

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement  
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Oslo, 27. juni 2006  
Ref.: 1148/06/AMA/rj

## **NASJONAL HELSEPLAN (2007 - 2010)**

### **Høringsuttalelse fra Norsk Psykologforening**

Nasjonal helseplan (2007 - 2010) er et viktig dokument. Norsk Psykologforening vil bidra til å gjøre den så god som mulig og har derfor en del kommentarer til høringsdokumentet. Helseplanen er, slik den nå foreligger, først og fremst en plan for helsetjenesten og utviklingen av denne. En nasjonal helseplan bør ha et videre perspektiv med bredere analyser av velferdsstatens helserelaterte oppgaver. Det sies da også i høringsnotatet på s. 17: "Det er sannsynlig at tiltak som forbedrer oppvekstforholdene for barn og unge, og et samfunn som fremmer fellesskap, fysisk aktivitet og trygghet, har større effekt på folkehelsen enn svært mange ressurskrevende tiltak i helsevesenet." Dette reflekteres ikke i planforslaget.

Vi vil derfor foreslå at dokumentet kalles Nasjonal plan for helsetjenestene (2007 - 2010).

Høringsnotatet streker opp noen overordnede føringer. For eksempel er det viktig med et sterkt offentlig helsevesen med solidarisk forankring og sterkt fokus på allmentjenester. Dette er det ikke vanskelig å være enig i. Notatet legger også vekt på lokalbaserte løsninger, kommunale tjenester og ikke minst likeverdig tilbud.

Den endelige planen må bli mer konkret i forhold til innhold og mål for de forskjellige tjenestene i tråd med føringene over.

I forhold til likeverdighet må den få et sterkere fokus på innbyggere fra andre kulturer.

En nasjonal helseplan må bli et referansedokument, slik at vi ved planens utløp kan kontrollere hva som er oppnådd. Når det for eksempel refereres ulike utfordringer på side 28 for den samlede helsetjenesten er det viktig at de ulike punkter blir bedre spesifisert.

Norsk Psykologforening er glad for at helseplanen inneholder et eget avsnitt om psykisk helse. Dette er viktig og naturlig, ettersom psykiske lidelser øker, og området fortsatt trenger flere ressurser og økt oppmerksomhet. **Men i alle andre avsnitt og sammenhenger er psykisk helse omtrent fraværende i dokumentet.**

Det er i det hele tatt helt påfallende hvordan medisinsk tenkning gjennomsyrrer planen.

Norsk Psykologforening ser det som viktig at psykisk helse og psykiske faktorer får større plass både i forhold til forebyggende, kurativt og rehabiliterende arbeid. Folkehelseproblemer som for eksempel muskellidelser og overvekt har som vi vet ofte psykiske årsaker eller viktige psykiske følgeproblemer. Ikke minst er psykisk helse viktig i forhold til forebygging - noe som ikke synes i planen slik den nå foreligger.

Det er for lengst dokumentert at forløpet for de fleste alvorlige somatiske sykdommer påvirkes av psykiske faktorer. Dette viktige faktum har liten eller ingen plass i planen.

Dette illustrerer et hovedpoeng:

Helseplanen må gjennomføres av en langt mer helhetlig tankegang. Psykisk helse er en del av helsebegrepet og må også bli en gjennomført integrert del av helseplanen. En helhetlig tankegang må også gjenspeile seg i en livsløpstankegang.

Norsk Psykologforening vil påpeke at habilitering/rehabilitering og pasientopplæring er blitt stemoderlig behandlet i planarbeidet.

Vi vil i det følgende konsentrere oss om noen hovedpunkter.

## **Del II**

### **2. utfordringer for folkehelsen – forebygging**

Det pekes på mange viktige forhold i dette kapitlet. Vi vil understreke behovet for sektorovergripende tiltak, ikke minst for å rette opp ulikheter i helse i befolkningen. Et eksempel på slike tiltak er skolematordninger. Det er godt dokumentert at kosthold er av vesentlig betydning for helsen, men det er også vesentlig for skolemiljøet generelt og for læringsevnen spesielt.

Også når det er snakk om forebygging glimrer psykiske lidelser med fravær. Depresjoner er en av de største sykdomstrusler fremover. Et samfunn som kan skape gode relasjonelle arenaer for barn og ungdom og som kan bevare opplevelsen av et meningsfullt liv til en er gammel er viktig i denne sammenheng. For at helsetjenestene skal bidra best mulig må tilbudet være lett tilgjengelig, for eksempel ved at kommunale psykiske helsetjenester tydeliggjøres og har god nok kompetanse gjennom psykologtjenester. Vi mener at behovet for tverrfaglighet, dvs. flere yrkesgruppers kompetanse i helsetjenestene i for liten grad konkretiseres.

### **5. Psykisk helse**

"Tilbud om hjelp og behandling må først og fremst gis gjennom det kommunale tiltaksapparatet, samtidig som spesialisthelsetjenesten må sørge for tilstrekkelig kapasitet for akuttfunksjoner og for pasienter med alvorlige lidelser" påpekes det i høringsnotatet. Vi vil her først og fremst vektlegge behovet for utbygging av tilbudet om hjelp og behandling i kommunene. Det er avgjørende at det skjer en kompetanseoppbygging i kommunene. Om ikke de kommunale tjenestene styrkes, vil en styrking av spesialisthelsetjenesten uansett ikke være tilstrekkelig. For at denne skal fungere best mulig, må primærhelsetjenesten være utbygget slik at den kan ta imot og løse vanlige problemer og lidelser.

Når ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten måles, vet man ikke hvor lenge ventetiden har vært før man blir henvist. Vi vet at mange går for lenge uten å oppsøke hjelp, eller den de oppsøker har ikke kompetanse på psykiske problemer eller lidelser. Etablering av en egen psykisk helsetjeneste med psykologkompetanse tilgjengelig vil være i tråd med Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Helseplanen satser sterkt på fastlegeordningen og inneholder bred omtale av denne. Her må vi påpeke at det er uhyre viktig - også for kvaliteten på fastlegeordningen - å sikre bedre

flerfaglighet i kommunehelsetjenesten. Gjør vi ikke det, vil avstanden øke mellom de behov som finnes i befolkningen og de behov fastlegene må møte. Et eksempel her er et økt og sterkt økende antall eldre. De trenger ikke bare medisinsk hjelp, men vil ha behov for andre tjenester som best kan utføres av psykologer og andre faggrupper. Poenget er å bygge gode, tverrfaglige samarbeidsrutiner. Dette må understrekes i helseplanen.

En undersøkelse Norsk Gallup gjorde for Norsk Psykologforening i 2004 viser at 89 prosent av de spurte ønsker en allmen psykisk helsetjeneste i kommunene. 74 prosent ønsker i utgangspunktet samtalebehandling og ikke medisiner.

Psykologkompetanse må inn på legesentra, helsestasjoner, i forebyggende arbeid og i behandlende virksomhet. Psykologfaglige perspektiver må inn i kommunal planlegging.

### **Utfordringer for de kommunale tjenestene**

Norsk Psykologforening mener vi må se på forebygging, helse og helsehjelp/behandling i et bredt perspektiv. Det er her ikke bare snakk om å ha tilgang til lege, men om å ha godt utbygde sosiale og kulturelle tilbud i kommunene for å skape trygge og gode oppvekst- og bomiljøer i tillegg til helsetjenestene. Da trengs kompetanse over et vidt, faglig spekter.

Høringsnotatet legger vekt på lokalbaserte tiltak, og i den forbindelse vil vi understreke at at nærmiljøer består og utvikler seg ved at menneskelige relasjoner blir tatt vare på og samtlende tiltak bygges ut. Basistiltak i kommunene, som barnehager, ungdomsklubber og fritidsordninger må styrkes og utvikles. Dette er forebygging og langsiktig tankegang. Problemene vil bli færre i trygge miljøer og kan lettere løses, når de oppstår.

I tråd med tanken om hele mennesker og hele livsløp, må tilbudene ta hensyn til alle livets faser. Et godt helsetilbud koster, men det vil ikke nødvendigvis koste mer å tenke nytt og helhetlig.

Beregninger fra Sveriges psykologforbund viser at storsamfunnet kan spare 25 milliarder årlig på riktig bruk av psykologfaglig hjelp til enkeltmennesker - i stedet for at unødige ressurser går med til lange sykemeldinger, medisiner, tidsbruk på trygdekontorer osv.

I notatet står det: "Uten bedring i det samlede kommunale tilbudet og fortsatt styrking av det kommunale psykiske helsearbeidet, vil heller ikke spesialisthelsetjenesten kunne gi et tilfredsstillende tilbud." Dette er helt riktig oppsummert.

### **Del III**

#### **9. Den kommunale helse- og sosialtjenesten**

I dette kapitlet savnes en klargjøring av behovet for en psykisk helsetjeneste og en tydeliggjøring av hva slags kompetanseheving som er nødvendig.

Mange mennesker med omfattende funksjonshemminger er fortsatt for dårlig ivaretatt. Jfr. Behovet for å få yngre funksjonshemmede ut av sykehjem. Samtidige er det mange med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengige som trenger omsorgsboliger. Rundt disse boligene må det tenkes fleksibelt og mangfoldig. Viktig med "et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet". Omsorg, aktivitet, fritid og sosial kontakt må tilrettelegges ut fra den enkeltes

forutsetninger. En helhetlig planlegging av tilbudene er kompliserte oppgaver som trenger høy faglig kompetanse

Det er ønskelig at psykisk helsearbeid blir tydeligere i lov og forskrift for de kommunale tjenester. Norsk Psykologforening vil i denne sammenheng påpeke at NOU 2004:18 "Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene (Bernt – utvalget) i for liten grad tydeliggjorde psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid bør integreres og stå eksplisitt som lovpålagt oppgave.

## **9.5 Fastlegeordningen.**

Når det gjelder fastlegene og arbeid med psykisk helse problematikk, er det viktig å se på realitetene i de evaluering som bl.a. SINTEF (Andersson & Tingvold, 2005)

har gjennomført i forhold til barn og unge (Formulert med våre ord):

Fastlegen oppleves av mange foresatte å ha liten interesse for, og mangelfull kompetanse om psykisk helse hos barn og unge og anses ikke gode til å skille lettere og alvorligere plager/lidelser. En presset arbeidshverdag gjør det også for fastlegene å sette av tilstrekkelig tid og de opplever dette som dårlig honorert arbeid. Også spesialisthelsetjenesten opplever at fastlegenes oppgaver er uklare i forhold til barn og unges psykiske vansker. (Andersson & Tingvold, 2005).

Norsk Psykologforening vil ellers peke på en feil på side 52 i høringsnotatet: "...den oppsmuldring av portvaktfunksjonen som skjer ved at andre yrkesgrupper får adgang til å henvis og sykemelde". Leger ansatt i spesialisthelsetjenesten utgjør den alt vesentlige gruppen som henviser og sykemelder ut over fastlegen. Bare ytterst få andre kan henvis- og sykemelde. På dette punktet må det skje forandringer. For eksempel er det byråkratisk, pasientfiendtlig og ressurskrevende at psykologer ikke kan henvis.

Et slikt verktøy vil være svært viktig for dagens og fremtidens psykologer i kommunene, som lettere vil kunne sette inn riktige tiltak.

## **Del IV Spesialisthelsetjenesten**

Norsk Psykologforening vil igjen påpeke at psykisk helse blir et nesten fraværende perspektiv ut over det spesifikke kapittel. På denne måten blir det vanskelig å se hvorledes en har tenkt at den psykiske helsen og psykiske faktorer skal integreres i helsetjenestene generelt.

I planens gjennomgang av spesialisthelsetjenesten blir habilitering/rehabilitering lite tematisert. Langvarlige og kroniske sykdommer bør fokuseres sterkere. Lærings- og mestringssentrene og mål for disse burde vært tatt inn og tydeliggjort.

## **10. Organisering og styring**

Midt i planperioden vil opptrappingsperioden avsluttes. Dette vil normalt innebære at de øremerkede midler slutter å være øremerkede. Det bør legges inn noe om hvordan psykisk helse fortsatt skal ivaretas etter 2008.

Generelt har spesialisthelsetjenesten lite fokus på psykisk helse da de tunge somatiske strukturene

tar svært mye tid og oppmerksomhet.

I helse Sør har en i Vestfold et eget foretak for psykisk helse. På mange områder synes dette å ha fungert bedre enn psykisk helsevern som har vært integrert i en stor somatisk struktur. Noe av den samme erfaring har rusforetaket i Helse Midt Norge.

Vi tror det gir bedret fokus for rus/psykisk helse om det er en egen direktør som møter høyt i foretaksstrukturen.

Minsket fokus på psykisk helsevern kan meget lett forsterkes når Opptrappingsplansperioden er over og vi anbefaler ut fra de erfaringer som er gjort at det vurderes å skille ut psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i egne foretak.

Vi er også skeptiske til de mulige vridningseffekter som "Innsatsstyrt finansiering" vil ha for psykisk helsevern, rustjenestene og habilitering/rehabilitering.

Regjeringen bør vurdere å reversere den utvikling som er igangsatt.

#### **14. Utdanning av helsepersonell**

Norsk Psykologforening mener det er ønskelig med økt utdanningskapasitet for psykologer. Vi har beregnet det fremtidige behovet for psykologer - jfr brev til Sosial- og helsedirektoratet. Beregningene viser at det fram til 2015 vil være behov for å utdanne 4450 psykologer totalt mot dagens prognose på ca 2750. Men andre ord bør det satses på økt utdanningskapasitet i grunnutdanningen.

Når det i notatet er snakk om spesialisering, dreier dette seg utelukkende om legespesialisering. Dette finner vi påfallende. En nasjonal helseplan bør ha synspunkter også på spesialitetsstrukturen for psykologer og andre grupper helsepersonell som videreutdanner seg.

Med vennlig hilsen  
Norsk Psykologforening

An-Magritt Aanonsen  
President

Anders Skuterud  
Fagsjef

