

Helsevesenets utvikling og psykologiens plass.¹⁾

BJØRN CHRISTIANSEN

*Institutt for samfunnspsykologi,
Bergen*

The development and the position of psychology in national health services.

Abstract — A review is presented of a recently published task force report entitled «Health Planning for the 80's.» The book is severely criticized for neglecting dynamic demand factors in the planning of public services and for totally overlooking the human resources represented by the psychology profession. It is recommended that the Norwegian Psychological Association adopts a proactive rather than a reactive approach regarding the public and private health service job market for psychologists. A number of possible actions are described and it is suggested that the association directs 20 % of its annual operational expenditures on research and information programs related to employment issues.

Våren 1982 utkom en bok 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 NAVFs prosjektgruppe for helsetjenesteforskning. Blant forfatterne er fem leger, en sykepleier og en sosialøkonom. Alle forfatterne skal etter det det sies ha stått den tidligere arbeiderpartiregjerings nær (Bertelsen, 1982). Det opplyses i forordet til boken at alle konklusjoner står for forfatternes 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 rettlede 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 liberalistiske 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 bestemmes av etterspørsel eller et system

1) Foredrag på Norsk Psykologforenings landsmøte på Geilo 22. november 1982.

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 tilflytte forbrukerne mer eller mindre vederlagsfritt.

«Helseplan for 80-åra» går i det hele ikke inn på forskjellige styringssystemer. Dette er en mangel ved utredningen. Et hovedpoeng er at man i den nærmeste 10-års-periode 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 at et privat marked blir understreket i flere sammenheng. Et sted blir disse farene nærmere utdypet slik:

«Dersom det vokser frem et privat marked vil det private marked i første omgang overta en rekke av «luksustjenestene» som i dag honoreres over Folketrygden. På sikt vil ressursbruken bli vridd bort fra svake grupper ved at grupper med god økonomi favoriseres. Videre vil oppblomstringen av private markeder gi en skjev geografisk fordeling av legetjenester til fordel for tett befolkede strøk, eller strøk der det av klimatiske eller andre grunner er attraktivt for leger å slå seg ned. Dette vil nødvendigvis innebære at den knappe ressurs som legene representerer i visse strøk vil engasjeres i en type helseproblemer som resten av landet ikke får personell til å ta seg av.» (p. 245).

I samme avsnitt blir det pekt på at vi for tiden har en tilgang på leger som etter all sannsynlighet vil føre til en overproduksjon (en overtallighet) i størrelsesorden ett til to tusen i 1990. I stramme økonomiske tider burde Folketrygdens honorering av «luksustjenester» (hvis slike eksisterer) kanskje kunne reduseres eller elimineres. Det er ikke vanskelig å finne motargumenter mot resonnementet overfor. Men Grund og medarbeidere har et annet argument i bakhånd: Overproduksjon av leger vil kunne gjøre folk avhengig av profe-

sjonell hjelp, svekke nærmiljøets evne til selvhjelp og selvstendig problemløsning. Overproduksjon av leger vil kunne skape en etterspørsel etter legetjenester som kan innebære en stor — og unødvendig — regning for konsumenten. Det vil lett føre til at det skrives ut mer medikamenter enn det som er ønskelig og nødvendig.

Det er all grunn til å støtte forslag om faglig kvalitetskontroll av legetjenester. Dette burde være en obligatorisk ordning når det gjelder alle ytelser som skal betales av Folketrygden. Men det er ikke dette som er forfatterens hovedpoeng. Her er det snakk om de uheldige sider ved en for lett tilgang på legetjenester. Man må vel kunne si at den norske formyndermentalitet går vel langt når man vil begrunne nedskjæringer i legetilgangen med hensynet til den enkelte konsuments uforstand når det gjelder å kjøpe og egenhendig betale for unødvendige legetjenester.

Helseplanen er av en Bergens-professor i sosialmedisin nylig blitt betegnet som «et gigantisk helsepolitisk eksperiment som kan få uoverskuelige følger». (Gogstad, 1982). 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 finansierte helsetjeneste . . . tilbudet (vil) være bestemmende». (p. 18).

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

«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. Resonnementsskjeden 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 etterspørselsmomentet blir ivaretatt, desto mer avgjørende blir spørsmålet om det er mulig å bygge opp en planleggings-ekspertise som innehar den nødvendige oversikt og innsikt. Personlig har jeg i mange år arbeidet innenfor psykiatri og psykisk helsevern, og tror at jeg kjenner ganske godt til de fleste helsepolitiske problemer innenfor denne

sektor. Særlig har jeg vært interessert i psykologers plass innenfor helsevesenet, og mener jeg har en viss kompetanse til å vurdere helsepolitiske planutspill på dette området.

Da jeg begynte lesningen av helseplanen for 80-årene var jeg 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 fant jeg indirekte henvisninger til psykologyrket. Det ene var i et sitat fra Per Fugelli's bok om «Tilbake til huslegen», hvor det polimiseres mot medisinske supermarkeder hvor «medisinske spesialister, sosionomer, *psykologer* og pedagoger (skal) jobbe i takt og tenke i kor». (p. 124). Det annet var i beskrivelsen av de påtenkte psykiatriske behandlingseenheter tilknyttet lokalsykehus-områdene hvor det i parentes nevnes at de polikliniske team består av lege, *psykolog*, sosionom, sykepleier og kontorpersonale (p. 174). Det tredje henvisning var 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).

Hva kan grunnen være til at psykologene ikke blir viet noen som helst oppmerksomhet i en norsk helseplan for 80-årene? Hvorfor denne totale fortieelse? 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 — frem-

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	140	70

går av helsepersonellstatistikken som er gjengitt ovenfor, en statistikk som er hentet fra Helseplan-boken, side 225.

Hadde psykologene vært tatt med i statistikken, ville de etter det vi kan skjønne, tallmessig kommet inn på en tredjeplass innen psykiatriske institusjoner (etter sykepleiere og hjelpepleiere) og på en femteplass 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.

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 helsevesen 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 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 legeguppen, 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 tilstrømming i utbyggingen av institusjonshelsetjenesten —

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

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 gis 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 unødig blir henvist til et for høyt omsorgsnivå. Helse- og sosialsentre (på kommunenivå) med team bestående av leger, hjemmesykepleier 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 spørsmålsteget ved.

Det foreslås at fylkene bør arbeide mot en psykiatrisk sykehusplassdekning svarende til ca. 0,5 00/0 av befolkningen. Dette representerer en reduksjon på ca. 4500 plasser i forhold til dagens ca. 6500 psykiatriske sykehusenger. 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/dagsentere 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-enhetene 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 utbygging av den psykiatriske institusjonshelsetjeneste (fylkeshelsetjeneste) synes i det store og hele å falle sammen med de idéstrømninger som karakteriserte amerikansk psykiatri i midten av 60-årene. Jeg sikter 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 personal-sammensetning 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 nedbyg-

gingen 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 stimuleringsiltak 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 pliktjeneste 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 medisinstudiet, 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 menneskekunn-

skap som nærmere assosiert med psykolog enn med lege-tittelen (Baklien, 1974). De samme oppfatninger gjør seg gjeldende blant utdanningssøkende ungdom.

Den relativt dårlige legerekruttering 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 i inn i det psykiske helsevern fremstår psykologistudiet som langt mer relevant og mer ufordrende enn en alternativ medisin 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 psykologi-interessert, utdanningssøkende 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 Nyhuskomitèens andre innstilling (NOU 1982:10) å tenke seg psykologene som spesialister innenfor den fylkeskommunale annetlinjetjeneste, 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. Med de bevilgningsrammer som fremtrer som sannsynlige for de nærmeste 10-år, er det imidlertid ikke nok med subjektive meninger. Hvis psykologene skal få en rimelig plass innen førstelinjetjenesten, vil det være nødvendig med allsidig nytte- dokumentasjoner og med objektive kostnads- og effektivitetsanalyser. Disse analyser og dokumentasjoner er oppgaver som det i dag ikke finnes noen som vil utføre på psykologens vegne. Hvis arbeidsoppgavene skal bli gjort, må psykologene stole på egne krefter og selv stå for både planleggingen og finansieringen, og arbeidsinnsatsen.

Per Nyhus uttrykker i et intervju i *Psyko- logiske Meddelelser*, nr. 2 for 1982, synspunkter som faller i tråd med hva jeg her prøver å få frem. Han sier bl.a.:

«Jeg er sterk motstander av å pådytte folk primærpsykologtjeneste gjennom lov- givning. Dette tror jeg ikke engang at psy- kologene vil være tjent med . . . Psykologene må nå kjempe på et marked. De må selge sine tjenester i konkurranse med andre faggrupper. Nye grupper vil slå seg frem på bekostning av andre. Det er ikke rom for utvidelser. Med hensyn til primærhelse- tjenesten er det mulig at psykologer på mange områder er mer kvalifisert enn legene. (Og man må vel her kunne tilføye sykepleiere, sosionomer og fysioterapeuter.) Den idéen må i så fall selges». (p. 28).

Nyhus gir her uttrykk for et synspunkt som i noen grad bryter med Helseplan-80. Han forestiller seg at det kan oppstå et marked som gir grunnlag for konkurranse basert på tilbud og etterspørsel. Dette åpner for at etterspørselsmomenter kan få en viss gjennom- slagskraft. En annen mulighet er at psyko- logene gjennom empiriske studier selv doku- menterer overfor tilbudsplanleggerne at de faktisk har nyttige ting å bidra med. Pro-

blemet her et at en slik dokumentasjon forut- setter at tilbudssystemet i første omgang er slik innrettet at det gir adgang for yrkes- messige sammenligninger. Helseplan 80 åpner mikroskopiske muligheter i denne retning.

Etter undertegnedes mening er psykolog- tjenester konkurransedyktige (både pris- og ytelsesmessig) innenfor det primære helse- og sosial-system. Spørsmålet er om psykolog- profesjonen i Norge er i stand til — innenfor en relativt knapp tidsramme — å utføre de nytteanalyser og dokumentasjoner som er nødvendige for å få respons hos de bestem- mende myndigheter. At tidsrammen er knapp kommer klart til uttrykk i Helseplan-80 — hvor det i avslutningskapitlet uttales:

«Når det gjelder helsepersonell, sitter helsetjenesten på en tidsinnstilt bombe. Tilgangen på fagpersonell framover øker med 4—8 % pr. år, mens veksten i de økonomiske rammer vil være vesentlig lavere (1—3 %). Da må eksplosjonen komme før eller senere. For å unngå arbeidsløshet blant helsepersonell og ukontrollert vekst i private markeder for helsetjenesten fore- slås nå en reduksjon i utdanning av helse- personell. Leger og tannleger med 10—15 % og hjelpepleiere med 25 %. Tilgangen på utenlandsstudenter bør reduseres . . .».

Stilt overfor de meget dystre arbeidsmarkeds- utsikter for psykologer innenfor det offentlige helsevesen i de nærmeste 10 år, påhviler det Norsk Psykologforening et særlig ansvar å finne frem til tiltak som kan bedre situasjonen. Personlig vil jeg foreslå at foreningen avsetter 20 % av sitt årsbudsjett de nærmeste to år til å finansiere tiltak som kan lette arbeids- markedssituasjonen for fremtidige psykolog- kandidater. Jeg er sikker på at foreningen, hvis den slår inn på en slik linje, vil fortsette å være et sentralt samlingssted for unge psy- kologkandidater — enten de er i arbeid eller ikke. På den annen side — hvis foreningen unndrar seg sitt ansvar for de nye kandidater — stilt overfor de klare signaler om kommende sysselsetningsproblemer som i dag foreligger — vil jeg finne det både naturlig og forståelig at de unge vender foreningen ryggen og selv forsøker å finne seg en nisje innen arbeids- livet på et tilgrensende område.

Forslag til handlingsprogram

Den amerikanske psykologforening ble i midten av 70-årene stilt ovenfor en noenlunde tilsvarende utfordring som den norske psykologi står overfor i dag. Takket være målrettet og iherdig innsats ble massearbeidsløshet blant amerikanske psykologer unngått. Det er meget Norsk Psykologforening kan lære av APA's budsjett-disponeringer (Kfr. f.eks. Kiesler et al., 1979). En nærmere redegjørelse fra APA's arbeidsmarkedspolitik over de siste 7—8 år ligger imidlertid utenfor rammen av dette innlegg. Her skal bare nevnes at arbeidsledigheten blant amerikanske psykologer — blant medlemmene av den amerikanske psykologforening — ennå ikke har overskredet 1%. Til sammenligning kan nevnes at man i Danmark har en arbeidsløshet blant psykologer på ca. 20 %.

Jeg vil i det følgende antyde 8 arbeidsoppgaver som Norsk Psykologforening ville kunne finansiere hvis det kunne oppnås enighet om å avsette 20 % av foreningens inntekter til arbeidsmarkedstiltak:

1) Det bør iverksettes en ny landsomfattende gallupundersøkelse for å få rede på hvorledes den norske befolkning stiller seg til psykologyrket og til psykologens plass i samfunnet. Jeg tenker her på en replikasjon av den opinionsundersøkelse som ble utført for 14 år siden (Kfr. Baklien, 1976).

2) Det bør iverksettes en yrkesundersøkelse av psykologer, en undersøkelse som viser hvor psykologene arbeider, hvilke funksjoner de utfører og hvorledes de anvender sin arbeidstid på forskjellige oppgaver. Det ble gjort en slik undersøkelse finansiert av NAVFs Utredningsinstitutt i midten av syttiårene (Ivås, 1977). Jeg etterlyser en replikasjon av en slik yrkesundersøkelse nå i begynnelsen av åttiårene, men vi må denne gang selv påta oss oppgaven.

3) Det bør utgis en publikasjon som konkret beskriver hva psykologer kan bidra med og hva de i dag faktisk bidrar med innenfor den primære helse- og sosialtjeneste. Såvidt jeg vet foreligger det allerede et manuskript til en slik publikasjon, utarbeidet av en gruppe bestående av bl.a. Birgit Bogen og Richard Knoff.

4) Det bør utføres systematiske evalueringsstudier av det arbeid som i dag utføres av de psykologer som befinner seg stillingsmessig innenfor den primære helse- og sosialtjeneste. Disse studier må omfatte ikke bare stillingsbeskrivelser, men kunne ut i beskrivelser av hvorledes psykologene fungerer i forhold til deres klienter og i forhold til deres administrative overordnede og deres viktigste faglige samarbeidspartnere. Det er viktig at resultatene blir offentliggjort og spredd til sentrale og lokale planleggingsinstanser.

5) Det bør utgis en publikasjon på norsk om moderne helsepsykologi — en publikasjon som beskriver hvilke oppgaver psykologer kan fylle innenfor ikke-psykiatriske sektorer i den medisinske 2. linje-tjeneste (institusjons-helsetjeneste). Dette er et av de faglige kunnskapsområder hvor det har skjedd en rekke landevinninger over de senere år, og et av de områder som flere steder har hatt den sterkeste stillingsmessige ekspansjon. Etter det jeg har fått høre, er det for øyeblikket ca. 30 norske psykologer som arbeider innenfor somatiske (ikke-psykiatriske) sykehusavdelinger.

6) Det bør utarbeides policy-notater til norske helsemyndigheter som viser hvilket etterspørselpress som er sannsynlig for psykologiske tjenester — under varierende finansieringsordninger på tilbudssiden. Slike notater vil kunne dra nytte av utredningsarbeider og analyse foretatt av økonomer og psykologer i USA over de senere år. (Kfr. McGuire, 1980 og 1981). Det er viktig at psykologer engasjerer seg i den nasjonale helseplanlegging, og at de ikke viker unna for å ta stilling til økonomiske resonnementer (kfr. Christiansen, 1981; Nielsen, 1979 og 1981).

7) Det bør igangsettes forberedende arbeider med henblikk på å få iverksatt en turnustjeneste for psykologer på linje med den som i dag tilbys leger og fysioterapeuter. (Helseplanen nevner dessuten muligheten av en ny psykiatrisk turnustjeneste for leger). Dette vil kunne være med til å høyne den faglige standard blant de nye psykologer innenfor det offentlige helsevesen — og det vil være med å beskytte befolkningen mot tilbud om mindre-

verdige psykologtjenester innenfor det private arbeidsmarked.

8) Det bør tas opp med de offentlige helsemyndigheter hvorledes man på en fullgod måte skal kunne utøve en kvalitetskontroll av psykologiske tjenester som tilbys på det åpne marked, og som betales av Folketrygden (Christiansen & Karlsen, 1981). Samtidig bør det arbeides for at psykologer gis den samme trygdekasserefusjon for terapeutiske oppgaver som den som leger får innenfor psykiatriske polikliniske institusjoner. I det hele bør psykologene gjøre seg til talsmenn for at vårt nasjonale trygdekassessystem må være slik organisert at det ikke diskriminerer psykologer i forhold til leger når det gjelder helsetjenester som begge yrkesgrupper er kvalifisert til å utøve. Hovedpoenget er her at en norsk borger med mentale problemer selv skal ha rett til fritt å velge om han ønsker hjelp fra lege eller psykolog. Samtidig med at psykologene understreker verdien av denne valgfrihet, må de selv være villige til å gå foran når det gjelder å underkaste seg kontroll over kvaliteten av deres terapeutiske tjenester.

På noe lengre sikt bør det iverksettes undersøkelser av hvilken psykologisk fagkunnskap som faktisk forvaltes av dem som Per Nyhus betegner som generalistene i kommunenes helse- og sosialvesen (Rønbeck, 1982). Er det virkelig slik Per Nyhus hevder, at forståelsen og anvendelse av det som er av praktisk verdi innen de psykologiske vitenskaper kan erverves nokså lett av ethvert fornuftig menneske uten psykologiske fulltidsstudier, og omfattende spesialstudier? Hvilke kunnskaper og innsikt når det gjelder praktiske psykologiske emner finner man for øyeblikket blant de omtalte generalister? Dette er spørsmål hvor psykologien mer enn andre fag sitter inne med det nødvendige forskningsmetodiske arsenal.

Helt til slutt har jeg lyst til å peke på at det er to måter NPF kan forholde seg til offentlige helseplaner og andre offentlige utspill på. Den ene måte går ut på å reagere på planene og på utspillene når disse offentliggjøres og sendes ut til høring og kommentering. Dette er den *reaktive* linje. Etter mange samfunnsviteres oppfatning er dette en fagpolitisk linje som har helt minimale muligheter for

å øve noen virkelig innflytelse på utviklingen. Skal man øve noen slik innflytelse må man komme inn på et tidligere tidspunkt, på det tidspunkt hvor utrednings- og innstillingspremisses utformes og hvor utrednings- og innstillingskomitéer oppnevnes. Man må selv være med å reise problemstillinger, og å antyde nye og uprøvede løsninger. Man må være med å fremskaffe data og informasjon, og eventuelt påvise svakheter og svikt i eksisterende informasjonssystemer. Man må vise oppfinnsomhet, fantasi, originalitet og komme med utspill og initiativ før og ikke etter de politiske og forvaltningsmessige beslutningsprosesser er kommet igang. Man må kort sagt legge seg på en *proaktiv* i motsetning til en reaktiv linje.

Hva jeg har forsøkt å poengtere i midt innlegg er at jeg tror norsk psykologi står overfor store problemer når det gjelder dens fremtidige plass innenfor helsesektoren. Disse problemer kan møtes reaktivt eller proaktivt. Valget har budsjettmessige konsekvenser. Det er først og fremst i foreningens budsjettbehandling og vedtak at grunnlaget legges for hvilken av de to linjer foreningen skal følge i tiden som kommer.

Det sies i helseplanen for 80-årene at helse-tjenesten i dag sitter på en tidsinnstilt bombe. Etter min oppfatning sitter psykologprofesjonen godt plassert midt oppå denne bomben. Jeg vil avslutte med å uttrykke håp om at foreningens tillitsvalgte ser den truende fare i øynene, og lar dette resultere i konstruktive vedtak til beste for norsk psykologis fremtid. Psykologprofesjonens styrke i dagens situasjon er dens faglige tyngde mer enn dens fagforeningsmessige makt.

Referanser

- Baklien, B. *Psykologprofesjonen og deres omgivelser*. Oslo: NAVFs Utredningsinstitutt, 1976, (nr. 6).
- Bertelsen, T. Helseplan for 1980-årene. *Bergens Tidende*, kronikker 4/10 og 5/10 1982.
- Christiansen, B. (Ed.) *Does psychology return its costs?* Oslo: Norwegian Research Council for Science and Humanities, 1981.
- Christiansen, B. & Karlsen, B. R. Refusjonsordningen for kliniske psykologiske tjenester. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1981, 18, 276—284.

- Gokstad, A. C. Helseplanlegging som politisk engasjement. *Bergens Tidende*, kronikk, 26/10 1982.
- Grund, J. m.fl. *Helseplan for 1980-åra. Omlegging og utvikling*. Oslo: Gyldendal, 1982.
- Hjort, P. F. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I P. E. Lorentzen (Ed.) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. Oslo: Tanum-Norli, 1982, p. 11-31.
- Ivå, A. M. *Yrkesundersøkelse for psykologer i 1976*. NAVFs Utredningsinstitutt, 1977 (nr. 5).
- Kiesler, C. A.; Cummings, N. A.; VandenBos, G. R. (Eds.) *Psychology and national health insurance: A sourcebook*. Washington: American Psychological Association, 1979.
- McGuire, T. G. Markets for psychotherapy, In G. VandenBos (Ed.) *Psychotherapy: Practice, research, policy*. Beverly Hills: Sage, 1980. Pp. 187—246.
- McGuire, T. G. *Financing psychotherapy: Costs, effects and public policy*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1981.
- Nielsen, G. Psykoterapi: Er det innsatsen verd? Effektivitet, nytte og kostnad belyst ved et utvalg empiriske studier. I E. Brandt (Ed.) *Psykologprofesjonen: Fremvekst, praksis, evaluering*. Oslo: NAVFs Utredningsinstitutt, 1979 (nr. 6). Pp. 187—206.
- Nielsen, G. Virkningen av psykoterapi. En gjennomgåelse av nyere forskningsresultater. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1981, 18, 178—186.
- Norges Offentlige Utredninger: *Spesialistene i helse-tjenesten, pleiehjemmene, m.v.* NOU 1982: 10. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
- Rønbeck, K. Helse- og sosialvesenets organisering: Psykologenes plass. Intervju med overlege Per Nyhus. *Psykologiske Meddelelser*, 1982, nr. 2, 25—28.