av når studenten ble tatt opp (endringer i 2017/2018). Sånn sett kan studentundersøkelsen presentert i forrige kapittel fungere som en slags "baseline" til eventuelle senere undersøkelser, der man bør kunne forvente at det blir mer førstelinjerelatert undervisning på de som starter på psykologstudiet nå. Vårt hovedinntrykk er at universitetene i løpet av de siste 1-2 årene har økt mengden studiepoeng noe for fag som er relatert til arbeid i førstelinjetjeneste, som f.eks. samfunnspsykologi og allmennpsykologi, undervisning om gruppeprosesser, systemarbeid, tverrfaglig arbeid, og at det er mer undervisning om førstelinja inn på de profesjonsforberedende emnene:

...vi har en del endringsplaner allerede nå. Men forsøket er på en måte å gi dem et inntrykk av tverrfaglighet, og å gi dem et inntrykk av de ulike hattene de har i førstelinjen, samt å skille mellom de ulike hattene. Når er de konsulenter, når er de rådgivere, samarbeidspartnere, utredere, eventuelt på grensa til å være litt lavterskelterapi, og når er de familiekonsulenter osv. Så det prøver vi å tydeliggjøre. Synes det har falt bort i studiet som helhet hittil. Men jeg tror nå, med de nye greiene at vi får det tydeliggjort. Så de faktisk skjønner at terapeut er én av ti roller, og det er ikke alltid at terapeuthatten skal på. (Universitet 4)

...der har vi visst om at vi skulle jobbe mer med førstelinje, kommunale tjenester, så der har vi jobbet, drevet frem, er min oppfatning, satsing på å få inn psykisk førstelinje i

kommunale tjenester, systemarbeid, altså jobbing mot system, jobbe via andre, som et viktig del i det reviderte profesjonsprogrammet. Så det er jeg veldig fornøyd med egentlig, og at vi også har med kultur og systemkompetanse da. (Universitet 4)

Så det semesteret som er mest relevant er jo det der de har sosialpsykologi, og så har de kultur- og samfunnspsykologi, og så har de organisasjonspsykologi, og så har de da et profesjonsforberedende emne som på en måte er knyttet- Hva er det som er klinisk relevant fra disse emnene? ... Dette blir jo planlegging, dette kommer til å gjennomføres første gang neste vår, men der kommer det mye mer om hva kommunepsykologrollen er, og hva systemarbeid er for noe, og vi jobber jo med å få inn et slags praksiselement. (Universitet 2)

En kollega ved samme universitet fulgte opp med:

Poenget er at det er jo nettopp det at det har vært litt basalfag her, det kliniske der, det er sånn det har vært før, mens nå er det mye mer på greip igjennom studiet, og dermed får vi og mer plass til nettopp førstelinjetjeneste og kommunepsykologrollen. (Universitet 2)

Omstruktureringen kommer som en konsekvens av kommunenes utvidede ansvar for forebygging og behandling, og helsemyndighetenes fokus på økt aktivitet i førstelinjetjenesten. Universitetene er også involvert i arbeidet med å utarbeide nye nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene¹⁴, og der førstelinjearbeid skal vektlegges mer. Ved to av universitetene problematiserte informantene at man kan stille spørsmålstegn ved hvor mye nytt som faktisk kommer ut av omstruktureringen, eller om man bare kaller ting som var der før, for noe nytt:

Det som veldig fort skjer når det kommer pålegg utenfra, det er at folk sier at vi har allerede nok på det, ja. Det er liksom retorikken. Så det første som skjer når det kommer et statlig pålegg, det er at vi sier at nå tar vi en undersøkelse og så ser vi hvor mye vi allerede gjør. Ja, vi gjør jo allerede masse på dette og så svarer vi ut at ja, vi gjør jo allerede masse på dette. Så hvor mye vi egentlig forandrer, det er jo et godt spørsmål også. (Universitet 4)

¹⁴<https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene/id2569499/>

3.5.3 Førstelinjepraksis, internklinikker og hovedpraksis

Ved alle universitetene har studentene obligatorisk førstelinjepraksis (i et bredt spekter av tjenester), som regel rundt 8. semester. Ved Universitetet i Oslo gis det følgende beskrivelse av emnet "Psykologisk arbeid i førstelinjetjenesten" (5 studiepoeng, praksisomfang: minimum 33 klokke timer over 11 uker)¹⁵:

"Innføring i oppbygging av det kommunale førstelinjenivå, oversikt over ulike tjenester, teori og metodikk knyttet til konsultasjon og krisearbeid, samt praktisk erfaring fra virksomhet innenfor førstelinje- og lavterskelinstitusjoner. Praksis drøftes og veiledes i gruppesamlinger ved PSI. Aktuelle praksisplasser er blant annet: Helsestasjoner for ungdom, barnevern, PP-tjeneste og skolehelsetjeneste i barne- og videregående skole, kommunepsykolog, flyktningetjenesten, tiltak for asylsøkere, i eldreomsorg, rusomsorg og rehabilitering, psykisk helseteam, psykisk helsetjeneste for barn og unge, krisesentre og familiesentre."

En av informantene presiserer de prøver å lære studentene god kartlegging og rådgivning, som en mellomting mellom individualterapi og systemarbeid:

Men det er en ting her som jeg tenker at vi lærer de på NN (internklinikken), og det er at de driver ikke individualterapi. Altså, det er rådgivning, og det tenker jeg er kjernen i den praksisen de får, er nettopp å vurdere hvem de kan gi rådgivning til her, og avslutte innen rimelig tid med korte forløp, og hvordan skal vi hjelpe dem videre i systemet? Og da trenger man systemkunnskap, men det trengs også den kunnskapen som jeg tenker de får på NN med å ikke gå inn i lengre forløp og klare å avgrense seg. Og det krever trening, så det er en mellomting som jeg egentlig synes jeg ser lite, når jeg har lest om kommunepsykologer og sånn, at man snakker enten individualterapi eller systemsamarbeid, men jeg tenker at denne mellomtingen er veldig viktig med kartlegging og rådgivning, og det tenker jeg at man faktisk trenger ganske mye av, men at man skal jobbe da tett opp mot helsesøstre og de som har to, eller tre avslutter her, tilbake til helsesøster, det blir et eller annet, annet system, da. (Universitet 2)

En av de ansatte vi intervjuet oppfattet at egne studenter var mer positivt innstilt til å ha praksis i førstelinjetjenesten enn studenter andre steder i landet:

Jeg tror i hvert fall, når jeg hører hvordan noen snakker fra de andre universitetene, så sier de at studentene er litt motvillig til sånn førstelinjepraksis, og at de tenker at det er

¹⁵ <https://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSYC4401/>

kjedelig, og de ser for seg at det å bli psykolog handler om å bare jobbe i spesialisthelsetjenesten, og det opplever jeg ikke. Det er ikke en sånn stemning på kullene hos oss, tror jeg. (Universitet 3)

Men de andre universitetene gav også inntrykk av at studentene nå er mer positivt innstilt til jobb i førstelinja, her eksemplifisert med utdrag fra en dialog mellom informantene ved Universitet 2 :

A: Når de starter her på åttende semester så bruker vi ha noen runder hvor vi spør hva de er interesserte i. Studiet har forandret seg, de har mer førstelinje og mer praksis de første årene, før var det et klart skille teoretisk. Jeg synes man ser en dreining i det at allerede før studentene har startet med pasientene, "jeg synes det virker spennende å jobbe som kommunepsykolog", det har jeg hørt...

B: Det hørte vi ikke før altså! (latter)

A: Det har de en tanke om før de begynner med internklinikk nå. Det er en klar forandring.

B: Ja, som kanskje er en indikator på at vi har klart å tydeliggjøre mer for de hva det er. Gitt dem noen verktøy. (Universitet 2)

Ved ett av universitetene kom det fram at det kan være konkurranse mellom ulike faggrupper om å få førstelinjepraksisplass i kommunene:

Så møter vi jo disse systemene da, begrensningene, eller... dette med hvem eier hvilket område. Det har f.eks. vært kjempevanskelig å komme inn på helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Fordi det har på en måte et eierskap som har gjort det vanskelig for oss å komme inn. Så møter vi også det, det er mange andre studenter. Du har alle linjene på høyskolen som også ønsker praksisplasser i førstelinja. Så, men jeg tenker at det, vi må få mer, en blanding av faste plasser og utviklingsplasser. (Universitet 4)

En av kollegene som har jobbet lenge ved det samme universitetet følger opp:

Bare for å bekrefte det, gjennom flere tiår. Hvor vi ser at større og større andeler av studentene har mer og mer erfaringer gjennom ekstrajobber som de har i tillegg. Så jeg tenker også på, når jeg hører beretningene om konkurranse på praksisplassene mellom andre faggrupper, så var nok det mye enklere og lettere før. Da vi reviderte studiet på

80-tallet, og vi opprettet for-praksisplasser. Jeg var koordinator for for-praksisplassene. Hvor lett det var å få plassert studentene ute på veldig varierte typer institusjoner. Ikke noe problem i det hele tatt. Og det var før de kunne bidra med noe særlig. Men det var en sånn good-will til psykologutdanningen her, som psykologer gjorde. I førstelinje, i PP, forebyggende arbeid, kommunen, familievern... Så det er en interessant utvikling som gjør det mer utfordrende å etablere praksisplasser. (Universitet 4)

Internklinikkene ble også fort tema når det var snakk om førstelinjepraksis. Her får studentene praksistrening på egne klinikker ved universitetene, under veiledning av de ansatte. De som uttalte seg var klar på at internklinikkene var viktige å beholde internt (og ikke eksternt i spesialisthelsetjenesten), blant annet begrunnet i at studentene får øvd seg på mildere problematikk, mer lik pasientpopulasjonen man møter i en lavterskel førstelinjetjeneste heller enn i spesialisthelsetjenesten. En av de ansatte ved Universitet 3 uttalte dette om internklinikken:

...barnepoliklinikken vår, poliklinikken for barn og unge... man kan på en måte ikke drive barneklinsk arbeid uten å være systemorientert. Slik at de har et langt tydeligere... dreier seg langt tydeligere i retning førstelinja. Voksenklinikken vår er typisk tidlig intervensjon, og er slik sett egentlig ikke spesialisthelsetjeneste, det er langt mer førstelinje. Sist gang jeg hadde et vikaroppdrag der som veileder, så var jo.. de to siste gangene. Så var faktisk ingen av de som vi hadde der, ingen av de tilfredsstilte pasientrettighetslovgivningen for spesialisthelsetjenesten. Sånn at, det er nok slik at vi, i vårt samfunnsoppdrag, historisk har utdannet til spesialisthelsetjenesten, men vi underviser nok per i dag vel så mye for å løse oppgaver i førstelinja. (Universitet 3)

Psykolog-studentene avslutter studiet sitt med såkalt hovedpraksis, som strekker seg over ca. 5 måneder.

Ved Universitetet i Tromsø har de følgende beskrivelse av formålet med hovedpraksis¹⁶:

- I hovedpraksis skal studenten under veiledning få erfaring med å arbeide som psykolog med selvstendige oppgaver, og få erfaring med arbeidsmåter som benyttes innenfor anvendt psykologi og de praktiske og metodiske forutsetningene for disse. Samtidig skal studenten skaffe seg kjennskap til institusjonen og til samarbeidsformer med personale med annen fagutdanning. Studenten skal også få kjennskap til de etiske problemer som oppstår i denne sammenheng, lovgivning og den offentlige administrasjon av området. Avgjørende for all praksis er at studenten får erfaring med og anledning til faglig refleksjon over forskjellige sider ved arbeidet innen

¹⁶ https://uit.no/om/enhet/artikkel?p_document_id=286123&p_dimension_id=88120

institusjonen. Det forutsettes at studenten ikke får større deler av sin praksistid belagt med ensidig rutinearbeid.

Videre heter det om godkjenning av praksissted:

- For at en institusjon skal godkjennes som praksissted forutsettes det at stedet har kvalifisert veileder (psykologspesialist), at det er egnede oppgaver som studenten kan gå inn i og at fysiske forhold (kontor og lignende) kan tilrettelegges. Praksisveileder har ansvaret for det undervisningsmessige opplegget og innholdet i dette. Studenten skal bli gitt opplæring i form av regelmessig, individuell veiledning og tilsyn. Det skal settes av fast tid pr. uke til veiledning.
- Studentene har ikke anledning til på egen hånd å lage avtaler med mulige praksissteder. Dersom studenter har ønsker om å opprette praksisplasser utover de avtaler som Institutt for psykologi har avtalt, skal dette gjøres gjennom praksiskoordinator. Instituttet kan ikke gi forhåndstilsagn til enkeltstudenter om hovedpraksis på ønsket sted."

Tradisjonelt har hovedpraksis i all hovedsak foregått i spesialisthelsetjenesten. Alle universitetene har avtaler med de regionale helseforetakene og HF-ene om hovedpraksisplasser, og en egen koordinator de kan henvende seg til for å avtale plasser. Dette koordinerende leddet mangler i kommunesektoren, og er nok en av hovedårsakene til at man ikke har lyktes med å etablere flere hovedpraksisplasser i kommunen. Det er foreløpig en veldig lav andel av hovedpraksisplassene som er lagt til kommunene (ca. 10 av 70 plasser ved UiO f.eks.), men dette er noe de ansatte ser et betydelig potensial i for å motivere studentene til en jobb i førstelinjetjenesten:

Ellers er det en veldig viktig ting, opplever jeg, mtp hovedpraksisplasser, at vi fikk avvirket den ulykken som det var å knytte hovedpraksis til spesialisthelsetjenesten. Som ville vært en gedigen ulykke. Så er jeg glad for at vi har klart å få... Det må jobbes mer med å få større bredde i praksisplassene. Det er nok en betydelig utfordring. (Universitet 4)

En annen ansatt ved samme universitet sa følgende om mangelen på hovedpraksisplasser i kommunene:

Ja, vi har, det er jo det også, vi har hovedpraksis er da et halvt år, også er det jo da et kull med ca. 70 studenter pr kull. Også er det da to kull i året, ikke sant? Så hvert semester så sender vi 70 studenter ut i hovedpraksis fem måneder, og hvor vi har reservert 10 plasser til førstelinje. Også har vi da noen plasser i førstelinja som vi har avtale med som vi vet er gode, av erfaring er god. Så da vil det alltid være 10 studenter som har hele hovedpraksisen sin i førstelinja. I tillegg til det, så har vi en forpraksis i førstelinja som er 33 timer i løpet av et semester hvor man er spredt rundt på forskjellige førstelinjepraksiser i østlandsområdet. Og der har vi hatt litt forskjellig. Noe av det som er utfordringen for oss der, er at vi mangler en organisering av førstelinja som gjør at vi kan snakke med en.

Altså i fht for eksempel spesialisthelsetjenesten så har vi, så kan vi snakke med helse Sørøst, da har vi en stemme, en motpart. Eller så kan vi snakke med de fem helseforetakene i Osloområdet, da har vi fem å snakke med. Men i fht førstelinja, så har vi en milliard, sant? Så vi mangler en organisering. Vi skulle gjerne hatt en fra KS, eller, jeg mener en eller annen som representerte førstelinja mot universitetene, også kunne snakket med oss. Snakket om kvalitet, snakket om hva som er gode praksisplasser, hva som er kravet til praksisplasser i førstelinja, også snudd seg rundt og hjulpet oss med å finne dem, også hjulpet oss med å følge de opp. Fordi vi får en kjempe organiseringsutfordring med førstelinja, som ikke er den samme. På spesialisthelsetjenesten også, så har vi en koordinator pr helseforetak, de snakker vi med. Da får vi det effektivt til, ikke sant? (Universitet 4)

Et annet område som ble diskutert i flere av intervjuene var etterspørselen fra studenter og psykologer i kommunen etter mer undervisning i helserett (lovverket), og da særlig i forbindelse med førstelinjetjenesten som har et mer komplekst lovverk forholde seg til enn spesialisthelsetjenesten. Mens flere var enige i at man kunne hatt mer helserett inn på studiet, var en av informantene "litt irritert" fordi man skal pakke stadig mer inn i undervisningen på studiet og legge opp til at en psykologstudent er "utlært" når han eller hun er ferdige med profesjonsstudiet.

.. til det med betydningen av jus. (...) Det er mye kommentarer, "det er krise at ikke det er i profesjonsstudiet, man må ha mer om ditt og datt og alt..." Alt må liksom inn. Alt fra generelle til spesifikke tema. Det er nesten så det irriterer meg litt innimellom, fordi vi kan ikke regne med at psykologer er ferdig utdannete på absolutt alle områder når de er ferdige psykologer. Men hvis vi tenker jus-kompleksiteten knyttet til førstelinjearbeid og kommunearbeid, så betyr jo ikke det at de skal ha undervisning inn i alt lovverket, men kanskje mer generelt om mangfoldet i lovverket og betydningen av lovverk.

3.5.4 Psykologene i førstelinjetjenesten – hvordan bidrar de til styrket kvalitet og kompetanse?

En stor del av intervjuene gikk med til å diskutere på hvilken måte de ansatte ved universitetene oppfatter at psykologer kan bidra til styrket kvalitet og kompetanse i førstelinjetjenesten, og hva som er og bør være psykologenes rolle i førstelinja. På intervjueren sitt spørsmål om på hvilke områder psykologene bidrar til styrket kvalitet og kompetanse, tok en av informantene på seg å oppsummere svarene som kom ut av diskusjonen. Vedkommende vektlegger psykologenes relasjonskompetanse og evne til refleksivitet:

Da har vi gitt mitt forsøk på 6 svar på spørsmålet. En oppsummering av de 6. 1) Vi har unik relasjonskompetanse. 2) Kunnskap og kompetanse om endringsprosesser. 3) Kunnskapen vår er, eller vår viten er, kunnskapsbasert. Også lidenskapelig basert, kan vi bruke. 4) Vi har en analytisk kunnskap. Vi vet blant annet hvor innsatsen må settes inn. Som også mer generelt kan sees på som refleksivitet. Som også... bidrag til kreativitet. 5) Og vi har en selvbevissthet, siste punkt. Selvbevissthet, selvkunnskap som vet hvordan vi påvirker våre omgivelser. 6) Og vi har en utviklingsforståelse. Det er de 6 momentene. (Universitet 4)

I flere av intervjuene kom det fram at informantene mente at rollen som psykolog i kommunen krever en spesiell form for egnethet, og da gjerne variert og relativt lang arbeidserfaring:

Fordi jeg ser at, jeg tror det er noe med at de er unge, ikke sant? De folkene de er kjempeflinke, men veldig unge, når de er ferdige. Og da leter de etter en identitet, og identitet som individualterapeut er liksom så, der kan du virkelig stå altså. Det er det ingen andre som har. Og dette kan vi liksom. Og det satses masse på den der. Så identitet er ganske viktig. Og når du sender ferskinger ut i førstelinja, så blir de jo feid av banen av veldig mange flinke andre fagfolk også, ikke sant? Som har vært der i evigheter og som er på sin arena. Og da tror jeg fort at de gjemmer seg i et eller annet som ingen andre kan konkurrere med dem på. Så derfor har jeg også tenkt at egentlig så burde førstelinja vært gamlingene altså. Som går rundt og bærer det og holder på, og som er såpass trygg i sin egen identitet at man kan gjøre noe annet også, når det er nødvendig, ikke sant? Nye ting. Jeg tror det er synd for førstelinjefeltet at det blir en sånn, det er der de første jobbene er. Så da fyller vi opp med det. Det er synd. Det burde være fagnoder rundt omkring, hvor det sitter skikkelige flinke fagfolk. Gjerne hvor de har utviklet doktorgrader og gjøre forskning og utvikle faget, der på førstelinjas premisser. (Universitet 4)

Samme person følger senere opp med et innspill om at kommunene må bli en plass psykologene kan ha karriereutvikling, hvis kommunene skal klare å beholde dem:

...jeg tror at noen av de som blir i førstelinjen er de folkene som fikser og som liker det, og som får sansen for det og som egentlig liker å viderehenvise litt og som ikke skal sitte å holde fast i alt og kjøre hele løpet selv, men som liker å jobbe sånn. De tror jeg blir

værende, at de er gull for førstelinja. De må man løpe etter med jobb, med lønn, med alt mulig for å få holde på dem, men jeg tror at ganske mange kommer ut i førstelinja fordi det ikke finnes jobber i spesialisthelsetjenesten i utgangspunktet. Og de blir ganske sjokket. De får masse ting de ikke har forutsetninger for å like. Og de kommer tilbake til spesialisthelsetjenesten så fort de klarer. Og så har du noen som er kjempegode, vi sender utrolig mange gode studenter ut herfra. Også sender vi de ut til førstelinja, også er de for ubeskyttet der ute, og for dårlige strukturer der ute, det er for lite prioritering der ute. Hvert fall var det det, sånn som jeg kjenner til det. Så er det for lite kompetanseøkning der ute sånn at det er ikke et sted hvor du får en karriere. Karrieren skjer i de store systemene i spesialisthelsetjenesten hvor du kan få spesialisere deg, hvor du kan gjøre en liten ett eller annet, du kan gjøre deg noen utvalg av noen pasienter og fokusere på et eller annet, for å bli god på et eller annet. Sånn at noen av de veldig gode tror jeg kommer inn fordi de får mulighet til beskyttelse, og en økning av kompetanse med fokus på et eller annet. Og det er synd for førstelinja. (Universitet 4)

En kollega av vedkommende som hadde uttalelsen over, mener de unge og nyutdannede fort havner i en situasjon der de blir "spist opp" av det kliniske arbeidet:

Men en generell erfaring, så langt jeg har fått med meg er at veldig mange, særlig der hvor de er en, kanskje to, i en kommune, er at de blir helt spist opp av det kliniske arbeidet. Selv om det egentlig er ambisjoner om at de skal jobbe på ulike plan, systemorientert, så blir det ikke tid til det. Og det tror jeg kanskje også har noe med de unge psykiologenes usikkerhet på "hvordan skal jeg gå fram, hvem skal jeg snakke med, kan jeg snakke med rådmannen, ikke bare helsesøster liksom". Og at den nye linja med helsefremmende og forebyggende arbeid vil kunne øke tryggheten og kompetansen hos nyutdannede psykologer fremover på det. Men at det også er en viktig forhandlingsbit ute i kommunene. Jeg har tenkt noen ganger, jeg har vært, sånn for min egen del, at det hadde vært skikkelig gøy å dra til en kommune et sted, være der i to år... Jeg kommer ikke til å gjøre det, men jeg har tenkt på det noen ganger. Og da har jeg lurt på om jeg ville insistere på å kanskje jobbe 80 prosent systemrettet. Bare for å sette det skikkelig på dagsorden. For det vil være mer folkehelsefremmende for den kommunen enn om jeg jobbet 80 prosent klinisk og bitte lille grann... (Universitet 4)

En av de andre ved samme institutt sier det samme:

Altså vi ender tilbake til at vi sitter og jobber med enkeltpersoner. Ja. Det er jo det vi gjør, og det er jo det folk vil, det er det folk vi ha oss til. Det er det vi vil også. Så ja ... Vi kan brukes til alt, vi sier ikke nei til noen, men vi vil jo helst jobbe individuelt, det er det vi kan, og det er det vi tror på også. Ikke sant? Det er mitt inntrykk, at det er tung materie. (Universitet 4)

En annen synes man bør være mer forsiktig med ordbruken, og at klinisk ikke nødvendigvis er et godt ord å bruke:

Jeg også er enig i det dere sier med at man må gjøre begge deler. Men er litt ambivalent til å bruke av klinisk kvote. Det snevrer det inn. Det er liksom arbeid med mennesker vidt og bredt. Så jeg er litt sånn redd for å bruke ordet "klinisk". Det må være litt mer åpne ord. (Universitet 4)

Flere var enige i at psykologene bør ha flere roller i kommunen, at man må kunne tenke både forebygging og behandling:

I den her kommune-satsningen, så er det jo også en del sånne tendenser til å legge ned veldig sånne spesialiserte enheter, det er jeg litt kritisk til. Jeg tenker at vi må styrke kommunehelsetjenesten, men vi trenger noen til veldig spesielle sammensatte lidelser, så jeg tror vi må ha to tanker samtidig. Noen må forebygge kreft så må vi også ha behandling av kreft. Sånn tenker jeg med tanke på psykisk helse også. (Universitet 3)

En av de ansatte vi intervjuet som selv jobbet som psykolog i kommunen, bekrefter inntrykket av at hun jobber mer klinisk enn hun egentlig vil:

Det blir veldig fort mer klinisk enn det vi tenker oss. Vi har for så vidt ganske frie tøyler, men dette individuelle presser seg veldig på. Med en gang jeg har fått noen inn til meg på mitt kontor så er det veldig vanskelig å dytte dem ut. Så jeg må si at jeg er litt sånn at jeg tenker det er fint med flere psykologer til kommunen, og så håper man at flere kan tenke mer på øverste nivå i kommunen «hva skal vi med disse psykologene?» For du kan gi kommunen så mange psykologer du vil, tror jeg. Hvis du bare skal ha dagsamtaler så kommer det uansett ikke til å bli nok, tror jeg. Det er min personlige mening."

(Psykolog i kommunen med bistilling ved universitet 2)

En av de andre ansatte trakk fram forventninger til psykologrollen fra andre faggrupper i kommunen som en faktor som kan påvirke hvordan rollen ender opp med å bli:

Det er kanskje det som er den største utfordringen blant kommune-psykologene, som man i politisk korrekthet ikke skal kalle dem, psykologer i kommunen, så er det nettopp det at de kommer fra helt åpne stillinger, det er helt upløyd mark, så har du noen forventninger, både blant de andre og hvem de skal samarbeid med, og hva en psykolog skal gjøre, og mange som opplever at det er det vanskeligste (Universitet 2)

I alle intervjuene var det enighet om at det å gjennomføre gruppevis oppfølging av brukere, og det å drive undervisning og veiledning av andre faggrupper ble oppfattet som veldig nyttig bruk av psykologressursen.

Men kanskje de har en stor oppgave å gjøre, nå snakker jeg i forhold til voksne da, å bevisstgjøre litt ressursbruk, eh, hvordan nå flest mulige. Da jeg fulgte opp studenter i hovedpraksis nå da, så, som var i kommunen, så virket de som om de hadde fått en hvor det ikke ble så mye individuell oppfølging, men at de tok det gruppevis. Gruppeveiledning, mye fokus på undervisning. Både undervisning og faggrupper, ulike faggrupper, pårørende, det hørtes ut som om det var en ressursbruk som ga veldig mening. Så er det andre faggrupper som har vært så positive til at psykologene kom inn i kommunehelsetjenesten. (Universitet 3)

En annen diskusjon relatert til rolle handlet om konkurransen fra andre, liknende studier, som for eksempel master i psykologi og master i folkehelse. Disse utdanningene har også fokus på forebygging, helsefremming og systemarbeid. Vi utfordret informantene på dette med at psykologene også er forventet å jobbe med forebygging og på systemnivå, men at et alternativ for kommunen er å ansette noen med master i psykologi eller folkehelse som kanskje har mer målrettet utdanning i forhold til disse tingene:

Der vil jeg si en ting, og jeg er helt enig, jeg tenker at master i mye større grad må jobbe på systemnivå og med psykisk helse i skolen, men det er noen som tror at det å jobbe som rådgiver i kommunen, at da får man så mange enkle saker. Sånn at da trenger man ikke så mye balast. Jeg vil si motsatt. Jeg vil si at det er akkurat der du virkelig trenger balast, fordi at du nettopp får inn alt mulig, og du må kunne sortere, og du må kunne stå i ganske tunge saker på et lavterskelnivå uten spesialisthelsetjenestesystemet rundt deg. Så jeg tenker at der skal ikke masteren inn, fordi de ikke har den kliniske kompetansen. Jeg tenker at de kanskje mer kan jobbe på systemarbeid. (Universitet 2)

En kollega skyter inn:

... for å kunne introdusere de i hva som hører hjemme i førstelinje, og hva som skal til videre så må man kjenne patologien, og det kan sikkert være gode grunner for at man bør ha psykologkunnskapen, selv om man ikke driver med rene psykologioppgaver, men det er fortsatt ganske uavklart føler jeg, og jeg synes kanskje at psykologforeningen har lagt litt beslag på litt flere oppgaver enn nødvendig, særlig med tanke på at vi utdanner for få psykologer, så burde vi i hvert fall kunne utnytte den ressursen som masteren er på en bedre måte, hvis man klarte å definere hva slags oppgaver man trengte hjelp til. (Universitet 2)

Innspillet ble fulgt opp med følgende kommentar fra en av de andre ansatte ved samme universitet:

Kanskje man må bli enig om både en arbeidsdeling og hvem som skal... Så det blir en sånn sirkel i det, for at når vi skal utdanne kommunepsykologer eller psykologer som og skal fungere som kommunepsykologer, så må vi gjerne vite litt om hva en kommunepsykolog faktisk skal gjøre. Men på en annen side... Hvis vi fortsetter å utdanne folk til å drive individualterapi, så vil de jo og komme til å gjøre det, og de blir kommunepsykologer. Sånn at det som vi må prøve å gjøre mer av i utdanningen, er jo å lære de mer systemarbeid, og jobbe igjennom andre, og de andre tingene sånn at vi kanskje unngår å bli sittende og være individualterapeuter og få lange ventelister. (Universitet 2)

Den samme tematikken ble diskutert på et av de andre universitetene, der en av informantene mener at slik utdanningen er nå, er studentene mye bedre rustet til å jobbe med individualterapi og dermed best skodd til å jobbe i spesialisthelsetjenesten:

Man kunne jo ha sagt at førstelinja det kan håndteres av de andre, psykologene kan sitte i BUP eller i spesialisthelsetjenestene, drive med sine terapier og forstå det dypeste i menneske, også veilede de som er der ute til å gjøre kloke valg, belyst av det dypeste i menneske. Ikke sant? Men uten nødvendigvis å skulle gå og grave i det selv, ikke sant? Det kunne man tenke seg. Og jeg er ikke helt sikker på slik psykologene er sammensatt i dag og slik utdanningen er i dag, om ikke det hadde vært det lureste. Den beste måten å bruke psykologer på. (Universitet 4).

3.5.5 Suksesskriterier og barrierer for rekruttering av psykologer til kommunene

Vi snakket en del om hvilke suksesskriterier og barrierer for rekruttering av psykologer som kommunene nå står overfor. De siste par årene har flere av kommunene måtte tilbakebetale tilskudd fordi de ikke har klart å rekruttere psykologer til utlyste stillinger. En av informantene påpeker at også spesialisthelsetjenesten sliter med rekrutteringen i distriktene – og at mangelen på fagmiljø er én av årsakene til at det er vanskelig:

Jeg tror også man må se det parallelt med hva som skjer generelt i distriktene. Altså, de strever jo med å få psykologer til spesialisthelsetjenesten, i distriktene, og med stor turnover. Der er det tross alt et lite miljø med andre psykologer og fag, og det at de da skal rekruttere en kommunepsykolog ute i små kommuner hvor de ikke har noe fagmiljø, så det sier seg jo selv at det blir veldig vanskelig. (...) Nei, der må man lage noder, man må frese ut og så lage sentrale noder, slå sammen, altså samarbeidet på tvers av kommuner, altså ikke region fordi det blir veldig stort. Men litt sånne større enheter som samles og hvor de kan få ressurser og hvor de kan få muligheter til veiledning, til spesialisering, til lønnsøkning. Altså til sånne ting. Og de må få tilknytning til spesialisthelsetjenesten, men på en måte som gjør at de ser fordelene med å bli værende der ute. Og ikke bare frese tilbake til å gjemme seg på kontoret til spesialisthelsetjenesten så fort de kan. (Universitet 4)

Elementet med muligheter til spesialisering går også igjen i intervjuene vi har gjort med psykologer som jobber i kommunale helse- og omsorgstjenester. Psykologer vil også helst jobbe sammen med andre psykologer. En annen informant utdyper sin egen opplevelse av å være den eneste psykologen i møte med andre profesjoner:

...det er litt sånn at når man kommer som student blir man jo veldig oppmerksom på alt jordmødrene og helsesøstrene kan. Nå har jeg bare vært i forebyggende helsetjeneste, så jeg vet ikke hvordan det er på rus igjen. De er veldig oppmerksomme på alt de kan og det som de er god på, men jeg merker jo en kjempestor forskjell på det som jeg kan, som de overhode ikke kan. Så ja, ja, de er jo der og vi kan diskutere saker og sånn, og de er kjempekompetente i sine jobber, men de kan jo ikke- Jeg kan jo ikke drøfte de problemstillingene som er mitt fag med dem. Det har de ikke grunnlag for. Det er min opplevelse, i hvert fall. Hvis jeg skal være ærlig. (Universitet 2)

Ved et av de andre universitetene uttalte en av de med lengst arbeidserfaring at hun blir "litt fortvilet når folk begynner å snakke om faglig ensomhet":

Men jeg tenker mer sånn, å lage... igjen da, ordet refleksjon, refleksive strukturer, nettverk på arbeidsplassen. Man kan godt reflektere sammen med en psykiatrisk sykepleier, en helsesøster eller... i den lille kommunen. Gjensidig veilede hverandre, jobbe sammen. Men det må kanskje lages enkle strukturer for det. Og det... jeg ville jo spurt med en gang, "unnskyld, faglig ensom eller alene? Du er jo sammen med den enorme kompetansen, men du er alene som psykolog." Det er noe annet. Jeg blir også litt sånn... fortvilet når folk begynner å snakke om faglig ensomhet, når de sitter med meget høyt kvalifiserte, når du sitter med folk som kan ting du ikke kan. Men det der med å se at okei, det der... akkurat på den der.. psykologen og.. å sitte å kjenne sammen at.. man har en psykolog med seg. Den mangler kanskje. Men da må man se hva man har med seg. Veiledning er jo veldig viktig i en tidlig fase, eller bestandig. Og nettverk... At man klarer å sortere og se at det er jo faget man har nytte av. Og det er utrolig spennende å være eneste psykolog sammen med mange andre som kan andre ting. Det er klart at det er noe som ofte blir mer spennende etterhvert når man er litt tryggere på egen profesjon. Men jeg tror det er viktig at de forstår at man kan hente masse fag selv om de ikke er psykologer. For da blir man ganske nærsynt. (Universitet 4)

Når vi var inne på psykolog som profesjon og forholdet til andre yrkesgrupper, kom en av informantene inn på dette med å lære studentene respekt og ydmykhet for sine kollegaer med annen fagbakgrunn. I dette gruppeintervjuet var alle enige om at de hadde stort fokus på å lære psykolog-studentene å være ydmyke, og flere mente også at psykologene med sin relasjonskompetanse kan egne seg godt som ledere.

For det er en del som "ja, men dette høres ut som sosionomarbeid". Da tenner jeg 78 plugger og sier "gå og vask munnen din". [latter]. Så det er sånn... det hadde vært skikkelig nyttig. Det er ikke annet enn å tydeliggjøre respekt. Det har vi virkelig forebygget, hvis noen har kommet med sånne uttalelser. Betydningen av respekt, ærbødighet, samarbeid, å være kjempeflink på sitt, men jagg meg vite at de andre er kjempeflinke på sitt. Så derfor, skal man sosialisere dem til ledere så skal vi virkelig sosialisere dem på respekt og ydmykhet også. (Universitet 4)

En av kollegaene fulgte opp dette innlegget med kritikk av psykologenes fagforening, som vedkommende mener bidrar til økt konfliktnivå fordi de selger psykologkompetansen inn som noe helt spesielt.

... og det jeg synes er så rart, er at vi utdanner, som du sier, personer som er veldig ydmyke. Og jeg tror vi er flinkere til det enn andre. Og det ligger litt der da, at ytre posisjoner, det er mange ting vi prøver å få til. Og så... jeg synes jo... det er jo veldig i kontrast til den der profesjonskampen. Og jeg synes Psykologforeningen gjør en drittjobb. De øker jo konfliktnivået. De sier at "psykologer er noe spesielt" og de driver en kamp om at psykologer er noe helt spesielt. Og hvordan i all verden skal nyutdannete, kommer ut hver eneste psykolog og hører fra psykologforeningen eller andre at "vi er kjempespesielle". Så skal de i tverrfaglig samarbeid der de ser at... altså... har et veldig godt samarbeid og se at man er helt likestilt. Der ute. Det er en kontrast der. Ydmykhet, ikke-viter, Psykologforeningen som sier at vi er profesjonsstudenter, ikke masterstudenter for de er ikke psykologer. Så har vi andre sånne profesjonskamper. Så skal du ha et tverrfaglig samarbeid hvor de sier at de er helt like. Jeg skjønner at det er en del som sier at de ikke synes de har faglige kolleger og sånn. Pga. noen holdninger... som trer frem. (Universitet 4)

Ved et av de andre universitetene går meningene til en av informantene i en annen retning, nemlig at det er for lav yrkesstolthet blant psykologene (målt opp mot legene vel og merke):

... jeg vet at medisin har vært mye flinkere på i forhold til yrkesstoltheten eller på en måte, «vi er legene.» Det tror jeg ikke vi har hatt, og det tror jeg tidligere år jeg har hørt at psykologistudentene ønsket at de fikk, det å bli mer pepret i forhold til yrkesstolthet. Men det kan jo slå to veier.

Mulighetene for spesialisering og en karriere i kommunen var også et tema som kom opp i samtlige intervju. Det var unison enighet blant om at kommunene må kunne tilby like gode betingelser for lønn, veiledning og spesialisering på lik linje med spesialisthelsetjenesten, hvis de skal lykkes med rekrutteringen. Uten at vi har intervjuet andre yrkesgrupper direkte om dette, er virker det å være relativt mange psykologer som regner med å få starte spesialisering så raskt de har mulighet til det. En av informantene vektlegger at det må være mulig med kompetanseheving uavhengig av hvor psykologene jobber, og at digitalisering kan bidra til det:

Spørsmålet er hva suksesskriteriene er.. Det er det veldig enkelt å besvare. Det ene er at de trives, de vil fortsatt være der, og at de får brukt sin kompetanse. ...det med å tilby veiledning må jo være en ubetinget gode, og et rekrutteringsmoment. (Universitet 2)

Ja, de må tilby veiledning, men også støtte til å ta spesialistutdanning. Det får de aller fleste helseforetak. Da kommer de til å vinne, fordi de tilbyr veiledning og spesialister... Alle psykologer må ha det. (Universitet 2)

Jeg vil virkelig si, og det er også helt kjempesentralt, og det er ikke bare kommunen men også spesialisthelsetjenesten, i distriktene er det- De bor langt fra sentrum, det koster penger, ting må digitaliseres, det er det ingen tvil om i forhold til faglig påfyll. Og der tenker jeg at vi burde gjort noe mer politisk i forhold til å støtte oppunder kompetansebygging, og, det er også en grunn til at psykologer ikke vil bosette seg i distriktene, for de vil ha inn faglig påfyll. Så det er klart at når veien er kort inn til Oslo og de større stedene og det ikke koster noe å dra dit, så- Her er det også politiske virkemidler man kan ha tenkt litt igjennom i forhold til å ønske seg psykologer i distriktene. (Universitet 4)

Et litt kuriøst suksesskriterium for rekruttering til kommunene hadde kommet fram gjennom en kartlegging et av instituttene hadde gjort i forhold til samarbeidet med kommunene:

Og der var det noen som skrev at i fht sånn suksesskriterium for rekruttering til kommunene er at det er så mye byråkrati i spesialisthelsetjenesten, at de orker ikke å være der lenger.

Det påståtte byråkratiet i spesialisthelsetjenesten kan altså i seg selv være et suksesskriterium for rekruttering til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Flere snakket om viktigheten av godt samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, og kanskje særlig for de mest sårbare gruppene, som for eksempel flyktninger:

Jeg har jobbet med flyktninger og særlig traumatiserte flyktninger. Og har i alle disse årene sett at det er i førstelinja hjelpen er. Det skal veldig mye til før mennesker med flyktningebakgrunn ser hvor stort problemet er hvis de blir sendt inn i en spesialisthelsetjeneste. Så ihvertfall i det perspektivet synes jeg at det med å få tak i et godt samarbeid mellom første og andrelinje slik at de også kan utveksle veiledning begge

veier, også fra første til annen, om dette arbeidet med barn, voksne og familier med flyktningeerfaringer.

3.5.6 Hvilken kompetanse og hvilke forskningsområder bør vektlegges framover?

Det var bred enighet på tvers av universitetene om at det har vært nødvendig å få inn mer informasjon og undervisning på studiet om hva førstelinjearbeid innebærer. De ansattes inntrykk er at studentene i dag er mer positivt innstilt til, og bevisst på, muligheten til å jobbe som psykolog i kommunale helse- og omsorgstjenester, enn bare for få år siden. Flere av universitetene har revidert studieplanene sine, slik at de nå, i alle fall på papiret (jf. sitat innledningsvis i dette kapitlet om hvor mye som egentlig er endret), har mer undervisning i førstelinjetjenesteaktuelle tema og metoder (f.eks. systemarbeid) enn de hadde tidligere. I flere av intervjuene ble det diskutert at mer av noe nødvendigvis betyr mindre av noe annet (så lenge antallet studiepoeng og ressurser i utdanningen holdes konstant), og at det har vært til dels sterke diskusjoner rundt hvilke emner man skal "ta" studiepoeng fra for å øke innholdet som handler om førstelinjetjenesterelatert arbeid. Tradisjonelt har fokuset på individualterapi og behandling vært mye sterkere enn fokuset på for eksempel samfunnspsykologi i utdanningen. Flere mente også at det er slik det må være, for at psykologene skal fortsette å ha en unik kompetanse sammenliknet med f.eks. sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, de med master i psykologi eller folkehelse. Flere kom også med innspill på at man må kunne ha flere tanker i hodet samtidig, og at individuelle samtaler også kan være forebyggende arbeid. Samtidig ser man at rammevilkårene ikke er til stede for å drive en mini-poliklinikk med individuelle samtaler hvis man er få psykologer i kommunen, og det blir fort nødvendig å finne løsninger der man kan bruke psykologkompetansen på en mer effektiv måte:

Sånn at det som vi må prøve å gjøre mer av i utdanningen, er jo å lære de mer systemarbeid, og jobbe igjennom andre, og de andre tingene sånn at vi kanskje unngår å bli sittende å være individualterapeuter og få lange ventelister. (Universitet 4)

Ved et av universitetene mente en av informantene at det å veilede andre faggrupper burde ha en større plass i undervisningen, men at det hadde blitt prioritert bort de siste årene:

Når jeg begynte her så hadde vi en undervisningsbolk på akkurat det, hvordan veilede andre faggrupper, og hvordan jobbe i kommunen. Men det ble skvisa ut fordi det er så mange ting vi prøver å få inn i timeplanen. (Universitet 3)

Gitt at retningslinjene til helsemyndighetene i forbindelse med tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunen har sagt at de bør jobbe både med klinisk arbeid,

forebyggende og helsefremmende arbeid og system- og planarbeid, er det naturlig at studentenes utdanning som omhandler førstelinjearbeid dekker disse temaene på en nogenlunde jevnbyrdig måte. Her hadde en av informantene ved Universitet 2 et langt innspill til anbefalingen om tredeling av psykolog i kommunen-jobben:

Jeg synes den er fin. Det jeg tenker er at... Noen branner må kunne slukkes. Slik at individualterapi, tidlig intervensjon, er på en måte en form for forebygging. Du forebygger i form av både sykemelding, videreutvikling av symptomer, forverring og... en opplevelse av håpløshet, igangsetting av rus, ikke minst igangsetting av uønsket medikamentbruk. Sånn at det å fjerne den kliniske biten helt tror jeg ville vært å skyte seg selv i foten ved å være på en måte.... en eller annen form for idé om at man skal ikke drive med det som spesialisthelsetjenesten gjør. Men det gjør man jo heller ikke. Spesialisthelsetjenesten tar for seg en lagt sykere gruppe, der ting har satt seg på en måte. Jo flere man klarer å komme i møte med tidlig derimot, jo mindre behov for spesialisthelsetjenesten er det kanskje. Systemarbeidet er også vesentlig. Fordi man kan lage strukturer som i bedre grad håndterer problemer, så vil nok en gang færre falle mellom sprekke i disse kommunene. Og forebyggingsarbeid er noe man snakker fryktelig mye om, og gjør nesten ingenting av. I den grad man kan benytte seg av faktisk kunnskap om psykologiske forhold som utløser plager og reduserer omfanget av dem, så vil man få en befolkning som er psykisk friskere. Og det er da, nok en gang, mindre behov for brannslukking i etterkant. Sykemeldinger er dyre, psykiske lidelser er kostbare. Jo lengre en depresjon står, jo mer sannsynlig at den blir alvorlig eller kronifiseres. Jo hurtigere man kan komme inn og gjøre noe med det, jo mindre uheldig atferd setter seg. Det er jo ringvirkninger. Fordi mange pasienter har barn og pårørende som får forstyrret både arbeidshverdag, skolehverdag og egenutvikling som følge av plager hos individer. Så jeg vil si at i den grad man faktisk klarer å fylle forebyggingsbiten med konkret innhold, der er jeg litt skeptisk. Har man nok kunnskap og nok modeller å jobbe ut fra til å faktisk drive med den typen arbeid? Men her tenker jeg at det er typisk norsk å ikke forske først, men å igangsette først. Og det irriterer. Det er så tragisk. Tenk på alle de helsekampanjene vi har hatt i Norge. Hvor mye penger som er brukt, og hvor få helsekampanjer som faktisk virker. Det er jo nesten ingen anti-røykekampanjer som kan vise til noe effekt. I ettertid må man jo si at Høybråthens røykelov er jo det som har stoppet mest røyk. Pluss en generell trend der det har blitt ukult å røyke. Og da, plutselig

får man en effekt. Men i årevis så brukte man massevis av penger uten effekt.

(Universitet 2)

Vedkommende var opptatt av at det må forskes mer på forebygging og hvilke tiltak som faktisk virker:

Det er nok... nokså snille, empatiske og hjelpe-orienterte folk som er her, og vi er nok fremdeles bedre til å utdanne folk til individualterapi enn til systemarbeid. Men vi har gode, dyktige psykologer som kan systemarbeid. Så der er jeg ikke så bekymret. Men spesielt på forebygging, så må vi ha mer forskning. Der driver myndighetene og skyter seg budsjett- og framtidsmessig i foten for hvert år som går, der man ikke krever at det skal igangsettes prosjekter om det man gjør faktisk har effekt. Der man strukturerer dagen til psykologen med at de gjennomfører konkrete tiltak som blir utforsket. (Universitet 3)

Dette var også noe psykologene som deltok på innføringskurs for psykologer i kommunen i regi av NPF i mai 2018 var opptatt av. Flere av dem uttalte i plenum at de hadde et sterkt behov for å få mer kunnskap om det de driver med av forebyggingsarbeid faktisk virker. En av informantene vi intervjuet ved universitetene etterlyste bedre infrastruktur for å drive forskning og utdanning i kommunen, og gjerne på tvers av profesjonene:

... hvis at førstelinjen med kommunale tjenester skal være relevant for forskning og utdanning, så må de ha en organisering for forskning og utdanning, ikke sant? Og det kan godt være tverrprofesjonell, den trenger ikke å være bare for psykologene eller. En kunne kanskje ha fordelt oppgavene litt, da kunne de godt utpeke en psykolog til å ta det ansvaret, det vet jeg ikke. Men det må være drevet av ledere. Det må være prioritert av ledelsen. (Universitet 4)

3.6 Svar på tre nøtter til psykologer i kommunen

Som beskrevet i metodekapitlet 2.8 stilte vi følgende tre spørsmål/nøtter til psykologer i kommunen som var medlem av Facebook-gruppen "Psykologer i kommunene" som NAPHA administrerer:

1. På hvilken måte/ i hvilke situasjoner opplever du at du som psykolog bidrar mest til styrket kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige kommunale arbeidet med psykisk helse- og rus, vold, traumer og overgrep?
2. Hva er de viktigste suksesskriteriene og barrierene for rekruttering av psykologer til kommunene i dag?
3. I hvilken grad og på hvilken måte opplever du at dere lykkes med samhandling med spesialisthelsetjenesten - hva hemmer/fremmer god samhandling?

Vi hadde håpet at spørsmålene kunne skape litt debatt på Facebook-gruppen, men det skjedde ikke. Kun én psykolog skrev et litt lengre svar direkte på Facebook. Dette er en ganske aktiv Facebook-gruppe, og stadig nye innlegg gjorde at vårt innlegg havnet fort ned på lista. Vi hadde også åpnet for at psykologene kunne sende svar direkte på e-post i stedet, og dette var litt mer populært – vi fikk inn innspill fra 11 psykologer på denne måten. To av psykologene hadde også brukt spørsmålene våre som grunnlag for diskusjon på en nettverkssamling de hadde holdt for psykologer, og sendte over en oppsummering av resultater.

3.6.1 Lønn og spesialisering er gjengangere som suksesskriterier for rekruttering

Viktigheten av å få dekket spesialisering er noe psykologene raskt tar opp når vi diskuterte rekruttering med dem i intervjuene, og tallene viser også at det bare er omtrent 20 prosent av psykologene som ble ansatt på tilskudd i 2018, som *ikke* hadde eller var under spesialisering. Hvis vi benytter IS-24/8-rapporteringen på andre faggrupper i kommunen med høy utdanning, er det til sammenlikning bare rundt halvparten av årsverkene som har høyskole- eller universitetsutdanning som også har videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid. At man ikke er garantert spesialistlønn etter endt spesialisering er også noe som nevnes både i e-postene vi fikk, og også i intervjuene vi har gjort med psykologer. Å få på plass stillingsbeskrivelser og definering av roller virker også fortsatt å være en utfordring. En av psykologene sa det slik:

Jeg opplever at psykologene kan bidra med betydelig fagkunnskap og vilje til å stå i tunge og vanskelige saker, og tar mye ansvar. Det gjelder både kartlegging, dokumentasjon, koordinering, vilje til å følge opp enkeltmennesker, gi individuell behandling og fagstøtte til andre. Men det blir for tøft over tid, når ledelse, strukturer, rammer og oppgaver over tid er uklare, og man ikke får det påfyllet man trenger i form av nettverk, veiledning og et trygt spesialiseringsløp.

En annen skrev:

(...) jeg har fått mange historier om at å velge jobb i kommunen oppleves for usikkert og ensomt. Dette gjelder både i vest, sør og nord i landet. Når relativt unge psykologer har valget mellom sikker jobb i DPS (med klare rammer, ferdig utdanningsløp, veiledning, kontor og tydelige oppgaver) og usikker jobb i kommunen (uklare rammer, ikke spesialisering, uklart om det gis veiledning, uklare oppgaver) - da velger mange av psykologene den sikreste jobben.

En annen psykolog etterlyste også konkurransedyktige betingelser i kommunen, og fremhever at mange kommuner fortsatt ikke vet hva det innebærer å ansette psykolog:

Dette med konkurransedyktige betingelser ift spesialisering, lønn og andre avtaler som går automatisk i helseforetakene er det aller viktigste å få på plass. Ellers oppnås ikke rekruttering. De fleste kommuner vet ikke hva det koster og hva det innebærer å ansette psykologer. De må forklares det av hver enkelt psykolog som starter i dag, da få kommuner har kollektive avtaler for gruppen enda, samt at veldig mange kommuner har jo ikke psykolog enda eller det er helt nytt, så hverken stillingskoder for psykologspesialist er på plass eller andre avtaler/kunnskap om hva kommunene må tilby.

3.6.2 Å jobbe via andre – og å anerkjenne andre fag

Det er vårt klare inntrykk at det å benytte psykologressursen til å veilede og styrke andre faggrupper i kommunen er nyttig og effektiv bruk av psykologkompetansen. En av psykologene som sendte innspill beskrev det slik:

Bidrar mest ved å være en tilgjengelig fagperson for interne (og eksterne) kolleger ved å være bevisst på å ha mye tilgjengelig kapasitet så det er reell mulighet for samarbeid og formidling av fagkompetanse, kunne gi min støtte i vurderinger, kunne tilby faglige drøftinger og systematisk veiledning og at instansene er trygge på at de kan få svar og støtte, og at jeg kan gi brukerne deres tilbud om psykisk helsehjelp kjapt.

Viktigheten av å anerkjenne andre fag var også et aspekt som gikk igjen både i intervjuene vi gjorde med psykologer og i intervju med de ansatte på profesjonsutdanningene. En av de vi intervjuet fra et fagutvalg for en av spesialistutdanningene svarte at generalistkompetansen i grunnutdanningen må styrkes på områder som samhandling og tverrfaglig samarbeid.

3.6.3 Mer samfunnspsykologi inn i profesjonsutdanningen

Videre var det flere som påpekte at grunnutdanningen må inneholde mer undervisning om samfunnspsykologisk arbeid, og kunnskap om helsefremming og forebygging i kommunene. En av psykologene skrev at fokuset i studiene må vris fra behandling/terapi i spesialisthelsetjenesten til samfunnspsykologi:

Utdanningene må rettes mot arbeid i kommunene og inkludere fagkunnskap om samf. psykologi, fremfor å rette seg overveiende mot behandling/terapi i spesialisthelsetjenesten.

I et møte i et av fagutvalgene som er ansvarlige for psykologspesialiseringene, diskuterte de også våre spørsmål, og svarte i form av en oppsummering på e-post. Her kom det fram at det nå er flere psykologer som velger spesialiteten i samfunns- og allmennpsykologi enn tidligere (en antatt fordobling av kursdeltagere på obligatorisk program i 2018). Vi utfordret representantene for et av fagutvalgene om å si noe om hva det er psykologene bidrar med som er unikt, i møtet med andre profesjoner i førstelinja – f.eks. en sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, eller en med mastergrad i psykologi eller folkehelse. Her trakk de fram at masterkandidatene ikke har den kliniske kompetansen (forståelse, differensialkunnskap, effektive metoder for motivasjon og endring, kommunikasjon mv.) som psykologene tilegner seg ved siden av den teoretiske opplæringen. De la også vekt på at helsefremmende og forebyggende arbeid fordrer kunnskap om både individrelaterte og miljørelaterte beskyttelses- og risikofaktorer – og hvordan disse påvirkes. Fagutvalget var enige om at regelverket for tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i kommunen "beskriver en hensiktsmessig vektning, hvor system og samfunnsrettet arbeid nå tillegges større vekt".

3.6.4 Direkte tale

To av psykologene som sendte oss innspill hadde veldig godt gjennomarbeidede svar på våre "tre nøtter", og vi har valgt å gjengi dem (anonymt) i sin helhet. I begge innspillene kommer det fram aspekter som vi også hørte psykologer fortelle om i de individuelle intervjuene vi gjennomførte på telefon.

Innspill 1

1a. På hvilken måte opplever du at du som psykolog bidrar mest til styrket kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige kommunale arbeidet med psykisk helse- og rus, vold, traumer og overgrep?

- Gjennom 1) tilgjengelighet, 2) systematikk, 3) faglighet og 4) plassering.

1. Tilgjengelighet gir trygghet til virksomt samarbeid:

Bidrar mest ved å være en **tilgjengelig** fagperson for interne (og eksterne) kolleger ved å være bevisst på å ha mye tilgjengelig kapasitet så det er reell mulighet for samarbeid og formidling av fagkompetanse, kunne gi min støtte i vurderinger, kunne tilby faglige drøftinger og systematisk veiledning og at instansene er trygge på at de kan få svar og støtte, og at jeg kan gi brukerne deres tilbud om psykisk helsehjelp kjapt.

2. Systematikk:

Bidrar også mest ved å **systematisk** jobbe for å analysere tingenes tilstand i bydelen, foreslå nye rutiner for samarbeid og struktur, sette kompetanseheving og veiledning i system, evaluere innsats og resultater man oppnår for deretter å kunne justere retning osv.

3. Faglige vurderinger

Viktig bidrag også ifht. å være kompetent i å vurdere om folk skal viderehenvise/hvilke tilbud som bør benyttes eller prøves ut.

4. Plassering

Det forebyggende og helsefremmende arbeidet for å bedre barn og unges psykiske helse må foregå der barn og unge befinner seg (eks. fritidsarenaer), og de viktigste arenaene vil være utenfor helsetjenestene. Ved å ha opprettet min stilling i barne- og ungdomstjenesten under avdeling NN og NN, har NN tatt et klokt strategisk valg som de vil se gode resultater av å beholde. Jeg tror forebygging må skje i denne enden av kommunale tjenester – ikke i den andre enden der symptomtrykk allerede er til stede og det er helsetjenester som er alternativet som tilbys.

1b. I hvilke situasjoner opplever du at du som psykolog bidrar mest til styrket kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige kommunale arbeidet med psykisk helse- og rus, vold, traumer og overgrep?

Generelt:

- Interne fagforum (som lager en analyse av hva tjenesten behøver av kunnskapspåfyll og kompetanseheving, og deretter avholder jevnlig fagforum med faglige innledere og mye fokus på praktisk øvelse i hvordan tar vanskelige samtaler, hvordan man involverer foreldre, hvordan man møter aggresjon og selvskading osv.)
- Systematisk veiledning med evaluering (hever blikket på «hva er det med den ungen» til å generere hypoteser og ha en overordna forståelse med mer spisset innsats for barn og unge ut fra deres forutsetninger)
- Saksdrøfting, i egen tjeneste og med barnevernet
- Rus: psykoedukasjon ifht. bakenforliggende årsaker måter å forstå utløsende og opprettholdende faktorer på – og dermed innsatsområde
- Vold: sinnemestring og foreldreveiledning
- Traumer: oppfølging og kartlegging etter akutte traumatiserende hendelser med de involverte + lærerveiledning ved utviklingstraumer
- Overgrep: veilede ansatte i tjenesten

2. Hva er de viktigste suksesskriteriene og barrierene for rekruttering av psykologer til kommunene i dag?

Suksesskriterier:

- at man kan styrke eksisterende kommunale tjenester (andre enn helse) ved å putte psykologer inn i dem, at psykologene brukes til tjenesteutvikling, ikke at psykologene puttes i egne tilbud
- at psykologen har god veiledning
- at ledere pålegger andre ansatte å ha veiledning med psykologen

- at psykologen får mandat til å jobbe med arbeidsmiljø og innføring av nye rutiner
- at leder tidlig avklarer mandat og ansvar ifht. psykologstillingen
- at man ikke settes til individoppfølging, men prioriterer å etablere tilbud som styrker tjenesten i seg selv (kollegaveiledning, kompetanseheving) – ettersom psykologene er en begrenset ressurs som bidrar med kompetanse, ikke med enormt timeantall
- at kommunene erfarer og deler med hverandre at psykologene trenger videreutdanning for å styrke det kommunale arbeidet (tenker på spesialisering eller annen type videreutdanning som er aktuell)

Barrierer:

- psykologer skjønner ikke systemet (kommunal forvaltning)
- at psykologer tror man skal jobbe i spesialisthelsetjenesten og at det er det man får gjort en endring, ettersom det er så innarbeidet at det er der psykologer «hører til» og det er avklart hva man skal gjøre/hvordan

3. I hvilken grad og på hvilken måte opplever du at dere lykkes med rolleavklaring og samhandling med spesialisthelsetjenesten? Tips til gode grep?

- Opplever at det i stor grad er god rolleavklaring opp mot spesialisthelsetjeneste (hvem skal hvor) - men tenker det mangler at vi lykkes med godt samarbeid/god samhandling. Tror vi kunne fått mye ut av tettere samarbeid: Opplever ikke at spesialisthelsetjeneste ringer tilbake/er interessert i samarbeid med lavterskelspsykolog der ungdommene bor (i bydel), ei heller bidrar til overføring til kommunal psykolog ved utskriving. Dette kan jo handle om at fastlegene er henvisere, og at det er disse som ikke sørger for overgang til kommunal psykolog når pasienter skrives ut av spesialisthelsetjeneste? Men jeg tenker det også handler om at spesialisthelsetjenesten må gjøre grundigere vurderinger av hvem som behøver videre hjelp og oppfølging lokalt når de skrives ut og at pasientene får en «mottaker» når spes. helsetjeneste er «avsender».

Gode grep:

- At lavterskelspsykologer kartlegger/screener i førstelinje for å avgjøre symptomtrykk (mild – moderat – alvorlig) og deretter har avtalt cut-off med spesialisthelsetjeneste ifht. hvem som skal videre dit + hvordan man kan samarbeide.
- At lavterskelspsykolog kjenner til spesialiserte tilbud i spesialisthelsetjeneste (eks. DBT-team, MBT-team, BUPs ambulante skolevegringsteam, BUPs OCD-team osv. som gir spesialisert ekspertise) og gjerne hospiterer i disse.
- At fastlegene og psykologene i kommune har fast samarbeidsarena, så psykologen får drøftet med fastlegen som jo er ansvarlig for koordinering av fysisk og psykisk helse og følger opp medisiner

Innspill 2

Dette innspillet er utarbeidet av to psykologer som arrangerte nettverkssamlinger for psykologer i kommunen, brukte våre spørsmål på Facebook som grunnlag for diskusjon og oppsummerte resultatene. På spørsmål om på hvilke områder de opplever at psykologene bidrar mest til styrket kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige kommunale arbeidet med psykisk helse, rus, vold, traumer og overgrep, lister de følgende bidrag fra psykologene:

- Har trygghet i tverrfaglighet, viktig med interesse og anerkjenning av andre fag
- Tilgjengelig som veileder/konsulent/støtte for andre, dele psykologien
- Kan bidra til sortering og analyse av problemstillinger (tjenestebehov/tjenesteutvikling)

- Mer krevende å få anvende psykolog og kompetanse i rusfeltet enn i psykisk helsefeltet, men disse to praksisfeltene trenger å samles bedre i kommunen, også m psykologens hjelp
- Kan bidra til tydeligere rolle og mandatavklaring
- Bidra til å spille hverandre gode
- Bidrar til evidensbasert kunnskap i alle ledd, styrke andre gjennom undervisning
- Bidrar med allmennpsykologisk/klinisk kompetanse – journalpliktig:
 - o Vurderingskompetanse, ift alvorlighet og hjelpebehov hos den enkelte
 - o Behandlingsarbeid (lette, moderate, alvorlige) og koordinerende kompetanse
 - o Kan arbeide med individ, gruppe, familie, pårørende arbeid
 - o Veilede og samarbeide rundt enkeltindivid/familie
- Bidrar med samfunnspsykologisk (system) kompetanse – dokumenteres i utredninger, strategi- og handlingsplaner, referat, oppsummeringer mm.
 - o Kompetanseutvikling/implementering av kunnskapsbasert praksis
 - o Endringsarbeid og tjenesteutvikling på systemnivå - tverrfaglig
 - o Veilede og samarbeide rundt system/tjenestebehov
 - o Strategisk arbeid på overordnet nivå
 - o Helsefremmende og forebyggende arbeid
 - o Folkehelsearbeid og lokalsamfunnsarbeid

De kom videre opp med følgende suksesskriterier og barrierer for rekruttering av psykologer til kommunene:

Suksesskriterier:

- klarhet fra ledelse om utfordringsbildet, hvordan en vil bruke psykologens kompetanse, hvilket nivå, hvilken tjeneste, hvilken målgruppe (alle, noen, de få – på tvers av sektorer eller i silo?)
- samsvar mellom oppdrag og den psykologen de ansetter sin kompetanse og faglige trygghet/preferansebehov
- at rollen utvikles videre sammen med psykologen selv, og evalueres videreutvikles jevnlig
- tilgang til spesialisering (hvilken = avhengig av kommunes behov og beskrivelse av rolle, om det er eneste psykolog eller mange)
- tilgang til faglige nettverk (på tvers av tjenester og kommuner, særlig hvis små)
- tilgang til oversikt over aktuelle/tilgjengelige veiledere med ulik kompetanse og kurs
- må matche helseforetak i lønn, ekstra gulerøtter er økt fritid/ferie/studiepermisjon
- veiledning til relevant spesialitet
- Hvor i organisasjonen stillingen plasseres er viktig

Barrierer:

- For dårlig forarbeid fra kommunen (særlig viktig ved første psykolog)
- Dårlig/urealistisk beskrivelse av rolle/kompetansebehov generelt og om psykologkompetanse og nødvendige rammebetingelser for psykologer spesielt
- Ikke forstått utfordringer i rekrutteringsklima (mange stillinger tilgjengelig med høyere lønn, dårlig beskrivelser som ikke virker attraktiv for psykologer, dårlige lønns- og spesialiseringsbetingelser)

På spørsmål om i **hvilken grad og på hvilken måte de opplever å lykkes med rolleavklaring og samhandling med spesialisthelsetjenesten**, svarte de:

"Psykologer i kommuner deler kompetanse og språk med psykologer i spesialisthelsetjeneste, kjenner diagnosekriterier og behandlingsmetodikk. Det betyr at samhandlingen er enklere. Det er i dag like ofte spesialister i kommunen som i spesialisthelsetjenesten (!). Det er bra med relevant spesialitet og brei erfaring hos psykologen i kommunen, for i kommunen er det i motsetning til i DPS/BUP oftest ikke sorterte målgrupper, ingen prioriteringsforskrift/nøkkel. Dessuten bor alle i kommunen, fra de sykeste til de friske. I spesialisthelsetjenesten har de ferdig utviklete verktøykasser og tilgang til et større fagmiljø og kompetanseutvikling – slik er det ikke i kommunen. Derfor bør kommunen helst ansette spesialister når det starter oppbyggingen av psykologrolle, eventuelt sikre spesialisering parallelt. Spesialiteten i samfunnspsykologi bygger den breie/systemrettede kompetansen opp mot allmennpsykologiske behov, mens de kliniske spesialitetene bygger kompetanse for klinisk arbeid, ofte spesifikke målgrupper eller metoder. Begge deler kan være nyttig. Når vi har konkrete modeller som tydeliggjør samarbeid og ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene (f.ex. stepped care, IP). Når vi har faste møter med fokus på status, kvalitet og innhold tjenestetilbudet, konkrete utfordringer og mulige løsninger."

Følgende "gode grep" (og utfordringer) ble foreslått:

- **Samhandlingsutvalg** på overordnet nivå mellom helseforetak og kommuner og underutvalg for ulike målgrupper. Bergen har en egen underutvalgsstruktur med Helse-Bergen, men dette finnes også tilsvarende mellom Helse-Bergen og kommuner i opptaksområdet. I Bergen er det ulike underutvalg for ulike diagnosegrupper som «barn og unge psykisk helse», mennesker med utviklingshemming, somatiske tjenester.
 - **Utfordring:** Det er en erfaring at underutvalget for barn og unge er for snevert definert, for somatikk og langvarige og sammensatte andre lidelser er nært knyttet til psykisk helse og må ses i sammenheng for barn/unge. Underutvalgene for de andre målgruppene har typisk ikke fokus på barn, fordi det er overvekt av voksne og eldre i målgruppene. Derfor er vi noen som ønsker oss underutvalg heller knyttet til alder: barn og unge (alle diagnoser), voksne hab/rehab (psykisk helse og rus/arbeidshelse, helsepsykologi) og eldre (alle diagnoser, somatikk og psykisk helse, helsepsykologi og palliasjon).
- **Samarbeidsavtaler** mellom delaktige aktører (ikke bare mellom to og to tjenester, men alle involverte når det er nødvendig).
 - **Utfordring:** At samarbeidsavtaler ikke blir godt nok implementert, ikke er godt nok kjent.

- **Samordnet hjelp – elektronisk Individuell plan og BTI** som bidrar til oversikt og kunnskap for bruker/pasient om alle delaktige personer, ansvarsområder, målsettinger og tiltak.
 - o **Utfordring:** (noen) kommunale tjeneste opplever seg mindre forpliktet til å delta i ansvarsgrupper, argumentere med at de ikke har tid. De har egentlig ikke tid til å la være og vegring går ut over den som har sammensatte og langvarige hjelpebehov. Skolen har nå fått en samhandlingsplikt etter lovendring (både system/individ) og barnevernet er også forpliktet.
- **Pakkeforløp – eller forløpsgaranti** som noen av oss liker bedre– men det sømløse arbeidet må avklares mellom aktørene.
 - o **Utfordring:** Har samhandlingsaktørene en arena å snakke sammen på, på tvers av forvaltningsnivåene, og gir den tilgang for relevante aktører? Er det underutvalg?

4 Diskusjon

Denne rapporten presenterer funn fra en devaluering av tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Evalueringen er gjort som ledd i en større følgeevaluering av Kompetanseløft 2020, og er basert på et rikt datagrunnlag. Prosjektperioden har vart fra høsten 2017 til høsten 2018. I dette tidsrommet er det gjennomført følgende datainnsamlinger:

- Spørreundersøkelse blant ledere og ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkl. fastleger/kommuneoverleger).
- Spørreundersøkelser rettet mot brukere (over 16 år) og pårørende til barn og unge (under 16 år) av kommunale tjenester som tilbyr tiltak innenfor psykisk helse, rus, vold, overgrep og traumeproblematikk, kalt KOMHELSE 2018.
- Kort spørreundersøkelse på e-post til rådgivere i psykisk helse- og rusarbeid hos Fylkesmannen.
- Spørreundersøkelse blant studenter på profesjonsstudiet i psykologi.
- Intervju med vitenskapelige ansatte på profesjonsstudiet i psykologi ved universitetene i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø.
- Telefonintervju med 10 psykologer som jobber i kommunale helse- og omsorgstjeneste (med barn og unge, voksne og eldre).
- Facebook-undersøkelse på lukket gruppe for psykologer i kommunen, kalt "Tre nøtter til psykologer i kommunen".
- Intervju/samtaler med en rekke sentrale aktører; ledere for noen fagutvalg for spesialiseringen, NPF, NAPHA, forskere som har forsket på profesjonsstudier, psykologer i spesialisthelsetjenesten som har jobbet spesielt med samhandling med kommunene m.fl.
- Deltakende observasjon og samtaler med deltakere på innføringskurs for psykologer i kommunen i regi av Norsk psykologforening.

Stordelen av prosjektgruppen som har vært involvert i denne devalueringen var del av den forrige evalueringen av psykologer i kommunen (Ådnanes et al. 2013), og har i mellomtiden vært involvert i en rekke forskningsprosjekter og datainnsamlinger på psykisk helse-feltet. Særlig har arbeidet med IS-24/8 (analyser av ressursutviklingen på psykisk helse- og rusfeltet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene) og en nylig gjennomført samfunnsøkonomisk vurdering gjort på oppdrag fra KS relevant kunnskap å trekke kunnskap på. Den foreliggende devalueringen skulle svare på sju problemstillinger:

1. I hvilken grad og på hvilken måte bidrar rekruttering av psykologer til å nå målet om å styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen henholdsvis psykisk helse og rus, samt vold- og traumefeltet?
2. I hvilken grad og på hvilken måte erfarer ledere at de har nytte av psykologkompetansen sett opp mot målet med tilskuddsordningen?
3. I hvilken grad og på hvilken måte erfarer brukerne at de har nytte av psykologkompetansen (både på individ- og systemnivå)?
 - a) Individnivå - Brukere/pasienter som mottar psykologtjenester
 - b) Systemnivå – Samarbeidende personell ved personell som mottar veiledning/fagstøtte fra psykologene, teamkollegaer og andre sentrale samarbeidsaktører innen og utenfor kommunen
4. Hva er de mest sentrale suksesskriteriene og barrierene/utfordringene for rekruttering av psykologer?
5. Hvilke forventninger har framtidens psykologer på profesjonsstudiet til en eventuell jobb i kommunale tjenester?
6. Hvordan rigges profesjonsutdanningene i psykologi og psykologspesialistutdanningene når det gjelder jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
7. Hvordan opplever psykologer som selv jobber i kommunene barrierer/suksesskriterier med tanke på å starte/forbli som psykolog i kommunen?

I det følgende diskuterer vi resultatene fra undersøkelsene opp mot problemstillingene.

4.1 Hvordan bidrar rekruttering av psykologer til kommunene til å styrke kvalitet og kompetanse i tjenestene?

4.1.1 Tilskuddsordningen har vært en suksess

Per juli 2018 var det fortsatt 47 prosent av kommunene som rapporterte null psykologårsværk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (jf. Ose et al. 2018, noen av disse kommunene hadde nok fått tilskudd i 2018, men ikke rukket å rekruttere på rapporteringstidspunktet. Det kan også være usikkerhet knyttet til over- eller underrapportering i interkommunale samarbeid om psykologer). Det er likevel ingen tvil om at tilskuddsordningen, som dekker inntil 400 000 kroner i lønnsmidler per 100 % psykologstilling, har vært helt avgjørende for at det nå befinner seg i overkant av 500 psykologer i disse tjenestene (Ose et al., 2018). Denne evalueringen viser at psykologenes kollegaer (inkl. fastlegene), ledere og brukere i hovedsak er godt fornøyd med den kompetansen psykologene bidrar med i arbeidet med psykisk helse-, rus-, volds- og overgrepssproblematikk. Rundt 60 prosent av samarbeidende personell i kommunen svarte at psykologene i stor eller svært stor grad har bidratt til styrket kvalitet og kompetanse i tjenesten. Det er likevel slik at psykologene er en relativt dyr investering den dagen tilskuddsmidlene frafaller og kommunene skal gjøre en reell prioritering av rammeoverføringen. Da bør man vite hvordan psykologressursen skal brukes på en samfunnsøkonomisk fornuftig måte, til mest mulig nytte for kommunens innbyggere. Hva som er mest mulig nyttig anvendelse av psykologressursen vil variere mellom kommuner, blant annet basert på hvilken

kompetanse som finnes i tjenestene fra før, tilbudet i spesialisthelsetjenesten og behovet for helsehjelp blant kommunens innbyggere.

De aller fleste psykologene som ble ansatt på tilskuddsmidler i 2017, gikk inn i faste 100%-stillinger. Andelen tilskuddsfinansierte psykologer med spesialisering var i 2017 på 31 prosent, mens over halvparten (54 %) var under, eller skulle påbegynne, spesialisering. Det betyr at en svært høy andel av psykologene i kommunen har, eller er i gang med å få, en spesialisering. Hvis vi benytter IS-24/8-rapporteringen på andre faggrupper i kommunen med høy utdanning, er det til sammenlikning rundt halvparten av årsverkene som har høyskole- eller universitetsutdanning som også har videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid.

Av alle som var spesialister eller var under/snart i gang med et spesialiseringssløp, hadde 37 prosent valgt spesialisering i samfunns- og allmennpsykologi, litt over 20 prosent hhv. barne- og ungdomspsykologi og voksenpsykologi, nær ni prosent familiepsykologi, mens kun tre prosent var spesialist i rus- og avhengighetspsykologi. Det var for øvrig et klart ønske fra ansatte og ledere i psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som svarte på vår spørreundersøkelse, om å øke kompetansen (også blant psykologene) på rusarbeid i kommunen. Det var også svært få psykologer som jobbet med den eldste brukergruppen, og det var ingen av de 161 studentene som svarte på vår undersøkelse som så for seg at de ville jobbe med eldre når de var ferdig utdannet psykolog.

Innen 2020 skal alle kommuner ha psykologfaglig kompetanse tilgjengelig, uten at vi i dag vet hvordan kommunene kommer til å rigge seg for å fylle dette lovkravet. Selv om det fortsatt mangler psykologkompetanse i psykisk helse- og rusarbeid i mange av landets kommuner, kan de likevel ha psykologer tilknyttet andre kommunale tjenester, som gjør at de tilfredsstiller lovkravet. Uten retningslinjene i tilskuddsordningen å forholde seg til, står kommunen friere til å benytte psykologene mer på tvers av tjenestene (f.eks. i barnevern, der behovet sies å være stort), og det vil bli spennende å følge kommunenes prioriteringer av psykologressursene i årene etter 2020.

En liten spørreunde blant rådgivere innen psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene hos Fylkesmannen viste at de færreste hadde fått negative henvendelser fra kommunene etter at lovkravet ble kjent. De siste årene har det imidlertid vært en økende andel kommuner som har måttet takke nei til, eller betale tilbake, tilskuddsmidler, fordi de ikke har klart å få kvalifiserte søkere til utlyste stillinger. Dette gjelder særlig mindre distriktskommuner, som sliter med å rekruttere høyt utdannet personell generelt. En av representantene vi intervjuet ved universitetene nevnte at det er et problem med høy turnover og gjennomtrekk i enkelte kommuner – særlig der psykologene som ansettes er nyutdannede. Det samme gjelder kommuner som må skaffe vikar hvis psykologen de har ansatt må til spesialisthelsetjenesten som del av spesialiseringen. Vi skal senere i dette kapitlet diskutere suksesskriterier

og barrierer for rekruttering, men konstaterer at å få kontinuitet i psykologstillingene er viktig for at kommunene opplever at stillingene bidrar til styrket kvalitet og kompetanse. Interkommunale samarbeid vil nok være en løsning for mange, og det ligger et stort potensial på psykisk helsefeltet for økt bruk av teknologi i kommunikasjonen med både brukerne, andre ansatte i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

4.1.2 Samarbeid, veiledning og faglig støtte

Et av hovedfunnene i forrige evaluering av psykologer i kommunen var at mange psykologer opplevde at de "druknet" i terapeutisk behandling og individuelle samtaler, og fikk for liten tid til å drive med veiledning, forebyggende/helsefremmende arbeid og system- og planarbeid (Ådnanes et al., 2013). Etter hvert kom det klarere retningslinjer i tilskuddsordningen fra Helsedirektoratet om en tredeling av arbeidsinnholdet i psykologstillingene, der det skulle være rom for å arbeide både klinisk, helsefremmende/forebyggende og systemisk. Vridningen av innsats fra spesialist- til kommunehelsetjeneste, og kommunenes ansvar for å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, ble også presisert med den nye helse- og omsorgstjenesteloven i 2012 (og i lov om folkehelsearbeid i 2011). I rapporteringen til Helsedirektoratet for aktivitet i 2017, svarte kommunene i gjennomsnitt at rundt halvparten av årsverkene går med i lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud (herunder utredning og diagnostisering), deretter fulgte veiledning/fagstøtte til øvrig personell i kommunen, helsefremmende/forebyggende arbeid og system/samfunnsrettet arbeid.

Basert på tilbakemeldinger i både spørreundersøkelser og intervju med psykologer, er inntrykket at mange fortsatt opplever et stort press, både fra brukerne av tilbudene og fra kommuneledelsen, om å benytte en relativt stor andel av stillingen sin til individuelle behandlingsløp. Det kommer fortsatt fortellinger om psykologer i kommunen som knapt tør å reklamere for at de finnes, i frykt for å ende med lange ventelister på terapeutisk behandling. Dette til tross for at mange psykologer (og også ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester) har gitt tilbakemelding gjennom evalueringen på at psykologkompetansen deres utnyttes best når den brukes til å utvikle tilbud som når ut til mange samtidig, og til å veilede og støtte andre faggrupper i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er et klart funn i evalueringen; psykologene bidrar til å stryke kvalitet og kompetanse særlig gjennom samarbeid med, og veiledning av, sine kollegaer i de kommunale tjenestene. Med mindre kommunen er relativt stor og har rom for å etablere både brede og mer spesialiserte tjenester, virker det lite hensiktsmessig å bruke en stor andel av psykologressursen(e) til å håndtere en nærmest utømmelig etterspørsel etter individualterapi. Det er likevel ikke slik at den kliniske kompetansen ikke skal nyttiggjøres. Psykologene vi intervjuet opplever ofte å bli konsultert av andre ansatte i vanskelige saker med enkeltbrukere. Der kan erfarne psykologer bidra med en type kompetanse på psykisk helse og traumer som gjør at både kolleger i psykisk helse og rusarbeid, og f.eks. ansatte i skole og

helsestasjoner, opplever å bli faglig trygget. Flere av informantene i evalueringen har nevnt at psykologene kommer inn med en annen vinkling enn den som var i tjenestene fra før, og at dette oppleves positivt.

Når psykologer er en yrkesgruppe i sterkt mindretall i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, en knapp ressurs som er relativt dyr i drift hvis vi utelukkende ser på lønnsstatistikken og sammenlikner med andre yrkesgrupper i kommunen (se tabell 2.3.1a i KS sin oversikt over relativ månedsfortjeneste i 2017¹⁷), så kan det være smart å trene også nyutdannede psykologer i hvordan de videreformidler og bruker sin kompetanse på en måte som gjøre at de kan hjelpe via andre (se også kapittel 7 i Imenes (2018) om å hjelpe utenfor kontoret). En som har jobbet som psykolog i kommunen i mange år skrev i en kronikk at "kommunen trenger psykologer som har kompetanse på hva en kommune skal sørge for via sine systemer og tjenester" (Ørstavik, 2017). Det har han mye rett i.

Det virker fortsatt som om det er en mismatch mellom forventningene i befolkningen og forventningene til en del kommuneledere på den ene siden, og hva som er praktisk gjennomførbare, samfunnsøkonomisk forsvarlige, og ønskelige, arbeidsoppgaver for psykologene. Til tross for at det har vært en stor økning i antall psykologer i kommunene de siste årene – og særlig i tjenester for voksne, utgjør de fortsatt en liten andel av de totale årsverkene, og er således en knapp ressurs som må utnyttes best mulig.

Veiledningskompetanse er etterspurt

I intervjuene med psykologer og ansatte på profesjonsstudiet ble det diskutert at veiledningskompetanse gjerne er noe som krever erfaring, og som har relativt lite fokus i psykologenes grunnutdanning per i dag. Flere mente at dette er et argument for at kommuner som ikke har psykologkompetanse fra før, bør ansette uredde, erfarne psykologer som er trygge i egen rolle og velegnet til samarbeid med andre yrkesgrupper og spesialisthelsetjenesten. "Veiledning av andre yrkesgrupper" inngår som valgfritt program i spesialiseringen i samfunns- og allmennpsykologi, som mange psykologer i kommunen velger per i dag. I løpet av de siste to årene har også grunnutdanningen gått gjennom endringer i retning av noe mer fokus på førstelinjetjeneste og samfunns- og allmennpsykologi. Ytterligere fokus på den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det antakeligvis også bli gjennom nye nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene som er underutarbeiding¹⁸.

Gjennom intervju ved universitetene kom det fram at det er en hard kamp om hvilke etablerte emner som må vike på psykologstudiet til fordel for det økte fokuset på forebygging og systemarbeid. Så lenge totalt

¹⁷ <http://www.ks.no/contentassets/7bd319fca7c44937a4c4db08bd30364d/2.-lonnsstatistikk/tabell-2.3.1.a.pdf>

¹⁸ <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>

antall studiepoeng er gitt, må noe ut når noe nytt skal inn. Konkurransen med andre studier som også har fokus på helsefremming, forebygging og systemarbeid (f.eks. master i psykologi og master i folkehelse) må også tas i betraktning når profesjonsstudiene skal rigges. Flere av psykologene vi intervjuet spurte seg om det slik at profesjonsutdannede psykologer (og særlig de nyutdannede) som først og fremst har hatt fokus på å lære seg terapi, nødvendigvis er de beste til å drive forebyggings- og systemarbeid i kommunen? Utfordringen til de som planlegger oppbyggingen av profesjonsstudiet blir å sørge for at det som av samarbeidende personell oppleves som en unik, komplementær, kompetanse hos de profesjonsutdannede psykologene i kommunen, fortsetter å være der. Samtidig etterlyser studentene som svarte på vår undersøkelse at de i større grad enn i dag vil utdannes i de typiske arbeidsoppgavene som venter psykologer i kommunen. I intervju med representanter for fagutvalgene for spesialiseringene virker det som om de allerede samarbeider en del for å gjøre innholdet "førstelinjerelevant", men at det fortsatt er rom for mer samarbeid på tvers, og da virker særlig spesialiteten i samfunns- og allmennpsykologi relevant.

4.1.3 Psykologen som oversetter

En anbefaling basert på erfaringer samlet inn gjennom evalueringen, er at kommunene og spesialisthelsetjenesten i større grad må avklare hvilke pasienter som skal behandles hvor – dette er fortsatt uklart i mange regioner. Det kan også være hensiktsmessig at de samarbeider når et av tjenestenivåene planlegger rekruttering av psykologer. Når en kommune skal rekruttere psykolog bør også representanter fra fastlegene og/eller kommuneoverlege involveres i planleggingen, slik at måten man velger å organisere stillingen på, og kommunisere med fastlegene på, også er forankret hos fastlegene. Basert på tilbakemeldingene fra fastlegene gjennom evalueringen, kom det fram at de ønsker et mye tettere samarbeid med psykologene. Dette er en interessant utvikling, all den tid evalueringen av Modellforsøket viste at samlokalisering av psykologer og fastleger var nærmest ikke-eksisterende (Ådnes et al. 2013). Men i de fleste tilfellene ønsker fastlegene seg en liten poliklinikk i kommunen som de kan sende sine pasienter til, når henvisninger blir avvist i spesialisthelsetjenesten. Det er det behovet de ser, noen som kan ta terapi-timene de selv ikke har sjans til å rekke. Hvis kommunen (og psykologen) ser at det er lite hensiktsmessig å etablere en slik tjeneste, bør man tilstrebe at fastlegene likevel får en forklaring og forståelse for hvordan psykologressursene prioriteres. Flere fastleger gav negative tilbakemeldinger på psykologsatsningen i vår undersøkelse, fordi de aldri hørte noe fra psykologene i kommunen. En av fastlegene beskrev en "prinsesse på kammeret"-situasjon der vedkommende aldri hadde hørt noe fra psykologen som alle hadde så høye forventninger til da hun ble ansatt. Kanskje jobbet "prinsessa" godt via andre, men hun og ledelsen hennes kunne med fordel ha kommunisert bedre med fastlegene.

Ved at kommunen og spesialisthelsetjenesten sammen drøfter status for tilbud og etterspørsel etter tjenester, og behovene i pasient- og brukerpopulasjonen (både lokalt i den enkelte kommune og regionalt i nærmeste helseforetak), kan man kanskje komme fram til rekrutteringsløsninger som i sum gir et bedre og mer differensiert tilbud til innbyggerne, og en sterkere opplevelse av *ett* helsevesen for brukerne. Et par kommuner meldte om at de har psykologer i delte stillinger mellom kommune – og spesialisthelsetjeneste (50/50 i de eksemplene vi har sett). Erfaringene var svært positive så langt, både når det gjaldt samhandlingen mellom tjenestenivåene, vurderings-, prioriterings- og henvisningsarbeidet i kommunen, samt at psykologene i kommunen får tilgang til et større faglig nettverk med andre psykologer (i spesialisthelsetjenesten). Som påpekt i forrige evaluering, er faglig fellesskap med andre psykologer fremdeles svært viktig for psykologenes trivsel i kommunen. De nye pakkeforløpene for psykisk helse og rus kommer til å kreve mer og bedre samhandling mellom tjenestenivåene (hvis de fungerer etter intensjonen), og det kan tenkes at psykologene i en del kommuner får en rolle i dette arbeidet.

Samarbeid om stillinger på tvers av tjenesteområdene kan også gi nye muligheter for finansiering og gjennomføring av spesialisering. Dette er et tema som må studeres nærmere i de kommunene som har prøvd det en stund, før man kan konkludere med om det bør anbefales. Vi har fått rapporter fra kommuner som ikke ønsker å samarbeide med spesialisthelsetjenesten om tjenesteutvikling fordi de opplever manglende forståelse for hvilken kompetanse og tiltak som trengs i kommunen, og føler seg "overkjørt". Samtidig opplever hvert enkelt helseforetak å måtte forholde seg flere titalls kommuner som har helt ulikt nivå og innhold i tjenestene sine. En psykolog i delt stilling mellom kommune og HF (DPS/psykisk helsevern eller TSB) kan være et godt talerør i så måte. At psykologen kan være en god "oversetter" mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, og internt mellom fastleger og psykisk helse- og rustenheter, er en tilbakemelding vi fikk fra flere kilder i evalueringen.

4.1.4 Personlig egnethet og håndtering av yrkesstatus

Et tilbakevendende tema i intervjuene vi gjorde med vitenskapelige ansatte ved universitetene var at rollen som psykolog i kommunen har noen særlige krav til *egnethet*, og at dette er noe kommunene må tenke over i ansettelsene hvis de vil oppnå kontinuitet i psykologstillingene. Noen mente sågar at de ikke ville anbefale nyutdannede psykologer å søke seg til kommunen for sin første jobb, med mindre stillingen hadde overvekt av terapeutisk arbeid og gode muligheter for å motta veiledning. En av psykologene vi intervjuet presiserte at det ikke nødvendigvis handler om alder og lang erfaring, men at man må være uredde, faglig trygg og kunne sjonglere et vidt spekter av arbeidsoppgaver for å trives i kommunen. Enkelte mente at profesjonsstudiet i større og større grad har rekruttert en selektert gruppe "flinke piker", mens arbeidsoppgavene i kommunen slik situasjonen er i dag vil appellere til "raddispsykologer", og at man "må utvikle en egen legning for å synes

at det er gøy", som en av psykologene vi intervjuet uttalte det. Et interessant blogginnlegg ("Psykolog med perleøredobb") som berører denne tematikken ble skrevet på nettsidene til Norsk psykologforening i februar 2018 og anbefales lest (Tisløv, 2018). Et tilgrensende aktuelt gjesteinnlegg i Adresseavisen 12. oktober 2018 hadde tittelen "På høy tid å oppsøke sosiolog" (Storstad, 2018), inspirert av et sitat fra sosiologen Nis-Fredrik Nielsen; "Han hadde så store problemer at han måtte oppsøke sosiolog". I ingressen framgår det at forfatteren, som er førsteamanuensis ved Høyskolen Kristiania, mener psykologer kan brukes til mye, men er dårlig egnet til å kurere samfunnskapte problem, og at det noen ganger er de grunnleggende strukturene i samfunnet som må endres. Forfatteren viser til Heggland m.fl. (2013a), som fant at psykologene i kommunen i for liten grad får jobbe med forebygging, ikke fordi de ikke ønsker det "-tvert imot, men fordi klinisk arbeid, møter og administrasjon stjeler nesten all arbeidstid". Hun stiller videre spørsmål ved om "psykologiseringen bidrar til å forsterke individualiseringen av strukturelle problemer. Terapi lærer oss bare bedre å mestre de strukturene som i første omgang har gjort oss syke. (...) Da sender vi til og med barn på kurs i mindfulness for at de skal lære seg stressmestring i møte med en krevende virkelighet, i stedet for å engasjere oss politisk for å endre de strukturene som former verden." (Storstad, 2018). Poenget med å nevne denne avisartikkelen, er at den sier noe om at man som psykolog i kommunen også må evne å løfte blikket og se hvilke lokale og sentrale samfunnsstrukturer i kommunen det er som påvirker hjelpebehovet til innbyggerne.

Flere av informantene våre som underviser på profesjonsstudiet i psykologi understreket at de har fokus på å "oppdra" studentene sine til å ha respekt for andre yrkesgrupper og deres kompetanser. Psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en tjeneste med generelt høy kompetanse, målt i andel stillinger med høyskole- og universitetsutdanning, og sammenliknet med andre områder av helse- og omsorgstjenestene i kommunen (Ose og Kaspersen, 2017). Flere av psykologene vi intervjuet presiserte viktigheten av å vise ydmykhet i møtet med andre profesjoner i kommunen, og mente det er en avgjørende faktor for å lykkes med tverrfaglig samarbeid. Noen mente at Psykologforeningen hadde gjort dem en bjørnetjeneste ved å selge inn psykologene som en helt spesiell yrkesgruppe i kommunene, og at det førte til urealistisk høye forventninger til psykologene, og gir dem unødvendig motstand fra andre yrkesgrupper. Men det er et faktum at psykologer kommer inn i disse tjenestene med en lengre og mer akademisk grunnutdanning enn de fleste andre profesjonene. Psykologer tenderer til å sammenlikne seg mest med legene, og begrunner det med at de har et selvstendig behandlingsansvar, diagnosekompetanse og henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten. De koster også generelt mer i form av lønnsutgifter og eventuell dekning av spesialisering, sammenliknet med andre profesjoner representert i kommunalt psykisk helse og rusarbeid. Videre har de en høyere yrkesstatus i samfunnet enn sine kollegaer i kommunen. En

svensk studie fra 2009, der et utvalg på 1800 respondenter ble spurt om å rangere 100 yrker etter oppfattet status, viste at psykologer kom på 20. plass, mens for eksempel sykepleiere kom helt ned på 48. plass, så vidt slått av rockemusikere (Svensson og Ulfsson, 2009). Dette må psykologene, og de som ansetter dem, være bevisst på. Som påpekt i Molander og Terum (2008) er profesjonene omstridte fordi de er mektige yrkesgrupper som skal fordele store samfunnsressurser – ofte basert på beslutninger som tas på grunnlag av skjønn, og med store konsekvenser for folk. Derfor er det også legitimt å stille spørsmålsteget ved kvaliteten på profesjonsutøvelsen og hvordan man kan utnytte den på best mulig måte (ibid.).

4.2 Sentrale suksesskriterier og barrierer for rekruttering av psykologer til kommunen

Da vi spurte ledere og ansatte i kommuner som har forsøkt å rekruttere psykolog, men ikke lyktes, om årsakene til det, svarer de aller fleste (68 % av drøyt 60 respondenter som svarte) at de ikke vet – fordi de ikke fikk noen søkere på stillingen. Over en femtedel (22 %) nevnte at kommunen ikke kunne tilby konkurransedyktig lønn. De andre hovedkategoriene var manglende psykologfaglig nettverk, unge som ikke hadde fått lisens, treghet i rekrutteringsprosess, og i et par tilfeller noen som skriver at de endte med å rekruttere andre faggrupper, når de ikke fikk søkere til stillingene. Når det gjaldt spesialisering – et hyppig nevnt suksesskriterium i intervjuene, kom det flest kommentarer på dette fra de lederne som hadde klart å rekruttere psykolog.

4.2.1 Lønn, spesialisering og nettverk

I 2008 publiserte Helsedirektoratet rapporten "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering" (Helsedirektoratet, IS-1565), der tilskuddsordningen for rekruttering ble foreslått som det viktigste tiltaket. Den vet vi har virket godt, men det er en utfordring at halvannet år før alle kommuner skal ha psykologkompetanse, er det fortsatt en god del små kommuner som ikke klarer å rekruttere psykolog, til tross for at de har fått tilskudd.

Allerede i 2008 ble det påpekt at et viktig ledd i arbeidet med å rekruttere og beholde psykologer i kommunene, var å utvikle hensiktsmessige spesialisingsløp for yrkesgruppen. Svakt fagmiljø og for lite mulighet til faglig utvikling var også påpekt den gangen, og man så spesialisingsløpet som en mulighet for å gi en opplevelse av fagmiljø gjennom krav om veiledning. Spesialiteten i klinisk samfunnspsykologi (nå samfunns- og allmennpsykologi) ble trukket fram som spesielt egnet, der man hadde sett at spesialister i samfunnspsykologi i langt større grad ble værende i kommunene. I dag har også nær førti prosent av de som har eller er under spesialisering, valgt denne spesialiteten. Spesialiteten i samfunns- og allmennpsykologi gikk bort fra kravet minst ett år i spesialisthelsetjenesten tidlig på 2000-tallet, og har i stedet fokusert på at de som tar spesialiteten skal ha variert praksis, gjerne fra ulike tjenestesteder i kommunen. I våre intervju kom

det fram at for de som ønsker å fordype seg i klinisk arbeid på kommunalt nivå, og for eksempel jobber i en liten kommune, kan det være nødvendig med et opphold i spesialisthelsetjenesten. Det ble videre vektlagt at *kommunens behov* i størst mulig grad bør stå i sentrum for spesialiseringen, og at den som er under spesialisering i regi av kommunen, men med opphold i spesialisthelsetjenesten, jobber for å stryke samarbeidsrelasjonene til kommunale helse- og omsorgstjenester under oppholdet.

I sitt ønske om, og vane for, å spesialisere seg, virker psykologene å være mer lik legene enn sine øvrige kolleger med høyskole- og universitetsutdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester, som i noe mindre grad har videreutdanning (Ose et al. 2018). All den tid psykologene har vært en knapp ressurs i kommunale helse- og omsorgstjenester siden Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), har de hatt gode forhandlingskort på hånden. Dekking av spesialisering, uten bindingstid el.l., er et av "godene" mange psykologer har forhandlet på. Så lenge "alle andre" psykologer tilsynelatende har fått spesialisering dekket i spesialisthelsetjenesten (som er alternativ arbeidsplass for de fleste psykologene i kommunen), er det vanskelig å se for seg at psykologene i mindre grad kommer til å ønske å få dekket spesialisering i årene som kommer. Parallelt har vi de siste 10-15 årene sett at stadig flere tar høyere utdanning. Det er også de med høy utdanning som i størst grad velger å ta videreutdanning, mens det er et stort behov for at flere med lav utdanning gjør det samme. Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk har uttalt at et er de som trenger det minst, som får mest. De mener det er bra at mange tar etter- og videreutdanning i dag, men at det er avgjørende at det ikke hovedsakelig er høyt utdannede unge som er forberedt på den omstillingen norsk arbeidsliv er midt oppe i¹⁹. Slikt sett står nok en del kommunale ledere i et dilemma; dekke spesialisering for den nyutdannede psykologen man ønsker å ansette/beholde i kommunen, eller prioritere andre yrkesgrupper i kommunen med lavere grunnutdanning enn psykologene? I en slik situasjon er det i alle fall rimelig at kommunen kan stille noen krav om at spesialiseringen skal ivareta også kommunens behov på lengre sikt, og at de som planlegger spesialiseringsløpene legger til rette for at det er mulig.

Uten at vi har indikasjoner på det i vårt materiale, er det tenkelig at "kravet" om å få ta spesialisering når man er relativt nyutdannet kan skape misunnelse og/eller konflikt med andre yrkesgrupper i kommunale helse- og omsorgstjenester som i mindre grad får anledning til å få finansiert omfattende videreutdanning, og kan sannsynligvis være noe ledere i kommunen må være forberedt på håndtere i arbeidsmiljøet.

Muligheten til å få dekket spesialisering, samt tilgang til et ppsykologfaglig nettverk og veiledning, er fortsatt hyppig nevnte suksesskriterier for rekruttering, og for at folk blir i stillingen sin. Av mer enn 130 svar på et åpent spørsmål om suksesskriterier for rekruttering, ble det at psykologen fikk dekket spesialisering

¹⁹ <https://www.kompetansenorge.no/om-kompetanse-norge/presse/flere-ma-ta-videreutdanning/>

nevnt i 16 prosent av svarene. Likevel synes det å ha skjedd en god del på disse 10 årene, og flere rapporterer om at de nå blir tilbudt høyere lønn i kommunen enn i spesialisthelsetjenesten, og at kommunene i større grad enn tidligere går med på å dekke spesialiseringssløp. Mange av kommunene som har benyttet tilskuddsordningen har rekruttert flere psykologer til samme kommune, slik at en del nå faktisk har et faglig nettverk med andre psykologer i kommunen. En høy andel psykologer i kommunen har nå/er under spesialisering og har lang erfaring med psykisk helse- og rusarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, noe som muliggjør høyt etterspurt veiledning for både nye og erfarne psykologer. NAPHA arrangerer årlige nettverkssamlinger for psykologene, mens rådgiverne hos fylkesmannen har hatt i oppgave å organisere regionale fagnettverk. Vi har inntrykk av at de regionale fagnettverkene fungerer i varierende grad, men ser at mulighetene for nettverk, også med psykologer i spesialisthelsetjenesten, løftes fram i utlyste stillinger. Vi har spurt psykologene vi har intervjuet om man kunne tenke seg at økt bruk av teknologi (f.eks. Skype) kan bøte på lange avstander mellom psykologer ute i kommunene, og flere har bekreftet at det ligger et uutnyttet potensial for nettverksmøter her.

4.2.2 En ikke tilfeldig valgt utlysning av stilling som psykolog i kommunen

Både på Helsedirektoratets nettsider og hos NAPHA finnes det tips til hvordan kommunene kan utforme gode utlysninger av psykologstillinger i kommunen. Den lukkede Facebook-siden for psykologer i kommunen er også hyppig brukt for å formidle stillingsutlysninger. Høsten 2018 ble det utlyst en stilling i et interkommunalt samarbeid i Nordland, og vi har valgt å ta den med som et godt eksempel på typiske arbeidsoppgaver for en psykolog i kommunen og hvordan mulighetene for nettverk beskrives. Legg merke til at samarbeid med annet personell, og veiledning og fagstøtte løftes fram i de første punktene på lista over arbeidsoppgaver. Klinisk behandling skal også inngå i stillingen "når det er riktig og nødvendig":

NN søker Kommunepsykolog²⁰

Kommunene NN, NN og NN i samarbeid med NN kommune ledig en 100 % fast stilling som kommunepsykolog med tiltredelse så snart som mulig. Kommunepsykologen vil fungere på tvers av kommunene NN, NN og NN og vil ha tilholdssted i NN sammen med kommunepsykolog der.

Kommunepsykologen vil kunne knytte seg til det faglige miljøet for psykologer hos psykiatrisk senter NN, her arbeider det syv psykologer knyttet til både barne- og voksenpsykiatrisk behandling. I tillegg er det også et nettverk for kommunepsykologer i NN.

²⁰ Begrepet "Kommunepsykolog" er et innarbeidet, men omdiskutert begrep i feltet. Noen mener det kan bidra til å forsterke forskjellene mellom psykologene og de andre yrkesgruppene, jf. det å selge inn psykologkompetanse som noe helt unikt og overlegent andre profesjoner omtalt over. Samtidig er det lettere å bruke i dagligtalen enn "psykolog i kommunen", og mange bruker det nok uten å tenke så nøye over hvilke signaler det kan sende. Andre bruker det nettopp på grunn av signalene det sender.

Stillingen er tillagt følgende arbeidsoppgaver:

- Stillingen skal ha et forebyggende og helsefremmende perspektiv, i tillegg til lavterskel psykisk helsearbeid. Kommunepsykologen vil arbeide tett sammen med kommunens øvrige tjenester for målgruppen.
- Veiledning/fagstøtte til personell/tjenester i kommunen
- Veiledning og undervisning med fokus på forebygging og tidlig innsats for barn og foresatte. Samarbeid med bl.a. jordmor, helsesøster, barnevern, psykisk helsetjeneste, barnehage og skole.
- Bistå i videreutviklingen i hjelpetjenestene
- Systemarbeid. Deltakelse i kommunens tverrfaglige arbeid, utforming av relevant planverk og strategi for satsing på barn og forebygging.
- Delta i tverretattlig/- faglig team i kommunene
- Delta i samhandlingsutvalg for psykisk helse
- Bidra i helsefremmende og forebyggende arbeid
- Gjennomføre klinisk behandling når det er riktig og nødvendig samt henvisning til spesialisthelsetjeneste.
- Veiledende rolle i POSOM (psykososialt kriseteam)

Vi tilbyr:

- Spennende arbeidsoppgaver og faglige utfordringer
- Et aktivt og engasjert arbeidsmiljø
- Faglig veiledning/oppfølging og tilknytting til fagmiljø for psykologer
- En arbeidsplass i utvikling.
- Fleksibel arbeidstid og gode pensjonsordninger.

Språkkunnskaper

- Det stilles krav til norskkunnskaper, skriftlig og muntlig, ved ansettelse. Dersom det kan trekkes i tvil om søkere har de nødvendige norskkunnskaper, skal vedkommende kunne dokumentere sin kunnskap ved språkprøvebevis minimum bestått nivå B1. (eller trinn 3 ved et universitet)

Ansettelse

- Tilsettingen skjer i henhold til gjeldende lover, reglementer og avtaleverk, herunder medlemskap i pensjonsordning.
- Lønn og dekket spesialisering etter avtale i forhold til kvalifikasjoner.

4.2.3 Riktig kompetanse hos psykologen

Som nevnt tidligere er det slik at mange kommuner har opplevd å ikke få kvalifiserte søkere til utlyste stillinger, eller at nytilsatte slutter i jobben etter kort tid. For de som slutter handler det ofte om at de "må"

til spesialisthelsetjenesten for å ta spesialisering eller at stillingen har vært for dårlig forankret og arbeidsoppgavene for dårlig spesifisert. Mange av psykologene som er ansatt i løpet av de ti siste årene, har måttet gjøre nybrottsarbeid i forhold til å definere hva stillingene deres skal innebære. Et slikt ansvar passer ikke for alle, og ofte handler det om motstridende forventninger til hva psykologen kan få til. Et typisk lite bærekraftig case kan være psykologen som er forespeilet å jobbe etter tredelingen anbefalt i tilskuddsordningen, mens vedkommende i praksis blir sittende med for mye individuell oppfølging og følelsen av å bare kunne hjelpe en brøkdel av de som trenger hjelp i kommunen. Og aldri ha tid eller ressurser til å utvikle gruppetilbud eller drive forebygging og systemarbeid. For nyutdannede psykologer kan det være tøft å møte sterke forventninger om råd og veiledning fra annet personell, mens man selv kanskje ikke har tilgang på veiledning fra mer erfarne psykologer. Det var flere av de vi intervjuet som mente at jobben som psykolog i kommunen passer aller best for "garva" spesialister med erfaring fra både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, med god forståelse for kommunens organisering og behov, og med faglig trygghet til å stå i front og sortere og veilede.

Som vi skal se nærmere på senere i dette kapitlet, er dagens psykolog-studenter mye mer positive til å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn de var tidligere, ifølge de som underviser på profesjonsstudiet. Studentene selv ønsker seg også mer kunnskap om hvordan det er å jobbe som psykolog i kommunen. Og mange kommuner som skal rekruttere psykologer for første gang, kommer til å få mange nyutdannede søkere. Da må man være bevisst på risikomomentene for at psykologen slutter i jobben, og da særlig på behovet mange psykologer har for nettverk og veiledning fra andre psykologer.

4.2.4 Hovedpraksis som rekrutteringsarena i kommunen

Psykologstudentene ved profesjonsutdanningene gjennomfører alle såkalt førstelinjepsykologi i en kommunal tjeneste. Ved de fleste utdanningene foregår dette i løpet på 4.-året i utdanningen, og betyr at alle får en viss formening om hva førstelinjearbeid er, i den type tjeneste de får praksis i. Et eksempel hentet fra Universitetet i Oslo viser at førstelinjepsykologipraksisen omfatter 44 skoletimer (33 klokketimer) over 11 uker, med ca. 4 skoletimer per uke. Hyppighet, lengde og tidspunkt på dagen tilpasses arbeidsplassen og arbeidsoppgavene.

I utdanningens siste år skal de ut i en halvårlig (fem måneder) *hovedpraksis*²¹, og her later det per i dag til å være et stort uutnyttet potensial for rekruttering til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mens universitetene har avtaler med helseforetakene og egne hovedpraksiskoordinatorer som de kommuniserer med i spesialisthelsetjenesten, mangler det fullstendig en slik infrastruktur for gjennomføring av

²¹ Se eksempel: <https://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSYC5410/veileder-psyc5410-hovedpraksis.pdf>

hovedpraksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Noen av universitetene har avtaler med enkeltkommuner, men her må det gjøres noe på nasjonalt nivå hvis man vil bruke hovedpraksisplasser som rekrutteringsarena til kommunehelsetjenesten. Under hovedpraksis vil det stilles krav om at studenten veiledes av psykolog med minst to års godkjent veiledning etter autorisasjon, og avtalen må inneholde visse krav til kliniske arbeidsoppgaver. I mange kommuner vil dette kunne være en utfordring per i dag, men gitt den endringen man nå gjør i utdanningene i retning mer samfunnspsykologisk undervisning, bør man også se på om kravene til hovedpraksis i større grad bør tilpasses dagens arbeidssituasjon for psykologer i kommunene. Med over 500 psykologer bare i kommunalt psykisk helse og rusarbeid, der over halvparten har, eller er under, spesialisering, bør det være gode muligheter for å få til flere hovedpraksisplasser i kommunen. Da vil det sannsynligvis også skje en holdningsendring til hovedpraksisønsker fra studentene, der flertallet fortsatt ønsker seg hovedpraksis i spesialisthelsetjenesten eller private tilbud. Vi kjenner til at noen få kommuner har hatt hovedpraksisstudenter, og erfaringene med disse praksisløpende bør dokumenteres og videreformidles til andre kommuner (f.eks. via kompetansesentrene NAPHA og RKBUE).

4.2.5 Veien videre

Som beskrevet i kapittel 1.2.4 avsluttes tilskuddsordningen, det viktigste rekrutteringsverktøyet for å få psykologer til kommunene, innen 2020. Da vil midlene inngå i de ordinære rammeoverføringene til kommunene, og kommunene står friere til å prioritere hvilke fag, folk og tjenester de vil satse på i sin kommune. Samtidig blir de pålagt å ha psykologkompetanse tilgjengelig. Det blir spennende å følge med på hvilke prioriteringer som gjøres framover. Har tilskuddsordningen vært kunstig åndedrett, eller har måten psykologene har jobbet seg inn i psykisk helse- og rusfeltet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene på, ført til en økning i kvalitet og kompetanse vel verdt å satse på i fortsettelsen? Vi håper myndighetene prioriterer fortsatt forskning på dette feltet også etter 2020, da tilskuddsordningen for psykologer i kommunen er velegnet case å forske på hvis man vil si noe om hvordan overgang fra øremerket tilskudd til rammeoverføring kan slå ut i et felt som har mottatt tilskuddsmidler over lang tid, med helt spesiell tett oppfølging.

4.3 Hvilke erfaringer har brukerne av kommunale tjenester for psykisk helse-, rus-, volds-, overgreps- og traumeproblematikk?

4.3.1 Utfordringer med representativitet i spørreundersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Som forventet viste det seg å være en utfordring å få svar på brukerundersøkelsen vi gjennomførte i hele landet i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Det har vært gjennomført liknende undersøkelser i

England de siste årene, med lave responsrater, og det ble publisert en egen rapport på "non-response" og representativitet fra denne undersøkelsen som vi tok hensyn til da vi planla rekrutteringskanaler til vår undersøkelse (NHS Patient Surveys, 2016). Som beskrevet under resultatdelen i kapittel 3.2 og 3.3, opplever mange forskere for tiden at det blir stadig vanskeligere å få folk til å svare på slike undersøkelser. Fra befolkningsundersøkelser vet man også at mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer svarer i enda mindre grad enn mindre sårbare grupper (Fartein, Rognmo og Tambs, 2012). De fleste av oss bombarderes dessuten med meningsmålinger og undersøkelser på e-post og i sosiale medier, og man klikker seg lett videre til noe annet. Å sende postale undersøkelser med ferdigfrankerte returkonvolutter er også svært ressurskrevende med dagens portopriser. Nettbasert skjema med mulighet for å skrive ut papirskjema for de som ønsket det, ble derfor løsningen, og vi henvendte oss direkte på e-post både til postmottak i alle kommuner og til ansatte i psykisk helse- og rus tjenester i alle kommuner. Vi laget både plakater, flyveblader og tekst som kunne sendes ut på e-post eller sms til kommunens brukere (med link til undersøkelsen). I tillegg ble det reklamert for undersøkelsen på nettsider hos diverse kompetansesenter og brukerorganisasjoner på feltet. Frivillighetsprinsippet er svært viktig når Norsk senter for forskningsdata skal godkjenne denne type undersøkelser, og da skal ikke brukerne føle på noe som helst press for å besvare undersøkelsen. Vi vurderte det derfor som uaktuelt å be ansatte sette av tid av konsultasjoner med brukere for å få de til å svare. En slik løsning kunne dessuten ført til brukere ikke svarte helt ærlig på spørsmålene.

Vi har erfaring fra kvalitative undersøkelser med at brukere og pasienter generelt ikke er så bevisst på hvilket tjenestenivå de har mottatt tjenester. Om det er kommune- eller spesialisthelsetjeneste man mottar er ikke noe mannen i gata har et avklart forhold til, de fleste forholder seg til helsevesenet som sådan. For å sikre at vi rekrutterte brukere som faktisk hadde mottatt kommunale tjenester, var vi avhengig av god hjelp fra de som jobbet i kommunale tjenester med et tilbud til vår målgruppe. Her gjorde mange en kjempejobb med å spre informasjon om KOMHELSE 2018, og det var rundt 740 respondenter som hadde svart på ett eller flere spørsmål. Halvparten av de som besvarte undersøkelsen, svarte for et lavterskeltiltak eller et dagtilbud/aktivitetssenter, mens resten var spredt ut over andre tjenestetilbud som har tiltak til målgruppen. Halvparten av respondentene var i kontakt med tjenesten på grunn av psykiske helseproblemer, 12 prosent hadde rusproblemer eller lidelser og 11 prosent hadde begge deler. Kun fire prosent av svarene kom fra mennesker som hadde tatt kontakt på grunn av vold, overgrep eller traumeproblematikk, men her er det nok overlapp med psykiske helse og rus-kategoriene. Det var nødvendig å gå bredt ut hva angikk type tjenester når vi sendte ut undersøkelsen, fordi kommunene er så ulikt organisert. Vi kan tolke resultatene som en generell tilbakemelding på kommunale tjenester som tilbyr tiltak til målgruppen.

Man må ta sterke forbehold om representativitet når man tolker resultatene i undersøkelsen, sannsynligvis er det de friskeste og mest ressurssterke som har svart, mens kommunene i stor grad gir tjenester til alvorlig syke mennesker i denne målgruppen, særlig i voksenbefolkningen. Hvis vi sammenlikner f.eks. utdanningsnivået hos våre respondenter med de som har svart i BrukerPlan²², er det aldersmessig ganske likt, men utdanningsmessig store forskjeller i retning av at vår undersøkelse i større grad er besvart av brukere med høyere utdanning. I BrukerPlan er andelen med høyere utdanning (høgskole/universitet) på 6 prosent, mens hele 35 prosent av våre respondenter hadde høyere utdanning. Nivået i befolkningen i 2017 lå på 33 prosent. I vår undersøkelse har vi også noe færre brukere som bor alene, men flere som bor med ektefelle/samboer. Vi har også en høyere andel med permanente boforhold (90 % i eiet eller leiet bolig), mot 73 prosent i BrukerPlan i 2017 – og flere som er i jobb.

4.3.2 Generelle tilbakemeldinger på tilbudene

Hvis vi ser på de spørsmålene som gikk til alle respondenter, så vi at de aller fleste som har mottatt tjenester fra kommunen for psykiske helse, rus, vold, overgrep eller traumeproblematikk opplevde det som nødvendig å få tjenester første gang de kom i kontakt med tjenesten. De aller fleste opplevde også at de hadde en dårlig helsetilstand på tidspunktet de fikk kontakt med tjenestene. Rundt en tredjedel av de som har svart hadde individuell plan og/eller ansvarsgruppe på responstidspunktet, og de aller fleste er fornøyd med disse (ca. 70 % fornøyd, 30% misfornøyd). Litt over halvparten av respondentene opplever å få nok tid til samtaler og kontakt med de ansatte i kommunen, men 27 prosent scoret "I liten grad" eller "ikke i det hele tatt" på dette spørsmålet. Det er også 23 prosent som svarer at de i liten grad eller ikke i det hele tatt opplever at de som jobber i tjenestene forstår deres situasjon, mens 57 prosent i stor eller svært stor grad opplever å bli forstått.

Undersøkelsen tyder på at det er et stort potensial for mer pårørendeinvolvering i kommunale tjenester rettet mot denne målgruppen. Når vi spør om det har blitt tilrettelagt for involvering av pårørende er det bare 15 prosent som svarer i stor eller svært stor grad. 36 prosent svarte i liten grad eller ikke i det hele tatt. Når vi spør om hvorfor de tror det er slik, er det 26 prosent som enten ikke har noen pårørende eller ikke vil at pårørende skal involveres, like mange har svart at det ikke er aktuelt. Men i 35 prosent av tilfellene handler det om at de ansatte aldri har spurt. Kun i to prosent av tilfellene har de ansatte spurt, men de pårørende vil ikke involveres. Her er det med andre ord stort potensial for mer pårørendeinvolvering i tjenestene til denne brukergruppen. Her kan man også tenke seg representativitetsproblematikken slår motsatt ut – at det for de mest ressurssterke (som har svart her) er slik at pårørende i mindre grad involveres fordi brukerne klarer seg godt selv, mens pårørende kanskje er mer involvert for de alvorligst syke brukerne. Det vet vi ikke.

²² <http://www.brukerplan.no/BrukerPlan%C3%85srapport2017%20Digital.pdf>

På spørsmål om man følges opp av fastlegen for de samme problemene som de har fått hjelp i psykisk helse- og rustjenester for, følges de aller fleste opp i en eller annen grad, men hele 37 prosent svarer i liten eller svært liten grad. Det betyr at fastlegene potensielt i mange tilfeller ikke har helt kontroll på hvilken hjelp listepasientene sine får, med mindre vedkommende har god kommunikasjon med tjenesten og oppfølgingsansvaret er avklart. Dårlig kommunikasjon mellom det fastlegene og psykisk helse- og rusarbeid i kommunene er en kjent problemstilling mange steder, og flere av fastlegene som svarte på undersøkelsen etterlyste mer informasjon om hvilke tiltak brukerne mottar i disse tjenestene.

Det er også en andel på mer enn én tredjedel av brukerne som svarer at det er lite rom for å gi tilbakemelding på tilbudet de har mottatt, mens 43 prosent opplevde at de i stor eller svært stor grad kunne gi slik tilbakemelding. På spørsmål om brukerne opplever at hjelpen de får fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten er frivillig eller tvungen, var det fem prosent som svarte ganske eller svært tvunget, 16 prosent som svarte både/og, mens 64 prosent mottar hjelp helt frivillig og 16 prosent ganske frivillig.

58 prosent av brukerne har aldri blitt behandlet nedlatende eller krenkende av de ansatte i tjenestene. Åtte prosent svarte én gang, 22 prosent svarte "noen ganger", mens 11 prosent svarte "mange ganger". Dette er en tilbakemelding kommunene må ta på alvor, og her snakker vi om tilbakemeldinger fra de mest ressurssterke pasientene. Ca. en tredjedel av brukerne har også opplevd å få tjenester som i en eller annen grad har virket irrelevante eller feile.

75 prosent av brukerne opplever å få tjenester som i noen, stor eller svært stor grad setter dem i stand til å mestre egne plager. Det er et positivt signal. Omtrent like mange synes hjelpen de får fra den kommunale tjenesten gir dem tro på de vil få det bedre i livet sitt. Til slutt hadde vi et overordnet spørsmål, der brukerne skulle vurdere, alt i alt, hvilket utbytte de har hatt av hjelpen de har mottatt fra den kommunale tjenesten de hadde valgt å svare for. Her svarte 60 prosent stort eller svært stort utbytte, mens resten hadde lite eller ikke noe utbytte. Her ligger det m.a.o. også et potensial for å forbedre brukernes nytteopplevelse av tilbudene i kommunen.

4.3.3 Tilbakemelding på tjenester fra psykolog i kommunen

Det var ca. 35 prosent av utvalget som svarte at de hadde mottatt hjelp fra psykolog i kommunen, de aller fleste i form av individuelle samtaler. Av de 191 som besvarte spørsmålet om fornøydhet med tjenestetilbudet fra psykolog i kommunen, var nøyaktig halvparten i stor eller svært stor grad fornøyd med tilbudet. 20 prosent av dem var i noen grad fornøyd, mens 30 prosent i liten eller i svært liten grad var fornøyd. 38 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad hadde fått bedret sin helsetilstand som følge av hjelp fra psykologen, mens like mange mente de ikke hadde bedret helsetilstanden. Vi har gitt flere sitater

med brukernes egne ord om hva de var fornøyd eller misfornøyd med i tjenestetilbudet fra psykologene. Å bli tatt på alvor, ha en god relasjon til psykologen og kontinuitet i tjenestetilbudet framstår som de viktigste karakteristikaene ved kontakten hos de som var fornøyd. Blant de som var misfornøyd nevnes blant annet tilgjengelighet (at tjenesten stenger klokken fire, uten at hjelpebehovet gjør det samme). En av brukerne gav innspill på at kommunene må "organisere seg smidigere", og det er en påstand vedkommende sannsynligvis rett i. Det er sannsynlig at flere kommuner må tilby døgnbaserte tjenester i årene som kommer, skal vi tro både brukerinnspill og innspill fra de som jobber på feltet. Alt i alt er brukerne fornøyd med tjenestene fra psykologene, men mange føler likevel at tjenestene ikke har hjulpet på helsetilstanden.

4.3.4 Tilbakemeldinger fra pårørende til barn og unge (under 16 år)

Det var kun 55 foresatte som gav tilbakemelding om tjenestetilbudet til sine barn, og de aller fleste tilbakemeldingene gjaldt ungdom fra 13-15 år (56 %), og barn i alderen 9-12 år (31 %). Akershus, Rogaland og Finnmark var høyt representert. 42 prosent av barna bodde hos mor, mens 51 prosent av barna bodde med både mor og far. De fleste som svarte, gjorde det på bakgrunn av PPT og barnevern (52 %), mens helsestasjons- og skolehelsetjeneste, familietilbud i regi av kommunen, lavterskeltilbud og kriseteam utgjorde den resterende andelen. De fleste hadde også lang erfaring med tjenesten (mer enn 2 år).

42 prosent av barna hadde kontakt med tjenesten på grunn av psykiske helseutfordringer. 19 prosent hadde kontakt på grunn av vold og overgrep, tilsvarende mange hadde kontakt med tjenesten på grunn av utfordringer på skolen. 7 prosent på grunn av negativ livshendelse (dødsfall i familie, skilsmisse mv.) og kun to prosent på grunn av rusproblematikk. Når det gjaldt nødvendighet av tjenestene og barnets helsetilstand ved første kontakt, var resultatene ganske lik undersøkelsen for voksne – 60 prosent svarte at tjenester var nødvendig eller svært nødvendig, mens 55 prosent svarte at helsetilstanden var dårlig på tidspunktet for kontakt med de kommunale tjenestene. De fleste som hadde individuell plan eller ansvarsgruppe var fornøyd med denne, men så mange som én av fire var svært misfornøyd med barnets ansvarsgruppe, og foresatte syntes generelt barna hadde fått for liten tid til samtaler og kontakt med tjenesten, og det utvalget delte seg omtrent i to på om de ansatte hadde forstått barnets situasjon.

Det var kun fem barn av de som ble svart for som hadde mottatt psykologhjelp, og fra disse var tilbakemeldingene svært spredt, og undersøkelsen gir ikke grunnlag for å si noe om de pårørendes opplevelse av tilbudet fra psykologer i kommunen. Til det kreves nok en annen tilnærming til rekruttering til undersøkelser som dette, og kvalitative metoder vil kanskje egne seg best. Når det gjelder involvering av pårørende var omtrent én av fire godt fornøyd med denne, mens 28 prosent var misfornøyd. Resten var bare

i noen grad fornøyd. De fleste foreldrene var i en eller annen grad fornøyd med samarbeidet med den kommunale tjenesten, mens 28 % var misfornøyd. Det er en markant mindre andel av barna som får oppfølging for de samme problemene hos fastlegene som de har kontakt med kommunene om. 43 prosent svarte at de i liten grad eller ikke i det hele tatt hadde fått være med å bestemme hvilken hjelp barnet skulle få, mens 40 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad hadde fått være med. Hele 60 prosent oppga at hjelpen i liten grad eller ikke i det hele tatt hadde vært tilpasset barnets situasjon, og like mange syntes heller ikke det hadde vært rom for å gi tilbakemelding til de ansatte på tjenestetilbudet. Selv om dette er en liten undersøkelse blant få pårørende, er det et viktig innspill å ta med seg. 46 prosent mottok tjenesten helt frivillig, 15 prosent ganske frivillig, mens én tredjedel opplevde en form for tvang i å motta tjenestene. Relativt mange, 45 prosent, av de 39 som besvarte spørsmålet, mente at hjelpen fra kommunen ikke gjorde barnet bedre i stand til å mestre egne plager. Like mange syntes heller ikke hjelpen gav de pårørende tro på at barnet ville få et bedre liv. Alt i alt svarte 18 prosent at barnet hadde hatt stort eller svært stort utbytte av tilbudet fra kommunen, 32 prosent svarte "En del utbytte", mens 47 prosent svarte lite eller ikke noe utbytte.

4.3.5 Framtidig forskning på bruker- og pårørendeerfaringer

Helsemyndighetene har hatt et arbeid på gang for å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet (2016), IS-2482), og det var et ønske fra direktoratets side at vi gjennomførte en kvantitativ spørreundersøkelse blant brukere – og pårørende, ikke en kvalitativ undersøkelse. KOMHELSE 2018 kan i så måte ses som en pilot på en slik undersøkelse. Vi tok utgangspunkt i mange av spørsmålene som Folkehelseinstituttet har benyttet i tilsvarende undersøkelser i psykisk helsevern, og "oversatte" dem til å passe til kommunenes helse- og omsorgstjenester. Vi håper den kan være et godt utgangspunkt for å senere undersøkelser på feltet.

Stadig flere kommuner tar i bruk verktøy for å få systematisk tilbakemelding på tjenestene sine direkte fra brukerne. Feedback-informerte tjenester (FIT) er en av de mest populære måtene å gjøre det på i Norge (Valla, 2014). NAPHA skriver om feedback-informerte rus- og psykisk helsetjenester at de setter brukerne og deres opplevelse av hva som er virksom hjelp, i sentrum. Den terapeutiske alliansen vil styrkes, og man får et godt utgangspunkt for læring og endring, basert på reell brukermedvirkning²³. Gondle et al. (2016) gjorde en systematisk litteraturoppsummering om FIT, og resultatene fra de inkluderte studiene viser en tendens til at feedback-informerte tjenester har en positiv effekt på behandlingsrelaterte utfall, særlig for klienter som ellers synes å få lite utbytte av terapi. En relativt fersk norsk doktorgrad fant moderat effekt av å benytte en

²³ <https://www.napha.no/fit/>

liknende type systematisk tilbakemelding på behandling fra brukerne (*OQR- Analyst*), men nok effekt til kunne anbefale behandlere i Norge om å ta det i bruk (Amble, 2016).

Fremtidig forskning på psykisk helse- og rusfeltet bør forsøke å meta-analysere denne type systematiske tilbakemeldinger over tid (gjærne kvalitativt), for derigjennom å komme nærmere årsakene til at brukerne er fornøyd eller misfornøyd med tilbudet. Kvalitative undersøkelser med sterkere brukerinvolvering enn det vi har hatt i dette prosjektet, vil også kunne gi mer utdypende kunnskap om hva som oppleves som nyttig og unyttig hjelp til denne brukergruppen i kommunene. I forbindelse med evaluering av pakkeforløp for psykisk helse og rus skal SINTEF samarbeide med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) om å gjennomføre Bruker Spør Bruker blant brukere og pasienter i pakkeforløp. Her vil det komme ny kunnskap på feltet i løpet av de neste par årene.

Når det gjelder pårørendes tilbakemeldinger har det de siste par årene vært gjennomført store pårørendeundersøkelser av Pårørendealliansen²⁴, noe som kanskje gjør at mange har valgt å ikke besvare vår undersøkelse. De store pårørendeundersøkelsene bekrefter at det er langt flere kvinner enn menn som besvarer slike undersøkelser; i Pårørendeundersøkelsen for 2017 var det 89 prosent kvinner som svarte. 20 prosent svarte for barn under 18 år. 35 prosent var pårørende til folk med psykiske utfordringer, 11 prosent var pårørende til rusavhengige. Resultater fra undersøkelsen er presentert her:

<https://parorendealliansen.no/wp-content/uploads/2018/05/Raskefakta-PU-2017-hovedfunn.pdf>.

Hovedutfordringene for pårørende som det rapporteres om er at de ikke får nok hjelp fra det offentlig (61 %), hvordan det påvirker resten av familien (54 %), egen helse (40 %), økonomi (32 %), stresset ved å klare både jobb og omsorgsrolle (30 %). I vår undersøkelsen hadde vi fokus på barna som brukere av tjenestene.

4.4 Hvilke forventninger har framtidens psykologer til en jobb i kommunale tjenester?

Vi fikk svar fra 161 studenter (de fleste kvinner) på 4., 5. og 6.-året på profesjonsstudiet i psykologi. Dette tilsvarte i underkant av en femtedel av studentene på tidspunktet, en relativt lav andel til tross for at de fikk undersøkelsen tilsendt direkte på e-post fra universitetsadministrasjonen. Omstendighetene gjorde at vi måtte sende ut undersøkelsen i mai/juni, nok ikke det beste tidspunktet å spørre studenter på. Kjønnsmessig er utvalget representativt for studentgruppen, med langt flere kvinner enn menn.

4.4.1 Psykolog-studentene vil helst til spesialisthelsetjenesten, men er nysgjerrige på førstelinja 83 prosent av studentene som svarte hadde gjennomført førstelinjepraksis, og hadde således litt erfaring med hva en jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan innebære. Da vi spurte dem i hvilken grad

²⁴ <https://parorendealliansen.no/parorendeundersokelsen/>

det fristet til gjentakelse i form av fast jobb i den spesifikke tjenesten de hadde vært i førstelinjepraksis i, var det særlig eldresenter/sykehjem, PPT og rustjenestene studentene ikke ønsket seg tilbake til. Både lavterskeltilbud for voksne og barn og unge, psykisk helsearbeid for voksne og helsestasjons- og skolehelsetjeneste så ut til å friste til gjentakelse.

Omtrent halvparten av studentene hadde på responstidspunktet gjennomført hovedpraksis. De som *ikke* hadde gjennomført hovedpraksis fikk spørsmål om hvor de kunne tenke seg å ha praksis hvis de fikk velge fritt. Litt over halvparten ville valgt spesialisthelsetjenesten, og av disse en litt høyere andel i psykisk helsevern for voksne enn psykisk helsevern for barn og unge. Kun seks prosent ville valgt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). En relativt lav andel så for seg hovedpraksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (18 %), mens sju prosent ville ønsket seg til tverrfaglig oppsøkende team med både kommune- og spesialisthelsetjenester representert. De øvrige ønsket seg til private tilbud, mens 6 prosent var usikre. Av de studentene som allerede hadde hatt hovedpraksis i spesialisthelsetjenesten, var det omtrent halvparten som svarte at de kunne tenkt seg å ha hovedpraksis i førstelinjetjenesten i stedet, hvis de fikk velge. De aller fleste av de som allerede hadde gjennomført hovedpraksis, var i stor grad fornøyd med læringsutbyttet av denne.

Vi skrev i kapitlet over at hovedpraksis vil være en god rekrutteringsarena for psykologer i kommunen, og hvis det legges opp til det i større grad enn i dag, må man kunne forvente at flere studenter også ønsker seg hovedpraksis i kommunen. Per i dag er det en relativt fremmed tanke for studentene. PPT og eldresenter/sykehjem var det ingen som ønsket seg praksis i, og hvis det vurderes som viktig med psykologer i denne type tjenester, har man en utfordring.

Etter endt studium fant vi at en drøy tredjedel av studentene kan tenke seg å jobbe i spesialisthelsetjenesten, mens én av fire vil jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Rundt 7 prosent kunne tenke seg å drive forskning. Flere av de ansatte vi intervjuet ved universitetene, mente at psykologstudiet har relativt mye fokus på forskning sammenliknet med andre helsefaglige studier – og at psykologer i kommunen kan ha en rolle i å koordinere mer forskning på dette feltet i kommunene. Det var flere mannlige enn kvinnelige studenter som så for seg jobber i privat sektor og med forskning og undervisning. Det var også en høyere andel av de mannlige studentene som ikke hadde noen sterke preferanser i forhold til hva de skulle bli (krysset "vet ikke"/"ingen preferanser"), mens de aller fleste kvinnene hadde bestemt seg. Flere av studentene svarte på åpne spørsmål at de gjerne ville ha litt erfaring fra spesialisthelsetjenesten før de søkte seg til kommunen, og dette er i tråd med holdningen til de som underviser i førstelinjearbeid ved profesjonsutdanningen.

Studentene hadde også fått med seg at det kan være uklare roller og arbeidsoppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og flere etterlyste tydelige arbeidsinstrukser. En av studentene var bekymret for at pakkeforløpene for psykisk helse og rus kan føre til at flere barn og unge med moderate utfordringer vil havne i gråsonen mellom første- og andrelinje, og at dette kan skape enda større trykk på støttesamtaler og etterspørsel etter terapeutisk behandling. De som svarte etterlyste også mer undervisning i samfunnspsykologi og veiledning av andre faggrupper. Her må vi ta forbehold om at vi kan ha en representativitetsskjevhet i utvalget, og at det i større grad er de som er interessert i førstelinjearbeid som har valgt å svare på undersøkelsen, og skrive inn noe på åpne svar.

4.4.2 De fleste studentene ser for seg å jobbe klinisk, men mange vil også jobbe med helsefremming og forebygging

Vi ba studentene rangere på en skala fra 1-5 hvilke arbeidsoppgaver de helst ville at jobben deres som psykolog skulle inneholde etter studiet. Her var det en klar overvekt av klinisk arbeid (herunder utredning, diagnostisering og behandling) med over 70 prosent av respondentene som hadde det på førsteplass. Det nest mest populære valget var helsefremmende og forebyggende arbeid. Veiledning av ulike faggrupper var det bare fem prosent som hadde på førsteplass, men godt over en tredjedel hadde det på andre- og tredjeplass. Forsking var det få som så for seg å bruke mye tid på – kun sju prosent totalt, mens over halvparten hadde rangert det som nr. 5.

4.4.3 Dagens nyutdannede psykologer synes ikke de fikk veldig mye motivasjon til å jobbe på førstelinja gjennom profesjonsstudiet

Da vi spurte om i hvilken grad profesjonsstudiet hadde motivert elevene til en eventuell jobb i førstelinjetjenesten, var det bare 20 prosent som svarte i svært stor grad (2 %) eller i stor grad (18 %). Én av fire svarte i svært liten eller liten grad. Det var 5. årsstudentene som var mest motivert, mens motivasjonen var litt lavere blant sisteårsstudentene. På den ene siden kan man si at universitetene har potensiale til å motivere flere av studentene til førstelinjearbeid, men når de av underviserne på studiet vi intervjuet samtidig var ganske klare på at arbeidsoppgavene og arbeidssituasjonen som psykologer i kommunen møter per i dag best bekles av erfarne og garva psykologer, kan det jo være med på å forklare litt av resultatet her. Samtidig kan man tenke seg at hvis profesjonsstudiets innhold endres mer i retning førstelinjearbeid, samtidig som man får opp andelen hovedpraksisplasser i kommunen (63 prosent av studentene ønsket seg mer praksis i førstelinja), så kan flere oppleve både å mestre jobben som nyutdannet psykolog i kommunen bedre, og motivasjonen for denne type jobb endre seg.

På spørsmål om hvilke fag- og praksisområder de ønsker seg mer av, vil de fleste ha mer undervisning i klinisk psykologi (66 %), dernest kom praksis i førstelinjetjenesten og profesjonsforberedende (samarbeid

med andre profesjoner). Dette lover godt med tanke på vår anbefaling om å bruke psykologene i kommunen enda mer til samarbeid med og veiledning av annet personell i kommunen.

På spørsmål om hvilken spesialitet de kan tenke seg å ta hvis de velger å spesialisere seg innen fem år etter endt studium, kommer barne- og ungdomspsykologi best ut med 19 prosent av svarene. Psykoterapi og voksenpsykologi fulgte som nr. to og tre, mens ingen tenker at de vil spesialisere seg i eldrepsykologi, og svært få i habiliteringspsykologi, arbeidspsykologi eller rus- og avhengighetspsykologi.

4.4.4 Studentene som svarte oss vil gjerne ha mer undervisning om førstelinjetjenesten

Det åpne innspillsspørsmålet til slutt i skjema ble av mange brukt til å fortelle at de ønsker mer kunnskap om førstelinjetjenesten under studiet. Dette lover godt for en eventuell endring i fordelingen av hovedpraksisplasser mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, selv om studentene på direkte spørsmål om hovedpraksisplass i kommunen frister, ikke var så positive til det. Vi kan se på vår undersøkelse blant studentene som en slags baseline-måling før effekten av endringene av studieprogrammene i retning (litt) mer førstelinjerelevant stoff på pensum kan forventes å slå inn. Hvis man følger opp undersøkelsen om noen år, vil det bli interessant å se om studentene er mer fornøyd med undervisningsmengden knyttet til førstelinjearbeid enn de er i dag, og om de har fått økt motivasjon for å jobbe i kommunen. Vi forsto det slik gjennom intervjuene med de ansatte på profesjonsutdanningen at det har vært diskutert om man skulle opprette egne løp for studenter som ønsker å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men at man foreløpig har landet på at det er viktig å ha erfaring fra begge tjenestenivåene. Det høres ut som en god avgjørelse, og en splitting i egne løp kan tenkes å føre til mer sektorisering, når målet må være *ett helsevesen* for pasienter og brukere.

Selv om det er urealistisk at alle kommuner skal ha psykologer som også jobber i spesialisthelsetjenesten, kan man vurdere å prøve ut delte stillinger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i ulike typer kommuner. Fragmentert jobbhverdag og lange reiseavstander kan helt klart tenkes å være negative konsekvenser, men bedre samarbeid, bedre rolleavklaring og sortering av brukere, bedre veiledningsmuligheter, spesialiseringsmuligheter og tilgang til psykolognettverk kan være positive effekter som gjør at psykologene ønsker å bli i kommunen. Kanskje kan det også være med å viske ut noe av det hierarkiet som fortsatt eksisterer mellom de to tjenestenivåene. Positive og negative konsekvenser av slike delte stillinger må imidlertid undersøkes nærmere før man kan si om det er en løsning som vil passe for en stor del av kommunene. Det finnes som sagt kommuner som allerede prøver ut dette. Vi har også tro på at økt bruk av teknologi i tjenestene i større grad vil avhjelpe geografiske utfordringer i distriktene, og i så måte er neste generasjon psykologer godt rustet; for en generasjon som har vokst opp med å kommunisere med

vennene sine på Skype, FaceTime og sosiale medier, trenger det ikke bli et problem å lage digitale psykolognettverk på tvers av kommunegrensene – og faktisk like kommunikasjonsformen.

4.5 Hvordan rigges profesjonsutdanningene for psykologens rolle i kommunale helse- og omsorgstjenester?

Profesjonsutdanningen i psykologi er lagt opp relativt likt ved de fire universitetene som huser utdanningen per i dag (Bergen, Oslo, Tromsø og Trondheim). Ved alle universitetene kommer det psykologer som jobber i kommunen for å holde foredrag om sine arbeidsoppgaver, og de som underviser i samfunnspsykologiske emner har relevant erfaring fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten selv. Enkelte har også ansettelse både i kommunen og ved universitetet. Av de fire var det særlig Universitetet i Tromsø som utmerket seg med å fortelle om lang tradisjon for å koble profesjonsutdanningen til førstelinjetjenesten. Allerede i 2003 var de med på å lage et tilbud i kommunen (Psykhjelpen for ungdom²⁵) som gikk fra å være et prøveprosjekt til å bli et permanent tilbud i kommunen som psykologstudentene kan velge å ha førstelinjepraksis i. I senere tid er også Psykhjelpen for de minste etablert, gjennom et samarbeid mellom universitetet, Tromsø kommune og UNN HF. Også her er psykologstudenter viktige i driften av tilbudet.

Som vi har vært inne på i diskusjonen over, har universitetene de siste par årene revidert profesjonsstudiet i psykologi i favør mer fokus på samfunns- og allmennpsykologi og psykologisk arbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Man forventer også at nye retningslinjer for helse- og sosialfagsutdanningene som kommer i løpet av kort tid, vil føre til et ytterligere fokus på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Informantene våre pekte på oppgaveoverføringer fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sterke signaler fra helsemyndighetene om at kommunens rolle skal styrkes, og mente det var viktig at studiet nå speiler dette økte fokuset. Alle de som meldte seg frivillig ved universitetene til å la seg intervju av oss, virket enige om at det var nødvendig å revidere studiet i denne retningen. Det kom likevel fram at det ved flere av universitetene vært en vanskelig kamp å omprioritere undervisningsressursene. Å omfordele studiepoeng fra individ til samfunnsfokus har skapt debatt på profesjonsstudiene. Ved et par av universitetene ytret man usikkerhet rundt hvor mye av innholdet som faktisk er endret, og hvor mye som bare har skiftet navn.

Nei, stort sett så er jo folk veldig enige i at vi skal jobbe, at kommunale tjenester er viktige, spørsmålet er kanskje litt sånn, hvor mye skal psykologer jobbe, altså hvor tung skal individualterapien være i psykologutdanningen? Og hvis den skal være tung,

²⁵ <https://site.uit.no/psykhjelpen/psykhjelpen-for-ungdom/>

skikkelig tung. Er den da så bra og så helt definerende for psykologrollen at den egentlig er utdannende, den er så generisk at du egentlig ikke trenger å lære noe annet? Det spørsmålet. Hvis svaret er nei, det vil si vi må lære noe annet enn individualterapi fordi det krever annen kompetanse - hvor mye ressurser har vi igjen til å bruke på det? Hvis vi ikke får mer ressurser, hvor vi må ta ressurser fra noe, hvor skal vi da ta ressursene fra? Og da skal jeg love deg at det er ikke lett å fjerne ressurser fra individualterapi. For der lever og ånder det folk som er ihuga. (Vitenskapelig ansatt ved universitetet)

4.5.1 Nye prioriteringer?

Fra 2019 kommer det nye pakkeforløp på psykisk helse- og rusfeltet som, hvis de fungerer etter intensjonen, vil kreve økt koordinering og samarbeid på tvers av tjenestenivåene om de sykeste pasientene. I pakkeforløpene vil pasientene rettighetsvurderes, og det er tenkelig at kommunene i enda større grad vil få koordineringsansvar og måtte prioritere mer ressurser til de mest alvorlig syke pasientene. Da trenger de også mye og god kompetanse på de alvorligst syke. I intervju med ansatte i tolv kommuner som vi gjennomførte i forbindelse med et prosjekt om tilbudet i kommunene til mennesker med milde til moderate psykiske helseproblemer (Ose, Kaspersen og Børve, 2018), kom det fram at det er for de alvorligst syke kommunene har størst behov for hjelp. De som blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten som lite motiverte for behandling, de "behandlingsudyktige". Personell fra flere kommuner som svarte på vår undersøkelse blant ledere og ansatte i denne evalueringen, sier at de har behov for å ansette psykiatere i kommunen. Dette er noe profesjonsutdanningen for psykologer også må ta inn over seg – i hvilken grad rustes psykologene til å jobbe med de alvorligst syke i kommunene? Det vil bli spennende å følge med på om pakkeforløpene får konsekvenser for hvilke oppgaver psykologer i kommunen kommer til å utføre framover.

Tilskuddsordningen har bidratt til å få psykologer inn i psykisk helse- og rustjenestene i kommunene – og de aller fleste av psykologenes kollegaer mener det har bidratt til økt kvalitet og kompetanse i disse tjenestene. Ikke minst fordi de selv har fått tilgang til en ressurs som kan gi veiledning i vanskelige saker. Når tilskuddsordningen legges ned, og kommunene selv i større grad skal prioritere ressursbruken, kan det hende vi ser et annet bilde enn det vi ser per i dag. Et eksempel på en tjeneste som i liten grad har rekruttert psykologer hittil er barnevernstjenesten, og flere av psykologene som gav innspill til evalueringen nevnte barnevernsansatte som en ansattgruppe med stort behov for veiledning på psykisk helse- problematikk – både for barna det gjaldt og for sin egen del, der de sto i tøffe saker. Eldre er en annen gruppe som ble spesielt nevnt som en sårbar gruppe med stort hjelpebehov, der det hittil har vært satt inn lite ressurser på psykisk helse-feltet.

4.5.2 Hovedpraksis i kommunene er en uutnyttet ressurs

Både gjennom intervju med ansatte som underviser på profesjonsstudiet ved de fire universitetene, og gjennom tilbakemeldinger i studentundersøkelsen vi gjennomførte, kom det fram at tilbudet om hovedpraksisplass i kommunene er mangelfullt over hele landet. Her tenker vi at det ligger det et stort potensial for å gi studentene et bredere innblikk i hva en jobb som psykolog i kommunen innebærer, og at hovedpraksis dermed kan bli naturlig rekrutteringsarena for kommunene. Mens universitetene har faste avtaler, og koordinatorene, i spesialisthelsetjenesten når det gjelder hovedpraksis, virker avtalene med enkeltkommuner å være av mer tilfeldig art. De universitetsansatte gav innspill på at det må etableres en bedre infrastruktur for avtaler om hovedpraksis i kommunen på sentralt og regionalt nivå. Dette bør også være i kommunenes interesse, all den tid de får tilgang til "gratis" arbeidskraft de fem månedene studentene er i praksis, der man også får mulighet til å få dokumentert noe av det arbeidet kommunen gjør. Man bør videre se på om kravene til innhold i hovedpraksisen kan justeres slik at det også i større grad favner helsefremming/forebygging, tverrfaglig samarbeid og veiledning av annet personell og systemarbeid – typiske oppgaver psykologene i kommunen deltar i. Det befinner seg etter hvert en god del psykologspesialister i kommunen (nær 60 % av psykologer ansatt på tilskuddsmidler per 2017 hadde, eller var under, spesialisering) som kan være veiledere, også her gjelder oppfordringen vår om å tenke kreativt rundt bruk av kommunikasjonsteknologi for å få til veiledning på tvers av avstander. F.eks. kan kommuner som per i dag har psykolog(er) ansatt gjennom interkommunale samarbeid få styrket tilstedeværelsen av psykolog i flere kommuner ved å ta til seg studenter i hovedpraksis.

4.5.3 Det mangler infrastruktur for forskning i kommunene

I spesielt ett av intervjuene med vitenskapelig ansatte, og i innføringskurset for ca. 50 psykologer i kommunen som vi deltok på i mai 2018, kom det fram et stort behov for å vite mer om hvilke tiltak som faktisk virker når det gjelder forebyggende helsearbeid i kommunale tjenester. Signalene tyder på at mange av psykologene som jobber i kommunen er usikre på hvilke forebyggende tiltak de skal ta i bruk eller utvikle, og hva av det de allerede gjør som faktisk virker. En professor vi intervjuet ved ett av universitetene med profesjonsstudium i psykologi uttalte følgende:

For at universitetene skal kunne drive bedre utdanning i forebyggingsarbeid, få bedre kompetanse både til å være vitenskapelige veiledere og forskere på tema, og undervise på tema, og for å få mer praktisk kunnskap ut i feltet. Som er basert på kunnskap og ikke synsing. Effekt og ikke håp. Der pengene faktisk kommer til nytte over tid, så må vi starte større forskningsprosjekter blant kommunepsykologene på forebygging. Men hadde du

sendt meg ut i kommunen i morgen med oppgavene som du snakker om, så ville jeg personlig, som følge av min erfaring og det jeg har jobbet med, vært litt mindre skodd til å drive systemarbeid. Jeg ville vært overkvalifisert i forhold til det kliniske, og ville mest sannsynlig på bakgrunn av det, tendert til å starte min egen poliklinikk sammen med legene. Og jeg ville ikke, med hånden på hjertet, vært spesielt sikker på om den forebyggingsvirksomheten som jeg prøvde meg på, faktisk virket. (...) Så det ligger kunnskap på universitetene om hva man burde gjøre, i for liten grad. Og så bestemmer myndighetene hva man skal gjøre. I for stor grad så gjør psykolog for psykolog for mye hva de synes selv de burde gjøre. Og spesielt på forebygging. Så har vi ikke nok kunnskap til å drive god veiledning. Vi har ikke kunnskap nok til et forskningsperspektiv. Vi må ha forskere som gjør dette først. Ehm...jeg ville gått i de kliniske miljøene som hadde dokumentert effekt på tilstander og spurt "hva er de opprettholdende faktorene, og hvordan kan vi hindre folk fra å igangsette opprettholdende faktorer." Så ville jeg startet der, og startet flere prosjekter. Men Norges politikere er for lite utdannete når det gjelder forskning. Det er for lite forskningstro i Norge, og det er for lite kunnskap om hva vi ikke vet. Det er for mange politikere som tror at det de mener er rett, og at de bare kan bestemme at det skal bli bra.

Spesialisthelsetjenesten har en helt annen infrastruktur for forskning enn kommunene. De regionale helseforetakene har egne forskningsfond som lyser ut flere hundre millioner kroner årlig. På Regjeringens nettsider finnes gode beskrivelser av organisering og nøkkeltall for forskning i helseforetakene²⁶. Nettsiden var sist oppdatert sommeren 2018. Den tilsvarende nettsiden for forskning og innovasjon i kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester var oppdatert i 2014. Per november 2018 er det ingen oversikt over organisering av forskning i kommunene, ei heller linker til de mest relevante pågående programmene i Forskningsrådet for å bedrive helseforskning i kommunene (HELSEVEL og FORKOMMUNE). Informasjonen på siden forteller at kunnskapsgrunnlaget for kommunale helse- og omsorgstjenester er svakt utviklet. Og for at å sikre gode og kunnskapsbaserte tjenester, er det behov for forskning som kan gi grunnlag for bedre forebygging, utredning, behandling og oppfølging. Andre forskningstema som nevnes er samhandling og pasientforløp, samt konsekvenser av traumatiske hendelser. Det er også behov for mer kunnskap knyttet til tjenester til den eldste delen av befolkningen, blant annet knyttet til aktiv omsorg, brukerstyring og demens.

²⁶<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/helseforskning/innsikt/forskning-i-helseforetakene--organiserin/id585593/>

Profesjonsutdanningen i psykologi er relativt sett et mer akademisk rettet studium, med en høyere andel forskningsmetodefag, enn flere av de andre profesjonene som jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Psykologene har derfor et godt utgangspunkt for å kunne bidra til å få økt forskningsaktiviteten i kommunale helse- og omsorgstjenester, i samarbeid med etablerte forskningsmiljø på feltet. Såkalt "Offentlig sektor-ph.d." gjennom Forskningsrådet²⁷, kan være relevant for flere.

4.6 Egenvurderte styrker og svakheter ved devalueringen

Devalueringen av tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester har pågått i perioden august 2017 til oktober 2018. Den er en opsjon i følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020, som SINTEF, NIBR og NIFU evaluerer sammen. Der den forrige evalueringen av psykologsatsningen hadde mest fokus på psykologenes egne erfaringer med å jobbe i kommunen (Ådnanes et al. 2013), er denne devalueringen basert på et bredere utvalg informanter. Gjennom både kvantitative og kvalitative undersøkelser og samtaler har vi fått innspill til evalueringen fra psykologenes kollegaer og ledere (inkl. fastleger og kommuneoverleger) i kommunen, voksne brukere og pårørende til unge brukere av tjenestene, studenter på profesjonsstudiet, vitenskapelig ansatte ved profesjonsutdanningene, rådgivere i psykisk helse- og rusarbeid hos Fylkesmannen, ansatte i spesialisthelsetjenesten, Norsk psykologforening, kompetansesentrene mv., og ikke minst psykologene selv. Ved hjelp av en lukket Facebook-gruppe for psykologer i kommunen med over 800 medlemmer åpnet vi opp for innspill til evalueringen fra et stort antall psykologer. Vi mener vi har innhentet et godt grunnlag for å gjøre de vurderingene vi skulle gjøre i henhold til problemstillingene i prosjektprotokollen, der det viktigste var å si noe om i hvilken grad og på hvilken måte psykologer i kommunen eventuelt bidrar til å stryke kvalitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I SINTEF ønsker vi å ta brukermedvirkning i forskning på alvor. I dette prosjektet, som har pågått i en relativt kort periode, ser vi at vi kunne involvert brukerorganisasjonene på en bedre måte. Men det er utfordrende når man har mange omfattende datainnsamlinger som skal gjennomføres, og tiden er knapp. Som ledd i utviklingen av spørreskjemaet sendte vi ut forespørsmål om å gi innspill på skjema til en rekke brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse- og rus-feltet (Mental Helse Norge og Mental Helse Ungdom, RIO, MARBORG, ProLAR, A-larm, Hvite Ørn, LPP). Vi var også i kontakt med Pårørendealliansen og Erfaringskompetanse.no, NAPHA og NPF for å få innspill til spørreundersøkelsene. En bruker av kommunale tjenester for psykisk helse var også involvert i flere runder med pilotering av brukerskjemaet, mens en nyutdannet psykolog piloterte og gav innspill til studentundersøkelsen. Vi fikk svært få innspill på vår

²⁷ <https://www.forskningsradet.no/no/Utllysning/OFFPHD/1253995410398>

forespørsel til brukerorganisasjonene, noe som helt sikkert skyldes at de fikk for korte frister til å gi tilbakemelding, og det beklager vi. I den neste evalueringen SINTEF skal gjøre på oppdrag fra Helsedirektoratet av pakkeforløp psykisk helse og rus, har vi valgt å involvere KBT med sin Bruker Spør Bruker-metodikk for gjennomføring av intervju med brukere, og har store forventinger til å lære mer om reell brukermedvirkning i forskning gjennom dette samarbeidet.

Både bruker- og pårørende-undersøkelsen og studentundersøkelsen kan ikke sies å være representative undersøkelser, gitt den lave andelen respondenter av antall potensielle respondenter. Særlig varierte svarprosenten mye mellom ulike fylker i landet. Resultatene må tolkes med forsiktighet og med skjevhetene i utvalget in mente. I brukerundersøkelsen så vi at det var de mest ressurssterke som har svart – og hadde vi fått svar fra de aller mest sårbare gruppene kunne resultatene sett annerledes ut. KOMHELSE 2018 var, oss bekjent, første gang det ble gjennomført en nasjonal undersøkelse på psykisk helse- og rusfeltet i kommunale helse- og omsorgstjenester, og vi har høstet nyttige erfaringer om rekruttering til slike undersøkelser som kan komme til nytte hvis det skal gjennomføres tilsvarende undersøkelser igjen. Alle ansatte i tjenestene som hjalp oss å rekruttere de over 700 brukerne som faktisk svarte, fortjener en stor takk, det samme gjør de brukerne og pårørende som brukte tid på våre spørreskjema. I dette prosjektet hadde vi ikke ressurser til å tilpasse spørreskjemaet til innvandrerbefolkningen og innbyggere med annet morsmål enn norsk, de er derfor helt sikkert underrepresentert i vårt utvalg. Dette kan gjøres noe med ved kommende undersøkelser. Også i intervjuene er det slik at det kan være de som er mest positivt innstilt til psykologer i kommunene som har meldt seg som informanter. I Norge er det strenge krav til at rekruttering til intervju skal være åpent og frivillig, og vi var prisgitt de informantene som meldte seg.

5 Konklusjon og anbefalinger

Tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunene har vært en suksess, og avgjørende for at det i 2018 er ansatt over 500 psykologer i psykisk helse- og rustjenestene i kommunene. Det er likevel mange kommuner som opplever rekrutteringsproblemer, særlig i distriktene, og kommunene blir nødt til å tenke kreativt for å nå målet om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i 2020. Samtidig har det skjedd en liten dreining ved profesjonsstudiet i psykologi mot mer fokus på psykologenes rolle i kommunale helse- og omsorgstjenester, og oppfatningen er at studentene er mer positive til jobb i kommunen, nå enn tidligere.

Denne evalueringen har vist at både de øvrige ansatte i tjenestene og brukerne er fornøyd med den kompetansen psykologene bringer med seg til kommunen. Måten psykologer i kommunen synes å øke kvalitet og kompetanse i tjenestene mest effektivt på, er når de kan drive med tiltak som når ut til mange samtidig, og når de samarbeider med, og jobber via, andre. Det som de øvrige ansatte opplever som psykologenes unike bidrag i det tverrfaglige samarbeidet må fortsette å dyrkes. Samarbeid med, og psykologfaglig veiledning av, andre yrkesgrupper bør vurderes å få en større plass i grunnutdanningen for psykologer enn den har i dag. Samtidig har flere psykologer erfart at ydmykhet og respekt for de øvrige profesjonene i kommunen er tvingende nødvendig for å lykkes. Psykologer som er gode til å spre sin kunnskap til kolleger i kommunen (herunder alt fra helsesøstre/helsesykepleiere og fastleger til lærere) og som samarbeider godt både internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjeneste og NAV, kan sørge for en faglig tryggere psykisk helse- og rustjeneste. Dette kan igjen ha positive ringvirkninger for både innbyggerne som bruker tjenesten og det interne arbeidsmiljøet i kommunen.

Lønn, spesialiserings- og veiledningsmuligheter, og tilgang på et psykologfaglig nettverk er fortsatt viktige suksesskriterier for å rekruttere psykologer til kommunene – og for å få dem til å bli. Lønnsnivået er konkurransedyktig med spesialisthelsetjenesten i flere og flere kommuner, psykologene ansettes i stor grad i faste stillinger og ikke prosjektstillinger. De aller fleste har, eller er under, spesialisering. Det er fortsatt en utfordring for kommunene å skape kontinuitet i psykologstillingene når mange forsvinner til spesialisthelsetjenesten i perioder for å oppfylle praksiskravene. Det bør jobbes systematisk fra sentralt hold for å se om praksiskravene kan tilpasses kommunenes behov i større grad. Selv om konsekvensene foreløpig er lite utforsket, foreslår vi at flere kommuner prøver ut psykologstillinger som er delt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Hypotesen er at det vil føre til mer og bedre samarbeid på tvers, bedre rolleavklaring mellom tjenestenivåene, bedre sortering av hvilke innbyggere som skal få hjelp hvor og hvilke tiltak som skal tilbys på hvilket nivå – og kanskje økte muligheter for veiledning, finansiering og gjennomføring av spesialiseringssløp.

Vi anbefaler videre at helsemyndighetene, profesjonsutdanningene i psykologi, Psykologforeningen og KS, sammen utreder hvordan man kan få til en bedre infrastruktur for å få gjennomført hovedpraksis for psykologistudenter i kommunene. Vi tror det er en uutnyttet rekrutteringsarena, og en mulighet for kommunene til å få dokumentert noe av sin aktivitet på en god (og rimelig) måte. Økt bruk av teknologi for å skape nettverk og bryte på lange avstander, bør også utredes. Samtidig kan man se på om en slik infrastruktur, der noen får ansvar for å være koordinerende bindeledd mellom universitetene og praksisfeltet i kommunen, også kan danne en bedre infrastruktur for forskning og utvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester på psykisk helse- og rusfeltet. Målet må være å etablere effektive, evidensbaserte, forebyggende tiltak som gjør at vi i framtiden får færre mennesker som sliter med psykisk helse-, rus-, vold-, overgrep- og traumeproblematikk – og at behovet for offentlige tjenester reduseres. Det må også være et mål at brukere og pasienter møter *ett* helsevesen, der hvilken kommune du bor i, eller hvilket sykehus du søker til, ikke har avgjørende betydning for hvilke tjenester du får og hvordan tjenestenivåene samhandler i bruker- og pasientforløpet.

6 Vedlegg

Informasjonsskriv og spørreskjema i de ulike datainnsamlingene kan etterspørres hos prosjektleder Silje L.

Kaspersen på silje.l.kaspersen@sintef.no eller telefon (+47) 950 88 303. Evalueringens nettside har URL:

<https://www.sintef.no/prosjekter/devaluering-av-tilskudd-til-rekruttering-av-psykologer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>

7 Referanser

Album, D., og Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66, 182–188.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>

Amble, IA. (2016): *"Will patient feedback improve quality and outcome in Psychotherapy? Implementation and validation of the online feedback system OQR- Analyst in Norway: A multi- site RCT study"*. Doktorgradsarbeid.

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/51971/1/PhD-Amble-DUO.pdf>

Torvik, F.A., Rognmo, K. & Tambs, K. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2012) 47: 805.

<https://doi.org/10.1007/s00127-011-0387-3>

Fossestøl, K. & Skarpaas, I. (2013): Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten. En evaluering. AFI-rapport.

Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J. & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 325–343.

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

Heggland, J. E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013a): Kommunepsykologer nedprioriterer forebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 50, nummer 5, 2013, side 504-507

Hellevik, O. (2015): "Hva betyr respondentbortfallet i intervjuundersøkelser?". *Tidsskrift for Samfunnsforskning*. 56-2: 211-231. Se også <https://forskning.no/statistikk-innvandring-kronikk/kronikk-lave-svarprosent-forer-ikke-nodvendigvis-til-skjeve-resultater/1167716>

Helsedirektoratet (2008): "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering". IS1565.

Helsedirektoratet (2016): Utvikling av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Kommunale helse- og omsorgstjenester. 06/2016. IS-2482.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1348/Utvikling%20av%20nasjonale%20bruker%20-%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelser.%20Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20IS-2482.pdf>

Helsedirektoratet (2017): "Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Status 2016 for Kompetanseløft 2020". IS-2684. Helsedirektoratet. Oslo.

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

Hustvedt, IG, Terje Lie, Marit Emmerhof Håland, Barclay Stevenson og Sverre Nesvåg. (2018): Brukerplan – årsrapport 2017. Tjenestemottakere med rus- og psykisk helseproblemer i kommunene. Helse Stavanger HF. <https://brukerplan.no/BrukerPlanÅrsrapport2017%20Digital.pdf>

Imenes, A-K. (2017): Klinisk praksis og kompetansebehov blant psykologer i kommunene – Rapport fra Psykologforeningens ad hoc utvalg. Norsk psykologforening. Oslo. Lastet ned desember 2017 fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/hva-trenger-kommunepsykologene>

Imenes, A-K. (2018): Allmennpsykologi. Psykisk helsehjelp i kommunen. Gyldendal. Oslo.

Imenes, A-K. (2018a): Snakk med fastlegene. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 10, 2018, side 942-943. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2018/10/snakk-med-fastlegene>

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.

Kjøllesdal, JG., Iversen, HH, Danielsen, K. og Haugum, M. (2017): Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016. PasOpp-rapport Nr 318 – 2017. Folkehelseinstituttet. Rapporten er tilgjengelig her: <https://www.fhi.no/publ/2017/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-2016/>

Malterud, K. (2003): Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget. Oslo.

Molander, A. og Terum, LI. (2008): Profesjonsstudier. Universitetsforlaget. Oslo.

NHS Patient Surveys (2016): Response rates for the community mental health survey. http://www.nhssurveys.org/Filestore/Community_mental_health_response_rates.pdf

Ose, S.O. og Kaspersen (2017): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF-rapport 2017:00801. Trondheim

Ose, S.O., Kaspersen, S.L. og Børve, C. (2018): En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer. SINTEF-rapport 2018:00201. Trondheim. Lastes ned her: <https://www.sintef.no/prosjekter/tjenester-til-mennesker-med-lettere-psykiske-helseproblemer/>

Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Ådnanes, M., Lassemo, E. og Kalseth, J. (2018): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF-rapport. Trondheim. Rapporten publiseres her: <https://www.sintef.no/prosjekter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2015-arsverk/>

Pettersen, H. og Lofthus, A-M. (2018): Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 15. Nr. 2-3. 2018. s. 112-123. Universitetsforlaget.

Schjødt, BRH., Hoel, AK., Onsjøen, R. (2012): Psykisk helse som kommunal utfordring. Universitetsforlaget. Oslo.

Schjødt, BRH. og Skutle, A. (2013): Framveksten av samfunnspsykologien i Norge: Fra kritisk korrektiv til et alternativ i posisjon". Fagartikkel i Tidsskrift for norsk psykologforening. Oslo.

Schjødt, BRH. (2018): Vi bør ikke se for mye til fastlegene. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 11, 2018, side 1038-1039

Solem, S., Hagen, R., Kennair, LEO. og Hjemdal, O. (2018): Kognitiv atferdsbehandling av generalisert angstlidelse og depresjon hos eldre. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 11, 2018, s. 1012-1021

Svensson, LG. og Eriksson YU. (2009): Yrkesstatus. En sociologisk studie av hus yrken oppfattas og värdas. Forskningsrapport nr. 140 fra Det sosiologiske institutt ved Universitetet i Gøteborg.

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/19737/1/gupea_2077_19737_1.pdf

Tisløv, IS. (2018): Psykolog med perleøredobb. Blogginlegg på nettsidene til Norsk psykologforening.

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/ingvild-stjernen-tisloevs-blogg/psykolog-med-perleoeredobb>

Valla, B. (2014): Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre. Gyldendal. Oslo.

Ørstavik, I. (2017): Hva kommunepsykologer betyr. Sunnmørsposten. Kronikk.

<https://www.smp.no/meninger/kronikk/2017/01/08/%C2%ABHva-kommune-psykologer-betyr%C2%BB-14034324.ece>

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

Ådnanes, M., Kaspersen, S.L., Husum, T.L. og Ose, S.O. (2013): Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen. SINTEF-rapport A23869. Trondheim

Ådnanes, M., Husum, T. L. og Kaspersen, S.L. (2013): Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid: Behandling eller folkehelsearbeid? Tidsskrift for norsk psykologforening. 2013, 5, s. 1066-1073

Stortingsmeldinger:

God helse - felles ansvar (Meld. St. 34 (2012-2013))

Mestring og muligheter (Meld. St. 19 (2014-2015))

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014-2015))

Kvalitet og pasientsikkerhet (Meld. St. 6 (2017-2018))



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no