

# Utviklingen av helsevesenet og psykologiens plass\*

*Bjørn Christiansen*

I de senere år har det vært arbeidet meget med helse- og sosialvesenets organisasjonsform, med det uttrykte siktemål å oppnå en mest mulig hensiktsmessig utnyttelse av ressursene – ikke minst på bakgrunn av innstramningene i den offentlige økonomi. Nyhus-utvalgets innstillinger (NOU 1979:28, NOU 1982:10) er eksempler på offisielle offentlige utspill av stor prinsipiell betydning – men fremstøt av mer halvoffisiell karakter kan være av like stor interesse, når personene bak hører blant dem som i stor utstrekning leverer premissene for helse- og sosialpolitiske beslutninger i vårt land. Her skal det således tas utgangspunkt i en bok fra 1982 av Jan Grund og medarbeidere, kalt «Helseplan for 1980-åra».

Jan Grund er planleggingssjef i Helsedirektoratet. Blant de andre forfatterne finner man helsedirektør Torbjørn Mork, Christian Lerche, direktør for Statens Institutt for Folkehelsen, og Peter F. Hjort, leder for NAVF's prosjektgruppe for helsetjenesteforskning. Blant forfatterne er fem leger, en sykepleier og en sosialøkonom.

Det opplyses i forordet til boken at alle konklusjoner står for forfatterne egen regning, og at de ikke gir uttrykk for offisielle standpunkter. Da forfatterteamet i sin tid påbegynte arbeidet ble det kunngjort at man snart skulle få en nasjonal helseplan i Helsedirektoratets regi, en plan som bl.a. skulle gjøre det lettere for de sentrale myndigheter å rettlegge og å fastsette rammetilskudd til kommuner og fylkeskommuner (refr. «Bergen Arbeiderblad», 7. februar, 1980).

En av helseplanbokens hovedkonklusjoner er at vi i 80-årene bør utbygge en helsetjeneste som er mer plandirigert og offentlig styringsorientert enn tidligere. Det påpekes at norsk helsetjeneste i dag er regulert av ca. 50 lover med utfyllende forskrifter, og at den ligger et sted mellom de sosialistiske land med helt dirigerte planleggingssystemer og liberal-

\* Kapitlet er en redigert versjon av en artikkel om «Helsevesenets utvikling og psykologiens plass» publisert i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1983, 20, 3–12. Artikkelen gjengis med tillatelse fra foreningen.

istiske land med små krav til offentlig styring og overordnet planlegging.

Et prinsipp i norsk helsetjeneste er og har vært at den skal være tilgjengelig for alle. Parallelt med den sterke offentlige styring har vi et innebygget korrektiv og supplement bestående av privatpraktiserende leger, tannleger, psykologer, fysioterapeuter og en del private, frivillige organisasjoner. Ved den offentlige styring oppnår man en mer rettferdig fordeling både geografisk og sosialt enn i land med større privat spillerom, samtidig som det private korrektiv sikrer en større differensiering og en større valgfrihet enn den man finner i totalitære samfunn.

## Om tilbud og etterspørsel

Den offentlige planlegging kan utbygges på forskjellige nivåer. Et vesentlig poeng vil alltid være i hvilken grad man ønsker å bygge på et system som er sensitivt overfor folks etterspørsel etter tjenester, eller om man tvert imot ønsker å konsentrere seg om tilbudssiden – og regne med at forbruket vil bli dirigert av tilbudet. Kort sagt, vil man ha et system hvor tilbud bestemmer etterspørsel eller et system hvor etterspørsel bestemmer tilbud. Når man snakker om offentlig styring kan man tenke seg system hvor offentlige myndigheter kjøper helsetjenester på befolkningens vegne (etter anbud og produktevaluering), og system hvor de samme myndigheter eier tjenestene og lar disse tilflyte forbrukerne mer eller mindre vederlagsfritt.

«Helseplan for 80-åra» går i det hele ikke inn på forskjellige styrings-systemer. Dette er en mangel ved utredningen. Et hovedpoeng er at man i den nærmeste 10-årsperiode må regne med en meget begrenset vekst i de offentlige helseutgifter. Som følge herav er det mulig at den private sektor vil øke i omfang. Hvis ikke myndighetene bevisst styrer helsetjenestens utgifter, er det fare for at vi kan få et stort, ukontrollert privat marked. Faren for fremveksten av et privat marked blir understreket i flere sammenhenger, og etter å ha studert helseplanen sitter en igjen med en følelse av at planens forfattere er motstandere av den private helsesektor – ikke ut fra økonomiske argumenter, men ut fra et ønske om å forenkle og maksimalisere den offentlige styring og kontroll. Hva forfatterne ønsker seg – er en styring av helsevesenet gjennom tilbudsregulering.

Forfatterens grunnsyn kan illustreres med en del sitater:

«Behovet for helsetjenester er nesten uendelig» (p. 226).

«Erfaringene tilsier at alle tilbud blir brukt. Har en ressurser, blir de brukt fordi det er et overskudd av problemer og pasienter» (p. 149).

«Erfaringer viser at når alle tjenester tilbys til nullpriser, blir tilbudet

bestemmende for forbruket . . . Tilbudet skaper . . . sin egen etterspørsel» (p. 56).

«Erfaring viser at alle tilbud blir brukt i en offentlig finansiert helsetjeneste . . . tilbudet (vil) være bestemmende» (p. 18).

En av bokens forfattere Peter F. Hjort (1982) uttrykker den samme tanke i en annen artikkel:

«Erfaringen viser at det er en sammenheng mellom tilbud og etterspørsel i en offentlig finansiert helsetjeneste. Alle tilgjengelige tilbud blir brukt» (p. 28).

Ut fra premisset om at alle tilbud blir brukt og at det offentlige skal ha et eneansvar for landets helsetjeneste, og at de offentlige helsebudsjetter har en begrenset utgiftsramme, følger det at det er viktig å planlegge sentralt hvordan de disponible ressurser skal fordeles og anvendes. Det helt avgjørende problem innenfor en slik modell er om det er mulig å finne planleggere med den opphøyede kunnskap og innsikt som er nødvendig for å forvalte de samlede helsetjenesteressurser på en forstandig og hensiktsmessig måte.

Forfatterne av 80-planen stiller ingen spørsmål ved egen kompetanse. Deres tankegang kan i korthet uttrykkes slik:

Siden alle tilbud blir brukt må myndighetene utarbeide en plan for helsetjenesten som tar hensyn til det man ønsker og det man vet. Politikerne må dernest gjennomføre planen, selv om den krever tunge politiske beslutninger. Neste trinn er å få helsepersonellet til å godta helsepolitikken gjennom opinionspåvirkning og informasjonskampanjer. Helseplanen bør avsette egne midler til dette formål. Endelig må befolkningen orienteres om grunnlaget for helsepolitikken og de foretatte prioriteringer. I dette informasjonsarbeid er det viktig å få frem at alle beslutninger er gjort i fellesskapets interesse og på grunnlag av et utvidet solidaritetsprinsipp. Resonnementeskjeden gir på en måte legitimasjon for påvirkning og manipulering.

## **Finnes det gode nok planleggere?**

Som tidligere nevnt er det mulig å tenke seg forskjellige planleggingssystemer, hvor enkelte legger større vekt på etterspørselsiden enn andre. Jo mindre etterspørselmomentet blir ivaretatt, desto mer avgjørende blir spørsmålet om det er mulig å bygge opp en planleggingsekspertise som innehar den nødvendige oversikt og innsikt. Herværende forfatter har i mange år arbeidet innenfor psykiatri og psykisk helsevern, og tror han kjenner ganske godt til de fleste helsepolitiske problemer innenfor denne sektor. Særlig har han vært interessert i psykologers plass innen-

for helsevesenet, og mener han har en viss kompetanse til å vurdere helsepolitiske planutspill på dette området.

Ved gjennomlesning av helseplanen for 80-årene var undertegnede derfor særlig innstilt på å legge merke til hva som måtte bli sagt om psykologi og psykologer. Lesningen bød på en stor overraskelse. Planleggerne har helt oversett at det faktisk finnes en yrkesgruppe som heter psykologer innenfor det norske helsevesen. Bare på tre steder finner man indirekte henvisninger til psykologyrket. Det ene er i et sitat fra Per Fugelli's bok om «Tilbake til huslegen», hvor det polemiseres mot medisinske supermarkeder hvor «medisinske spesialister, sosionomer, psykologer og pedagoger (skal) jobbe i takt og tenke i kor» (p. 124). Det annet er i beskrivelsen av de påtenkte psykiatriske behandlingssenheter tilknyttet lokalsykehusområdene hvor det i parentes nevnes at de polikliniske team består av lege, psykolog, sosionom, sykepleier og kontorpersonale (p. 174). Den tredje henvisning er i en omtale av de angivelige store rekrutteringsproblemer som er tilstede når det gjelder å få fagpersonell til det psykiske helsevern, og hvor det etterlyses en avklaring av kompetansen og funksjonsområdene til leger, sykepleiere, psykologer, sosionomer, hjelpepleiere og ufaglærte (p. 176). Og det er det hele.

Hva kan grunnen være til at psykologene ikke blir viet noen som helst oppmerksomhet i en norsk helseplan for 80-årene? Hvorfor denne totale fortielse? Er det at psykologenes antall er så beskjedent at de ikke teller i det store bildet? Ifølge personellstatistikken omtalt i NOU 1982:10 var det i 1981 1135 godkjente psykologer i Norge. Av disse var 338 spesialister i klinisk psykologi og 52 privatpraktiserende innenfor helsesektoren. Skjønnsmessig må antall psykologer innen helsevesenet kunne anslås til ca. 600. Det vil si til det dobbelte av antallet godkjente spesialister og til ca. halvparten av det totale antall psykologer. De aller fleste av psykologene innenfor helsevesenet arbeider innenfor det psykiske helsevern og innenfor HVPU. At psykologene utgjør en ganske stor andel av behandlingspersonalet innenfor disse to sektorer – fremgår av helsepersonellstatistikken (se tabell 1), en statistikk som er hentet fra Helseplanboken, side 225.

Hadde psykologene vært tatt med i statistikken, ville de etter det vi kan skjønne, tallmessig kommet inn på en tredje plass innen psykiatriske institusjoner (etter sykepleiere og hjelpepleiere) og på en femte plass innen HVPU-institusjoner (etter hjelpepleiere, vernepleiere, sykepleiere og ergoterapeuter). Selv om psykologene utgjør en liten personalgruppe innenfor det totale offentlige helsevesen, er situasjonen en ganske annen når man fokuserer på psykiatri og HVPU. På disse to områder utgjør de en betydningsfull andel av det samlede fagpersonale.

Tabell 1. Ulike grupper helsepersonell (årsverk) 1979 fordelt på institusjonstyper.

Personellkategori	Psykiatriske sykehus, sykehjem og andre psyk. institusjoner	HVPU-institusjoner
Leger	530	30
Sykepleiere	2 100	230
Hjelpepleiere	1 800	1 100
Vernepleiere	40	390
Fysioterapeuter	70	30
Ergoterapeuter	40	70

Det faktum at en ekspertkomité for utarbeiding av en helseplan for 80-årene helt neglisjerer psykologens plass i bildet, medfører at man fra psykologhold automatisk stiller seg tvilende til ekspertenes innsikt og oversikt, og at man i neste omgang blir skremt ved tanken på at de samme planleggere ønsker å legge en ren tilbudsregulering til grunn for helsevesenets utvikling.

Hvilke perspektiver er det så ekspertgruppen legger frem i helseplanen for 80-årene? Utgangspunktet er greit nok. Mens vi i tidsrommet 1972–80 har hatt en reell vekst i de offentlige driftutgifter i helsevesenet på ca. 3,9 % pr. år, må vi i årene som kommer belage oss på en vekst som i gunstigste fall bare vil bli halvparten så stor. Institusjonshelsetjenesten legger for øyeblikket beslag på ca. 77,5 % av utgiftene, mens distriktshelsetjenesten bare får ca. 9,5 %. Det er et utbredt ønske om å øke primærhelsetjenestens andel. Men en økning her må nødvendigvis føre til en redusert vekst på andre områder. Hva helseplanen legger opp til er at distriktshelsetjenesten bør gis en vekst på ca. 6–7 % pr. år, mens institusjonstjenesten trappes ned fra ca. 1,5 % i begynnelsen av 80-årene til en nullvekst i siste halvdel av tiåret.

Det erkjennes i helseplanen at ikke alle ledd i institusjonshelsetjenesten er like godt utbygd. Særlig blir det fremhevet at det er store mangler tilstede ved institusjonene i det psykiske helsevern og i helsevesenet for psykisk utviklingshemmede. Disse områdene bør derfor prioriteres i forhold til andre. Ut fra en samlet vurdering av de økonomiske fremtidsutsikter, og med en rekke forbehold *in mente*, stiller planen opp en prognose når det gjelder stillingstallet (årsverksbehovet) for ulike personalkategorier innen de to arbeidsområder i 1990. (Se tabell 2.)

En sammenligning mellom tabell 1 og 2 viser den forventede stillingsøkning i tidsrommet 1979 til 1990. Alt i alt er det stipulert med en økning

Tabell 2. Ulike grupper helsepersonell (årsverk) estimert pr. 1990 fordelt på institusjonstyper.

Personellkategori	Psykiatriske sykehus, sykehjem og andre psyk. institusjoner	HVPU-institusjoner
Leger	604	39
Sykepleiere	2 394	348
Hjelpepleiere	2 050	1 393
Vernepleiere	45	512
Fysioterapeuter	80	39
Ergoterapeuter	159	92

på 1222 stillinger, hvorav brorparten, 955 stillinger, er tenkt påplussert syke- og hjelpepleiergrupper. Forutsatt at psykologgruppen gjennomgår den samme vekst som den som er antatt for legegruppen, vil det kunne bli snakk om en tilgang på ca. 100 årsverk, dvs. noe i underkant av 9 % av de psykologkandidater som med uendret utdanningskapasitet, vil bli uteksaminert i den nevnte 12-årsperiode. Dette må endog sees som et nokså optimistisk overslag.

Stillet overfor den planlagte tilstramming i utbyggingen av institusjonshelsetjenesten – både den psykiske og den somatiske – kan man spørre seg hvilke muligheter som åpner seg for psykologer innenfor primærhelsetjenesten, innenfor den sektor som etter helseplanen skal gå den sterkeste vekst.

Det slås i planen fast at psykiske lidelser er meget utbredt og at ca. 80 % av dem som søker hjelp for sine psykiske plager blir behandlet av distriktshelsetjenesten. De øvrige blir henvist til de spesielle tjenester innen det psykiske helsevern. En ytterligere utbygging av distriktshelsetjenesten antas å kunne føre til en reduksjon i henvisningen av psykiatriske pasienter til det spesialiserte serviceapparat. Det uttales i planen at det for øyeblikket er en stor utfordring å gjøre 1. linjetjenesten i stand til å hjelpe psykiatriske pasienter slik at de ikke unødige blir henvist til et for høyt omsorgsnivå. Helse- og sosialsentre (på kommunenivå) med team bestående av leger, hjemmesykepleiere og sosionom – som samarbeider med fagfolk tilknyttet den spesialiserte psykiatriske helsetjeneste som rådgivere og konsulenter – vil langt på veg kunne ta hånd om alle hjelpsøkende med psykiatriske lidelser. En god distriktshelsetjeneste blir det sagt, er god psykiatri. Man møter i det hele i dette kapitlet en rekke påstander som det er all mulig grunn til å stille spørsmålstegn ved.

Det foreslås at fylkene bør arbeide mot en psykiatrisk sykehusplass-

dekning svarende til ca. 0,5 % av befolkningen. Dette representerer en reduksjon på ca. 4500 plasser i forhold til dagens ca. 6500 psykiatriske sykehussenger. De psykiatriske sykehjem ønskes utbygd til ca. 1,5 plasser pr. 1000 innbyggere – hvilket innebærer et utbyggingsbehov på ca. 1700 plasser. Videre blir det uttrykt ønske om å få opprettet langtidspensjonater – gjerne tilknyttet psykiatriske sykehjem og/eller vernede verksteder – med i alt ca. 1500 plasser, en økning på ca. 1300 i forhold til dagens situasjon, og at det blir foretatt en utbygning av ettervernshjem/dagsentre med i alt ca. 4000 nye plasser.

I skjæringspunktet mellom de psykiatriske sykehus på den ene side og primærhelsetjenesten på den annen, foreslås opprettet et nett av psykiatriske behandlingenheter på lokalsykehus-nivå. Disse sektor-enheterne bør ha noen få krisesenger (4–5) og noen få dagplasser (5–10), men i hovedsak virke som polikliniske institusjoner. I alt foreslås 5 psykiatriske klinikkavdelinger ved somatiske sentralsykehus og 30 behandlingenheter på sektornivå for betjening av befolkningsgrupper på fra 100 000 til 150 000 mennesker. De samlede årlige merkostnader til de foreslåtte tiltak beregnes å utgjøre 854 millioner 1979-kroner.

De sider av helseplanen som omhandler utbygning av den psykiatriske institusjonshelsetjeneste (fylkeshelsetjeneste) synes i det store og hele å falle sammen med de idé-strømninger som karakteriserte amerikansk psykiatri i midten av 60-årene. Det siktes her til den såkalte Community Mental Health-bevegelse. På et punkt finner man imidlertid en markert forskjell fra det amerikanske forbildet. Dette gjelder spørsmålet om personalsammensetning og institusjonelle tilknytningsformer. Mens man i USA la spesiell vekt på å utnytte psykologene som en faglig ressurs, blir disse totalt oversett av de norske planleggere. Videre la man i USA vekt på å bygge opp de lokale mentalhygieniske behandlingenheter uten tilknytning til den somatiske sykehustjeneste.

## **Behovet for behandlingpersonale**

Det påpekes at bygningsstandarden innen psykiatrien stort sett er vesentlig dårligere enn ved de somatiske institusjonene. Hva som anses som enda mer foruroligende er at institusjonene har en lav dekning av de budsjetterte stillinger for særlig leger og sykepleiere. I 1979 var 30 % av legestillingene ubesatt, og ca. 50 % av sykepleierstillingene enten ubesatte eller besatt av personell uten sykepleierutdanning.

I et eget kapittel blir det reist spørsmål om hvorfor det er en slik dårlig rekruttering til det psykiske helsevern. Det blir pekt på flere mulige årsaker: At arbeidet stiller spesielle krav til kunnskaper og personlige

forutsetninger, at det ofte er vanskelig å se hurtige resultater av arbeidet, at det kan forekomme uklare ansvars- og lederforhold, at nedbyggingen av grenselinjene mellom de berørte profesjoner innen sektoren lett skaper utrygghet i den enkeltes yrkesidentitet.

Med henblikk på å bedre rekrutteringen foreslår forfatterne at det bør vurderes hvordan man kan påvirke grunnutdanningen for leger og sykepleiere slik at den skaper større interesse for arbeid i det psykiske helsevern. Også andre tiltak bør vurderes, nemlig hensiktsmessigheten av en endret personalnormering, bedre interne opplæringstiltak, avklaring av kompetanse- og funksjonsområdene for de forskjellige yrkesgrupper innen sektoren, spesielle stimuleringstiltak i form av lønnstillegg, bedre avansementsmuligheter, særskilte stipend, etc. for leger og sykepleiere, og tiltak som f.eks. turnustjeneste i psykiatriske institusjoner for leger og plikttjeneste knyttet til videreutdanningsopplegg, m.v.

Det som virkelig forundrer en når en leser om problemene med å skaffe kompetente fagfolk til det psykiske helsevern er at det ikke nevnes med et ord at det blant nyutdannede psykologer er en betydelig interesse for å arbeide innenfor området, at vi i Norge årlig utdanner ca. 100 nye psykologer, at disse psykologene har et universitetsstudium bak seg av tilsvarende lengde som medisinerstudiet, men et studium som i hovedsak er konsentrert om forståelsen og behandlingen av psykiske prosesser og lidelser. Psykologistudiet har gjennomgått store endringer og forbedringer over det siste tiår. Det fremstår i dag som et studium med sterke innslag av biologiske og medisinske i tillegg til samfunnsvitenskapelige perspektiver, med innebygde praktikumseminarer og praksistjenester, med skriftlige eksamener innenfor en rekke fagområder – i Bergen må studentene gjennomgå 12 slike eksamener – og i forbindelse med studiets avslutning stilles krav om at den enkelte skal utarbeide et vitenskapelig arbeid. Opptak i studiet stiller strenge krav til forkunnskaper og modenhet. Hvert år er det bare en brøkdel av de kvalifiserte søkerne som får anledning til å påbegynne studiet. Gjennom en landsomfattende gallupundersøkelse vet vi at psykologyrket stort sett blir godt ansett i den norske befolkning – og at et flertall i befolkningen ser menneskekunnskap som nærmere assosiert med psykolog enn med lege-tittelen (Baklien, 1974). De samme oppfatninger gjør seg gjeldende blant utdanningsøskende ungdom.

Den relativt dårlige legerekuttering til det psykiske helsevern har sitt klare motstykke i den sterke søkningen til psykologistudiet. Etter alle solemerker å dømme er situasjonen i dag (og har vært slik i de siste 10 år) at blant unge mennesker som ønsker å gå inn i det psykiske helsevern fremstår psykologistudiet som langt mer relevant og mer ufordrende enn

en alternativ medisiner- eller sykepleierutdannelse. At rekrutteringssituasjonen til psykologistudiet er meget god når det gjelder ungdom som nettopp ønsker å utdanne seg for arbeid blant mennesker med mentale problemer, er hevet over enhver tvil. Det problem våre helseplanleggere står ovenfor er at de åpenbart har vanskeligheter med å tilpasse seg et terreng som ikke helt passer med det kart de har brakt med seg ut fra sitt eget profesjonsperspektiv. I stedet for å spørre hva som eventuelt kan gjøres for å forbedre psykologutdannelsen, reiser de spørsmål om hvorledes man skal få psykologiinteressert, utdanningsøkende ungdom kanalisert inn i andre utdanningsveier, eventuelt hvorledes man skal få ungdom med andre yrkesinteresser enn psykologi til å begynne å interessere seg for dette fagområdet. Dette fremtrer som et planarbeid som stiller viktige problemstillinger på hodet. Man blir nærmest sjokkert over å se at planleggerne på den ene side etterlyser stimuleringsiltak for å bedre rekrutteringen til det psykiske helsevern, mens de på den annen side fullstendig unngår å omtale den verdifulle nasjonale personalressurs som de mange kostbart utdannede norske psykologer representerer.

## **Om psykologenes plass**

Helseplanens forfattere synes på linje med Nyhuskomitéens andre innstilling (NOU 1982:10), å tenke seg psykologene som spesialister innenfor den fylkeskommunale annenlinjetjeneste, som konsulenter og rådgivere for personalet innenfor førstelinjetjenesten og som henvisningsinstans for de forventede ganske få psykiatriske pasienter som denne tjeneste ikke selv makter å ta hånd om.

Mange psykologer vil mene at de har en plass og en funksjon å fylle innen førstelinjetjenesten. De vil henvise til erfaringer fra andre land og fra norske kommuner med psykologstillinger innen distriktshelsetjenesten og innen den sosiale førstelinjetjeneste. Den manglende offentlige interesse for å møte behovet for psykiske helsetjenester med den nærliggende fagressurs psykologene representerer, nødvendiggjør et initiativ fra psykologene selv for å konkret beskrive hva de kan bidra med og hva de i dag faktisk bidrar med innenfor den primære helse- og sosialtjeneste.

## Referanser

- Baklien, B. *Psykologprofesjonen og dens omgivelser*. Oslo: NAVF's Utredningsinstitutt, 1976 (nr. 6).
- Grund, J. m.fl. *Helseplan for 1980-åra. Omlegging og utvikling*. Oslo: Gyldendal, 1982.
- Hjorth, P.F. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I P.E. Lorentzen (Red.) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. Oslo: Tanum-Norli, 1982, 11.31.
- NOU 1979:28. *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- NOU 1982:10. *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene, m. v.* Oslo: Universitetsforlaget, 1982.