

Dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten: Sosiale og geografiske ulikheter

Julie Ruud Ulset , Michal Kozák og Vidar Ulset

Arbeidet med artikkelen ble støttet av bevilgninger fra Norges forskningsråd
(prosjekter 288083 og 300816). Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten: Sosiale og geografiske ulikheter

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er det tydeliggjort at kommunene har et ansvar for forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sykdomsbyrden som følge av psykiske lidelser utgjør en stor og økende andel i den norske befolkningen, og årlig utgjør den økonomiske kostnaden knyttet til psykiske lidelser omkring 280–290 milliarder kroner per år (Helsedirektoratet, 2015). Spesielt angst og depresjon utgjør en stor andel av helsetapet blant unge og de i arbeidsfør alder (Folkehelseinstituttet, 2018). Politikerne har også bestemt at det skal være likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av hvor man bor (Meld. St. 38 (2020–2021)). Med et nytt lovkrav om psykologer i kommunen som kom i 2020, skal psykologer bidra i dette samfunnsansvaret, men det er uklart om dekningsgraden av psykologer i kommunene er god nok, og om det finnes geografiske eller sosiale ulikheter i dekningsgraden av psykologer i kommunehelsetjenesten når man tar høyde for andre yrkesgrupper og sosiodemografiske egenskaper ved kommunene.

Lovfestingen av psykologer i kommunen

Opptrappingsplanen for psykisk helse i perioden 1999 til 2008 sine overordnede mål var å bedre befolkningens psykiske helse, øke brukermedvirkningen og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Denne satsingen ga ikke den ønskede økningen i antallet kommunalt ansatte psykologer, og på bakgrunn av rapporten «Psykologer i kommunene: Barrierer og tiltak for økt rekruttering» opprettet Helsedirektoratet en ordning med tilskuddsmidler til utprøvningsmodell av psykologer i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008), noe som førte til en økning av antall psykologer i kommunene. Helsedirektoratet besluttet i 2013 å endre dette til en tilskuddsordning hvor kommunen selv stod fritt til å plassere psykologen ut fra kommunens behov. Ordningen var en suksess, og fra 2015 til 2019 var det nesten en dobling av antall årsverk psykologer i kommunehelsetjenesten (fra 244 til 456 psykologer) (Kaspersen et al., 2018). I 2020 kom det et nytt lovkrav i Helse- og omsorgstjenesteloven (§3.2.) om at kommunene er pålagt å knytte til seg psykolog. Dette innebar at tilskuddsordningen ble avsluttet og midlene ble overført til kommunenes rammetilskudd. Dette har imidlertid medført at intensiteten i rekruttering av psykologer til kommunene har avtatt (Statistisk sentralbyrå, 2022a). Et av målene med lovkravet var å øke minstekravet i kompetanse innen psykiske helsetjenester i kommunen, jevne ut tilgangen på kompetansen mellom sentrale og mindre sentrale

strøk, samt øke det forebyggende arbeidet. For flere kommuner har det imidlertid vært utfordrende å rekruttere og beholde psykologer: En rapport fra Statistisk sentralbyrå om psykologdekning i 2021 konkluderte med at bare tre av fem kommuner har psykolog, en nedgang siden 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2022a). Nedgangen gjelder spesielt kommuner i mindre sentrale strøk.

Dekning av psykologer i kommunen

I lovkravet om psykolog i kommunen fra 2020 er det ikke tilknyttet norm-anbefaling eller retningslinjer, men Helsedirektoratet har fremhevet at psykologer i kommunene i større grad burde bruke mer tid på systemrettet og samfunnsrettet arbeid, sammen med helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2019). Psykologer kan benyttes som «potet» i helsefremmende tiltak mot psykisk helse (Norsk psykologforening, 2020a). Psykologens kompetanse kan knyttes til flere tjenester og nivåer, samfunnspsykologisk og helsefremmende, samt klinisk utredning og behandling, oppfølging og rehabilitering. Psykologer kan jobbe individuelt, med grupper, undervisning, veiledning til både samarbeidspartnere og befolkningen. De kan jobbe med alle aldersgrupper og målgrupper, fra lette til alvorlige psykiske helseplager (Helland et al., 2021). En undersøkelse av Norsk psykologforening (2020b) viser imidlertid at flertallet av psykologer i kommunene jobber med klinisk individuelt arbeid. Kommunene selv rapporterer om manglende kunnskap om helsefremmende effektive tiltak rettet mot psykisk helse (Riksrevisjonen, 2015 og 2021).

Både helsesykepleiere og fastleger har anbefalte normtall knyttet til sin praksis i kommunene. Normen fra 2010 per hele helsesøsterstilling er 300 elever i barneskolen, 550 i ungdomsskolen og 800 i videregående skole (Lassemo & Melby, 2020). For fastleger er normtallet 1500 pasienter per årsverk. Så hvor mange psykologer bør en kommune ha? Flere faktorer spiller inn, slik som innbyggertall, forekomst av psykiske lidelser og helseplager (behov), kommunens demografi og folkehelseprofil og allerede eksisterende helsetjenester.

For å undersøke dekningsgraden av psykologer i kommunehelsetjenesten i 2021 sammenlignet med leger, fysioterapeuter, jordmødre og helsesykepleiere brukte vi åpne registerdata fra Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet, samt anonymiserte data fra medlemsregisteret til Norsk psykologforening om psykologdekning i kommunene. I tillegg undersøkte vi om det var geografiske forskjeller i tilgang på psykologer (for eksempel at det er bedre tilgang på psykologer i sentrale strøk),

hvorvidt kommunenes økonomi henger sammen med deknningen, og om deknningen av psykologer i kommunen så langt har vært behovsstyrt, slik at kommuner med større sosiale problemer og mer psykiske lidelser har ansatt flere psykologer. Ved å kombinere disse forskjellige datasettene var vi i stand til å analysere flere faktorer knyttet til deknningen av psykologer i kommunehelsetjenesten og identifisere mulige ulikheter i tilgangen til psykisk helsetjenester i forskjellige deler av landet.

Metode

Utvalg

Utvalget i denne studien består av alle kommuner i Norge ($n = 356$), slik kommunene var definert i 2020. Analysene gjøres med aggregerte data på kommunenivå, og baserer seg på data fra Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet, Kommunebarometeret og en oversikt fra Norsk psykologforening med informasjon om antall kommunepsykologer i hver kommune.

Variabler

Årsverk i kommunene. For å få oversikt over antall årsverk med psykologer, fysioterapeuter, helsesykepleiere og jordmødre i norske kommuner tok vi utgangspunkt i statistikk om antall sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i 4. kvartal 2021 for alle aldersgrupper (Statistisk sentralbyrå, 2022b). Anonymiserte data fra Norsk psykologforening sitt medlemsregister ble brukt til å validere antall årsverk med psykologer i kommunehelsetjenesten som rapportert av SSB. Ifølge Psykologforeningens oversikt jobber 621 psykologer per 01.08.2021 innen arbeidssektoren Kommunesektorens organisasjon (KS), hvorav 40 jobbet i barneverntjenesten, 7 i FACT-team, 4 i NAV og 16 i tannhelsetjenesten. Korrelasjonen mellom antall årsverk fra medlemsregisteret og SSB var $r = 0.96$ ($p < 0.001$). For å få oversikt over antall leger i kommunehelsetjenesten tok vi utgangspunkt i statistikk om antall avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor vi inkluderte kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger (Statistisk sentralbyrå, 2022c).

Kommuneøkonomi. Alle data om kommunenes økonomi ble hentet ut for kommuner etter kommunereformen 2020, for året 2021. Informasjon om kommunenes økonomi ble hentet fra Statistisk sentralbyrå tabell «12134: Utvalgte nøkkeltall for kommuneregnskap» (Statistisk sentralbyrå, 2022d). Vi tok utgangspunkt i 1) netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter, 2) frie inntekter per innbygger (NOK) og 3) fri egenkapital drift i prosent av brutto driftsinntekter.

Befolkningstetthet. Informasjon om befolkningstetthet ble hentet fra Statistisk sentralbyrå tabell «11342: Areal og befolkning» for året 2021 (Statistisk sentralbyrå, 2022e). Kommunenes sentralitet ble målt med Statistisk sentralbyrå sin sentralitetsindeks for kommunen (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Andel personer med lav inntekt. Data om andel personer med lav inntekt ble hentet fra Statistisk sentralbyrå sin tabell 06947: Personer i privathusholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet for året 2021 (Statistisk sentralbyrå, 2022f). Vi hentet ut statistikk om lavinntekt for husholdninger for hele befolkningen og benyttet EU-skala 50 prosent, hvor lavinntektsgrensen er satt lik 50 % av medianinntekten.

Psykiske lidelser. Informasjon om psykiske lidelser ble hentet fra Kommunehelse statistikkbank, og baserer seg på antall brukere i primærhelsetjenesten per 1000 innbygger, hvor vi hentet ut statistikk om sykdomsgruppen «psykiske symptomer og lidelser (P01 - 29 og P70 - 99) for aldersgruppen 0–74 år for perioden 2018 til 2020 (Folkehelseinstituttet, 2020). Statistikken baseres på antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt.

Kommunebarometer. Kommunebarometeret er en måling som rapporteres årlig av Kommunal Rapport (Kommunal Rapport, 2020), hvor kommunene rangeres etter 151 forskjellige nøkkeltall på tvers av 12 ulike sektorer. Høye skårer indikerer høy kvalitet på kommunenes tjenester.

Sentralitet. Informasjon om kommunenes sentralitet ble hentet fra Statistisk sentralbyrå sin sentralitetsindeks (Statistisk sentralbyrå, 2020). Indeksen er regnet ut for alle landets kommuner og tar hensyn til faktorer som nærhet til infrastruktur og arbeidsplasser. Høye verdier indikerer høy sentralitet av kommunen.

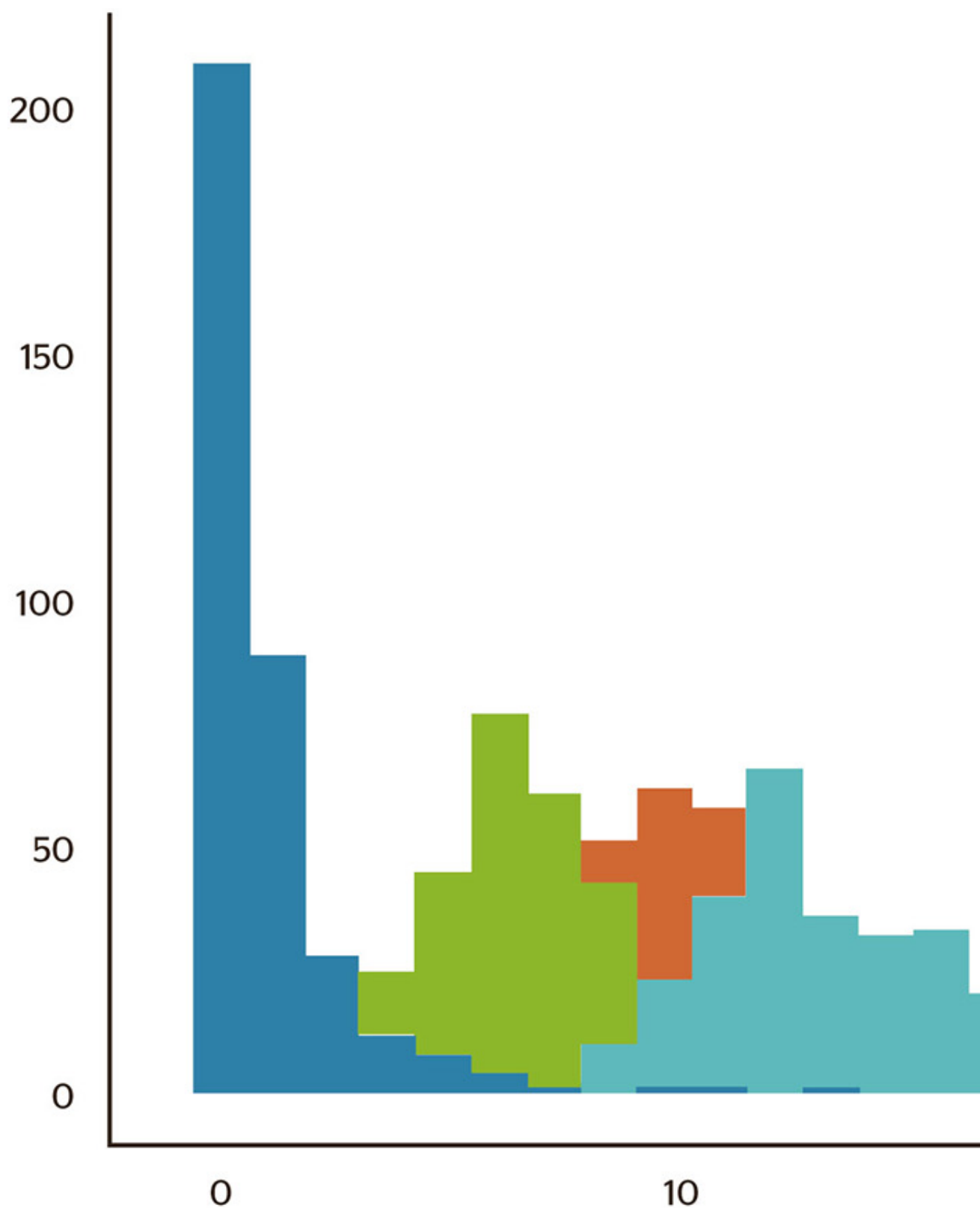
Analyser

Datasettet ble analysert med PSCL-pakken (versjon 1.5.9) og MASS-pakken (versjon 7.3 - 53) i R (versjon 4.0.3) og IBM SPSS Statistics versjon 27. For å undersøke om forklaringsvariablene hang sammen med antall psykologer i kommunen, ble det brukt generaliserte lineære modeller. Siden utfallsvariabelen var tellevariabel, og ikke var normaldistribuert, inneholdt mange 0-verdier (se Figur 1), og på grunn av overspredning ble det brukt negative binomiske modeller med modifiserte sannsynligheter for nullobservasjoner (multinomisk regresjon). Basert på prosedyre beskrevet tidligere (Huang & Cornell, 2012; Zuur et al., 2009) ble forskjellige regresjons-, Poisson- og

binomiske modeller testet. Beste modell ble valgt basert på laveste Akaikes informasjonskriterium (AIC) og undersøkelser av over- og underdispersjon. Binomiske modeller med modifiserte sannsynligheter for nullobservasjoner gir innsikt i hva som driver psykologdekningen i de kommunene som har minst én psykolog, samtidig som nullobservasjonskomponenten av modellen hjelper til med å forstå faktorene bak hvorfor noen kommuner ikke har noen psykologer. For å utelukke problemer med multikollinearitet ble variansinflasjonsfaktorer (VIF) regnet ut for alle forklaringsvariablene. Høyeste VIF-skåre var 3.2, som indikerer at det er lite sannsynlig at resultatene fra modellen ble påvirket av multikollinearitet. Antall psykologer i kommunene per 100 000 innbygger ble inkludert i analysene som utfallsvariabel, mens antall fysioterapeuter, leger, helsesykepleiere og jordmødre, kommunens driftsresultat, frie inntekter per innbygger, fri egenkapital, psykiske lidelser, lavinntekt, skår på kommunebarometer og kommunenes sentralitet ble alle inkludert samtidig som skalerte forklaringsvariabler.

Figur 1

Distribusjoner av årsverk i kommunehelsetjenesten i 2021



Note. Figuren viser fordeling av antall årsverk i kommunene med ulik farge for hver helseprofesjon som var inkludert i studien

Resultater

Deskriptive analyser (Tabell 1) viser at det i gjennomsnitt var 0.95 psykologer i kommunen per 10 000 innbygger ved utgangen av 2021. Det var totalt 601 årsverk i Norge ifølge oversikten til Norsk psykologforening, mens det var 506 hele årsverk registrert i SSB sin oversikt. Til sammenligning var dekningen i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbygger 11.35 for fysioterapeuter, 5.85 for helsesykepleiere og 15.04 for leger. Dette betyr at sammenlignet med psykologdekning var det omtrent tolv ganger så stor dekning av fysioterapeuter, seks ganger så stor dekning av helsesykepleiere og 16 ganger så stor dekning av leger i kommunehelsetjenesten. Figur 2 viser en grafisk fremstilling av disse forskjellene.

Tabell 1

Deskriptiv statistikk for studievariablene (2021)

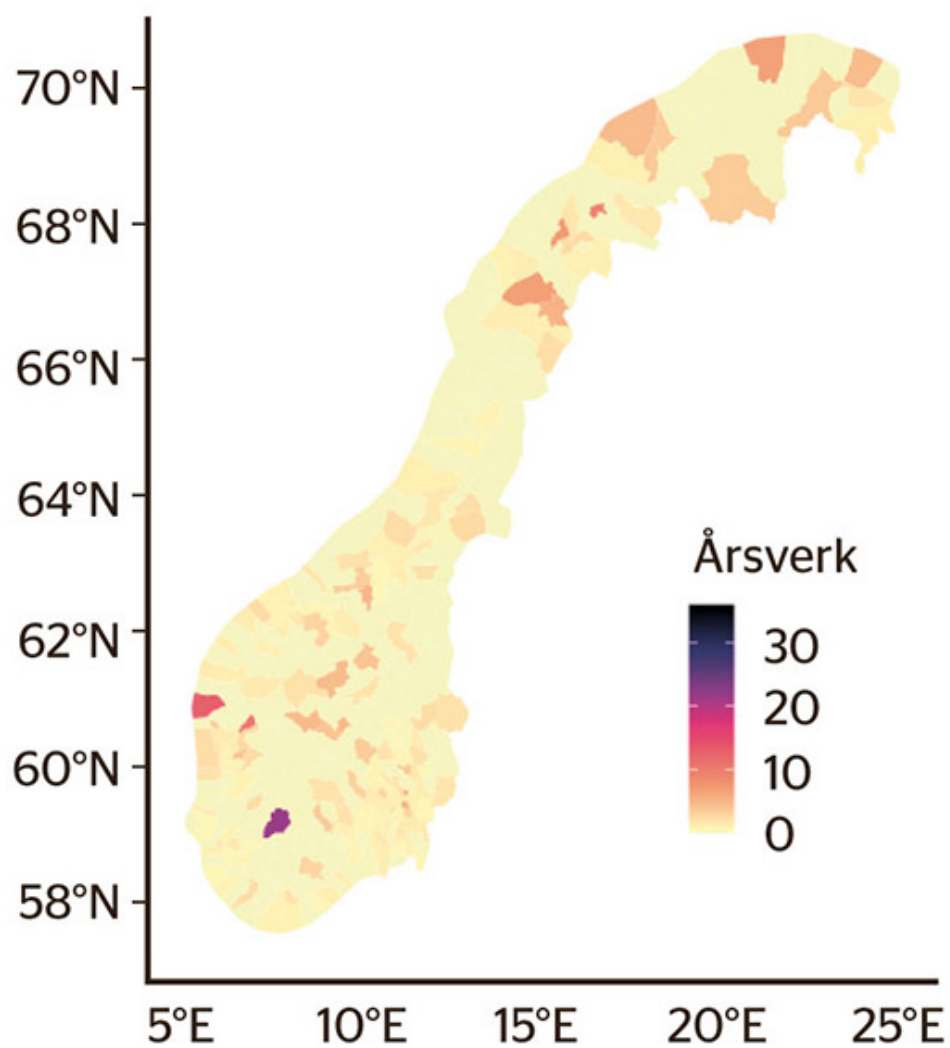
Variabel	N	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Psykologer	356	0	21.51	0.95	1.93
Fysioterapeuter	356	2.35	26.6	11.35	3.46
Helsesykepleiere	356	0	23.26	5.85	3.24
Leger	356	2.26	34.88	15.04	5.12
Driftsresultat	356	-16.9	35.5	3.71	4.19
Frie inntekter	356	44	196	74.07	15.74
Fri egenkapital	356	-47.8	131.1	14.15	12.18
Psykiske lidelser	356	86	231	152.74	27.67
Lavinntekt	356	2.1	10.5	4.6	1.25
Kommunebarometer	356	0.34	3.95	3.16	0.7
Sentralitet	356	295	1000	643.27	143.22

Note. Psykologer, fysioterapeuter, helsesykepleiere og leger per 10 000 innbygger.

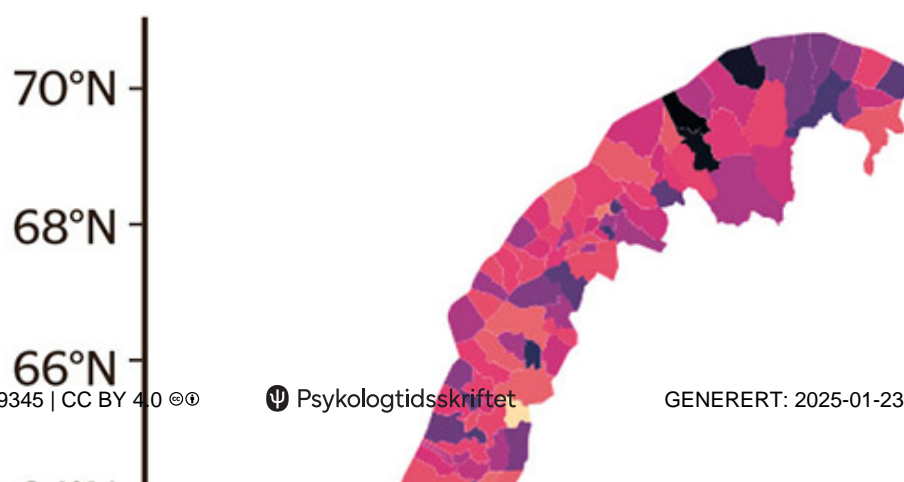
Figur 2

Dekning av psykologer, fysioterapeuter, leger og helsesykepleiere i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbygger i 2021

A) PSYKOLOGER



C) LEGER



Det var svært stor variasjon i dekning av psykologer, fra 0 psykologer til 21.5 psykologer per 10 000 innbygger, og de aller fleste kommuner hadde færre psykologårverk sammenlignet med årsvverk for fysioterapeuter, helsesykepleiere og leger (se Figur 1). Resultater fra binomisk regresjonsanalyse med sannsynlighet for nullobservasjon (Tabell 2) viser at kommuner med høy dekning av psykologer også hadde høy dekning av leger og høyere frie inntekter per innbygger, og at det var dårligere psykologdekning i kommuner med høyere forekomst av psykiske lidelser. Resultater fra nullobservasjonskomponenten av analysen viser at sannsynligheten for å observere null psykologer var betydelig lavere i sentrale kommuner (sannsynligheten for å ha minst én psykolog var vesentlig høyere i sentrale kommuner).

Tabell 2

Resultater fra negativ binomisk regresjon med modifiserte sannsynligheter for nullobservasjoner (n = 356)

Psykologer pr 100k innbyggere		
	Betinget binomisk modell	Sannsynlighet for nullobservasjon
Forklaringsvariabler	Insidensrate [KI]	OR (SE)
Skjæringspunkt	24.29 [21.92–26.93]**	0.23 (0.13)
	Antall årsvverk per 10k innbyggere	
Fysioterapeuter	1.05 [0.93–1.19]	-0.16 (0.16)
Helsesykepleiere	1.01 [0.89–1.14]	0.07 (0.14)
Leger	1.15 [1.00–1.32]*	-0.13 (0.18)
	Kommuneøkonomi	
Driftsresultat	1.11 [0.97–1.27]	0.16 (0.16)
Frie inntekter per innbygger	1.66 [1.30–2.12]***	0.25 (0.30)
Fri egenkapital	0.96 [0.85–1.08]	-0.20 (0.16)
	Kommuneegenskaper	
Psykiske lidelser	0.89 [0.80–0.98]*	-0.19 (0.13)
Lavinntekt	0.94 [0.84–1.05]	0.24 (0.14)
Kommunebarometer	1.01 [0.93–1.10]	0.21 (0.15)
Sentralitet	0.97 [0.82–1.15]	-1.40 (0.27)***

Note. Alle forklaringsvariabler er z-standardiserte. *KI* = 95 % konfidensintervall, *OR* = Odds ratio, *SE* = standardfeil. * $p < 0.5$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Diskusjon

Målet med denne studien var å undersøke dekningen av psykologer i kommunehelse- tjenesten sammenlignet med fysioterapeuter, helsesykepleiere og leger, og å undersøke om dekningen av psykologer hadde sammenheng med økonomiske, sosiale og geografiske egenskaper ved kommunene. Vi fant at dekningen av psykologer i kommunen var mellom fem og 16 ganger lavere enn for andre lovpålagte helseprofesjoner, og at en betydelig andel kommuner ikke hadde psykolog i det hele tatt. Videre fant vi at kommuner med høye frie inntekter og flere fastleger hadde bedre dekning av psykologer, og at det var dårligere psykologdekning i kommuner med høy forekomst av psykiske lidelser. Dette er slående, siden kommuner med høy forekomst av psykiske lidelser burde hatt høyest psykologdekning for å møte et større behov i befolkningen. Sannsynligheten for å ha minst én ansatt psykolog var betydelig høyere i sentrale kommuner. Funnene peker på et behov for målrettede tiltak for å øke tilgjengeligheten av psykologtjenester i mindre sentrale områder.

Dekningen av psykologer i kommunehelsetjenesten er lav med tanke på at en svært stor andel av belastningen på helsevesenet kommer av psykiske lidelser (Kinge et al., 2023), et fagområde hvor psykologer har verdifull kompetanse. Noen av kommunene kan riktig nok ha inngått interkommunale samarbeid om psykolog, eller tilknyttet seg psykologer på andre måter enn ansettelse i kommunen, for eksempel privatpraktiserende psykologer eller fra spesialisthelsetjenesten, uten at dette reflekteres i våre tall, men dette er av lite omfang (Statistisk sentralbyrå, 2022). Det er også sannsynlig at det i enkelte kommuner er mange psykologer som jobber i helseforetakene, og at dette medfører tilgang til psykologhjelp i disse kommunene uten at det reflekteres i våre analyser. Det er flere mulige forklaringer på at dekningen av psykologer i kommunehelsetjenesten er lav sammenlignet med andre grupper helsepersonell. For eksempel kan det være at leger, sykepleiere og fysioterapeuter tar imot de som sliter med psykiske plager, og at kommunene dermed ikke opplever å ha behov for psykologer. En annen årsak kan være problemer med rekruttering, og at psykologer ikke ønsker å jobbe i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008). Det er dessuten tenkelig at kommunene ikke tar seg råd til psykolog, hvis de opplever at oppgavene løses av helsearbeidere som allerede jobber i kommunen. Selv om psykologer er en lovfestet profesjon og kommunene har ansvar for å fremme, forebygge og behandle psykiske lidelser, er det ingen normtall eller finansieringsordning på samme måte som for fastleger, fysioterapeuter eller helsesykepleiere. Dermed må hver kommune selv avgjøre hvor mange psykologer de skal ansette, og hvordan psykologkompetansen skal benyttes.

Dette kan være en utfordring da kommunene rapporterer om manglende kompetanse på hvilke tiltak som er egnet for forebygging av psykiske helseproblemer, og på hvordan psykologkompetansen best kan benyttes (Riksrevisjonen, 2015 og 2021). Sånn sett er det tenkelig at en nasjonal standard for arbeidsoppgaver og prioritering av disse, samt finansieringsordninger, kan bidra til å øke dekningen av psykologer i norske kommuner.

Flere faktorer kan bidra til den lave dekningen av psykologer i mindre sentrale kommuner og i kommuner med dårligere økonomi. For det første kan det være mindre attraktivt for psykologer å jobbe der. Psykologer som velger å jobbe i mindre sentrale kommuner, kan også oppleve færre karrieremuligheter og mindre muligheter for faglig utvikling, samt mangel på veiledning og oppdatering av faglig kunnskap (Helsedirektoratet, 2008). Videre kan det være en utfordring å etablere et psykologfaglig miljø i små kommuner, noe som kan gjøre det vanskeligere for psykologer å jobbe der. Mangelen på et faglig fellesskap kan også påvirke psykologenes arbeidsmotivasjon og engasjement, og gjøre det mindre attraktivt å jobbe i slike kommuner (Lints-Martindale et al., 2018). Sosioøkonomiske faktorer kan spille en rolle i den lave dekningen av psykologer i kommuner med mindre frie inntekter per innbygger. Disse kommunene har mindre økonomiske ressurser til å tiltrekke seg og beholde psykologer, noe som kan føre til høyere turnover og lavere stabilitet i psykologdekningen. For å møte disse utfordringene kan det for eksempel brukes tiltak som stimulerer til rekruttering av psykologer til mindre sentrale kommuner, som for eksempel økte lønns- og karrieremuligheter, bedre tilgang på veiledning og faglig oppdatering samt etablering av faglige nettverk og samarbeid mellom psykologer i ulike kommuner. Med tanke på at psykologdekning ser ut til å henge sammen med den enkelte kommunes økonomi, kan det være nødvendig å øke finansieringen av psykologtjenester, og utvikle tiltak som bidrar til å redusere sosiale og geografiske ulikheter i tilgangen på psykologhjelp.

Konklusjon

Våre funn indikerer at rekrutteringen av psykologer til kommunen etter tilskuddsordningen ble avvirket, ikke er tilfredsstillende, og at det er sosiale og geografiske ulikheter i dekningen. Sammenlignet med andre lovpålagte helseprofesjoner er det svært lav dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten, og det er spesielt dårlig dekning i lite sentrale kommuner og i kommuner med lavere inntekter og høyere forekomst av psykiske lidelser. Bedre retningslinjer og normkrav kan

bidra til å sikre en likere tilgang til psykologtjenester for alle innbyggere. Våre funn kan bidra til å informere politiske beslutninger som tar sikte på å forbedre tilgangen til psykisk helsetjenester og redusere byrden av psykiske lidelser.

Referanser

- Folkehelseinstituttet. (2018). Sykdomsbyrde i Norge i 2050. <https://www.fhi.no/nettpub/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/sykdomsbyrde-i-norge-i-2050/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). Kommnehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>
- Huang, F.L. & Cornell, D.G. (2012). Pick your Poisson: A tutorial on analyzing counts of student victimization data. *Journal of School Violence, 11*(3), 187–206. <http://doi.org/10.1080/15388220.2012.682010>
- Heggland, J.E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). Kommunepsykologer nedprioriterer forebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*(5), 504–507. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2013/05/kommunepsykologer-nedprioriterer-forebygging>
- Helland, S.S., Rognstad, K., Kjøbli, J., Mellblom, A. & Backer-Grøndahl, A. (2021). Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 58*, 484–491. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-originalartikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2021/05/psykologer-i-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2008). Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. <https://napha.no/attachment.ap?id=454>
- Helsedirektoratet. (2019). Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>
- Helsedirektoratet. (2015). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011 - 06 - 24 - 30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-30>
- Kaspersen, S.L., Lassemo, E., Kroken, E., Ose, S.O. & Ådnes, M. (2018). *Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020* (Rapport nr. 2018:01004). SINTEF.
- Kinge, J.M., Dieleman, J.L., Karlstad, Ø., Knudsen, A.K., Klitkou, S.T., Hay, S.I., Vos, T., Murray, C.J. L. & Vollset, S.E. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type

- of care in Norway: a national health registry study. *BMC Medicine*, 21(1), 201. <http://doi.org/10.1186/s12916-023-02896-6>
- Kommunal rapport. (2020). *Kommunebarometeret for 2021*. <https://kb.kommunal-rapport.no>
- Lassemo, E. & Melby, L. (2020). *Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Status, utvikling og behov*. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020_01346_rapport-part-1---signert.pdf
- Lints-Martindale, A.C., Carlson, A.A., Goodwin, S.L. & Thompson, S.N. (2018). Putting recommendations into practice: Improving psychological services in rural and northern Canada. *Canadian Psychology*, 59(4), 323–331. <https://doi.org/10.1037/cap0000158>
- Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norsk psykologforening. (2020a). *Psykologer i kommunen: Psykologforeningens strategi for utvikling av kommunale tjenester 2019–2022*. <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Rapporter/Psykologforeningsstrategiforpsykologerikommunen2019-2022.pdf>
- Norsk psykologforening. (2020b). *Psykologers arbeid i kommunen – resultater fra Psykologforeningens medlemsundersøkelse 2020*. <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Psykologer-i-kommunen-Psykologforeningens-medlemsunders%C3%B8kelse-2020.pdf>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (Dokument 2:11, 2014–2015).
- Riksrevisjonen. (2002). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern - opptrappingsplanen 1999–2006* (Dokument nr. 3:5).
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13).
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene. Barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS-1565). Helsedirektoratet.
- St. prp. nr. 63 (1997–1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006*. Sosial- og helsedepartementet.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Sentralitetsindeksen. Oppdatering med 2020-kommuner*. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen>

- Statistisk sentralbyrå. (2022a). Færre kommuner med psykologkompetanse innen helse og omsorg. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/faerre-kommuner-med-psykologkompetanse-innen-helse-og-omsorg>
- Statistisk sentralbyrå. (2022b). 07944: Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter år, statistikkvariabel, region, alder, sektor og fagutdanning.
- Statistisk sentralbyrå. (2022c). 11996: Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform, region, statistikkvariabel, år og funksjon.
- Statistisk sentralbyrå. (2022d). 12134: Utvalgte nøkkeltall for kommuneregnskap, kommune konsern, etter region, statistikkvariabel og år.
- Statistisk sentralbyrå. (2022e). 11342: Areal og befolkning, etter region, statistikkvariabel og år.
- Statistisk sentralbyrå. (2022f). 11342: Personer i privathusholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet, under ulike avstander til medianinntekten, etter region, statistikkvariabel og år.
- Øverland, S., Knudsen, A.K., Vollset, S.E., Kinge, J.M., Skirbekk, V. & Tollånes, M.C. (2018). *Sykdomsbyrde i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*. Folkehelseinstituttet.
- Zuur, A.F., Ieno, E.N., Walker, N.J., Saveliev, A.A. & Smith, G.M. (2009). *Mixed effects models and extensions in ecology with R*. Springer. <http://doi.org/10.1007/978-0-387-87458-6>