

Til kommunal og regionaldepartementet

Innspill til NOU 2026: 1 En bærekraftig kommunesektor

Oslo, 16. april 2026
Journalnr. 67-2026 / Vår ref: HIL/AC

Innledning

Kommunekommisjonen har fått i oppdrag å foreslå endringer i statens styring av kommunesektoren som skal legge til rette for at kommunene leverer gode tjenester og bruker arbeidskraft og øvrige ressurser best mulig.

Det legges til grunn at kommunene er bærebjelken i det norske velferdssamfunnet, og at staten har som mål at kommunene skal tilby likeverdige tjenester mellom innbyggere og geografiske områder, rettssikkerhet, liv og helse.

Et av Kommunekommisjonens forslag er å oppheve kompetansekravet i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette kravet går ut på at kommunen for å ivareta sitt ansvar i henhold til loven skal ha knyttet til seg leger, sykepleiere, fysioterapeuter, jordmor, helsesykepleiere, ergoterapeuter og psykologer.

Psykologforeningen legger til grunn at det er begrunnet behov for å forenkle statlig styring av kommunal sektor, men er svært kritisk til forslaget om å fjerne kompetansekravene i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Vi mener at dette kompetansekravet er en nødvendig forutsetning for å utvikle likeverdige, forsvarlige, kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester til befolkningen i hele landet. Vi mener at kommunekommisjonen baserer sine vurderinger på mangelfullt kunnskapsgrunnlag og dersom man fjerner kompetansekravet risikerer vi at;

- Mange ikke får den nødvendige psykiske helsehjelpen de har behov for i primærhelsetjenesten
- Enda større uakseptabel variasjon i befolkningens helsetilbud
- Større usikkerhet om faglig forsvarlighet i tjenestene mulig reversering av mange års systematisk styrking av kunnskapsbaserte psykiske helsetjenester i kommunene.
- Manglende kunnskap som grunnlag for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten både i tjenestene og i kommunenes helhetlige samfunnsoppdrag.
- Potensielt dårligere samhandling og lengre ventetider i psykisk helsevern for nødvendig psykisk helsehjelp som følge av manglende kompetanse og kommunale kunnskapsbaserte tjenester.

Psykologforeningens vurderinger

Å fjerne kompetansekravene vil svekke grunnmuren i en moderne velferdsstat der målet er gode, kunnskapsbaserte og likeverdige tjenester som sikrer forsvarlig velferd til befolkningen.

Utviklingen i de kommunale tjenestene viser at det tvert imot er behov for å opprettholde krav til kompetanse og i tillegg legge til rette for etablering av kompetanserekrutterende tiltak i distriktene.

Psykologforeningen er blant annet bekymret for at befolkningen ikke får nødvendig psykisk helsehjelp uavhengig av bosted og økonomi, og for hvordan kommunene skal kunne foreta tilstrekkelig kunnskapsbaserte prioriteringer og vurderinger av faglig forsvarlighet i de psykiske helsetjenester uten krav om psykologkompetanse.

Den ferske rapporten fra Riksrevisjonen (14.04.2026) om tilbudet til barn og unges psykiske helse forsterker denne bekymringen¹. Det påpekes at mange barn og unge ikke får den hjelpen de trenger og har krav på og at forskjellene i tilbudet er altfor store. Det er både mangel på psykologer og helsesykepleiere er overbelastet med samtaler de ikke har tilstrekkelig kompetanse til.

Et tydelig mål om kunnskapsbaserte tjenester ligger til grunn for all tjenesteutvikling. Det er et uttalt mål at psykisk helse og psykisk helsehjelp skal likestilles med somatisk helse, og i regjeringens Opptrappingsplan for psykiske helse (2023-2033) er det et klart mål å etablere kunnskapsbaserte psykiske helsetjenester med lav terskel. Parallelt med dette målet ligger krav om prioriteringer basert på utarbeidede prioriteringskriterier². Sammen med vurderinger av faglig forsvarlighet i tjenestene og kunnskapsbaserte tjenester som kommer hele befolkningen til gode, krever prioriteringsvurderinger høy kompetanse.

Dette gjelder også forebyggende og tidlig innsats. Kunnskap om betydningen av barnets første leveår for utvikling av psykisk helse og risiko for senere psykiske lidelser tilsier behov for kompetanse til å identifisere risiko og iverksette tidlige tiltak. Psykologkompetanse inngår her som en sentral del av det tverrfaglige arbeidet iblant annet helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og bidrar til at vurderinger og tiltak blir mer treffsikre og kunnskapsbaserte.

Kommunekommisjonens mål med fjerning av kompetansekravet er at loven i større grad blir profesjonsnøytral, slik at kommunene gis fleksibilitet til å utnytte ressursene de har tilgjengelige lokalt, til det beste for innbyggerne. Dette til tross for at kompetansen «i mange tilfeller er nødvendige for å sikre likeverdige tjenester av god kvalitet» Det legges indirekte til grunn at dette ikke vil gå ut over befolkningens behov for helsetjenester eller likeverdig tilgang til fysisk og psykisk helsehjelp, da det trekkes frem at kommunene uansett må oppfylle kravet om forsvarlige tjenester og vurdere hvilken kompetanse de har behøver ut fra lokale behov og interesser. Kommisjonens konsekvensvurdering av forslagene er overordnede og oppsummeres slik: «Hvilke konsekvenser den økte lokale handlefriheten vil medføre for tjenestetilbudet, avhenger av hvordan kommunene selv prioriterer.» Kommunekommisjonen har tillit til at kommunene med utgangspunkt i dette gjør gode

¹ Dokument 3:8 (2025–2026) Tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser

² Veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester, Helsedirektoratet

prioriteringer av hvordan tjenestetilbudet bør innrettes og ressursene prioriteres. Et likeverdig tilbud er ikke nødvendigvis et likt tilbud, og forslagene kan medføre noe større variasjon i tjenestetilbudet.»

Kommunekommisjonen baserer sine vurderinger på ufullstendig grunnlag og mangelfull forståelse av kommunenes sørge- for ansvar knyttet til psykisk helse og lidelse. Det settes på denne bakgrunn opp forutsetninger som ikke lar seg oppfylle uten grunnleggende kompetansekrav som gjelder for alle kommuner. Når kommunestyrene skal gjøre sine prioriteringer basert på lokale forhold og behov, må høy og relativt lik kompetanse være tilgjengelig for å lage faglig gode og tilstrekkelige opplyste beslutningsgrunnlag³ for disse prioriteringene. Det er allerede alvorlig grad av uønsket variasjon mellom kommunenes psykisk helse- og rustjenestetilbud og det finnes ikke andre virkemidler enn lovkrav for å sikre at psykologkompetanse prioriteres i kommunale helsetjenester.

En profesjonsnøytralitet i kommunehelseloven vil særlig kunne gå ut over befolkningens tilgang til psykologkompetanse og ergoterapikompetanse. For både lege-, fysioterapi- og jordmordkompetanse gjelder både forskrifter og finansieringsordninger m.m som drivere for prioritering av slik kompetanse i primærhelsetjenesten.

Psykologforeningens standpunkt utdypes i det følgende.

Om kommunale psykisk helse og – rustjenester

De psykiske helseutfordringene er en av de største folkehelseutfordringene, sykefravær og uføretrygd som følge av psykiske lidelser er voksende, og trykket på spesialisthelsetjenesten stort. 30 % av dem som henvises fra fastlegene til psykisk helsevern, avvises hvert år. De fleste av disse vil *i stedet søke hjelp i kommunen*. Disse utfordringene er beskrevet i Opptrappingsplanen for psykisk helse, de årlige statsbudsjettene, i forarbeidene til revidert folkehelselov⁴ m.m. De fleste av våre medlemmer opplever en enorm økning i henvendelser til kommunale psykiske helsetjenester, og prioritering, vurdering av alvorlighet blir viktig også i kommunen.

Helse- og omsorgstjenesteloven gir kommunene et sørge-for-ansvar for både å forebygge psykisk lidelse, utrede, behandle og følge opp personer med psykiske lidelser. Lovkrav om psykologkompetanse tilknyttet kommunale helsetjenester ble begrunnet med at psykolog er del av den «kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven»⁵. Lovkravet ble gjeldende fra 2020, og siden har ingen særskilte statlige tiltak styrt utviklingen eller rekrutteringen av denne kompetansen.

Kommunenes sørge-for-ansvar for nødvendig psykisk helse- og rushjelp er tydelig i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er eksplisitt i helse- og omsorgstjenesteloven fra og med 2011 at kommunene har det samme ansvaret for å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle psykiske plager og lidelser som andre helseproblemer. Vi erfarer

³ Kommuneloven paragraf 13 Kommunedirektøren skal påse at saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet. Utredningen skal gi et faktisk og rettslig grunnlag for å treffe vedtak.

⁴ Prop. 82 L (2024-2025)

⁵ Innst. 378 L (2016-2017)

at det fremdeles er mange kommuner som ikke fullt ut anerkjenner dette «sørge-for-ansvaret» og at dette er med på å gi store uønskede variasjoner i kommunale helsetjenester. Dette bekreftes i Riksrevisjonens nye rapport om psykisk helsetilbud til barn og unge som ble lansert 14. april i år. Folkehelseloven av 2011 er likeledes tydelig på at kommunalt folkehelsearbeid også skal omfatte psykisk helsefremming og forebygging. Den reviderte folkehelseloven som gjelder fra 1. januar 2026, er enda tydeligere på behovet for psykisk helsefremmende og forebyggende arbeid enn tidligere. Med henvisning til lovkrav om psykologkompetanse i kommunene, forutsettes det at denne kompetansen benyttes til systematisk folkehelsearbeid så vel som til styrking av de kommunale befolkningsrettede tjenestene.⁶

Slik vi ser det var presiseringer av lovgrunnlaget i 2011 helt nødvendige som grunnlag for den videre utviklingen av likeverdige og nødvendige psykiske tjenester i kommunenes primærhelsetjenester.

I mange kommuner er det etablert gode tjenester basert på kunnskap og kompetanse, og nå er det et uttalt mål for regjering og storting at alle kommuner skal ha kunnskapsbaserte psykiske helsetjenester med lav terskel⁷. Dette er tjenester som gir varierte og effektive tilbud, som psykoedukasjon i grupper, andre mestringsfremmende tiltak, digitale tilbud samt utredning, kartlegging, behandling og rehabiliteringstiltak i tråd med veilederne for kommunalt psykisk helsearbeid⁸.

Riksrevisjonen dokumenterte i 2021 at det er stor ulikhet og uønsket variasjon mellom tilbudet og tjenestene i kommunene.⁹

Riksrevisjonen la til grunn at befolkningen skal ha lik tilgang til psykiske helsetjenester av god kvalitet. Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige psykiske helsetjenester, og skal etter samhandlingsreformen ta et større ansvar enn tidligere for behandling og oppfølging av pasienter med psykiske plager og lidelser.

Riksrevisjonens konkluderte med kritikknivå *alvorlig* på flere områder som også omhandler kommunale tjenester, særlig når det gjelder barn og ungdom. De ble bla pekt på at tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene ikke er likeverdig. En oppfølgingsrapport om tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser kommer den 14.04.26.

Regjeringen har følgende tre prioriterte innsatsområder for Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033):

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelige tjenester der folk bor
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Det kommunale samfunnsoppdraget, de kommunale tverrfaglige tjenestene er avgjørende i alle de tre innsatsområdene, og høy formalkompetanse er nødvendig.

⁶ Lovens forarbeider: Prop. 82 L (2024-2025)

⁷ Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033)

⁸ Helsedirektoratet 2023 (barn og unge) og 2025 (voksne)

⁹ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>

Rapporten om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS 24/8) viser at årsverk knyttet til psykisk helse- og rustjenester til voksne og eldre går ned, til tross for at behovene i befolkningen er omfattende. Det er særlig nedgang i årsverk fra personer med helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet eller høyskole, og kan indikere at kommunene ikke prioriterer høy kompetanse i tilstrekkelig grad, selv med kompetansekrav.

Utviklingen av tjenester og kompetanse i de kommunale tjenestene viser at det er behov for å opprettholde krav til kompetanse og i stedet legge til rette for å etablere kompetanserekutterende tiltak.

Vi mener at det kommunale ansvaret for å sikre nødvendig og likeverdighet psykisk helsehjelp til befolkningen har en relativt kort historie og er ikke kommet tilstrekkelig langt til at en grunnleggende felles forståelse av faglig forsvarlige tjenester og nødvendig kompetanse for å sikre dette, er etablert.

Om datagrunnlaget til kommunekommisjonen

Kommunekommisjonens datagrunnlag er ufullstendige.

Kommisjonen legger til grunn at om lag 7 prosent av befolkningen mottok en eller flere kommunale tjenester i løpet av 2023, samt at andelen i befolkningen som mottar tjenester, øker med alderen fra 2 prosent til barn og unge til nesten 90 % i alderen 90 år og eldre. Tallene hentet fra Helsedirektoratets rapport Kommunale helse- og omsorgstjenester i 2023.¹⁰

Tallene i denne rapporten hentes fra KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister) og dette registeret var i 2023- og er fremdeles ufullstendig med hensyn til å beskrive den nødvendige forebyggende og behandlende psykiske helsehjelpen som tilbys befolkningen i de fleste av landets kommuner i dag.

I mange kommuner er det som beskrevet over, etablert lavterskeltilbud som tilbyr barn, unge, familier, voksne og eldre psykisk helse- og rushjelp lett tilgjengelig, uten vedtak og uten henvisning. Til sammen 16.220 årsverk er knyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Av disse er ca. 2.000 årsverk direkte knyttet til lavterskeltjenester. Dette er tjenester det ikke samles inn systematiske styringsdata fra i dag til tross for at disse tjenestene er relativt omfattende og i langt større grad omfatter barn og unge (forebygging) enn eldre. Dette bør være en del av grunnlaget for å forstå dagens tjenester, og videre tjeneste- og kompetanseutviklingsbehov.

Helsemyndighetene er kjent med disse manglene. I 2022 kartla Helsedirektoratet registrering og rapportering på psykisk helse- og rusfeltet i 2022 og anbefalte tiltak.¹¹ Vi er kjent med at Folkehelseinstituttet nå er i gang med utredning av muligheter for innsamling av slike data til KPR.

Dette gjør at vi mangler styringsdata lokalt og nasjonalt som reflekterer befolkningens faktiske behov for tjenester og innholdet i tjenester som tilbys. Uten gode styringsdata om

¹⁰ Note 19 i kommunekommisjonens delrapport 1.

¹¹ Anbefalinger til videre arbeid med rapportering for psykisk helse og rus i kommunen – En helhetlig gjennomgang av registrering og rapportering på psykisk helse- og rusfeltet

det kommunale psykiske helsetilbudet, har vi heller ikke oversikt over variasjonen eller kvaliteten i den psykiske helsehjelpen som tilbys i kommunene.

Oppsummert ser vi at mye av den nødvendige psykiske helsehjelpen som ytes, ikke er synlig i det nasjonale pasientregistret KPR¹², i Helsedirektoratets oversikt i over kommunale helse- og omsorgstjenester eller i Kommunekommisjonens datagrunnlag. Dette må hensyntas og legges til grunn i de videre vurderingene av Kommunekommisjonens forslag, og vi mener det på denne bakgrunn ikke er foretatt reelle vurderinger av konsekvensene dersom man fjerner kompetansekravene i Helse- og omsorgstjenesteloven.

Lovfestet krav om tilknyttet psykologkompetanse

Psykologforeningen vil særlig omtale utviklingen av psykologfaglig kompetanse i det følgende, men legger til grunn at kommunale psykisk helse- og rustjenester er flerfaglige og dette er deres styrke.

Kommunepsykologens oppgaveportefølje er bred og ofte omfattende. Psykologer er involvert i kommunalt plan- og tjenesteutviklingsarbeid, lokalt folkehelsearbeid, driver kompetanseutvikling, veiledning, vurderinger av faglig forsvarlighet og prioriteringer¹³, henvisninger mv og samarbeider daglig med andre nødvendige kompetansegrupper som sykepleiere, helsesykepleiere, leger, barnehager, skoler mfl. Dette i tillegg til utredninger, vurderinger og behandling og andre individrettede tiltak som er i tråd med psykologenes kjernekompetanse¹⁴. Psykologer i kommunen er ofte viktige i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene

Psykologene bør være del av et flerfaglig kompetansemiljø slik at tjenestene til befolkningen blir best mulig tilpasset den enkelte og samtidig bærekraftig driftet. Når en kommune skal vurdere faglig forsvarlighet i sin tjeneste, drive kvalitets- og kompetanseutvikling vil de ha behov for høy kompetanse som kan bidra til dette. Jo mindre vurderingskompetanse man har, vil listen for faglig forsvarlighet senkes og dette kan tenkes å gå utover befolkningens behov for nødvendig helsehjelp.

Et særskilt og komplisert område i kommunale tjenester der psykologkompetanse benyttes er samfunnsvern, herunder forebygging, vurdering og håndtering av voldsrisiko.

Kommunene har et sentralt ansvar, i samarbeid med psykisk helsevern, for oppfølging og behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser, også personer med forhøyet voldsrisiko.

Psykologer har særskilt kompetanse i strukturerte voldsrisikovurderinger og i å forstå komplekse sammenhenger mellom psykisk helse, livsbelastninger og risikoatferd. Uten slik kompetanse svekkes kommunenes evne til å gjøre forsvarlige vurderinger, iverksette riktige

¹² Omtalt i for eksempel Opptrappingsplanen for psykisk helse samt rapporten «Forenkle og forbedre- Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern»

¹³ En egen rapport om dette publiseres av psykologforeningen i mai 2026.

¹⁴ Psykologer er i likhet med leger autorisert til å ha selvstendig utrednings- diagnostiserings- og behandlingsansvar

tiltak, forebygge forverring av pasienters psykiske lidelse, og redusere risiko for alvorlige hendelser.

Rehabilitering og helhetlig oppfølging i kommunen er en forutsetning for god behandling. Samtidig viser en rapport at mange pasienter i hovedsak mottar medisinsk behandling uten tilstrekkelig rehabilitering¹⁵. Dette understreker behovet for psykologkompetanse for å sikre helhetlige og kunnskapsbaserte tjenester.

Utvikling av psykologfaglig kompetanse i kommunale tjenester

Det har vært et langvarig mål at psykologkompetanse bør være en del av kommunale helsetjenester, allerede gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). Som følge av at målet om psykologkompetanse ikke ble nådd gjennom denne planen og som del av samhandlingsreformen (2009), har helsemyndighetene drevet systematisk arbeid for at kommunale helsetjenester skal rekruttere og beholde psykologer.

Målet har vært at denne kompetansen bør tas i bruk både i kvalitetsutvikling av tjenestene, i helsefremmende og forebyggende arbeid og som del av målet om å sikre befolkningen nødvendig og forsvarlig psykisk helsehjelp i den kommunale allmennhelsetjenesten. Økonomiske og pedagogiske virkemidler har vært benyttet, frem til det ferske lovkravet som gjelder fra 2020. I perioden 2009-2013 ble det prøvet ut ulike modeller som i 2013 ble evaluert av både Sintef, Folkehelseinstituttet og Arbeidsforskningsinstituttet.

Fra 2013 – 2020 bevilget Stortinget rekrutteringstilskudd til kommuner som tilsatte psykologkompetanse i kommunale helsetjenester. Tilskuddet bidro til sterk økning i rekruttering av denne kompetansen i alle landets kommuner og ble evaluert av Sintef som vellykket.¹⁶ I denne perioden ble det lagt føringer for at psykologene skulle bidra både i kommunalt systemarbeid, i forebygging og behandling. I 2020 opphørte statlige økonomiske virkemidler og juridiske virkemidler overtok, da lovkravet begynte å gjelde fra 2020 og det statlige rekrutteringstilskuddet opphørte.

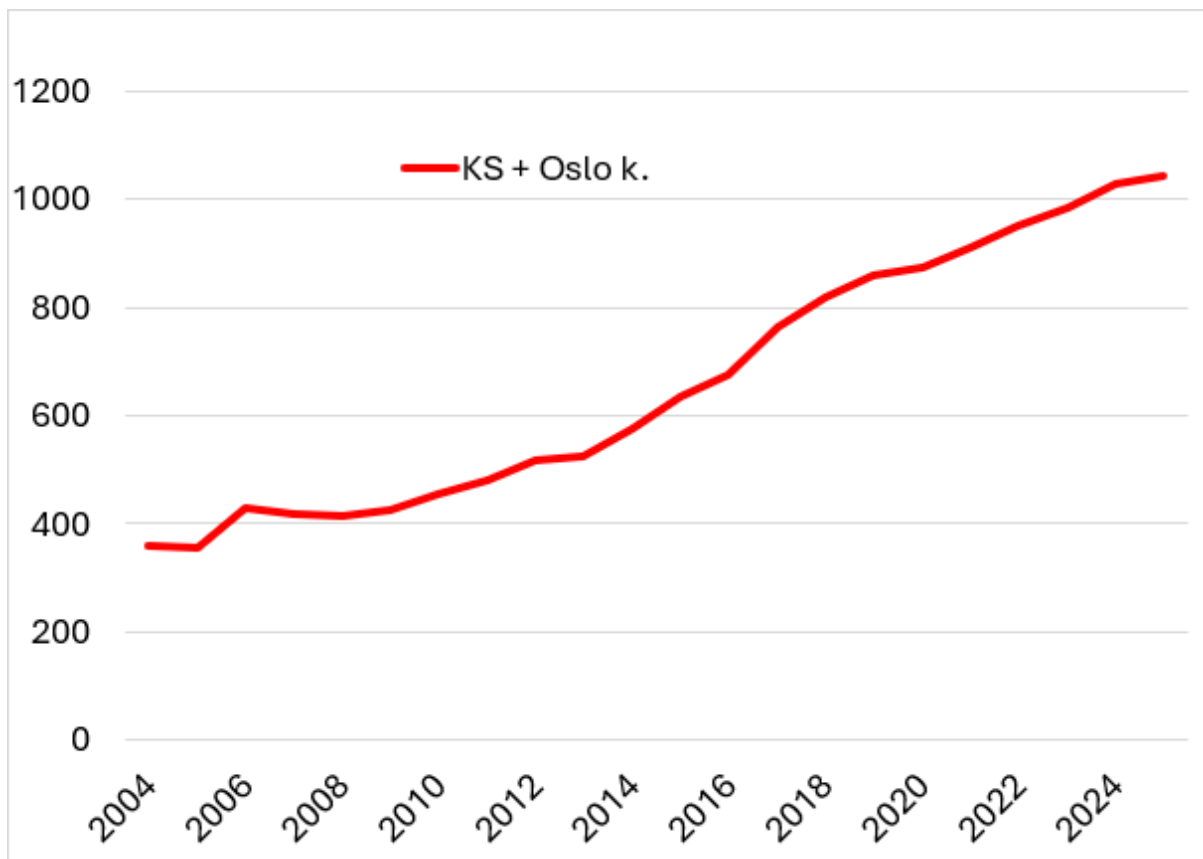
Tall fra statistisk sentralbyrå viser at lovkravet har en viktig funksjon. I 2020 var det 455 psykologårsverk i kommunale helsetjenester, og i 2024 594, en systematisk økning.

Tabellen nedenfor¹⁷ viser økningen av psykologer i alle kommunale tjenester (helse- og omsorg-, pp- barnevernstjenester samt sektor- og tjenesteovergrepene stillinger i stab mv) i den perioden det har vært satset på dette fra statens side. Den viser også at økningen har fortsatt i perioden 2020-2025.

¹⁵ Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2024). Kartlegging av erfaringer med bemannede boliger

¹⁶ Sintef 2018

¹⁷ Tallene i tabellen er hentet fra Norsk psykologforening sitt medlemsregister.



Tallet på psykologer i kommunale helsetjenester fortsetter å øke, men tall fra SSB viser at psykologtilbudet i norske kommuner varierer betydelig med kommunestørrelse. Innbyggerne i store kommuner har tilgang til et bredere tilbud av psykologtjenester for ulike bruker- og aldersgrupper enn innbyggerne i små kommuner.¹⁸ Det er i tillegg sosiale og økonomiske ulikheter i tilgang til psykologkompetanse i kommunene og dekningsgraden av psykologer i kommunehelsetjenesten er lav sammenlignet med andre grupper helsepersonell¹⁹

Både nå og i 2020 var det små distriktskommuner som strevde med å rekruttere og beholde psykologer. Dette gjelder relativt stabilt 15-20 % av kommunene, men antallet psykologer i kommuner som allerede har tilsatt psykolog, har øket. Dette viser ulikheten mellom sentrale kommuners muligheter til å utvikle kunnskapsbaserte psykiske helsetjenester til sin befolkning, og små distriktskommuner, og vi er bekymret for at dette vil forsterkes ved at man fjerner lovkravet. SSB viser også at det er ulike måter å tilknytte seg psykologkompetanse. De fleste ansetter psykolog, men mange samarbeider kommuner og deler på psykologens kompetanse, da kompetansekravet i helse- og omsorgsloven er fleksibelt og kun krever «tilknytning»

Vi mener dessuten at det legges for lite til rette for eller ikke støttes opp under tiltak som både rekrutterer og beholder høy kompetanse generelt og psykologkompetanse spesielt i distriktene. Fagmiljø er viktig og tilrettelegging for faglige nettverk, veilednings- og

¹⁸ <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/bredere-psykologtilbud-i-store-kommuner>

¹⁹ «Dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten: Sosiale og geografiske ulikheter», Julie Ruud Ulset, Michal Kozák & Vidar Ulset Tidsskrift for Norsk psykologforening, nr 9, 2024.

konsultasjonsordninger, tilrettelegging for spesialisering er tiltak vi vet virker. Dette ble pekt på i Sintefs evaluering av rekrutteringstilskudd til psykologer i 2018 og det kommer frem i Menon economics rapport Størrelse teller (2023), Ikke minst viser satsingen på ALIS kontorer og tilrettelegging for spesialisering av allmennlegene at tilgang på fagnettverk mv virker.

Vi er også kjent med at tiltak som støtter opp under at psykologstudenter og andre høyere helsefagutdanninger har sin hovedpraksis i distriktskommuner vil kunne virke rekrutteringsfremmende.

Medlemmene våre forteller at i de økonomisk utfordrende tidene som nå gjelder, bidrar lovkravet til at man strekker seg for å opprettholde et visst nivå av psykologkompetanse. I kommuner der man strever med å rekruttere og beholde psykologene virker lovkravet motiverende for å fortsette innsatsen.

Vår vurdering er at lovkravet om at kommunene må ha tilknyttet psykologkompetanse er velbegrunnet, og har virket godt, men i svært kort tid. Uten lovkrav eller noen andre virkemidler frykter vi at kompetansen ikke opprettholdes i vår felles allmennhelsetjeneste.

Kommunekommisjonen legger vekt på at det er knapphet på arbeidskraft/kompetanse og at det derfor er uheldig med kompetansekrav i loven.

Når det gjelder psykologkompetanse mener vi vurderingene bør nyanseres. SSBs framskrivning av helsepersonell viser ikke knapphet på psykologer, men spår et overskudd av psykologer i 2040 på 1800. Disse framskrivningene inneholder betydelig usikkerhet, men indikerer at vi i fremtiden vil kunne få en balanse mellom tilbud og etterspørsel av psykologer.

Det vil fra høsten 2026 starte opp ny profesjonsstudier ved Universitetet i Stavanger og Universitetet i Agder. I tillegg har Universitetet i Innlandet signalisert at de ønsker profesjonsstudium. Et viktig argument bak plasseringen av de nye studiene, er at en ønsker å rekruttere psykologer til deler av landet som mangler psykologdekning i dag. Dette vil støtte opp under det å kunne oppfylle dagens lovkrav.

Det vi derimot ser i vår medlemsmasse, er at det over tid har vært en økning av utdannede psykologer tiltrekkes av det private markedet. Over 11% av medlemsmassen (1025) jobber nå helt selvstendig i privat praksis. Det tilsvarer antallet psykologer i kommunale tjenester. Spesialisthelsetjenesten fortsetter samtidig å rekruttere flest psykologer. Se tabellen nedenfor.

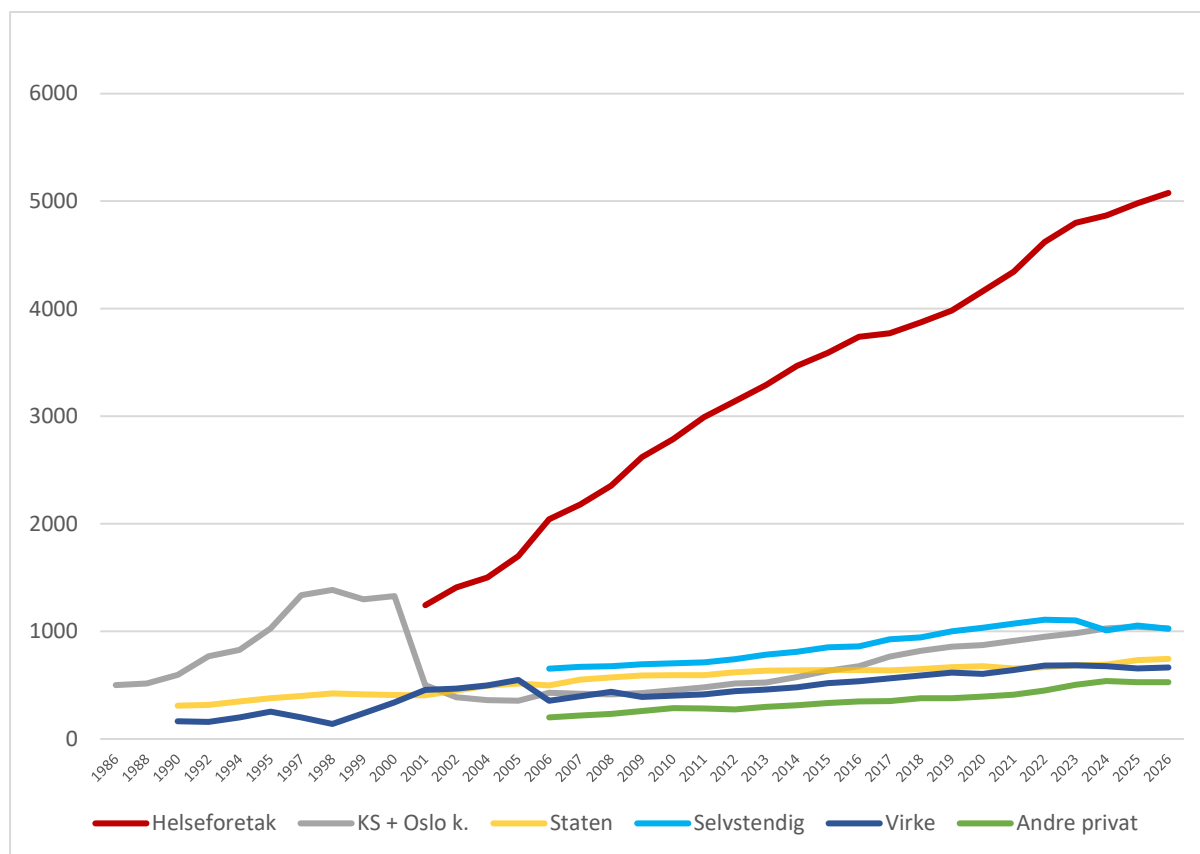
Dette vil kunne forsterkes dersom lovkravet forsvinner fra kommunehelseloven, og en vil få en ytterligere uønsket variasjon mellom sentrale strøk og distriktskommuner. Mange steder er det lang reisevei fra kommunen man bor i, til nærmeste DPS eller BUP.

Befolkningen får dermed i praksis ikke tilgang til nødvendig og faglig forsvarlig psykisk helsehjelp. Det er grunn til å vurdere om bostedsadresse og privat økonomi i for stor grad begrenser befolkningens tilgang til den psykiske helsehjelpen de har behov for. I tillegg innebærer det en samfunnsmessig nedprioritering av helsefremming, forebygging, tidlig hjelp, og rehabilitering i kommunale tjenester.

Vi mener det må tilrettelegges for bærekraftig bruk av den kompetansen samfunnet har tilgjengelig. Dette innebærer at de juridiske virkemidlene som kompetansekravene er, må opprettholdes for å bidra til at psykologenes og annen nødvendig faglig kompetanse, er tilgjengelig i de offentlige kommunale tjenestene. Det er der forebygging på tvers av

sektorer foregår hver dag, og der tidlig og rask hjelp kan gis før vanskeligheter utvikler seg og blir mer alvorlige.

Figuren viser utviklingen av hovedarbeidsforhold for psykologer, fordelt på ulike sektorer



Rekrutteringstilskuddet som virket fra 2013- 2020 var som beskrevet, veldig effektivt. I dag er det ingen økonomiske insentiver eller statlig medfinansiering av den kommunale psykiske helsehjelpen, eller for psykologers virke. Statlige finansieringsordninger gjennom Helfo bidrar til både medisinsk helsehjelp, fysioterapi og jordmortjenester, men altså ikke psykisk helsehjelp og psykologisk behandling. Slike ordninger vil kunne være et alternativ til lovkrav som sikrer befolkningen en viss tilgang på nødvendig psykisk helsehjelp uavhengig av geografi og privat økonomi.

For å forsterke rekruttering av psykologkompetanse og bidra til mer bærekraftige helsetjenester som møter befolkningens behov, er det også viktig med tilrettelegging for faglige nettverk og veiledning.

Avslutning

Slik vi ser det vil en fjerning av kompetansekravene bidra til ytterligere rekrutteringsutfordringer i mindre sentrale kommuner og øke ulikheten i tilgang og kvalitet i tjenestene som tilbys. Dette skjer uten at tilstrekkelige tiltak for å styrke rekruttering er forsøkt.

Utvalgets vurdering av konsekvenser av tiltakene er overfladisk og legger nærmest til grunn at det skal utvikles alvorlig ulikhet i tjenestekvaliteten, basert på kommunale prioriteringer. Dette vil være å reversere den systematiske satsingen som er gjennomført gjennom hele 2000 – tallet for å etablere forebyggende, behandlende og rehabiliterende psykisk helsehjelp i kommunen.

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening

Hanne Indregard Lind

Hanne Indregard Lind
President