

Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid: Behandling eller folkehelsearbeid?

Helsedirektoratets rekrutteringstilskudd har gitt flere psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid. Men psykologenes kompetanse brukes først og fremst i behandling av enkeltbrukere, ikke for å styrke det folkehelseorienterte arbeidet.

TEKST

Marian Ådnanes

Tonje Lossius Husum

Silje L. Kaspersen

PUBLISERT 5. oktober 2013

ABSTRACT:

Psychologists in municipal mental health services; how much do they focus on treatment versus public health work? An empirical study in the evaluation of The Norwegian Directorate of Health's grant and model trial

In Norway there has been an increase in the number of psychologists recruited to municipal health services through government grants and a model trial with psychologist either integrated with GPs, mental health unit, health center/school health services, or family centers. This study examines the extent to which municipal psychologists spend their time on individual treatment versus public health work, whether their role varies with which health service they are connected, and whether their role varies from other municipal psychologists. A total of 235 psychologists in Norwegian municipalities participated in the survey: 115 in the four health care models and 120 mainly in the educational and psychological counseling service PPT and the child welfare service. The findings show that the psychologists mainly worked treatment-oriented, while very little time was spent on public health work. The psychologists wanted to work more public health oriented, but at the same time few wanted to reduce time spent on individual treatment. As we expected, psychologists who worked within the health services were more treatment oriented than psychologists in PPT and the child welfare service. There were no differences within the four health care models.

Keywords: municipal mental health, psychologists, public health, treatment

Helsedirektoratet gjennomfører i perioden 2009–2013 «Modellutprøving – psykologer i kommunen». Dette er både et rekrutteringstiltak for å imøtekomme behovet for psykologer, og en utprøving av fire modeller med psykolog integrert eller samlokalisert enten med fastlege, enhet for psykisk helsearbeid, helsestasjon/skolehelsetjeneste eller Familiens hus/familiesenter. I de to førstnevnte modellene er tilbudet primært rettet mot voksne, mens psykolog i helsestasjon eller Familiens hus er rettet mot barn og unge og deres familier.

Helsedirektoratets satsning har blitt evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet, AFI og SINTEF. AFIs evaluering innebar intervju med psykologer og sentrale aktører i et utvalg casekommuner, samt gjennomgang av kommunenes rapportering til Helsedirektoratet (Fossestøl & Skarpås, 2013). SINTEF gjorde en undersøkelse med spørreskjema rettet mot alle psykologer i kommunene (Ådnanes, Kaspersen, Husum & Ose, 2013). Dette utgjør også datagrunnlaget i denne studien.

«Vi må ta inn over oss at tyngdepunktet i psykisk helsehjelp flyttes fra spesialisthelsetjenesten og over på kommunene»

Per januar 2013 hadde 99 kommuner samt ni bydeler i Oslo fått tilskudd, og 130 psykologer var rekruttert til en av disse fire helsetjenestemodellene. Totalt var 276 psykologer ansatt i helsetjenester under samlebetegnelsen *psykisk helsearbeid* i landets kommuner i 2011 (Slettebak, Kaspersen & Ose, 2013). Når vi vet at Helsedirektoratets tilskudd bidro til 30 nye stillinger i 2012, vil det si at antallet er på minst 304 psykologer ved inngangen på 2013. Foreløpig er disse i hovedsak rettet mot barn og unge og deres familier. Helsemyndighetene har også mål om økt tilbud til voksne og om å utvikle tilbud til eldre. I tillegg til psykologer ansatt i psykisk helsearbeid kommer psykologer i PPT og barnevernstjenesten, som også spiller en viktig rolle i det psykiske helsearbeidet for barn og unge (Rodal & Frank, 2008). I 2012 jobbet totalt 515 psykologer i kommunale tjenester, basert på tall fra Statistisk sentralbyrå og Norsk Psykologforening sitt medlemsregister.

Psykologstillinger i kommunene har i hovedsak vært knyttet til arbeid med barn og unge i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), med mandat i opplæringsloven. De første stillingene for psykologer i kommunene, som ikke var knyttet til PPT, kom på midten av 1970-tallet, og var tilknyttet sosialkontorene og etter hvert helsestasjonene (Rodal & Frank, 2008). Dette skjedde etter utprøving i prosjekt og inklusjon av psykisk helse i formålsparagraf for helsestasjon i 1972 (Schjødt & Skutle, 2013). Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. 63, 1997–1998) fikk vi en satsning på psykologstillinger til det kommunale psykiske helsearbeidet, men rekrutteringen gikk tregt gjennom planperioden. Opptappingsplanens mål var 184 nye psykologårsverk,

men da perioden var slutt i 2008, rapporterte landets kommuner om kun 121 årsverk (Kaspersen, Ose, Bremnes & Hatling, 2008).

I prosjektet «Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid» var begrunnelsene for å få flere psykologer til feltet at de har mye å tilføre i form av lavterskeltilbud, korttidsterapi samt forebygging (Hoel, 2006). I Helsedirektoratets utlysning av «Modellutprøving – psykologer til kommunen» fremgår det at psykologstillingene bør utformes slik at psykologens bidrag omfatter hele spennet fra befolkningsrettet til individrettet arbeid (Helsedirektoratet, 2013). Utlysningen vektlegger kommunal kartlegging, folkehelsearbeid, tidlig identifisering og intervensjon, behandling av lettere og moderate lidelser og rehabilitering samt oppfølging av alvorlige psykiske lidelser, tverrfaglig samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutveksling. Befolkningsrettede, gruppevise samt familieog individrettede tiltak skal inngå i kommunepsykologens arbeidsinstruks.

Det er altså et stort spenn i føringene for psykologenes rolle i kommunalt psykisk helsearbeid, med individrettet psykologisk behandling og folkehelsearbeid som tematiske ytterpunkter. Artikkelen undersøker i hvilken grad psykologene i de fire helsetjenestemodellene under utprøving jobber behandlingsrettet versus folkehelserett, og om dette varierer med tjenestetilknytning innad i de fire helsetjenestemodellene og sammenlignet med øvrige psykologer i kommunen (PPT, barnevern og annet). Videre undersøkes om psykologens bakgrunn har betydning for behandlingsfokus versus folkehelsefokus.

Metode

Design og prosedyre

Datainnsamling med nettbasert spørreskjema rettet mot alle psykologer ansatt i kommunene ble gjennomført i løpet av en seksukersperiode våren 2012. SINTEF samarbeidet med Norsk Psykologforening, NPF og rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen for å nå ut til alle psykologer ansatt i kommunale tjenester. Spørreundersøkelsen var anonym i den forstand at respondenten ikke skulle oppgi personidentifiserbare opplysninger ut over hvilken kommune de jobber i, kjønn og alder. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.



Figur 1. Hoveddimensjoner i psykologenes rolle i kommunalt psykisk helsearbeid.

Deltakere

Vi fikk svar fra 235 psykologer, 115 med stilling i en de fire helsetjenestemodellene og 120 med stilling i øvrige tjenester, hovedsakelig PPT. Med totalt om lag 515 psykologer i landets kommuner utgjør svarprosenten 46. De 115 psykologene i helsetjenestene utgjør om lag 42 prosent av 276 psykologer i psykisk helsearbeid i 2011. Svarprosenten er ikke veldig robust, men likevel om lag som forventet ut fra andre tilsvarende undersøkelser rettet mot helsepersonell. Generelt har svarprosenten ved spørreundersøkelser gått ned de siste årene (Forskning, 2013). For å øke sannsynligheten for svar ble vårt skjema utformet så kort som mulig, psykologene fikk henvendelsen per epost, og svarte i en nettbasert løsning. Vi har ikke kunnet sammenligne respondentene med ikke-responder ettersom vi ikke har bakgrunnsdata om de som ikke svarte. Det fins imidlertid ikke grunnlag for å tro at utvalget har en overrepresentasjon av psykologer som vektlegger enten behandling eller folkehelsearbeid i sitt arbeid. I SINTEFs henvendelse til psykologene var dette en av flere problemstillinger vi ville ha svar på i forbindelse med evaluering av modellutprøvingen.

Tabell 1 viser antallet deltakere fordelt på tjenestetilknytning og kjønn. Tabell 2 viser andel deltakere med spesialisering samt andel som kom til den kommunale psykologstillingen fra stilling i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1. Antall psykologer som besvarte spørreskjemaundersøkelsen, fordelt på tjeneste og kjønn

	Helsetjenester og øvrige tjenester	Kvinne	Mann	Totalt
Modell	Samlokalisert med fastlege	3	3	6
	Egen enhet for psykisk helsearbeid	28	11	39
	Helsestasjon/skolehelsetjeneste	35	10	45
	Familiesenter/Familiens hus	18	7	25
Øvrige	Kommunal PPT	75	25	100
	Barnevern	12	1	13
	Annet	5	2	7
	Totalt	176	59	235

Problemstillingene i studien var i utgangspunktet relatert til psykologer i kommunens helsetjenester ettersom rekrutteringstilskuddet og modellforsøket var rettet mot stillinger lagt til en av de fire nevnte helsetjenestene. Øvrige psykologer i kommunen utgjør en referanse for sammenligning i denne sammenhengen. Samtidig utgjør alle

tjenestene viktige deler av det totale psykiske helsearbeidet i kommunen (Rodal & Frank, 2008). Dermed er de samme refleksjonene omkring behandling versus folkehelse aktuelle også her.

Tabell 2. Psykologer med henholdsvis spesialisering og fra stilling i spesialisthelsetjenesten. Andeler av totalt utvalg (n=235).

	Modeller og øvrige tjenester	Andel med spesialisering	Andel fra stilling i spesialisthelsetjenesten
Modell	Samlokalisert med fastlege	33/100	67/100
	Egen enhet for psykisk helsearbeid	44/100	46/100
	Helsestasjon/skolehelsetjeneste	24/100	44/100
	Familiesenter/Familiens hus	28/100	36/100
Øvrige	Kommunal PPT	18/100	28/100
	Barnevern	23/100	54/100
	Annet	29/100	43/100
	Totalt	25/100	38/100

Psykologenes arbeidsoppgaver

Psykologene ble bedt om å anslå i hvilken grad de brukte tid på følgende arbeidsoppgaver: a) behandling, utredning og diagnostisering av enkeltbrukere, b) annen direkte oppfølging av brukere (f.eks. psykososiale tiltak), c) folkehelsearbeid, definert som planlegging og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak, inkludert screening og kommunal kartlegging, d) samarbeid med øvrig hjelpeapparat om enkeltbrukere, e) samarbeid med øvrig hjelpeapparat som ikke er knyttet til enkeltbrukere, f) veiledning/undervisning, g) administrasjon og ledelse, h) annet (spesifiser i åpent felt).

Skalaen som ble brukt, var: i stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt. De samme arbeidsoppgavene ble brukt i forbindelse med spørsmål om hva han/hun kunne tenke seg å bruke mer, mindre eller like mye tid på. I artikkelen fokuserer vi på behandlingsrettet versus folkehelserettet arbeid, mens en bredere gjennomgang er gitt i Ådnanes, Kaspersen, Husum & Ose (2013).

Analyser

Deskriptive analyser ble gjort for å vise tid brukt på ulike arbeidsoppgaver, t-tester for å teste gjennomsnittlige forskjeller mellom psykologer i de fire modellene versus psykologer i øvrige kommunale tjenester, og Anova-test (F) for å teste forskjeller mellom psykologer i de fire helsetjenestemodellene. Et signifikansnivå på 0,05 ble valgt for å avgjøre forskjeller mellom grupper.

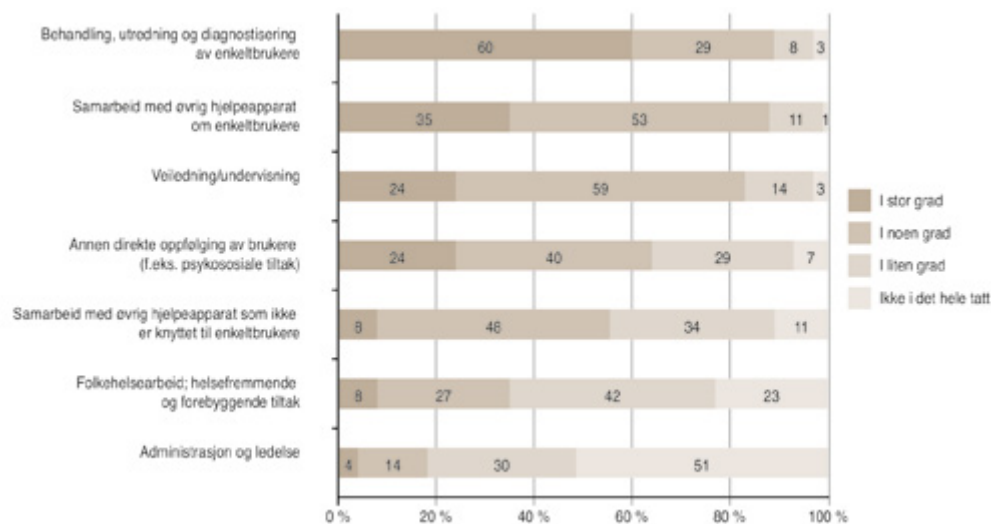
Multiple lineære regresjonsanalyser ble brukt for å undersøke om det fantes systematiske variasjoner basert på psykologens bakgrunn. Et signifikansnivå på 0,05 avgjorde sammenheng mellom bakgrunnsvariabel og avhengige variabler, henholdsvis individorientert behandling og folkehelserettet aktivitet. Det ble kontrollert for følgende bakgrunnsvariabler i regresjonene: kjønn, alder, spesialistutdanning eller ikke, og stilling før nåværende stilling.

Resultater

Vi skal først se på i hvilken grad psykologene oppgir at de jobber behandlingsrettet versus folkehelserettet, og om dette varierer med tjeneste. Deretter ser vi på om psykologens bakgrunn og erfaring har betydning for behandlingsfokus versus folkehelsefokus.

Psykologenes arbeidsoppgaver i kommunale tjenester

Figur 2 viser hvor mye tid psykologene anslår at de bruker på ulike arbeidsoppgaver på en skala fra 1: ikke i det hele tatt, til 4: i stor grad.



Figur 2. Tid brukt på ulike arbeidsoppgaver blant psykologer i kommunen (n=235). Prosent.

Psykologene brukte mest tid på behandling, utredning og diagnostisering av enkeltpersoner, og dette gjaldt psykologer i helsetjenestene i vesentlig større grad enn psykologene i PPT og barnevern ($t=2,29$, $p=0,02$). Sammenlignet med psykologer i helsetjenestene la psykologer i PPT og barnevern mer vekt på annen direkte oppfølging av brukeren, eksempelvis psykososiale tiltak ($t=-2,14$, $p=0,03$), og samarbeidet også

vesentlig mer med andre tjenester om enkeltbrukere ($t=-3,07, p=0,003$). Det var ingen signifikante forskjeller mellom psykologer innad i de fire helsetjenestemodellene når det gjaldt tid brukt på henholdsvis behandling ($F=0,36, p=0,78$) og folkehelsearbeid ($F=0,38, p=0,76$).

Psykologene ønsker å jobbe mer folkehelserettet

For å undersøke i hvilken grad arbeidsoppgavene som psykologene brukte tiden på, var i samsvar med hva de kunne *tenke seg* å bruke tid på, fulgte vi opp med spørsmål om dette. Et flertall av psykologene (62 %) svarte at de ønsket å bruke mer tid på folkehelsearbeid enn de gjør i dag. Signifikant flere psykologer i helsetjenestene enn i øvrige tjenester ønsket dette ($t=4,8, df=114, p<0,001$). Samtidig ønsket 20 prosent å bruke mer tid på utredning, diagnostisering og behandling av enkeltbrukere, og dette gjaldt i større grad psykologer i PPT og barnevern enn psykologer i helsetjenestene ($t=-6,8, df=114, p<0,001$). Disse ønsket også i større grad å bruke mer tid på annen direkte oppfølging av brukere, for eksempel psykososiale tiltak ($t=-7,6, df=114, p<0,001$). Det var ingen forskjeller mellom psykologer innad i de fire helsetjenestemodellene når det gjaldt hva de ønsket å bruke mer tid på i sitt arbeid.

Tabell 3. Sammenhenger mellom psykologenes bakgrunn og tid brukt på behandlingsrettet og folkehelserettet aktivitet, vist ved multippel regresjonsanalyse.

	Psykologer i helsetjenestene (n=115)				Psykologer i PPT, barnevern og annet (n=120)				
	Behandlingsrettet		Folkehelserettet		Behandlingsrettet		Folkehelserettet		
	β	p	β	p	β	p	β	p	
Kjønn	-0,09	0,54	-0,14	0,48	0,10	0,65	-0,29	0,20	
Alder 0-30 år	0,45	0,08	0,25	0,47	-0,15	0,61	-0,38	0,22	
Alder 31-40 år	0,33	0,12	0,29	0,32	-0,37	0,14	0,07	0,78	
Alder 41-50 år	0,08	0,74	0,32	0,30	-0,22	0,43	-0,16	0,59	
Spesialistutdanning	0,33	0,04 *	0,12	0,57	0,14	0,54	0,65	0,01 *	
<i>Tidligere stilling før nåværende*:</i>									
Psykolog i denne eller annen	-0,27	0,08	0,01	0,96	0,23	0,34	0,49	0,05 *	

commune

Psykolog i annen offentlig eller privat virksomhet	-0,48	0,03 *	0,70	0,02 *	0,28	0,33	0,47	0,13
Nyutdannet	-0,13	0,52	0,04	0,87	0,54	0,02 *	0,57	0,02 *
Annen stilling	-0,28	0,36	0,38	0,36	-0,23	0,47	0,29	0,40

Har psykologens bakgrunn betydning for fokus på behandling versus folkehelsearbeid?

Ved multiple regresjonsanalyser undersøkte vi om det var systematiske sammenhenger mellom psykologenes bakgrunn og tid brukt på henholdsvis individrettet behandling og folkehelsearbeid. I analysene ble det kontrollert for kjønn, alder, spesialistutdanning og stilling før nåværende stilling. Etersom psykologene har ulikt mandat i helsetjenestene, PPT og barnevern, vil de ha en rekke ulike føringer og forutsetninger, noe som gjorde det hensiktsmessig med separate regresjonsanalyser for de to gruppene.

Regresjonsanalysen viser at både spesialistutdanning og erfaring fra spesialisthelsetjenesten kan knyttes til psykologenes rolle, men på ulikt vis avhengig av tjenestetilknytning. Mens psykologspesialister i helsetjenestene rapporterte mer tid på behandlingsrettet innsats enn de uten spesialisering, rapporterte psykologspesialister i øvrige tjenester mer tid på folkehelserettet innsats enn sine kolleger uten spesialisering. Videre brukte psykologer i helsetjenestene som kom fra stilling i spesialisthelsetjenesten, vesentlig mer tid på behandlingsrettet aktivitet enn de fra annen psykologstilling i offentlig eller privat virksomhet. De sistnevnte brukte dessuten vesentlig mer tid på folkehelsearbeid enn tilfellet var blant psykologer fra spesialisthelsetjenesten. Yngre psykologer i helsetjenestene brukte mer tid på behandling enn eldre psykologer, men ikke statistisk signifikant på 0,05-nivå. I PPT og barnevern var ikke psykologer med erfaring fra spesialisthelsetjenesten mer behandlingsrettet enn andre, men la derimot mindre vekt på det folkehelserettede arbeidet enn psykologer med erfaring fra kommunen samt nyutdannede. Nyutdannede psykologer i øvrige tjenester var også mer behandlingsrettet enn psykologer fra spesialisthelsetjenesten.

Diskusjon

Denne spørreskjemaundersøkelsen viser at psykologer i ulike kommunale tjenester i hovedsak bruker tiden på individrettet behandling, utredning og diagnostisering, og lite tid på folkehelserettet arbeid. Som ventet er psykologer i helsetjenestene vesentlig mer behandlingsrettet enn psykologer i PPT og barnevern. Studien viser ingen forskjeller mellom psykologer innad i de fire helsetjenestemodellene. Nivået av folkehelserettet arbeid er like lavt uavhengig av hvilken tjeneste psykologen er tilknyttet. Et flertall av psykologene ønsker å jobbe mer folkehelserettet, men samtidig ønsker svært få å redusere behandlingsrettet aktivitet. Faktisk er det like mange som

ønsker å bruke *mer* tid på behandlingsrettet aktivitet enn antallet som ønsker å bruke mindre tid.

Spesialistutdanning og erfaring fra spesialisthelsetjenesten har hver for seg betydning for psykologenes fokus, men på ulikt vis avhengig av tjenestetilknytning.

Psykologspesialister i helsetjenestene bruker mer tid på behandlingsrettet innsats enn de uten spesialisering, mens psykologspesialister i PPT og barnevern bruker mer tid på folkehelserettet innsats. Dette har trolig sammenheng med type spesialisering i de to gruppene. Blant psykologene i helsetjenestene hadde flest spesialisering i klinisk barne- og ungdomspsykologi mens blant psykologene i PPT og barnevern hadde flest spesialisering i samfunnspsykologi. Videre ga erfaring fra spesialisthelsetjenesten mer behandlingsrettet praksis blant psykologene i helsetjenesten og mindre folkehelserettet virksomhet blant psykologer i de øvrige tjenestene.

Behandlingsrettet aktivitet foran folkehelse

Psykologenes rolle i kommunalt psykisk helsearbeid er i støpeskeia. At arbeidet i stor grad sentrerer seg om behandlingsrettet aktivitet, og i liten grad om folkehelsearbeid, bekrefter funn både i en studie fra Folkehelseinstituttet (Heggland et al., 2013) og AFIs case-studie i forbindelse med evalueringen av modellforsøket (Fossestøl & Skarpås, 2013). Det å integrere psykolog i det kommunale psykiske helsearbeidet har dermed først og fremst gitt ulike behandlingstilbud på lavterskelnivå.

«I hovedsak bruker kommunepsykologer tiden på individrettet behandling, utredning og diagnostisering, og lite tid på folkehelserettet arbeid»

Økt satsing på folkehelsearbeid samtidig med et tydeligere behandlingsansvar i kommunene kan åpenbart gi et kryssplass mellom umiddelbare og synlige behov for psykisk helsehjelp og langsiktig folkehelsearbeid. Hovedinntrykket er at psykologens rolle i det psykiske helsearbeidet først og fremst formes av kommunens, innbyggernes og tjenestenes forventninger om å bruke psykologene for å løse mer umiddelbare behov for psykisk helsehjelp i befolkningen (Heggland et al., 2013; Fossestøl & Skarpås, 2013; Ajo & Vik, 2008). Foreliggende studie viser i tillegg betydningen av psykologens erfaringsbakgrunn og kompetanse, og at selv om de i stor grad svarer at de ønsker å jobbe mer folkehelserettet, ønsker de i liten grad å redusere sin rolle som behandlere.

SINTEFs evaluering av modellutprøvingen tyder for øvrig på at tilbudene som er utviklet, er effektive i den forstand at relativt mange får psykisk helsehjelp i et system der brukerne/familiene selv kan ta kontakt og få tilbud om direkte hjelp uten henvisning, som regel uten vedtak før behandling kan settes i gang, med kort ventetid og ingen egenbetaling (Ådnanes et al., 2013). Det er liten tvil om at økt tilgang til

psykisk helsehjelp med tidlig identifisering, intervensjon og behandling svarer på opplevd behov i kommunene. AFIs evaluering viser også at de kommunale aktørene er fornøyd med å få psykologer til kommunene, og at der det er misnøye, er den mer knyttet til at psykologen er en knapp ressurs (Fossestøl & Skarpås, 2013).

Den totale psykologkompetansen i kommunene

At psykologer i PPT og barnevern har mindre behandlingsrettet aktivitet enn psykologer i helsetjenestene, er som ventet. Derimot er det overraskende at psykologer i PPT og barnevern ikke jobber mer folkehelserettet enn de oppgir. De var imidlertid mer orientert mot psykososiale tiltak og samarbeidet også mer med andre tjenester. Det sistnevnte kan skyldes at de jevnt over har vært lenger i stillingen enn psykologene i helsetjenestene, og dermed har opparbeidet et større nettverk og bedre grunnlag for å samarbeide. Samtidig antyder vår studie at psykologene i de ulike tjenestene ønsker seg en utvikling som ville gitt enda større likhet mellom dem når det gjelder fokus i arbeidet. Slik er det fordi særlig psykologer i PPT og barnevern faktisk ønsket å bruke *mer* tid på behandlingsrettet aktivitet. Psykologenes holdninger samlet sett utgjør dermed ingen åpenbar dreining i retning av mer folkehelserettet virksomhet. Som nevnt har alle disse tjenestene viktige oppgaver i det psykiske helsearbeidet. I en tid da helhetlige og koordinerte tjenester står høyt på agendaen, vil det være fruktbart å se tjenestene under ett i videre utvikling og bruk av psykologenes kompetanse i dette arbeidet.

«Mange psykologer uttrykte ønske om å jobbe mer folkehelserettet, men få ønsket å redusere behandlingsrettet aktivitet»

Betydning av spesialisthelseerfaring og spesialistutdanning

I utgangspunktet er det ikke overraskende at psykologer som kom til stillingen i kommunalt psykisk helsearbeid fra spesialisthelsetjenesten, jobber mer behandlingsrettet enn andre psykologer. Det er nærliggende å tro at man i overgangen bringer med seg spesialisthelsetjenestens diagnose- og behandlingskultur. På den annen side kan det oppfattes som et paradoks fordi en viktig årsak til at psykologer fra spesialisthelsetjenesten søkte seg til kommunen, var at de opplevde økt byråkratisering og spesialisering av arbeidet i spesialisthelsetjenesten, og ønsket å jobbe mer forebyggingsorientert (Fossestøl & Skarpaas, 2013). Når de likevel jobber mer behandlingsrettet enn øvrige psykologer, kan dette tyde på at det å dreie det faglige fokuset viser seg vanskelig når psykologen faktisk står i den kommunale virkeligheten. Sannsynligvis utnyttes også deres kompetanse i særlig grad når det gjelder brukere som man ellers ville henvise til spesialisthelsetjenesten. Trolig er også tilgang på kompetanse en årsak til at spesialister i klinisk barne- og ungdomspsykologi eller

voksenpsykologi, ansatt i helsetjenestene, jobbet vesentlig mer behandlingsorientert enn de uten spesialisering. Når psykologspesialister i PPT og barnevern ifølge våre funn jobbet mer folkehelserettet enn psykologer uten spesialisering, skyldes dette trolig *type* spesialitet. I denne gruppen hadde en større andel spesialisering i samfunnspsykologi. Dersom man vil dreie psykologers rolle i kommunalt psykisk helsearbeid mer i retning av folkehelsearbeid, kan det ut fra våre funn være strategisk å rekruttere flere psykologer med spesialitet i klinisk samfunnspsykologi. At ulik spesialiseringskompetanse fører til ulik praksis og rolleutforming blant psykologer i kommunene, har vært tematisert og drøftet (Schjødt, 2013), men er så langt vi har funnet, ikke undersøkt empirisk tidligere. I tidsskriftets temanummer om samfunnspsykologi i mai i år argumenterer Schjødt for at spesialisering i klinisk samfunnspsykologi gir mye av den kompetansen som anbefales: helsefremming, forebygging og å kunne bidra i en kompleks organisering: «(?) en rolleutforming som tar mange perspektiver og utvikler kompetanse også ut over det kliniske området, slik mange kommuner også etterspør» (Schjødt, 2013, s. 432).

Mer styrt tilrettelegging for folkehelsearbeid og bruk av psykologkompetanse

Både AFI, SINTEF og Folkehelseinstituttets studie tyder på at mer folkehelserettet aktivitet blant psykologene forutsetter en mer styrt tilrettelegging for dette. Fossestøl & Skarpås (2013) påpeker i sin rapport at kommunen må ha en sterk faglig-strategisk begrunnelse for bruk av psykologen for at den ikke skal drukne i henvisningsstrømmene. Kommunene har ofte for utydelige rammer og løse mål for psykologens ansvar og oppgaver, og det å jobbe som psykolog oppleves dermed overveldende og uoversiktlig, og mange forventninger gjør det viktig å drøfte hvilken rolle og hvilket ansvarsområde kompetansen skal brukes til (Ajo & Vik, 2007; Hoel, 2006). I SINTEFs evaluering av modellutprøvingen fant vi også at psykologene i helsetjenestene opplever manglende forankring i kommunens planer (Ådnanes et al., 2013). Samtidig var stor faglig frihet og autonomi en viktig grunn til at psykologene valgte stilling i kommunen, særlig blant eldre psykologer, mens yngre hadde større behov for klarere stillingsinstruksjoner og retningslinjer (ibid.). Her må det balanseres fornuftig.

Folkehelse versus behandling er et velkjent dilemma i helsetjenestene. Hvor stor grunn er det til å problematisere at psykologer i kommunene foreløpig jobber lite folkehelserettet? Tyder dette på at det er vanskelig å gjøre begge deler, eller skyldes det så langt at relativt få psykologer er integrert i tjenestene (og dermed må ta av for henvisningsstrømmen)? Imenes (2011) argumenterer for at det er mulig å forene de to perspektivene; at kommunepsykologene kan jobbe forebyggende og folkehelserettet samtidig med krav om økt utrednings- og behandlingstilgjengelighet. Slik det er nå, er det imidlertid mange som ikke får innfridd egne forventninger til å jobbe folkehelserettet i stillingen. Dette kan ha betydning for en del psykologers vurdering av om de fortsatt er i stillingen om fem år (Ådnanes et al., 2013).

Psykologer er et «knapphetsgode» i de fleste kommuner. Selv om Psykologforeningens måltall på 2000 (Hoffgaard, 2013) skulle få et helsepolitisk gjennomslag, og rekrutteringstilskuddet forlenges, vil det være knapphet på psykologer i relativt lang tid framover i de fleste kommuner. Selv om våre funn tyder på at det er lurt å satse på psykologer med spesialisering i klinisk samfunnspsykologi for å øke deres innsats i folkehelsearbeidet, er det på den annen side såpass vanskelig å få rekruttert psykologer at dette ville være en for begrensende strategi. Det er imidlertid flere andre yrkesgrupper som jobber godt med både folkehelsearbeid og øvrig psykisk helsearbeid i de kommunale tjenestene. Fornuftig bruk av psykologkompetansen vil også formes av økt krav om at kommunene tar større ansvar for behandling. Avhengig av tjenestetilbudet for øvrig kan det være strategisk å utnytte knappe psykologressurser til mer avgrensede individ og familierettet behandlingsarbeid. En annen strategi, både ut fra knapphet og mer planmessig tilrettelegging, er å bruke psykologer i ledende, rådgivende stillinger innen kommunens helseadministrasjon. Her kan de samarbeide med kommuneleger og øvrig helseledelse om hvordan psykologenes kompetanse best kan utnyttes for et godt psykisk helsearbeid.

Oppsummering og konklusjon

Basert på en spørreskjemaundersøkelse der 235 kommunepsykologer deltok, fant vi at psykologene i hovedsak brukte tiden på individrettet behandling, utredning og diagnostisering, og lite tid på folkehelserettet arbeid. Ikke overraskende var psykologer i helsetjenestene vesentlig mer behandlingsrettet enn psykologer i PPT og barnevern, men nivået av folkehelserettet arbeid var like lavt uavhengig av hvilken tjeneste psykologen var tilknyttet. Mange uttrykte ønske om å jobbe mer folkehelserettet, men få ønsket å redusere behandlingsrettet aktivitet. Kommunepsykologer med erfaring fra spesialisthelsetjenesten, og psykologer med spesialitet i henholdsvis barne- og ungdoms- eller voksenpsykologi var vesentlig mer behandlingsorientert enn psykologer uten slik bakgrunn. Spesialister i klinisk samfunnspsykologi var derimot mer forebyggingsorientert.

Psykologer er fremdeles et «knapphetsgode» i kommunene, og deres rolle i det psykiske helsearbeidet er i støpeskeia. Foreløpig bidrar de primært i utvikling av et lavterskel behandlingstilbud som ønskes velkommen i kommunene, men dersom psykologene skal bidra mer i folkehelsearbeidet trengs mer styring og tilrettelegging for dette. Deres kompetanse bør utnyttes strategisk ut fra vurdering av befolkningens behov og det øvrige tjenestetilbudet når det gjelder psykisk helse i den enkelte kommune. I videre planlegging og tilrettelegging bør man se kommunens samlede psykologressurser under ett for å unngå kunstige skiller mellom ulike tjenester der psykologer jobber for samme overordnede mål om god psykisk helse i befolkningen. I vurdering av antallet psykologer og deres rolle må man også ta inn over seg at tyngdepunktet i psykisk helsehjelp gradvis flyttes fra spesialisthelsetjenesten og over på kommunene.

TEKST

Marian Adnanes, SINTEF Teknologi og Samfunn - avdeling Helse

KONTAKT: marian.adnanes@sintef.no

Tonje Lossius Husum, Psykologspesialist, med doktorgrad om bruk av tvang i psykisk helsevern

KONTAKT: t.l.husum@medisin.uio.no

Silje L. Kaspersen

+ Vis referanser

Referanser

Ajo, A. & Vik, I. (2008). Psykologer ut i kommunen: Fra klinikk til åpent jorde. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45, 151-156.

Forskning (2013). Hentet 25. september 2013 fra http://www.forskningsradet.no/prognettbladetforskning/Nyheter/Folk_svarer_ikke_lenger/1253986892964

Fossestøl, K. & Skarpaas, I. (2013). Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten. En evaluering. AFI-rapport.

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

Helsedirektoratet (2013). Psykologer i kommunehelsetjenesten - modellutprøving. Hentet 19. april 2013, fra <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/psykologer-i-kommunehelsetjen...>

Hofgaard, T. L. (2013, 21. august). Helselov uten kraft [Blogginlegg]. Hentet fra: <http://www.dagensmedisin.no/blogg/tor-levin-hofgaard/helselov-uten-kraft/>

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

Rodal, J. & Frank, K. (2008). Psykologer i kommunene. Barrierer og tiltak for økt rekruttering. IS-1565. Helsedirektoratet.

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

Kaspersen, S. L., Ose, S. O., Bremnes, R. & Hatling, T. (2008). Psykisk helsearbeid i kommunene: disponering av øremerkede midler 1999-2006. SINTEF A4639.

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

Schjødt, B. R. H. (2013). Klinisk samfunnspsykologi - fordypningsprogram og praksisfelt. Vitenskap og psykologi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50, 426-433.

Schjødt, B. R. H. & Skutle (2013). Samfunnspsykologiens historie i Norge. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50, 412-418.

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

Adnanes, M., Kaspersen, S. L., Husum, T. & Ose, S. O. (2013). Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen. SINTEF A23869.