

# **Psykologtjenesten i kommunene**

## **Fremvekst, evaluering, fremtidsperspektiver**

**BJØRN CHRISTIANSEN**  
i samarbeid med  
**Bente Iversen og**  
**Morten Stephansen**

# Innhold

Introduksjon .....	5
Forord .....	7
Innledning .....	8
Nyhus-utvalgets innstillinger .....	9
Flekkøy-utvalgets innstilling .....	12
Thorvik-utvalgets innstilling .....	19
Evaluerings av psykologtjenester på kommunenivå .....	20
Datainnsamlingen .....	25
Resultatene .....	28
Odda — primærkommune i Hordaland fylke .....	29
Kvinnherad — primærkommune i Hordaland fylke .....	36
Vågsøy — primærkommune i Sogn og Fjordane fylke .....	41
Klepp — primærkommune i Rogaland fylke .....	45
Bremanger — primærkommune i Sogn og Fjordane .....	49
Enebakk — primærkommune i Akershus fylke .....	52
Kommentar til Nyhus-utvalgets syn på organiseringen av psykologtjenesten	56
Kommentar til Flekkøy-utvalgets syn på organiseringen av PP-tjenesten	59
Oppsummering og veien fremover .....	64
Notefortegnelse .....	71
Referanser .....	71
Appendix .....	73
Norsk Psykologforenings uttalelse av 30/10 1979 angående Nyhus- utvalgets første delinnstilling .....	73
Norsk Psykologforenings uttalelse av 3/6 1980 angående Thorvik- utvalgets innstilling .....	74
Norsk Psykologforenings uttalelse av 1/10 1982 angående Nyhus- utvalgets annen delinnstilling .....	75
Norsk Psykologforenings uttalelse av 9/5 1983 angående Flekkøy- utvalgets innstilling .....	77

## Introduksjon

*Når nå helse- og sosialtjenesten står foran en tildels dyptgripende omorganisering, er det med glede og tilfredshet Tidsskrift for Norsk Psykologforening presenterer en monografi om psykologtjenesten i kommunene.*

*Monografien inneholder en omfattende fremstilling og diskusjon av en rekke offentlige utredninger om psykologenes plassering innenfor helse- og sosialvesenet og i skoleverket. Forfatteren refererer videre en bredt anlagt undersøkelse av psykologtjenestens organisering i seks lokalsamfunn, med en beskrivelse av hvordan psykologene ser på sin egen stilling og hvordan andre i kommunene vurderer den psykologiske virksomheten. Med dette som utgangspunkt omtales behovet for psykologer innen førstelinje-tjenesten.*

*Monografien er dermed blitt et viktig og lenge etterlengtet dokument til grunnlag for diskusjon rundt problemstillinger om psykologer i førstelinje-tjenesten, både for dem som deltar i planlegging og organisering av lokale psykologtjenester og for brukerne av slike tjenester.*

*Forfatteren tar opp fagpolitiske spørsmål som lenge har vært diskutert og behandlet i Norsk Psykologforening. Utgiveren vil understreke at noen av forfatterens konklusjoner ikke er i tråd med Norsk Psykologfore-*

*nings fagpolitiske standpunkter. Spesielt gjelder dette Flekkøy-utvalgets innstilling, der Norsk Psykologforening går inn for utvalgets flertallsinnstilling. Forfatteren behandler både dette og andre tema på en måte som gir grunn til å tro at han vil nå et av sine uttalte mål: «å stimulere til diskusjon innad i psykologenes egne rekker om hvordan fremtidens psykologtjeneste skal se ut». For at diskusjonsgrunnlaget skal bli bredest mulig, og for å understreke Norsk Psykologforenings offisielle fagpolitiske syn på de aktuelle offentlige utredningene, er tatt med som appendix Norsk Psykologforenings uttalelser vedrørende Nyhus-utvalgets, Flekkøy-utvalgets og Thorvik-utvalgets innstillinger. Monografien inneholder alternative vurderinger av disse offentlige utredningsarbeidene. Gjennom dette håper vi å stimulere til refleksjon, personlig stillingtagen og diskusjon.*

*Monografien er gitt ut med støtte av Norsk Psykologforening, finansiert over budsjettet for «Psykologiske Meddelelser» 1983. Dette innebærer at P.M. kommer ut med bare ett nummer i inneværende år. Sentralstyret vil på denne måten gi uttrykk for at man anser en samlet drøfting av psykologtjenesten i kommunene som en viktig og nyttig psykologisk meddelelse.*

SVERRE L. NIELSEN  
leder

SIGRID SANDSBERG  
redaktør

## Forord

*Ennå er det ikke fra offentlige myndigheters side blitt tatt stilling til psykologens plass i den kommunale skole-, helse- og sosialtjeneste. Hva som her måtte bli bestemt vil innvirke på befolkningens mulighet til å få psykologhjelp i lokalsamfunnet, og også på norske psykologers arbeidssituasjon i årene som kommer.*

*Herværende monografi er en omarbeiding og videreføring av en hovedoppgave til psykologisk embetseksamen ved Universitetet i Bergen. Hovedoppgaven, forfattet av Bente Iversen og Morten Stephansen, bærer tittelen «Psykologen som nykommer i det sosiale hjelpeapparat — En kasuistisk beskrivelse av tre Vestlandskommuner som har kommunepsykolog . . .». Den ble utarbeidet høsten 1982, og var basert på intervjubesøk til Vestlandskommunene Odda, Kvinnherad og Vågsøy våren og sommeren samme år. Undertegnede, som var veileder for avhandlingen, ble slått av ikke bare hvor velvillig og hjelpsomt de to studenter ble mottatt blant nøkkelpersoner i kommunene, men også av informantenes veloverveide, innsiktsfulle og nyanserte synspunkter.*

*For å få et bredere grunnlag for en vurdering av psykolog-tjenesten i kommunene har vi innhentet endel nye informasjonen fra de nevnte kommuner, og vi har også samlet inn opplysninger fra ytterligere*

*3 kommuner. Med et utvalg på 6 mener vi at våre resultater står på tryggere grunn.*

*Når vi ønsker å videreformidle resultatene til en større leserkrets, er det fordi de gir en statusrapport om førstelinjepsykologi i Norge anno 1983, men også fordi de berører planene om den fremtidige utforming og organisering av helse, sosial og skolestellet på lokalnivå. Vi håper at rapporten vil kunne kaste lys over noen problemstillinger som for øyeblikket er oppe i den offentlige debatt. Det er likeledes et mål for oss at rapporten kan stimulere til diskusjon innad i psykiologenes egne rekker om hvordan fremtidens psykolog-tjeneste bør se ut.*

*Jeg ønsker å takke mine to nybakte psykologkolleger og medforfattere. Uten deres grundige intervju- og arkivarbeid, og deres nitide dataanalyser, ville rapporten ikke blitt noe av. Jeg vil også takke informantene i de utvalgte primærkommunene. Dessuten vil jeg rette en takk til Richard Knoff og Terje Ogden for manuskriptkommentarer, og til Thelma Kraft, som på en dyktig måte har stått for maskinskriving og redigeringsarbeid.*

*Bergen i mai 1983.*

*Bjørn Christiansen*

## Innledning

I løpet av syttiårene kom det flere offentlige utredninger og innstillinger med forslag om reformer i lokalforvaltningen. Et viktig poeng var at kommunene burde tildeles et større ansvar og et større herredømme over avgjørelser og ressurser. Det har over årene vokst frem en hel rekke tilskuddsordninger fra staten til kommunene. Det er blitt hevdet at det idag foreligger ialt ca. 100 tilskuddsordninger øremerket til spesielle formål. De nye reformtankene går ut på at statsbevilgningene bør gis som samlede rammetilskudd. Innenfor rammene bør kommunene selv bestemme om de vil satse på skoler og undervisning, på sosiale tiltak, på veier og samferdsel, osv. Tanken om rammetilskudd er fortsatt levende, selv om det i de senere år mer og mer er blitt snakk om sekkebevilgninger til forskjellige sektorer. I et kompromissutspill nylig fra Kommunaldepartementet blir det foreslått at statstilskuddene skal gis i form av 5 rammebevilgninger.

I kjølvannet til den nye reformbevegelse er det oppnevnt utvalg som i sine utredninger behandler spørsmål av sentral betydning for psykologprofesjonens fremtidige stilling. Vi sikter til Nyhusutvalgets, Flekkøyutvalgets og Thorvik-utvalgets innstillinger.

Et hovedpoeng i Nyhusutvalgets innstillinger er at det er fylkene og ikke kommunene som bør ha ansvar for å planlegge psykologtjenesten til befolkningen. Dette impliserer at psykologtjenesten blir sett på som en spesialisttjeneste som hører hjemme i annenlinjetjenesten, og at psykologenes klienter fortrinnsvis skal være utvalgte og viderehenviste fra generalisttjenesten på kommuneplan.

Hovedpoenget i Flekkøyutvalgets innstilling er at den pedagogisk-psykologiske tjeneste bør sentraliseres i interkommunale kontorer som kan ha en bred tverrfaglig sammensetning. Selv om man her ikke går så langt som til å foreslå en fylkesforankring, foreligger det en klar prioritering av andre hensyn enn utbyggingen av en kommunal psykologtjeneste.

Den eneste offentlige utredning som er kommet i de senere år og som klart favoriserer en kommunal psykologtjeneste, er Thorvik-utvalgets innstilling om skolehelsetjenesten. I innstillingen blir det tatt til orde for at det i de kommuner som ikke har en psykologisk sakkyndig PP-tjeneste må det påhvile kommunenes sosial- og helsetjeneste å bygge opp en adekvat psykologtjeneste.

De nevnte utredninger spriker i forskjellig retning når det gjelder psykologenes fremtidige plassering innenfor den offentlige forvaltning. I lys av dette er det forståelig at de berørte departementer har funnet det vanskelig å ta stilling til saken, og at det er blitt ytret ønske om nye utredninger.

Det er viktig at norske psykologer lar sin stemme bli hørt i forbindelse med det forestående planarbeid. Det er også viktig at Norsk Psykologforening forsøker å komme frem til et fagpolitisk helhetssyn som er overordnet aktuelle sektorinteresser. Et slikt helhetssyn er nødvendig for å gi tyngde til profesjonsforeningens uttalelser og reaksjoner på ulike planutspill fra offentlige myndigheters side. Men vel så viktig er det at bare gjennom et slikt helhetssyn kan foreningen gjøre seg håp om å innvirke på premisene for de kommende utredninger og beslutninger.

## Nyhus-utvalgets innstillinger

I 1978 ble det ved kongelig resolusjon oppnevnt et utvalg for å utrede den fremtidige oppgave- og ansvarsfordeling og finansieringsordning innen helse- og sosialtjenesten. Per Nyhus, som dengang var statssekretær i Sosialdepartementet, ble oppnevnt som utvalgets formann.

Nyhus-utvalgets første delinnstilling (om «Helse og sosialtjenesten i lokalsamfunnet») ble avgitt i mai 1979. Innstillingen er utgitt i serien av norske offentlige utredninger, NOU 1979: 28.

Mange av tankene og forslagene i innstillingen er blitt innarbeidet i Ot.prp. nr. 36 for 1980-81 og i Ot.prp. nr. 66 for 1981-82. Disse ble behandlet i Stortingets Sosialkomité høsten 1982, og resulterte i Lov om helse- og sosialtjenester i kommunen, vedtatt av Odelstingen den 4. november 1982.

Ifølge Nyhus-utvalget bør primærkommunene, i tillegg til deres ansvar for den lokale sosialtjeneste, heretter også ha ansvar for utbygging og drift av distriktshelsetjenesten. Det blir understreket at det er viktig at de to tjenester blir samordnet både faglig og administrativt.

Distriktshelsetjenesten må oppfylle følgende del-funksjoner: 1) Almenlegetjenester (inkl. legevakt); 2) helseårsarbeid (inkl. offentlig legearbeid); 3) helsestøttertjeneste (overflyttet fra fylkeskommunalt ansvar); 4) helsestasjonsvirksomhet; 5) hjemmesykepleievirksomhet; 6) skolehelsetjeneste; 7) fysioterapi-tjeneste utenfor institusjon, og 8) bedriftshelse-tjeneste.

Sosialtjenesten er på sin side tillagt disse funksjoner: 1) Åpen omsorg for funksjonshemmede; 2) økonomisk sosialhjelp og hjelpeordninger i hjemmene; 3) tiltak for barn og unge; 4) tiltak for eldre; 5) tiltak for separerte og fraskilte (enslige forsørgere); 6) tiltak i den åpne alkoholistsomsorg; 7) tiltak for uføre, og 8) forebyggende psykososialt arbeid (herunder edruskapsarbeid). Det forutsettes at sosialtjenesten skal engasjere seg i klient- og familierettet arbeid.

Det er bemerkelsesverdig at utvalget når det drøfter helsetjenesten i stor grad refererer til profesjonstjenester (som almenlege-tjenester, fysioterapeut-tjenester, helsestøttertjenester, sykepleiertjenester), mens det når det kommer til sosialtjenesten trekker frem hvilke metoder og målgrupper som er aktuelle.

Nyhusutvalget foreslår at kommunene gjennom statlige rammetilskudd, skal gis det økonomiske ansvar

for den lokale helse- og sosialtjeneste. Privat-praktiserende helsepersonell bør heretter få oppgjør fra kommunen og kommunen på sin side få refusjon fra trygdeverket. Kommunene bør gis anledning til å bestemme hvilke og hvor mange privatpraktiserende de ønsker skal dra nytte av refusjonsordninger innen kommunen, og de bør i siste omgang kunne bestemme om det bare skal satses på fastlønnet personell. Det påpekes at det i alle kommuner må bygges opp nye folkevalgte styringsorganer for distriktshelsetjenesten (evt. for helse- og sosialtjenesten i fellesskap), og parallelt med dette, nødvendige sekretariat og administrasjonsfunksjoner. Det blir ikke gitt noe anslag over hva disse nye byråkratiske strukturer vil koste i kroner og øre.

Det er blitt opprettet en del familievernkotter rundt omkring i landet. Slike kotter er, der de finnes, en brobyggende institusjon mellom helse- og sosialtjenesten. Nyhus-utvalget mener at familievernkottene hører hjemme innen fylkeshelsetjenesten og ikke på lokalt nivå. Etter utvalgets oppfatning vil en godt utbygd samarbeidende distriktshelsetjeneste og sosialtjeneste kunne ta seg av en stor del av de oppgaver familievernkottene hittil har dekket (p. 73). I utvalgets 2. delinnstilling blir denne tanken uttrykt slik: «På sikt antas familievernkottenes nåværende funksjoner å gå inn i primærtjenestens regulære virksomhet på den ene siden, og det psykiske helsevern på den annen . . . Det bør ikke utvikles ytterligere sekundærkotter i primærkommune . . .» (p. 4).

### Psykologen i lokalsamfunnet.

I tråd med Nyhusutvalgets profesjonsperspektiv (i den første innstillingen) blir psykologtjenesten til-delt et eget underkapittel. Utvalget skriver: «Det er utvalgets oppfatning at psykologtjenesten på det nå-værende tidspunkt (uthevet her) ikke bør gjøres til en obligatorisk del av distriktshelsetjenesten. Der forholdene ligger til rette for det, bør det likevel være adgang for kommunene til å ansette psykolog på hel- eller deltid, f.eks. i helsestasjoner». (p. 72).

Det samme synspunkt gjøres gjeldende overfor ergoterapeuter, vernepleiere, sykepleiere med spesialutdannelse i psykiatri. Utvalget mener at de tjenester disse yrkesgrupper står for ikke bør inngå som obliga-

torisk ledd i den kommunale distriktshelsetjeneste, men det bør samtidig ikke legges hindringer i veien for at de kommuner som måtte ønske det, kan opprette stillinger for de nevnte yrkesgrupper. Det samme blir sagt i forbindelse med utvalgets negative holdning til nye familievernkontorer i primærkommunene: Dette må ikke være til hinder for at kommuner som måtte ønske det kan ansette personell som er spesielt kvalifisert for familierådgivning i sin helse- og sosialtjeneste.

Man kan tolke Nyhusutvalget dithen at det er preget av luttet velvilje når det gjelder utbygging av psykologtjenester på lokalnivå, men at initiativet må komme fra kommunene selv og ikke skje gjennom et diktat fra statlige myndigheter. Ut fra dette kan man spørre seg hvorfor utvalget ikke har ført opp en almenpsykologtjeneste på linje med den oppførte jordmortjeneste, og med det samme forbehold om at det er snakk om en tjeneste der det er behov for det?

Nyhusutvalgets implisitte argumentasjon når det gjelder psykologtjenester på lokalnivå, dukker opp i Ot.prp. nr. 36 på en mer klargjørende måte. Det sies her:

«Et vesentlig punkt er at folks grunnleggende kontakt med tilbudene i helsetjenesten bør skje med et så lavt antall personer som mulig, noe som igjen medfører at antall profesjoner på grunnplanet bør være på et minimum. Derfor er departementet i likhet med Nyhusutvalget kommet til at klienter med mentale lidelser fortrinnsvis bør ha førstekontakt med det samme personell som har ansvaret for de somatiske lidelser, nemlig lege, fysioterapeuter og sykepleiere». (p. 90).

Vi har ikke vært i stand til å finne dette argumentet eksplisitt uttrykt i noen av Nyhusutvalgets innstillinger. Vi merker oss ellers at sosialkontorene med sine faglige ressurser, overheadet ikke blir nevnt i forbindelse med hvordan 1.linjetjenesten skal takle og møte psykiske lidelser i befolkningen.

Ot.prp. 66, som ble utarbeidet av Willochs rene Høyre-regjering, legger noe sterkere vekt enn den tidligere Odelstingsproposisjon på *livsstilssykdommene* og sosial mistilpasning. Forøvrig understrekes betydningen av fritt legevalg og av den private lege- og fysioterapivirksomhet. Det trekkes frem at den spesialiserte medisin har begrenset verdi i bekjempelsen av livsstilssykdommer og sosiale problemer. Konklusjonen i Ot.prp. 66 er at det lokale hjelpeapparat må styrkes. Kommunene må gis midler for å planlegge og utbygge og drive det lokale helse- og sosialarbeid.

Omtrent på samme tid (1980/81) som Sosialdepartementet utarbeidet Ot.prp. 36 og fremhevet betydningen av at folks grunnleggende kontakt med helse-tjenesten bør skje med et så lite antall profesjoner/

yrkesgrupper som mulig, utferdiget det samme departement et rundskriv til landets kommuner hvor det påpekes at sosialsektoren har et særlig ansvar for å yte hjelp til mennesker i kriser og for å forestå forebyggende oppgaver, og at det her er ønskelig med en sterkere tverrfaglig bemanning enn tidligere. Etter departementets oppfatning, sies det her, er det behov for faggrupper med ulike kvalifikasjoner.

En mer tverrfaglig sosialtjeneste vil etter departementets syn innebære en styrking av tjenestens kompetanse og gjøre den bedre i stand til å løse de betydelige oppgaver den er pålagt. Man sitter igjen med en følelse av at den ene del av departementet ikke helt er innforstått med en annen dels personalpolitiske utspill.

Det er nylig blitt hevdet (Isaksen, 1983) at en nærmere gjennomgåelse av Ot.prp. 36 og 66 viser at innholdet endog i et og samme dokument åpenbart er blitt ført i pennen av forskjellige personer, med noe forskjellige meninger om de samme spørsmål. «Videre synes dokumentene å være preget av at det har vært begrenset kommunikasjon mellom disse i utarbeidelsen av dokumentene idet noen konkluderende meninger om hva som synes mest hensiktsmessig og mest rasjonelt ikke finnes». (p. 4).

Det er litt uklart hvilken statlig medfinansiering en kommune kan regne med hvis den på egen hånd vedtar å etablere en almenpsykologtjeneste innenfor sitt forvaltningsapparat. I Nyhusutvalgets innstilling antydes det et sted (I, p. 152) at den statlige medfinansiering av utgiftene bare gjelder for de tjenester som er nevnt i lov om distriktshelsetjenesten. I en annen sammenheng blir det imidlertid sagt at intet skal være til hinder for at en kommune, hvis den så måtte ønske, kan ansette personell som er spesielt kvalifisert for å yte psykologhjelp i sin helse- og sosialtjeneste. Uklarheten gjelder hva som vil skje hvis kommunen ikke bare ansetter psykolog, men også beslutter å opprette en separat psykologtjeneste, f.eks. som en samordningsinstans mellom skole, sosial- og helsetjenesten.

### Psykologtjenesten på fylkesplan.

I Nyhusutvalgets 2. delinnstilling om «Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m. v.» avgitt den 19. mars 1982, og utgitt som NOU 1982:10, drøftes organiseringen av helse- og sosialtjenesten på det fylkeskommunale plan.

Det blir bl.a. foreslått at opprettelse og drift av pleieinstitusjonene bør overføres til primærkommunene, og at tannhelsetjenesten i sin helhet bør overføres til fylkeskommunen. Utvalget foreslår at det bør utarbeides en ny lov om helsetjenesten på fylkesnivå. I loven bør fylkene pålegges ansvar for

finansiering og drift av følgende tjenester: Somatiske sykehus, psykiatriske sykehus, spesialsykehus, spesialsykehjem, sentralinstitusjoner i HVPU, sykehoteller, røntgeninstitutt, laboratorier, legespesialisttjenester, poliklinikker, *kliniske psykologtjenester*, tannhelse-tjenesten, familievernkontorer, ambulansetjeneste og institusjoner for alkoholskadde.

For oversiktens skyld vil vi peke på at primærkommunene forutsettes å få ansvar for sykestuer, somatiske sykehjem, fødehjem, hjem for psykisk utviklingshemmete, psykiatriske sykehjem, psykiatriske ettervernshjem, privat psykiatrisk pleie, syketransport (tilknyttet kommunale tjenester), almenlegetjenester, fysioterapitjeneste, sykepleie herunder helsesøster-tjeneste og hjemmesykepleie, jordmortjeneste (der slik tjeneste opprettes) og ergoterapitjeneste (der slik tjeneste opprettes). Det siste punkt er nytt i delinnstilling nr. 2, side 210.

Nyhusutvalgets siste delinnstilling har et eget kapittel som behandler psykologtjenesten. Der foreslås her at fylkeskommunen skal ha ansvar for å planlegge, opprette og drive spesialisttjeneste i klinisk psykologi utenfor institusjon. Dvs. fylkene bør pålegges det samme ansvar overfor klinisk psykologiske spesialisttjenester utenfor institusjon som ovenfor medisinske spesialisttjenester.

Hvorledes stiller utvalget seg til den almene, generiske, ikke spesialistrettede psykologtjeneste? Det er vel og bra at fylkene skal ha ansvar for spesialistvirksomhet i klinisk psykologi, psykologisk behandling og klinisk psykologi med psykoterapi utenfor institusjon, men hvem skal ha ansvaret for den ikke-spesialiserte helseorienterte psykologi, hvor siktemålet i tillegg til en klinisk terapcutisk referanseramme omfatter psykopedagogisk funksjonskartlegging og rådgivning, mental krisehjelp, evne og anleggstesting, utdannings- og yrkesrettledning, psykososiale funksjonsanalyser, attføringsproblematikk, organisasjonsutvikling, nettverksanalyser, programevaluering og forebyggende virksomhet på gruppe-, organisasjons- og samfunnsnivå?

Nyhusutvalget foreslår at ansvaret for planlegging, utbygging og drift av nødvendige psykologtjenester innenfor helsetjenesten legges til fylkeskommunen. Den foreslår dette under henvisning til at psykologene idag hovedsakling virker innenfor den spesialiserte del av helsetjenesten på det fylkeskommunale nivå, og at en slik ansvars plassering vil representere en videreføring av innarbeidet praksis.

Vi har nevnt at Nyhusutvalget foreslår at helsestørtjenesten, almenlegetjenesten, fysioterapeut-tjenesten bør inngå som obligatoriske ledd i primærhelsetjenesten, og at utvalget også mener at jordmortjenesten og ergoterapitjenesten bør inngå *der det blir vedtatt å opprette slike tjenester*.

Utvalget har tydeligvis tygget på om det skulle foreslå en tilsvarende frivillig ordning når det gjelder psykologtjenesten. Utvalget må imidlertid ha følt større usikkerhet når det gjelder psykologi enn f.eks. ergonomi. Det sies: «Utvalget har ikke hatt mandat eller kompetanse til å drøfte (*sic*) om psykologtjenesten skal skilles ut som en egen *organisert* (uthevet her) tjeneste fra det psykiske helsevern, HVPU, alkoholistomsorgen og familievernkantorene . . . Utvalget har heller ikke hatt kompetanse til å vurdere (*sic*) hvorvidt det bør etableres en primær psykologtjeneste innenfor rammen av distriktshelse og sosialtjenesten i kommunene». (p. 75-76).

Utvalget peker påny på det faktum at selv om psykologtjenesten ikke blir foreslått gjort til en obligatorisk del av distriktshelse- og sosialtjenesten, så avskjærer ikke dette kommunenes mulighet for å ansette psykologer.

Utvalget sier det er klar over at dets forslag til omorganisering av den primære helse- og sosialtjeneste vil medføre et øket behov for psykologisk ekspertise. Men, sier utvalget, de psykologiske klientoppgavene bør løses av fagfolkene i primærhelse- og sosialtjenesten. Psykologenes oppgave bør være å virke som rådgivende konsulenter vis-a-vis disse fagfolk fra deres posisjon i det spesialiserte fylkeskommunale hjelpeapparat.

Utvalget innrømmer at det er argumenter som kan føres i marken for en kommunal psykologtjeneste. Det nevnes at det er blitt gjort forsøk med kommune-psykologstillinger i Odda og Kvinnerad kommune, og at psykologer begge steder har vært knyttet til den primære sosialtjeneste. Etter å ha nevnt at forsøk er blitt gjort, ville det vært naturlig også å komme inn på resultatene av forsøkene. Utvalget nevner ikke noe om hvilke erfaringer som er blitt høstet. Likevel har utvalget ingen betenkeligheter med å advare mot de negative følger av en for spesialisert primærhelse-tjeneste, med klar implikasjon om at så vil være tilfelle hvis psykologene skulle slippe til. Oppsummerende blir det imidlertid fremholdt at man ved en vurdering av kommunepsykologtjenesten må bringe klarhet over «hva en slik tjeneste vil innebære for andre førstelinjetjenesters yrkesgruppers arbeidsområder». (p. 76).

Det er grunn til å berømme den empiriske grunnholdning som her kommer til uttrykk. Men allikevel: Utvalget retter på den ene side en advarende pekefinger mot kommunepsykologi, mens det på den annen side sier at det ikke har hatt kompetanse til å vurdere hvorvidt det bør etableres en primærpsykologtjeneste på kommuneplan. Utvalgets konklusjon er imidlertid grei og entydig nok: «*Utvalget tror det er viktig at spørsmålet om etablering av en egen kommune-psykologtjeneste snarest mulig blir avklart.*» (p. 79).



## Flekkøy-utvalgets innstilling

Kirke- og undervisningsdepartementet oppnevnte 21. september 1981 en arbeidsgruppe med oppgave å ta stilling til hvilket behov som er tilstede for de faglige ressurser den pedagogisk-psykologiske tjeneste representerer, og evt. komme med forslag til hvorledes disse ressurser bør disponeres i forhold til den lokale sosialtjeneste og helsetjeneste og skolens interne tjenester. Som leder for utvalget ble oppnevnt barneombud Målfrid Grude Flekkøy.

Utvalget avgav sin innstilling i oktober 1982. Innstillingen som har tittelen «Pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste — behov, arbeidsoppgaver og organisasjonsmodeller» er utgitt som NOU 1983:4.

Ser man på mandatet for utvalget ville man ha ventet en inngående diskusjon av behovene for psykolog-tjenester i lokalsamfunnet. Dernest om PP-tjenesten har faglige personellressurser som kan nyttiggjøres innenfor den primære helse- og sosialtjeneste. Den som hadde håpet å finne en grundig drøfting av disse spørsmål, vil imidlertid bli skuffet. I like liten grad som Nyhusutvalget, makter Flekkøyutvalget å komme frem med noen helhetlig vurdering.

Når vi mener det er grunn til å føle skuffelse over innstillingen, er det fordi Grete Knudsen, statssekretær i KUD under Bruntland-regjeringen og en av initiativtakerne til Flekkøyutvalget, umiddelbart før oppnevningen av utvalget i et foredrag uttrykte bekymring for at PP-tjenesten var blitt pålagt flere oppgaver enn den var rede for. Det er stablet opp på hverandre så mange behov at det er på tide med en viss utviklingsplan i forhold til økonomi og rammebetingelser, sa hun blant annet. Hvilke oppgaver skal PP-tjenesten ha? Grete Knudsen (1981) avsluttet foredraget med å vise til at man i forbindelse med den arbeidsgruppen som skulle oppnevnes bl.a. ønsket svar på: Hva har folk behov for? Hva må tjenesten inneholde ut fra disse behovene? Hvordan skal tjenesten bemannes? Hvordan skal tjenesten administreres?

Å spørre etter hva folk har behov for er et rimelig utgangspunkt. Problemet er at folks behov ikke er en entydig størrelse. Noen vil tenke på manifeste behov og villighet til forsakelse for å få dem dekket, andre vil tenke på latente behov, eller kanskje på såkalte objektive behov som kan avvike sterkt fra hva enkeltmennesker opplever som deres egne ønskemål. Det er

imidlertid flere veier å gå for å karlegge behov. Flekkøyutvalget har ikke gitt seg i kast med en slik utfordrende oppgave.

### Om PP-tjenestens oppgaver.

I stedet for å analysere behov har utvalget gitt tilkjenne hvilket formål og hvilke oppgaver det selv mener at PP-tjenesten bør ha. Det tar her utgangspunkt i de departementale retningslinjer for PP-tjenesten fastsatt av KUD som ledd i forskriftene til grunnskoleloven av 1975. Det sies i disse retningslinjer:

Den pedagogisk psykologiske tjeneste skal blant annet

- gi råd til undervisningspersonalet, personalet i barnehager og personalet i annen pedagogisk tjeneste, skoleadministrasjonen, foreldre/de foresatte og andre, om et tilpasset lære- og utviklingstilbud;
- ordne med undersøkning/behandling hos spesialister;
- gi tilråding om opplæring/behandlingstilbud;
- gi direkte hjelp til elever og til ungdom som ikke får arbeid eller videregående opplæring etter avsluttet grunnskole og til voksne som trenger tilpasset undervisning etter lov om voksenopplæring;
- legge vekt på forebyggende arbeid, blant annet gjennom opplærings- og kursvirksomhet i samarbeid med andre organer som har med barn, ungdom og voksne å gjøre.

Retningslinjene beskriver hva tjenesten bl.a. skal gjøre, men mye av dette peker mer i retning av skolens interne pedagogiske rådgivningstjeneste og av skolens sosial-pedagogiske tjeneste enn av en pedagogisk-psykologisk tjeneste. Det eneste sted hvor det snakkes om direkte hjelp er i forbindelse med arbeidsløshet blant ungdom og blant voksne som trenger særskilt undervisning. Det hadde vært rimelig at Flekkøyutvalget hadde drøftet om de departementale retningslinjer fra 1975 fortsatt burde gjelde eller om de burde reformuleres på ett eller flere punkter.

Hvilke oppgaver er det Flekkøyutvalget ønsker å prioritere når det gjelder PP-tjenesten? Utvalget kom-

mer med en rekke uttalelser om PP-tjenestens oppgaver. I tillegg til forskriftsformuleringene fra 1975, trekker utvalget frem at PP-tjenesten bl. a. bør ha som oppgave:

- Å forestå miljøarbeid i skoler og barnehager;
- å delta i utvikling av barn og unges oppvekstmiljø;
- å være sakkyndig for skolen og barnehagen når det gjelder behandling av barn og ungdom med 1) atferdsvansker, 2) sammensatte lærevansker, 3) sykdommer, skader og sansehemninger;
- å medvirke til utvikling av godt internt samarbeid i barnhage og skole;
- å medvirke til utvikling av et godt samarbeid mellom barnehage/skole på den ene side og sosialkontor, helsestasjon, kommunale utvalg, etc. på den annen;
- å drive generell opplysnings- og informasjonsvirksomhet om barns utvikling m.v.
- å søke kontinuitet i tiltakene for barn og unge med behov for særskilt tilrettelagte opplæringstilbud;
- å bistå elevene selv, foreldre og lærere, skolemyndigheter og samarbeidende instanser med forebyggende, veiledende, behandlende og koordinerende tiltak til beste for den enkelte elev;
- å gi faglig veiledning til skolestyrene om disponering av ekstraresurser for innsats i spesielle situasjoner;
- å gi sakkyndig vurdering og komme med forslag om spesialpedagogiske tiltak for førskolebarn;
- å gi veiledning til barnehage og foresatte mht. tiltak for førskolebarn med særlige behov;
- å oppbevare ansvar for tilbakeføring av barn fra særinstitusjoner til lokalsamfunnet;
- å gi hjelp til foreldre til å mestre enklere oppdragelsesproblemer;
- å veilede barnehagens personale og eventuelle spesialpedagoger knyttet til barnehagen;
- å forestå driften av lekotek;
- å yte hjelp til skolene, til klassen og til den enkelte elev i forbindelse med skolestart;
- å identifisere elever som har behov for og rett til inntak i den videregående skole på særskilt grunnlag;
- å delta i planlegging av undervisningsopplegg og vurdering av behov for ekstra ressursinnsats i den videregående skole for elever som tas inn på særskilt grunnlag;
- å foreta oppfølging av elever tatt inn på særskilt grunnlag i den videregående skole;
- å gi råd til elever med emosjonelle problemer i tillegg til fagvansker i den videregående skole;
- å forestå tiltak i forhold til elever for å bedre deres fungeringssevne i skolen;
- å arbeide for å hindre studieavbrudd i den videregående skole;
- å foreta oppfølging utenfor skolen av elever som har droppet ut, evt. søke å hjelpe disse til kontakt med arbeidskontorer eller andre lokale instanser;
- å gi råd til arbeidsgivere i forbindelse med overgang fra skole til arbeidsliv for elever som er tatt inn i den videregående skole på særskilt grunnlag, og dernest forestå oppfølging av tiltakene over en viss tid;
- å delta i utredningen av behovene for ekstraordinære sysselsettingstiltak for ungdom;
- å delta i arbeidet med generelle utviklingstiltak i den videregående skole av organisatorisk og pedagogisk karakter (dvs. utvikling av trivselsfremmende tiltak, pedagogisk utviklingsarbeid, utvikling av nye samarbeidsformer, aktiv deltaking i skolens samarbeidsorganer, etterutdanning av lærere m.v.).

Når man ser på listen av oppgaver blir man slått av i hvor stor grad ideologiske synspunkter har virket inn på Flekkøyutvalgets arbeid. Utvalget trekker frem undersøkelser som er blitt gjort for å kartlegge de klientgrupper og problemstillinger PP-tjenesten arbeider med, men det virker ikke som det eksisterer noen forbindelseslinjer mellom denne empiri og utvalgets normative standpunkter. Utvalget spør ikke om det kanskje er slik at hva PP-tjenesten faktisk gjør gir det beste bildet av hva brukerne ønsker seg av tjenesten. Det er mer snakk om hva tjenesten bør gjøre ut fra overordnede hensyn.

### Om organisasjonsmodeller.

Det foreligger data som viser at mange PP-kontorer legger vekt på å kunne yte direkte psykologisk hjelp til barn, foreldre, lærere og til skoleadministratorer/skoleorganisasjon. I en undersøkelse foretatt av NAVF's Utredningsinstitutt for en del år siden (Ivås, 1977) om hva psykologer i PP-tjenesten bruker tiden sin til, fremkom det at 46 % av arbeidstiden blant samtlige i gjennomsnitt gikk med til direkte klientarbeid, og 26 % til indirekte klientarbeid, dvs. at nesten dobbelt så mye tid gikk med til det første som til det siste. At det kan være store variasjoner, viser en undersøkelse fra Møre og Romsdal (Bræin, 1978) hvor det rapporteres at bare 19,3 % av arbeidsoperasjonene blant rådgivere i PP-tjenesten er rettet mot «direkte arbeid med barn, ungdom og eldre», og 14,4 % mot «indirekte rådgivningsarbeid».

I utgangspunktet er det mulig å tenke seg flere arbeidsmodeller for PP-tjenesten. Vi vil ta for oss tre modeller som vi vil betegne som henholdsvis «Service-modellen», «Advokatmodellen» og «Reformator-modellen».

Med *Service-modellen* refererer vi til en tjeneste som primært er innstilt på å yte hjelp til de enkeltpersoner, grupper eller organisasjoner som selv søker kontakt eller som blir henvist av andre. Modellen er ofte litt nedsettende blitt betegnet som reperatørmodellen, terapeutmodellen, den medisinsk/differensialpsykologiske modell, den kurative modell, ekskluderingsmodellen, utsilingsmodellen. Et hovedpoeng ved modellen er at man yter all den hjelp man er i stand til til de klienter man blir bedt om å hjelpe, eller som søker en om hjelp. Man arbeider ut fra de pro-

blemstillinger man blir forelagt, og man stiller seg tvilende til at man har vesentlig større politisk og samfunnmessig innsikt enn dem man er satt til å betjene. Man hjelper så langt det er mulig på den hjelpsøkenes premisser, men man yter hjelpen som ekspert, som en som mer enn andre har skaffet seg kunnskap om relevante middel-mål-relasjoner. Modellen står for en pragmatisk arbeidsform, og den er demokratisk i den betydning at den søker å unngå formynderi.

Følgende sitat fra en artikkel i *Skolepsykologi* (Lunde, 1979) artikulere en service-modell for PP-tjenesten:

«Under halvparten av lærerne (44 %) sier de får hjelp i sitt arbeid fra skolepsykologisk kontor i høy grad eller i noen grad. På ungdomstrinnet gir 68 % av lærerne en negativ vurdering. Forventningene om konkret hjelp fra PPT må imøtekommes, enten disse forventningene kommer fra skolehold, fra foreldrehold eller fra helse- og sosialkontor». (p. 9).

*Reformatormodellen* kan beskrives gjennom et sitat fra et foredrag av nestformannen i Grunnskolerådet utvalg for spesialpedagogikk (Dalen, 1982):

«De viktigste oppgavene for den pedagogisk-psykologiske tjenesten i fremtiden (vil) være å hjelpe til med å få realisert det (nye) lovverk og de grunnprinsipper dette bygger på. Dette vil gjelde både i barnehager, grunnskoler og videregående opplæring. Generelt sett vil det dreie seg om å gjøre tilbudene mer fleksible og toleransemennene videre slik at tilbudene i større grad kan nå frem til barn og unge med svært ulike evner og forutsetninger... jeg vil peke på noen områder det vil være svært naturlig at den pedagogisk-psykologiske tjenesten konsentrerer sin virksomhet rundt... tilretteleggelse av opplæringsmiljøet... skolens omsorgsansvar... kravet om tilpasset opplæring... vurdering av skolen slik den fungerer idag i forhold til mål og planer... utviklingsarbeid ved den enkelte skole». (pp. 8-9).

Befring (1981) har gitt en noenlunde tilsvarende programmerklæring for PP-tjenesten: PP-tjenesten er «ei påkrevd faglig teneste i arbeidet med å føre videre pedagogiske og sosialpolitiske reformoppgaver» (p. 13). Befring resonnerer omlag slik: Integrasjonspedagogikken har som konsekvens at læreren får en sentral ansvarsposisjon. Læreren, den almenpraktiserende pedagogen — for å bruke Befrings uttrykk — har behov for hjelp og ressurser for å klare oppgaven sin. PP-tjenesten utgjør fra skolens side en tilleggsressurs, en institusjon som kan ta del i arbeidet med å kartlegge lærings- og utviklingssituasjonen til elevene og med å tilrettelegge elevtilpasset undervisning. Den enkelte skole vil på denne måte kunne ta vare på alle elevene, også de som har særlige behov. «Fagfolka i PP-tjenesten blir etter dette ein integrert del av skolen» skriver Befring. (p. 14). Reformator-modellen definerer PP-tjenesten som en skolepolitisk tilleggsressurs.

*Advokatmodellen* ser på PP-tjenesten som en institusjon som skal ivareta og være talsmann for barn og unges behov og interesser. Tjenesten har sin naturlige forankring til skolen sålegne skolen har et tilsvarende formål. Det er dette interessefellesskap som står sentralt, ikke et primært ønske om å være et instrument for skolen. Modellen kan illustreres gjennom et par sitater. Det første er hentet fra en artikkel av Jossi Mordal (1982):

«Skolen er til for 600.000 barn i det norske samfunn. Det må være disse barns behov på det sosiale, emosjonelle og personlige området som bestemmer innholdet i vår tjeneste, som må være siktemålet for denne. Det må være vi, sammen med barn og foreldre som utformer rådgivning og behandlingsopplegg når det er nødvendig. Det må være vi sammen med barn, foreldre, lærere og andre som utformer det forebyggende arbeid». (p. 21).

Vårt annet sitat er hentet fra Anne-Britt Nilsen (1982):

«(Skolen) har etter min oppfatning behov for en tjeneste som får ryddet seg en skikkelig arbeidsplass i skolen... Vi må stille krav til skolen... Vi må akseptere at politiske organ fatter vedtak der vi gir faglige tilrådninger, men vi kan ikke akseptere administrativ overprøving av våre råd». (p. 23).

Ifølge advokatmodellen vil PP-tjenesten ha en eksistensberettigelse selv om det skulle bli vedtatt å gi den en annen administrativ forankring enn til skoleverket. Når det gjelder spørsmålet om alternative forankringspunkt står advokatmodellen på linje med servicemodellen. Advokatmodellen har videre det til felles med reformatormodellen at den har et sosialpolitisk verdigrunnlag. Forøvrig har alle de tre modellene det til felles at de kan omfatte arbeid både på individnivå, gruppe/klassenivå og organisasjonsnivå, selv om man nok vil forvente at talsmenn for de forskjellige modeller vil føle seg bedre tilrette på enkelte av nivåene enn på andre.

#### Virksomheten på PP-kontorene.

Flere undersøkelser er blitt gjort for å kartlegge virksomheten ved PP-kontorene. Vi vil kort gjengi resultatene fra et par undersøkelser som blir omtalt i Flekkøykomitéens innstilling.

Hvem er det som bringer klientene i kontakt med PP-kontorene? I en undersøkelse for Grunnskolerådet (1981) over virksomheten ved 227 PP-kontorer i 1979, blir det rapportert at av tilsammen 12.683 henvisninger kom 24,7 % fra foresatte eller klienten selv, 55,3 % fra skolen, 11,7 % fra helsestjenesten og 8,2 % fra andre. I en tilsvarende undersøkelse av Harald Martinsen ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, basert på 24.965 henvisninger og 39 kontorer,

blir det opplyst at 56 % av henvisningene kom fra skolen, 33,5 % fra foresatte og eleven selv, 8,1 % fra helsevesenet og 2,4 % fra andre. Resultatene stemmer godt overens. Sett under ett kan man si at eksisterende statistikk tyder på at litt over halvparten av henvisningene kommer fra skolen, mellom en tredjedel og en fjerdedel fra foresatte eller fra eleven selv, omlag 1/10 fra helsetjenesten og 1/20 fra sosialtjenesten og andre instanser.

Når det gjelder aldersfordelingen på de henviste klienter er det også stor overensstemmelse tilstede. Grunnskolerådet rapporterer følgende fordeling på småbarnalder, grunnskolealder og over grunnskolealder: 28,3 %, 64,5 % og 6,5 %. Tallene fra Psykologisk institutt er for førskolealder — 29,8 %, barne- skolealder 60,6 % og ungdomsskolealder 9,7 %.

Det faktum at litt over halvparten av alle henvisninger kommer fra skolen, viser at PP-tjenesten har en forankring i skolesystemet. Når man skal vurdere organiseringen av tjenesten, bør det imidlertid legges større vekt på hva klientene henvises for enn fra hvem de henvises. I undersøkelsen fra grunnskolerådet fordeler henvisningsgrunnene seg som vist i tabell I.

Tabell 1:

Grunner for henvisning til PP-tjenesten (n = 15.889).

Fysisk funksjonshemming .....	} 11,2%
Psykisk funksjonshemming .....	
Sansedefekt. ....	
Organiske lidelser .....	
Tale, språk, artikulasjonsproblemer.....	17,9%
Generelle lærevansker .....	} 24,7%
Spesielle lærevansker .....	
Sosiale-, emosjonelle- atferdsvansker.....	28,0%
Skolemodenhetsundersøkelser.....	10,6%
Andre grunner.....	7,6%

I undersøkelsen fra Psykologisk institutt blir det gjort bruk av en litt annen kategoriinndeling. Språkvansker blir her rapportert å omfatte 11,6 %, fagvansker — 23,0 %, lese- og skrivevansker — 3,1 %, sosiale — emosjonelle — atferdsvansker 26,0 %.

Den mest hyppige henvisningsgrunn, ifølge begge undersøkelser, er altså forskjellige former for atferdsvansker. Disse utgjør mellom 25 og 30 %. Den nest hyppigste henvisningsgrunn er generelle og spesielle lærevansker (herunder fagvansker og skrive- og lesevansker). Denne kategori synes å utgjøre mellom 20 og 25 %.

Den tredje hyppigste henvisningsgrunn er språk, tale og artikulasjonsproblemer, en kategori som utgjør mellom 15 og 20 %. Dernest følger problemer vedrørende skolestart (10-15 %) og problemer vedrørende

sansedefekter, organiske lidelser, funksjons- og utviklingshemninger (10-15 %).

Hvor flinke er PP-kontorene til å behandle og til å finne løsninger på de problemer de blir forelagt? Hvor stor andel av henvisningene fører til et resultat som henvisende instans er fornøyd med? I hvor stor andel av tilfellene er PP-kontorene selv fornøyd med resultatet? Hvilke problemer og klienter lykkes tje- nesten best med, og med hvilke lykkes den dårligst? Hvor effektiv er tjenesten sett fra et kostnads-effektivitetsperspektiv?

Flekkøyutvalgets utredning drøfter ingen slike spørsmål. Begrunnelsen kan muligens være denne: Hvis tjenesten sees på som et ideelt foretagende med et langsiktig reformperspektiv for øyet, vil slike spørsmål fortone seg som irrelevante og utidige. Fra et samfunnmessig service-perspektiv er de imidlertid høyst reelle. Før man vet svarene på spørsmålene ovenfor er det vanskelig å si hvilken ressurs PP-tjenesten egentlig representerer.

#### Om kontorstørrelser og bemanningsnormer.

I en rapport fra Grunnskolerådet (1981) blir det pekt på at den økende integreringen i skolen i en pe- riode medførte et stort behov fra skolens side for hjelp til å løse pedagogiske problemer, men at skolen nå i økende grad har fått lærere med spesialpedagogisk kompetanse og også egne pedagogiske veilednings- tjenester. Behovet for PP-tjenesten synes i dag å gå mer og mer i retning av sosiale samspillforhold og av å påvirke og kartlegge disse slik at sosiale og emosjo- nelle vansker hos barn og ungdom blir minimalisert. Det sies i samme rapport at «det er fra enkelte kon- torer ytret ønske om et nærmere organisatorisk sam- arbeid med helse- og sosialsektoren i de enkelte kom- muner». (p. 26).

Før vi kommer inn på spørsmålet om organisatorisk tilknytning, vil det være på sin plass å gi en slags status-beskrivelse av PP-tjenesten. Hvor velutbygd er den? Hvor mange PP-kontorer er opprettet og hvor stort er personalet ved de enkelte kontorer? I det føl- gende vil vi referere noen data om dette fra Flekkøy- utvalgets innstilling.

PP-tjenesten har hatt en sterk ekspansjon i løpet av 60-70-årene. I 1956 var det 10 skolepsykologiske kon- torer i landet; i 1970 var tallet øket til 103, og i 1982 til 245 (medregnet hoved- og avdelingskontorer).

Antall fast organiserte stillinger innen PP-tjenesten var i 1958 — 33, i 1970 — 338, i 1975 — 580 og pr. 1/1-1982 ca. 1.000. De 1.000 stillingene fordeler seg omtrent slik: Førskolelærere 101, sosisioner 189, spesialpedagoger 270 og PP-rådgivere 440.

Ifølge en artikkel i *Skolepsykologi* nr. 1 for 1981, fordelte grunnutdanningen seg slik blant 365 PP-

rådgivere i 1980: Psykolog-utdanning (cand.psychol/mag.art.) — 272, pedagogisk og spesialpedagogisk utdanning (cand.paed./mag.art., cand.polit., ped.hovedfag, cand.spes.paed.) — 89, annen utdanning — 4.

En del av rådgiverne med pedagogisk grunnutdanning er etter individuell søknad og bedømmelse blitt godkjent som psykologer. Tallet på psykologer i PP-tjenesten kan følgelig anslås å ligge på noe i overkant av 300. Dette betyr at nesten 1/3 av PP-tjenestens fagpersonale er psykologer. Sett fra en annen synsvinkel innebærer det at ca. 25 % av den norske psykologstand ved inngangen til 80-årene var ansatt i PP-tjenesten.

Med 1.000 stillinger og 245 kontorer får vi en gjennomsnittlig kontorstørrelse på 4,1. Det er imidlertid de færreste kontorer som er så store. Tabell 2 gir en oversikt over bemanningen ved 169 kontorer og viser hvordan kontorene tilnærmedesvis fordeler seg med henblikk på antall ansatte.

Tabell 2:

*Størrelsen på PP-kontorene utover landet.*

Antall stillinger	Antall kontorer
Inntil 1 .....	5
1—1,9 .....	43
2—2,9 .....	37
3—3,9 .....	34
4—4,9 .....	20
5—5,9 .....	9
6—6,9 .....	6
7 og mer .....	24

Man blir slått av hvor stor forskjell som er tilstede fra kontor til kontor. 24 kontorer opplyses å ha mer enn 7 stillinger, og 6 kontorer opplyses faktisk å ha mer enn 11 stillinger. Det typiske PP-kontor er imidlertid lite, med i underkant av 2 stillinger. Men vi finner også noen kontorer med bare én eller mindre enn én hel stilling.

Både når det gjelder opprettelsen og utbyggingen av den lokale PP-tjeneste har tilskuddsordningene fra staten hatt stor betydning. Etter gjeldende regler dekker staten 60 % av lønnsutgiftene for en fagperson pr. 900 barn/unge. For beregning av barnetallet benyttes størrelsen på 3 årskull av førskolebarn og 9 årskull av grunnskolebarn, altså tallet på 12 årskull innenfor det området tjenesten skal dekke.

En av de oppgavene Flekkøyutvalget ble bedt om å vurdere var omfanget og innholdet av en evt. egen PP-tjeneste for elever i den videregående skole sett i forhold til det ansvar en samlet kommunal første-

linjetjeneste også har i forhold til disse elevene. Uten egentlig å vurdere hvilke fordeler som måtte være forbundet med å ha en egen PP-tjeneste for den videregående skole, og uten å spørre seg hvilke ressurser som foreligger på kommuneplan for å yte psykologisk bistand til denne elevgruppe, setter utvalget frem dette forslaget: PP-tjenesten bør få ansvar for alle barn i alderen fra 0 til 19 år, og beregningsgrunnlaget for statstilskudd bør endres tilsvarende. Ved å endre normeringstallet fra 12 til 18 årskull, økes barnetallet på landsbasis med flere hundre tusen, hvilket på sin side vil gi grunnlag for flere hundre nye stillinger under PP-tjenesten. Et idealistisk ekspansjonsønske tilside-setter her en faglig argumentasjon.

Utvalget opplyser at det også har vært inne på å foreslå en endring av beregningsgrunnlaget for statsrefusjonen fra 1:900 til 1:850 eller 1:800, men er kommet frem til at dette i den aktuelle økonomiske situasjon ikke er realistisk. Derimot mener utvalget at det bør innføres som krav til kommunene at de oppretter det normerte antall PP-stillinger for at de i det hele tatt skal få noe lønnstilskudd til den lokale PP-tjeneste fra staten. Dette vil kunne presse frem en del nye stillinger. Det blir f. eks. opplyst at Bergen kommune p.t. bare har opprettet 31½ PP-stillinger, mens beregningsgrunnlaget skulle tilsi 42½.

Flekkøy-utvalget går ikke inn på de foreliggende reformplaner om å gå bort fra det nåværende tilskuddssystem fra staten til kommunene.

Det er full enighet i Flekkøyutvalget om at PP-tjenesten bør få flere ressurser. Både i spørsmålet om arbeidsoppgaver og ressursbehov står utvalget samlet. Derimot deler utvalget seg i to fraksjoner når det gjelder tjenestens fremtidige organisatoriske tilknytning.

**Om tilknytningsformer.**

Flertallsfraksjonen sier seg fornøyd med den nåværende organisasjonsform, men ønsker at PP-kontorene skal bli større og mer slagkraftige. Tjenesten bør fortsatt være tilknyttet skoleverket. For å sikre tværfaglighet og personal-stabilitet bør alle kontorer ha en minstestørrelse. Helst bør hvert kontor ha 2 rådgivere i full stilling, en sosialkurator i hel stilling, en spesialpedagog i hel stilling, og en lektokleder/førskolelærer i hel stilling. (Funnemark, 1983, p. 15). Fraksjonen går inn for at det etableres en minstebemanningsnorm på 4 stillinger pr. kontor. Den er innforstått med at de færreste norske kommuner har et stort nok befolkningsgrunnlag til å opprette et eget PP-kontor av denne størrelse. Fraksjonen mener derfor at interkommunale ordninger med fylket som samarbeidspartner, bør være den normale organisasjonsform.

Mindretallsfraksjonen går inn for at PP-tjenesten primært bør organiseres som en kommunal tjeneste, og at interkommunale ordninger bare bør iverksettes rent unntaksvis. Fraksjonen ønsker å foreta en grenseoppgang mellom den del av PP-tjenestens fagressurser som er direkte skoletilknyttet og den del som først og fremst er rettet mot å gi psykologisk og sosial service til barn og ungdom med forskjellige slags problemer og handicap. Den skolerelaterte tjeneste bør ligge under skolestyret i den enkelte kommune. Den psykologiske, sosiale og medisinske tjeneste bør på sin side organiseres i en felles førstelinjetjeneste — som bør ligge under sosial- og helsestyret i primærkommunene. Det bør ikke bygges ut noe eget apparat for PP-tjenesten i fylkeskommunene og heller ikke på kommuneplan bør det bygges ut noe alternativt apparat til sosial- og helsetjenesten. Den faglige sammensetning av personalet (ved PP-tjenesten, hvis man fortsatt skulle ønske å holde fast ved denne betegnelse), må sees i forhold til hvilket fagpersonell kommunen ellers rår over — med sikte på en adekvat sosial, medisinsk og psykologisk førstelinjetjeneste for barn og ungdom. Den tverrfaglige dekning i den enkelte kommune må vurderes fra et tverretattlig perspektiv. Personalressursene vil alltid være begrensede og må derfor benyttes samordnet på tvers av etatsgrenser. I mindre kommuner vil det være naturlig å organisere arbeidet med bruk av kombinerte stillinger.

Fra flertallsfraksjonens side blir det anført flere grunner til at deltidsstillinger i PP-tjenesten — kombinert med undervisningsposter i skolen, medfører uheldige konsekvenser. Det nevnes flere slike negative sidevirkninger. Fagpersonalet som har en del av sin tid timeplanbundet er mindre fleksible og mindre tilgjengelige enn de som sitter i full stilling.

Delte stillinger kan føre til rollekonflikter som følge av blandede lojalitetsforhold. PP-tjenesten kan bli bedt om å hjelpe til med samarbeidsforhold innen lærergruppen. En PP-rådgiver som selv er en del av lærergruppen vil ofte savne den nødvendige distanse for å yte hjelp i slike situasjoner.

For foreldre som oppsøker tjenesten er det viktig å vite om de står ovenfor en rådgiver eller en lærer, fordi de ofte ikke vil formidle opplysninger til en av partene, opplysninger som de gjerne ser at kommer den annen part til del.

Delte stillinger medfører at urimelig mye tid går med til intern informasjonsvirksomhet. Delte stillinger, hvor en del av stillingen forutsetter undervisningskompetanse, vil føre til at enkelte fagkategorier innenfor PP-tjenesten, f.eks. sosionomer og psykologer, blir dårligere stilt enn andre.

Etter å ha lest argumentasjonen sitter en igjen med en følelse av at flertalls- og mindretalls-fraksjonen i utvalget snakker forbi hverandre. Mens flertallsfrak-

sjonen argumenterer mot å kombinere PP-stillinger med deltidsstillinger i skolen, legges det i mindretallsfraksjonen forslag opp til at PP-stillinger mange steder bør kombineres med deltidsoppgaver innen den lokale sosial- og helsetjeneste.

Når man skal vurdere de to fraksjoners organisasjonsforslag, er det nødvendig å se nærmere på kommunestørrelsen i Norge, på hvor mange det er som er store nok til å bygge opp sin egen tjeneste, og hvor mange som må gå inn i samarbeidsordninger med andre for å få del i et fullverdig PP-kontors ytelser.

Gitt de nåværende normtall for statsrefusjon, hvor mange kommuner har det befolkningsmessige grunnlag for å opprette et PP-kontor med 4 fagstillinger? Hvor mange kommuner har ikke engang det befolkningsmessige grunnlag for å få støtte til én PP-stilling?

Tabell 3 gir en oversikt over hvor mange PP-kontorer som var opprettet pr. 1/1-82 i de forskjellige fylker, og hvor mange primærkommuner som inngår i fylkene.

Tabell 3:

Oversikt over PP-kontorenes fylkesvise fordeling

Fylke	Antall kontorer	Antall kommuner
Oslo . . . . .	34	1
Akershus . . . . .	15	22
Østfold . . . . .	9	25
Hedmark . . . . .	9	23
Oppland . . . . .	11	26
Buskerud . . . . .	13	21
Vestfold . . . . .	11	21
Telemark . . . . .	9	18
Aust-Agder . . . . .	4	19
Vest-Agder . . . . .	9	15
Rogaland . . . . .	16	26
Hordaland . . . . .	22	34
Sogn og Fjordane . . . . .	10	26
Møre og Romsdal . . . . .	20	38
Sør-Trøndelag . . . . .	15	25
Nord-Trøndelag . . . . .	7	24
Nordland . . . . .	15	45
Troms . . . . .	5	25
Finnmark . . . . .	11	20

Lokalforvaltningen i Norge er inndelt i 19 fylke og 454 primærkommuner.

Enkelte kommuner har flere PP-kontorer. Dette gjelder f.eks. Oslo (34 avd.kontorer), Bergen (8 avd.kontorer), Trondheim (7 avd.kontorer), Bodø (5 avd.kontorer), Drammen og Stavanger (3 avd.kontorer hver). På den annen side er det mange kommuner som ikke har noe eget kontor. Flertallet av norske

kommuner deler for øyeblikket PP-kontor med andre kommuner.

Det store flertall av kommunene er små. Gjennomsnittskommunen har bare ca. 9.000 innbyggere. Tabell 4 viser hvordan kommunene fordeler seg med hensyn til befolkningstørrelse. Tallene baserer seg på folkemengden pr. 1/1-81.

Tabell 4:  
*Folkemengden i norske kommuner.*

Befolkning	Antall kommuner	Prosentandel
Under 2500.....	114	25,1
2500— 4999.....	137	30,2
5000— 7499.....	71	15,6
7500— 9999.....	38	8,4
10000—12499.....	27	5,9
12500—14999.....	18	4,0
15000—17499.....	11	2,4
17500—19999.....	6	1,3
20000— og mer.....	32	7,0

Blant de 114 kommunene med under 2.500 innbyggere, har hele 42 under 1.500 innbyggere. I gruppen av storkommuner med over 20.000 innbyggere, er det 3 med et innbyggertall på mellom 50.000 og 100.000, og bare 3 med et innbyggertall på over 100.000.

Hvis man gjør bruk av en bemanningsnorm på én PP-stilling pr. 900 barn og unge fra 0 til 19 år, er det bare 68 av landets 454 kommuner som har befolkningsgrunnlag for å ha et eget PP-kontor med 4 eller flere ansatte. Hvis PP-kontorets minstebemanning økes til 5, vil tallet på aktuelle kommuner reduseres til 47. På den annen side, reduseres bemanningen til 3, vil kontortallet øke til 107.

Hvis man gjør bruk av dagens normtall for beregning av barnetallet på kommunenivå, vil tallet på kommuner som oppfyller betingelsene for 4 og 3 ansatte, endog bli redusert i forhold til disse tallene (fra 68 til ca. 50, og fra 107 til ca. 80).

Ifølge Flekkøyutvalgets innstilling er det i dag 119 kontorer som har færre enn 4 stillinger og 85 som har færre enn 3. Et krav om at alle kontorer skal ha en minstebemanning på 4, vil altså føre til en vesentlig økt sentralisering av tjenesten. Det samme vil være tilfelle om man innfører en minstebemanning på 3.

Hvor stor må en kommune være for å få statistiskudd til en hel PP-stilling med de nåværende normtall? Skjønnsmessig vil vi anslå befolkningstallet til 3.600. Dette innebærer at 261 kommuner har en folkemengde som er stor nok for en eller flere PP-stillinger. Er man villig til å akseptere en minimums-

bemanning på helt ned til en 1/2 stilling, økes tallet på kommuner til 387. Bare 67 av landets kommuner er så små at de ikke engang har barnetallet for en halv stilling. Vi er enig med Flekkøyutvalget når det sier om PP-tjenesten: «Det bør ikke opprettes mindre enn halve stillinger». (p. 51).

Hva vi ønsker å få frem er dette: Bare 67 av landets kommuner er så små at de må tiltre interkommunale samarbeidsordninger, og bare ca. 50 er så store at de i dag kan etablere en kommunal PP-tjeneste med den minimumsbemanning Flekkøyutvalgets flertallsfraksjon går inn for. Det store flertall av kommuner (n=337) faller mellom disse to ytterpunkter.

Gitt den eksisterende bosettings- og forvaltningsstruktur vi har i Norge er det mye som taler for en differensiert organisasjonsmodell, dvs. at man i småkommuner stimulerer til en nær tilknytning mellom PP-tjeneste, sosial- og helsetjeneste, mens man i større kommuner, hvor folkemengden ligger til rette for det, utvikler mer inter- og intra-etatmessige spesialiserte tjenester. I tråd med et slikt syn burde det igangsettes forsøk for å prøve ut ulike organisasjonsformer for PP-tjenesten på lokalt nivå.

Flekkøyutvalgets mindretallsfraksjon går inn for en slik tanke. Fraksjonen uttaler: «Det bør legges opp til forsøksordninger med samordnet kommunal førstelinjetjeneste, spesielt i mindre kommuner i områder med 'sentralisert' PP-tjeneste og lange reise-strekninger for personalet (p. 33).

Vi finner faktisk de samme synspunkter i Grete Knudsens foredrag i juni 1981:

«Den gruppen som skal se på tjenestens oppgaver må, slik jeg ser det, også se på den administrative tilknytning. Er det gangbart fortsatt å tenke i en egen tjeneste for grunnskolen, en for videregående, eventuelt en for voksne, en distriktpspsykolog for helseetaten, en kommunepsykolog for sosialetaten, en arbeidspsykolog for... osv. Hva med folk som skal gjøre bruk av disse — for de er vel stort sett de samme? Kan vi gjøre dette bedre og lettere for dem tjenesten er til for? *Vi trenger utviklings- og forsøksprosjekter før en låser fast modeller — og kanskje bør det bli ulike modeller ulike steder*». (p. 7-8). Uthevet her.

Flekkøyutvalgets flertallsfraksjon tar ikke opp denne oppfordring til å gå inn for forsøks- og utviklingsarbeid. Forklaringen på dette må først og fremst ligge i at man ikke har åpnet for en bred nok diskusjon om PP-tjenestens oppgaver. Man har fra starten stort sett vært fastlåst i en reformatormodell (og til dels en advokatmodell) for tjenesten, og man har neglisjert sammenhengen mellom utvalgets oppnevning og planene om å komme bort fra øremerkede statlige tilskudd til kommunale tiltak.

## Thorvik-utvalgets innstilling

Nyhusutvalget mener psykologenes administrative forankring hovedsaklig bør være på fylkesnivå. Flekkøyutvalget tar avstand fra et psykologisk rådgivningsapparat på fylkesnivå, og mener at PP-tjenesten hovedsaklig bør være interkommunalt organisert. Som et alternativ til disse forslag, er det mulig å hevde at en psykologtjeneste bør inngå som et ledd i den kommunale førstelinjetjeneste, og at psykologenes primære plassering innenfor den offentlige forvaltning derfor bør være på kommunenivå.

Som nevnt under vår oppsummering av Nyhusutvalgets forslag, er det enighet om at skolehelsetjenesten bør være et ledd i den kommunale førstelinjetjeneste.

Skolehelsetjenestens fremtidige organisering er blitt utredet av et utvalg innen Sosialdepartementet, med statslege Kjell Thorvik som formann. Utvalget ble oppnevnt høsten 1975 og avga sin innstilling den 7. september 1979. Innstillingen om «Skolehelsetjenesten» er senere publisert som NOU 1979:53.

Følgende momenter i utredningen er av interesse i den foreliggende sammenheng: Skolehelsetjenesten bør fortsatt være et primærkommunalt ansvar. I flere kommuner dekkes nå utgiftene til skolehelsetjenesten over skolebudsjettet. Det foreslås at skolehelsetjenesten heretter bør inngå som en del av det alminnelige helsevern i kommunene, og at utgiftene bør gå inn som en del av kommunenes utgiftsrammer til helsetjenester. Utvalget mener at kommunene bør stå nokså fritt til å prioritere helsetiltak innen skolehelsetjenesten etter hvilke behov som er tilstede i lokalsamfunnet og ved den enkelte skole, men det mener likevel at det fra Sosialdepartementets side bør utarbeides faglige retningslinjer som angir de minstekrav enhver kommune skal være forpliktet til å fylle. Hvis disse kravene ikke blir oppfylt, bør det kunne legges press på kommunen gjennom en reduksjon i de statlige rammetilskudd.

Thorvikutvalget anser skolelege og helsesøster som de viktigste medarbeidere i skolehelsearbeidet, men trekker også frem behovet for fysioterapeuthjelp og for psykologisk bistand. Utvalget påpeker at psykologiske og psykosomatiske problemer hos barn synes å tilta. Det refereres til atferds- og tilpasningsproblemer i og utenfor skolen, ulike typer lærevansker med et organisk og/eller psykologisk utgangspunkt, stress-

symptomer og psykosomatiske reaksjoner som hodepine, magesmerter, søvnvansker, enurese, o.l., skolevegning og skulking, for tidlig skoleslutt, vantrivsel, mobbing, alkohol- og stoffmisbruk. Skolehelsetjenesten, blir det hevdet, vil ofte være den instans som først møter barns ulike problemer og som må ta standpunkt til den videre utredning og behandling.

Utvalget skriver videre:

«Det kreves bred fagkunnskap for å kunne vurdere de mange ulike spørsmål det her dreier seg om innenfor rammen av en slik førstelinjetjeneste. Dette medfører et behov for å ha psykologisk ekspertise nær knyttet til skolehelsetjenesten... Skolehelsetjenesten bør være en direkte oppfølging av helsestasjonsarbeidet for å sikre... kontinuitet... Den samme kontinuitet er ønskelig i tjenester av psykologisk... art. (Dvs. med den tjeneste som begynner med) psykologisk veiledning innenfor helsestasjonens ramme». (p. 17).

Siden det er vanlig at psykologtjenesten er organisert uavhengig av skolehelsetjenesten forøvrig, er det viktig at det blir utviklet hensiktsmessige samarbeidsformer mellom de to tjenester. Det bør utarbeides en kommunal plan for skolehelsetjenesten, herunder et konkret arbeidsprogram hvor det fremgår hvilke arbeidsoppgaver de enkelte fagpersoner/yrkesgrupper i kommunen skal dekke.

Utvalget mener det er viktig å sikre at den kommunale PP-tjeneste har den nødvendige psykologiske ekspertise. Det blir påpekt at det blant de 226 PP-kontorene som var i virksomhet 1/1-79 var det 42 som overhodet ikke hadde psykolog ansatt i tjenesten. Den pedagogisk psykologiske tjeneste slik den i dag er organisert, gir altså ingen garanti for psykologisk sakkyndighet. Utvalget foreslår at det for å sikre barn i alderen 0 til 16 år de nødvendige psykologiske tilbud bør bli innført egne normtall for antall psykologstillinger i forhold til antall barn. Utvalget kommer deretter inn på hva som kan gjøres i de tilfeller PP-tjenesten ikke har eller blir utbygget med noen egentlig psykologtjeneste:

«Det bør ordinært være kommunen ved skolekontoret som har ansvaret for å tilrettelegge tilbudet om psykologisk assistanse til skolebarn og førskolebarn med særskilte behov. Dette forutsetter at det opprettes det nødvendige antall psykologstillinger innen PP-tjenesten. Hvis det ikke er tilrettelagt et slikt tilbud om psykologisk ser-



*vice gjennom PP-tjenesten, bør det påhvile kommunens helse- og sosialsektor et ansvar for å bygge opp en psykologtjeneste i kommunene.» (p.17). (Uthevet her).*

Utvalget antyder at de enkelte kommuner, avhengig av folketall og geografiske forhold, vil finne det naturlig å løse spørsmålet om den organisatoriske utbygging av psykologtjenesten på noe forskjellig måte. En mulig modell, blir det hevdet, er den Odda og Vågsøy kommuner har lagt seg på gjennom opprettelser av kommunepsykologstillinger.

Thorvik-utvalget understreker sterkt at det er behov

for en psykologtjeneste på kommunenivå, men legger ikke frem noen detaljert plan for hvordan dette skal realiseres. Man kunne kanskje ha ventet at Flekkøyutvalget hadde videreført eller diskutert Thorvikutvalgets synspunkter. Men hverken i teksten eller i litteraturlisten som følger Flekkøyutvalgets utredning, finner man noen henvisning til den omtalte innstilling. De to utredninger peker klart i forskjellige retninger. Det merkelige er at heller ikke Nyhusutvalget, under sin diskusjon av psykologenes administrative plassering, refererer til Sosialdepartementets egen innstilling, NOU 1979:53.

## Evaluering av psykologtjenester på kommunenivå

Er det behov for en psykologtjeneste i kommunene? En ting er å innrømme at det er behov for kliniske spesialisttjenester innenfor helsevesenets annenlinje, for organisasjonspsykologisk ekspertise innen industri og næringsliv, og for pedagogisk psykologisk fagkunnskap innenfor skoleverkets spesialinstitusjoner, noe ganske annet er erkjennelsen av at det er ønskelig og lønnsomt også å ha en psykologtjeneste i lokalsamfunnet, en tjeneste som alle og enhver kan søke hjelp hos uten å gå veien om andre instanser.

Ingen av de offentlige utredningene vi har omtalt i de foregående kapitler har gitt en grundig og empirisk forankret vurdering av behovet for en almenpsykologtjeneste på kommunenivå.

Det hadde vært naturlig at Nyhusutvalget i sin utredning om helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet hadde gått nærmere inn på hva psykologene ville kunne bidra med innenfor førstelinjetjenesten. På den annen side er det urettferdig å si at Nyhusutvalget helt har neglisjert psykologvirksomhet på grasrotplan. Det nevnes i utvalgets innstilling (p. 74) at det har vært et par *forsøk* med kommunepsykologstillinger i Odda og Kvinnherad kommune, og at psykologen i disse *forsøkene* har vært knyttet til den primære sosialtjeneste.

Når man leser dette, kan man få inntrykk av at det er snakk om systematiske forsøk med innbygde evalueringsprosedyrer iverksatt på initiativ av sentrale statlige myndigheter. De kommunepsykolog- og distriktpsychologstillinger som er blitt etablert er alle kommet igang på lokalt initiativ og de inngår ikke i noe statlig forsøksprosjekt. Dette betyr ikke at de

ikke kan sees på som et forsøk. Det er mulig å beskrive og evaluere virksomheten. Det er mulig å trekke ut erfaringer som kan være av verdi for planleggingen av den primære helse- og sosialtjeneste og PP-tjenesten i andre kommuner. Men, som vi tidligere har pekt på, når Nyhusutvalget henviser til disse forsøkene, synes det ikke å være for å søke delaktighet i de erfaringer som er blitt høstet, men mer for å kunne gardere seg mot beskyldninger om at utvalget ikke har satt seg inn i den kommunale psykologtjeneste som faktisk er blitt utbygd i mange utkantkommuner. Ved å henvise til «forsøk» og til at «utvalget er klar over de argumenter som kan fremføres for en kommunal psykologtjeneste» — kan utvalget i neste omgang opphøye seg til å være talerør for et selvdefinert overordnet helhetssyn.

Det er grunn til å stille spørsmål om departementale utvalg med ledere for riksinstitusjoner som formenn, er i stand til å anlegge et helhetssyn på det offentlige serviceapparat i små lokalsamfunn. Selv vil vi foretrekke et «helhetssyn» som er vokst frem gjennom prøving og feiling og erfaring nettopp på dette nivå. Under alle betingelser burde det være maktpåliggende for offentlig sentralt plasserte utvalg, dette gjelder både Nyhus- og Flekkøyutvalget, at de burde lytte til hvilke erfaringer som er blitt høstet med spesielle hjelpetjenester på kommunenivå før de trekker opp retningslinjer for hvordan disse bør utformes og organiseres. Et alternativ til en slik lydighet, vil være at utvalget selv utvirket iverksettelse av forsøksvirksomhet eller tok initiativ til en systematisk evalueringsstudie.

Det er mange kommuner som har psykologer i sin tjeneste. Man finner psykologene plassert innenfor skolesektoren, innenfor sosialsektoren og innenfor helsevesenet. Noen steder finner man psykologer med arbeidsoppgaver som går på tvers av sektorene. Enkelte av disse igjen kan betegnes som almenpraktiserende psykologer.

#### Litt om rammebetingelsene.

Det har lenge vært psykologstillinger på kommunenivå. De første skolepsykologstillinger på førti og femtitallet var kommunale stillinger, og den aktuelle organisering av PP-tjenesten er, for grunnskolen vedkommende, en kommunal oppgave. PP-tjenesten har i løpet av de siste 20 årene vokst en god del, og den er blitt pålagt nye oppgaver. Enkelte steder har dette endog ført til at man har opprettet egne underkontorer (lekotek, førskoleteam).

PP-tjenestens sterke lokale forankring kommer til uttrykk i de ulike kontorbetegnelser man finner fra sted til sted. Noen steder heter det skolepsykologisk kontor, andre steder PP-rådgivningskontor, tjenestekontor, senter, distriktssenter, rådgivningstjeneste for hjem og skole, pedagogisk psykologisk kontor, osv. Som tidligere nevnt har PP-kontorene et samlet fagpersonale på ca. 1.000.

Også den kommunale sosialtjeneste har i løpet av seksti- og syttiårene hatt en betydelig ekspansjon — både i arbeidsoppgaver og i antall tilsatte. I større kommuner er det mange steder ved siden av det kommunale sosialkontor blitt opprettet egne spesialavdelinger under sosialadministrasjonen: Ungdomskontor, uteliggerkontor, innvandrerkontor, planleggingskontor, barnevernskontor, sosialmedisinsk avdeling, oppsøkende avdeling osv. Hvis vi holder oss til sosialkontorene alene står vi overfor et fagpersonale på ca. 1.900.

Helsetjenesten på lokalnivå har tradisjonelt blitt ivarettatt av en tildels statlig finansiert distriktshelsetjeneste, en fylkesorganisert helsesøstertjeneste, og av selvstendig arbeidende almenpraktiserende leger og fysioterapeuter. Enkelte steder er det blitt opprettet kommunelegestillinger (ofte tilknyttet sosialadministrasjonen), og faste legestillinger tilknyttet helsesentre. En betydelig del av den primære helsetjeneste blir utført av den private stykkprisbetalte almenlegetjeneste. Tallet på distriktlege- og statslegestillinger utgjør anslagsvis ca. 900. I en oversikt fra 1977/78 blir det oppgitt at distriktshelsetjenesten består av ca. 1.800 leger, ca. 900 helsesøstre og 1.300 fysioterapeuter. Det gir en sum på ca. 4.000. Tjenesten har dessuten ekspandert en del i de siste 5-6 årene.

Gjennom den nye lov om helsetjenesten i kommunene, som skal iverksettes fra 1/1-84, vil kommunene

gjennom rammetilskudd fra Staten få anledning til selv å planlegge sin primærhelsetjeneste. De nåværende trygdekasserefusjoner vil bli sterkt redusert. De innsparte midler vil bli overført til kommunene, som på sin side vil kunne bruke midlene til å bygge opp og drive egne helsesentre eller til å kjøpe tjenester fra privatpraktiserende leger og andre fagfolk.

Vi vil her peke på at kjøp av almene psykologtjenester overhodet ikke blir nevnt i den nye kommunehelselov. Nyhusutvalget sier gallant at de kommuner som måtte ønske å opprette psykologstillinger, vil kunne gjøre det. Dette er selvsagt en svært vag og uforpliktende rettesnor for utbygging av førstelinjetjenesten. Utvalget konkluderer imidlertid med at det er viktig at etableringen av en kommunepsykologtjeneste blir avklart så snart som mulig.

Tilsvarende avklaringsønsker kommer også frem i Ot.prp. nr. 48 av 25/3-83, dvs. i Sosialdepartementets forslag til endring av lovene om fylkeshelsetjenesten. Det sies her:

«Departementet tar i denne proposisjonen ikke stilling til psykologens plass i den fremtidige kommunale helse- og sosialtjeneste. Dette spørsmål bør utredes nærmere. Departementet vil likevel understreke at verken den nye loven om helsetjenesten i kommunene eller forslagene i den foreliggende proposisjonen er til hinder for at kommunene ansetter psykologer med eller uten spesialistkompetanse, i helse- og sosialtjenesten innenfor kommunens ordinære budsjetter til helse- og sosialformål». (p. 31).

I innstillingen fra Stortingets Sosialkomité, datert 20. mai 1983, vedrørende ovennevnte Ot.prp., blir det særskilt kommentert på spørsmålet om psykologenes plassering. Komitéens flertall (medlemmene fra H., Kr.F., S. og Ap.) uttaler:

«Flertallet har merket seg at det i proposisjonen ikke er tatt stilling til psykologenes plass i den framtidige kommunale helse- og sosialtjeneste, men at dette spørsmål skal utredes nærmere.

Flertallet viser til at målsettingen er å styrke førstelinjetjenesten slik at flest mulig kan bli boende i, og få nødvendig service i lokalsamfunnet. Førstelinjeapparatet må derfor ha nødvendig tverrfaglighet. Bruk av psykologer på annenlinjenivå må etter flertallets mening forbeholdes reelle spesialistoppgaver.

Flertallet vil spesielt peke på at en rasjonell planlegging og utbygging av psykologtjenesten i dag vanskeligjøres på grunn av manglende data om psykologenes arbeidsområder, stillingsstruktur, økonomi og geografisk fordeling. Flertallet vil derfor be departementet ta initiativ som kan klargjøre disse forholdene». (p. 10).

Mens Nyhusutvalget snakker om behovet for en snarlig avklaring, går departementet et skritt videre og sier at det er et spørsmål som må utredes nærmere. Storkomiteén går på sett og vis nok et skritt videre — idet den ber departementet nokså direkte om

å utvirke til at den nødvendige klargjøring finner sted. Det faktum at Sosialkomitéen understreker behovet for tverrfaglighet i førstelinjetjenesten og at den peker på at annenlinjetjenesten må forbeholdes *reelle* spesialistoppgaver, må kunne tolkes dit hen at den etterlyser og anerkjenner behovet for en almenpsykologtjeneste på kommunenivå.

I tilknytning til hva som nettopp er blitt sagt, er det viktig å understreke at det i den reviderte lov om fylkeshelsetjenesten, som nylig ble vedtatt av Odelstinget, heter at enhver fylkeskommune skal sørge for planlegging, utbygging og drift av kliniske psykologspesialisttjenester, slik at befolkningens behov for nødvendige undersøkelser og behandling blir dekket. Med uttrykket «sørge for» menes at fylkeskommunen ikke selv nødvendigvis må stå for den daglige drift av tjenestene, men kan inngå avtaler med private om utføring av oppgavene. Med kliniske psykologspesialisttjenester menes tjenester fra psykologer som er godkjent spesialist i klinisk psykologi, klinisk psykologi med psykoterapi eller psykologisk behandling i h.h.t. gjeldende bestemmelser. Sistnevnte definisjon inngår som en del av lovens § 15, første ledd. Noen av NPF's interne spesialistordninger har altså nå fått innpass i norsk lov. Men, som vi har fremholdt ovenfor, psykologens plass innen 1.linjetjenesten er fremdeles uavklart.

### Om betegnelsen kommunepsykolog.

Kommunepsykolog er en ny stillingsbetegnelse som ikke går lenger tilbake i tid enn til midten av syttitårene (kfr. Sørbottnen, 1975; Breivik, 1979; Knoff, 1980). Når det i dag i offentlige innstillinger og faglitteratur henvises til kommunepsykolog, er det alltid snakk om en kommunal psykologstilling, en psykologstilling som i *alminnelighet* er tilknyttet det stedlige sosialkontor. Herav følger *som regel*: Sosialstyret er kommunepsykologens overordnede politiske organ og sosialsjefen hans administrative overordnede.

Det er ved enkelte kommunale sosialkontor opprettet utekontakter med feltarbeidsstillinger med oppgave å forestå forebyggende og oppsøkende arbeid blant barn og ungdom. Slike stillinger er i løpet av det siste året blitt utlyst bl.a. i Hol kommune, Sandefjord kommune, Skien kommune, Kristiansund kommune og Harstad kommune. Utekontaktstillingene blir gjerne utlyst med krav om at søkerne skal være psykolog, sosionom, barnevernspedagog eller ha annen relevant utdanning. Også feltarbeiderstillingene er i alminnelighet underlagt sosialstyre og sosialsjef.

Når vi ønsker å trekke et skille mellom kommunepsykolog og psykolog ansatt i kommunal utekontaktstilling, er det ett moment vi anser som viktig. En

kommunepsykologstilling er knyttet til sosialkontorets almene arbeidsoppgaver og ikke til en bestemt arbeidsmetode og/eller målgruppe.

Vi kan illustrere forskjellen med å sitere fra to utlysinger hvor den ene gjelder stilling som kommunepsykolog og den andre stilling som feltarbeider ved utekontakten.

Det sies i den første utlysning: Den som ansettes skal yte psykologisk service til sosial- og helsesektoren i kommunen. Arbeidsfeltet omfatter både barn og voksne. Vedkommende bør ha erfaring fra klinisk og konsultativ virksomhet. Det kreves evne til tverrfaglig samarbeid.

I den annen utlysning sies det at det gjelder å delta i oppsøkende og forebyggende virksomhet blant ungdom i drift. Jobben vil vesentlig bestå i oppsøkende arbeid i barne- og ungdomsmiljøene og vil innebære kveldsarbeid og uregelmessig arbeidstid. Det søkes etter en person med relevant utdanning og erfaring fra tilsvarende arbeid med barn og ungdom. Det vil bli lagt vekt på personlig egnethet.

Det finnes eksempler på stillingsutlysinger innen den kommunale utekontaktvirksomhet som er øremerket til psykolog og som ikke betoner den oppsøkende komponent i arbeidet. Et eksempel er utlysningen for en tid siden som psykolog ved utekontakten i Rana kommune. Det understrekes at utekontakten er en seksjon av sosialkontoret. Det sies at psykologstillingen vil bli tillagt dels direkte individualrettet klientarbeid, dels personalveiledning. Det søkes etter godkjent psykolog helst med erfaring fra generelt forebyggende og klientrettet arbeid.

Det er i høy grad et skjønsspørsmål om denne stillingen skal klassifiseres som kommunepsykolog. Arbeidsoppgavene tilsier en slik betegnelse, mens den administrative tilknytning peker i retning av en spesialistfunksjon.

Også et annet grenseområde kan by på definisjonsproblemer. Det finnes eksempler på psykologer som er tilsatt i kuratorstilling ved sosialkontor og som gjennom avtale med overordnet instans (sosialsjefen) har fått anledning til å utforme stillingen i tråd med egne faglige kvalifikasjoner. Stillingsbetegnelsen og rolleutformingen går her i forskjellig retning. I vår egen tenkning er vi tilbøyelige til å legge større vekt på at vi står overfor en psykologisk generalistrolle enn hvilken stillingsbetegnelse som blir benyttet.

Det er også viktig med en grenseoppgang i forhold til den kommunale PP-tjeneste. I noen kommuner er det blitt opprettet psykologstillinger som er delt med en halvdel på pedagogisk-psykologisk tjeneste og en halvdel på den kommunale helse- og sosialtjeneste. Stillinger av denne type blir gjerne betegnet distriktspsykologstillinger. Vi finner eksempler på slike stillinger i Klepp kommune, Enebakk kommune og i

Bremanger kommune. På alle disse stedene gjelder at psykologstillingen er administrativt underlagt skoleseksjonen og skolestyret i kommunen.

I utlysningen av psykologstilling i Bremanger kommune for et års tid siden blir det sagt at psykologen *på halv tid* skal utføre de tjenester ved PP-kontoret som er fastsatt i grunnskoleloven (kommunen har ca. 800 elever i grunnskolen), og på halv tid — utføre klientarbeid innenfor helse- og sosialtjenesten, være rådgiver overfor personell ved helsestasjon og sosialkontor, og forøvrig engasjere seg i opplysningsarbeid i kommunen.

I prinsippet vil vi si at stillinger av denne type faller innenfor vår definisjon av kommunepsykolog siden det er snakk om å utføre en generalistfunksjon. Vi vil følgelig ikke se det som noen absolutt betingelse at psykologen har sin administrative forankring innen sosialseksjonen. Men vi mener at det er et avgjørende poeng at psykologen har et nærmere kontaktforhold til sosialetaten enn bare å kunne tilkalles som konsulent og spesialist. Det er generalistfunksjonen som er avgjørende. Selv om en psykolog er ansatt i sosialetaten, er det ikke dermed uten videre snakk om en kommunepsykologstilling i betydning *en generalistrettet psykologstilling innen førstelinjetjenesten*.

Med utgangspunkt i en slik definisjon er det fullt mulig å tenke seg en kommunepsykolog som har sin hovedforankring innenfor helsevesenet. Det kan være snakk om en psykolog som er ansatt ved et kommunalt helsesenter eller legesenter — og som arbeider i team med almenpraktiserende leger. Man kan også tenke seg en psykolog tilsatt ved et distriktslegekontor. Men det er viktig å understreke at privatpraktiserende psykologer hittil i vårt land hovedsaklig har arbeidet med kliniske spesialistoppgaver, med *laboratediagnostikk og intensiv psykoterapi, og at trygdesystemets refusjonstakster passer bedre for psykologiske spesialisttjenester enn for generalisttjenester*. Det har dertil — fra midten av syttiårene — eksistert en bestemmelse om at det bare er spesialister i klinisk psykologi som har rett til refusjon fra trygdekontoret.

I lys av den utvikling som har funnet sted i vektleggingen av primærhelsetjenesten, og den utvikling som har funnet sted ved universitetene — i retning av å aksentuere en bred praktisk/klinisk generalistmodell som mål for psykologutdannelsen, er det på tide å revurdere hvilke kvalifikasjonskrav som bør stilles til refusjonsretten fra trygdesystemet, og også vurdere hvilke undersøkelses- og behandlingstakster som bør gjelde for almenpraktiserende psykologer.

#### Forholdene i andre land.

Både i Sverige og i Danmark er det relativt sett et langt større antall psykologer enn i Norge som

er ansatt i den primære sosialtjeneste. Psykologer som arbeider i denne tjeneste i Sverige går under betegnelsen distriktpsychologer (kfr. Artin et al., 1981; Larsson, 1981), mens betegnelsen kommunepsykologi har vunnet innpass i Danmark (kfr. Borg, 1980; Hansen et al., 1979). I 1982 var det ca. 170 danske psykologer som var tilsatt i sosialsektoren. Dette utgjør en betydelig andel (ca. 15 %) av landets yrkesaktive psykologer.

I en dansk artikkel om fremtidens psykologi på kommuneplan blir det fremholdt at det er et misforhold mellom de mange oppgaver som kaller på psykologisk viten og ferdighet hjemlet i sosialetatens lovverk, og det faktum at de fleste psykologstillinger og den mest konsoliderte kommunale psykologtjeneste er å finne innenfor skolesektoren. Sosialomsorgen har et bredere normalsiktepunkt enn folkeskoleloven, blir det hevdet (Borg, 1980). Videre sies det:

«Den sociale lovgivning har som formål at tilbyde materielle, økonomiske, sociale, boligmessige, uddannelsesmessige forutsætninger for borgernes kommunale tilværelse — et formål, der er langt bredere i sit indhold end Folkeskolens — langt mere variert i sine redskaper end Folkeskolen — langt mindre præcis med hensyn til, hvor psykologer kan arbejde og hvordan, hvilket i sig selv giver psykologer en mindre specialisert vinkel på arbejdet — i kommunale social- og sundhedsforvaltninger.» (p. 213).

I artikkelen blir det også gitt et forsøk på å beskrive hva kommunepsykologi *bør* stå for:

«Småbarn, skolebarn, voksne, familier kan kun bruke psykologiske spesialisters bistand i begrenset omfang til løsningen av deres problemer — deres kommunale tilværelse bliver kun i helt særlige tilfælde afgørende for andret af en fritsvævende pedagogisk og/eller klinisk psykologisk bistand: *Kommunepsykologi er altid et samarbejde* mellom psykologen og andre faggrupper, der yder kommunal service... *Kommunepsykologen er både specialist og generalist*... specialist-viden og -færdigheter er og bliver længe endnu nøglen til psykologstillingerne i kommunerne. Men hvis kommunalt ansatte psykologer låser sig inde med eksklusiv specialiststatus, låses det tværfaglige samarbejde og hermed en lang række viktige behandlingslinjer ude, og psykologer bliver kun supplementet i bedste fall i den kommunale service. Der skal formuleres og agiteres for en helt ny slags psykologi... *Kommunepsykologen har fagligt overblik og indblik i alle lovregler på det offentlige serviceområde*... *Kommunepsykologen har systemkendskab og er organisatorisk bevægelig i det kommunale servicesystem*...» (p. 213—214).

Det er foretatt studier av psykologers rolle og faglige bidrag innenfor den offentlige primære helsetjeneste i England (kfr. McCallister & Philip, 1975; McPherson & Feldman, 1977). Også fra Danmark er

det blitt rapportert om forsøk med psykologer tilknyttet almenlegepraksis (Blum et al., 1975; Fallov et al., 1976; Blakskjær, 1978; Elverkile, 1979; Folke, 1980; Bencke et al., 1982). Fra norsk side har Hillestad (1979) gitt en beskrivelse av samarbeid mellom psykolog og legeteam. Hillestad reiser spørsmål om det ikke først og fremst er den almenpraktiserende lege som er psykologens naturlige samarbeidspartner.

Det er naturlig å spørre hvilken betegnelse innen amerikansk psykologisk faglitteratur som best dekker hva vi legger i begrepet kommunepsykologi. «Municipal» eller «county psychology» har vi aldri støtt på. Derimot er vi kjent med at «rural psychology» både har gitt navn til et tidsskrift og til særlige studieprogram. På linje med vårt begrep kommunepsykolog har vi sett «rural psychologist» definert som «a flexible generalist who can effectively meet a wide range of needs».

Ifølge Hardgrove (1982) vil «a professional psychologist» som arbeider i «a rural area» uunngåelig komme til å funksjonere som «a generalist practitioner». Hardgrave gir følgende beskrivelse av den almenpraktiserende psykolog:

«The generalist-role brings the psychologist into contact with many people and agencies; he or she can become involved in treating persons who experience alcoholism, drug addiction or abuse, mental or behavior disorder, mental retardation, and «problems of living» that range from family or marital problems to natural crises, such as tornados, hurricances, earthquakes, and floods. The psychologists will also see children who have academic and behavioral difficulties at school and will work with persons charged or convicted of serious crimes, persons who are about to be committed to institutions for the mentally ill, persons who are on their way to or from institutions for the retarded, and older persons confined to skilled or unskilled nursing homes. The... psychologist... will have to consult with teachers, clergy, police officers, attorneys, employers, and other gatekeepers... The psychologist will be involved with self help groups... the psychologist will be called on to work closely with the medical community... in providing consultation and direct services for nonpsychiatric medical problems/as well as for mental and emotional problems. The psychologist may serve in a local health department's well-baby clinic and on a district special education screening team; participate in the predischage planning of patients about to be released from hospitals; and be concerned about... social support systems for persons who have no resources... Although clinical skills are vital to the successful functioning of the psychologist... it is not in the clinical domain that the psychologist finds an identity. The unique identity... is found in the heritage, perspective, and methodology used to solve individual and corporate human problems.... The most obvious nonclinical function of the psychological generalist... is research... Needs assessments, process and outcome program evaluation,

and management information system development are relevant administrative uses for psychological methodology... The second nonclinical function... is as a practitioner of community psychology». (p. 305-7).

Det er klare «overlap» mellom kommunepsykologi, slik vi bruker begrepet, og «rural psychology» slik dette er beskrevet ovenfor. Vi vil også peke på at samfunnspsykologi i vår språkbruk står for noe annet enn kommunepsykologi, på samme måte som «community psychology» som fremholdt bare vil inngå som ett element i en generalistrettet psykologrolle.

Kommunepsykologi vil omfatte anvendelsen av kunnskaper og ferdigheter i pedagogisk psykologi, klinisk psykologi, medisinsk psykologi, gerontopsykologi, organisasjonspsykologi, utviklingspsykologi og samfunnspsykologi. Dette er alt sammen psykologiske spesialdisipliner med forankring i internasjonal forskning og kunnskapsformidling. Den psykologiske almenpraktiker forutsettes å ha inngående kjennskap til alle disse spesialområder — uten å ha spesialistkompetanse på noe enkelt område.

#### Noen aktuelle problemstillinger.

Det er flere norske kommuner som har psykologer i sin tjeneste. Hvis vi begrenser oss til kommuner med en utviklet psykologisk førstelinjetjeneste, står vi bl.a. overfor disse stedene: Bremanger, Enebakk, Klepp, Kvinnherad, Odda, Rana og Vågsøy.

På bakgrunn av fremstillingen ovenfor vil vi stille følgende spørsmål: Hva vil det si for en kommune i distrikts-Norge å ha psykolog virkende innenfor sin førstelinjetjeneste? Har hensynet til distriktskommunene blitt tilstrekkelig ivaretatt i den sentrale planlegging innenfor skole- sosial- og helsesektoren i de senere årene? For å kunne foreta en mest mulig *helhetlig* vurdering av dette har vi formulert disse problemstillinger:

- 1) Bakgrunnen for kommunepsykologstillingene — hvordan og hvorfor ble stillingene opprettet?
- 2) Kommunepsykologenes konkrete jobbutførelse, — hvordan og til hva bruker psykologene tiden sin og hvordan ser de på sin egen arbeidssituasjon?
- 3) Arbeidspartnerens syn på kommunepsykologene, — hvilken holdning blir de møtt med og hvordan blir deres arbeidsinnsats vurdert av samarbeidspartnerne og av deres administrative overordnede?

Vi vil understreke at det er mange større bykommuner som har psykologstillinger innenfor sosialsektoren. I Oslo er det f.eks. ansatt psykolog ved ungdomskontoret og barnevernskantoret, og i Stavanger er det psykologstilling ved den sosialmedisinske avdeling. I de større byene er sosialkontoret erstattet av

distriktssosialkontor. En kommunepsykologstilling med generalistfunksjon i en storby, ville etter det vi ovenfor har anført, ha naturlig arbeidstilknytning til et distriktssosialkontor, til et distrikts PP-kontor, eller til et helseenter/helsestasjon for en bestemt bydel.

Vi har ikke sett det som noe mål å ta for oss samtlige kommunepsykologtjenester i landet. Vi har begrenset oss til psykologtjenesten i 6 kommuner, til tre kommuner hvor psykologen har sin hovedforankring til sosialkontoret og til tre hvor PP-kontoret er hovedbasen.

I de følgende kapitler vil vi gi en presentasjon av

kommunepsykologopplegget i hver av disse kommuner. Vi vil gi en kort beskrivelse av primærkommunen, dens geografi og økonomi, og av hvorledes idéen om kommunepsykologi ble unnfanget og brakt til virkelighet. Videre vil vi legge frem opplysninger om hvorledes kommunepsykologen organiserer arbeidet sitt og hvordan han ser på sin egen stilling. Endelig vil vi legge frem et omfattende datamateriale om hvorledes andre ser på kommunepsykologens jobbutforming og arbeidsinnsats. Dette vil føre oss over i en generell vurdering av psykologtjenesten i kommunene.

## Datainnsamlingen

Når vi i det følgende bare vil presentere intervju-data fra 5 kommuner, skyldes dette at vi av ressursmessige grunner bare har foretatt intervjubesøk til kommunene på Vestlandet. Den ene Østlandskommunen som er med i utvalget, vil hovedsaklig bli beskrevet på grunnlag av korrespondanse og offentlige dokumenter.

For å besvare de tre problemstillingene vi har trukket opp, vil vi i tillegg til å gjennomgå utredninger og saksapirer i offentlige arkiver, presentere data innhentet gjennom personlige intervjuer, telefonintervjuer og spørreskjemaer.

Vi ble fra starten stilt ovenfor spørsmålet om hvem vi burde kontakte for å få mest mulig nøyaktig og pålitelig informasjon. Når det gjaldt den første problemstillingen, om bakgrunnen for kommunepsykologstillingene, anså vi sosialsjefen som en sentral og viktig person. Men vi ønsket også der det lot seg gjøre å få et intervju med ordføreren og også helst med kommunens rådmann, formannskapssekretær eller kontorsjef. Det sier seg dog selv at det i første rekke er arkivstudier som er nødvendige når det gjelder å få tak i de historiske omstendigheter.

Når det gjelder kommunepsykologens konkrete jobbutforming, var vi henvist til å gjøre bruk av psykologene selv som informanter. Vi ba psykologene om å angi hvor mye tid de brukte på forskjellige arbeidsoppgaver innen en tilfeldig valgt måned. Senere ba vi om å få vite hvor stor andel av arbeidstiden som ble brukt til forskjellige gjøremål, til klientarbeid, kontorarbeid, møtevirksomhet, konsulentarbeid, osv.

Vi forsøkte å få greie på hvordan kommunepsykologene brukte tiden sin innenfor en tidsperiode, og

hva de på årsbasis anså som en typisk fordeling av arbeidstid (i %) på ulike arbeidsoppgaver.

Gjennom intervju prøvde vi å få frem hvorvidt den konkrete jobbutforming og tidsbruk samsvarte med psykologenes opprinnelige forventninger til arbeidet. Endelig ba vi psykologene angi på et særskilt skjema som ble sendt dem i posten, hvor hyppig de i arbeidet kom i kontakt med ulike klientkategorier.

Når det gjaldt den tredje problemstilling, hvorledes kommunepsykologen blir vurdert av ulike arbeidspartnere og administrativt overordnede, valgte vi å ta for oss fagpersonell på sosialkontoret, og der nest, hvis mulig, én eller helst flere leger, fysioterapeuter, sykepleiere, som hadde sitt arbeidssted i kommunen. Som tidligere nevnt intervjuet vi også sosialsjefen og der vi kom til, politiske og administrative ledere, og vi forsøkte også å få disse til å uttale seg om hvordan de vurderte den kommunale psykologtjeneste.

Det ble foretatt minst ett, men som regel to, besøk til hver av de utvalgte kommuner. Gjennom besøkene fikk vi informasjon om særtrekk ved de enkelte kommuner med hensyn til folketall, kommunikasjonsforhold og næringsliv. Vi skaffet oss data om kommunebudsjettene totalt og om delbudsjettene for helse-, sosial- og kirke- og kultursektoren. Helse- og sosialtjenesten i kommunene ble viet særlig oppmerksomhet.

Det ble på forhånd utarbeidet tre intervjumanualer, en til samtalen med arbeidspartnere, en til politikerne og administrasjonssjefene og en til psykologene. Manualene ble konstruert ut fra hensyn til en naturlig progresjon og tematisk kontinuitet. De fleste spørsmål ble stilt slik at de ga muligheter for åpne

svar. Det var informantenes egne holdninger og vurderinger vi var primært interessert i å få tak i. Noen av spørsmålene hadde flere underpunkter. Vi startet da ut med den mest åpne formulering, for senere å gå inn på nærmere presiseringer. Dette ble gjort for å motvirke at spørsmålstillingen skulle virke ledende på svarene.

Datainnsamlingen i kommunene ble utført av to viderekommende psykologistudenter (Bente Iversen og Morten Stephansen). Informantene ble først gitt en kort orientering om hvorfor vi hadde valgt ut kommunen deres. Dernest ble de bedt om å komme med eventuelle kommentarer eller spørsmål. Før intervjuingen tok til, forsøkte vi å tilrettelegge noenlunde ensartede rammebetingelser for datainnsamlingen.

Nedenfor er gjengitt hovedpunktene i de tre intervjumanualer som ble brukt i kommunene med psykologstilling ved sosialkontoret. Der hvor psykologen hadde sosialkontoret som en del av sitt virkeområde, ble spørsmålene modifisert tilsvarende.

#### Intervjumanual 1 (for arbeidspartnere).

«I de senere år er det kommet signaler fra departementalt hold som tyder på at distriktshelsetjenesten skal rustes opp og samtidig samordnes bedre med sosialtjenesten i kommunene. Dette kommer bl.a. frem i Nyhusutvalgets to innstillinger (fra 1979 og 1982). Psykologtjenesten er av Nyhusutvalget tenkt organisert inn under den fylkeskommunale virksomheten, og ikke slik som her i kommunen, — at der er psykolog ansatt på sosialkontoret. Ut fra at det finnes en psykologtjeneste her i kommunen, har vi tenkt å stille en del spørsmål om de erfaringer dere har med et slikt tilbud.

Kommentar eller spørsmål så langt?

- 1) Samarbeider du med kommunepsykologen?
- 2) Fra en *fylkeskommunal posisjon* er psykologene tiltenkt en konsulentrolle eller rådgiverfunksjon overfor leger, sykepleiere, sosionomer og andre i primærhelsetjenesten.
  - a) Har du noen kommentarer til dette?
  - b) Vil denne organiseringen av psykologtjenesten skape en tilfredsstillende ramme rundt et eventuelt samarbeid?
  - c) Vi er opptatt av om psykologer som blir ansatt innenfor fylkeskommunen er lett nok *tilgjengelige* for samarbeid med fagfolkene i primærhelsetjenesten? Hva er din mening om dette?
- 3) Fra offentlig hold (jfr. Nyhus og annet) poengteres det at folks grunnleggende og første kontakt med tilbudene i hjelpeapparatet bør skje med så få (fag)personer som mulig, og det foreslås ut fra dette at det særlig er leger, fysioterapeuter, sykepleiere og sosionomer som hører hjemme i primærhelsetjeneste og sosialtjenesten (1.linjetjenesten).
  - a) Hva er din mening eller kommentar til dette?
  - b) Hvilke profesjoner mener du hører hjemme i 1. linjetjenesten?

- c) Du nevner/nevner ikke psykologer. Hvorfor?
- 4) Myndighetene ønsker nå at primærhelsetjenesten skal rustes opp. Hva må til for at dette reelt skal skje?

Siden det er ansatt psykolog her i kommunen, vil vi spørre litt omkring dette:

- 5) a) Psykologstillingen(e) her ved kontoret må sees på som det konkrete utfallet av et *behov* for psykologtjeneste som må ha vært til stede. Kan du si noe om behovet eller bakgrunnen for denne stillingen?
- b) Hva var det psykologen først og fremst skulle ta seg av?
- c) Har psykologtjenesten her ved kontoret i praksis vist seg å innfri de forventningene som i utgangspunktet var til stede, eller de forventninger du har til psykologen? (Ja/nei: Konkretiser, gi eksempler).
- 6) I hvor stor grad skjer det at psykologen tildeles saker som de andre ansatte ved kontoret like gjerne kunne ta seg av? (Gi eksempler).
- 7) Er det arbeidsområder hvor psykologen særlig kommer til nytte?
- 8) Har det utkrystalisert seg typiske sosionomoppgaver og typiske psykologoppgaver her ved kontoret? (Konkretiser, gi eksempler). Hvis *ja*, gi begrunnelser. (Har dette noe med kvalifikasjoner å gjøre?)
- 9) Hvordan er samarbeidet ved kontoret organisert? Mener du dere har funnet frem til gode samarbeidsformer?
- 10) I hvilke saker er det særlig behov for samarbeid, og hvordan fungerer dette?
- 11) Det at det er tilsatt psykolog ved kontoret, har det noe å si for samarbeidet og/eller forholdet til andre instanser (sykehus, PPT, etc.)?
- 12) Tror du sosialkontorets profil har endret seg i folks bevissthet i og med at det her nå er en tverrfaglig sammensetning av personalet?
- 13) Til slutt: Nyhusutvalget nevner i sin innstilling at det tror enkelte større kommuner kan ha behov for å tilsette psykolog i primærhelsetjeneste eller sosialtjenesten. Har du en kommentar til dette?
- 14) (Bare til legene og fysioterapeutene) I hvilke saker samarbeider du med kommunepsykologen? Kan du si noe mer om dette samarbeid?

#### Intervjumanual 2 (for politikere, administrasjonssjefer).

- 1) Hvilke helsemessige og sosiale problemer vil du si er typiske for denne kommunen?
- 2) Mener du kommunen har utbygd en god nok helse- og sosialtjeneste til å ta seg av disse problemene?
- 3) Kommunen har ansatt psykolog på sosialkontoret. Hvorfor?
- 4) Er det spesielle helsemessige eller sosiale problemer kommunen har større evne til å ta seg av i og med at her nå finnes psykolog?
- 5) De siste årene har det kommet signaler fra myndighetene om at distriktshelse- og sosialtjenesten skal rustes opp og samordnes bedre. Psykologene skal imidlertid i følge de offentlige utredninger ha fylkeskommunal tilknytning, og ikke slik som her i kommunen

være ansatt på sosialkontoret. Det er tenkt at psykologene fra sin fylkeskommunale posisjon skal ha en rådgivende funksjon i forhold til helse- og sosialtjenesten ute i distriktene, og det sies at bare større kommuner vil ha behov for å tilsette egen psykolog. — Hva er din kommentar til dette?

- 6) Hva mener du må til for at en reell opprustning av helse- og sosialtjenesten utenfor institusjon skal finne sted?

### Intervjumanual 3 (for kommunepsykologene).

- 1) a) Hva er bakgrunnen for at du søkte kommunepsykologstilling?
- b) Hvilke faglige forventninger hadde du da du trådte inn i denne jobben?
- c) Føler du at det er samsvar mellom de forventningene du hadde og din jobbutforming?
- 2) Er det spesielle sider/ting ved jobben som har vist seg å bli annerledes enn det du hadde tenkt på forhånd?
- 3) a) Er det spesielle ting (fordeler/ulempes) du vil trekke frem som karakteriserer det å være tilknyttet sosialkontoret som utgangspunkt for den jobb du gjør?
- b) Hvordan ville dette stilt seg dersom du i stedet f. eks. var tilknyttet helsestasjon, et legesenter eller kanskje hatt diitt eget psykologkontor?

Vi skal i det følgende knytte noen få kommentarer til de tre manualene.

### Kommentar til arbeidspartner-manualen.

Det aller første spørsmålet dreide seg om kontaktforholdet. Vi mente det var riktig å få avklart om informantene hadde direkte eller indirekte kontakt med psykologer. En del av de etterfølgende spørsmål ville bli mindre relevante hvis informanten ikke hadde noe samarbeid med kommunepsykologen.

Gjennom det neste spørsmålet la vi først vekt på å presentere Nyhusutvalgets grunnleggende syn på psykologenes fremtidige plassering i helse- og sosialtjenesten. Vi ba om en kommentar til dette, og fulgte så opp med en mer utdypende utspørring.

Den neste seksjonen av spørsmål (fra spm. 5 til 13) henvender seg til de av informantene som selv arbeider på sosialkontor. I disse spørsmålene tar vi opp tema som opplevd behov for psykologhjelp, hva psykologen tar seg av gjennom arbeidet sitt, psykologens arbeid sett i forhold til de forventninger den enkelte har til en psykologtjeneste, samarbeidsforhold innad på kontoret og utad i forhold til andre instanser. Også brukergruppens syn på sosialkontoret blir berørt, i den grad de ansatte har et inntrykk av forholdet.

I et avsluttende spørsmål, rettet til leger og andre arbeidspartnere, ber vi om å få vite i hvilke saker det samarbeides med kommunepsykologen og om hvorledes samarbeidet arter seg.

### Kommentar til politiker-manualen.

Spørsmålene som inngår i denne manualen er stort sett ganske generelle. Vi spør først om kommunens helsemessige og sosiale problemer, og om kommunens evne til å løse disse problemene, for dernest å prøve og knytte dette til kommunepsykologstillingen — idet vi spør om *hvorfor* kommunen har valgt å ansette psykolog. Til sist spør vi om informantenes syn på Nyhusutvalgets plassering av psykologene innen helse- og sosialtjenesten, og om hvordan informanten mener en opprustning av denne tjenesten (sosial- og helsetjenesten utenfor institusjon) best kan realiseres.

### Kommentar til psykolog-manualen.

I spørsmålene til psykologen prøver vi å få frem hvorledes psykologen ser på sin egen stilling. Vi spør om bakgrunnen for at vedkommende søkte en slik stilling, hvilke forventninger som var til stede og hvilke muligheter som har foreligget for å utforme jobben etter egne interesser. Vi går også inn på hvordan psykologene opplever det å være i førstelinjetjenesten og være arbeidsmessig tilknyttet sosialkontor. Vi spør ikke psykologene hvordan de selv vurderer den jobben de gjør. Vi antok det var viktigere å få frem hva samarbeidspartneren mener om nettopp dette spørsmål.

### Om datainnsamlingen generelt.

Intervjuene varierte i lengde fra ca. 15 til 45 minutter. Det var stor forskjell mellom intervjuobjektene i hvor utfyllende og detaljerte svar de gav. Det ble ikke benyttet båndopptager. Svarene ble notert så nøyaktig som mulig i intervju situasjonen.

Noen av de informanter vi på forhånd hadde ønsket å komme i kontakt med, var bortreist eller umulig å få tak i på tidspunktet for besøket. Til noen av disse sendte vi intervjumanualen som et spørreskjema sammen med et følgebrev som orienterte om undersøkelsen. I et par tilfeller fikk vi kommunepsykologene til å overlevere skjemaet for oss. Til to informanter sendte vi først skjemaet, men avtalte at dette ikke skulle utfylles og returneres. I stedet ble skjemaet gjennomgått punkt for punkt i en telefonsamtale. Det var informantene selv som foretrakk denne fremgangsmåte.

Vi ble hele tiden møtt med velvilje av de informanter vi kom i personlig kontakt med. Vårt inntrykk er at både kommunepsykologene og mange av deres arbeidspartnere var svært interessert i våre problemstillinger og så velvillig på at undersøkelsen ble utført. Det var aldri vanskelig hverken å få tildelt de saksdokumenter vi ba om eller å få intervjuet de personer vi hadde valgt ut — forutsatt at de var til stede på tidspunktet for intervjubesøket.



Det er viktig å understreke at datainnsamlingen primært var rettet mot å få opplysninger om den kommunale psykologtjeneste innenfor helse- og sosialsektoren. Da hovedundersøkelsen ble planlagt hadde vi ikke greie på hvilke forslag Flekkøyutvalget ville komme opp med. Vi har ikke i undersøkelsen trukket inn skolesektoren på samme måte som de to andre sektorer. I så fall burde vi ha kontaktet skolesjef og skolestyreformann, rektorer og førskolelærere og samtlige ansatte ved det lokale PP-kontor. På denne måte ville vi ha kunnet danne oss et differensiert bilde av hvorledes PP-kontoret blir vurdert i lokalmiljøet og hvorledes man fra skolefolks side stiller seg til tanken om en PP-tjeneste utenfor skoleverket og om

en eventuell felles psykologtjeneste for skole, helse og sosialetat. Våre studier har klare begrensninger når det gjelder disse spørsmålene.

Under opplegget av undersøkelsen var vi først og fremst interessert i å kaste lys over Nyhusutvalgets syn på psykologtjenestens forvaltningsmessige plassering. Våre datas anknøyning til sentrale problemstillinger i Flekkøyutvalgets innstilling, ble vi først klar over på et senere tidspunkt. Vi har altså etterhvert utvidet siktemålet for datainnsamlingen, bl.a. gjennom å ta for oss også kommuner med kombinerte PP-stillinger, men det må understrekes at våre data har klare svakheter når det gjelder å belyse alternative organisasjonsformer for PP-tjenesten.

## Resultatene

I de følgende kapitler skal vi gi en kaspresentasjon av hver av de 6 kommunene som inngår i undersøkelsen. Først vil vi gi en kort beskrivelse av kommunens geografi, demografi og økonomi, og av det eksisterende opplegg av den lokale PP-tjeneste og av det lokale helse- og sosialapparat. Vi vil sammenfatte dette under betegnelsen kommunale særtrekk.

Det er lite mening i å gjengi alle uttalelser og alle svar som ble gitt i intervjusituasjonen. Det er nødvendig å trekke frem karakteristiske og dekkende svar, og også svar som avviker fra det vanlige mønster. Vi har valgt å gjengi mange av uttalelsene som ble notert i svarprotokollen. Når vi gjør bruk av sitater, lar vi dette komme frem i form av anførselstegn. Etter sitater står det ofte et referansenummer. Denne henviser til notefortegnelsen som er tatt inn helt bak i rapporten. Fortegnelsen viser hvor sitater er hentet fra i vårt primære datamateriale. Vi har samlet en

stor del av dette i en kildebok, og notefortegnelsen gir et kapittel og sidehenvisning til boken. Kildeboken er deponert ved Det psykologiske fakultets bibliotek ved Universitetet i Bergen. Det er altså i prinsippet gjørlig å etterprøve om våre sammendrag og sitater er dekkende i forhold til det samlede svarmateriale. For å kontrollere for muligheter av at vi selv kunne ha mistolket svarene eller selektivt valgt ut svar som passer med våre egne ønsker og meninger har vi bedt kommunepsykologene om å gjennomgå beskrivelsen av deres egen arbeidssituasjon og korrigere eventuelle feil eller misforståelser som kunne ha sneket seg inn i databehandlingen. Vi har også forelagt kasusbeskrivelsene av kommunene for sosialsjefen på stedet og fått bekreftelse på at de etter vedkommendes mening gir et korrekt bilde av forholdene. Holdbarheten av de kasusbeskrivelser som blir lagt frem i de følgende kapitler er altså blitt forsøkt kontrollert på forskjellig vis.

# Odda — primærkommune i Hordaland fylke

## Kommunale særtrekk.

Odda kommune ligger innerst i Sørfjorden, en sidearm til Hardangerfjorden. Innbyggertallet i 1981 var 9.041, med en nedgang siste år på 1,2%. Kommunen utgjør et område på 1.627 km<sup>2</sup>, men selve Odda er et tettbebygd lokalsamfunn. Andre tettsteder er Tysse-dal og Røldal. Av de 9.000 innbyggerne bor ca. 8.000 i tettstedene.

Sørfjorden er en trang fjordarm der fjellsidene mange steder går bratt ned til sjøkanten. Store deler av kommunen er høyfjellsvidder og bratte fjellpartier, og gir lite næringsgrunnlag. Bare 2% av befolkningen er sysselsatt i jord- eller skogbruk, mens over halvparten har sitt utkomme i den kraftkrevende industrien.

Odda er det største tettstedet i Indre Hardanger og er derfor et naturlig skolesentrum. I kommunen finnes det store områder uberørt natur, og det er rike muligheter for jakt, fiske og annet friluftsliv. Før storindustrien kom, var mye av næringslivet basert på turisttrafikk. Fremdeles er turisttrafikken og samferdselen gjennom kommunen stor. Helårsveien mellom Bergen og Oslo går gjennom Odda.

Det er som industristed Odda er kjent. De tre store bedriftene, Odda Smelteverk, Norzink og DNN-Aluminium, er alle bygget opp i dette århundret og opprinnelig basert på billig og lett tilgjengelig elektrisk kraft. Kommunen er preget av å være et typisk industristed — med mange industriarbeidsplasser og med en sterk fagbevegelse. Både før og etter siste krig har kommunen sammenhengende blitt styrt av Arbeiderpartiet. I det nåværende kommunestyret har AP 17 representanter. Dette er 7 mer enn Høyre, som er det nest største partiet. Videre har SV 4, RV 3 og NKP 1 representant, hvilket er med å skape en klar venstreprofil i kommunen. AP alene er større i Odda enn alle de borgerlige partiene tilsammen.

Med fallende eksportpriser og en vanskelig avsetnings situasjon på verdensmarkedet, har særlig DNN-Aluminium hatt problemer med å overleve. Sysselsettingsproblemene i Odda kommune har vært gjenstand for behandling i Stortinget flere ganger.

Det er fremdeles uvisst hvor mange industriarbeidsplasser som vil gå tapt. Det er nå full stans ved DNN-Aluminium. Det er blitt gitt en bevilgning tilsvarende 100 årsverk for veiarbeid på strekningen Odda-Utne. Det er meningen at ny industri skal bygges opp i Tysse-dal, men denne vil neppe gi så mange arbeidsplasser som tidligere. Odda kommune bærer for tiden preg av de nokså usikre fremtidsutsiktene.

Et særtrekk ved Odda er at de store bedriftene har

eid en stor del av de ansattes boliger. Boligene er blitt leid ut til sterkt subsidierte priser. Mange arbeidstakere har pga. den billige husleien ikke brydd seg om å bli selveiere. Dette kompliserer ytterligere de vanskelighetene mange arbeidstakere står overfor pga. permitteringer og oppsigelser.

Kommunikasjonsforholdene innad i Odda kommune er gode. Det er bussforbindelser Odda-Tysse-dal, Odda-Eitrheim og Odda-Røldal. Med unntak av Odda-Røldal er det tale om nokså små avstander.

Forbindelsen Odda-Bergen må betegnes som dårlig. Avstanden, kombinert med smale og dårlige veier langs Sørfjorden og Hardangerfjorden og avhengighet av ferge, gjør at en reise til Bergen tar ca. 4-5 timer. Det er daglig bussforbindelse Odda-Voss, og herfra kan en reise videre med tog til Bergen eller Oslo.

Kommunebudsjettet for Odda i 1981 lød på 91.615.000. Helsevesenet ble av dette tildelt 1.585.000 (1,7% — 5 ansatte), sosialsektoren 12.760.000 (13,9% — 88 ansatte), mens kirke- og kultursektoren fikk 3.556.000 (3,9% — 17 ansatte).

Sosialkontoret ligger i Odda sentrum. Kontoret har et fagpersonale på 6. Stillingsmessig fordeler personalet seg slik:

- Sosialsjef
- 2 psykologer
- 2 sosialkuratorer
- Vernepleier

Sosialkontoret administrerer stedets *oppøkende avdeling*. Avdelingen har to feltarbeidere som virker som utekontakt for den uorganiserte ungdommen i kommunen, spesielt med tanke på forebygging av alkohol og stoffmisbruk. Avdelingen ble opprettet i 1981. Videre har sosialkontoret ansvar for et tilsynshjem for alkoholikere (Solbakken).

Når det gjelder primærhelsetjenesten finner vi i kommunen 1 kommunelege, 3 distriktsleger og 1 privatpraktiserende lege. Den ene distriktslegen holder til i Røldal. To leger i Odda er tilknyttet bedriftshelsetjenesten.

Hordaland fylkeskommune driver et sykehus i Odda med 64 senger. Ved sykehuset er det planlagt oppstart av en psykiatrisk poliklinikk. Når det gjelder innleggelse av psykiatiske pasienter, sokner Odda til Valen psykiatiske sykehus i Kvinnherad. Fagpersonell fra dette sykehuset driver ettervernsvirksomhet med kontordager i Odda.

I Odda finnes et *krisekontor* (krisetelefon m/ overnattingsmulighet) for kvinner, åpent flere dager hver uke. Senteret drives på frivillig basis.

Odda kommune har felles pedagogisk-psykologisk tjenestekontor med Ullensvang og Eidfjord. Kontoret ligger i Odda. Det betjener 2.000 grunnskoleelever og 522 førskolebarn (3 årskull). Bemanningen på kontoret (1982) er 2 rådgiverstillinger, en sosialkurator, en spesialpedagog og en lekotekleder.

### Bakgrunnen for kommunepsykologstillingen.

De første skritt for å få opprettet en psykologstilling i Odda ble tatt i 1968. Det ble den gang i samarbeid med med Ullensvang kommune gjort vedtak om å opprette en skolepsykologstilling for Indre Hardanger. Vedkommende skulle ha kontor i Odda. Psykologstillingen ble utlyst flere ganger uten at man fikk noen søkere.

I 1973 ble det tatt et nytt initiativ fra skolekontoret og sosialkontoret i fellesskap. De to kontorer utarbeidet en skrivelse hvor de tok til orde for at det burde opprettes en psykologstilling i Odda kommune med oppgave å dekke både skole-, sosial- og helsesektorens behov for psykologhjelp.<sup>1</sup>

I utredningen blir det sagt at det er grunn til å anta at når man ikke har fått søkere til skolepsykologstillingen tidligere, har dette sammenheng med at yngre psykologer er mer opptatt av terapeutisk arbeid enn av de diagnostiserende og kartleggende oppgaver som ofte særpreger den pedagogisk-psykologiske tjeneste. Hvis psykologstillingen blir gitt en mer attraktiv faglig utforming, ville man sikkert kunne få kvalifiserte søkere. Et middel ville være å tilby psykologen å arbeide i team med sosialkurator, lege og lærere. Men innføringen av en slik teammodell vil også ha direkte fordeler for kommunen. Hittil har det vært vanlig at skolevesenet, sosialvesenet og helsevesenet jobber parallelt, og hver for seg. Men de fleste sosiale og personlige problemer er sammensatte problemer, og har årsakskjeder som går i mange retninger. Det er viktig at man i Odda trekker konsekvensen av dette og legger et totalitetssyn til grunn for oppbyggingen av et samarbeidende kommunalt hjelpeapparat. Det sies i utredningen:

«Det er åpenbart at en i dette samarbeidet savner en psykolog som er fast knyttet til kommunen. Savnet er like følbart i skoleverket som i sosialvesenet».<sup>2</sup>

Det blir påpekt at den tidligere opprettede skolepsykologstilling for Indre Hardanger for tiden er besatt av en spesialpedagog. Det er følgelig nødvendig å opprette en ny psykologstilling. Det argumenteres dels med at et helhetssyn er viktig for å trekke psykolog til kommunen, samtidig som en kommuneansatt psykolog

vil kunne medvirke til å få virkeliggjort det samme helhetssyn:

«Dersom kommunestyret godkjenner en slik stilling, vil det etter vår mening bli mulig å opprette samarbeidsrutiner som på den ene siden består av sosialkontoret med sitt personell, på den andre side av skoleverket med spesialpedagoger, rådgivere, lærere og skolelege, og på den tredje side av helserådet med distriktslege og helsesøster. Vi mener således at det vil bli lettere å få knyttet en psykolog til kommunen, dersom vi kan tilby mulighet for samarbeid med fagfolk innenfor samme totale arbeidsområde».<sup>3</sup>

Et av hovedpoengene i utredningen gjelder det konkrete behov for psykologisk bistand. Det blir nevnt at skolekontoret i sin tid regnet seg frem til at 150 elever i den 9-årige skole ville ha behov for spesialpedagogisk og psykologisk hjelp, og at det reelle registrerte tall siste år viste seg å være 156 elever. Det blir pekt på at elevtallet i skolen burde tilsi oppretelse av en heldagsstilling for psykolog bare for skoleverket. På den annen side vil en slik skoleverktilknyttet psykologstilling, bortsett fra problemene med å få den besatt, ikke medføre den helhetsløsning man i første omgang ønsker å få til.

Det kommer klart frem at skolekontoret ønsker seg en kommunepsykolog med praktisk/klinisk utdanning og erfaringsbakgrunn. Den samme preferanse kommer også til uttrykk fra sosialkontorets side.

Utredningen henvender seg spesielt til den problemstilling som Nyhusutvalget senere har aktualisert: Hvorfor kan man ikke i Odda benytte seg av psykolog på konsulentbasis og som veileder for fagpersonalet innen primærtjenesten? Det sies om dette: «Bare i liten utstrekning har vi kunnet dra nytte av utenbys psykologer, i noe større utstrekning av spesialpedagoger. Slik hjelp har vært til nytte, *men langt fra tilstrekkelig, fordi sporadiske konsultasjoner uten systematisk oppfølging og behandling naturlig nok er en reduserende faktor i seg selv*».<sup>4</sup> (uthevet her).

Også sosialkontoret gir en nærmere begrunnelse for hvorfor de mener at kommunen bør ha psykolog. Det sies at det må skilles mellom det latente og det aktuelle behov for psykologtjenester. Når det gjelder det latente behov refereres det til undersøkelser som viser at ca. 25 % av befolkningen har behov for psykiatrisk/psykologisk hjelp. I tillegg nevnes hyppigheten av psykosomatiske problemer, problemer som psykologen i kraft av sin utdanning har faglig innsikt i. Når det gjelder den aktuelle situasjon nevnes at i perioden 1. august til 15. desember 1972 hadde sosialkontoret behov for å drøfte konsultativt og dels henvisende direkte til psykolog, 75 saker. I løpet av de tre første månedene av 1973, blir det fremhevet, henviste kontoret i alt 20 saker til psykolog eller psykiater utenfor kommunen.

Et annet poeng som kommer frem i betenkingen er ønsket om at det kommunale sosialkontor skal bli godkjent som et sekundært familievernkontor. For å få dette til, blir det sagt, med rette eller urette, vil det være påkrevet å knytte til seg psykolog.

Sosialkontoret peker på at det over de senere år har brukt anslagsvis 10-15.000 kr. pr. år for å dekke utgiftene til konsulenttjenester fra utenfrakommende psykolog og psykiater. Hvis man kunne oppnå godkjenning som familierådgivningskontor, ville disse utgifter bortfalle og man vil samtidig få et ikke ubetydelig statstilskudd. Fra sosialkontorets side blir det derfor lagt vekt på at en eventuell psykologstilling i Odda må få sin administrative tilknytning til sosialkontoret. Men man stiller seg positiv til at 50% av psykologens arbeidstid blir øremerket til skolesektoren.

Umiddelbart skulle en tro at opprettelsen av en helt ny psykologstilling ville bety en betydelig merutgift for kommunen. De forhåndskalkyler som ble presentert viste imidlertid at den samlede nettoutgift for kommunen bare ville beløpe seg til *kr. 161,-*. Hvorledes man kom frem til dette tall, fremgår av følgende passus i utredningen:<sup>5</sup>

«Når en skal vurdere det økonomiske grunnlaget for etablering av den nye stillingen det her er snakk om, melder det seg straks spørsmål om mulige tilskott. Av slike er det her to til stede: 50% statstilskott til skolens del av nettolønn og 75.000 kroner i statstilskott til sosialkontoret dersom det oppnår status som primært familierådgivningskontor. Slik status er avhengig av at man får knyttet psykolog til kontoret. Med utgangspunkt i lønnsklasse 22.1 (topplønn for lektor) kan følgende lønns- og driftsutgifter antydes:

Kontant lønn .....	kr. 66.430,-
Bilutgifter .....	» 1.000,-
Telefon .....	» 1.000,-
Inventar/utstyr .....	» 20.000,-
Diverse utgifter .....	» 3.000,-
Samlede utgifter .....	<u>kr. 91.430,-</u>
Tilskott 50 % av nettolønn (halv stilling) .....	kr. 16.269,-
Statstilskott til familieråd- givningskontor .....	» 75.000,-
Samlet tilskott .....	<u>kr. 91.269,-</u>
Nettoutgifter for kommunen .....	<u>kr. 161,-</u>

Når man i dag ser tilbake på denne økonomiske kalkylen må den sies ikke å være helt reell. Men en sitter likevel igjen med inntrykk av at det bak argumentasjonen lå et sterkt og utbredt ønske om å få i stand en psykologtjeneste i kommunen.

Den omtalte utredning fra skolekontor og sosialkontor, datert mars 1973, fikk tilslutning både i sosial-

og skole-styret. Også formannskapet i kommunen sluttet seg til forslaget om å opprette stilling for kommunepsykolog. I forbindelse med sakens fremleggelse for kommunestyret, ble det i sosialstyret vedtatt å foreslå at en ledig kuratorstilling skulle omgjøres til psykologstilling.<sup>6</sup> Kommunestyret fikk med dette to saker å ta stilling til. Da sakene kom opp i kommunestyret i februar 1974, ble det vedtatt at de burde utsettes, og at sosialsjefen burde utarbeide en ny samlet innstilling.

Sosialsjefens nye betenking var mer omfattende, men inneholdt stort sett de samme argumenter som tidligere. Vi vil i det følgende gjennomgå endel avsnitt i den siste betenkingen — en betenking som er tatt inn i møteboken for kommunestyrets sammenkomst den 16/4-74.

Behovet for psykolog må sees i forhold til hvilke oppgaver et sosialkontor er pålagt, bl.a. gjennom lov. Det gjelder oppgaver som:

- 1) Rådgivning og veiledning i saker av sosial, økonomisk, personlig og familiemessig karakter,
- 2) forebyggende barne- og ungdomsarbeid,
- 3) rådgivning og behandling etter familiebehandlingsprinsippet.

I beretningsåret 1973 var det ved kontoret ialt 50 saker av familiemessig karakter, dvs. hvor mann og kone møtte regelmessig til samtaler på sosialkontoret. I noen tilfeller var også barna med. I praksis kan man si at sosialkontoret utførte/var pålagt familierådgivning etter beste evne ut fra den eksisterende bemanning. Kontoret måtte imidlertid viderehenvise en god del klienter til psykologer og til barne-, ungdoms- og voksenpsykiatriske avdelinger. I betenkingen sies det om dette: «Det vil alltid være behov for å nyttiggjøre seg spesialinstitusjoner, både konsultativt, men også for innleggelser. Imidlertid må mange familier i dag reise til Bergen, Oslo eller andre steder for å få poliklinisk hjelp, som en klinisk psykolog ved sosialkontoret kunne ha gitt».<sup>7</sup>

Det trekkes frem at sosialkontoret har relativt store utgifter til bruk av eksterne konsulenter og til å hjelpe klienter til behandling ved spesialinstitusjoner, men det legges også vekt på det menneskelige aspekt, fordelene ved å kunne spare folk for reiser og oppholdstid utenfor hjemstedet.

Utredningen inneholder også faglige begrunnelser for å opprette stilling for psykolog. Det sies om dette:

«Et annet aspekt er resultatet av den hjelp som oppnås når hjelpen befinner seg langt vekk fra familiens eget lokalmiljø. Innenfor det psykologisk/psykiatriske arbeidet arbeides det nå etter retningslinjer hvor det pekes på nødvendigheten av å styrke den faglige service i lokalsamfunnet. Problemene kan befinne seg i familien selv, i miljøet rundt familien som arbeidsplass, skole m.v., og det

er da en ubetinget fordel at faghjelpen kan stå i et nært forhold til problemene. I dag kan sosialkontorets egne fagfolk utføre en del av det individuelle og familierapeutiske arbeid som henvises til kontoret, og dels skjer dette i samarbeid med kontorets konsulenter. Imidlertid er det mange tilfeller hvor Odda sosialkontor i dag ikke kan tilby tilstrekkelig psykologisk service».<sup>8</sup>

Som en kommentar til de spørsmål som var reist i kommunestyret om å omgjøre en kuratorstilling til psykologstilling, nevnes at det er bred tverrfaglig enighet innad i kommunen om at dette bør skje: Spørsmålet om omgjøring til psykologstilling bygger på en rent faglig vurdering. På ny blir psykologen trukket frem som en sentral fagperson for å få i gang et bedre samarbeid mellom sosial- helse- og skolesektoren.

Sosialstyret sluttet seg på ny til innstillingen fra sosialsjefen, og denne gang ble innstillingen også tatt til følge av kommunestyret. I april 1974 ble dermed grunnlaget lagt for opprettelsen av den første kommunepsykologstilling i landet.

I forbindelse med utlysningen av den nye psykologstilling, ble det utarbeidet en egen stillingsbetenking eller stillingsorientering. Det sies her:

«Odda sosialkontor og Odda skolekontor har i fellesskap opprettet en kommunepsykologstilling.

Stillingen ønskes besatt av en klinisk psykolog. Vedkommende vil stå faglig fritt i utformingen av sin funksjon, men er administrativt underlagt sosialsjefen.

Målsettingen med stillingen er at psykologen skal yte psykologisk service overfor skole- og sosialektoren, og i nært samarbeid med helsesektoren. Vi regner med at det vil bli lagt vekt på samarbeids- og konsultasjonsarbeid i forskjellige temasammenhenger. Psykologen vil delta fast i teamet ved sosialkontoret, men ellers være med å etablere de teamsammensetninger som er nødvendige rundt en sak på tvers av institusjoner og faggrupper.

Hvordan arbeidet bør legges opp med fordeling på direkte klinisk arbeid og ren konsultasjon, må en finne ut av etterhvert. Imidlertid er vi åpne for tiltak innenfor forebyggende arbeid, spesielt innenfor barne- og ungdomsarbeidet. Det tenkes på konsultasjon ved daginstitusjonene, foreldregrupper, rådgivning ved helsestasjon m.m.

Det foreligger ingen instruks utover ovenforstående målsetting».<sup>9</sup>

Kommunepsykologstillingen ble utlyst sommeren 1974, og besatt fra januar 1975.

Et års tid etter beslutningen om å opprette en felles psykologstilling for skole og sosialetaten i Odda, men før denne stillingen var blitt besatt, ble den tidligere opprettede psykologstilling ved PP-tjenesten for Indre Hardanger ledig, og det ble vedtatt at den skulle utlyses på nytt. Denne gang meldte det seg kvalifisert søker til stillingen. Bare trekvart år etter at den nye kommunepsykologen var tiltrådt, ble det altså tilsatt en psykolog ved den lokale PP-tjeneste (Sørbotten,

1975). Tidsrommet mellom de to ansettelsene var for kort til at man fikk høstet pålitelige erfaringer med hvorledes en lokal PP-tjeneste kan utvikles med delaktighet av en psykolog som har sin administrative forankring innenfor sosialetaten.

For å få vite mer om bakgrunnen for kommunepsykologstillingen, intervjuet vi både sosialsjefen og ordføreren i kommunen. Vi fikk gjennom disse intervjuene i grunnen bare bekreftet det vi allerede hadde fått av bakgrunnsinformasjon ved vår gjennomgang av kommunale saksdokumenter.

Følgende hovedpunkter kan fremheves som bakgrunn for stillingen:

- En følte i kommunen et behov for et styrket samarbeid mellom sosialvesenet, skolevesenet, og helsevesenet. Psykologstillingen ble vurdert som en viktig brikke for å få til et bedre samarbeid mellom sektorene.
- Den tradisjonelle bemanning på sosialkontoret hadde ikke kompetanse til å ta seg av alle oppgaver kontoret ble stilt overfor. Psykologtjeneste ble sett på som en nødvendig tilvekst i denne sammenheng, og ble antatt å kunne føre til besparelser i kommunens bruk av ekstern konsulenthjelp samtidig som befolkningen ville få et bedre hjelpeapparat.
- Sosialkontoret ønsket godkjenning som familierådgivningskontor. Psykologstillingen ble sett på som avgjørende for at kontoret skulle få en slik ny status.

### Psykologens jobbutforming.

På tidspunktet for intervjuundersøkelsen (juni 1982) var det to psykologer som arbeidet ved sosialkontoret i Odda. Den ene var ansatt i den nevnte kommunepsykologstilling, den andre i en kuratorstilling. Bakgrunnen for den siste ansettelsen var at man ikke fikk noen sosionomutdannet søker til stillingen, noe man primært var ute etter, og så ble det vedtatt å ansette en psykolog i stedet. Vi vil i det følgende betrakte begge de to ansatte som kommunepsykologer, og vi vil skille mellom dem ved å betegne dem som henholdsvis kommunepsykolog I og kommunepsykolog II.

Kommunepsykolog I hadde vært i jobben i ca. 2½ år da vi første gang besøkte kommunen, mens kommunepsykolog II hadde vært i kommunen i ca. 10 måneder. Ved vårt annet besøk (høsten 1982) hadde den første av de to forlatt kommunen, og det var ansatt en ny psykolog i stillingen. Siden vi også på et par punkter har trukket inn sistnevnte som informant, vil vi for oversiktens skyld betegne vedkommende som kommunepsykolog III.

Det første spørsmål vi ønsket svar på var hvor mye tid som går med til de forskjellige arbeidsoppgaver

en kommunepsykolog stilles ovenfor i jobben. Vi ba psykologene om å føre et tidsmessig regnskap for en bestemt måned (mars 1982), og å rapportere hvor mange timer de hadde anvendt på en del nærmere angitte gjøremål.

Kommunepsykolog I opplyste i løpet av denne måneden å ha brukt 58 timer på psykologisk behandling og 6 timer på ettervernsarbeid (alkohol- og rusmiddelproblemer). Kommunepsykolog II sier også at klinisk og terapeutisk arbeid tidsmessig utgjør den dominerende del av jobben. Vedkommende opplyser å ha brukt 30 timer på psykoterapi, 8 timer på rådgivning til barnehager og ca. 18 timer på annen klinisk psykologisk virksomhet.

Begge psykologer sier at de i løpet av den utvalgte måned brukte en del tid (6-8 timer) på en undersøkelse de var engasjert i vedrørende Odda Smelteverk og DNN. De opplyser ellers at de begge deltok i utrednings- og planleggingsarbeid, hver på sin kant. Kommunepsykolog I brukte tid på en utredning til et kommunalt alkoholpolitisk utvalg (ca. 4 timer), mens psykolog II arbeidet med en kommunal barneplan (ca. 18 timer) og med en utredning for barnevernsnemnda (ca. 9 timer).

Begge kommunepsykologene anslår møtevirksomhet til å ha lagt beslag på ca. 25-30 timer. Ved siden av daglige personalmøter i forbindelse med en utvidet lunch er det ved kontoret faste fordelingsmøter der behandlingen av nye klienter blir gjennomgått og diskutert. Begge opplyser at de i løpet av registreringsmåneden hadde ett møte med PPT, ett med distriktslegen og helsestasjonen, ett med representanter fra arbeidskontoret og to møter med medarbeidere i det psykiske helsevern. Kommunepsykolog II rapporterer dessuten om deltagelse i et møte i barnevernsnemnda og om to møter i utvalget for utarbeiding av kommunal barneplan.

For å få sammenlignbare jobbopplysninger ba vi i en etterfølgende spesialundersøkelse (februar 1983) hver av kommunepsykologene om å angi skjønnsmessig hvor stor andel av den normale arbeidstid (ca. 40 t/uke) som går med til følgende aktiviteter:

- 1) Direkte klientarbeid (herunder psykoterapi, klient-samtaler, for- og etterarbeid, journalskriving, reising til og fra klienter);
- 2) indirekte klientarbeid (herunder samtaler, brev og telefoner med pårørende, forebyggende arbeid, møter vedrørende klienter, reising relatert til det indirekte klientarbeid);
- 3) utredning, planlegging og forskning (herunder møter og reiser knyttet til disse aktiviteter);
- 4) administrasjon (herunder kontorarbeid, administrasjonsmøter, administrativ saksbehandling);
- 5) undervisning (herunder intern opplæringsvirksom-

het, veiledning av kollegaer, forelesninger og foredrag); og

- 6) egen etterutdanning (herunder supervisjon og kurs, reiser i forbindelse med dette).

Videre ba vi om å få et overslag over hvor mye tid pr. måned som gjennomgående går med til henholdsvis reiser og møter.

Tabell 5 viser svarene som ble gitt av de tre kommunepsykologene.

Tabell 5:  
Arbeidstidens foredeling i prosent  
på ulike aktiviteter.

Aktivitet	Psyk. I	Psyk. II	Psyk. III
Direkte klientarbeid ..	45	34	33
Indirekte klientarbeid	15	16	18
Utredning, planlegging, forskning .....	5	14	15
Administrasjon .....	15	14	10
Undervisning .....	12	9	12
Egen etterutdanning ..	8	12	12
Reisetid i alt (i timer)	10	18	16
Møtetid i alt (i timer)	16	28	35

Det direkte klientarbeid utgjør for alle den del som tar minst tid. Mellom en tredjedel og halvparten av arbeidstiden går med til direkte arbeid med klienter. Forøvrig legger en merke til at det er ganske stor forskjell på hvor meget av arbeidsdagen (fra 5 til 15%) som går med til utrednings- og planleggingsvirksomhet. Vi merker oss også at administrativt arbeid legger beslag på mellom 10 og 15 % av arbeidstiden, og at de tre kommunepsykologene anvende praktisk talt like mye tid på selv å få som på selv å gi opplæring og undervisning. Begge kategorier legger beslag på ca. 10 % av arbeidstiden.

Når det gjelder det gjennomsnittlige antall timer som går med til reising pr. måned, finner vi en variasjon fra 10 til 18 timer, og når det gjelder tid i møter, en variasjon fra 16 til 35 timer. Sistnevnte tall er interessante, fordi de antyder at for enkelte kommunepsykologer kan det samlede antall timer til reiser og møter nå opp i en fjerdedel av den samlede arbeidstid. For den klinikkbaserte psykolog vil møter og reiser gjerne bli sett på som bortkastet eller som lite effektivt utnyttet arbeidstid. For en kommunepsykolog utgjør reiser og møter en viktig del av det daglige arbeid.

I en spesialundersøkelse ba vi kommunepsykologene om å angi hvor hyppig de i sin arbeidssituasjon ved sosialkontoret kom i kontakt eller berøring med ulike klientgrupper. Nedenfor er gjengitt svarene fra de tre psykologene.

*Hyppiggheten av kontakt med forskjellige målgrupper.*

Målgruppe	Psyk. I	Psyk. II	Psyk. III
Barn i skolealder og yngre.....	Iblant	Ofte	Sjelden
Skilte og separerte forsørgere.....	Ofte	Ofte	Iblant
Utlendinger, bostedsløse.....	Nesten aldri	Nesten aldri	Nesten aldri
Eldre, enker, enkemenn.....	Iblant	Sjelden	Iblant
Personer med alkoholproblemer.....	Nesten alltid	Iblant	Ofte
Personer med stoffproblemer.....	Ofte	Sjelden	Ofte
Fysisk funksjonshemmede.....	Nesten aldri	Iblant	Nesten aldri
Personer med samlivsproblemer.....	Ofte	Ofte	Ofte
Personer med psykisk funksjonssvikt (psykiatrisk ettervern) .	Ofte	Ofte	Ofte
Arbeidsløse/yrkesvalghemmete.....	Ofte	Ofte	Ofte

Det synes å være et karakteristisk trekk ved psykologens arbeidssituasjon at de blir stilt ovenfor nokså forskjellige målgrupper (eller klientgrupper). Blant Odda-psykologene er det klienter med alkohol- og stoff-problemer, med samlivsproblemer, med psykiske funksjonssvikt og med arbeids- og yrkesvalgsproblemer som utgjør hovedtyngden av klientkontaktene. Mer sjelden blir psykologene bedt om å tre til når det gjelder utlendinger, bostedsløse, eldre og fysisk funksjonshemmede. Sannsynligvis er dette oppgaver hvor andre yrkesgrupper ved kontoret er mer kompetente og derfor kommer sterkere inn i bildet.

Et annet spørsmål vi var interessert i var psykologenes eget forhold til jobben. Odda-psykologene sier at det var ønske om å arbeide i førstelinjetjenesten som i første rekke var grunn til at de søkte den jobben de nå har. De opplyser også at de håpet på å få arbeide på systemplan. Kommunepsykolog I uttrykker seg slik: «Jeg ville være en ressurs i lokalmiljøet og ønsket å fungere på to plan, både administrativt/forebyggende og som klientbehandler. Jeg tenkte systemorientert i forhold til jobben».<sup>10</sup>

Psykologene sier de opplever et samsvar mellom forventninger de hadde til jobben og den jobbutforming de har endt opp med. De prøver bevisst å kombinere klientarbeid med utrednings- og planleggingsarbeid, slik de i utgangspunktet hadde ønsket å få jobbe.

Med hensyn til sider ved jobben som har vist seg å bli annerledes enn det de hadde tenkt seg på forhånd, nevner kommunepsykolog II arbeidspresset og behovet for psykologhjelp. Dette er større enn forventet, sier vedkommende. Kommunepsykolog I på sin side sier at det har gått lettere å få innpass i systemet enn hva han forestilte seg på forhånd.

Begge kommunepsykologene (I og II) trekker frem fordeler ved tilknytningen til sosialkontoret. Kommunepsykolog I sier det slik: «Jeg har anledning til å sette meg inn i lokalsamfunnets administrering og blir tatt alvorlig av politikerne. Det er et bredt publikum som søker kontoret, ikke bare sosialkontorklientell. Nemndene er tilknyttet her. Dette fører til at jeg når en stor og vid gruppe. Jeg kan jobbe effektivt på

tiltakssiden ut fra de lett tilgjengelige ressurser. Dette hadde ikke gått så lett om en befant seg utenfor systemet som spesialist».<sup>11</sup>

Kommunepsykolog II trekker frem at nærheten til lokalmiljøet er en fordel. Dette gjør at en når frem til klientgrupper som ellers ofte faller utenfor systemet. Det er lett å få til samarbeid med andre deler av 1.linjetjenesten og kontakten med den politiske overbygging gjør det lett å fremme saker av generell karakter. Sistnevnte psykolog trekker dog arbeidspresset frem som en ulempe. En opplever ofte å bli sittende med klienter som alle andre instanser har avvist, og som en pga. tidspress har liten mulighet til å gi en fullt ut forsvarlig behandling.

Psykologenes uttalelser tyder på at de ser det som positivt å være tilknyttet sosialkontoret. Kommunepsykolog II hevder: «Jeg tror en annen tilknytning ville redusere mulighetene til å nå ut til enkelte klientgrupper, særlig lavstatusgrupper. Grupper som primært søker sosialkontoret ut fra økonomiske motiver, men som åpenbart har behov for annen hjelp, ville bli vanskelig å fange opp ved en annen tilknytning. Videre ville arbeid på systemplan bli vanskeligere. Informasjon til politiske myndigheter måtte gå gjennom flere ledd, og muligheten for at forslag til tiltak ble politisk behandlet ville bli tilsvarende redusert».<sup>12</sup>

Kommunepsykolog I sier: «Jeg kunne hatt en mer skjermet situasjon med eget kontor, men dette ville være en isolert rolle. Det er viktig i forhold til 1.linjetjenesten at jeg er på sosialkontoret».<sup>13</sup> Vedkommende sier videre at tilknytningen til sosialkontoret kan være en ulempe hvis en har liten klinisk erfaring fordi en her ikke kan gå inn i noen avskjermet rolle. Tilknytningen til sosialkontoret gjør at en havner midt i lokalsamfunnet både på godt og på vondt.

*Arbeidspartnernes syn på kommunepsykologen.*

For å belyse hvordan kommunepsykologen blir oppfattet i lokalmiljøet, innhentet vi opplysninger fra følgende informanter i Odda: Sosialsjefen, sosialkurator ved sosialkontoret, vernepleier ved sosialkontoret, sosialkurator og sykepleier ved Solbakken

tilsynshjem, kommunelegen, distriktslegen, lege i privatpraksis og to fysioterapeuter ansatt ved Lofthus fysikalske institutt. Videre intervjuet vi ordføreren i kommunen.

Hvordan ser 1. linjepersonell på et sted som Odda på Nyhusutvalgets forslag om en fylkesbasert psykologtjeneste?

Etter å ha hørt på hva 10 representanter for 1.linjetjenesten har å si om dette, sitter vi tilbake med inntrykk av at det er bred enighet om at kommunepsykologen sees på som et positivt og verdifullt ledd i det lokale hjelpeapparat.

Distriktslegen fremhever f.eks. at det nok kan være behov for veiledning av psykologspesialist innen 2. linjetjenesten, men at det også er behov for å overlate mer langvarig behandling til psykolog på stedet. Sosialkurator ved Solbakken er usikker på hvorvidt en psykolog i konsulentfunksjon vil kunne fungere godt nok samarbeidsmessig. De øvrige informantene er også kritisk til Nyhusutvalgets syn på dette punkt. Fysioterapeutene ved Lofthus fysikalske institutt (tidligere ansatt ved Odda sykehus) uttaler: «Det vil bli nærmest umulig for en psykolog å fungere som konsulent i så mange forskjellige tilfeller det her vil være snakk om. Ofte vil det også være vanskelig for andre faggrupper å benytte seg av disse råd. Vi kan ikke ta over en annen yrkesfunksjon. Problemene vil derfor lett forsvinne fra primærhelsetjenesten og over på spesialist/institusjonsplan».<sup>14</sup>

Alle informantene påpeker psykologens tilgjengelighet som en svært viktig forutsetning for et godt samarbeid. En desentralisert psykologtjeneste er imidlertid ikke tilstrekkelig, antar distriktslegen. Både tilgjengeligheten og samarbeidet vil avhenge av innstillingen til de personer som skal arbeide sammen.

Sosialsjefen uttaler: «Skal de være tilgjengelige, må de være i lokalmiljøet». Sosialsjefen sier seg enig i Nyhusutvalgets prinsipielle vurdering angående så få fagfolk som mulig innen 1.linjen, men når alt kommer til alt må behovet være avgjørende. Det er ressursødende med psykolog bare i Bergen, kommenterer han.

Alle informantene gir uttrykk for at de mener psykologen bør ha en plass innenfor den primære helse- og sosialtjeneste.

Nyhusutvalget mener at bare enkelte større kommuner kan ha behov for psykolog. I sin kommentar til dette sier sosialsjefen: «Jeg synes det er rart at nå når det er flere kommuner som har egen psykolog, — at det aldri har kommet en forespørsel om hvordan disse ordningene fungerer.»<sup>15</sup>

Distriktslegen mener at de fleste kommuner, muligens med unntak av småkommuner utover bygdene, kan ha behov for å tilsette psykolog. Psykologtjenesten bør dels stå på linje med almenlegetjenester,

sosionomtjenester, osv., og dels være en rådgivende 2. linjetjeneste, hevder han.

Kommunelegen tror det er mest bruk for psykolog i tettbygde strøk og i større kommuner. Men Odda, med sine ca. 9.000 innbyggere og industristeder, fyller etter hans mening disse kriterier.

Sosialkuratorene, vernepleieren, fysioterapeutene og sykepleieren tror at også mindre kommuner har bruk for psykolog. Både sosialkurator og vernepleier ved sosialkontoret trekker frem at psykologen særlig kommer til nytte når det gjelder behandling. Kurator mener at en god del institusjonsinnleggelse faktisk blir unngått og at psykologtjenesten ved kontoret har ført til at en i større grad enn før har kunnet trekke inn hele familier i omfattende behandlingsopplegg.

Sosialkuratoren og vernepleieren sier at behovet for samarbeid med psykolog er størst i komplekse familiesaker og i saker hvor det inngår psykiske plager av forskjellig art. De ansatte ved sosialkontoret karakteriserer det eksisterende samarbeid som godt.

Sosialsjefen ser på psykologen som en fagmann med spesiell kompetanse når det gjelder psykiske lidelser. Likevel mener han at det må være arbeidsoppgavene kontoret blir stillet overfor snarere enn medarbeidernes yrkestittel som må være avgjørende for hvilke saker den enkelte jobber med. Psykologen må trekkes inn i arbeidet også på områder hvor vedkommende ikke har noen spesialkompetanse i forhold til det øvrige personalet.

Sosialkurator sier at psykologen i stor grad har tatt seg av hele spekteret av klientenes problemer. Kurator ser på dette som svært viktig. Psykologen må også kunne være saksbehandler. Det hender sosialkurator må tre støttende til i saker der økonomi er involvert, på samme måte som psykologen kan gi veiledning på andre saksområder.

Fysioterapeutene som vi intervjuet arbeider ikke lenger i Odda kommune, men var tidligere samarbeidspartner for psykologen. Særlig gjaldt samarbeidet saker hvor psykosomatikk var involvert. De sier begge at de følte behov for direkte samarbeid med psykolog. Pga. avstand mellom arbeidsstedene foregikk kontakten oftest via telefon. Men det hendte at det ble avtalt timer hvor både psykolog, fysioterapeut og klient var til stede.

Distriktslegen har møter med kommunepsykologen hver 14. dag hvor kasusdrøftinger inntar en sentral plass. Ellers er det endel telefonkontakt mellom møtene.

Kommunelegen opplyser at han samarbeider med psykologen om klienter med alkoholproblemer og nevrotiske plager. Han anser samarbeidet som positivt for begge parter.

Både sosialsjefen og sosialkuratoren mener at psykologtjenesten har gitt sosialkontoret et nytt ansikt



utad. Publikums holdning til å oppsøke kontoret synes å være i ferd med å endre seg. F.eks. er det blitt registrert et tilsig av klienter med en bredere miljøbakgrunn enn tidligere.

Når det gjelder sosialkontorets forhold til andre instanser, opplyses at det alltid har vært et godt samarbeid med PPT og HVPU. Sosialsjefen mener dog at psykologene har hatt en helt klar positiv betydning for sosialkontorets forhold til sykehustjenesten i fylket.

Under vårt første besøk i Odda hadde vi en uformell samtale med skolepsykologen (som var nyansatt) og sosionomen på PPT-kontoret. Vi fikk her høre at samarbeidet med sosialkontoret og kommunepsykologen ikke var så bra som det burde være. Det store

arbeidspresset ved sosialkontoret ble sett på som hovedårsaken til dette. Bl. a. ble det uttrykt ønske om et nærmere samarbeid når det gjelder forebyggende virksomhet. Fra PPT-kontorets side ble det like fullt fremhevet at man anså det som betryggende å vite at det var psykolog på sosialkontoret.

PPT-kontoret i Odda dekker også kommunene Ullensvang og Eidfjord. Det ble hevdet at presset mot PPT fra disse kommunene er relativt større enn fra Odda. Det ble sagt at dette muligens kunne ha sammenheng med at disse to kommunene ikke har et så godt utbygd sosialkontor som Odda. Uttaelsen understreker betydningen av å anlegge et helhetsperspektiv på hjelpetjenesten i lokalsamfunnet.

## Kvinnherad — primærkommune i Hordaland fylke

### Kommunale særtrekk.

Kvinnherad kommune ligger ved Hardangerfjorden, omtrent midtveis mellom Bergen og Haugesund. Kommunen har et flateinnhold på 1.136 km<sup>2</sup>. Av dette er ca. 1.000 km<sup>2</sup> fastland og resten øyareal. Innbyggertallet i 1981 var 12.965, med en vekst siste år på 0,7 %. Det er en ganske frodig kommune og det er en kommune, som når det gjelder næringsveier, har mange bein å stå på. Det er mange gårdsbruk og det drives også en del fiske. Det finnes i kommunen 5 skipsverft og en storbedrift. Virksomheten på disse stedene er imidlertid svært konjunkturavhengig, og våren 1982 var det i kommunen ca. 400 arbeidsledige. Bebyggelsen i Kvinnherad er nokså spredt, og kommunikasjonsforholdene til utkant-områdene er dårlige. Sosialsjefen fortalte at et enkelt hjemmebesøk kan by på opp til 100 km reising. I den nordøstlige del av kommunen er det fremdeles bygger uten veiforbindelse med omverdenen.

Det viktigste industriforetagende i kommunen er Sør-Norge Aluminium på Husnes, bygd opp fra midten av 60-tallet. Dette er en storbedrift, og rundt dens virksomhet har det vokst opp et befolkningssenter. På Husnes er det nå mange nye boligfelt, hotell, kino og samfunnshus, flere skoler, sykehjem og helsesenter.

Kommunen, og da særlig Husnes, bærer i noen grad preg av at industrireisingen foregikk i et raskt og ikke alltid like gjennomtenkt tempo. Bømiljøet på Husnes beskrives som ustabil. Her er mange enslige

og mange unge, enslige forsørgere. Til forskjell fra andre deler av kommunen er det på Husnes svært få som har slekt som kan ta seg inn og hjelpe eller avlaste i en vanskelig situasjon. I kjølvanet av industrialiseringen ser en på Husnes et lokalsamfunn som det ikke er like lett for alle å finne seg til rette i. Vi ble fortalt på sosialkontoret at for bare noen få år siden møtte man her en helt annen problematikk enn den som var vanlig ellers i kommunen. Over de siste årene har situasjonen imidlertid jevnet seg en god del ut. Sosialhjelp ytes nå mer spredt utover hele kommunen, sies det.

Kvinnherad er et samfunn som har vært gjennom en brytningstid. Overgangen fra et jordbrukspreget samfunn til en moderne industrikommune har ikke vært smertefri. Kommunen har i dag ca. 1.900 industriarbeidsplasser, hvorav ca.  $\frac{1}{3}$  ved Sør-Al.

Etter kommunesammenslåingen i 1965 ble Rosendal valgt til kommunesentrum. Rosendal er mest kjent for Baroniet, en fredet bygning og eiendom, nå eid av Universitetet i Oslo. Om sommeren finner en god del turister veien til Rosendal for å nyte naturen på stedet og også ta en tur innom Baroniet. Her er også et hotell, flere forretninger og noen nye boligfelt. Sentraladministrasjonen i kommunen har nylig tatt i bruk et nytt og moderne administrasjonsbygg på stedet.

Et gammelt kultursenter innen kommunen er Halsnøy. Dette stedet er kjent for sine klosterruiner.

Øyen er preget av å være et nokså rikt jordbruksområde. Det drives også en del fiske. Samfunnet beskrives som tradisjonsbundet og preget av sterke familiebånd.

Et viktig kommunikasjonsentrum i Kvinnherad er Sunde. Herfra går hurtigbåt til Haugesund/Stavanger og til Bergen. Reisen i begge retninger tar ca. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> time. Sunde har også fergeforbindelse med Leirvik på Stord, en annen av Sunhordlands storkommuner. Kvinnherad har bussforbindelse med Bergen, to ganger daglig. Reisen tar ca. 4 timer, avhengig av hvor i kommunen en skal eller kommer fra.

Kommunebudsjettet i Kvinnherad i 1981 var på ca. 115 millioner kroner. Av dette gikk 2.634.000 til helsevesenet (2,3 % — 7 ansatte), 20.499.400 til sosialstaten (17,8 % — 90 ansatte) og 4.122.200 til kirke- og kulturliv (3,5 % — 8 ansatte).

Høyre er det største partiet i kommunen, med 12 representanter i kommunestyret. Deretter følger Senterpartiet med 11, Areiderpartiet med 9 og Kristelig Folkeparti med 8. Av småpartiene har Venstre 2 representanter, Sosialistisk Venstreparti 1 og en uavhengig liste også 1 representant. Den politiske tyngde utgjøres av H, Sp. og Kr. F., med tilsammen 31 av de 44 plasser i herredsstyret.

Helse- og sosialarbeidet i kommunen er konsentrert om fire distrikter: Rosendal, Husnes/Sunde, Halsnøy og Ølve/Hatlestrand (på nordsiden av Hardangerfjorden).

Sosialetaten har som nevnt, sitt hovedkontor i Rosendal. Bemanningen på sosialkontoret når det gjelder klientbehandlere er følgende:

Sosialsjef  
Kommunepsykolog  
Sosialkonsulent (sosionom)  
Sosialkurator (sosionom)  
Ergoterapeut

Sosialkontoret har utekontor på Husnes to dager i uken, men psykologen deltar bare en av disse dagene. Videre har psykologen og en av sosionomene utekontor en gang ukentlig på Halsnøy.

Det er i kommunen nylig oppstartet et hjem for psykisk utviklingshemmede. Når det gjelder psykisk helsevern sokner kommunen dels til Valen sykehus og dels til en nyopprettet (1981) psykiatrisk poliklinikk tilknyttet lokalsykehuset på Stord. Det rapporteres at poliklinikken på grunn av avstander og kommunikasjonsforhold ikke utgjør noe godt tilbud for befolkningen i Kvinnherad.

Kvinnherad er hjemsted for ialt 7 leger, herunder en turnuskandidat (Husnes). Blant legene er det 4 distriktsleger. Både på Husnes og i Rosendal er det dessuten privatpraktiserende lege.

Kvinnherad har eget pedagogisk psykologisk rådgivningskontor. Kontoret er beliggende på Husnes. Det betjener 2.300 barn i grunnskolen og 700 førskolebarn (3 årskull). Bemanningen på kontoret (1982) er en pedagogisk-psykologisk rådgiver, en sosialkurator og en spesialpedagog.

#### Bakgrunnen for kommunepsykologstillingen.

I et rundskriv fra Sosialdepartementet til landets kommuner i 1976, om gjennomføringen av lov om sosial omsorg, ble det pekt på at statstilskudd til drift av sosialkontorene vil være avhengige av at kontorene pr. 1/9-78 oppfylte bestemte stillingsnormer. Dette rundskrivet ble en påskyndelse for Kvinnherad kommune. Kommunen manglet på dette tidspunkt 2 stillinger for å oppfylle kravene til minimumsbemanning. Som saksdokument til sosialstyrets møte den 10/8-77 fulgte følgende forslag fra sosialsjefen: «Kvinnherad sosialstyre søker oppretta ved sosialkontoret stilling som *kurator/barnevernspedagog* frå 1/1-78, og som *psykolog* frå 1/7-78. Søknaden er i samsvar med Sosialdepartementets sine krav for stillingar ved kommunale sosialkontor».<sup>16</sup>

Sosialstyret følte seg ikke beredt til å ta noen avgjørelse på stående fot, og ba om å få en nærmere redegjørelse for psykologen sitt arbeidsområde.

I møteboken for sosialstyrets neste møte den 21/9-77, finner vi en lengre utredning om saken fra sosialsjefen.<sup>17</sup>

Først kommer en generell innledning. Det nevnes at sosialkontoret skal dekke tjenester som favner fra rene administrative og økonomiske saker til rådgivning i personlige og familiære vansker. Det sies så at sosionomutdannelsen er den utdannelsen som best er tilpasset sosialkontorets vanlige arbeidsområder. Sosialsjefen skriver at dette går frem av Sosialdepartementets rundskriv (15/76). Men i samme rundskrivet understrekes sterkt at kommunene må skaffe personer som er best mulig kvalifisert i klientarbeidet. Videre heter det i utredningen: «Ut i frå talet på tilsette ved sosialkontoret og dei arbeidsoppgåvene ein er tillagt, har ein funne det naudsynt med ei brei fagleg samansetting av personalet og såleis er psykologstillinga teken med. Stillingen er vurdert opp mot stillinga som førskulelærer og barnevernspedagog».<sup>18</sup>

I redegjørelsen henviser sosialsjefen til Odda kommune og til Stavanger kommune som begge steder har psykolog tilknyttet sosialforvaltningen. Sosialsjefen går deretter over til å beskrive aktuelle arbeidsoppgaver for psykologen, og mener at Sosialkontoret gjennom psykologen vil kunne få status som familierådgivningskontor. Det sies: «Psykologen vil gå inn som ein del av teamet ved familierådgivningskontoret både ved å delta i arbeid med familiar direkte og ved

konsultasjonar». (Det kan her nevnes at sosialsjefen i Kvinnherad har spesiell kompetanse med hensyn til familierådgivning — og at kontoret derfor selv mener det lenge har drevet med «profesjonell» familierådgivning — uten å være formelt anerkjent som familierådgivningskontor). Parallelt med opprettelsen av psykologstillingen søkte kontoret om godkjenning som sekundært familierådgivningskontor. Slik godkjenning ble ikke gitt idet det på dette tidspunkt var slutt med statstilskudd for nyetablering av slike kontorer.

Sosialsjefen sier i sin betenkning at psykologen skal drive *direkte behandling* av klienter med psykiske lidelser som ikke krever institusjonsinnleggelse. Det blir fremholdt at det i mange tilfeller dreier seg om personer som av andre grunner kommer i kontakt med sosialkontoret.

En annen viktig oppgave vil være *konsultasjon*. Sosialsjefen skriver at de øvrige tilsatte ved kontoret ofte opplever behov for å trekke inn psykologisk ekspertise. Psykologen bør videre gi råd og veiledning til personalet ved kommunens eldreinstitusjoner.

Helsestasjonen nevnes som et aktuelt arbeidssted for psykologen. Sosialsjefen skriver: «Det vil vera naturleg at psykologen deltek i helsestasjonen sitt *førebyggjande arbeid*. Her gjeld det rådgjeving til foreldre, helsesøstre og legar».

Psykologen bør også samarbeide med og være i kontakt med fylkesinstitusjoner. Sosialsjefen tenker seg at psykologen sammen med sosionom bør være bindeledd mellom sykehus og hjemmemiljø. Dette gjelder *ettervernsarbeid* og også poliklinisk behandling i lokalmiljøet.

Av andre gjøremål nevnes *opplysningsarbeid* av mentalhygienisk karakter, drift av edruskapsgrupper og av foreldregruppe for funksjonshemmede barn. Det blir også nevnt at psykologen bør trekkes inn i det kommunale *planleggingsarbeid*. «Hovudformålet med psykolog må væra å betre den psykologiske teneste for folk i Kvinnherad, driva eit målretta førebbyggjande arbeid i folkesetnaden og styrkja sosialkontoret sin faglege kompetanse».

Sosialstyret vedtok på møte 21/9-77 enstemmig å gå inn for opprettelsen av kommunepsykologstilling. Saken ble deretter oversendt til formannskapsbehandling.

I rådmannens innstilling til formannskapet sies det at det er uheldig at departementet stiller bemanningskrav som en forutsetning for statstilskudd for drift av sosialkontorene. Man kunne søke om dispensasjon, men rådmannen tvilte på at sosialstyret ville si seg enig i dette. Rådmannen skriver videre: «Ein vil også gjera merksam på at det ligg føre forslag om å koma igang med familierådgjevningskontor. Rådmannen tviler sterkt på at departementet vil godkjenna eit slikt kontor, som er ein tilleggsfunksjon til sosialkon-

toret, dersom ikkje minstekrava til bemanning er oppfylt». Resultatet ble at formannskapet gikk inn for den ny stillingen.

Den endelige avgjørelse om opprettelse av psykologstilling, ble tatt under sakens annen-gangs behandling i kommunestyret.<sup>19</sup> Et mindretall mente at sosialkontoret hadde økt så raskt de forutgående årene at det nå var påkrevet med en stabiliseringsperiode. Mindretallet gikk inn for at kommunen skulle søke dispensasjon fra bemanningskravet, og eventuelt ta saken opp på nytt hvis dispensasjon ikke skulle bli gitt.

Flertallet mente på sin side det allerede var klart at dispensasjon ikke ville bli innvilget. Departementet hadde utvetydig gitt uttrykk for at bemanningskravet måtte innfris før tilskudd ville bli gitt. Den eneste mulige dispensasjonsgrunn ville være at opprettede stillinger ikke fikk søkere, og at de dermed ikke kunne besettes.

Det var Fylkesmannen som i en kommentar til det første vedtaket i kommunestyret forlangte at saken måtte opp på nytt fordi det ikke hadde oppnådd det nødvendige  $\frac{2}{3}$  flertall. Ved andre gangs behandling 4/9-78, vedtok kommunestyret med nøyaktig  $\frac{2}{3}$  flertall, å opprette stillingen fra 1/9-78. (Sic.). Dermed holdt kommunen seg innenfor den tidsfrist departementet hadde satt.

I intervju med sosialsjefen sommeren 1982 ba vi om nærmere utdyping av forhistorien til kommune-psykologstillingen. Det ble bekreftet at bemanningsnormen var en viktig faktor, men at det også var andre momenter i bildet. En psykolog ville gi sosialkontoret et bredere behandlingstilbud og det ville forandre sosialkontorets profil, det ville signalisere at det ikke bare var et sted som ga tilbud om økonomisk hjelp. Et annet moment ble også nevnt:

Psykologstillingen kunne motvirke den «akademiske sperren» mellom sosialkontor og andre instanser. For noen klienter — og samarbeidspartnere — er *status* viktig. Det er mer stas å snakke med en psykolog. Han trodde derfor at psykologens akademiske bakgrunn kunne være en fordel f. eks. i samarbeidet med legene innen primærhelsetjenesten og med fylkeskommunale institusjoner. Sosialsjefen sier også: «Bakgrunnen for stillingen var ønske om godkjenning som sekundært familierådgivningskontor. Videre var det erkjennelsen av betydelige psykiske problemer i befolkningen som medvirket til at stillingen kom. Psykologen skulle arbeide med barnevern, edruskap, familieproblematikk, planlegging, forebyggende arbeid og forskning».<sup>20</sup>

Ordføreren i kommunen begrunner etableringen av stillingen med behovet for psykologtjeneste på kommuneplan. Han sier at erfaring har vist at kommune-psykologen har nok å gjøre blant barn, ungdom og

eldre. Psykologen øker kommunens evne til å ta seg av spesielle problemer. «Det er godt at kommunen har tilbud om psykologtjeneste», uttaler ordføreren.<sup>21</sup>

På bakgrunn av saksapirer, samtaler og intervjuer kan vi summere opp følgende hovedfaktorer som førte til kommunepsykologstillingen i Kvinnherad:

- Ønsket om å innfri nye departementale bemaningskrav for sosialkontor.
- Ønsket om å få sosialkontoret godkjent som sekundært familierådgivningskontor.
- Ønsket om en tverrfaglig sammensetning av personalet på kontoret.
- Ønsket om et bedre samarbeid med andre instanser, særlig instanser innen helsesektoren.
- Erkjennelsen av betydelige psykiske problemer i befolkningen, og at dette tilsier en primær psykologtjeneste.

### Psykologens jobbutforming.

Ifølge psykologens timeregnskap for mars 1982 ble 22 timer brukt til individuell klientbehandling. En dag gikk i sin helhet med til konferanser og telefon-samtaler i forbindelse med en akutt krisesak. Videre: 29 timer ble brukt til kontorarbeid og planarbeid, 20 timer til møtevirksomhet (bl.a. møter med PPT og distriktslege) og 13 timer til reising innad i kommunen. Som nevnt hadde psykologen ukentlige utekontordager på et par steder i kommunen. Et par timer gikk med til undervisning og et par-tre timer til oppsøkende arbeid. Etter avtale med arbeidsgiver brukte psykologen dessuten 12 timer på egen etterutdanning, og 24 timer til reiser i denne forbindelse.

På spørsmål om den årlige gjennomsnittlige tidsfordeling på ulike oppgaver, opplyser psykologen at anslagsvis 43 % går med til direkte klientarbeid, 9 % til indirekte klientarbeid, 10 % til planlegging m. v., 18 % til administrasjon, 5 % til undervisning og 15 % til egen etter- og videreutdanning. Den samlede reisetid pr. måned anslås til 20 timer, og den samlede møtetid til 30 timer. Det påpekes at reisetiden er betydelig både når det gjelder klientarbeid og egen etterutdanning, og at disse to aktiviteter derfor reelt sett legger beslag på en mindre tidsandel enn det som fremkommer gjennom prosenttallene.

Hvis vi skal trekke sammenligninger med Odda-psykologenes tidsdisponering, er det to forhold som trer frem. Kommunepsykologen i Kvinnherad oppgir å bruke noe mer tid på administrative gjøremål og noe mindre tid på indirekte klientarbeid. Det er mulig at forskjellene her i noen grad skyldes uklare grenser mellom disse to arbeidsfunksjoner, og at det er snakk om å klassifisere i og for seg tilsvarende aktiviteter under ulike rubrikker.

Kvinnheradpsykologen opplyser at det under administrasjon bl. a. er ført opp interne møter, der også klientsaker tas opp til drøfting, og at møtene også tildels omfatter uformell rådgivning og konsultasjon.

Når det gjelder hvilke klientgrupper kommunepsykologen særlig kommer i kontakt med, opplyses det at det nesten alltid dreier seg om psykisk funksjonssvikt — men at det ellers dreier seg om en svært sammensatt klientgruppe. Psykologen opplyser ofte å arbeide med barn i skolealder og yngre, og også ofte med eldre personer og med enker og ektemenn. Relativt sjelden kommer vedkommende i kontakt med klienter uten bosted, med fysiske funksjonshemmede og med personer med stoffproblemer. Dette avspeiler nok i noen grad at vi står ovenfor en relativt spredt befolket landkommune. Det er interessant at psykologen rapporterer at arbeidet omtrent like ofte er rettet mot eldre mennesker som mot barn og unge. Det opplyses forøvrig at psykologen ikke sjelden kommer i berøring med klienter med alkoholproblemer. Enslige forsørgere utgjør dessuten en ikke ubetydelig gruppe.

Kommunepsykologen hadde på forhånd forventninger om å få jobbe med et bredt spekter av problemer og med svært ulike aldersgrupper, og hadde der nest et sterkt ønske om å få jobbe på det forebyggende plan. Psykologen sier: «Det er blitt mer tradisjonelt poliklinisk arbeid og mindre forebyggende. Her er nok å gjøre rent klinisk. Jeg tror på å jobbe mer planleggende og forebyggende etterhvert som jeg blir kjent. Jeg vil gjerne jobbe mer på kommunens institusjoner og mer med barn».<sup>22</sup>

Om tilknytningen med sosialkontoret sier psykologen at det er en stor fordel å sitte nær fagpersoner som kan noe om sosiale utøyer og som kjenner hjelpeapparatet. «Vi kan drive vekselbruk, det er fint å kunne samarbeide», sier psykologen. Kontoret har et stimulerende miljø. — Det negative med tilknytningen er at man har lett for å bli sittende litt fjernt fra den somatiske helsetjeneste. Dette har betydning for henvisningsrutiner begge veier. «Jeg har lite uformell kontakt med legene. Den ene legen jeg har mest uformell kontakt med, henviser mest».<sup>23</sup>

### Arbeidspartnernes syn på kommunepsykologen.

For å få svar på arbeidspartnernes syn har vi benyttet oss av følgende informanter: Sosialsjefen, sosialkurator, sykepleier, distriktslege på Husnes, distriktslege på Halsnøy, fysioteapeut, ordfører og rådmann.

Ingen av våre informanter tror at en fylkeskommunal psykologtjeneste vil være tilfredsstillende for fagfolkene på kommunenivå — slik at den er tilgjengelig når det er bruk for den. Sosialsjefen sier det

slik: Dersom psykologtjenesten kan sammenlignes med f. eks. kirurgi, som er en typisk 2.linjetjeneste, kunne psykologen plasseres fylkeskommunalt. Men virkeligheten ute i distriktet er at  $\frac{1}{3}$  av pasientene hos legene presenterer psykiske problemer. En primærtjeneste uten psykolog vil lett «produsere» valium-spisere. En må huske på at legene i stor grad er stykkprisbetalte og at de følgelig ikke har tid til å drive psykologisk behandling.

Distriktslegen på Halsnøy fremholder at når en skal organisere 1.- og 2.-linjetjenesten må en tenke på de spesielle forhold som preger Kyst-Norge kommunikasjonsmessig sett. Dersom psykologene skal være i 2. linje, sier han, vil det føre til skrivebordsdiktater og mye teori.

Sosialkurator fremhever at det er bedre med direkte psykologarbeid i kommunene. «Behandling er mindre 'farlig' her», sier hun. Fysioterapeuten mener at bruk av kommunepsykolog i ren konsultativ virksomhet er en dårlig utnyttelse av psykologens kapasitet i forhold til de kurative oppgaver som finnes ved ambulant behandling.

I et av sine svar er sosialsjefen inne på at kommunepsykologstillingen har ført til at sosialkontoret har fått en høyere status. Kontoret har fått flere henvendelser fra legehelse. Sosialkurator er inne på det samme. Hun sier Hjelpestadklinikken i Bergen er et eksempel på en institusjon som bruker kontoret mer aktivt nå enn tidligere.

Også brukergruppene har endret oppfatning av sosialkontoret, hevder flere av informantene ved sosialkontoret. Sykepleier sier at folks oppfatninger er under utvikling i en positiv retning. Hun tror imidlertid at dette er en prosess som vil strekke seg over flere år.

Som kommentar til hvem som eksplisitt hører hjemme i 1.linjetjenesten, svarer sosialsjefen: «En egen psykologtjeneste slik Nyhusutvalget tenker seg det på fylkeskommunalt plan fører til en oppstykket tjeneste. Psykologene bør være i 1. kontakt, stå for vurdering, eventuelt viderehenvisning og ettervern. 'Heimevernet' mangler ut fra Nyhus's modell».<sup>24</sup> På et senere spørsmål hevder sosialsjefen at psykologene er *generalistutdannet*, og også ut fra det kan det begrunnes at de hører hjemme i 1. linje. Psykologtjeneste bør være en del av den primære helse- og sosialtjeneste.

Distriktslegen på Halsnøy er også kritisk til Nyhusutvalget. Han sier: «Uenig! Dette betyr sterkere fremmedgjøring av psykologene for vanlige folk. Psykologene blir for høytidelige og svært vanskelig tilgjengelige hvis de er i 2. linje. Jeg har positiv erfaring med at psykologene er ute i distriktet». <sup>25</sup>

Fysioterapeuten går også imot Nyhusutvalgets syn. Hun mener psykologen har en klar funksjon i 1. linje,

og at psykologen er den beste behandler i forhold til en god del av problemene som 1. linjen nettopp skal ta seg av.

Hvordan ser informantene i Kvinnherad på tankene om at kun større kommuner kan ha behov for å tilsette psykolog i helse- eller sosialtjenesten? Sosialsjefen svarer: «Det spørs hva som menes med en større kommune. Vi forvalter et stort lovverk, og derfor ville vi valgt å ansette en sosionom dersom det bare var én stilling til rådighet. Det hele er et spørsmål om hvordan en utnytter ressursene. Vi greier saksbehandlingen her. Derfor kan vi ha åpen én stilling for psykolog uten å få problemer». <sup>26</sup>

Ingen av informantene sier seg enig med Nyhusutvalget. Alle mener at en kommune på Kvinnherads størrelse har behov for egen psykolog. Mindre kommuner, blir det sagt, burde eventuelt samarbeide om opprettelsen av en psykologtjeneste.

Distriktslegen på Halsnøy sier: «Det har vært vilje til samarbeid og evne til samarbeid hos begge de kommunepsykologene jeg har kjent. De har vist vilje ikke bare til å administrere sin egen stilling, men også til å ta over saker, avlaste og lære. Jeg har lært en del rent faglig gjennom samarbeidet. Totalinntrykket mitt av kommunepsykologtjenesten er svært positiv. Kommunepsykologen er min hovedsamarbeidspartner». <sup>27</sup>

Legen på Husnes svarer at han arbeider med psykologen i enkelte saker, og at behovet for samarbeid er dekket på den måten.

Fysioterapeuten sier at foreløpig har hun og kommunepsykologen bare samarbeidet i ren kurativ sammenheng: «I tilfeller hvor jeg finner at pasientens sykdomsbilde har en overveiende psykisk komponent, synes jeg det er fint å kunne ta direkte kontakt med psykologen for å samarbeide om det enkelte tilfellet, som jeg ser krever annen hjelp i tillegg til det jeg kan gi for å løse pasientens problemer». <sup>28</sup>

Samarbeidsformene innad på sosialkontoret opplyses å være gode. Sosialsjefen forklarer: «Vi gir hverandre gjensidig orientering og vi kan også alltid spørre hverandre til råds. Sosionomen har rede på økonomi, psykologen har rede på familiesaker. Vi underviser, hjelper og støtter hverandre, men ingen har fast veilederfunksjon». <sup>29</sup>

Sosialkurator trekker frem barnevernssaker og ellers spesielt vanskelige saker som typiske tilfeller der samarbeid er nødvendig. Sykepleier sier noenlunde det samme om når det er behov for psykologhjelp, men er noe mer utfyllende: «I saker vedrørende hjem det er forskjellige problemer som sykdom, eldre, ekteskaps-, edruskaps- og barnevernsproblemer. I komplekse saker der psykiske problemer inngår...» <sup>30</sup>

Under vårt første besøk i kommunen hadde vi en uformell samtale med de to PPT-psykologene i kom-

munen. Den ene av de to hadde jobbet i PPT i flere år, både i Kvinnherad (med kommunepsykolog) og i Årdal (uten kommunepsykolog). I Kvinnherad hadde PPT-kontoret og sosialkontoret blitt enige om at PPT primært skulle ta seg av 0—16 års-gruppen. De prøvde å unngå og trække i hverandres bed, ble

det sagt. Skolepsykologen vurderte kommunepsykologen som en nødvendig og positiv tilvekst på sosialkontoret. Kommunepsykologen ble det hevdet, letter presset mot den lokale pedagogisk-psykologiske rådgivningstjeneste.

## Vågsøy — primærkommune i Sogn og Fjordane fylke

### Kommunale særtrekk.

Vågsøy ligger på nordsiden av Nordfjord, langt ut mot havet. Her er noe mer vind enn i f. eks. Bergen, men mindre regn. Klimaet setter begrensninger for jordbruksdrift. Den gårdsdriften som er, domineres av husdyrhold.

Vågsøy utgjør et areal på 170 km<sup>2</sup>. I 1981 var det 6.499 innbyggere i kommunen, en nedgang i folketallet siste år på 0,1%. Mesteparten av bebyggelsen er konsentrert om Måløy og Raudeberg, to nabobygder på den sydøstlige siden av øyen. I Måløy er det hurtigruteanløp. På 70-tallet ble øyen landfast gjennom fullførelsen av den meget avfotograferte Måløybroen.

Måløy er sentrum i kommunen og er et viktig handelssted, ikke bare for Vågsøy selv, men også for andre lokalsamfunn i området. Det er flere nye og moderne forretningsbygg langs den forholdsvis lange hovedgaten. Det meste av industrien holder til i Måløy og Raudeberg, samt i Deknepollen på fastlandet. Den viktigste næringsvei er fiske, selv om industrien i dag teller flest arbeidsplasser. Næringsmiddel- og verkstedindustrien er nemlig i vesentlig grad basert på fiskeriene. En av de siste tilvekstene til næringslivet i kommunen er lakseoppdrett. Vågsøy har tradisjonelt rekruttert en god del sjøfolk til handelsflåten. Dette betyr at for mange familier på stedet er far borte på fiske eller til sjøs en stor del av året.

Vågsøy er en forholdsvis liten kommune både med hensyn til folketall og flateinnhold. Den har f. eks. bare halvparten så mange innbyggere som Kvinnherad kommune.

Veinettet på selve Vågsøy er nokså tett. De øvrige øyene i kommunen er uten veiforbindelse til fastlandet. Måløy har fast båtforbindelse med Ålesund og

Bergen. Til Bergen er reisetiden 5-6 timer for hurtigbåt og 7-8 timer med bil. Tur/retur Måløy-Florø eller Førde er en dagsreise. Det er bussforbindelse mellom Vågsøy og andre kommuner i Nordfjord.

Høyre er det største politiske partiet i kommunen med 9 representanter i kommunestyret. Dernest følger Arbeiderpartiet med 6 og Kristelig Folkeparti med 5. Venstre har 3 representanter og Det Nye Folkepartiet 2, og Senterpartiet 1. Forskjellige andre politiske grupperinger har tilsammen 11 representanter.

Kommunebudsjettet i Vågsøy i 1981 var på 49.637.500 kroner. Av dette gikk 1.084.600 til helsevesenet, (2,2% — 4 ansatte), 9.342.300 til sosialetaten (18,8% — 68 ansatte) og 2.974.700 til kirke- og kultursektoren (6,0% — 5 ansatte).

Sosialkontoret, distriktslegekontoret og helsestasjonen holder til i samme bygg i Måløy. Den faglige bemanningen på sosialkontoret er:

Sosialsjef  
Kommunepsykolog  
2 sosialkuratorer  
Sykepleiesjef

Det er fem leger som praktiserer i Vågsøy.

Det psykiske helsevern i Sogn og Fjordane er relativt dårlig utbygd. Ved fylkessykehuset i Førde er det nylig opprettet en psykiatrisk avdeling, og et ambulerende barne- og ungdomspsykiatrisk team har tilknytning til sykehuset. Psykiatriske innleggelse har ellers gjennom alle år gått til Sandviken sykehus i Bergen.

Vågsøy kommune har felles PP-tjeneste med Selje. Felleskontoret er beliggende i Måløy. Det betjener 1.500 grunnskolebarn og 900 førskolebarn (3 årskull). Kontorbetjeningen (1982) er en rådgiverstilling og 1<sup>1</sup>/<sub>3</sub> spesialpedagogstilling.

**Bakgrunnen for kommunepsykologstillingen.**

Høsten 1977 arbeidet en sivilarbeider — psykolog — på Vågsøy. Han var gift med skolepsykologen på stedet. Administrativt var han knyttet til skolekontoret, men hans virksomhet omfattet ikke bare skoleverket. Spørsmålet ble reist om ikke kommunen kunne knytte vedkommende til seg på et fastere grunnlag. I et brev av 29/11-77 fra sosialsjefen til Vågsøy sosialstyre nevnes det at sivilarbeideren har gjort et godt stykke arbeid, særlig i forhold til de psykisk utviklingshemmede i kommunen. Videre sies det: «Vi har også hatt anledning til å benytte ham i en del saker ved sosialkontoret, og vi har fått erfare hva denne ekspertise har å si i det sosiale og sosialmedisinske arbeid».

Fortgang i saken kom det da en gruppe ungdommer kontaktet ordføreren i kommunen. De ønsket å få et lokale til en klubb de hadde dannet. Ungdommene anså likevel seg selv som såkalt «uorganisert» uten tilknytning til noe lag eller forening. Spørsmål i forhold til uorganisert ungdom hadde nylig vært diskutert i formannskapet, og det var enighet om at det var nødvendig å foreta seg noe overfor denne gruppen.

Ungdommens henvendelse førte til at ordføreren den 1/11-77 skrev et brev til kulturutvalget og ba dette om å ta kontakt med sosialstyret for å få i stand et felles møte hvor man kunne diskutere ungdommens situasjon.

Et slikt møte ble arrangert den 29/11-77 med deltagelse fra kulturutvalget, sosialstyret og de ansatte ved sosialkontoret. Ordføreren skisserte et program for miljøarbeid blant ungdom. Målsettingen burde være «å fange opp, engasjere, aktivisere, kome i kontakt med, gje eit tilbod til ungdom som fell utanom vanleg organisert ungdomsarbeid, og har karakter av eit vernearbeid». Ordføreren anbefalte at kulturutvalget og sosialstyret drøftet spørsmålet om man ikke burde ansette en psykolog som ungdomsarbeider i kommunen. Dette førte til at det kom henstilling til kommunestyret om å ta saken opp så snart som mulig.

Distriktslegene og annet helsepersonell i Vågsøy hadde dagen før denne sammenkomsten hatt et internt møte med sosialkontoret hvor spørsmålet var blitt reist om å få tilsatt en kommunepsykolog. Møtet resulterte i at samtlige leger pluss helsesøster undertegnet et brev til Vågsøy kommune. I brevet, som er datert 28/11-77, sies det:

«... legene i Vågsøy støtter fremlegget om å få tilsatt psykolog... Det har i denne tiden vi har vært i kommunen vist seg å være et stort savn ikke å ha en psykolog å samarbeide med. Dette gjelder spesielt ved f. eks. ungdommer med psykiske problemer, tilpasningsvansker, etc. Dessuten er det et stort behov for assistanse ved ekteskapsrådgivning, lettere psykiske problemer hos ektefeller som kan spores tilbake til ekteskapet. Mulighetene for oss til

å drive oppsøkende virksomhet i hjem og ungdomsmiljø er begrenset pga. arbeidspresset vi har på kontoret. En psykolog vil ha mye større mulighet til å arbeide ute blant familiene og andre steder problemene oppstår. Vi vil på denne bakgrunn på det varmeste anbefale at det blir tilsatt en psykolog i Vågsøy kommune».<sup>31</sup>

I brevet av 29/11-77 fra sosialsjefen til sosialstyret, fremheves det at man i den senere tid i kommunen har merket en stigende grad av alkoholmisbruk, psykiske lidelser og konflikter i ekteskap og familieliv. Det sies: «For å spare menneskelige og økonomiske ressurser, er det ønskelig å komme inn i problemene så tidlig som mulig, og aller mest på det forebyggende plan. Problemene er ofte dyptgående og kompliserte, og avdekker et sterkt behov for psykologisk ekspertise. Mangel på en slik ekspertise er registrert innen både barnevern, ungdomsarbeid, familie- og arbeidsliv. Det at en mangler det ene og viktige leddet, nemlig psykologen, gjør at en ikke har et tilfredsstillende behandlingstilbud».<sup>32</sup>

Kontorsjefen i kommunen sluttet opp om forslaget fra helse- og sosialsektoren og anbefalte kommunestyret å gå inn for å etablere en psykologstilling. Til kommunestyremøtet 30/11-77 forelå en innstilling fra ordføreren om at psykologen skulle tilknyttes sosialkontoret i halv stilling og i den andre halvdel arbeide med oppgaver under kulturutvalget. Ordførerens innstilling ble enstemmig vedtatt.

I tiden som fulgte ble det utarbeidet en instruks for kommunepsykologen. I denne heter det at sosialsjefen skal være psykologens nærmeste overordnede. Psykologens arbeidsområder skal være: Familierådgivning, vanlig klientarbeid, oppsøkende ungdomsarbeid og forebyggende arbeid blant barn, ungdom og foreldre. Psykologen blir pålagt i sitt daglige virke å samarbeide med andre ansatte innenfor sosialomsorgen, helsestellet, skolevesenet og kultursektoren.

I praksis viste det seg at psykologen fikk mest å gjøre med sosialkontoret. Etter en tid gikk psykologen naturlig over til å arbeide på heltid ved sosialkontoret, men med kontaktflate med andre kommunale organer.

Vågsøy kommune har hatt kommunepsykolog fra 1/1-78. Stillingen har vært sammenhengende besatt og tre psykologer har til nå innehatt stillingen. I vårt intervju med sosialsjefen blir det poengtert for oss at det nok mer var behovet for psykolog enn den tilgjengelige sivilarbeider-psykolog som var avgjørende for at stillingen kom. Stillingen ble utlyst på vanlig måte og det var viktig å vite at man ville få i alle fall én søker. Videre trekker sosialsjefen frem at vedtakene både i formannskapet og i kommunestyret var enstemmige, og at det ikke har blitt reist innsigelser mot å lyse stillingen ut på ny hver gang den etterpå er blitt ledig. Sosialsjefen fremhever at Vågsøy ikke hadde

noen kontakt med Odda før det ble vedtatt å opprette psykologstilling i kommunen.

Vi spurte sosialsjefen om oppfyllelse av den statlige stillingsnorm for sosialkontoret hadde noe å si for etableringen av psykologstillingen. Sosialsjefen benektet at så var tilfelle. Kommunen fikk maksimalt tilskudd til drift av kontoret i og med at den nye stillingen kom, men Vågsøy har i de senere år ligget over minimumskravet til stillinger innen sosialsektoren.

Sosialsjefen legger vekt på å få frem at sosialkontoret i Vågsøy ikke primært er engasjert i økonomiske hjelpetiltak. Den økonomiske sosialhjelpen er relativt liten. Sogn og Fjordane ligger lavere enn landsgjennomsnittet på dette området, og Vågsøy ligger faktisk lavere enn gjennomsnittet i fylket. Nesten alle sakene sosialkontoret arbeider med krever psykologisk ekspertise, påpeker sosialsjefen.

Han nevner videre at behovet for psykologtjeneste klart kommer til syne i de korte periodene hvor det ikke har vært tilsatt noen psykolog ved sosialkontoret. I disse periodene etterlyser man psykologtjenesten og opplever hvilken nytte man har av den til daglig.

Ordføreren bekreftet de andre informantenes uttalelser vedrørende kommunepsykologstillingen. Han sier han selv er positiv til stillingen, og at det var et reelt behov som førte til at den ble opprettet. Han uttaler: «Mange ble institusjonalisert forut for psykologtjenesten... Kommunen er fornøyd og har fornyet stillingen... Stillingen for psykologen er verdifull for kommunen».<sup>33</sup>

Bakgrunnen for kommunepsykologstillingen kan beskrives i disse hovedpunkter:

- Behov for særtiltak for uorganisert ungdom;
- kommunen hadde allerede positive erfaringer med en psykolog som var på stedet som sivilarbeider, og sosialkontoret hadde ønske om å utbygge den type tjeneste psykologen representerte;
- press fra de ansatte innen distriktshelsetjenesten; og
- en positiv holdning fra den politiske ledelse i kommunen.

#### **Kommunepsykologens jobbutforming.**

Tidsregnskapet for en måned (mars 82) viste at 64 timer hadde gått med til rent klinisk arbeid. En mer finkornet analyse viste at 27 timer var brukt til psykoterapi, 23 timer til ettervernsarbeid, 13 timer til rådgivning og 1 time til psykologisk testing for BUP-teamet i Førde. Det store antall timer til ettervern er av interesse. Vi fikk opplyst at dette timetallet ikke var atypisk for denne ene måneden, og at det stadig var kontakt mellom kommunepsykologen og ettervernsavdelingen ved Sandviken sykehus. Sykehuset utnyttet i høy grad psykologen som en lokal ressursperson.

Kommunepsykologens månedsregnskap viste dessuten at 38 timer var medgått til utredning og planlegging. Det var to prosjekter som hadde lagt beslag på en god del tid — en ny bemanningsplan for barnehagen i kommunen og utarbeidelsen av en ungdomsplan. Dette siste foregikk sammen med kurator på sosialkontoret.

Det rapportertes at 22 timer gikk med til møtevirksomhet. Herav ble 7 timer brukt til interne møter ved sosialkontoret, mens resten fordelte seg på regulære konferanser med distriktlege, PPT, HVPU og BUP. Videre ble 12 timer brukt til etterutdanning (supervisjon), og 15 timer til reising i samme forbindelse. Vi ble fortalt at jobben stort sett krever lite reising innad i kommunen.

I den etterfølgende spesialundersøkelse over den relative tidsbruk på forskjellige aktiviteter i gjennomsnitt, opplyser psykologen at ca. 58 % av arbeidstiden går med til direkte klientarbeid, 9 % til indirekte klientarbeid, 5 % til planleggings- og utredningsarbeid, 16 % til administrasjon, 3 % til undervisning og 9 % til egen etterutdanning. I gjennomsnitt går 18 timer pr. måned med til reiser og 20 timer til møter. Sammenlignet med de andre kommunepsykologene bruker psykologen i Vågsøy tilsynelatende noe mer tid på direkte klientarbeid, og noe mindre tid på utrednings- og planleggingsarbeid.

På spørsmål om hva slags klientgrupper psykologen arbeider med, fremkommer at samlivsproblemer nesten alltid er til stede, og at det ofte dreier seg om eldre, enker og enkemenn, personer med alkoholproblemer, personer med psykisk funksjonssvikt og personer som er arbeidsløse eller yrkesvalghemmete. Det nevnes at stoffproblemer forekommer relativt sjelden og at klientgruppen bostedsløse og utlendinger også er sjeldne.

Hvorfor søkte vedkommende psykologstillingen i Vågsøy? Det bredspektrede arbeidsfelt blir nevnt som et viktig poeng, og også ønsket om å drive forebyggende arbeid. Erfaringene i jobben har lært psykologen at det ikke er så lett å drive systemrettet arbeid som han hadde trodd på forhånd. Det er ikke helt sammenfall mellom de forventninger han hadde og den jobben han i dag har. Det er blitt mer klientarbeid og tilsvarende mindre miljøarbeid/systemplanarbeid.

Når det gjelder tilknytningen til sosialkontoret, sier kommunepsykologen: «Det er en fordel å sitte sentralt i kommunen, og naturlig å samarbeide i forskjellige retninger. Jeg sitter sentralt i forhold til de sosiale nemndene. Dette skaper et naturlig utgangspunkt bl. a. for forebyggende arbeid, fordi noen av nemndene har dette i sine statutter».<sup>34</sup> — Psykologen har vanskelig for å peke på noen ulemper i forbindelse med tilknytningen til sosialkontoret.



### Arbeidspartnernes syn på kommunepsykologen.

Vi har gjort bruk av følgende informanter: Sosialsjef, sosialkurator, distriktslege, fysioterapeut, ordfører og rådmann.

Samtlige informanter mener det er behov for en psykologtjeneste i kommunen. Ingen tror at en fylkesansatt psykolog vil kunne inngå i et tilfredsstillende samarbeid med «fotfolket» i kommunen. Både distriktslege og sosialkurator fremhever at psykologen er en nøkkelperson både når det gjelder konsultasjon og behandlingsarbeid. Sosialkurator mener dog at en del av det arbeidet kommunepsykologen gjør kunne vært utført også av en sosionom. Sosialsjefen fremhever på sin side behovet for direkte psykologisk behandling i kommunen. Han mener at sosialkontoret har fått større anseelse og at dette har direkte sammenheng med kommunepsykologstillingen. «Vi blir ikke bare sett på som en pengekasse, slik mange gjerne gjorde før», sier han.

Distriktslegen uttaler: «Andelen av psykiske plager utgjør en stor og muligens reelt økende del av konsultasjonsmengden hos en almenpraktiker. Psykologen utgjør derfor en viktig del av behandlingstilbudet. På et lite sted kan det være en fordel for pasienten å velge terapeut direkte».<sup>35</sup>

At psykologene vurderes som en nødvendig faggruppe blir ikke sett på som noe egentlig brudd med Nyhusutvalgets prinsipp om at det bør være så få faggrupper som mulig i førstelinjen. Det er ikke her snakk om å åpne for alle slags nye spesialistgrupper, men om å inkludere psykolog i tillegg til lege, sykepleier, fysioterapeut og sosionom. Det er sosialkurator som er inne på dette.

Også fysioterapeuten mener det er behov for psykolog i førstelinjetjenesten. Hun fremhever dessuten behovet for den direkte og personlige kontakt med psykologen.

Ingen sier seg enig med Nyhusutvalget i at bare større kommuner kan ha behov for egen psykologtjeneste. Sosialkurator svarer: «Hva menes med større kommuner? Vågsøy har behov for psykolog og da følger også større kommuner.»<sup>36</sup>

Distriktslegen sier: «Vi trenger ikke større kommune enn vår for å rettferdiggjøre en psykologstilling».<sup>37</sup>

Sosialsjefen har dette å si: «Jeg er ikke i tvil om verdien av psykologtjeneste her i kommunen. Hvis det ikke hadde vært behov ville stillingen ganske fort blitt inndratt. Denne kommunen har økonomiske vansker, men velger likevel å holde på psykologstillingen».<sup>38</sup>

Hvorledes er samarbeidet mellom psykologen og det øvrige hjelpepersonell?

Distriktslegen gir et ganske utfyllende svar: «De første par årene benyttet jeg kommunepsykologen først og fremst som terapeut ved neuroser, særlig fobiske, for å unngå psykofarmaka i størst mulig grad og fordi jeg selv ikke hadde nødvendig tid og ro i min praksis til å gi disse pasientene et skikkelig tilbud. Fordi vi holder til i samme bygg og føler at vi har utbytte av samarbeid, har vi siste år drevet regelmessig møtevirksomhet, en til to timer en dag i uken, der vi har diskutert problemkasus. I tillegg tar vi kontakt ved akutte problemer, spørsmål om forlengelse av sykemelding, forandring av medikasjon, og lignende. Vi får også rapport fra kontaktpersoner dersom disse merker at f. eks. en manisk/depressiv pasient begynner å bli manisk. I slike tilfeller besøker en eller begge av oss pasienten hjemme etter kontortid for å vurdere situasjonen, eventuelt justere medikasjon/gi depotpreparat hvis pasienten er villig. På denne måter mener vi å ha spart en del innleggelse i psykiatriske sykehus, anslagsvis 50 pasientturer i løpet av siste 10 måneder. I tillegg til denne besparelsen, traumatisk/sosialt/samfunnsøkonomisk, mener vi å ha merket at familiene og de definerte pasientene smått om senn begynner å tro på at det er mulig å oppnå noe utenfor sykehus, dersom en tar saken opp tidlig. Gjennom mine mest rosenrøde briller aner jeg også en minsket stigmatisering av pasientene og tendens til avmystifisering av psykiske lidelser. Kanskje blir også psykologen en flinkere somatiker og legen en flinkere psykolog?»<sup>39</sup>

På sosialkontoret er det faste møter hver uke, men også felles lunsj og god anledning til å ta kontakt utenom de faste møtetidene. Sosialsjefen mener samarbeidet ved kontoret fungerer bra. Det er et særlig nært samarbeid i komplekse saker og i familiesaker, sier han. Sosialkurator nevner samarbeid i forbindelse med barnevernsaker og familiesaker. Vedkommende hevder imidlertid at oppgave- og ansvarsfordelingen ved kontoret er for uklar til at samarbeidet kan sies å være godt.

Samarbeidet med Sandviken sykehus i Bergen blir trukket frem og det blir fremhevet at psykologen tar seg av ettervernet for mange tidligere pasienter ved sykehuset.

Sosialsjefen sier: «Vi har fått et nærmere samarbeid med de psykiatriske sykehusene, PPT og HVPU. Vi har også fått et nærmere samarbeid med distrikts-helsetjenesten og legetjenesten».<sup>40</sup>

Fysioterapeuten forteller at hun hadde kontakt med psykologen i forbindelse med svangerskapskurs. Det var en fordel for henne, sier hun, at psykologen støttet opp om kurset.

Da vi besøkte kommunen første gang var det nett-

opp blitt tilsatt en ny psykolog ved PP-tjenesten. Vedkommende hadde ennå ikke begynt å virke i stillingen. Da vi besøkte kommunen annen gang, hadde skolepsykologen ankommet, men var bortreist på

ferie. I og med at den nye skolepsykolog ikke kunne ha rukket å få noe særlig erfaring med samarbeid med kommunepsykologen, gjorde vi ikke noen videre forsøk på å få vedkommende i tale.

## Klepp — primærkommune i Rogaland fylke

### Kommunale særtrekk.

Klepp ligger på Jæren, ca. 30 km syd for Stavanger. Kommunen er nabokommune til Sola, vertskommunen til Sola flyplass. Klepp er en jordbrukskommune, men i de siste tiårene har industrien begynt å gjøre seg mer og mer gjeldende. Etter norske forhold har kommunen svært gode naturgitte vilkår for landbruk, og det foregår fremdeles en del nydyrking i kommunen.

Klepp må betegnes som en utpreget flatbygd. Høyeste punkt over havet ligger på 102 meter. Kommunen har et flatemål på ca. 115 km<sup>2</sup>. Innbyggertallet har steget jevnt de siste tiårene og var pr. 1/1-1982 såvidt i underkant av 11.000. Befolkningsveksten siste år var på hele 1,3 %.

Det er flere tettsteder i kommunen. Kleppe er det største av stedene, og er senter for kommuneadministrasjonen. Vi finner her boområder, flere butikker, en del industri og et moderne rådhus. Veinettet i kommunen er godt utbygd. Fra Kleppe går det ut fem «hovedveier» til alle deler av kommunen. Det er bussforbindelse til Sandnes og Stavanger.

Sørlandsbanen går gjennom østre del av kommunen, og lokaltogene mellom Stavanger og Egersund har to stoppesteder innenfor kommunegrensen. Det er imidlertid nokså dårlig forbindelse mellom disse jernbanestasjonene og kommunesenteret.

Totalbudsjettet i kommunen var i 1981 på kr. 92.051.098. Sosialbudsjettet i kommunen var i 1981 på kr. 8.869.444 (9,6 %), helsebudsjettet på kr. 8.017.500 (8,7 %) og kirke- og kulturbudsjettet på kr. 5.397.700 (5,9 %).

Kommunestyret i Klepp har tilsammen 35 representanter. Høyre er det største partiet med 13 representanter, deretter følger Senterpartiet og K.F. med 7 hver, Arbeiderpartiet med 6, og Venstre og Det Nye Folkeparti med én representant hver. Ordføreren kommer fra Høyre.

Sosialkontoret har lokaler sammen med andre kommunale etater i rådhuset på Kleppe. Bemanningen på kontoret er:

Sosialsjef

Psykolog i halv stilling

3 sosialkuratorer (sosionomer)

Barnevernspedagog

I tillegg har lederen for hjemmesykepleien sitt kontor tilknyttet sosialkontoret.

Psykologen er ansatt i halv stilling ved sosialkontoret og i halv stilling ved PPT. Han er imidlertid administrativt underlagt skolesjefen og skolestyret. Han har sitt kontor ved Pedagogisk-psykologisk tjeneste for Klepp. Tjenesten har kontorer i etasjen over sosialkontoret. Fra sosialkontorets synsvinkel er psykologen plassert som en satelitt i forhold til det øvrige personalet ved kontoret.

Etter at stillingene for barnevernspedagog og psykolog ble opprettet ved sosialkontoret, er bemanningen i samsvar med den minstenorm som er fastsatt av Sosialdepartementet.

Bemanningen ved PPT-kontoret er følgende:

Pedagogisk-psykologisk rådgiver (full stilling)

Pedagogisk-psykologisk rådgiver (halv stilling)

Spesialpedagog

1/2 førskolelærer/lekotekleder

Kontoret er beregnet å betjene 2.100 grunnskolebarn og 700 førskolebarn (3 årskull). Det opplyses at kontoret er dimensjonert slik at det samsvarer med departementets normer.

I rådhuset er det innredet et kommunalt helsesenter med kontorer for helsesøster, fysioterapeut og 5 leger. Alt i alt finnes det 6 leger i kommunen.

Kommunen har opprettet et krisehjem/krisesenter for omgående å kunne yte hjelp i kompliserte familiesaker.

Både ordføreren og rådmannen mener at kommunen nå har en bra utbygd helse- og sosialtjeneste, selv om det samtidig blir påpekt at bra alltid vil dreie seg om en relativ standard. Rådmannen hevder at han tror det er en nesten umettelig etterspørsel i befolkningen etter helse- og sosialtjenester, og at det vil være spørsmål om hvilke økonomiske rammer man må forholde seg til.

### Bakgrunnen for psykologstillingen.

En viktig faktor for opprettelsen av stillingen var de departementale normtall for statsstøtte til PPT og sosialkontor. Sosialkontoret manglet i 1978/79 en halv stilling og det samme gjorde PPT. Det ble følgelig besluttet av lederne for de to etater at man burde forsøke å få til en felles løsning som var til fordel for begge parter. Hvorfor løsningen nettopp falt på en kombinert psykologstilling har sammenheng med at man på PPT-kontoret ikke hadde noen psykologutdannet PP-rådgiver, og at man inne sosial- og helse-tjenesten var positivt innstilt på å få knyttet til seg en klinisk orientert psykolog.

De forskjellige interessenters ønskemål kommer klart til uttrykk i et brev til kommuneadministrasjonen datert 13/11-79. Brevet er undertegnet av sosial-sjefen, distriktslegen, helsesøster og leder for PPT-kontoret.<sup>41</sup> Det blir her gitt en oversikt over de forskjellige etaters behov for psykologhjelp.

Fra sosialkontorets side blir det argumentert med at man i familie- og barnevernssaker ofte har et sterkt behov for bistand fra psykolog. Slike saker har økt både i antall og vanskelighetsgrad, og det er derfor nødvendig å styrke den faglige bemanning ved kontoret. Det blir fremholdt at man for tiden må regne med en ventetid på ett til to år for å få behandling hos psykolog i Stavanger, vel og merke hvis man vil unngå innleggelse på sykehus. Det blir hevdet å kunne dokumenteres at i ca. 20 % av sakene man jobber med på sosialkontoret er psykiske plager så fremtredende at klientene har vansker med å nyttiggjøre seg de andre hjelpetiltak man kan tilby dem.

Fra sosialkontorets side ble det presisert at man ønsket å bruke psykologen til følgende oppgaver:

- Langvarig behandling i samarbeid med lege og kurator av klienter hvor psykiske lidelser er dominerende. Klientgruppen ble anslått til for øyeblikket å bestå av ca. 40 personer.
- Korttidsbehandling/rådgivning overfor klienter hvor psykiske lidelser inngår som en del av totalbildet.
- Konsultativ bistand overfor kuratorene ved sosialkontoret.
- Sakkyndig bistand i forbindelse med barnefordelingsaker, og saker under barnevernsloven.
- Koordinerende arbeid og ansvar i klientsaker hvor både leger, PPT, kuratorer og helsesøstre medvirker i behandlingsopplegget.
- Attføring og ettervernsarbeid i samarbeid med leger, kuratorer og hjemmesykepleien for klienter som har vært i behandling ved psykiatrisk institusjon.

Fra helseetatens side blir det referert til undersøkelser som viser at 30-35 % av pasientene som oppsøker

privatpraktiserende leger har en psykisk lidelse som hoveddiagnose, og at prosenttallet stiger til over 60, hvis en tar med pasienter som har psykiske og nervøse plager som bidiagnose.

Det blir fremholdt at legenes arbeidssituasjon gir små muligheter for langvarig kontakt med den enkelte pasient. Studier har vist at 15 minutter pr. pasient ikke sjelden er maksimaltid for kontaktene. Å behandle psykiske lidelser innenfor en slik tidsramme er ugjørlig. Det blir understreket at nærmiljøet ofte har vesentlig betydning for utvikling av psykiatriske lidelser. Moderne behandlingsopplegg legger derfor stor vekt på bruk av psykologiske behandlingsmetoder.

Yrkesgruppen kliniske psykologer, blir det fremholdt, er utdannet for å behandle psykiske lidelser. Opprettelse av en psykologstilling i kommunen vil derfor styrke legesenteret faglig og gjøre det bedre i stand til å ta seg av oppgaver innenfor det psykiske helsevern.

Også fra helsestasjonens side blir det uttrykt ønske om å få med psykolog i enkelte deler av virksomheten. Det blir referert til Stortingsmelding nr. 98 (1976/77), s. 25, der det heter at psykolog bør trekkes inn i det diagnostiske arbeidet ved helsestasjonen og at det bør utbygges samarbeidsordninger mellom helsevesen og skole ved den pedagogisk psykologiske tjeneste. Av aktuelle arbeidsoppgaver for psykologen blir det nevnt ledelse av samtalegrupper for foreldre.

Henvendelsen blir avsluttet med en samlet oversikt over de tiltenkte arbeidsoppgaver til den nye kommunepsykologen:

- 1) Undersøkelse og behandling av førskolebarn;
- 2) konsultativ bistand overfor helsestasjonene;
- 3) utøvelse av samarbeidsfunksjon ved sosialkontoret i forbindelse med behandling av multiproblem-familier;
- 4) langtidsbehandling av barn og voksne med psykiske lidelser;
- 5) etterbehandling i samarbeid med legene av utskrevne psykiatriske pasienter; og
- 6) deltagelse i PP-kontorets daglige arbeid, slik at det bedre enn før blir i stand til å utføre de arbeidsoppgaver det er pålagt.

Overnevnte brev fulgte saken da forslaget om opprettelse av en halv psykologstilling ved sosialkontoret ble fremlagt for sosialstyrets møte den 11/12-79.<sup>42</sup> Forslaget fikk enstemmig støtte i sosialstyret. Også ved den etterfølgende behandling i formannskap og kommunestyre, ble det gjort enstemmige vedtak. Klepp kommunes nye psykologstilling ble opprettet fra 1/1-1980.

### Psykologens jobbutforming.

Bakgrunnen for at den nåværende psykologen søkte seg til Klepp var dels familiære grunner, dels at det her bød seg en interessant stilling på et nokså stramt arbeidsmarked.

Mens den forrige psykologen tok seg av barneha-gen via sosialkontoret, er den nåværende mer orientert mot skolen. Med hensyn til de faglige forventningene kommer det frem at psykologen er positivt overrasket. Han trodde det ville være vanskelig å jobbe som psykolog i en landkommune, og regnet ikke med at folk ville henvende seg direkte. Han forestilte seg at han ville bli helt avhengig av pasienthenvisninger fra leger og sosionomer. Dette har ikke slått til. Han opplever at terskelen for pasienthenvisninger til kontoret er positivt lav, og at det ofte skjer at folk tar direkte kontakt med kommunepsykologen.

Forøvrig føler han at det er godt samsvar mellom de forventningene han hadde og slik jobben er blitt. Han bemerket at han selv faktisk hadde hatt nokså stor frihet til å utforme jobben slik han selv ønsket seg den.

Psykologen ser både fordeler og ulemper ved å være tilknyttet sosialkontor. Fordelen er at en del klienter med psykiatriske problemer blir fanget opp gjennom kontoret. En ulempe kan være at noen har negative følelser overfor kontoret og at disse assosieres med psykologen.

Psykologen opplyser at hele 75 % av arbeidstiden går med til direkte klientarbeid og ca. 15 % til indirekte klientarbeid. Reiser forekommer praktisk talt ikke som ledd i jobben. Heller ikke er psykologen engasjert i utrednings- eller planarbeid. Administrasjon og undervisning blir begge deler anslått å ta ca. 5 % av arbeidstiden. Egen etterutdanning foregår utenfor arbeidstiden.

Alt i alt oppgir psykologen å bruke ca. 16 timer pr. måned på møter. Sammenlignet med de andre kommunepsykologene vi har intervjuet, sitter vi med inntrykk av at kommunepsykologen i Klepp har utformet jobben sin i en nokså ekstrem klinisk psykologisk retning, og at hans arbeidsprofil tildels faller sammen med den man finner hos mange privatpraktiserende psykologer. På spørsmål om hvilke klientgrupper han arbeider med får vi opplyst at det ofte dreier seg om barn i skolealder og yngre, om skilte og separerte forsørgere, og om personer med samlivsproblemer og med psykiske funksjonssvikt. Derimot kommer han relativt sjelden i kontakt med eldre personer, enslige personer med alkohol eller stoffproblemer, med yrkesvalgproblemer og med problemer når det gjelder arbeid og bosted, — altså med det klientell som ofte utgjør hovedtyngden ved sosialkontorene.

### Arbeidspartners syn på psykologtjenesten.

For å vite hvordan psykologtjenesten blir oppfattet i lokalmiljøet gjorde vi bruk av følgende informanter: Sosialsjefen, 3 sosialkuratorer, en barnevernspedagog, 2 leger, en helsesøster, en PP-rådgiver, ordføreren og rådmannen.

Samtlige informanter, med unntak av helsesøster, er positive til at kommunen har fått en egen psykologtjeneste ut over det tilbudet PPT representerer. Sett i forhold til hvordan informantene forestiller seg et samarbeid med en fylkeskommunal psykologtjeneste, går det klart frem at man vil foretrekke den ordning kommunen nå har etablert.

Helsesøster opplyser at hun samarbeider med psykologen, men at hun er imot opprettelsen av kommunepsykologstillinger. Hun mener at en fylkeskommunal psykolog vil være lett nok tilgjengelig til å fylle behovet for psykologhjelp i 1.linjetjenesten. På linje med Nyhusutvalget og Sosialdepartementet er hun redd for at det kan bli for mange yrkesgrupper i 1.-linjetjenesten dersom man ikke klart begrenser denne til leger, sykepleiere, fysioterapeuter og sosionomer.

Sosialsjefen på sin side hevder at dersom psykologtjenesten skulle flyttes over til fylkeskommunen, ville dette være et absolutt tilbakeskritt. Han sier: «Den nære og daglige kontakt er en forutsetning for å kunne få maksimal utnyttelse av psykologtjenesten». <sup>43</sup> Sosialsjefen fremholder at psykologen bidrar til å gi sosialkontoret større kompetanse og tyngde i forhold til 2.linjetjenesten, når det gjelder å vinne frem med egne synspunkter og vurderinger. Situasjonen er nå slik at kontoret klarer å ta seg av de fleste sakene selv.

Et fellestrekk ved alle informantenes uttalelser, bortsett fra helsesøsters, er at en fylkeskommunal psykolog vil bli fjern, ukjent og vanskelig tilgjengelig for et godt samarbeid. De opplever at det er av stor betydning at psykologen kjenner lokalsamfunnet og har tid til å sette seg grundig inn i sakene. Et kommunalt besøk nå og da vil ikke gi en tilfredsstillende service. Arbeidspartnerne opplever at de trenger noe mer enn en konsulent; det er viktig slik det nå er at psykologen selv også helt kan ta over vanskelige saker.

En av sosialkuratorerne, som fungerer som stedfortreder for sosialsjefen, sier: «Jeg tror det vil være vanskelig å være rådgiver med så lang avstand fra miljøet. Lokalkjennskap er viktig når en skal jobbe med praktiske tiltak. Konsulenter kommer ofte med ideelle løsningsforslag som er vanskelig gjennomførbare i praksis. Ren konsulentbistand blir litt eksklusiv. En fylkeskommunal psykolog får et alt for stort område å dekke». <sup>44</sup>

En annen av kuratorene nevner at en fylkeskommunal psykologtjeneste utvilsomt vil bli plassert i Stavanger, og dermed skal mye til for at en tar kontakt med tanke på samarbeid. Hun sier: «Vi vil være selv-

hjulpe her i kommunen, og ha vår egen psykolog. Psykologen må være på kommunalt plan for å være til reell hjelp. Å ha personlig kontakt er viktig. Å kjenne vedkommende er viktig».<sup>45</sup>

I tillegg til disse argumentene fremhever barneverns-pedagogen at det er viktig med tverrfaglighet ved sosialkontoret. En sammensatt gruppe som kan bidra med forskjellige faglige kunnskaper er nyttig på et slikt arbeidssted.

Helsesøster er den eneste av informantene som ikke tar stilling til spørsmålet om kommunestørrelse sett i forhold til behovet for en egen kommunal psykolog-tjeneste. Ingen av de andre informantene synes Klepp kommune er for liten til å ha egen psykolog. Sosial-sjefen mener at alle kommuner med over 5.000 innbyggere bør ha psykolog med direkte tilknytning til sosialkontoret i enten hel eller halv stilling. En av kuratorene poengterer at Klepp ikke er noen «større» kommune. Likevel mener hun at psykologen er et gode for kontoret. Hun sier at politikerne i Klepp alltid har arbeidet for at kommunen skal være selvhjulp-en, og at kommunen på flere områder har vært forut for sin tid. Det er i nærmiljøet behandling og tilbud bør gis.

En annen av kuratorene sier det slik: «Psykologen mangler ikke arbeid». Dermed ønsker hun å få frem at Klepp er et eksempel på at også små kommuner trenger en egen psykologtjeneste.

Legene i kommunen sluttet seg til disse synspunk-tene. De sier de opplever det som nyttig for seg selv å kunne viderehenvise pasienter til psykologen. Distrikts-legen sier at «vår begrensning er TID. Stykkprissyste-met motvirker bruk av tid, og psykologen er derfor veldig grei å henvise til. Konsulentfunksjonen er ikke så viktig for meg».<sup>46</sup> Distriktslegen ønsker imidlertid ikke at pasienten skal ta direkte kontakt med psyko-logen. Han mener det er riktigere at legene er henvi-sende instans. Men psykologene bør være tilgjengeli-ge og være en del av førstelinjetjenesten.

Den andre legen, som også er formann i sosialstyret, tar ikke dette samme forbehold overfor den kommunale psykologtjenesten. «Vi har ikke denne erfaringen», er hans kommentar til prinsippet om så få fagperso-ner som mulig i 1.linjetjenesten. Klepp, med sine 11.000 innbyggere, har etter vedkommendes mening, absolutt behov for den psykologstillingen man har fått opprettet i kommunen.

Både ordføreren og rådmannen stiller seg positive til den kommunale psykologtjeneste. Heller ikke disse vurderer Klepp kommune som for liten til å ha egen psykolog. Det blir fremholdt at kommunen ønsker å være mest mulig selvhjulp-en i forhold til å kunne ta seg av og løse egne problemer. Ordføreren nevner for-øvrig at kommunen får et tilskudd fra staten til psyko-

logstillingen, slik at den ikke medfører noen stor ekstra belastning på kommunebudsjettet.

Nåværende psykolog i Klepp er den andre som inne-har stillingen. Under vår samtale med kuratorene på sosialkontoret forsøkte vi å få frem om det hadde skjedd noen endringer i bruken av psykologen over tid. Vi fikk der opplyst at psykologene hadde utfor-met sin virksomhet noe forskjellig. Mens den ene psy-kologen brukte forholdsvis mye tid på/til sosialkon-toret, var den andre fokusert mer på den pedagogiske psykologiske tjeneste. Som man kanskje kunne vente var sosialkuratorene mest tilfreds med den av psyko-logene som avså mest tid til sosialkontoret. I forhold til den andre, opplevde de større avstand, mer formelt samarbeid og mindre utbytte av psykologtjenesten. Ofte hadde de tvil om psykologen så seg selv som en del av staben ved sosialkontoret, eller om han først og fremst opplevde seg selv som en som kom utenfra og gjorde kontoret tjenester.

En av kuratorene sier at den ene psykologen var virkelig litt av en støtte! «Vi fikk direkte hjelp i det daglige. Den andre psykologen er mer som en konsul-ent for oss. Han er mest giret mot PPT. Nå er det PPT som er særlig fornøyd».<sup>47</sup> Hun kommer videre inn på at forskjellen sikkert skyldes at psykologrol-len på kommuneplan ennå ikke er klart definert. Det finnes f. eks. ingen klar jobbinstruks for psykologen. Den samme kuratoren hevder at den nåværende psy-kologen er lite flink til å presentere seg utad som en del av sosialkontoret. Det er ikke det at samarbeidet er dårlig, men at selve samarbeidsforholdet ikke er klart nok definert.

Den misnøye som kommer frem går på at psyko-logen opplever som litt perifer i forhold til sosialkon-torets daglige gjøremål. Psykologen er til stede på de formelle møtene, men setter ellers lite sitt preg på sosialkontoret. Forholdet blir forklart med at psyko-logen har kontor på PPT og at han dermed lett blir identifisert som en del av PPT og bare som det. Psy-kologens plassering gjør at samarbeidet blir mindre omfattende og mer formelt enn det burde være.

Fra flere blir det fremhevet som en fordel med den delte psykologstillingen at det fører til et nærmere samarbeid mellom skoleetat og sosialetat. I mange saker er det nødvendig med et strategisk samarbeid, særlig i barnevernsaker. Ofte er de to etatene natu-rilig koblet inn i samme sak, men fra forskjellige inn-fallsvinkler — og det sier seg selv at samarbeid da er svært ønskelig.

Psykologtjenesten i kommunen virker, sett utenfra, litt uoversiktlig. Endog psykologen selv sier han har vanskelig for å skille mellom hvilke tjenester han gjør for sosialkontoret og hvilke for PPT. Dette viser at psykologen ser på sin egen jobbutforming på en hel-

hetlig måte. Det samme perspektivet hadde vi inntrykk av også preget samarbeidspartnerne. Man hadde en kommunal psykologtjeneste på linje med andre tjenester; selv om tjenesten bare besto av en person. Ingen av informantene nevnte at de så det som pro-

blematisk eller uheldig å ha en slik delt stilling mellom to etater. Derimot nevnte flere at psykologens jobb-utforming i stor grad vil være avhengig av erfaringsbakgrunn og personlige interesser. Det var imidlertid få som så på dette som noe problem for samarbeidet.

## Bremanger — primærkommune i Sogn og Fjordane

### Kommunale særtrekk.

Bremanger er en kystkommune som ligger mellom Nordfjord og Sunnfjord. Kommunen grenser i nord mot Vågsøy kommune. Den omfatter et areal på 825 km<sup>2</sup>. De største tettstedene er Kalvåg og Svelgen. I 1981 bodde det 5.143 mennesker i kommunen, en nedgang på 2,0 % i forhold til året før. Omlag 3.000 av innbyggerne bor på fastlandet, de øvrige på øyene utenfor.

Industri er i dag den viktigste næringsvei i Bremanger, med jordbruk og fiske på andre og tredje plass. Elkem-Spigerverket A/S i Svelgen sysselsetter om lag 500 mennesker. I tillegg finnes det en del mindre verksteder og industri rundt om i kommunen. Kommuneadministrasjonen og de fleste andre offentlige kontorer er samlet i rådhuset i Svelgen.

Tradisjonelt har Bremanger vært en fiskerikommune. Etter svikten i de store sesongfiskeriene har tallet på fiskere gått sterkt tilbake, men fiske utgjør fremdeles en viktig næringsvei. Det er i senere år blitt anskaffet flere nye havgående fiskebåter, og det satses mer og mer på fiske i fjerne farvann. Det finnes to anlegg for lakseavl i kommunen, og også et klekkeri for lakseyngel. Fiskeoppdrett er en næring i ekspansjon.

Jordbruket er konsentrert om melke- og kjøttproduksjon. Gårdene er relativt små. En del skog blir drevet fram, og det er flere mindre lokale sagbruk.

For mange i kommunen er sjøen fortsatt den viktigste ferdselsåren. Tross i at veinettet er bygd ut de siste årene, har kommunen ikke fergefritt samband mellom tettstedene. Fire bilferger, kommunale båtruter og ekstraskyss befordrer en stor del av trafikken.

Kommunikasjonene må betegnes som dårlige. Nærmere 300 mennesker er helt uten vei. I reisetid ligger Svelgen ca. 1 time fra Florø, og herfra kan en reise videre til Bergen med både hurtigbåt (4 timer) og fly (1/2 time).

Arbeiderpartiet er det største partiet i kommunestyret med 6 representanter. Høyre og Senterpartiet har begge 5, mens Kr. F. har 3, Venstre 2 og DNF 1.

De fleste stemmene gikk imidlertid ved siste valg til en borgerlig felleliste (BL) som fikk 15 representanter.

Totalbudsjettet for Bremanger i 1981 var på 72,5 millioner. Av dette gikk 21,4 millioner til sosialsektoren (29,5 %), 2,8 millioner til helsesektoren (2,7 %) og 2,1 millioner til kirke- og kulturliv (3,0 %).

I 1972 ble det innviet et nytt rådhus i Svelgen. Her har kommuneadministrasjonen, sosialkontoret, distriktslegen (for tiden 2 turnuskandidater), helsesøster og PPT sine kontorer.

Bemanningen på sosialkontoret er:

Sosialsjef  
 Psykolog (1/2 stilling)  
 Sosialkurator  
 Sykepleiesjef

Kommunenes beliggenhet uten internt veisamband har skapt store problemer i skoleutbyggingen. Kommunen har i dag 12 skoler, hvorav 9 er barneskoler og 3 barne/ungdomsskoler, med i alt ca. 800 elever. Det er ingen videregående skoler i kommunen.

Kommunen har to legedistrikter, et for ytre Bremanger og et for indre, dvs. Svelgen. For den nordre del av kommunen er det inngått avtale med nabokommunene Vågsøy og Eid, når det gjelder lege og tannlegehjelp.

### Bakgrunnen for psykologstillingen.

Skolestyret i Bremanger vedtok vinteren 1977 å etablere en egen pedagogisk-psykologisk tjeneste i kommunen. Til tross for at barnetallet bare ville gi statsrefusjon for 1 1/2 stilling, ble det besluttet å opprette hel stilling for psykolog og to halve stillinger for spesialpedagoger — begge kombinert med halve undervisningsstillinger i skolen. PP-tjenesten kom imidlertid ikke i gang etter planen. Det bød på problemer å få tak i psykolog — ingen søkere meldte seg til tross for gjentatte utlysninger.

I en betenkning av 5/2-1982 til skolestyret om PP-tjenesten skriver skolesjefen:

«Ein har difor no reist spørsmålet om ei omorganisering av stillinga for pedagogisk-psykologisk rådgjevar kan gjere det lettere å få kvalifiserte søkjarar. I den samanheng er det peika på at ei omorganisering av stillinga til kommunepsykolog eller distriktpspsykolog vil gjere henne meir interessant og attraktiv. Frå lækjarhold er det peika på trongen for psykologhjelp — og då ikkje berre for dei klientgrupperingar som fell inn under pedagogisk-psykologisk teneste, men også for andre kategoriar pasientar. Sosialetaten har også oppgaver der det er naturleg å samarbeide med psykolog».<sup>48</sup>

Skolesjefen skriver vidare at da saken om opprettelse av psykologstilling i kommunen var oppe for første gang, ble det fremholdt at stillingen eventuelt burde organiseres i samarbeid med helsetjenesten, og at det på eget tverrfaglig møte mellom representanter for helsetjenesten, sosialkontoret og skolekontoret i mars 1977, ble vedtatt en erklæring hvor det bl. a. heter: «Ein ser det som ønskeleg og nødvendig at den pedagogisk psykologiske teneste skal yte service til alle som har behov for det i kommunen, og likeeins at ein kan utvikle samarbeidsorganer mellom dei ymse etater».<sup>49</sup>

Skolesjefen nevner vidare i betenkningen at han ikke ser en reduksjon fra en hel PP-rådgiver til en halv psykologstilling ved PP-tjenesten som særlig problematisk. Etter barne- og elevtallet vil en halv stilling være mer i samsvar med gjeldende norm. Skolesjefen reiser så spørsmålet om en bør dele stillingen i to adskilte halvdelar, eller beholde den samlet. Han hevder at en deling vil virke kunstig på flere måter. På den annen side: «Eit opplegg der alle funksjonane er integrert i ei stilling vil sjølsagt setje større krav til samarbeid mellom etatane. Men det vil truleg være den mest naturlege og mest rasjonelle ordninga».<sup>50</sup>

Når skolesjefen peker på at en halv stilling til PP-tjenesten vil være mer i samsvar med gjeldende norm, ønsker han å formidle at kommunen med det eksisterende barnetall og to halvtids spesialpedagoger i PP-tjenesten, ikke vil få statstilskudd til mer enn en halv psykologstilling i tillegg.

Skolestyret ga sin tilslutning til skolesjefens forslag. På møte den 13/2-82 ble det gjort vedtak om: «I staden for stillinga som pedagogisk-psykologisk rådgjevar vert det skipa ei stilling for distriktpspsykolog. Denne stillinga vert delt med ein halvdel på pedagogisk-psykologisk teneste og ein halvdel på helse- og sosialtenesta i kommunen... (Stillinga) vert tilsett av skulestyret. Før tilsetjing av distriktpspsykolog skal distriktslækjarane og sosialsjefen ha høve til å gjere tilråding».<sup>51</sup>

Saken ble behandlet av kommunestyret på møte den 30. mars 1982. Skolestyrets forslag ble her enstemmig vedtatt.

Av saksdokumentene fremgår at betegnelsen di-

striktpspsykolog og arbeidsopplegget for distriktpspsykologen var idéer man hadde fått fra Enebakk kommune. Skolesjefen hadde inngående kjennskap til situasjonen i denne kommunen og hvorledes man her hadde gått frem for å organisere en felles psykologtjeneste for skole, helse- og sosialetat.

Før den avsluttende behandling i kommunestyret ble saken oversendt både distriktslege og sosialsjef til uttalelse.

Sosialsjefen sier i sin påtegning, datert 11/2-1982, at han ser det som ønskelig med en psykologtjeneste innenfor kommunen. Han fremholder: «Mange av dei sakene vi arbeider med er ofte samansette av mange problemer. Det viser seg i praksis vanskeleg å følge desse sakene opp på ein tilfredsstillande måte når hjelpeinstansane har for stor geografisk spredning».<sup>52</sup> Han anbefaler at man prøver en modell lik den i Enebakk.

Legen ved distriktslegekontoret sier i sin uttalelse av 17/2-82 at den foreslåtte ordning vil tilfredsstille de behov for psykologhjelp som er til stede i den kommunale helsetjeneste.

Distriktpspsykolog/kommunepsykologstillingen i Bremanger ble utlyst våren 1982, og ble besatt fra 1/8 samme år.

Både ordføreren og rådmannen i Bremanger legger i vårt intervju med dem vekt på at overføring av den ene halvdel av PP-rådgiverstillingen til sosialkontoret ville gjøre stillingen mer attraktiv. Rådmannen sier vidare: «Men vi utvidet ikke bare for å få psykolog i PPT. Sosialsektoren og helsesektoren kan også nytte seg av de tjenester som psykolog kan gi. Distriktlegen var svært positiv til det som skjedde. Sosialsjefen har også vært opptatt av dette over lengre tid.»<sup>53</sup>

Sosialsjefen sier i intervjuet vi hadde med ham at han aktivt har gått inn for å få omgjort stillingen til distriktpspsykologstilling. Han forteller at det ofte har vært et akutt behov for en slik stilling. Sosialkontoret møter ofte psykiatrisk problematikk, og når det gjelder spørsmål vedrørende foreldreomsorg er det behov for psykologhjelp.

Skolesjefen var kjent med at både Måløy og Odda hadde ansatt psykolog ved sosialkontoret. Han anså likevel Enebakk-modellen som den mest passende for Bremanger i og med at man her også fikk ivaretatt skoleverkets behov for psykologtjeneste.

Vi skal i et senere kapittel ta for oss Enebakk-modellen og gi en beskrivelse av hvilke erfaringer som her er blitt høstet.

### **Psykologens jobbutforming.**

Psykologen i Bremanger forteller at han søkte stillingen delvis av familiemessige grunner. Men rolleutformingen han på forhånd mente stillingen inviterte

til, var også av betydning. Særlig var det den halve stillingen på sosialkontoret som lokket. I utgangspunktet trodde han at han ikke ville like tilsvarende godt å jobbe innenfor PPT. Han sier han har endret syn på dette. Særlig har det vært PPT-rollen som han på forhånd hadde minst kjennskap til, som det har vært engasjerende å prøve ut. Han hadde ikke tidligere noen jobberfaring fra psykologisk 1.linjetjeneste.

Psykologen fremhever at det å jobbe i 1.linjen er helt annerledes og også mer givende enn å jobbe i 2.linjen. Han opplevde det slik at det i 2.linjen gikk svært mye tid med til å få personalet til å fungere sammen, mens han ser på arbeidsdelingen i 1.linjen som mer naturlig. De ulike faggruppene er mer til støtte for hverandre her enn det han erfarte ved fylkespsykiatriske institusjoner.

I 1.linjen er det naturlig at flere instanser er involvert i samme sak, og det er fint å kunne trekke inn folk etter behov. Han opplever å ha en sammenbindende funksjon, å være en koordinator mellom PPT og sosialkontoret. På samme tid er han ikke bundet til bare én etat, og er stilt forholdsvis fritt og uavhengig. Han uttrykker det slik: «Det som er bra med denne stillingen er at jeg blir sentral i forhold til mange. Helsesøster kan ha samme funksjon, men er ikke vant til å arbeide som koordinator».<sup>54</sup>

Psykologen opplyser at han bruker ca. 30 % av sin arbeidstid på direkte klientarbeid, ca. 30 % på indirekte klientarbeid, og ca. 20 % på administrasjon og undervisning. Egen etterutdanning anslås til å ta ca. 10 % av arbeidstiden. Psykologen er ennå svært ny på stedet og han regner ikke med at utrednings- og planarbeid legger beslag på mer enn 10 %. Det anslås et gjennomgående tidsforbruk på 4 timer til reiser og 2 timer til møter pr. uke.

På spørsmål om typer av klienter psykologen kommer i kontakt med, opplyses at det ofte dreier seg om barn og førskolebarn, om personer med alkoholproblemer og om personer med psykiske problemer. Krisebehandling — både i forhold til personer og familier — nevnes som en del av klientkontaktene. Psykologen sier han av og til har kontakt med eldre klienter og med skilte og separerte forsørgere, med arbeidsløse og yrkesvalghemmete. Stoffproblemer forekommer svært sjelden, likeledes klientkontakt med personer uten fast bosted.

#### Arbeidspartners syn på psykologen.

Som informanter i Bremanger gjorde vi bruk av sosialsjef, sosialkurator, helsesøster, sykepleiesjef, skolesjef, pedagogisk konsulent, logoped, ordfører og kontorsjef.

I sin kommentar til Nyhusutvalgets innstillinger sier sosialsjefen: «Min personlige oppfatning er at vi har bruk for psykologer her i førstelinjetjenesten, og at de også kan fungere som andrelinje, dvs. som rådgivere for sosionomer på sosialkontoret, for førskolelærere.... På grunn av geografi trenger vi psykolog — vi kan ikke bare ta en telefon. For Vestfold og Akershus er det greit nok, men det går 4-5 Vestfoldfylker inn i Sogn og Fjordane».<sup>55</sup>

Både sosialsjefen, kuratoren og sykepleiesjefen trekker frem de store avstandene og vanskelige kommunikasjoner som en av årsakene til at de ønsker psykolog i kommunen. Sykepleiesjefen tror ikke at en fylkeskommunal psykolog ville kunne fungere tilfredsstillende slik forholdene er på stedet. Han sier: «Avstanden virker mot samarbeid. Problemet blir så langt fra psykologen. Det vi ser som et stort problem, kan fortone seg som et lite for en fylkeskommunal psykolog».<sup>56</sup>

Helsesøster har arbeidet i kommunen i 6½ år. Hun ser det som en stor fordel at helsestasjonen nå har fått tilgang på psykologhjelp. «Vi trenger rådgivning, men vi må også kunne henvise, slik at psykologen kan overta sakene».<sup>57</sup>

Både sosialkontorets ansatte og representantene fra helsetjenesten mener at psykologen bør ha en funksjon utover det å være konsulent for førstelinjetjenesten. Med hensyn til prinsippet om så få profesjoner i førstelinjen som mulig, sier helsesøster: «Det er greit nok, men det viser seg f. eks. i helsestasjonsarbeid, at vi ikke er flinke nok i forhold til mentalhygienisk arbeid. Vi trenger noen å henvise til».<sup>58</sup> Sosialsjefen sier seg enig med prinsippet, men fremholder at han synes ikke skillet mellom første- og andrelinje er så veldig fruktbringende, i alle fall ikke for så små kommuner som Bremanger. «Her (på sosialkontoret) kommer folk med alle sine problemer, og vi må ha psykolog — psykiater så tett om oss som råd er». Kuratoren synes ikke at Nyhusutvalgets argumentasjon holder på dette punktet. «Fysioterapeuter kan ikke brukes i samme situasjon som psykologer», mener hun.

Helsesøster fremhever at alle kommuner trolig har behov for psykolog. Hun sier det slik: «Det er mye lettere å ta uformell kontakt med psykologer som er i distriktet. Den kontakten og den lokalkunnskap en får når en er i distriktet er viktig for samarbeidet». Sosialsjefen mener også at små kommuner kan ha bruk for psykologtjenester, i alle fall hvis en ser dette i sammenheng med at distriktshelsetjenesten skal styrkes og bygges videre ut.

Sykepleiesjefen sier om spørsmålet: «Jeg vil tro at en del småkommuner har bruk for egen psykolog. Fint å kunne kombinere PPT/sosialkontoret i en stilling som denne».<sup>59</sup> Sosialkurator ser også på denne



kombinasjonen som fordelaktig for alle parter. En fulltids psykologstilling på sosialkontoret vil det etter vedkommendes mening, ikke være behov for i kommunen.

Alle informantene i kommunen sier seg uenige i Nyhusutvalgets syn på den fylkesmessige forankring av psykologtjenesten.

Sosialsjefen opplyser at han samarbeider med psykologen i konkrete saker. Behovet for samarbeid er størst når det gjelder sammensatte familieproblemer og kompliserte enkelttilfeller.

Sosialkontoret har regelmessige møter med distriktslege, helsesøster og BUP/Førde. Sosialsjefen, distriktslegen og psykologen har ellers møter når det er behov for det. Sosialsjefen opplyser at sykepleiesjefen, psykologen og han selv for øyeblikket samarbeider i en eldreomsorgsundersøkelse. Han er glad for at psykologen, i likhet med han selv, ser problemkartlegging og planlegging som et viktig ledd i det kommunale sosialarbeid.

De ansatte ved sosialkontoret er noe forbeholdne i sine svar på spørsmål om forventningene til den nye

psykologtjenesten er innfridd. Stillingen er såpass ny at det ennå er for tidlig å trekke noen konkrete slutninger.

Sosialkurator synes at ordningen med psykolog er fin, men tror at den kunne fungere bedre «hvis alt var mer samlet». Nå har hun inntrykk av at psykologen investerer det meste av sin tid i arbeid på skoler og i barnehager.

Helsesøster sier: «Dette med psykolog er ganske nytt for oss, vi arbeider med å finne samarbeidsformer». Hun har nå samtalegrupper for svangre sammen med psykologen. Hun sier hun har nytte av psykologen når det gjelder mange praktiske og dagligdagse ting som f. eks. behandling av søvnvansker og matrutiner. Hun hevder imidlertid av psykologens veldige lojalitet i forhold til klientene kan virke som et hinder for kommunikasjonen innad.<sup>60</sup>

Det er viktig å understreke at psykologstillingen i Bremanger kommune bare hadde vært besatt i ca. 1/2 år da vi foretok vårt intervjubesøk. Dette er strengt tatt en for kort tid for å bedømme hvorvidt den nye psykologtjeneste oppfyller de forventninger man hadde på forhånd i kommunen.

## Enebakk — primærkommune i Akershus fylke

### Kommunale særtrekk.

Enebakk kommune ligger i Follo, ca. 40 km øst for Oslo. Kommunen omfatter et areal på 233 km<sup>2</sup>. Den hadde i 1982 et innbyggertall på ca. 6.600. Innbyggertallet har vokst med ca. 1.200 over den siste 10 års periode. Ca. 40 % av innbyggerne sies å være under 19 år.

Bebyggelsen er spredt, bortsett fra de tre tettstedene: Ytre Enebakk med ca. 1.500 mennesker, Kirkebygden med ca. 800 og Flateby med ca. 2.500.

Kommunen har inntil nylig hovedsakelig vært en jordbruks- og skogbrukskommune. Ingen av disse næringer gir i dag de nødvendige arbeidsplasser — og over halvparten av arbeidsstokken i kommunen pendler til Lillestrøm, Ski og Oslo. Bussforbindelsen til Oslo tar ca. 1 time, og reisetiden til Ski og Lillestrøm ca. 20 min. I rushtiden går det buss til Oslo hver halvtime.

På grunn av kommunikasjonsforholdene og den relative spredte bebyggelse, er de kulturelle forskjellene mellom Oslo og Enebakk større enn den geografiske avstand skulle tilsi. Enebakk er fremdeles preget av bygdekultur, med små og oversiktlige sosiale forhold.

Kommunebudsjettet i 1982 var på 73,3 millioner kroner. Av dette gikk 7,3 millioner (10 %) til sosial-etaten, 7,7 millioner (11 %) til helsevesenet og 1,6 millioner (2 %) til kirke- og kultursektoren. Kommunestyret har 33 medlemmer. Blant disse har Ap. 14, Høyre 11, Senterpartiet 3, Kr. F. 2, SV 1, V 1 og Fremskrittspartiet 1. Ordføreren kommer fra Høyre.

Kommunen har 4 barneskoler, 2 ungdomsskoler, 2 barnehager og 2 korttidsbarnehager. Det samlede elevtall i grunnskolen som faller inn under PP-tjenesten er 1.266, i tillegg til 130 førskolebarn (3 årskull).

Bemanningen på sosialkontoret er:

Sosialsjef  
2 kuratorer  
Hjemmehjelpformidler

Kommunen er kjent for det forebyggende mentalhygieniske pionerarbeid som for noen år siden ble utført ved den lokale helsestasjon (Bogen et al., 1972; Bogen & Sundby, 1976).

### Bakgrunnen for kommunepsykologstillingen.

Enebakk kommune hadde frem til høsten 1977 pedagogisk-psykologisk tjenestekontor sammen med

Ski kommune. Felleskontoret ble da oppløst og det ble bestemt at man skulle gå til opprettelse av en egen PP-tjeneste i kommunen. Fra skoledirektørens side ble det anført at man bare under noen tvil kunne gå med på vedtaket, siden en egen PP-tjeneste i en så liten kommune som Enebakk nødvendigvis ville bli fåtallig når det gjelder bemanning og sårbar i forbindelse med omskiftning av personell. Dette viste seg også å bli tilfelle i tiden som fulgte.

For å få til en mer effektiv og solid forankring av den kommunale PP-tjeneste ble det i 1979 på initiativ av skolesjefen, og med støtte av distriktslegen, foreslått en nyordning hvorved den ene av de to PP-stillinger med statsrefusjon, skulle omgjøres til en halv stilling som distriktpsikolog/kommunepsykolog (med den andre halvdel betalt over kommunebudsjettet (formodentligvis sosialbudsjettet), og hvorved de resterende 1½ stillingshemler under PPT skulle deles i 3 halve pedagogiske rådgiverstillinger, med hver ½ dags undervisningsstilling (lærerstilling) i tillegg. Forslaget gikk altså ut på, gjennom utnyttelse av ulike stillingsressurser og stillingshemler å utvide den lokale PP-tjeneste fra å omfatte to til å omfatte fire fagutdannede personer.

I skolesjefens utredning til skolestyret våren 1980, ble det gitt en detaljert begrunnelse for forslaget om å opprette en ny stilling for distriktpsikolog/kommunepsykolog:

«Samtidig som... pedagogisk-psykologisk rådgivning er mer enn psykologarbeid... (må) en innse at vi har behov for psykolog i PP-tjenesten... Vi trenger imidlertid noe langt mer enn en skolepsykolog. Vi har behov for en psykolog som i sitt mandat har ansvar for alle aldersgrupper som måtte trenge den aktuelle hjelp hun/han kan gi. I praksis har det nemlig vist seg at utslag av elevens situasjon som har ført til at man tilkaller psykologhjelp, ofte har årsaksforhold som ligger utenfor skolen eller er skolen uvedkommende. En vil videre anta at en distriktpsikolog vil kunne være til stor nytte for sosialvesenet, herunder barnevernet og sosionomene... Helsevesenet vil også kunne ha god bruk for psykologen. Spesielt vil distriktpsikologen kunne være til stor hjelp for helsesøstrene i deres arbeid med barn i førskolealderen, bl.a. diagnostisering av tilstander hos barn med forskjellige arter og grader av psykisk handicap...

Det vil... bli reist spørsmål om hvor stor del av distriktpsikologens tjenester som i tilfelle vil falle på skolestyret, og dermed bli gjenstand for statsstilskudd over PPT. Etter skolesjefens vurdering vil ca. halvparten av stillingen, på bakgrunn av de øvrige komponenter i den modellen som foreslås, kunne bli gjenstand for statsrefusjon...

Når det gjelder administrativ tilhørighet for stillingen som distriktpsikolog, er skolesjefen av den oppfatning at denne i sin helhet gjerne kunne ligge under helsetjenesten. Imidlertid lar dette seg vanskelig gjøre av hensyn til gjeldende bestemmelser i lov og forskrifter. Den halve stillingen som vil henhøre under skolestyret, må admi-

nistrativt være underlagt skolestyret ved skolesjefen, mens den andre delen må sortere under helsetjenesten. I praksis vil en imidlertid på en smidig måte kunne få dette til å fungere ved at distriktpsikologen, skolesjefen og en representant for helsetjenesten utgjør en stabs-funksjon med jevnlig «staffmeetings» der aktuelle spørsmål og problemer blir tatt opp og løst. Tilsetting av distriktpsikolog må skje i skolestyret, i dette tilfellet etter at helsetjenesten v/distriktslegen har hatt anledning til å uttale seg». <sup>61</sup>

På et møte i Enebakk skolestyre 12/4-80 ble det vedtatt at man fra 1/8-80 skulle reorganisere PP-tjenesten slik at 1/2 stilling av de to hele stillinger som var blitt godkjent for statsrefusjon, skulle benyttes til distriktpsikologstilling, idet man forutsatte at den andre halvdel av stillingen skulle dekkes/opprettes på det kommunale sosialbudsjett. Det ble forøvrig lagt vekt på at det måtte bli utarbeidet en klar instruks for stillingen.

I stillingsinstruksen som ble utarbeidet en tid senere sies det at psykologen skal utøve sin virksomhet i samarbeid med skolesjef, sosialsjef og distriktslege, og at skolesjefen er psykologens nærmeste overordnede. Ved eventuelle konflikter i arbeidsforhold som berører helse- og sosialtjenesten, skal skolesjefen drøfte forholdet med sosialsjef og/eller distriktslege.

Instruksen definerer psykologens arbeidsoppgaver på følgende måte:

- Ca. 50 % av arbeidstiden skal brukes i den pedagogisk-psykologiske tjeneste i samsvar med retningslinjene for denne tjeneste.
- Forøvrig skal psykologen:
  - utføre klientarbeid, inkludert familiebehandling og arbeid med pasientgrupper;
  - utføre rådgivning/veiledning overfor helsestasjon, sosialkontor, kommuneadministrasjon, skolestyre og leger som arbeider i kommunen;
  - avgi uttalelser til barnevernsnemnden om barnevernssaker når nemnden ber om dette;
  - gi veiledning i forbindelse med støttekontaktvirksomhet hvis og når det skulle bli behov for det; og
  - forestå undervisnings- og opplysningsarbeid i kommunen over emner med tilknytning til psykologtjenesten.

#### **Psykologens beskrivelse av egen arbeidssituasjon.**

I et notat, datert 3/2-82, gir den første innehaver av den nye kommunepsykologstilling en inngående beskrivelse av hvilke erfaringer han har høstet i stillingen i løpet av det første året. <sup>62</sup>

Innledningsvis blir det pekt på at bemanningen av det lokale PP-kontoret består av 1/2 PP-rådgiver (psykolog), hvorav den andre halvpart av stillingen er som distriktpsikolog, en PP-rådgiver i full stilling

(psykolog), en spesialpedagog i halv stilling, en logoped i halv stilling (finansiert av såkalte B-time ressurser), og en førskolepedagog (finansiert utenom PPT-budsjettet).

Om førskolepedagogen sies det at vedkommende er ansvarlig for driften av lekoteket og forøvrig pålagt å yte hjelp til funksjonshemmede førskolebarn. Mesteparten av vedkommendes daglige arbeid foregår i barnehagene, men med noen faste timeavtaler med barn på lekoteket.

Logopeden og spesialpedagogen er faglig knyttet til PP-tjenesten på halv tid, mens de i den andre halvdel er knyttet til lærerposter ved en av barne- og ungdomsskolene. Det opplyses at fagpersonalet ved PPT har faste møter hver 14. dag og at man da alltid tar opp fordelingen av nye og gamle arbeidsoppgaver. Psykologene deler skolene og barnehagene mellom seg, og de tilbringer ca. 4 timer pr. uke på hvert sted. I forhold til de opprinnelige planer for PP-tjenesten utarbeidet i 1979/80, merker man seg at kommunen har fått en heldagsstilling for skolepsykolog i stedet for et par halve pedagogiske rådgivere med kombinerte halvdagsposter i skolen.

Vi skal i det følgende komme litt nærmere inn på distriktpsykologens arbeidsoppgaver og erfaringer slik de blir beskrevet i årsrapporten.

Helsestasjonen virker som en hjørnestein i det distriktpsykologiske arbeid. Det berettes om et nært samarbeid med helsesøster og distriktslege: «Enklere problemer i småbarnsfamiliene har vært løst ved konsultasjon, der helsesøster er formidler. Hvis helsesøster føler at problematikken er mer massiv, henviser hun... avgjørelsene tar vi i fellesskap på møte med alle på helsestasjonen... Slike møter avholder vi en gang pr. uke. På møtet tar vi opp nye saker, foretar arbeidsfordeling mellom helsesøster, lege, psykolog og evt. andre innen PP-tjenesten. Dessuten foretar vi evaluering av tiltak i pågående saker».<sup>63</sup>

Rapporten inneholdt et eget avsnitt om forholdet til primærhelsetjenesten:

«Samarbeidet med lege foregår... (i tillegg til arbeidet ved helsestasjonen) i det lokale legesenter. Dette er bemannet med distriktslege I og II, lege i fast stilling og turnuskandidat. Disse har benyttet meg som henvisningsinstans for voksne med psykiatrisk problematikk og ekteskapskonflikter. I noen saker har vi samarbeidet terapeutisk ved at vi i fellesskap møter klienter, eller i fellesskap vurderer bruken av psykofarmaka. I de sakene hvor det har vist seg formålstjenlig med henvisning til, eller innleggelse i psykiatriske institusjoner utenfor kommunen, foretar en av legene og jeg en vurdering og utredning».<sup>64</sup>

Det opplyses videre at det foregår et visst samarbeid om barn og familiesaker med den fylkespsykiatriske poliklinikken på Ski. En gang pr. måned møtes en

representant fra klinikken, sosialkontoret, trygdeetaten, distriktslegen, helsestasjonen, PP-tjenesten og distriktpsykologen for å drøfte og samordne behandlingsopplegget i nye og pågående saker.

Distriktpsykologen sammen med skolepsykologen virker som konsulenter for lærerne ved en spesialskole i en nabokommune. De to har også engasjert seg i organisasjonsutviklingsarbeid ved enkelte av skolene innen kommunen. Det berettes om bruk av arbeidsmetoder som involveringspedagogikk og klasse-møter.

Også distriktpsykologens forhold til sosialkontoret blir omtalt i rapporten. Det sies om dette:

«Samarbeidet mitt ved sosialkontoret har vært preget av kontakt i enkeltsaker... En rekke av sosialkontorets klienter presenterer også psykiatriske problemer, og disse får kontakt med meg. Sosialkontorets administrering av såvel barnevernsnemnd og barnehagenemnd, gjør det også til en sentral samarbeidspartner. Samarbeidet med sosialkontoret har i en viss grad vært preget av for liten kontinuitet. Fordelingen av ansvar og arbeidsrutiner har til tider også bydd på problemer. Årsaken til dette har vært sosialkontorets store arbeidsbyrde og underbemanning...».<sup>65</sup>

Distriktpsykologen opplyser at han i januar 1982 førte en timedagbok over sine forskjellige gjøremål, og at det ut fra denne er mulig å beskrive tidsbruken innenfor en typisk arbeidsuke. Tidsbruken kan sammenfattes i følgende oversikt:

#### *Direkte klientkontakt*

Voksenpsykologisk behandling og undersøkelse .....	7 timer	(17,5 %)
Barnpsykologisk behandling og undersøkelse .....	3 »	( 7,5 %)
Familiebehandling/familiekontakt	4 »	(10,0 %)

#### *Indirekte klientarbeid*

Klassemøter og organisasjonsutvikling .....	8 »	(20,0 %)
Konsultasjon/helsestasjon, sosialkontor, lærere, eksterne institusjoner .....	4 »	(10,0 %)
Koordinering av behandlingsarbeid/lege, PPT, helsestasjon, sosialkontor.....	5 »	(12,5 %)

#### *Opplysnings og undervisningsvirksomhet.....*

<i>Egen etterutdanning .....</i>	2 »	( 5,0 %)
<i>Administrative oppgaver (inkl. reiser) .....</i>	3 »	( 7,5 %)

Rapporten blir avsluttet med en del mer generelle vurderinger:

«Selv i en relativt liten kommune beliggende i det sentrale Østlandsområdet er behovet for klinisk-terapeutisk førstelinjetjeneste stort. Selv med en psykiatrisk poliklinikk i den umiddelbare nærhet, vil det være en illusjon å tro at denne vil kunne dekke behovet for klinisk psykologisk hjelp i vår kommune...

I og med at helse og sosialtjenesten stadig desentraliseres, og de store psykiatriske institusjoner bygges ned, synes jeg at det er rimelig at psykologrollen i lokalsamfunnet etterhvert får en annen profil enn en tradisjonell skolepsykolog-rolle. Psykologen bør ha en mindre tilknytning til selve skoleverket og i større grad være tilknyttet helse- og sosialtjenesten... Enebakk kommune er vel i så måte den kommunen i landet som best har lagt forholdene til rette for et forsvarlig tilbud av psykologiske almentjenester».<sup>66</sup>

Uten å ta stilling til den aller siste meningsyttringen må det kunne sies at man i Enebakk har forsøkt å gå nye veier i oppbyggingen av en lokal psykologtjeneste. Vi har i andre kommuner hørt at det er blitt henvist til Enebakk-modellen. Et særtrekk ved modellen er erkjennelsen av at en kommuneforankret psykologisk generalisttjeneste på 1. linjeplan har vesentlige fordeler i forhold til en fylkesforankret eller interkommunal psykologtjeneste begrenset til en enkelt forvaltningssektor.

Vi har inntrykk av at Enebakk-modellen har sin styrke når det gjelder brobygging mellom skole og helseetat, mens sosialetaten har falt litt på siden. Man etterlyser i modellen at distriktpsikologen noen dager i uken har kontorfellesskap med sosialkontoret, og går inn ikke bare som konsulent, men som aktiv klientbehandler ved kontoret i forbindelse med sammensatte og kompliserte psykososiale klientsaker. Hvis psykologen ikke er villig til å påta seg ansvar på dette plan, vil vi tro at han etter en tid vil bli sett på som en «utenforstående» i forhold til den kommunale sosialetat. Hvilket samarbeidsforhold som blir etablert med etaten vil imidlertid ofte i like høy grad være avhengig av holdninger til sosialsjefen og hans medarbeidere som av distriktpsikologen selv.

I en ny årsmelding fra distriktpsikologen, datert februar 1983, blir det opplyst at PP-kontoret fra sommeren 1982 er blitt styrket ved ansettelse av en kombinert logoped/spesialpedagog i full stilling, og at kontoret i skoleåret 1982/83 har følgende bemanning:

Psykolog — hel stilling  
 Psykolog — halv stilling (kombinert distriktpsikolog)  
 Logoped/spesialpedagog — hel stilling  
 Spesialpedagog — halv stilling  
 Kontorfullmektig —  $\frac{3}{4}$  stilling

Det fremgår av meldingen at opprettelsen av den hele psykologstilling sommeren 1981, skjedde ved en

omgjøring av en ubesatt PP-stilling, dvs. ved en omgjøring av den stillingen skolesjefen opprinnelig hadde gått inn for skulle deles i to halve rådgiverstillinger.<sup>67</sup>

Det blir understreket at begge de to psykologene ved PP-kontoret deler sin arbeidstid på skole- og helsesektoren, at de begge fungerer både som skolepsykologer og distriktpsikologer. Et skille mellom de to arbeidsområder ville ha vært kunstig, blir det hevdet, siden nærmere halvparten av klientsakene i skolen krever intervensjoner i familier eller samarbeid med sosialkontor, helsestasjon eller legesenter (oppgaver som uttrykkelig er definert som distriktpsikologisk arbeid). De to psykologene har delt skolene mellom seg — og de tilbringer i gjennomsnitt 4 timer pr. skole pr. uke — i tillegg til deltagelse på planleggingsdager og foreldremøter. På hver av skolene har de primærkontakt med en av lærerne med spesialpedagogisk utdanning, — ved ungdomsskolene med lærerne i kombinert rådgiverstilling. En gang pr. måned arrangeres det et felles møte med alle kontaktlærerne.

Ved siden av arbeidet med lærerstaben, er det fortløpende samarbeid med helsestasjonen/helsesøstrene, legesenteret, sosialkontoret, trygdekantoret- og lensmannsetaten. En dag pr. uke blir avsatt til de voksenpsykiatriske henvisningene fra legesenteret.

Det opplyses at legesenterets behov for kontakt med Follo psykiatriske poliklinikk og med Blakstad psykiatriske sykehus er blitt vesentlig redusert etter at den kommunale psykologtjenesten kom i stand.

Det endrede kontaktforhold til den fylkeskommunale poliklinikken er av interesse siden det sier noe om hvilken effekt kommunepsykologi kan få i forhold til psykiatrisk/psykologiske spesialisttjenester på fylkesnivå.

Folloklinikken har en bred faglig bemanning. Staben består av psykiater, sosionom, psykolog, psykiatrisk sykepleier, pedagog, småbarnspedagog. Frem til våren 1982 var klinikken representert med en hjemmekonsulent på de månedlige kontaktmøter på helsestasjonen i Enebakk. Vedkommende skulle virke som en slags koordinator mellom primærhelsetjenesten og Follo-klinikken. Etter at psykologtjenesten kom i gang viste det seg mer hensiktsmessig å legge frem klientsaker for spesial-sakkyndige ved klinikken, og det ble ordnet med konsultasjonsmøter en gang pr. uke. De månedlige kontaktmøter med hjemmekonsulenten er dermed litt etter litt falt bort.

Det berettes at henvisningen av saker til poliklinikken ikke har vært uten problemer. Dette blir bl. a. tilskrevet klinikkens arbeidsform, det at den arbeider etter prinsippet om at alle fagpersoner skal gjøre det samme, uansett faglig bakgrunn. Vi siterer fra årsmeldingen:

«Ved henvisning til klinikken har vi (fått) inntrykk av at det er tilfeldig hvilken person klienten tilbys hjelp fra... Ved flere anledninger har vi... opplevd at klienter som er psykisk behandlingstrengende, har fått tilbud fra f. eks. pedagog eller sosionom... at mange faggrupper vil utføre samme type arbeid overfor klienten, særlig psykoterapeutisk virksomhet, har vært tatt opp med Folloklinikken... primærhelsetjenesten i Enebakk, særlig representert med helsestasjonene, legene og psykologtjenesten, (har) i avtagende grad henvist til klinikken. Årsakene... er... mange... Vi på vår side kan selvfølgelig ha for store forventningen m.h.t. henvisningene. Dette går på at vi nok i stor grad forventer et annet og kanskje høyere faglig nivå enn vi selv i primærhelsetjenesten har».<sup>68</sup>

Vi synes at dette siste poenget påkaller oppmerksomhet. En høyning av den psykiatrisk/psykologiske kunnskap og innsikt på distriktsnivå vil føre til at flere pasienter enn før vil kunne få hjelp på dette nivå, men en slik utvikling vil også kunne føre til en langt mer kritisk vurdering av 2.linje-tjenestens faglige standarder og disposisjoner. Fra en tidligere nokså beskyttet team-tilbuds-tilværelse, kan det bli reist krav til fylkeshelsetjenesten om at den høyner kvaliteten på det arbeid den er satt til å utføre.

Det blir også i den nye årsrapporten pekt på at helsestasjonen er en hjørnestein i det distriktspsykologiske arbeidet. Arbeidet ved helsestasjonen har tre komponenter: Forebyggende arbeid (dvs. opplysningsvirksomhet til småbarnsforeldre, svangerskapskurs, etc.); konsultativt arbeid (veiledning overfor helsesøstre), og direkte klientarbeid med barn og småbarnsfamilier. Arbeidet ved helsestasjonen gir dessuten en bred kontaktflate med distriktsleger og derigjennom med det lokale helse råd.

Når det gjelder den dårlige kontinuitet i samarbeidet med sosialkontoret blir det nevnt at dette kanskje i noen grad kan skyldes at ingen av saksbehandlerne ved kontoret er utdannede sosionomer.

Psykologtjenesten i Enebakk er lagt opp som en midlertidig forsøksordning. Det er meningen at den skal evalueres innen utgangen av 1984. I den siste årsrapporten blir det fremholdt at kombinasjonen skolepsykolog/distriktspsykolog har ført til interessante

og varierte arbeidsoppgaver, og at den ikke har gitt noen følelse av å være faglig og administrativt oppsplittet. En ordning med en pedagogisk-psykologisk rådgiver og en distriktspsykolog — hver i full stilling med ulik administrativ tilknytning — vil sannsynligvis fungere dårligere enn det eksisterende opplegg blir det hevdet, — siden den vil medføre en kunstig oppdeling av klientsakene. En forutsetning for en fungerende distriktspsykologtjeneste, er at PPT beholder en sterk psykologbemanning. I en kommune som Enebakk vil det være vanskelig å få en stabil og kvalifisert psykologtjeneste, med mindre det er to psykologstillinger på stedet.

Svensden og Tuft (1983) har nylig fremlagt noen data som viser hvordan kombinasjonsstillingene blir vurdert av lærere, helse- og sosialpersonell i kommunen. Blant lærerne som tok stilling til spørsmålet, var det 76 % som mente at erfaringer med kombinasjonen PPT/distriktspsykolog var positiv, bl.a. fordi det muliggjorde en mer helhetlig tilnærming til elevenes vansker. Men resultatene avdekker også skepsis til den aktuelle utforming av PPT. Mens psykologene prioriterer kartlegging og forandring av problemskapende forhold i klassen og på skolen, ønsker lærerne stort sett mer individrettede tiltak. De PPT-oppgaver de anser som viktigst er: 1) Undersøkelse og vurdere tiltak for elever som har følelsesmessige- og tilpasningsproblemer; 2) hjelpe læreren til å forstå elevens problemer og gi råd til læreren om hvordan han/hun skal forholde seg; 3) selv igangsette tiltak/behandling for slike elever. I sitt arbeid innen helsetjenesten prioriterer psykologene nettopp et slikt klinisk kasus-perspektiv, og dette blir verdsatt av de berørte parter: «Helsesøstrene, legene og de ansatte ved sosialkontoret mente at både de og kommunens innbyggere var tjent med psykolog-tjenesten... Alle grupper henviste til erfaringer fra et bredt spekter av oppgaver de hadde samarbeidet med psykologene om. Både helsesøstrene og legene trakk frem argumenter for at stillingen burde være kombinert PPT/distriktspsykolog». (p. 48).

## Kommentar til Nyhus-utvalgets syn på organiseringen av psykologtjenesten

En sentral problemstilling ved vår datainnsamling var å få belyst hvilke holdninger som er til stede på grunnplanet overfor en lokal psykologtjeneste. Hva mener de som har daglig førstehånds erfaring fra kontakt med en slik tjeneste?

I Nyhusutvalgets innstilling heter det: «Man må i denne sammenhengen gjøre seg bevisst hva en slik tjeneste ville innebære for andre førstelinjetjenesters yrkesgruppers arbeidsområder». (NOU 1982:10, s. 76).

Med dette som utgangspunkt ønsket vi å se på hvor-

dan samarbeidet med kommunepsykologene fungerer. Vurderer samarbeidspartnerne psykologen som en nyttig fagperson i kommunen, eller fører psykologtjenesten til en «tråkking i hverandres bed», det vil si, til unødige profesjonskonflikter?

Det viste seg å være forbausende enstemmighet i vurderingene av en kommunal psykologtjeneste. Nesten alle vi intervjuet ser på psykologene som en verdifull del av det tilbud som bør inngå i førstelinjetjenesten. At psykologen fungerer og er tilgjengelig i lokalmiljøet, blir sett på som en viktig forutsetning for en god primær helse- og sosialtjeneste.

Bortsett fra én av våre over 50 informanter, er det ingen som tror at en fylkeskommunal organisering av psykologtjenesten, vil representere noen fullgod løsning for kommunene. Det er enighet om at psykologene har en viktig og nødvendig konsulentfunksjon, men det fremheves stadig at det i tillegg er behov for direkte psykologhjelp i lokalmiljøet.

Som nevnt gikk Sosialdepartementet, på den tid Nyhus var statssekretær i departementet, inn for at det bare bør være leger, fysioterapeuter og sykepleiere (og evt. sosionomer) mennesker med mentale lidelser bør ha førstekontakt med innen helsetjenesten, ut fra prinsippet om at folks grunnleggende kontakt med tilbudene i tjenesten bør skje med et så lavt antall personer som mulig. — Flere av våre informanter sier seg enig i dette som overordnet prinsipp, men trekker samtidig frem at psykologen har en faglig kompetanse som ikke dekkes av noen av de omtalte yrkesgrupper, og at dette i siste omgang må være utslagsgivende.

Hvor stor må en kommune være for å ha bruk for en psykolog? Alle informantene som uttaler seg om spørsmålet hevder at deres egen kommune er stor nok til å ha kommunepsykolog. Flere ga uttrykk for tvil om en kommunes størrelse var det viktigste moment. Også «mindre kommuner» ble det fremholdt av flere, kan ha behov for psykologtjeneste, og et interkommunalt samarbeid kan være en løsning for virkelige små-kommuner.

En erfaring som var blitt høstet i alle de tre kommunene som hadde fulltids psykolog på sosialkontoret, var at dette hadde gitt sosialkontorene en annen status enn tidligere. Psykologen hadde bidratt til at publikums holdning til kontoret hadde endret seg. Sosialkontorene ble i mindre grad sett på som en «pengekasse», og kontorene hadde registrert en bredere henvendelsesbasis og en mer sammensatt gruppe av hjelpsøkende klienter. Et par av informantene fremholdt at det er en ytterst vanskelig prosess å endre folks oppfatninger av hva et sosialkontor står for, men at psykologens nærvær klart hadde fremmet en utvikling i positiv retning.

Et annet fellestrekk i rapportene fra sosialkontorene er at psykologene har hatt en fordelaktig innvirk-

ning på samarbeidet med andre instanser. Sosialkontoret i Kvinnherad sier de har fått en bredere kontaktflate med legene i distriktet. Kontoret i Vågsøy at de har fått et bedre samarbeid med distriktshelsetjenesten, de psykiatriske sykehusene, PPT og HVPU. I Odde hadde kontoret fått et bedre samarbeidsforhold til lokalsykehuset og til fylkeshelsetjenesten mer generelt.

Vi ser på disse opplysninger som viktige. En av intensjonene bak den nye satsing på primærtjenesten er å få i stand et bedre samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten. Kommunepsykologstillingene tilskrives alle steder nettopp en slik effekt. Sosialdepartementet og Nyhusutvalget sier så godt som ingenting om hvordan de tenker seg at et bedre samarbeid konkret skal finne sted. I de tre kommunene på Vestlandet som har opprettet kommunepsykolog på heltid, er det mye som tyder på at man faktisk har kommet i gang med den type av samarbeid som tidligere har vært etterlyst og savnet.

Når det gjelder psykologens arbeid internt ved sosialkontorene synes det å være betydelige forskjeller til stede. Et sted blir det sagt at psykologen svært sjelden tar seg av kuratorsaker. Sosialsjefen sier her eksplisitt at man ikke er interessert i en «psykologkurator» på kontoret, men i psykologens faglige vurderinger. Et annet sted blir det nettopp understreket at psykologen bør arbeide med alle de oppgaver som vanligvis faller på et sosialkontor, og at psykolog og kurator må hjelpe hverandre på områder hvor de sitter inne med spesialkunnskaper. På det tredje sted er det en av kuratorene som åpenbart mener at psykologen får seg forelagt de mest interessante arbeidsoppgavene, selv om en kurator kunne ha løst disse minst like godt som psykologen. Det interne samarbeid blir av de aller fleste sett på som godt.

De konklusjonene vi kan trekke ut er at praktisk talt samtlige informanter stiller seg positivt til en kommunal psykologtjeneste. Psykologen blir hermed lett tilgjengelig i lokalmiljøet både for publikum og samarbeidspartnerne. Gjennom tilknytning til sosialkontoret bidrar psykologen til å gi sosialkontoret en ny «image» utad og legger grunnlaget for et bedre samarbeid med andre offentlige instanser. Kontorene får kort sagt et større «nedslagsfelt» og en bredere kontaktflate.

Flere informanter beskriver sin egen arbeidssituasjon som mer tilfredsstillende i og med samarbeidsforholdet de har til psykologen. I vårt datamateriale er det lite som kan tolkes i retning av «jo flere kokker, dess mer søl». Tvert imot anser arbeidspartnerne psykologens virke som verdifullt og komplementær i forhold til de tjenester 1.linjen skal tilby.

Flere av kommunene vi har vært i kontakt med har til tross for vesentlig trangere økonomiske tider, ved

flere anledninger valgt å opprettholde kommunepsykologstillingen. I Odda skjedde dette senest på ettersommeren 1982. Av dette må vi kunne slutte at kommunene er fornøyde med psykologtjenesten.

Ut fra dagens økonomiske situasjon er det rimelig å forvente at kommunene må ivareta sine forpliktelser innen helse- og sosialtjenesten med meget begrensede budsjetter. Dette kan føre til prioritering av allerede iverksatte tjenester og tjenester de eksplisitt er pålagt av staten, til tross for de nye frihetsgrader ordningen med rammetilskudd i stedet for øremerkede midler vil gi. En fremtidig kommunal satsing på utbygging av psykologtjenesten er derfor nokså usikkert, til tross for at de kommunepsykologstillingene vi har, har vist seg å fylle et reelt behov.

Etter å ha studert forholdene på grunnplanet, sitter vi tilbake med et bestemt inntrykk av at Nyhusutvalget tar feil når det antyder at psykologer innen primærhelsetjenesten på kommuneplan vil skape større problemer enn de vil løse når det gjelder forholdet til det øvrige hjelpepersonalet. Vi har fått høre at psykologen mange steder nettopp blir tillagt en koordinerende og sammenbindende rolle for hjelpetiltak på tvers av kommunale forvaltningssektorer, og har høstet anerkjennelse for dette, og vi er blitt fortalt av en av psykologene at han følte en befrielse ved å komme ut av den psykiatriske annenlinjetjeneste med dens tidsrøvende personal- og arbeidsdelingsproblemer, med, om en vil, nettopp de problemer Nyhusutvalget ønsker å beskytte førstelinjetjenesten mot. Muligens har Nyhusutvalget (og Sosialdepartementet) satt fingeren på et aktuelt problem, men forskjøvet dette bort fra det sted eller de steder hvor det egentlig hører hjemme.

I debatten om Nyhusutvalgets opplegg for en eksklusiv fylkeskommunal psykologtjeneste er det to motargumenter som ofte er blitt hørt. Det ene går på at primærhelsetjenesten uten psykologiske sakkyndige ikke er skolert til å utsile og viderehenvise hjelp-trengende pasienter. Det er velkjent at mange pasienter med mentale lidelser ikke får den hjelp de har krav på. I en artikkel av Anstorp (1982) blir det berettet om en undersøkelse hvor man tok for seg en gruppe middelaldrende med omfattende psykiske symptomer — og som av en eller annen grunn ikke hadde søkt eller mottatt noen psykiatrisk/psykologisk hjelp. Man hadde en kontrollgruppe med tilsvarende symptomatologi som hadde søkt og fått hjelp, og man forsøkte å få svar på hvorfor den første gruppen var blitt tilsidesatt. Det sies i rapporten:

«Alle personene i vårt utvalg hadde... vært hos almenpraktiserende lege en eller flere ganger i løpet av de siste 5 årene. Herfra kom de ut igjen med en pilleresept og anbefalinger om å ta seg sammen og slappe av... Å tro at primærhelsetjenesten i sin nåværende form vil kunne

motta flere psykiatriske pasienter, er en lite realistisk tankegang. Det vil være som «å kryste en allerede tørr sitron», uttaler (en) bydelslege... Men samtidig er det til de almenpraktiserende legene våre kvinner kommer med plagene sine. I undersøkelsen var det kun ett tilfelle at legen hadde henvist videre til psykiatrisk hjelp... (Man) tenker... seg primærhelsetjenesten som en utslingsmekanisme for dem som trenger videre psykiatrisk behandling. Men har legene tilstrekkelig kapasitet og kunnskap til å kunne følge opp denne intensjonen til klientens beste? Fungerer de ikke mer som en propp i systemet for folks mulighet til å få nødvendig psykiatrisk hjelp? Jeg tror det siste er tilfelle». (p. 30-31).

Anstorp's antagelse finner støtte i flere utenlandske studier hvor man nettopp har tatt for seg hvordan en somatisk primærhelsetjeneste forholder seg til psykiske lidelser. I en engelsk rapport (McPherson & Feldman, 1977) sies det:

«It is generally agreed that most GP's (general medical practitioner) have neither the training nor the time adequately to deal with psychological problems. Their frequent efforts to do so are expensive both in terms of their own time and the cost to the Health Service of psychotropic drugs — there were 46,6 million prescriptions for such drugs in England alone in 1973 and their use appears to be increasing». (p. 346)

Et annet argument mot å plassere psykologene i annenlinje, fra derfra å gi veiledning og opplæring til generalistene i førstelinje — er at man for å kunne gi god undervisning må kjenne til den kliniske hverdag dem man underviser står oppe i. Hvis man holder psykologene borte fra de konkrete lærings- og utviklingsmuligheter som førstelinjetjenesten gir, vil de fort oppleve at de vil bli tilsidesatt og erstattet av fagfolk som på bakgrunn av sin posisjon i førstelinjetjenesten har anledning til å perfektionere teorier og metoder ut fra aktuelle omstendigheter og krav (Asheim, 1982). Vi forutsetter her at psykologer stort sett må antas å stå sterkere rustet enn andre til å videreutvikle psykologiske behandlingsmetoder.

Et tredje argument går ut på at en manglende psykologisk ekspertise i førstelinjetjenesten er en urasjonell og kostbar løsning sett fra et samfunnsøkonomisk synsvinkel. Dette argument er blitt formulert slik av Routh *et al* (1983):

«... psychological consultation in primary care settings may well reduce the inappropriate overutilization of medical services... when such consultation is available, psychological problems are quickly recognized as such. Many problems can thus be successfully dealt with in brief consultation with the psychologist, avoiding the need for other health care personnel to spend expensive time with patients unnecessarily. In other cases, appropriate referrals can quickly be made... As far as taxpayers are concerned, the strongest argument for adding psychological

services to universal primary health care . . . , is the likelihood that services will become less expensive» (p. 97).

Kostnads og effektiviseringsargumentet er blitt ytterligere utdypet av Christiansen (1981):

«Generally, psychologists have been considered as 'second line' health personnel, to be called upon by 'first line' personnel when they encounter problems beyond their own level of competence . . . Although this model sounds rational and reasonable, it overlooks that differences exist between physical and mental disorders, and that over several decades great investments have been made in the building up of publicly supported somatic health facilities at the local level, while very little has been done to develop comparable mental health facilities. It also overlooks the fact that the first line of care for mental disorders is social institutions like the family and a person's social network, consisting of neighbors, friends and acquaintances.

It has been shown again and again that practically all persons with emerging psychological problems and distress initially consult with informal helpers in the local community and that it is through such helpers (when their help does not work) that they are referred to professional helpers and/or to public agencies. The major defi-

ciency of this system is that the professional helpers and agencies at the local level (if the person is not living in a big city) by and large are not more qualified to provide help than the persons initially encountered. So one is faced with a system employing resources that hold on to people (and often replicate earlier advice) instead of offering the type of help and treatment called for. A major consequence of the system is that emotional problems get somaticized, i.e., psychological problems will tend to be transformed into a modality of expression congruent with the helper's concern and attention. This being the case, the so-called first line of public health care will to some extent, be handling pseudo-problems and impede more than facilitate proper solutions . . . So far, this has not been recognized and fully understood by the public health authorities in Norway». (p. 6-7).

Det er altså flere innvendinger som er blitt fremført mot Nyhusutvalgets forslag om en fylkeskommunal organisering av psykologtjenesten. Blant motforestillingene er det påpekningen av at psykologer på kommuneplan, så langt fra å skape noe samarbeidsproblem for de andre yrkesgruppene, faktisk tilfører et koordinasjons- og integrasjonsmoment som lenge har vært savnet, som fremtrer som mest betydningsfullt, siden det rokker ved hovedpoenget i Nyhusutvalgets argumentasjon.

## Kommentar til Flekkøy-utvalgets syn på organiseringen av PP-tjenesten

Et viktig spørsmål som reises av Flekkøyutvalget er om den fremtidige psykologtjeneste i lokalsamfunnet skal være skoleverkforankret eller forankret i den primære helse- og sosial-tjeneste. Et annet spørsmål er om den skal være basert på organisatoriske enheter som oppfyller bestemte bemanningskrav eller om den fortrinnsvis skal være en del av det kommunale servicetilbud. Flekkøy-utvalgets flertall går inn for skoleverkforankring på den ene side og minstebemanningsnorm på den annen. Mindretallet derimot går inn for en kommunalbasert tjeneste på den ene side, og en helse- og sosialtjeneste-forankring på den annen. Etter denne siste organisasjonsformen, legger en mer eller mindre bevisst opp til at den primære helse- og sosialtjeneste på kommuneplan bør utbygge sin egen psykologtjeneste. Det er usannsynlig at flertallsfraksjonen har noe imot en slik utvikling. Tvert imot er det grunn til å tro at den vil stille seg positiv til en parallell psykologtjeneste innenfor helsesektoren og sosialsektoren, men gitt begrensede ressurser — vil den

åpenbart foretrekke at psykologressurser på lokalnivå kanaliseres til skoleverket.

Slik vi har beskrevet situasjonen står Flekkøyutvalgets to fraksjoner for ulike prioriteringer. Siden flertallet av utvalgets medlemmer er knyttet til skole- og undervisningssektoren, er det ikke overraskende at flertallsfraksjonen er tilhenger av en skoleverk-tilknytning.

Når man skal vurdere spørsmålet om disponeringen av lokale psykologtjenester til skole, helse og sosialsektoren, er det viktig å skille mellom tre forhold: Hvilken disponering vil være den beste for hver av sektorene? Hvilken disponering vil være den beste sett fra psykologprofesjonens side? Hvilken disponering vil være den beste for kommunene, dvs. for befolkningen i kommunene?

De pågående reformer i lokalforvaltningen vil sannsynligvis ha som resultat at det kommunale ansvar og selvstyre vil bli sterkere aksentuert enn tidligere.



Interkommunale ordninger vil få mindre appell og bærekraft. En psykologtjeneste som i utgangspunktet er sektorrettet, vil med de nye rammefinansieringsordninger stå svakere enn en tjeneste som favner over kommunens forpliktelser når det gjelder å dekke psykologiske spesialbehov til spebarn, småbarn, skolebarn, unge, voksne, middelaldrede og eldre. Vi vil anta at i årene som kommer vil den psykologtjeneste ha best vekstbetingelser som er følsom overfor de behov som oppleves som sentrale i lokalmiljøet.

Fra enkelte hold er det blitt fremholdt at PP-tjenesten bør kunne få sosionomservice fra sosialkontorene, og at sosialkontorene på sin side bør kunne motta psykologtjenester fra PP-kontoret. I 1976 hadde 82 % av PP-kontorene opprettet stilling som sosialkurator. Selv om prosentandelen av slike kontorer er gått ned fra 1976 til 1982 (fra 82 % til 62 %), er tallet på kontorer med kuratorstilling økt fra 151 til 158. Antall kuratorstillinger innen PP-tjenesten var i 1977 — 185. I 1982 var stillingstallet økt til 222 (Funneberg, 1983). Ca. 20 % av fagstillingene ved PP-kontorene er altså p.t. øremerket for sosionomer.

Hvorledes er så psykologenes tilknytning til sosialkontorene? Hvor mange psykologer har sosialkontoret som arbeidsplass? Vi vil anslå tallet til under 10. Dette tallet må sees i forhold til at det i 1982 var opprettet 1.857 fagstillinger ved sosialkontorene (en økning fra 670 i 1971 og fra 1.604 i 1981), og at 1.347 av de 1.857 stillingene (altså ca. 70 %) var besatt av sosionomer (Reinsvollsvæen, 1983). De vanligste yrkeskategorier ved siden av sosionomer er barneverns- og førskolelærere, vernepleiere, sykepleiere, ergoterapeuter og personell med intern etatopplæring. Det finnes også en mindre gruppe med universitetsutdanning, hovedsaklig jurister (ca. 6 %). Hvis psykologene skulle fylle den samme stillingsandel ved sosialkontorene, som sosionomene er blitt tildelt ved PP-kontorene, ville det bli snakk om et antall på ca. 400 stillinger.

Det kan fremføres mange gode argumenter for at et PP-kontor, når størrelsen tillater det, vil vinne i faglig tyngde og bredde ved at staben kompletteres med sosionom. Et PP-kontor vil ikke kunne basere seg på bare sosionomstillinger. Det samme argument kan fremføres fra sosialkontorets side. Et sosialkontor er pålagt en rekke oppgaver gjennom lover og forskrifter hvor sosionomutdannete medarbeidere har den særlige kompetanse som kreves. På den annen side, som vist både i Odda og andre steder, når denne basiskompetanse er dekket, vil sosialkontoret vinne på en økt tverrfaglighet. Det er dette hovedsyn som ligger til grunn for Sosialdepartementets rundskriv nr. 1-2 for 1981.

I en større kommune kan en tenke seg spesialiserte

psykologtjenester innenfor både skolesektor, helse- og sosialsektor. I mindre kommuner blir spørsmålet om en skal utbygge en av sektorene, f. eks. ved interkommunalt samarbeid, eller om en skal forsøke å få til et inter-etatmessig samarbeid i kommunen. Et slikt interetatmessig samarbeid kan ha forskjellige former: 1) Det kan bestå i at psykologer med administrativ tilknytning til skoleverket yter tjenester til sosial- og helseetaten. Vi har eksempler på dette i Enebakk, Klepp og Bremanger. 2) Det kan bestå i at psykologer med administrativ forankring til sosialetaten, yter tjenester til skoleverket og helsevesenet. Dette var den modell man opprinnelig ønsket å satse på i Odda kommune. 3) Det kan bestå i at psykologer blir ansatt innenfor helsesektoren og samtidig blir tilpliktet å yte service til skole- og sosialsektoren. Dette vil være en parallell til den medisinske modell man finner i enkelte kommuner. 4) Det er videre mulig å tenke seg en stabsorientert kommunal psykologtjeneste, en tjeneste som ikke er forankret i noen bestemt sektor — men som yter sine tjenester der det er behov for det. 5) Endelig — som variant av den siste modellen — kan man tenke seg en privat organisert psykologtjeneste hvor det er snakk om et kontrakts- og markedsforhold, om salg av tjenester til kommunale myndigheter.

Når man skal diskutere modeller for psykologtjenesten i kommunene, er det rimelig å spørre om det foreligger relevante forbilder i andre land, i første rekke i andre nordiske land, og spesielt i Danmark. Når vi trekker frem Danmark er det fordi man også her gjennom et offentlig utvalg har reist spørsmålet om skolepsykologiens fremtidige organisering.

#### **Utenlandske erfaringer og overveielser.**

Det danske undervisningsministerium nedsatte den 19/9-79 et eget utvalg, det såkalte Ulrich-utvalget, med oppgave bl. a. (1) «overveje og eventuelt stille forslag om organisatoriske ændringer i forbindelse med en eventuell omdannelse av de skolepsykologiske kontorer til pædagogisk-psykologiske kontorer, der også i et vist omfang får den sociale sektor som arbeidsområde... (2) hvorledes samarbejdet mellom kontorene og den sociale sektor mest hensiktsmæssigt vil kunne tilrettelægges... (3) overveje og eventuelt stille forslag med hensyn til betalings- og refusions-spørsmål som følge af betjening af institutioner, der ikke er omfattet af den kommunale eller fælleskommunale skolepsykologiske virksomhet, dvs. private, statslige og amtskommunale institutioner».

Utvalget har, når dette skrives, vært i arbeid i 4 år. Det er blitt opplyst at den endelige utredning vil foreligge om kort tid.

I et utkast til utvalgsbetenking, referert i *Dansk Psykolog Nyt* for januar 1983, går det frem at det er enighet om at det er behov for psykologer både innen skole- og sosialforvaltningen på kommuneplan — forutsatt at kommunen har den tilstrekkelige størrelse. Problemet er hvorledes man bør forholde seg overfor mindre kommuner. Kommunernes Landsforening, blir det opplyst, har under hele utvalgsarbeidet lagt meget stor vekt på at det åpnes adgang for en fleksibel utnyttelse av kommuneansatte psykologer. I små kommuner bør det være mulighet for å få dekket et begrenset antall oppgaver i sosialforvaltningen, ved at psykologer, som er ansatt i skolevesenet, også arbeider i sosialsektoren. Det foreslås at de paragrafer i skoleloven som måtte stå i veien for en slik arbeidsform omgående må bli endret. Det blir også antydning at det i mindre kommuner, hvor det vil være naturlig å bygge opp en parallell psykologtjeneste innenfor skole- og sosialsektoren, i en overgangsperiode kan være hensiktsmessig med en «kombinert» tjeneste (spesielt overfor barn og unge).

Blant psykologer som i dag arbeider i sosialomsorgen er det blitt reist innvendinger mot at psykologer som ikke er ansatt i sektoren, skal betjene denne. Fra *Dansk Psykologforenings* side er det til dette blitt hevdet (Freisleben, 1983) at det er grunn til å tro og til å håpe på at «socialforvaltningen der har fået psykologbistand nogle få timer, opdager, at det er en nyttig arbeidskraft og ansætter én selv» (p. 3). Hovedregelen må være at den forvaltning som gjør bruk av en psykologtjeneste betaler for tjenesten. Det er interessant å konstatere at *Dansk Psykologforening* har gått klart inn for oppbyggingen av en kommunal psykologtjeneste. Man har endog overveiet en modell for en kommunal psykologtjeneste hvor psykologene i kommunen ansettes i stabsfunksjon uavhengig av eksisterende forvaltningsgrener.

Det finnes i det minste en dansk kommune hvor det er gjort forsøk i denne retning. Vi skal i det følgende gjengi en beretning om psykologtjenesten i Greve kommune (Hansen et al., 1979).

«Greve kommune ansatte sin første kliniske psykolog på fulltid den 2. januar 1976... Den kliniske psykolog blev ved opprettelsen af stillingen en stabsfunksjon under kommunaldirektøren til udførelse af opgaver over for social- og sundhedsforvaltningens behandlingsgrupper og skolepsykologisk kontor (et felleskontor med nabokommunen Solrød)... Ved stillingens etablering var de primære samarbeidsparter social- og sundhedsforvaltningens 2 behandlergrupper bestående af 4 sagsbehandlere i hver samt skolepsykologisk kontor bestående af en ledende skolepsykolog og 5 assisterende skolepsykologer. Rækken af primære samarbeidspartnere er ifølge stillingsbeskrivelsen egentlig langt større, i det den kliniske psykolog også skal stå til rådighet for personalet i daginstitutioner og for lærere ved skolevæsenets observasjons-

klinikker... I februar 1978 er det ansat yderligere en kliniske psykolog i samme stillingsbeskrivelse og pr. 1. april 1978 er funktionen klinisk psykolog overgået fra at være en stabsfunksjon under kommunaldirektøren til at være en stabsfunksjon under sosialinspektøren, men med uændret stillingsbeskrivelse og uændret arbeidsområde og fortsatt selvstendig prioritering af arbejdsopgavene. Ved overgangen... til geografisk områdeinndeling i social og sundhedsforvaltningens behandlingsgrupper pr. 1. marts 1978 er de to kliniske psykologer hver tilknyttet to behandlergrupper, betjenende disses geografiske område med tilhørende skoler og dagsinstitutioner... En del sager, som den kliniske psykolog får kendskab til via sit samarbejde med social- og sundhedsforvaltningen og skolepsykologisk kontor, viser sig å være «fellessager» — altså kendt både i skolesektoren og socialsektoren. Den kliniske psykolog er, når det gælder behandlingssager via stillingsbeskrivelsen tillagt at forestå den nødvendige koordinering og sikring af, at der lægges og utfærdiges én behandlingsplan. I forbindelse hermed foretages ofte en arbeids- og ansvarsfordeling mellom social- og sundhedsforvaltningen og skolepsykologisk kontor... De mere generelle ting vedrørende samarbeidet omkring fellessage de to forvaltninger imellem behandles jævnlig — som oftest én gang om måneden — i et fælles møde mellom sagsbehandlere og skolepsykologer, som den kliniske psykolog leder.» (p. 258-59).

Av arbeidsbeskrivelsen går det frem at kommunepsykologen er engasjert i behandlingsarbeide, dvs. i psykologisk rådgivning og terapi, i klinisk konsultasjons og supervisjonsarbeid, og i gruppedynamisk virksomhet i forhold til sosialkuratorgruppene innenfor sosialstaten. Under supervisjonsarbeid inngår også gruppeveiledning av hjemmehjelpere og støttekontakter.

Det er neppe riktig å si at man i Greve kommune har en helt forvaltningsuavhengig psykologtjeneste. Tjenesten synes i dag primært å være forankret i sosialstaten. Men det er interessant at man har tillagt tjenesten samarbeids- og behandlingsoppgaver vis-a-vis et interkommunalt skolepsykologisk kontor.

Når vi trekker frem eksempler fra dansk kommunepsykologi er det for å understreke at det er all mulig grunn til å overveie andre løsninger enn de tradisjonelle. En slik åpenhet for nye idéer og modeller, karakteriserer ikke minst en del uttalelser fra representantene fra Kommunernes Landsforening i det omtalte Ulrich-utvalg (Schmidt, 1980). Den ene av representantene uttaler:

«Det er nogle forskelle i den måde en socialforvaltning og et skolevæsen drives. Skolevæsenet er i meget høj grad detaljstyret gennem love og cirkulærbestemmelser, mens man i kommunerne er friere stillet, når det gælder socialvæsenet... Det kan ikke nytte hele tiden at tage vort udgangspunkt i hvordan en sag ser ud fra den ene eller anden forvaltning. Vi må i stedet tage udgangspunkt i, at der er nogle børn, nogle familier, der trænger hjælp og bistand av forskjellig art, og så er det kommunernes opp-

gave at finde ud af, hvordan denne hjælp bedst mulig tilrettelægges. Det ville være feilagtigt krampagtigt at holde fast ved de traditionelle opdelinger, som vi er vant til ude i forvaltningerne, vi må fange an på en ny måde... det ville være kedeligt om den traditionelle opbygning af forvaltningerne, men også af faggrænserne, skulle stille sig hindrende i vejen for, at man fik opbygget et apparat, der kunne virke rationelt». (p. 452-53).

Den annen representant fra Kommunernes Landsforening uttaler:

«Vi var på det første møte i utvalget enige om, at vi måtte være åpne over for utradisjonelle løsninger og nytænkning. Vi var likeledes enige om, at vi ikke kunne nøjes med at finne frem til en enkelt model, for kommunerne er forskjellige i størrelse og struktur, og derfor må vi være åpne over for flere forskjellige modeller til at løse oppgaverne i de forskjellige kommuner». (p. 452).

Disse uttalelser — om åpenhet for eksperimentering og forsøk — ble avgitt i åpningsfasen av Ulrich-utvalgets arbeid. Det faktum at utvalget har brukt 4 år på å komme frem til en innstilling viser klart at det er sterke interessegrupper som er inne i bildet, og at det er ytterst vanskelig å få rokket ved den kreftenes balanse som ligger innebygget i en tradisjonell løsning.

Det er interessant å sammenligne uttalelsene ovenfor når det gjelder forventningene til Ulrich-utvalgets utredning, og Grete Knudsens uttrykte forventninger til Flekkøyutvalget før dette ble oppnevnt. (Se s. 18) Fra begge hold uttrykkes ønsker om å finne frem til nye rasjonelle løsninger, og at det på grunn av forskjeller i kommunenes størrelse og struktur — høyst sannsynlig vil være nødvendig med ulike organisasjonsformer i forskjellige kommunetyper. Når utvalgene først har kommet i gang er det tydelig at vi for øyeblikket ikke har den nødvendige kunnskap til å foreslå rasjonelle løsninger og at det dermed fort blir et spørsmål om fagpolitiske tautrekninger. Hva som blir flertallsforslag og mindretallsforslag vil i en slik prosess bare avspeile hvorledes komitéen er blitt sammensatt.

Det er ikke bare i Skandinavia at man for tiden diskuterer den fremtidige organisering av skolepsykologisk virksomhet. Også i USA pågår en tilsvarende debatt. Jack Bardon, en av nestorene i amerikansk skolepsykologi, har nylig (Bardon, 1982) gitt uttrykk for noen tanker om hvilke organisasjonsformer som vil prege utviklingen i 1980-årene:

«One approach to school psychological services might be its inclusion as part of an independent, broad psychological service unit offering services to community agencies, institutions, and persons. Should school psychology become a dominant force in professional psychology there is the likelihood that such psychological service centers could be influenced toward a strong education orientation rather than a medical-clinical orientation to com-

munity practice. A model for such practice, although an imperfect one, now exists in New Zealand. Here, educationally oriented psychologists serve whole communities including schools, working with families, preschool children, institutions, teachers, and others in both preventive and direct service functions... Still another approach might be that of private individual or group practice in which school services are provided by contract rather than by full-time employment or are a part of group practice made up of health service providers and education service providers». (p. 13).

Det er to forhold vi tror det er viktig å presisere: Det er så stor forskjell på norske kommuner at man ikke kan vente å finne én organisasjonsmodell som vil passe like godt for alle. For det annet, den organisasjonsform man går inn for bør ikke tillegges noen overordnet verdi. Den bør fortrinnsvis være bestemt av hva man ønsker å oppnå, og det overordnede mål må være hva som tjener almenheten på en best mulig måte. Det er lettere å fremsette påstander om hva som vil være den beste løsningen enn å vise til holdbar og relevant dokumentasjon og empiri.

#### Et fagpolitisk utspill.

I en artikkel av Underlid (1983) om den fremtidige organisering av den pedagogisk psykologiske tjeneste blir det fremført flere argumenter for at tjenesten bør ha et kommunalt siktepunkt, og at den på mindre steder bør omfatte ikke bare skolesektoren. Underlid poengterer verdien av den almenpraktiserende psykolog og mener at det i mange kommuner ville være ønskelig at psykologen arbeider fast et par dager i uken ved det lokale sosialkontor. Forøvrig etterlyser han klarere forbindelseslinjer mellom PP-tjenesten som en generalistrettet førstelinjetjeneste, og den spesialiserte 2.linjetjeneste representert ved barne- og ungdomspsykiatriske klinikker, og ved — i den grad de er faglig utbygd til å påta seg oppgaven — de statlige og fylkeskommunale spesialskoler. Underlid sier selv at han vet at han utfordrer trossetninger som er utbredte blant personalet i PP-tjenesten. Hva disse trossetninger går ut på vil fremgå av det følgende.

I en uttalelse til Flekkøy-utvalget, avgitt som en resolusjon fra deltagerne på PP-tjenestens årskurs på Sanderstølen i juni 1982, blir det fastslått helt kategorisk: «Samarbeidet og koordineringen med helse/sosiale taten kan med nåværende tilknytningsform ivaretas på en tilfredsstillende måte». (NOU, 1983: 4, p. 79).

Det blir imidlertid innrømmet at samarbeidet kan bli bedre enn det nå er, men man er redd for at dette vil kunne føre til et dårligere forhold til skolen. Det sies: «Det er mulig at flytting av fagpersonalet i PP-tjenesten til helse/sosialvesenet kan føre til bedre

samarbeidsforhold med disse etatene, men samarbeidsforholdet til skolen vi bli vesentlig svekket». (p. 79).

I tillegg til det dårlige forhold til skolen, er resolusjonsforfatterne engstelige for at en endret tilknytning vil føre til en endret arbeidsform: «Plassert innenfor en helse- og sosialmodell vil en være tilbake til en overveiende individorientert tjeneste som blir avhengig av henvisninger basert på andres vurderinger av hva som er problem, og vi tvinges inn i en kurativ arbeidsmodell». (p. 79).

Uttaletelsen kan tolkes slik at PP-tjenesten i motsetning til helse- og sosialtjenesten, kan arbeide med kollektive og preventive målsettinger — så å si etter eget forgodtbefinnende og eget ideologisk skjønn.

De større frihetsgrader ved en skoleverktilknyttet tjeneste blir poengtert bl. a. av Befring (1981) på følgende måte:

«Dersom PP-tenesta blir fanga opp og integrert i det kommunale byråkratiet, og dermed prisgitt 'rådmannsveldet sine disposisjoner', kan vi oppleve både ei fagleg forarming og ei ansvarspulverisering. Å sikre fagleg autonomi er såleis ein viktig strukturell føresetnad for PP-tenesta si framtid». (p. 15).

Befring advarer samtidig mot en for desentralisert PP-tjeneste, fordi dette vil kunne føre til at det nåværende faglige fellesskap i tjenesten vil kunne gå i oppløsning — noe som igjen vil kunne få en forflatende konsekvens ved at det frarøver PP-personell «eit forum for fagleg fornying og pedagogisk perspektiv-utvikling».

Ut fra et helhetsperspektiv må det være viktigere å sikre befolkningen fullgode psykologiske tjenester enn at PP-tjenesten skal opprettholde sin faglige autonomi. Etter våre intervjudata mener vi det er helt uholdbart å hevde at kommunepsykologi utenfor skoleetaten er byråkratisert, rådmannsdominert, forarmet og ansvarspulverisert. Vi vil også hevde at det ikke kan dokumenteres at distriktpspsykologtjenesten i Enebakk, Klepp og Bremanger har ført til forflatning, mangelfull faglig fornying og manglende perspektiv-utvikling. Vi mener ikke at det er grunnlag for å hevde at en ikke-skoleverk-tilknyttet PP-tjeneste vil være bedre enn det nåværende organisasjonsmønster, men vi mener like fullt at det ikke foreligger noe annet enn et postulat for at den nåværende ordning er den beste. Vi etterlyser resultatene av forsøk hvor PP-tjenesten er blitt integrert i den lokale helse- og sosialtjeneste, og av forsøk hvor skoleverket har kjøpt PP-tjenester fra en ekstern psykologtjeneste.

Ingen av de seks kommunene som inngår i vår egen undersøkelse har et stort nok befolkningsgrunnlag til å etablere et PP-kontor med den tverrfaglige minimumsbemanning som Flekkøyutvalget går inn for.

For å få den ønskelige bemanning vil det være nødvendig at kommunene går inn i samarbeidsavtaler med en eller flere nabokommuner. To av kommunene deltar faktisk i dag i interkommunale kontor-opplegg. Det gjelder Odda, som har felleskontor med Ullensvang og Eidsfjord, og det gjelder Vågsøy som har felleskontor med Selje. Bare Odda-kontoret med 3 samarbeidspartnere, oppfyller utvalgets minstebemanningskrav.

Alle kommunene vi har studert har en befolkning på under 15.000. Minst er Bremanger med litt over 5.000, og størst er Kvinnherad med nesten 13.000. Ser vi på befolkningsstørrelsen alene er det 3 som kan betegnes som halvsmå, nemlig Bremanger, Vågsøy og Enebakk — alle med under 7.000 innbyggere, og tre som kan betegnes som middelstore, nemlig Klepp, Odda og Kvinnherad — alle med mellom 9.000 og 13.000 innbyggere.

Bremanger er den eneste kommunen hvor psykologen er ene PP-rådgiver (halv stilling) og samtidig tilknyttet helsestasjon og sosialkontor. De erfaringer som kommer ut av dette opplegget vil kunne være relevante for alle kommuner med et folketall ned på ca. 1.800, dvs. med et folketall/barnetall som i dag gir grunnlag for tilskudd til bare  $\frac{1}{2}$  PP-stilling. På den annen side vil erfaringene herfra vanskelig kunne overføres til større kommuner.

Vågsøy og Enebakk er omtrent jevnstore i folketall, og disponerer begge (med en viss modifikasjon) over 2 psykologstillinger. Mens Enebakk har  $1\frac{1}{2}$  psykolog ved PP-kontoret, og  $\frac{1}{2}$  stilling øremerket sosial- og helsetjenesten, har Vågsøy en hel psykologstilling både på PP-kontoret og sosialkontoret. Vi sitter med et inntrykk av at Vågsøy-modellen er mer tilfredsstillende for den lokale sosialetat, mens Enebakkmodellen favoriserer skole- og helse-etaten. Nedenfor er vist de to psykologstillingers arbeidsprofil slik den kommer til uttrykk i tidsforbruk:

Aktivitet	Enebakk	Vågsøy
Direkte klientarbeid . . . . .	35 %	58 %
Indirekte klientarbeid/konsultasjon/miljøutvikling . . . . .	42 %	9 %
Administrasjon/saksbehandling	8 %	16 %
Undervisning/opplysning/utredning/etterutdanning . . . . .	15 %	17 %

Tallene kan tolkes slik at en psykologs tilknytning til sosialkontoret i en småkommune fører til at han blir engasjert i mer klientarbeid, i mer saksbehandling og i mer planleggingsarbeid. Kommunepsykologen i Vågsøy har bare nå og da klientkontakt med skolebarn og førskolebarn. Først og fremst gjelder klientkontakten samlivsproblemer. Dette er klientkategorier som møter medarbeidere ved et sosialkon-

tor. Enebakk-psykologen står heller fjernt i forhold til dette arbeidsområdet. Han opplyser at samarbeidet med sosialkontoret først og fremst gjelder enkelt-saker med psykiatrisk problematikk, og at forholdet er preget av uklar ansvarsfordeling og liten kontinuitet. Årsaken oppleves å være sosialkontorets store arbeidsbyrde og underbemanning. I en slik situasjon, hvorfor blir ikke psykologen mer trukket inn i kontorets daglige arbeid? Forklaringen ligger nok her i at psykologen er administrativt underlagt skolestyret, at han har sitt kontor og sin base i tilknytning til PP-tjenesten, og at hans forhold til sosialkontoret dermed på en måte blir definert som et konsulentforhold. Også i småkommuner er det ofte ubrytelige skiller mellom etatene. Når det gjelder psykologstillingen i Enebakk — ville vi gjerne ha sett, som et eksperiment — at vedkommende hadde faste kontordager på sosialkontoret, og at det da ble forutsatt at han skulle engasjere seg i kontorets vanlige virksomhet. Det er etter det vi har lært ikke tvil om at kommuner med 7.000 innbyggere — vil kunne dra fordel av en bemanning på sosialkontoret hvor en psykolog inngår på hel eller halv tid.

Vi har inntrykk av at det er lettere for en skoleverkforankret kommunepsykologtjeneste å yte en fullgod service til helsesektoren enn til sosialetaten. Dette er spørsmål som bør nærmere utredes.

Vi har ikke kjennskap til noen kommuner i Norge hvor en sosialstyretilknyttet psykologtjeneste er tillagt arbeidsoppgaver innenfor PP-området. Det er ikke uten videre avgjort at en slik tjenesteform ville være mindreverdige for skoleverket og for de barn som sogner til det.

Når man kommer opp i kommuner på størrelse med Odda og Kvinnherad er det åpenbart behov for fulltids psykologhjelp både i skoleverket og på sosialkontoret. På den annen side er det grunn til å spørre om hver av etatene i mellomstore kommuner ville kunne få en bedre og mer stabil psykologtjeneste fra en tjeneste som dekker flere sektorer og som har bemanning deretter, enn det kan få fra et tradisjonelt PP-kontor.

Et spørsmål for seg er om et PP-kontor med «fulltallig» bemanning blir opplevd i nærmiljøet å yte en mer fullverdig innsats enn et ufulltallig kontor. En slik studie ville implisere at man tok for seg PP-kontorer med forskjellige størrelser og personalsammensetninger, og sammenlignet disse med henblikk på tjenesteytelser, forbrukertilfredshet, saksbehandler-effektivitet og lignende. Selv sitter vi igjen med inntrykk av at den kritiske faktor ikke så mye er kontorstørrelsen som lokalmiljøets opplevelse av nærhet, tilgjengelighet og kontinuitet. I storkommuner vil befolkningsgrunnlaget være til stede for separate, til og med spesialiserte psykologtjenester på alle områder. Dette betyr ikke at slike spesialiserte tjenester vil være fordelaktige i forhold til generalisttjenester basert på mindre geografiske enheter. I mindre kommuner er det imidlertid nødvendig å finne frem til koordinasjons- og integrasjonsformer.

Vi mener det er grunnlag for å dele kommunene i fire kategorier: Kommuner med under ca. 1.500 innbyggere, kommuner med mellom 1.500 og 6.000 innbyggere, kommuner med mellom 6.000 og 15.000 innbyggere, og større kommuner. Det er ingen gitt i dag å si hvilken organisasjonsform som er den beste for hver av kategoriene. Det sentrale poeng bør ikke være hvem som eier en psykologtjeneste, men at tjenesten er tilgjengelig for flest mulig, at den er kostnadseffektiv og oppfyller den nødvendige kvalitet.

Vi har tidligere i denne rapporten beskrevet noen naturalistiske eksperimenter, dvs. organisatoriske opplegg som har vokst frem spontant på bakgrunn av særlige behov og av administrative og politiske foregangsmenn. Det er nødvendig med en videreføring av slike eksperimenter, men det er også påkrevet med en mer kontrollert og systematisk prøvevirksomhet. Vi har antydnet noen av de variabler vi mener det er viktig å legge vekt på i denne forbindelse. Dessuten har vi understreket betydningen av å fokusere på psykologtjenesten i kommunene. I denne forbindelse mener vi det er viktig å se de fremførte betenkeligheter mot Nyhusutvalgets forslag i en såpass vid sammenheng at de også omfatter sentrale sider ved Flekkøyutvalgets innstilling.

## Oppsummering og veien fremover

Ett forhold kommer klart frem av våre data:

Initiativet til de psykologstillingene vi har tatt for oss har sprunget ut fra lokalmiljøet. Det foreligger ingen utredninger eller henstillinger fra offentlige myndigheters side som beskriver hvordan psykologtjenester innen primærhelse- og sosialtjenesten på

kommunenivå kan utbygges og organiseres. Foranledningen til de psykologstillinger vi har omtalt, var alle steder et følt behov for en psykologtjeneste i kommunen. Men det var alltid et samspill av flere faktorer som var utslagsgivende for resultatet. I Vågsøy var det et viktig argument å gjøre noe for den uor-

ganiserte ungdommen. I Odda og Kvinnherad var det ønsket om å få sosialkontoret godkjent som familierådgivningskontor. I Klepp var det ønsket om å gjøre seg mest mulig uavhengig av tjenester utenfra, og i Bremanger håpet man på gjennom den kommunale psykologtjeneste også å få psykologhjelp til skolesektoren. Initiativ ble tatt av kommunepolitikere og av fagfolk i førstelinetjenesten, altså av instanser nedenfra i systemet.

På den annen side er det viktig å trekke frem at når initiativene kom var det alltid på bakgrunn av statlige reguleringer og tilskuddsordninger. Godkjennelse som familierådgivningskontor i begynnelsen av sytti-årene ga rett til statlige driftstilskudd. Fra KUD er det blitt fastsatt normtall for tilskudd til PP-tjenesten. Fra Sosialdepartementets side er det blitt utarbeidet bemanningsnormer for sosialkontorene, og i departementets rundskriv nr. 15 av 1976 ble det fastsatt at bemanningskrav må oppfylles for at kommunene skal få fullt statlig bidrag til driften. Rundskrivet innfører til og med en bestemt tidsfrist for oppfyllelsen av kravet, nemlig den 1/9-78.

Et historisk tilbakeblikk gir klar antydning om at den videre utbygging av psykologtjenesten i kommunene vil være avhengig av statlige utspill. Dette bringer oss tilbake til Stortingets sosialkomité's innstilling av 29/5-83 vedrørende Ot.prp. nr. 48 for 1982/83. Komitéen fremholder i sine bemerkninger til psykologoppgavene i helsetjenesten — at det nå er viktig å styrke førstelneapparatet, og at *dette* får den nødvendige tverrfaglighet, og at bare *reelle* psykologiske spesialistoppgaver må bli henlagt til 2.linjenivået. Komitéen sier videre at den har merket seg at departementet ennå ikke har tatt stilling til psykologenes plass i den fremtidige kommunale helse- og sosialtjeneste på grunn av manglende data. Komitéen ber Sosialdepartementet om å rette på dette forhold.

Vi tolker sosialkomitéen slik at den imøteser en ny proposisjon fra Sosialdepartementet som behandler psykologtjenesten i kommunene. Det er vårt håp at en del av de data vi selv har samlet inn og en del av de problemstillinger vi ovenfor har drøftet vil kunne tjene som referanser ved en departemental saksutredning.

Vi har åtte ønskemål når det gjelder en slik utredning: 1) at den fremmer forslag om at enhver primærkommune skal sørge for planlegging, utbygging og drift av en psykologgeneralisttjeneste — parallelt med den kliniske psykologspesialisttjeneste fylkeskommunene nå er tillagt i lovs form; 2) at det skal kunne gis forskrifter om godkjenning, planlegging, utbygging, drift og tilsyn av psykologtjenesten i kommunene; 3) at utgiftene til den almene psykologtje-

neste, når det gjelder den del som omfatter kliniske undersøkelser og behandling, skal godtgjøres kommunen fra trygdebudsjettet (gjennom en økning av rammetilskuddet); 4) at de kommuner som måtte ønske det, skal kunne kjøpe tjenester fra almenpraktiserende psykologer i selvstendig praksis (parallelt med fylkeskommuners mulighet til — hvis de så måtte ønske — å kjøpe spesialisttjenester); 5) at kommunene i sin planlegging og drift av psykologtjenesten skal søke å tilfredsstille de behov som er til stede for en slik tjeneste både blant barn og ungdom og blant eldre, og både i forhold til skolesektoren, sosialsektoren og helsesektoren; 6) at psykologer som ønsker å etablere en almenpraksis i lokalsamfunnet, skal kunne få refusjon fra trygdesystemet etter egne takster for de ytelser som går på pasientundersøkelser, krisehjelp og behandling; 7) at det stilles differensierte utdannelses- og praksiskrav, til psykologer som skal gis trygde-refusjon som almenpraktikere og som spesialister; 8) det innføres en turnustjeneste for psykologer med henblikk på å sikre kommunene en psykologtjeneste med høy faglig kvalitet.

Vi skal i et senere avsnitt antyde noen normtall for utbyggingen av psykologtjenesten i kommunene. Før vi kommer inn på dette vil vi oppsummere noen av hovedpunktene i resultatene fra våre foreløpige studier.

#### Kommunepsykologens arbeidssituasjon.

Hvordan bruker kommunepsykologene tiden sin? Arbeider de forskjellig fra psykologer ansatt i PP-tjenesten og også forskjellig fra psykologer ansatt i helsevesenets annenlinjeinstitusjoner? I hvilken grad blir de engasjert i direkte klientarbeid?

Hvis vi tar for oss de 7 psykologene vi har intervjuet om deres arbeidsforhold, blir vi slått av de individuelle variasjoner. Andelen av arbeidstiden som går til direkte klientarbeid varierer fra 33 til 75 %, delen som går med til utredning og planlegging varierer fra 0 til 15 %, delen til administrasjon fra 5 til 18 %, delen til undervisning fra 5 til 12 % og delen til indirekte klientarbeid (konsultasjon, rådgivning, miljøarbeid, etc.) fra 9 til 30 %.

Ser vi på gruppen som helhet er det mulig å foreta sammenligninger med tidsdisponeringen til gjennomsnittspsykologen anno 1976 innenfor henholdsvis skoleverket og fylkeshelsetjenesten. (Kfr. Ivås 1977).

Våre sammenligninger forutsetter at psykologenes arbeidsdag innen helsevesenet og PPT ikke har forandret seg nevneverdig fra midten av 70-årene. Med dette *in mente* er det interessant å konstatere at kommunepsykologene bruker omtrent like mye tid på

Tabell 6: Tidsdisponeringen til psykologer i forskjellige sektorer.

Arbeidsfunksjon	Kommune- psykologer	Psykisk helsevern	PPT
Direkte klientarbeid.....	45	56	46
Konsulentvirksomhet.....	16	13	26
Administrasjon.....	13	9	12
Utredningsarbeid, m.v.....	8	3	5
Undervisning.....	8	11	3
Andre oppgaver.....	10	8	8

direkte klientarbeid som skolepsykologene, at de bruker mer tid på konsulentvirksomhet/indirekte klientarbeid enn psykologer i fylkeshelsetjenesten og at de bruker nesten like mye tid som disse på undervisnings- og opplæringsoppgaver. Det er to arbeidsfunksjoner hvor kommunepsykologene kommer ut på topp: Det gjelder administrasjon/saksbehandling og det gjelder utredning/planlegging. For psykologer som ønsker å arbeide på systemplan, byr kommunepsykologi på særlige muligheter. Fra en helhetsbetraktning må en kunne si at våre gjennomsnittstall bekrefter at kommunepsykologrollen i høy grad er generalistrettet.

Kommunepsykologenes arbeid på systemplan blir eksemplifisert gjennom deres timenotater fra en arbeidsmåned. Den ene av psykologene i Odda opplyser å ha brukt 34 timer på utredning og planlegging, og psykologen i Vågsøy, 38 timer til samme formål. I begge tilfeller dreide det seg om prosjektarbeid vedrørende barnehager og lekeplasser, og i Vågsøy også om utarbeidelse av en ny ungdomsplan. Psykologen i Kvinnherad brukte ikke noe tid på slike planoppgaver i den aktuelle måned, men poengterte at dette var en atypisk måned. I gjennomsnitt opplyser vedkommende å bruke ca. 20 timer pr. måned på denne typen arbeid. I parentes skal bemerkes at psykologen her ifølge sosialsjefen på stedet, har vært trukket sterkt inn i flere eldreomsorgsprosjekter.

Et resultat vi selv fant bemerkelsesverdig, er at kommunepsykologene i gjennomsnitt opplyser å bruke 10 % av deres arbeidstid på egen etter- og videreutdanning. Alle psykologene hadde veiledningstimer hos erfarne kolleger — vanligvis hver 14. dag. På grunn av store avstander medførte supervisjonstimer et betydelig tidsforbruk. Alle psykologene vi intervjuet understreket hvor viktig de anså veiledningsforholdet å være for deres evne til å mestre jobben. De aller fleste av dem må karakteriseres som forholdsvis nyutdannede. Det må samtidig påpekes at ikke alle kommunepsykologoppgaver inngikk som noe fast ledd i deres egen psykologutdannelse. De var blitt stilt overfor en arbeidssituasjon hvor de selv måtte prøve seg frem og finne sin egen arbeidsstil. Veiledningsforholdet ble av flere sett på som helt

nødvendig for at de skulle kunne skjøtte jobben på en tilfredsstillende måte.

I faglitteratur blir det ofte poengtert at man bør være en erfaren psykolog for å arbeide selvstendig med kliniske oppgaver under faglig isolerte forhold. Under ideelle betingelser burde et halvt eller ett års supervisert praksis i en distriktspsykologrolle inngå som et obligatorisk krav for å oppnå godkjenning som psykolog. Uten forhåndspraksis blir den senere veiledning desto viktigere. Alle psykologene vi intervjuet sa at de fikk dekket utgiftene til supervisjon av arbeidsgiveren, og at deres administrative overordnede hadde forståelse for nødvendigheten av en supplerende utdanning i deres aktuelle arbeidssituasjon. Kommunene der psykologene var ansatt stilte seg positive til at de skaffet seg supervisjonstimer — selv om supervisjonen gjennom den påkrevde reisetid — kom til å legge beslag på 10 % av den totale arbeidstid. En av kommunepsykologene opplyser faktisk å bruke ca. 15 % av arbeidstiden på egen utdanning.

I Vågsøy var det utarbeidet en egen instruks for kommunepsykologen. Denne ble utarbeidet av den første psykologen på stedet i samarbeid med sosialsjefen, før psykologen tiltrådte stillingen (Breivik, 1979). Instruksen er vid. Den gis psykologen adgang til å jobbe både klinisk og forebyggende og til å gå inn på systemplan med sin kompetanse. Det er ikke snakk om å jobbe på den ene eller annen måte, men om å jobbe på flere plan parallelt. Den enkelte psykolog vil måtte prioritere vektlegging og balanse. Alle kommunepsykologene vi intervjuet rapporterte at de hadde mer enn nok å gjøre bare på det kliniske området. Ofte vil den situasjon oppstå at det ikke blir samsvar mellom den enkeltes arbeidskapasitet og den sum av forventninger både psykologen selv og hans samarbeidspartnere stiller til ham.

Nettopp når det gjelder vektlegging av ulike oppgaver kommer psykologutdanningen inn som en viktig faktor. Tradisjonelt har utdanningen — vi tenker her på den kliniske utdanningen — vært ensidig rettet mot individuelle behandlingstiltak. Dette har endret seg noe over de senere år. Dessuten har peda-

gogisk psykologi, samfunnspsykologi og organisasjonspsykologi fått større plass i studieplanen. Sosiallovgivning, konsultasjon, kriseintervensjon, nettverksarbeid og programevaluering er pensum for fremtidige psykologer. Psykologene som utdannes i dag har en bedre teoretisk og praktisk bakgrunn enn tidligere, men det er likevel grunn til å spørre om forutsetningene er gode nok. Her støter man imidlertid an mot de ressursbegrensninger psykologstudiet er underlagt og mot det faktum at de sentrale statlige myndigheter til tross for en klar lovhjæmmel, ennå ikke har iverksatt en praktisk tjeneste/turnusordning for psykologer. Vi mener likevel at erfaring har vist at de nyutdannede psykologene som hittil har søkt jobb som kommunepsykologer, har den elementære kyndighet og generalistorientering som er nødvendig for å arbeide tverrfaglig på kommuneplan. Men det er en tøff jobb de går til — og det er ikke overraskende at mange av dem slutter i stillingen etter et par-tre år. En fremtidig turnustjeneste vil være en garanti for kommunene at de får kvalifisert psykologhjelp. Men vi tror at en ennå viktigere konsekvens vil være at det vil bli større stabilitet, at de psykologene som tiltrer stillingene, pga. mer erfaring og større mestringsevne, vil bli mindre fristet til å søke seg over i mer «beskyttede» arbeidssituasjoner.

Det å gå over fra en generalistpraksis til en spesialistpraksis synes stort sett å være mer tillokkende enn å gå den motsatte vei. Det er imidlertid lett å argumentere for at alle spesialister bør ha gjennomført en periode med generalistpraksis som ledd i deres utdanning og faglige utvikling.

En statlig finansiert turnustjeneste vil spare kommunene ikke bare for de betydelige utlegg de i dag påføres for å dekke psykologenes «basisutdanning», men også for de belastninger som ligger i å måtte overvinne «tap» av innkjørte medarbeidere og å måtte gjennomgå på nytt de tilvennings- og opplæringsfaser som er påkrevet ved personalomskiftninger. Disse direkte og indirekte kostnader ville i stor grad bli tatt hånd om gjennom en turnustjeneste. Utgiftene hører naturlig hjemme på statsbudsjettet og ikke på den enkelte kommunes budsjett.

Under intervjuet spurte vi psykologene om deres jobbutførelse samsvarte med de forventningene de hadde til arbeidet på forhånd. Både psykologene i Vågsøy og i Kvinnherad mente at jobben besto av mer tradisjonelt poliklinisk arbeid enn de hadde forventet. Sistnevnte ønsket å komme mer inn som konsulent for barnehager, aldershem og andre institusjoner. Psykologene i Odda derimot følte at det var godt samsvar mellom de forventningene de hadde og slik arbeidet konkret artet seg.

Samtlige psykologer nevnte at klientarbeid er et springbrett for å få mer kunnskap om forholdene i

lokalmiljøet. Etterhvert som en blir bedre kjent, vil en også ha mulighet til å jobbe mer planleggende og forebyggende. Det tar en tid før en blir fortrolig med de sosiale forholdene i en kommune, saksgangen på sosialkontoret, de formelle og uformelle makt-havere og hvordan den sosiale lovgivning virker i praksis. Det å være lokalkjent er en grunnleggende forutsetning for å kunne arbeide på en systemrettet måte.

Alt tyder på at kommunepsykologens administrative tilknytning spiller en stor rolle for i hvilken grad de har muligheter for å engasjere seg i systemplanarbeid. Alle psykologene med fulltids stilling på sosialkontor var svært positive til deres stillingsmessige forankring. Sosialstyret har som organ rett til å komme med uttalelser og kommentarer til det som foregår av planlegging i alle kommunale etater. Sosialkontoret kan gjennom sosialstyret også gi sitt syn til kjenne i saker som skal opp i kommunestyret. Mulighetene for å jobbe på systemplan kan ut fra dette knapt ligge bedre til rette enn nettopp med dette utgangspunkt. Men, som vi har påpekt, i praksis blir dette et kapasitetsspørsmål, samt et spørsmål om hvor fritt en egentlig står til å forme sin egen rolle.

I forbindelse med jobbutførelse var vi også interessert i å få vite hvilken problematikk kommunepsykologene jobber med på det klinisk-terapeutiske plan. På forhånd hadde vi festet oss ved Breiviks (1979) fremstilling av dette: «Klientene er i eit aldersspenn frå 4 til over 60 år. Symptomatologien har ei voldsom spennvidde — frå encoprese til alkoholmisbruk, frå «problem med kjerringa» til sut over at sørvestkulinga aldri kan gi seg».

Etter å ha intervjuet kommunepsykologene sitter en igjen med inntrykk av at de så og si daglig møter mye av den samme symptomatologi og patologi som kliniske psykologer ved psykiatriske poliklinikker. Depresjon, angst, rusmiddel- og familiekriser er typer av problematikk som oftest går igjen. I tillegg blir det jobbet med fobiske tilstander, psykosomatiske plager, søvnvansker, senevæting og selvhvedelseskonflikter. Ikke helt sjelden står man overfor borderline/psykosetruede klienter. I det hele tatt er det mangeartede klinisk-terapeutiske førstehjelpsoppgaver kommunepsykologene blir stilt overfor. Det er åpenbart at det ikke utelukkende er «lettere» psykiske lidelser de møter i sitt arbeid. Det kan hevdes at de faglige utfordringer godt tåler sammenligning med de fagfolkene i annenlinjetjenesten kommer i kontakt med. En vesentlig forskjell er den «settingen» psykologene jobber i. En annen forskjell er at de kliniske behandlingsoppgavene bare er en del av de arbeidsoppgaver kommunepsykologen forventes å engasjere seg i til daglig. Deres terapeutiske arbeid vil derfor fortrinnsvis bli krise- og korttidsorientert.



Vi ser det som en mangel ved vår egen undersøkelse at vi ikke har fått nærmere belyst hvilke klienter kommunepsykologene viderehenviser til annenlinjetjenesten, og hvilken hjelp og støtte de opplever å få og å ha behov for fra de klinisk-psykologiske og psykiatriske spesialisttjenester. Dette at kommunepsykologene har en arbeidssituasjon som gjør det mulig for dem å jobbe på systemplan, tilsier ikke at den ideelle jobbutforming vil være å definere seg som en slags «social engineer» på heltid, slik Grinde i sin tid (1977) har foreslått. En må se på «terrenget» i den enkelte kommune og i det enkelte sosialkontor ute i distriktet før en kan uttale seg om hvordan psykologen best kan gjøre nytte for seg innenfor førstelinjetjenesten.

#### **Normtall for en kommunal psykologtjeneste.**

Selv om det vil være variasjoner i behovet for psykologhjelp i ulike kommuner må ikke dette overskygge ønskeligheten av å komme frem til en standard for hva som utgjør en adekvat psykologtjeneste på kommuneplan. Man kan si det slik at det for øyeblikket er viktigere at kommunene får tilgang på psykologressurser enn at de organiserer sin psykologtjeneste på en helt bestemt måte.

Vi har tidligere nevnt at det i Thorvik-utvalgets innstilling blir fremhevet at det innenfor den kommunale PP-tjeneste bør opprettes det nødvendige antall psykologstillinger til å dekke det lokale behov for psykologtjenester blant barn og unge. Hvis PP-tjenesten ikke makter denne oppgave, bør den lokale helse- og sosialtjeneste pålegges ansvar for å gjøre dette. Utvalget utdyper ikke nærmere hva den legger i en adekvat psykologtjeneste, men understreker behovet for at det blir utarbeidet egne normtall for psykologstillinger sett i forhold til den kommunale befolkningsstruktur.

Mange synes å anta at psykologhjelp bare eller i hovedsak er aktuelt i forbindelse med barn og ungdom. Dette holder ikke stikk. I en utredning i 1975 fra NAVF om gerontologiens stilling blir det pekt på at «Tilbud om psykologisk rådgivning og klinisk psykologisk behandling bør være åpent for alle eldre i og utenfor institusjon». I St.meld. nr. 22 (1975/76) blir det på ny understreket behovet for gerontologiske behandlingstiltak: «Den vesentlige hindring av videreutvikling på dette felt, er at behandlingstilbudene er ytterst få og spredte. Det første skritt må derfor være etablering av mentalhygienisk service for eldre».

I en offentlig utredning om «Barnemishandling og omsorgssvikt» (Sosialdepartementet, 1982) blir det pekt på at barnevernet — som er en kommunal oppgave — bærer hovedansvaret for å gjennomføre tiltak overfor barn i alvorlig fare. Til tross for dette ansvaret har barnevernet aldri blitt gitt ressurser til å

følge opp sine forpliktelser etter barnevernloven. Hvis samfunnet virkelig ønsker å forholde seg aktivt til barnemishandling og omsorgssvikt, er det nødvendig med en organisatorisk styrking av barnevernet i kommunene. I utredningen blir det foreslått at det for å sikre at barnevernssaker blir prioritert ved sosialkontorene, bør opprettes en egen avdeling for barnevern, alternativt — i mindre kommuner — at det ansettes en egen saksbehandler for barnevernssaker. Det blir fremholdt at et adekvat barnevernsapparat vil innebære ca. 1 stilling pr. 2.500 innbyggere. På landsbasis vil det være snakk om ca. 1.000 stillinger. Siden barnevernet i dag er svært mangelfullt utbygd, vil det være behov for en lang rekke med nye stillinger. Det blir videre pekt på at det på området vil være aktuelt å ansette psykologer så vel som barnevernspedagoger og sosionomer. Utvalget går med andre ord inn for at psykologer bør få en viktig plass innenfor det kommunale barnevernsarbeid.

I Stortingsproposisjon nr. 72 for 1982/83 blir det gjort rede for den omlegging og styrking av helse- og sosialtjenesten i kommunene som skal tre i kraft fra 1/1-1984. Det skal etter regjeringens opplegg fra dette tidspunkt gis egne rammetilskudd til den kommunale helsetjeneste og sosialtjeneste. Det blir foreslått at staten øker sine tilskudd på den kommunale sosialsektor fra 942 millioner kroner i 1983 til 1.040 millioner i 1984. Det er altså snakk om en økning på 100 millioner. Når det gjelder de statlige overføringer til den kommunale helsetjeneste foreslås en økning fra 1.251 millioner i 1983 til 1.465 millioner i 1984. Det må bemerkes at en del av de foreslåtte økninger kan bli oppspist gjennom lønns- og prisstigninger.

Utgangspunktet for de økte statlige overføringer er at kommunene skal få større frihet til selv å utforme sin helse- og sosialtjeneste. Det vil imidlertid fra statlig hold bli ført tilsyn med at den lokale helse- og sosialtjeneste oppfyller en forsvarlig og rimelig standard. Dette tilsyn vil basere seg på en del nøkkeltall som forutsettes å inngå som obligatoriske ledd i de kommunale helse- og sosialplaner. De relevante nøkkeltall er driftsutgifter, investeringsutgifter, bemanningsstatistikk og sosialhjelpnivå.

Slik situasjonen har utviklet seg er det små muligheter for at den økte tilskuddsramme til kommunene i 1984 vil bli brukt til en vesentlig styrking av den lokale psykologtjeneste. Fra psykologhold må man håpe på at det i forbindelse med en senere avklaring av psykologens rolle innenfor den primære helse- og sosialtjeneste, vil bli gitt en ny økning i de nevnte rammetilskudd. Videre må man håpe på at avklaringen vil bli fulgt av en endring i de omtalte nøkkeltall slik at tallet på psykologer etter hvert vil inngå som en egen rubrikk i den kommunale bemanningsstatistikk.

Tabell 7: Normtall for kommunale tjenester.

Innbyggertall	Kolonne 1	Kolonne 2	Kolonne 3	Kolonne 4	Kolonne 5
	Stillinger — sosialkontor	Psykologer PPT	Psykologer sosialkontor	Psykologer helsesektor	Psykologer kommunenivå
0— 3.000 .....	2	0,27	0,40	0,20	1 (0,87)
3.000— 5.000 .....	3	0,46	0,60	0,33	1 (1,39)
5.000— 7.000 .....	4	0,64	0,80	0,47	2 (1,91)
7.000— 9.000 .....	5	0,83	1,00	0,60	2 (2,43)
9.000—11.000 .....	6	1,01	1,20	0,73	3 (2,94)
11.000—14.000 .....	8	1,28	1,60	0,93	4 (3,81)
14.000—18.000 .....	9	1,65	1,80	1,20	5 (4,65)
18.000—21.000 .....	11	1,92	2,20	1,40	6 (5,52)
21.000—25.000 .....	13	2,29	2,60	1,67	7 (6,56)
25.000—35.000 .....	16	3,21	3,20	2,33	9 (8,74)

Stortingsproposisjon nr. 72 inneholder en ny minste-bemanningsnorm for de kommunale sosialkontorer. Denne er gjengitt i tabell 7, kolonne 1.

I tabellene er bare inntatt kommuner med en befolkning på inntil 35.000. For kommuner mellom 35.000 og 75.000 innbyggere, angis en stillingsvekst på ca. 5 pr. 10.000 innbyggere. Under stillinger ved sosialkontor inngår sosialsjef, fagpersonale og administrativt personale.

Det understrekes at bemanningen må tilpasses de lokale behov og de oppgaver som planlegges løst i kommunens helse- og sosialplaner. Mange steder vil det være behov for flere ansatte enn minstenormen. Men det er også mulig at enkelte småkommuner vil kunne klare seg med færre stillinger.

Det spørsmål vi ønsker å stille er hvilke normtall som vil være naturlig for psykologstillinger på kommunenivå.

Det er flere veier å gå for å komme frem til slike normtall. En mulighet vil være å se på skole, helse og sosialsektoren for seg og summere opp de behov for psykologtjenester og psykologbemanning som er til stede på de tre sektorer. En annen mulighet vil være å ta utgangspunkt i den bemanningsstatistikk og de bemanningsnormer som i dag gjelder, eller er blitt foreslått fra offisielt hold, og innpasse psykologene i dette bildet. Vi har valgt den siste av disse fremgangsmåtene. Den er mer «jordnær» enn den første, og den tar bedre hensyn til de eksisterende økonomiske rammebetingelser.

Den aktuelle norm for PP-tjenesten er én fagstilling pr. 900 barn. Grovt regnet tilsvarer dette en fagstilling pr. 3.600 innbyggere. Av bemanningsstatistikken for PP-kontorene fremgår at 1/3 av stillingstallet utgjøres av psykologer. Ut fra de statistiske normer som i dag gjelder, kommer vi frem til de stillingstall (normtall) for psykologer (ansatt ved den kommunale skoleetat) som er angitt i tabell 7, kolonne 2.

Det er bred enighet om at det er behov for psykologtjenester for aldergruppen over 16 år og også for en styrket psykologtjeneste for behandling av alkohol- og stoffmisbrukere, av personer med alvorlige samlivsproblemer og med psykososiale funksjonssvikt. Vi mener det er legitimt å argumentere for at psykologandelen ved de kommunale sosialkontorene bør utgjøre ca. 20 % av fagpersonalet, dvs. den samme ratio som dagens sosionomandel ved PP-kontorene. Vi viser her til vår tidligere omtale av bemanningsforholdene ved PPT og sosialkontor. Hvis vi tar utgangspunkt i de nye normtall for sosialkontorene (angitt i kolonne 1), og anvender det nevnte forholds-tall, fremkommer den stillingsnorm for psykologer ved sosialkontorene som er angitt i tabell 7, kolonne 3.

Det er vanskelig å angi noe delingstall for beregning av psykologbehov innen primærhelsetjenesten. Som nevnt ovenfor vil et kvalifisert PP-kontor kunne avlaste skolehelsetjenesten for enkelte oppgaver. Erfaringene fra Enebakk viser også at primærhelsetjenesten mer generelt vil kunne dra nytte av en ekspansiv PP-tjeneste. Psykologstillinger ved sosialkontorene vil også yte — hva man kan kalle — primærhelsetjenester.

Som nevnt er det nylig blitt foreslått å styrke kommunens ressurser for bekjempelse av barnemishandling og omsorgssvikt, og det er i denne forbindelse blitt foreslått å ansette psykologer i kommunene for å arbeide med barnevernssaker. De aktuelle barnevernssaker vil dels falle inn under sosialsektoren, dels under helsesektoren.

Det samme utvalg går inn for at det over en del år bør gis eget statlig rammetilskudd til barnevernet for å råde bot for den årelange forsømmelse som har funnet sted på området. Enten det kommer et slikt rammetilskudd eller ikke, mener vi det må være legitimt å gå ut fra at 1/3 av det foreslåtte normtall for barnevernet (1 fagperson pr. 2.500 innbyggere) blir nytt til psykologhjelp. Halvparten av denne hjelpen

Tabell 8: *Forholdet mellom normtall og aktuell bemanning.*

Kommune	Befolkning	Normtall psykologer	Antall psykologer i dag			Differanse
			PPT	Sosialktr.	Total	
Odda .....	9.000	2	1*)	2	3	+ 1
Kvinnherad .....	13.000	3	1	1	2	— 1
Vågsøy .....	6.500	2	1*)	1	2	0
Klepp .....	11.000	3	1½	½	2	— 1
Bremanger .....	5.100	1	½	½	1	0
Enebakk .....	6.900	2	1½	½	2	0

\*) Tallene er tilnærmet på grunn av interkommunalt PP-kontor.

mener vi vi har tatt hånd om gjennom den foreslåtte styrking av psykologtallet ved sosialkontorene. Den andre halvpart bør godskrives psykologhjelp innen helsesektoren på lokalnivå. Dette gir de normtall som er angitt i tabell 7, kolonne 4. Disse må anses som klare minimumstall og er betinget av den foreslåtte styrking av psykologtjenesten innenfor skole- og sosialsektoren.

Det sier seg selv at vi her har foretatt helt summariske vurderinger. En mer inngående beregning ville kreve en mer detaljert analyse av arbeidsoppgaver og tidsforbruk.

Tabell 7, kolonne 5, angir summen av tallverdiene i kolonne 2, 3 og 4, justert til nærmeste hele tall. Det er forøvrig viktig å understreke at vi her og i det foregående, har benyttet det øvre innbyggertall i hver rekke.

Våre kalkyler gir altså som resultat at det bør være 2 psykologstillinger i kommuner mellom 7.000 og 9.000, 3 stillinger i kommuner mellom 11.000 og 13.000, osv.

Tabell 8 gir en oversikt over forholdet mellom våre normtall og den aktuelle psykologbemanning i de kommunene vi har tatt for oss i denne rapporten. Som det fremgår av tabellen er det for de 6 kommunene under ett et ganske godt samsvar mellom den faktiske og den normerte bemanning.

Vi vil understreke at det er mulig å gjøre bruk av andre beregningsprinsipper enn de vi har anvendt. Vår talloppstilling representerer et regneeksempel ut fra hva vi anser som rimelige premisser. I utgangspunktet gir det et eksempel på den type normtall for psykologer i primærkommunene som etterlyses i Thorvikutvalgets innstilling (selv om det her bare er snakk om barnesektoren). I parentes vil vi føye til at distriktslege-stillinger i dag summarisk er normert til 2 i kommuner med mindre enn 5.000 innbyggere og til 3 i kommuner mellom 5.000 og 15.000 innbyggere.

De angitte normtall for psykologer burde gi bakgrunn for en debatt ikke bare om de er realistiske eller ikke, men også om hvorledes de samlede perso-

nalressurser — hvis de nå engang fantes — burde fordeles på ulike lokale forvaltningsområder. Gitt begrensede ressurser når det gjelder psykologer i kommunene, hvorledes bør disse disponeres sektormessig med henblikk på å komme befolkningen som helhet til gode på en best mulig måte? En stillingstagen til spørsmålet forutsetter et gjennomarbeidet helhetssyn på psykologtjenestene i lokalsamfunnet, et helhetssyn som vi hittil ikke er kommet tilstrekkelig frem.

Hvorledes skal helse- og sosialtjenesten i årene som kommer organiseres og koordineres på kommunenivå? Dette er et spørsmål som for øyeblikket er oppe til debatt i de enkelte kommuner. Stortinget har valgt å stille kommunene fritt til å utvikle egne opplegg. Fra Norske Kommuners Sentralforbund er det blitt anbefalt at det bør etableres et felles helse- og sosialstyre — et felles hovedutvalg for helsevern og sosialomsorg, og at de to sektorer bør underlegges en felles kommunal administrasjon under ledelse av en helse- og sosialsjef. Den norske Lægeforening har gått imot disse planene og fremhevet betydningen av en medisinsk kyndig ledelse av helsesektoren. Foreningen har på bakgrunn av de forvaltningsendringer som er underveis arbeidet med planer for videreutdanning i samfunnsmedisin og i administrasjon for leger, og det foreligger endog forslag om en ny spesialitet i samfunnsmedisin.

Det er umulig for øyeblikket å si hvilket organisasjonsmønster som vil prege de kommunale helse- og sosialarbeid i fremtiden. Sannsynligvis vil det i de nærmeste år bli en del forskjeller fra kommune til kommune. Det faktum at det er behov for nye planorganer og for nye administrative ordninger — aktualiserer Grindes visjon fra 1977 om en ny samfunnspsykologrolle på lokalnivå. Men de nye forvaltningsreformer og de økte statsoverføringer åpner også mulighet for andre psykologoppgaver — forutsatt utviklingen av lokale planer og fagpolitiske initiativ. Den norske psykologstand står overfor store utfordringer på kommunesektoren i tiden som kommer.

## Notefortegnelse

- 1) Notat om stilling for klinisk (behandlede) kommune-psykolog i ny funksjon, ny stilling. Odda, 1973.
- 2) Ibid.
- 3) Ibid.
- 4) Ibid.
- 5) Ibid.
- 6) Omgjøring av kuratorstilling til psykologstilling. Ut-drag fra møteboken for sosialstyret, 25/2-74, Sak nr. 27/74.
- 7) Utdrag av møtebok for Odda Kommunestyre, 16/4-74.
- 8) Ibid.
- 9) Orientering om kommunepsykologstillingen. Odda kommune, Sosialkontoret (udatert).
- 10) *Kildebok*, kap. 1, p. 17.
- 11) Ibid., p. 18.
- 12) Ibid., p. 29.
- 13) Ibid., p. 18.
- 14) Ibid., p. 73.
- 15) Ibid., p. 8.
- 16) Utdrag av møtebok for sosialstyret datert 11/8-77. Stillingar i sosialsektoren 1978. Sak 100/77.
- 17) Sak 125/77. Stillingar innen sosialsektoren 1977.
- 18) Ibid.
- 19) Stillingar ved Kvinnherad sosialkontor. 2. gangs fore-having. Utdrag av møtebok for kommunestyret, 4/9-78.
- 20) *Kildebok*, kap. 2, p. 5.
- 21) Ibid., p. 49.
- 22) Ibid., p. 10.
- 23) Ibid., p. 10.
- 24) Ibid., p. 4.
- 25) Ibid., p. 36.
- 26) Ibid., p. 8.
- 27) Ibid., p. 40.
- 28) Ibid., p. 44.
- 29) Ibid., p. 7.
- 30) Ibid., p. 28.
- 31) *Kildebok*, kap. 3, p. 49.
- 32) Ibid., p. 50.
- 33) Ibid., p. 43.
- 34) Ibid., p. 12.
- 35) Ibid., p. 32.
- 36) Ibid., p. 29.
- 37) Ibid., p. 36.
- 38) Ibid., p. 8.
- 39) Ibid., p. 37.
- 40) Ibid., p. 8.
- 41) Brevet gjengitt i *Kildebok*, kap. 4, 63—66.
- 42) Utskrift av møtebok for sosialstyret, 11/12-79. Sak 191/79.
- 43) *Kildebok*, kap. 4, p. 3.
- 44) Ibid., p. 19-20.
- 45) Ibid., p. 36.
- 46) Ibid., p. 47.
- 47) Ibid., p. 33.
- 48) Kopi av betenkningen gjengitt i *Kildebok*, kap. 5, p. 63—65.
- 49) Ibid., p. 63.
- 50) Ibid., p. 64.
- 51) Særutskrift av møteboka, sak 27, møte 30/3-82, vedr. pedagogisk-psykologisk tjeneste — omorganisering.
- 52) Påtegningen gjengitt i *Kildebok*, kap. 5, p. 62.
- 53) *Kildebok*, kap. 5, p. 58.
- 54) Ibid., p. 16.
- 55) Ibid., p. 3.
- 56) Ibid., p. 35.
- 57) Ibid., p. 40.
- 58) Ibid., p. 41.
- 59) Ibid., p. 38.
- 60) Ibid., p. 42.
- 61) Særutskrift av møtebok for Enebakk skolestyre 22/4-80, gjengitt i *Kildebok*, kap. 6, p. 1—8.
- 62) Erfaring fra en kombinasjonsstilling: Distriktspsyko-logisk/pedagogisk-psykologisk rådgiver. Enebakk 3/2-82. Gjengitt i *Kildebok*, kap. 6, p. 9—15.
- 63) Ibid., p. 11.
- 64) Ibid., p. 11.
- 65) Ibid., p. 11.
- 66) Ibid., p. 14—15.
- 67) Årsmelding fra PP-tjenesten, distriktspsykologen i Ene-bakk, 1982—1983 (Febr. 1983). Gjengitt i *Kildebok*, kap. 6, p. 17—41.
- 68) Ibid., p. 12—13.

## Referanser

- Anstorp, J.: «Jeg måtte ikke være riktig klok før jeg søkte psykiatrisk hjelp». Noen erfaringer fra en undersøkelse av en gruppe personer med psykiske problemer og deres forhold til hjelpeapparatet. I *Publikum — erfaringskil-de for forvaltningen*. Oslo: Forbruker og administra-sjonsdepartementet/Universitetsforlaget, 1982, pp. 29—40.
- Asheim, H.: Psykologens plass i hjelpeapparatet. En kom-mentar til Per Nyhus sine synspunkter. *Psykologiske Meddelelser*, 1982, I, nr. 4, 15—17.
- Artin, K. *et al.*; Distriktspsykolog inom socialvården. *Svensk Psykolognytt*, 1981, nr. 7, 15—17.
- Bardon, J. I.: The psychology of school psychology. In C. R. Reynolds & T. B. Gutkin (Eds.) *The handbook of school psychology*. New York: Wiley, 1982.
- Befring, E.: PP-tenesta i eller ved sida av skolen? *Skole-psykologi*, 1981, 16, nr. 5, 9—16.
- Bencke, E. *et al.*: Læge — psykolog samarbejde — syke-sikringsaftale eller? *Dansk Psykolog Nyt*, 1982, 36, 387—392.
- Blakskjær, P.: Observasjon i almen lægepraksis. *Dansk Psykolog Nyt*, 1978, 32, 263—270.
- Blum, E. *et al.*: Psykologer i almen praksis. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 1975, 53, 169—180.

- Bogen, B. et al.: *Helsestasjonen i støpeskjeen. Nye muligheter for psykisk forebyggende arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget, 1972.
- Bogen, B. & Sundby, H. S. (Eds): *Helsestasjonen alltid i støpeskjeen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1976.
- Borg, N.: Fremtidens psykologi i kommunen. *Dansk Psykolog Nyt*, 1980, 34, 211—214.
- Breivik, L.: Kommunepsykolog — kva er det? *Skolepsykologi*, 1979, 14, nr. 3, 1-14.
- Breivik, L.: Å arbeide som kommunepsykolog, eit eksempel. *Nordisk Psykologi*, 1982, 34, 184—195.
- Bræin, O.: Pedagogisk-psykologisk teneste i Møre og Romsdal. En analyse av fagpersonalets arbeidsoperasjoner. *Skolepsykologi*, 1978, 13, nr. 2, 3—22.
- Christiansen, B.: *Does psychology return its costs?* Oslo: Norwegian Research Council for Science and Humanities, 1981.
- Dalen, M.: Fremtidens pedagogisk-psykologiske teneste i skolepolitisk perspektiv. *Skolepsykologi*, 1982, 17, nr. 2, 3—11.
- Elverkile, R. et al.: Psykologer i almen lægepraksis — Rapport fra et praktikforløp. *Dansk Psykolog Nyt*, 1979, 33, 191—200.
- Fallov, J. et al.: Psykologisk rådgivning i almen praksis. *Ugeskrift for læger*, 1976, 138, 2667—2672.
- Folke, U.: Hvad blev det til med læge-psykolog-samarbejdet? *Dansk Psykolog Nyt*, 1981, 35, 27—29.
- Freisleben, J.: Ulrich-udvalget. *Dansk Psykolog Nyt*, 1983, 37, 2—4.
- Funnemark, K. A.: Utviklingstendenser innen PP-tjenesten. En analyse av fagpersonalets sammensetning. *Skolepsykologi*, 1981, 16, nr. 2, 11—16.
- Funnemark, K. A.: PP-tjenesten gjennom statistiske briller. *Skolepsykologi*, 1981, 16, nr. 1, 29—31.
- Grinde, T. V.: New roles of the community psychologists in Norway. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1977, 14, 1—27.
- Grinde, T. V.: PP-tjenesten sett i relasjon til debatten om distriktpspsykologer og kommunepsykologer. *Skolepsykologi*, 1981, 16, nr. 5, 17—24.
- Grunnskolerådet: Kort sammendrag av Rapport om PP-tjenesten. *Skolepsykologi*, 1981, 16, nr. 1, 22—27.
- Hansen, R. et al.: Den kliniske psykolog i den primærkommunale social- og sundhedssektor. *Dansk Psykolog Nyt*, 1979, 33, 356—361.
- Hargrove, D. S.: The rural psychologist as generalist: A challenge for professional identity. *Professional Psychology*, 1982, 13, 302—308.
- Hillestad, P. O.: Den almenpraktiserende lege — Psykologens naturlige samarbeidspartner? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1979, 16, 493—499.
- Isaksen, M.: Stortingsvedtaket om hjemmesykepleiens administrative plassering. *Sosionomen*, 1983, 28, nr. 5, 2—6.
- Iversen, B. & Stephansen, M.: *Psykologen som nykommer i det sosiale hjelpeapparat: En kasuistisk beskrivelse av tre Vestlandskommuner som har kommunepsykolog, med vektlegging på bakgrunn/behov, funksjon og samarbeidspartnerens vurdering av denne type tjenester. En pilotundersøkelse*. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Bergen, 1982.
- Ivås, A. M.: *Yrkesundersøkelse for psykologer i 1976*. Oslo: NAVF's Utredningsinstitutt, 1977.
- Kirke- og undervisningsdepartementet: *Pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste — behov, arbeidsoppgaver og organisasjonsmodeller*, (NOU 1983:4). Oslo: Universitetsforlaget, 1983.
- Knoff, R. H.: Utforming av ei rolle som kommunepsykolog, rapport etter eit år i Kvinnherad. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1980, 17, 119—130.
- Knoff, R. H.: Klinisk arbeid i førstelinjetenesta: Røynsler etter 2 år ved sosialkontoret i Kvinnherad. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1981, 18, 266—272.
- Knudsen, G.: Har skolen fått den PP-tjenesten den ønsker og har behov for? *Skolepsykologi*, 1981, 16, nr. 5, 3—8.
- Larsson, R. et al.: Socialvården och psykologen. *Svensk Psykolognytt*, 1981, nr. 7, 8—10.
- Lunde, O.: PPT og det tverretatlige samarbeid. Et forsøk på koordinering. *Skolepsykologi*, 1979, 14, nr. 5, 7—14.
- McCallister, T. M. & Philip, A. E.: The clinical psychologist in a health center: One year's work. *British Medical Journal*, 1975, 4, 513—514.
- McPherson, I. G. & Feldman, M. P.: A preliminary investigation of the role of the clinical psychologist in the primary care setting. *Bulletin of British Psychological Society*, 1977, 30, 242—246.
- Mordal, J.: PP-tjenesten ved en skilleveg? *Skolepsykologi*, 1982, 17, nr. 2, 19—23.
- Nilsen, A. B.: Har skolen behov for en pedagogisk-psykologisk teneste? *Psykologiske Meddelelser*, 1982, nr. 2, 22—24.
- Reinsvollsvveen, G.: Arbeidssituasjonen ved sosialkontorene. *Sosionomen*, 1983, 28, nr. 8, 23—30.
- Routh, D. K. et al.: Psychology and primary health care for children. *American Psychologist*, 1983, 38, 95—98.
- Schmidt, E.: Den psykologiske rådgivning i kommunerne. *Dansk Psykolog Nyt*, 1980, 34, 452—453.
- Sosialdepartementet: *Helse og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*. (NOU 1979:28) Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- Sosialdepartementet: *Skolehelsetjenesten*. (NOU 1979:53). Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- Sosialdepartementet: *Om statlige rammetilskott til sosiale formål 1981 og om endringer i reglene for bemanningen ved sosialkontorene*. Rundskriv 1-2/81.
- Sosialdepartementet: *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene, m. v.* (NOU 1982:10). Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
- Sosialdepartementet: *Barnemishandling og omsorgssvikt*. (NOU 1982:26). Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
- Sosialkomiteén: *Innstilling til Odelstinget nr. 89 for 1982/83. Vedr. Ot.prp. nr. 48*. Oslo: Statens Trykksaksedisjon, 1983.
- Svendsen, D. G. & Tufte, E.: *Psykologen i de primære tjenester: En undersøkelse av faktorer som påvirker utformingen av en ny psykologrolle*. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo, 1983.
- Sørbotten, G.: Kommunepsykolog — Kva er nytt med stillinga i Odda? En orientering om bakgrunn og gjøremål. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1975, 12, 14—23.
- Underlid, K.: Om organisering av den pedagogisk-psykologiske tenesta. *Skolepsykologi*, 1983, 18, nr. 3, p. 4—5.

## Appendix

### Norsk Psykologforenings uttalelse av 30/10 1979 angående Nyhus-utvalgets første delinnstilling

*Vedr. utkast til lov om distriktshelsetjenesten.*

Norsk Psykologforening har tidligere uttalt seg om følgende:

NOU 1978:51 «Utkast til lov om distriktshelsetjeneste».

NOU 1979:10 «Helsepolitikken, funksjonsfordeling og administrasjonsordning».

I det følgende vil en kommentere NOU 1979:28 «Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet» og «Utkast til lov om distriktshelsetjenesten».

Innledningsvis vil en peke på at en ser positivt på prinsippet om å overføre ansvaret for helse- og sosialtjenesten mest mulig til kommunene og fylkeskommunene. En forutsetning for at kommuner og fylkeskommuner skal klare dette, er en enkel og oversiktlig finansieringsordning. Forslaget om å bruke rammetilskudd synes å tilfredsstille disse kravene. Siden den foreslåtte ordning vil kunne føre til at det økonomiske grunnlaget blir noe forandret i enkelte tilfeller, forutsetter Norsk Psykologforening imidlertid at det kommer overgangsordninger som forhindrer en forringelse av tjenestene.

En annen forutsetning Norsk Psykologforening mener må være til stede, er hjelp fra sentralt hold til planleggingsarbeid på lokalplanet. De fleste kommuner har nemlig ikke i sin administrasjon den ekspertise som skal til for å make så omfattende planleggingsarbeid som det nå blir tale om. Sentrale myndigheter bør derfor ennå i lang tid fremover være innstilt på å yte hjelp til nødvendig planlegging, slik at befolkningens samlede behov for helse- og sosialtjenester blir dekket. I tråd med de synspunkter som fremmes i det som følger, vil Norsk Psykologforening understreke behovet for psykologisk fagkunnskap i planleggingsarbeidet, slik at befolkningens mentalhygieniske behov også kan dekkes.

Norsk Psykologforening vil videre peke på at en finner det prisverdig og på høy tid at distriktshelsetjenesten blir søkt regulert av et lovverk og ut fra visse definerte forutsetninger. Intensjonen er å prøve å gjøre disse tjenestene best mulig, ut fra befolkningens behov.

Både høringsnotatet og NOU 1979:28 er i sterk grad somatisk orientert og tar lite hensyn til befolk-

ningens mentalhygieniske behov. Dette er forbausende all den tid sentral nyere lovgivning som f.eks. Arbeidsmiljøloven, sidestiller somatisk og psykisk helse. Det vises i denne sammenheng til høringsnotatet om bedriftshelsetjenesten. Norsk Psykologforening har funnet det naturlig i sitt høringsnotat å konsentrere seg om de mentalhygieniske behovene i befolkningen.

En vil vise til undersøkelser gjennomført av bl.a. Lavik, Dalgard og Øgar, som dokumenterer at de psykiske/psykosomatiske lidelsene utgjør 30—50 % av helseproblemer i samfunnet. Det viser seg også at når psykologisk hjelp blir tilbudt minskes befolkningens behov for vanlig medisinsk hjelp.

Med bakgrunn i det ovennevnte finner en det både overraskende og beklagelig at psykologiens plass i distriktshelsetjenesten er så dårlig behandlet i NOU 1979:28 og i utkast til lov om distriktshelsetjeneste.

I NOU 1979:28 heter det: «Det er utvalgets oppfatning at psykologtjenesten på det nåværende tidspunkt ikke bør gjøres til en obligatorisk del av distriktshelsetjenesten. Der forholdene ligger til rette for det, bør det likevel være adgang for kommunene til å ansette psykolog på hel/deltid, f.eks. i helsestasjoner» (s. 72). I samme utredning, pkt. 2.11 s. 161 plasseres psykologtjenesten inn under «Andre spesialiserte helsetjenester utenom institusjonen». Begge disse synspunkter fremsettes uten noen form for begrunnelse.

På bakgrunn av det vi vet om fordelingen av psykiske og somatiske problemer i befolkningen finner Norsk Psykologforening det beklagelig at psykologtjenesten er henvist til annenlinjetjeneste, og savner en nærmere begrunnelse for de to ovennevnte punkt.

Både i NOU 1979:10, NOU 1979:28 og «Utkast til lov om distriktshelsetjenesten», synes behandlingen av folks psykiske problemer å være overlatt til den tradisjonelle medisinske behandling.

Den tradisjonelle legetjenesten er allerede i dag i de fleste distrikter overbelastet. Den vanlige distriktslege eller privatpraktiserende lege har liten eller ingen psykologisk skoling, noe som kan medføre at folks psykologiske problemer blir søkt løst på et lavere kompetansenivå enn deres somatiske proble-

mer. Dette vil kunne føre til en for ensidig symptomatisk medikamentell behandling, noe som igjen kan medføre at en del lidelser vil få anledning til å utvikle seg til varig uførhet. Problemene vil også være lettest å behandle på et tidlig tidspunkt i problemenes utvikling. At det ut fra disse synspunkt bør være en sentral plass for psykologien i distrikthelsetjenesten synes Norsk Psykologforening er innlysende.

Spørsmålet om hvorledes psykologtjenesten kan innpasses i den nye distrikthelsetjenesten vil vi henvise til høringsnotatet om «Helsepolitikken, funksjonsfordeling og administrasjonsordning», hvor Norsk Psykologforening ga uttrykk for at kommunene burde pålegges ansvar for planlegging av psykologtjenesten på lik linje med jordmortjeneste, hjemmesykepleiervirksomhet og fysioterapitjenesten. På bakgrunn av dette vil Norsk Psykologforening

foreslå at det i lov om distrikthelsetjenesten i § 1-2 føres inn et nytt punkt: h som lyder: «Psykologtjeneste som omfatter forebyggende tiltak og behandling av sykdom etter henvisning fra lege».

Når det gjelder spørsmålet om hvorledes en slik tjeneste kan organiseres vil dette måtte være avhengig av lokale forhold. I denne sammenheng bør en ta hensyn til de regionale forskjeller med hensyn til helsevesenets utbygging. En kan her tenke seg ordninger som går fra samarbeidsavtaler mellom psykolog og kommune når det gjelder kontorhold o.l. til fast tilsetting av psykolog i en kommune. Jfr. forskjellige ordninger i forbindelse med legetjenesten i forskjellige kommuner.

Norsk Psykologforening vil gjerne være med å drøfte praktiske løsninger på utbyggingen av psykologtjenesten.

## Norsk Psykologforenings uttalelse av 3/6 1980 angående Thorvik-utvalgets innstilling

### Uttalelse fra Norsk Psykologforening om NOU 1979:53 Skolehelsetjenesten

Norsk Psykologforening vil generelt si seg fornøyd med den brede målsetting som er lagt til grunn for utvalgets syn på skolehelsetjenesten og den vekt som er lagt på de mentalhygieniske helseproblemer i skolen. Norsk Psykologforening er videre enig med utvalget i betydningen av det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten og i den organisasjonsform som det er lagt opp til.

Når det gjelder de enkelte punkter har foreningen følgende merknader:

#### *Ad. Kap. 6: Skolehelsetjenestens organisering*

Norsk Psykologforening slutter seg til utvalgets syn på at skolehelsetjenesten bør være en integrert del av den primære helsetjeneste og ikke en separat etat innen skole eller helsevesen.

Norsk Psykologforening er videre enig i at skolelege, helsesøster, fysioterapeut og psykolog representerer det viktigste personalet i skolehelsetjenesten, i nært samarbeid med skolens egne folk (avsnitt 6.2).

Når det gjelder spørsmålet om hvordan psykologtjenesten skal organiseres, har Norsk Psykologforening i høringsuttalelsen omkring organiseringen av primærhelsetjenesten gått inn for at det skal knyttes egne psykologstillinger til primærhelsetjenesten.

Med egne psykologer i primærhelsetjenesten og skolehelsetjenesten som en del av denne tjenesten,

blir det et spørsmål om psykologen i primærhelsetjenesten burde være skolehelseteamets ressursperson på psykologiske spørsmål.

Norsk Psykologforening vil imidlertid støtte utvalgets synspunkter i pkt. 6.2.3 og sier seg enig i at i øyeblikket er det vesentlig for skolehelsetjenesten å samarbeide med de psykologene som arbeider i PP-tjenesten. Dette vil være en tjeneste som de fleste steder er godt kjent og innarbeidet i skolen. I tillegg vil denne tjenesten alt fra førskolealderen ha kjennskap til en del elevgrupper som trenger spesiell hjelp også i skolealderen (jfr. skoleverkets ansvar for spesialpedagogisk hjelp i førskolealderen). En løsning hvor psykologen i PP-tjenesten går inn i skolehelseteamet, synes derfor å være en praktisk ordning, men dette forandrer ikke Norsk Psykologforenings syn om at primærhelsetjenesten vil ha behov for egne stillinger for psykologer, som kan ivareta alle de andre arbeidsoppgavene av psykologisk art som denne tjenesten vil få.

Norsk Psykologforening vil også vise til den betydning barne- og ungdomspsykiatrien har, når det gjelder diagnostisering og behandling av barn med psykiske vansker. Det er viktig at skolehelsetjenesten i de respektive kommuner bygger opp et nærest mulig samarbeid med de aktuelle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

*Ad. Kap. 7*

Når det gjelder de såkalte «NB-kontroller» (s. 22) er vi enige i betydningen av grundig og regelmessig oppfølging av barn og unge i ulike risiko-grupper. Vi kan nok tenke oss en viss utvidning av hvilke problem-områder som her bør velges ut. Bl.a. er vi opptatt av at de tegn på mentale og psyko-sosiale problemer som registreres tidlig, også følges opp med videre tilbud og jevnlig kontroll. Samtidig bør disse «NB-kontrollene» søkes gjennomført slik at kontrollene i seg selv ikke øker stigmatiseringen av de enkelte belastede elever.

Norsk Psykologforening vil understreke at de mentalhygieniske vansker står så sentralt i skolens problempanorama, at psykolog som hovedregel alltid bør delta i skolehelsetjenestens basisteam, (jfr. også avsnittet om personell i tjenesten, s. 16-17, der det legges særlig vekt på behovet for psykologisk bistand).

Der PP-tjenesten ikke er representert med psykolog i basisteamet, bør eventuell psykolog ansatt i primærhelsetjenesten, eller, der dette ikke finnes, en psykolog f.eks. i den lokale barne- og ungdoms-psykiatriske tjeneste, inngå i teamet.

Taushetsplikten er et vanskelig område, og vi er enige i innstillingens vurdering i tilfelle der eleven og/eller foreldrene motsetter seg at opplysninger blir gitt videre: «Helsepersonellet må da forsøke å analysere konsekvensene av at opplysningene gis eller ikke gis videre, og ta en avgjørelse etter en interesse-avveining» (s. 25). Ut ifra de senere års erkjennelse av problemer omkring vanskjøtsel og mishandling av barn, synes vi det er viktig at helsepersonellet gis opplæring og trening i slik analysering av konsekvensene.

Når det gjelder helseopplysning og undervisning i helselære (s. 25-29) er vi av den oppfatning at flere av de nevnte områder (spesielt om alkohol, narkotika, samlivslære og andre områder vedr. den psykiske helse) i stor grad bør utføres av psykologer. Disse problem-områdene er sterkt verdiladet, samtidig som de ofte innebærer store vansker for barn og unge. Det vil derfor være viktig at opplysnings- og undervisningsvirksomheten omkring disse emner tas hånd om

av fagfolk som er i stand til å registrere, fange opp, vurdere betydningen av og håndtere mest mulig hjelp for den enkelte elev de reaksjoner som kommer fra de unges side i undervisningssituasjonen.

I avsnittet om skolehygiene tas det ikke riktig konsekvensen av det brede, utvidede helsebegrep som er anvendt ellers i utredningen. På s. 13 heter det bl.a. at det kan være «... sider ved skolens rutiner (som) virker helsemessig belastende for noen elever». Det er viktig at det skolehygieniske arbeid legger større vekt på tiltak som kan fremme barnas psykiske helse og forebygge psykiske vansker. Flere former for forebyggende mentalhygienisk arbeid er her aktuelt, og den eller de psykologer som er knyttet til skolehelsetjenesten vil her ha en sentral oppgave.

*Ad. Kap. 9: Ressursbehov*

Det vil her være riktig å arbeide for bemanningsnormer innen PP-tjenesten, som gjør det mulig for denne tjenesten å gå inn i et fruktbart samarbeid med skolehelsetjenesten. Det er også aktuelt å vurdere opprettelse av egne psykologstillinger i PP-tjenesten, for å sikre den nødvendige psykologiske kompetanse.

I avsnittet om personellbehov er behovet for skolelege, helsesøster og fysioterapeut spesifisert. Den fjerde personellkategori som er nevnt i avsnittet om personell, psykologen, er imidlertid ikke tatt med i beregningen av ressursbehovet. En synes her å tenke seg at den psykologiske bistand innen skolehelsetjenesten i første rekke skal dekkes av PP-rådgiver.

Det er vanskelig å beregne merarbeidet for PP-rådgiver som følge av disse planene. Norsk Psykologforening har imidlertid forsøkt å beregne hvor stor del av tiden til en psykolog i primærhelsetjenesten som arbeid i skolehelsetjenesten vil innebære. En antar på grunnlag av disse beregningene et omfang noe i underkant av det som er beregnet for skolelege og fysioterapeut, anslagsvis et årstimetall på 10-20% av elevtallet i kommunen. Norsk Psykologforening vil understreke at dette behovet vil variere sterkt etter i hvor stor grad PP-tjenesten dekker behovet for psykologisk bistand i den aktuelle kommune.

## Norsk Psykologforenings uttalelse av 1/10 1982 angående Nyhus-utvalgets annen delinnstilling

### Uttalelse om NOU 1982/10 — Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.

Norsk Psykologforening vil med bakgrunn i uttalelser fra enkeltpersoner og grupper i foreningen som arbeider innen ulike sektorer av helsevesenet, få gi følgende kommentarer til NOU 1982:10.

Vi vil i samsvar med Sosialdepartementets uttrykte ønske i brev av 22.4.82 komme med en del syns-

punkter på bl.a. den fordeling av oppgaver og ansvar som utredningen legger opp til.

Norsk Psykologforening stiller seg i hovedsak positiv til utredningens målformuleringer og forslagene til restrukturering av helsetjenesten. En ser det som viktig at det skjer en klargjøring av ansvarsfor-



deling mellom stat, fylke og kommune. I denne sammenhengen vil vi fremheve nødvendigheten av å tilrettelegge de økonomiske rammene slik at målsettingen kan realiseres og pålagte oppgaver gjennomføres.

Det finnes en rekke vansker forbundet med en effektivisering av primærhelsetjenesten. Vi vil særlig peke på behovet for å bedre kvalifikasjonene til personalet i primærhelsetjenesten, slik at den kan mestre de aktuelle problemene. En tenker her på f.eks. psykososiale og psykosomatiske vansker. Likeledes må det i kommunene opparbeides en økt kompetanse i arbeid med psykisk utviklingshemmede og eldreomsorg.

Norsk Psykologforening synes imidlertid at utredningen ikke i tilstrekkelig grad avklarer psykologenes plass i primærhelsetjenesten. Helsepolitisk sett trengs de kvalifikasjoner psykologer innehar for å kunne løse primærhelsetjenestens oppgaver.

En ser at utvalget ikke ser seg kompetent til å vurdere psykologenes plassering og funksjon. Likevel argumenteres det mot psykologers fulle obligatoriske deltakelse i den primære helsetjenesten. Utredningen ser på utviklingen av et administrativt selvstendig system for psykologtjenesten som et brudd med den integrerings- og samordningsplanlegging som pågår. Til dette er å si at Norsk Psykologforening aldri har gått inn for opprettelse av en separat psykologisk tjeneste i helsevesenet. På bakgrunn av en slik mulig uklarhet om foreningens syn, vil vi benytte anledningen til å informere om hvilket syn foreningen har på psykologers plass i helsetjenesten.

Utredningen (side 78) understreker behovet for psykologisk ekspertise via de allerede etablerte yrkesgruppene i sektoren. Dette er viktig, men vi vil advare mot å legge hovedvekten på indirekte arbeidsmåter, (dvs. undervisning, veiledning, og konsultasjon). Erfaring viser at psykologisk forståelse best formidles ved psykologers konkrete nærvær som reelle samarbeidspartnere i det daglige arbeidet.

Det ser for oss ut som en i utredningen benytter et noe snevert helsebegrep, til tross for at en tilstreber et helhetsperspektiv. Dette kan føre til at psykologiske og mentalhygieniske perspektiver tilleggs for liten vekt. Ut fra dagens kunnskapsnivå om somatiske, psykosomatiske og psykiske lidelser, fordres det tverrfaglig samarbeid dersom en skal kunne ivareta et helhetsperspektiv i kurativ og forebyggende virksomhet. Å utelukke psykologtjenesten i distriktshelsetjenesten og sosialtjenesten, vil derfor bryte med helhetsperspektivet i behandlingsplanleggingen, og samtidig bryte med en ønsket tendens til desentralisering av alle former for helsearbeid. Dette vil også kunne føre til store regionale forskjeller m.h.t. befolkningens adgang til psykologisk hjelp avhengig av den

enkelte kommunes økonomi. Det er allerede i dag en reell mangel på psykologtjeneste i store deler av landet og i visse deler av helse- og sosialtjenesten. Det synes derfor å være behov for en samordnet styring av utbyggingen av psykologtjenesten, og at fylkeskommunene tillegges et ansvar for dette.

I en del kommuner har en forsøksvis opprettet psykologstillinger knyttet til den primære helse- og sosialtjenesten. Erfaringene med dette burde kunne danne grunnlag for en diskusjon om psykologenes funksjon og plassering. I utredningen er denne type psykologtjeneste ikke tatt med i betraktningen. Psykologtjenesten utenfor institusjon, blir bare til et spørsmål om spesialist-tjenester. (Spesialister i klinisk psykologi m.m.)

Norsk Psykologforening mener videre at en bør holde psykoterapi utenfor rammefinansieringsordningen på fylkeskommunal basis, men vurdere om den heller kan organiseres av en riksinstitusjon. Dette spørsmålet er nevnt i utredningen på side, 46, 3. og 4. avsnitt, hvor komitéen konkluderer med at «alle legespesialist-tjenester bør innbefattes av rammefinansieringsordningen», (herunder altså psykoterapi som også er en psykologisk spesialistvirksomhet). I utredningen anføres det bl.a. som argument at en ikke finner det rimelig å gjøre unntak for en tjeneste som omfatter så pass store utgifter i forhold til legetjenesten utenfor institusjon. Norsk Psykologforening har forståelse for den økonomiske argumentasjonen, men vil hevde at økonomisk styring kan oppnås ved bevilgning til en riksinstitusjon.

Videre anføres «at det bør være nær kontakt mellom psykiatritjenesten, almentjenesten og sosialtjenesten på den ene siden og sykehusene på den andre siden, og at dette best kan oppnås ved at psykiatritjenesten planlegges og finansieres på samme måte som de øvrige helse- og sosialtjenestene». Denne argumentasjonen kan virke adekvat for mange av helsetjenestens oppgaver. Dersom det imidlertid skulle vise seg at den fylkeskommunale økonomiske styring skulle få uheldige utilsiktede konsekvenser, skulle intet være til hinder for et samarbeid mellom nevnte instanser om konkrete kasus eller at det opprettes avtale om samarbeidsformer etter behov. Dersom fylkeskommunene skal ha ansvaret for å planlegge, drive, spesialistvirksomhet i klinisk psykologi, psykologisk behandling og klinisk psykologi med psykoterapi utenfor institusjon i privat eller offentlig eie, vil dette kunne føre til vilkårlig og ulik praksis i de forskjellige fylkeskommuner når det gjelder etablering og utøvelse av psykoterapeutisk og annen psykologisk virksomhet. En kjenner dette problemet allerede i dag, og når det gjelder enkelte trygdekassers behandling av søknader om garanti for psykoterapeutisk seriebehandlinger, er det eksempler på at noen trygde-

kasser er mer restriktive enn andre. Men i det man kan bringe saken inn for Rikstrygdeverket, sikres en lik behandling på landsbasis. Ordningen som er foreslått i utredningen, kan få som utilsiktet konsekvens at den somatiske medisins behov lettere vil kunne få gjennomslagskraft når bevilgninger skal fordeles. Dette vil innebære en uheldig konkurransesituasjon. Psykologer og psykiatere vil erfaringsmessig ha mindre gjennomslagskraft for sin ekspertise enn tilsvarende ekspertise innenfor somatisk medisin. Dette vil kunne føre til at det blir vanskelig, eventuelt umulig å nedsette seg som psykolog i fylker som ikke har erfaring med den service som psykologer yter. Psykologer og psykiatere har i en årrekke arbeidet for å fremme forståelsen for psykiske lidelser vis-à-vis myndigheter, og motarbeidet fordommer overfor lavstatusklienter, så som tilbakestående barn og asosial ungdom. En står i fare for å måtte gjøre det samme overfor kommunale- og fylkeskommunale myndigheter en rekke steder.

Den somatiske medisin er en alment akseptert ekspertise. Psykologisk ekspertise har vesentlig mindre gjennomslagskraft på et område hvor også legfolk føler seg som eksperter på linje med fagfolkene. I tillegg kommer at pasienter med psykiske lidelser av forståelige grunner i liten grad står frem offentlig som pressgruppe av betydning. Mange pasienter må videre søke behandling i andre fylker enn der de er bosatt, dels av diskresjonsgrunner, dels fordi psykoterapitilbudet er lite utviklet i deres hjemfylke. Dette problemet synes ikke i tilstrekkelig grad å bli tatt hensyn til i utredningen.

Utredningen tar opp spørsmålet om henvisningsplikt fra almenlege til legespesialist. Slik vi forstår teksten på side 46-47 i utredningen, kan det se ut som at PP-tjenesten og sosialvesenet i kommunene ikke regnes med som kvalifiserte 1.gangs henvisende instans til 2.linje-tjenesten. Denne omleggingen av arbeidsrutiner vil kunne lede til manglende bruk av instanser som er helt sentrale i arbeidet med bl.a. psykiske lidelser.

Utredningen uttaler at familievernkontorene bør betraktes som en spesialisttjeneste og direkte administrativt tilknyttet fylkeskommunenes helseplan. Norsk Psykologforening mener det er mer hensiktsmessig med en kommunal tilknytning for familievernkontorene. Dessuten mener vi det ikke bør være henvisningsplikt fra lege eller annen instans til denne type tjeneste. En slik plikt vil utelukke klienter fra å ta kontakt med familievernkontorene direkte. Utredningen hevder videre på side 58, «På sikt vil familievernkontorenes nåværende funksjoner gå inn i primærhelsetjenestens regulære virksomhet på den ene siden, og det psykiske helsevern på den andre». Norsk Psykologforening er bekymret for en utvikling som går i retning av å løse opp familievernkontorenes tverrfaglige arbeidsform på denne måten. Kontorene har i dag en samarbeidsmodell som har vist seg godt egnet til å løse de problemene som en strir med i dette feltet. Dersom familievernkontorene skal gå inn i den sosiale helsetjenesten eller psykisk helsevern, vil det bli et svakere tilbud til familier med problemer. En stor del av familievernkontorenes klienter har problemer som ikke naturlig faller inn under sosialkontoret eller psykiatrisk poliklinikk.

Et av utredningens mål er å sikre en politisk, folkevalgt styring med utbygging og fordeling av helsetjenester. Det antydes administrative modeller som alle baserer seg på et komplisert avtaleverk. Spørsmålet blir i hvilken grad politiske motsetningsforhold utilsiktet vil kunne ramme grupper av klienter. Vi mener derfor at en ved siden av den politiske styringen bør sikre en tverrfaglig styring slik at en kan unngå en uheldig politisering av helsetjenesten.

Avslutningsvis vil vi dessuten påpeke at bruken av tall i finansieringsberegningen baserer seg på allerede eksisterende tilbud, selv om dette mange steder ikke er i samsvar med behovet for ulike tjenester. Denne beregningsmåten rammer psykologtjenesten særskilt fordi det er en stor regional skjevhet i den nåværende psykologtjenesten.

## Norsk Psykologforenings uttalelse av 9/5 1983 angående Flekkøy-utvalgets innstilling

### I. GENERELL DEL

1. *Den pedagogisk-psykologiske tjenesten må opprettholdes som egen tjeneste hjemlet i skolelovene.* Denne tjenesten er den eneste førstelinjetjenesten som lovhjemler et pedagogisk-psykologisk fagtilbud til barn og unge. Ifølge lov om grunnskolen, lov om videregående opplæring og mønsterplanen

har skoleverket svært omfattende oppgaver i forhold til barn og ungdom — også utover ren faginnlæring. For å realisere intensjoner i lover og mønsterplan må skolen rå over nødvendig faglig kompetanse og ekspertise.

Det forventes at den pedagogisk-psykologiske tjenesten skal gi tilbud om rådgivning både til barn/

ungdom og foreldre, til lærere, skoleadministrasjon og personalet i barnehager vedrørende barn og ungdom som har behov for særskilt hjelp etter lov om grunnskolen og lov om videregående opplæring. Tjenesten er videre skolestyrets sakkyn-dige organ i en rekke saker. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten bidrar videre til skolens miljø- og organisasjonsutvikling.

De arbeidsoppgaver tjenesten i dag faktisk får seg forelagt, krever inngående kjennskap til skoleverket, uten å være direkte innlemmet i den enkelte skole — tjenesten må være skoleverktilknyttet og lovhjemlet i skolelovene som egen tjeneste.

## 2. *Faglig kompetanse*

Dersom skoleverket skal være i stand til å ivareta sine forpliktelser overfor barn og unge, må den pedagogisk-psykologiske tjenesten ha en faglig bemanning med høyest mulig ekspertise. Tjenesten er et av skoleverkets tilbud om faglig kompetanse den enkelte skole ellers ikke har. Tilbudet skal være av rådgivende og behandlende art, gitt av et organ som forutsettes å ha særlig innsikt i psykologiske, pedagogiske og sosiale prosesser. Den enkelte skole har liten mulighet til å integrere nødvendig psykologisk kompetanse i sitt eget personale. Vi ser psykologens plass som sentral i den skoleverktilknyttede pedagogisk-psykologiske tjenesten. Hvert tjenestekontor må kunne fungere som et forum for faglige drøftinger. Alle fagpersoner vil ikke kunne være like kompetente til det mangfold av arbeidsoppgaver tjenesten får seg forelagt. Tjenestens brukere vil være best tjent med at det er et tilstrekkelig stort fagpersonale slik at arbeidsoppgaver kan fordeles etter spesiell erfaring og kunnskap.

## 3. *Etterutdanning*

Den pedagogisk-psykologiske tjenesten har mangeartede oppgaver og det skjer en stadig videreutvikling av teorier og metoder. Skoleverket er også i stadig endring. Dersom tjenesten skal kunne fylle sine oppgaver som en ressurstjeneste for skoleverket må en sikre at fagpersonalet er faglig ajour innenfor sine områder. Hvert enkelt kontor må derfor ha budsjettmessig dekning for videre- og etterutdanning for fagpersonalet.

## 4. *Stillingsnormering og arbeidsområde*

Tjenesten må utvides til å omfatte alle barn og unge mellom 0—19 år. Elever i videregående skole må imidlertid få tilbud om pedagogisk-psykologisk tjeneste uansett alder (dvs. også om de er over 19 år). Tilbudet om pedagogisk-psykologisk

tjeneste må således gjelde både for elever i folkehøyskoler, de som får opplæring med hjemmel i Lov om fagopplæring, Lov om voksenopplæring o.s.v. Hele årskull må danne grunnlag for statsrefusjon. Alle refusjonsberettigede stillinger må opprettes. Statsrefusjonen må være øremerket til en skoleverktilknyttet rådgivningstjeneste for barn og unge. Ved øremerking av tilskudd vil en sikre at alle barn, uansett hvor de bor, får tilnærmet samme tilbud om pedagogisk psykologisk tjeneste. Ved å utvide stillingsnormeringen til også å omfatte barn og ungdom som ikke er tilknyttet skoleverket, vil en øke tjenestens mulighet til å drive forebyggende arbeid.

## 5. *Administrasjon og styring*

Alle pedagogisk-psykologiske kontorer må ha en faglig leder blant det faste fagpersonalet. Leder bør være pedagogisk-psykologisk rådgiver.

Skolestyret/styret må ha arbeidsgiveransvar for personalet, styret må videre trekke opp linjer for driften. Styrets formann blir kontorleders nærmeste overordnede. Ved rent kommunal tjeneste har skolestyret samme oppgaver som styret for interkommunal tjeneste. Representant for pedagogisk-psykologisk tjeneste må ha møte- og talerett i skolestyret.

Tjenestens daglige arbeid må organiseres slik at det skjer i nær tilknytning til den enkelte skole. Leder for tjenesten må til enhver tid sørge for at de ressursene tjenesten har blir fordelt i samsvar med brukernes behov og personalets særlige kvalifikasjoner.

Hvert kontor må sikres eget kontorteknisk personale og egnede lokaler.

## *Lovhjemler og administrative ordninger*

De foreslåtte endringer synes å være en naturlig konsekvens av arbeidsgruppens utredning vedr. arbeidsoppgaver, styring m.v. Enkelte forslag til endring av forskrifter m.v. for grunnskolen bør imidlertid etter vår mening endres noe.

I någjeldende forskrifter for grunnskolen heter det at den pedagogisk-psykologiske tjenesten skal «gi direkte hjelp til elever og til ungdom som ikke får arbeid eller videregående opplæring etter avsluttet *grunnskole* (understreket her) og til voksne som trenger tilpasset undervisning etter lov om voksenopplæring». (p.2.7.2. 4. ledd). Arbeidsgruppen foreslår en endring her som vil innebære at tjenesten skal gi direkte hjelp til ungdom som ikke får arbeid etter avsluttet videregående skole.

Det foretaes ingen presisering av omfanget av eller evt. antall år en skal gi slik «direkte hjelp». Vi kan

ikke se at dette er berørt andre steder i innstillingen heller.

Det må her presiseres at den pedagogisk-psykologiske tjenestens oppgave i denne sammenheng må være å formidle kontakt til — og evt. gi råd til arbeidsmarkedsetaten og hjelpeapparatet forøvrig. Det er videre behov for en ytterligere presisering av styringsordningen ved interkommunale kontor. Her står det at styret er leders nærmeste overordnede. Det bør stå... «styret v/formannen er...».

Arbeidsgruppen har valgt ikke å ta opp spørsmålet om administrasjonsordning for en gjennomløpende tjeneste for alle under 19 år. Norsk Psykologforening beklager dette, da det er vår erfaring at det i dag eksisterer tildels nokså forskjellige interkommunale samarbeidsavtaler. (Eksisterende samarbeid har enkelte ganger opphørt p.g.a. uklare samarbeidsforhold).

I kap. 8 skisseres arbeidsoppgaver for et interkommunalt styre. Der heter det bl.a. på s. 54: «De samarbeidende partene avtaler at en av partene, som regel en kommune, fører regnskap, forestår lønnsutbetalinger og betaler regning etter anvisning fra tjenestens leder. Regnskapsparten sørger for de nødvendige refusjonskrav til de samarbeidende kommuner, fylker og stat og ivaretar de funksjoner på det økonomiske området kommuneloven tilsier».

Vi beklager at dette som her er sitert ikke er foreslått tatt inn i forskriftene p. 2.7. Vi ber om at dette taes inn der. Det opereres her med likeverdige samarbeidende kommuner og «vertskommune» begrepet er ikke nyttet. Dette er en absolutt fordel og gir bedre grunnlag for samarbeid. Vi vil derfor foreslå at forskriftenes p. 2.7. 3. ledd endres slik:

«Leder for pedagogisk-psykologisk tjeneste er sekretær for styret».

Dette er også i tråd med det som er sagt om leders arbeidsoppgaver på s. 53 i arbeidsgruppens innstilling.

## II. KOMMENTARER TIL DE ENKELTE KAPITLER

### *Kap. 4. Behovet for fagressurser og organisering av disse.*

Norsk Psykologforening støtter her arbeidsgruppens prinsipielle utgangspunkt — vanlige tjenesteytende organer i den enkelte kommune må ha ansvar for tiltak og tjenester for alle sine innbyggere. Alle må ut fra sine egne forutsetninger kunne oppnå likestilling og full deltaking.

Norsk Psykologforening ser den pedagogisk-psykologiske tjenesten som et *middel* i arbeidet med å rea-

lisere målsettingen om en likeverdig skole for alle, tilpasset den enkeltes særlige behov og forutsetninger. Vi støtter arbeidsgruppens flertall i at det fortsatt er behov for en skoleverkstilknyttet pedagogisk-psykologisk tjeneste i dette arbeidet.

Vi er videre enige i flertallets begrunnelse for sitt standpunkt. Mindretallet foreslår, etter vår oppfatning, en nedleggelse av den pedagogisk-psykologiske tjenesten. Vi er enige med mindretallet i at helse- og sosialsektoren har stort behov for personellmessig styrking, bl.a. med tilsetning av psykologer. Denne styrking må imidlertid ikke skje på bekostning av den pedagogisk-psykologiske tjenestens fagressurser. En vil ikke komme til å løse koordineringsproblemene på lokalplan ved å overføre tjenestens psykologer til helse- og sosialvesen. Skole- og førskolebarn med særskilte behov vil måtte tape på en annen etatstilhørighet enn skoleverket.

Psykologene i den pedagogisk-psykologiske tjenesten trekkes i dag i stor grad inn i skolens miljø- og organisasjonsutvikling og i organisering av tiltak for førskolebarn. En plassering i helse/sosialvesen gir ingen/liten mulighet for slike arbeidsoppgaver. Arbeid med skolen som organisasjon betraktes lett som arbeidsoppgaver som er helse- og sosialvesen uvedkommende.

Etatstilhørighet i helse/sosialvesen vil lett medføre en pasient/klient sentrering som den pedagogisk-psykologiske tjenesten har arbeidet seg bort fra. En skoleverkstilknyttet pedagogisk-psykologisk tjeneste gir mulighet for å forebygge at vansker oppstår og å fange opp problem på et tidlig tidspunkt. Etter mindretallets forslag blir skolen avhengig av å søke hjelp utenfra — all erfaring tilsier at det først vil skje når problemene allerede er blitt store.

En nedleggelse av den pedagogisk-psykologiske tjenesten vil etter vår oppfatning måtte medføre et dårligere tilrettelagt opplæringstilbud for barn med særlige hjelpebehov. Vi vil her minne om hva som ble sagt i Stortinget under behandlingen av den nye grunnskoleloven og under behandling av St.m. 98 1976-77 om Spesialundervisningen. (Gjengitt på s. 19 i innstillingen). Stortingsrepresentantene Håkon Randal og Kirsti Grøndal understreket ved disse anledninger bl.a. at en godt utbygget tverrfaglig pedagogisk-psykologisk tjeneste var en forutsetning for en vellykket integrering av funksjonshemmede i barnehage og skole.

Tjenestens plassering og arbeidsoppgaver må således sees i forhold til de vedtatte skolepolitiske målsettinger.

Norsk Psykologforening beklager at arbeidsgruppen ikke på noe punkt har drøftet forholdet mellom den pedagogisk-psykologiske tjenesten og de kommunale og statlige spesialskoler. En rekke kommunale spe-

sialskoler blir i dag betjent av den pedagogisk-psykologiske tjenesten, noe som synes å være hensiktsmessig dersom tjenesten oppbemannes tilsvarende. Andre kommunale/interkommunale spesialskoler har egen psykolog evt. også sosionom tilsatt. Statlige spesialskoler har som regel eget rådgivingspersonale. Samarbeid evt. samordning av spesialskolenes fagressurser og fagressursene i den pedagogisk-psykologiske tjenesten burde vært nærmere utredet. Vi regner at dette i alle fall blir utredet av arbeidsgruppen som skal følge opp Stortingsmelding 50 (1980-81) om Statens skoler for spesialundervisning.

### *Kap. 5. Arbeidsoppgavene i den pedagogisk-psykologiske tjenesten.*

Norsk Psykologforening støtter arbeidsgruppens bruk av begrepet «problemløsnings strategier». Det er viktig at det understrekes at det er behov for bistand til skoler som ønsker å arbeide med skolens innhold og miljø og behovet for å arbeide individuelt med det enkelte barn/elev og deres foresatte. Ved gjennomføring av tiltak for enkeltelever er arbeid i — og med, skolens miljø en viktig forutsetning for at tiltak skal lykkes.

Den pedagogisk-psykologiske tjenesten vil ha en del nær tilgrensende og til dels sammenfallende arbeidsoppgaver med skolens spesialpedagogiske tjeneste og den pedagogiske veiledningstjenesten. Disse tjenester må samarbeide, men en samordning er etter vår oppfatning ikke formålstjenlig. (jfr. bl.a. rapport fra Grunnskolerådets konferanse i nov. 79 som konkluderer med at det ikke er formålstjenlig med en samordning av den pedagogiske veiledningstjenesten og den pedagogisk-psykologiske tjenesten).

Den pedagogiske veiledningstjenesten har sine viktigste arbeidsoppgaver knyttet til skolens undervisning i enkeltfag, metoder og undervisningsopplegg samt tilrettelegging av kurs for lærere. I arbeidet med å utvikle skolens miljø vil denne tjenesten og den pedagogisk-psykologiske tjenesten ha enkelte sammenfallende arbeidsoppgaver og det blir naturlig med et samarbeid. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten har imidlertid en lang rekke arbeidsoppgaver som ikke er felles med veiledningstjenesten, — på samme måte som veiledningstjenesten har arbeidsoppgaver som ikke faller sammen med arbeidsoppgavene til den pedagogisk-psykologiske tjenesten. Det enkelte barn og ungdom med spesielle behov for tiltak i opplærings situasjonen er utgangspunktet for den pedagogisk-psykologiske tjenesten. Denne tjenesten har derfor en rekke samarbeidspartnere utenfor skoleverket som ikke er naturlige samarbeidspartnere for den pedagogiske veiledningstjenesten. Samarbeid mellom de to tjenestene er viktig, men en samordning

synes lite hensiktsmessig ut fra de to tjenestenes egenart.

Den sosialpedagogiske tjenesten er en del av den enkelte skole. Rådgiver og klasseforstander har vanligvis størstedelen av sin arbeidstid til undervisning og deres rolle kan vanskelig adskilles fra lærerens. Norsk Psykologforening støtter arbeidsgruppen i understrekingen av behovet for en styrking av den sosial-pedagogiske tjenesten. Etter vår oppfatning bør også barnehagene tilføres ressurser til denne type arbeidsoppgaver.

Norsk Psykologforening vil understreke betydningen av det som sies om gjensidig forpliktende samarbeidskontrakter mellom skole på den ene side og pedagogisk-psykologisk tjeneste på den andre side. Likeledes er det viktig med avtaler mellom pedagogisk-psykologisk tjeneste og de som arbeider med førskolebarn som får spesialpedagogisk hjelp hjemlet i grunnskoleloven. Mye av den kritikk som har vært rettet mot tjenesten skyldes etter vår oppfatning uklare forventninger og uavklarte samarbeidsforhold.

### *Kap. 6. Unge over 16 år.*

Norsk Psykologforening slutter seg til forslaget om en felles tjeneste for alle mellom 0 og 19 år.

Den pedagogisk-psykologiske tjenesten har viktige arbeidsoppgaver knyttet til førskolebarn med behov for særlige hjelpetiltak. Ved å sette inn hjelpen tidlig kan en søke å medvirke til at vanskene ikke utvikler seg videre. Når tjenesten har både førskolebarn, grunnskoleelever og ungdom over grunnskolealder som sitt arbeidsfelt, kan en avhjelpe vansker i forbindelse med overgangen i barns og ungdoms liv. En kan videre i god tid starte planlegging av tiltak for førskolebarn med behov for hjelp, tiltak i skole og evt. tiltak etter endt skolegang. En skoleverkstilknyttet pedagogisk-psykologisk tjeneste vil kjenne til de tilbud ulike skoleslag og studieretninger har, samtidig som tjenesten vil kjenne barn og unge med særlige behov for tiltak helt fra det tidspunkt det første gang har vært aktuelt med særlige tiltak.

Felles pedagogisk-psykologisk tjeneste for førskolebarn, grunnskoleelever og ungdom over grunnskolealder må være hovedmønstrer i landet som helhet. I de største byene vil det muligens være vanskelig å organisere tjenesten distriktsvis slik at det samme distriktskontor følger elevene etter grunnskolen. Her kan det evt. være aktuelt med egen tjeneste for ungdom over grunnskolealder, da fordelene med felles tjeneste her ikke er så åpenbare som størstedelen av landet forøvrig.

Vi mener videre forslaget om at *all* ungdom mellom 16 og 19 år skal ha tilgang til pedagogisk-psykologisk tjeneste er viktig. Ungdom som av en eller annen

grunn faller utenfor den videregående skole har ofte særlig stort behov for hjelp. Det er videre en kjennsgjerning at enkelte skifter fra elevstatus til å være arbeidsledig i løpet av et skoleår — for denne gruppen er det særlig viktig at den pedagogisk-psykologiske tjenesten er et tilbud til *all* ungdom.

Norsk Psykologforening støtter arbeidsgruppens syn når den sier at den pedagogisk-psykologiske rådgiveren er en sentral fagperson for arbeidet i den videregående skolen. Den videregående skolen må etter hvert sikres tilgang på spesialpedagogisk ekspertise innenfor de ulike studieretninger på hver enkelt skole. Den pedagogisk-psykologiske rådgiveren kan så supplere skolens eget personale med hensyn til faglige kvalifikasjoner.

Vi støtter videre arbeidsgruppens forslag om et innføringsprogram for nytilsatte i den pedagogisk-psykologiske tjenesten med sikte på å få bedre kjennskap til den videregående skolen.

### *Kap. 7. Fagpersonalet i den pedagogisk-psykologiske tjenesten.*

Norsk Psykologforening vil gi sin tilslutning til arbeidsgruppens prinsipper for sammensetning av fagpersonalet. Prinsippene om tverrfaglighet, bredt sammensatt kompetanse, supplering av personalet i skolen og det personale som er ansvarlig for tiltak for førskolebarn samt hensyntaken til kommunens egne fagressurser kan imidlertid komme til å stå i motsetning til hverandre. Det er derfor behov for å klargjøre hvilke prinsipp som skal være overordnet. Etter vår oppfatning må det overordnede prinsipp være at skoleverket skal ha tilgang til den faglige ekspertise som skal til for at den skal fylle sin faglige og oppdragende oppgave overfor førskolebarn og elever med spesielle behov. Barn/ungdom og foreldre har rett til best mulig kvalifisert hjelp så nær hjemstedet som mulig.

Arbeidsgruppen har ikke villet gå inn på spørsmål som angår utdanningsbakgrunn og egnethet for de enkelte arbeidsoppgaver. Norsk Psykologforening vil understreke at fagpersonalet i den pedagogisk-psykologiske tjenesten må ha teoretisk og praktisk/metodisk kompetanse på høyest mulig nivå. Innenfor det *psykologiske fagområdet* vil dette si godkjenning som psykolog.

Behovet for psykologisk fagekspertise i den enkelte kommune er stort, arbeidsoppgavene krever i stor utstrekning denne fagkunnskap og det er naturlig at psykologer har sentral stilling i pedagogisk-psykologisk tjeneste. Psykologer som eventuelt er tilsatt i helse- og sosialvesen vil ikke kunne bidra etter skoleverkets behov. Førskolebarns rett til hjelp er knyttet til grunnskoleloven og skoleverket må ha egen ekspertise som kan gi råd — og følge opp tiltak for førskole-

barn. Psykologen må derfor ha en sentral plass i den pedagogisk-psykologiske tjenesten.

Tilrettelegging av tiltak for førskolebarn er som regel svært arbeidskrevende. Egnede barnehager mangler ofte og det er vanskeligere å organisere tiltak enn f.eks. i grunnskolen. Det personalet som skal være ansvarlig for gjennomføringen av de enkelte tiltak har som regel enda større behov for rådgiving enn tilfellet er for grunnskolen lærere. Det er derfor urimelig å legge normen med en fagstilling pr. 900 barn til grunn også her. En fagstilling pr. 500 barn under skolealder vil være mer i samsvar med de faktiske arbeidsoppgaver som er knyttet til tilrettelegging og oppfølging av tiltak for førskolebarn.

Oppsatte bemanningsnormer må være minimumsnormer. Norsk Psykologforening er enig med flertallet i Arbeidsgruppa i at de pedagogisk-psykologiske kontorene må ha et fagpersonale av en viss størrelse for å kunne gi et best mulig tilbud til brukerne.

Fagpersonalet må ha anledning til å rådføre seg med hverandre. Det er da en forutsetning at det er mer enn en fagperson av hver fagkategori i området — også personer med samme arbeidsoppgaver må ha anledning til å rådføre seg med hverandre. En kan også unngå at deler av tjenesten står ubetjent på grunn av sykdom, ubesatt stilling e.l. Flere fagpersoner av samme fagkategori vil dessuten sikre kontinuitet slik at nyansatt ikke må begynne på bar bakke. All erfaring tilsier stor gjennomtrekk på de små kontorene.

Etter vår oppfatning må den pedagogisk-psykologiske tjenesten ha en minste bemanning på 5 fagpersoner for å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud til tjenestens brukere. I distrikter med store reiseavstander må en derfor kunne opprette mer enn en stilling pr. 900 barn/elever og få statsrefusjon for dette. Store distrikt behøver nødvendigvis ikke tilsi store reiseavstander for tjenestens brukere. Fagpersonalet utfører i dag mesteparten av sitt arbeid ute i distriktet, i barnehager, skoler og evt. i hjemmene. Enkelte steder har en også opprettet flere avdelingskontor innen samme distrikt. Slike ordninger vil gi nærhet til brukerne, samtidig som fordelene ved et bredere sammensatt fagpersonale opprettholdes.

I enkelte distrikt har en gått så langt at en har lagt ressursene til den pedagogisk-psykologiske tjenesten ut på den enkelte skole. Dette har i enkelte tilfelle skjedd ved at en har kombinert ressursene til sosialpedagogiske tiltak og til pedagogisk-psykologisk tjeneste. Tjenesten opphører å eksistere som egen tjeneste ved slike ordninger. Det er helt klart at det er behov for å utvide skolens egen sosialpedagogiske tjeneste, dette må imidlertid ikke gå på bekostning av den pedagogisk-psykologiske tjenestens egenart.

Tjenesten skal ifølge flertallets forslag også i fremtiden ha omfattende arbeidsoppgaver i tilknytning til barn under — og ungdom over grunnskolealder. En evt. fordeling av tjenestens ressurser ut til den enkelte skole vil i stor grad vanskeliggjøre arbeid med disse gruppene. Dersom en løser dette problem med å opprette egen tjeneste for førskolebarn og ungdom over skolealder, vil en miste alle fordelene med en gjennomgående tjeneste.

Dette vil særlig ramme funksjonshemmede barn og deres foreldre, som kontinuerlig vil være avhengige av råd og veiledning i forbindelse med oppdragelse og undervisning. Slike familier kan lett bli «kasteballer» i hjelpeapparatet og en må derfor unngå unødig skifte av kontaktpersoner i den pedagogisk-psykologiske tjenesten. Skolenes behov for nært samarbeid med den pedagogisk-psykologiske tjenesten løses som regel ved at hver skole har sin faste kontaktperson blant fagpersonalet. Denne arbeidsmulighet på skolen blir selvsagt bedre om en kan disponere fast kontorplass eller rom for samtale med elever, foreldre og lærere m.m.

*Kap. 8 og 9* er kommentert i den generelle delen.

#### *Kap. 10 Økonomiske og administrative virkninger.*

Arbeidsgruppen gir her en oversikt over behovet for stillinger i tjenesten i årene fremover — utbygget i samsvar med dens forslag. Det synes her som om det ikke er behov for særlig stor øking i antall stillinger i årene fremover. Det er her verdt å minne om at arbeidsgruppen foreslår en minstebemanning på 4 fagpersoner — dette vil i enkelte strøk av landet måtte medføre mer enn en fagstilling pr. 900 barn/elever.

Arbeidsgruppen peker på at barnetallet går ned. Norsk Psykologforening synes det er et uheldig argument mot en styrking av tjenesten. Synkende barnetall burde kunne føre til lavere bemanningsnorm. En kvalitativt bedre pedagogisk-psykologisk tjeneste vil imidlertid kunne føre til innsparinger på andre felt — f.eks. i institusjoner som arbeidsgruppen selv peker på.

I første omgang er det viktig å fastslå at:

1. Alle årskull under 19 år skal være beregningsgrunnlag for antall stillinger.
2. Normen på en fagperson pr. 900 barn/elever må være en minimumsnorm.
3. Statstilskudd må fortsatt være øremerket til stillinger for fagpersonalet i den pedagogisk-psykologiske tjenesten.