

Dokumenttype	NOU 1988:33	Dokumentdato	1988-09-00
Tittel	Psykologer i den kommunale helse- og sosialtjenesten.		
Utvalgsleder	Ånstad, Hans		
Utgiver	Sosialdepartementet		
Oppnevnt	1984-09-04	Sider	95
Kapittel	3 Sammendrag		

I Kap.1 gjennomgås bakgrunnen for utredningen. Det er de siste år skjedd store reformer i de lovene som regulerer kommunale helse- og sosialtjenester, og videre reformer er under forberedelse. Av helselovene er innføringen av de nye kommunehelsetjenesteloven i 1982 viktigst. Denne loven fastsetter en plikt for kommunene til å sørge for allmenne helsetjenester til befolkningen i kommunen. Fra 1988 er ansvaret for de alminnelige sykehjemmene overført til kommunene, og fra 1991 overføres ansvaret for omsorg for psykisk utviklingshemmede til kommunene. En ny lov om sosiale tjenester er under forberedelse (NOU 1985:18).

Gjennom det nye inntektssystemet for kommunene er det innført en ordning som sikrer kommunene større grad av selvstyre enn tidligere når det gjelder å planlegge tjenestetilbudet ut fra lokale forhold, innenfor de rammer som rammetilskuddet setter.

Situasjonen er altså slik at det er innført en større grad av frihet for den enkelte kommune enn tidligere, men kommunene har også fått nye plikter. Samtidig stilles kommunene overfor nye utfordringer ved at de sosiale og helsemessige problemene i kommunene blir mer krevende; innen barnevern, eldreomsorg, rusmiddelsektoren, osv. Ved den siste endringen i kommunehelsetjenesteloven har kommunene også fått et klarere ansvar for forebyggende og miljørettet helsevesen.

Samlet sett stilles det stadig økende krav til de kommunale helse- og sosialtjenester.

I forarbeidene til de nye helse- og sosiallovene er psykologtjenester omtrent ikke berørt. Nyhuskomiteen (NOU 1979:28 og NOU 1982:10) mente at psykologene hørte hjemme i spesialisthelsetjenesten på fylkeskommunalt nivå. Sosialdepartementet uttalte i sin innstilling til endringene i sykehusloven (Ot.prp. nr. 48 1982-83), at psykologenes plass i framtidig kommunal helse- og sosialtjeneste burde utredes nærmere, og Stortingets sosialkomitee presiserte ytterligere behovet for slik utredning.

Dette førte til at departementet i brev av 4. september 1984 til Helsedirektoratet nedsatte en arbeidsgruppe til å utrede spørsmålet. I kap. 2 er det redegjort for arbeidsgruppens mandat, sammensetning og arbeid.

I kap. 4 gjennomgås de aktuelle helse- og sosialtjenestene og deres organisering og levmessige bakgrunn. Helse- og sosialtjenestene i kommunene er forankret i forskjellige etater. I tillegg er forholdet til de fylkeskommunale tjenester av betydning for tjenestetilbudet i kommunene.

Sosialtjenesten reguleres av lov om sosial omsorg, barnevernsloven og edruskapsloven. I NOU 1985:18 er det foreslått å samle de tre sosiallovene i en ny, felles lov om sosial tjenester. Arbeidet ved sosialkontorene består i generelt sosialt arbeid herunder klienter, barnevern, edruskapsvern og eldreomsorg. Utfordringene for sosialtjenesten er økende. Dette gjelder særlig i forbindelse med vanskelige klientsaker, spesielt barnevernssaker hvor det er aktuelt med omsorgsovertakelse, vanskelige rusmiddelsaker, og planlegging, råd og veiledning innen eldreomsorgen.

Kommunalhelsetjenesten skal fremme folkehelsen og forebygge og behandle sykdom. Kommunene har ansvar for å planlegge og drive allmennhelsetjenester. Forebyggende helsearbeid organiseres som miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste og opplysningsvirksomhet. Miljørettet helsevern inkluderer et ansvar for psykososiale miljøfaktorer. Kommunehelsetjenesten omfatter ellers etter loven diagnostikk og behandling av sykdom, medisinsk attføring, og pleie og omsorg. For å løse disse oppgavene er kommunene i loven pålagt å yte allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleie, herunder

helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Videre avlastningstiltak og lønn for personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid for pleietrengende familiemedlemmer, og sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. I tillegg er ergoterapitjeneste, jordmortjeneste og bedriftshelsetjeneste nevnt i loven som "frivillige" tjenester for kommunene. Psykologtjeneste er ikke hinder for at en kommune organiserer psykologtjeneste som en del av sin kommunehelsetjeneste.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste er hjemlet i grunnskoleloven og lov om videregående opplæring. Kommunene er pålagt å organisere PP-tjeneste for videregående skoler. Etter forskrift til grunnskoleloven omfatter PP-tjenesten både førskolebarn, barn i skolealder, ungdom og voksne som har rett til opplæring etter grunnskoleloven. Arbeidsoppgavene består i rådgivning og behandling overfor barn eller grupper av barn, konsultasjon til personell ved skolene og i kommunene forøvrig, organisasjonsutvikling i skolen, og planlegging og opplysningsarbeid. Flere typer av fagutdanning kvalifiserer for arbeid i PP-tjenesten, bl.a. cand. ped. utdanning i spesialpedagogikk. Psykologene utgjør ca. 30 % av de ansatte i PP-tjenesten.

Fylkeskommunene har tjenester hvor mange psykologer er ansatt med en viss servicemulighet overfor kommunene. Psykisk helsevern omfatter psykiatriske institusjoner og poliklinikker for voksne, barn og ungdom. Ressursene innen disse tjenestene er imidlertid ulikt fordelt utover landet, og svært ulikt tilgjengelige for de enkelte kommuner. HVPU (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede) er idag en fylkeskommunal helsetjeneste som skal overføres til kommunene fra 1991. Familievernkontorene har en uklar forvaltningsmessig stilling idet noen er kommunale, noen fylkeskommunale og noen kirkelige. Kommunal helse- og sosialtjeneste bør settes bedre i stand til å drive familiearbeid, mens eksisterende familievernkontorer i større grad blir en fylkeskommunal annenlinjetjeneste for kommunene.

Til slutt i kapitlet nevnes situasjonen i Danmark, Sverige og Finland. I samtlige av de tre landene er en større andel av psykologene sysselsatt i førstelinjetjenester enn i Norge.

I kap. 5 gjennomgås forutsetningene for psykologers virksomhet i form av Psykologloven, psykologutdanningen og etter- og videreutdanning. Videre gis det en oversikt over sammensetning og fordeling av psykologstanden.

Det har vært drevet psykologutdanning ved Universitet i Oslo siden 1948, og ved Universitetet i Bergen fra 1969. Psykologloven kom i 1973, og beskytter tittelen "psykolog", samt stiller etiske og faglige krav til psykologers virksomhet.

Selv om det gis undervisning i psykologi også ved universitetene i Trondheim og Tromsø, er det bare i embetsstudiene ved universitetene i Oslo og Bergen det utdannes psykologer. De to lærestedene har tilsammen 56 studieplasser pr. semestertrinn, slik at det utdannes ca. 100 psykologer i året.

Studietiden er normert til 6 år, og studieplanen er delt i en første og en annen avdeling. Første avdeling inneholder generell psykologi og vitenskapelig metode; fysiologisk og somatisk psykologi, læringspsykologi, samt støttedisipliner i statistikk, fysiologi, psykiatri og sosiologi. Annen avdeling er yrkesforberedende og inneholder praksis, klinisk psykologi, pedagogisk psykologi, samfunnspsykologi og organisasjonspsykologi, samt arbeid med hovedoppgave.

Norsk Psykologforening driver spesialistutdanning i klinisk psykologi og arbeids- og organisasjonspsykologi. Foreningen holder på å utrede videreutdanning i samfunnspsykologi eller allmennpsykologi.

Ved siste årsskifte var det ca. 2100 psykologer i Norge. Gitt dagens utdanningskapasitet og pensjonsalder, vil standen øke med ca. 1000 pr. år, til ca. 3800 rundt år 2010, hvoretter antallet vil stabilisere seg på det nivå. Spesialisthelsetjenesten er det felt som sysselsetter flest psykologer, ca. 45 %. Andelen psykologer innen dette feltet har vært og er økende. Psykologene er til en viss grad geografisk skjevfordelt, men det er skjedd en utjevning de siste år, bortsett fra at det har vært vanskelig å få økt andelen av psykologer som arbeider i Nord-Norge.

Stillingsmarkedet for psykologer har de siste 3-4 år vist en utvikling med en stadig større knapphet på psykologer. Antallet ubesatte stillinger er økende bortsett fra i de mest sentrale fylker.

Dette tilsier at det ikke vil være mulig å øke psykologtilgangen til kommunal helse- og sosialtjeneste i særlig omfang uten å øke utdanningskapasiteten, noe regjeringen forøvrig har gått inn for i St.meld. nr. 41 (1987-88) om helsepolitikken mot år 2000.

I kap. 6 gjennomgås norske erfaringer med psykologer i kommunal helse- og sosialtjeneste. De første stillinger for psykologer i kommunene som ikke var knyttet til PP-tjenesten kom i midten av 70-årene. Dette var stillinger som ble opprettet ved lokale, kommunale initiativ, og må i liten grad sies å ha vært i tråd med det offisielle synet sentralt, som gikk ut på å bruke psykologene i annenlinje eller spesialtjenestene. Disseøfrste stillingene var vanligvis tilknyttet sosialkontoret, og etterhvert også til helsestasjonene. Det var også en del kombinerte stillinger mellom PP-tjenesten og helsetjenesten eller sosialtjenesten. Etterhvert har en del psykologer i kommunene fått mer spesialiserte oppgaver enn de opprinnelige generalist-orienterte "kommunepsykolog"-stillingene. Det gjelder stillinger direkte knyttet til barnevernet, enkelte stillinger rett inn mot kommunal planlegging, og stillinger som er tillagt oppgaver i forbindelse med desentralisert opplæring og behandling av psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter.

Stillinger for psykologer i kommunene bortsett fra PP-tjenesten og oppsøkende virksomhet er imidlertid ikke blitt særlig utbredt. Idag er det 15 kommuner som har slike psykologstillinger, med tilsammen 22 hele 5 halve stillinger. Omtrent halvparten av stillingene er generaliststillinger i mindre kommuner som betjener en større del av helse- og sosialtjenestene i kommunen, mens den andre halvdel er mer spesialiserte stillinger i større kommuner knyttet til en bestemt etat, vanligvis barnevernet.

Utkantkommunene har hatt vansker med å rekruttere psykolog til de få stillingene som har vært opprettet, og flere stillinger har stått ledig i lengre perioder. I de større byene og deres nabokommuner har rekrutteringen vært tilfredsstillende. Det har også vært et problem at det i noen tilfeller har vært et problem at det i noen tilfeller har vært et misforhold til en psykologstilling, og de arbeidsoppgaver psykologen faktisk har tatt fatt på. Med den store spredningen i arbeidsoppgavene innen kommunal helse- og sosialtjeneste, og den store spredningen som også ligger i psykologifaget, bør dette problemet løses ved at kommunen lager en mest mulig presis utlysningstekst som fastslår hva slags psykologtjenester som kommunen trenger og ønsker.

Det har vært utført brukerundersøkelser i 6 kommuner vedrørende deres bruk av psykolog. Det går igjen i svarene fra kommunale informanter at så godt som ingen mener at deres behov for psykologtjenester kunne dekkes tilfredsstillende fra de fylkeskommunale tjenester. Undersøkelsene viser også at det er den kliniske psykologrollen kommunene først og fremst har vært opptatt av og hatt forventninger til. Psykologene i kommunene er blitt stillet overfor krevende kliniske arbeidsoppgaver, på linje med de som møtes innen spesialisttjenestene. Enkelte undersøkelser tyder på at antallet henvisninger til psykisk helsevern er blitt redusert fra kommuner med kommunalt tilsatt psykolog. Utskriving av pasienter fra psykiatrisk institusjon og HVPU og overføring til hjemkommunen rapporteres også å ha gått lettere i disse kommunene. Videre er det rapportert at det lokale samarbeidet og samordningen av ulike kommunale tjenester er gått lettere med psykolog som deltaker i det lokale teamet.

Når det gjelder oppfatningene om den mest hensiktsmessige tilknytningen til de kommunale etatene (sosial-, helse-, PP-tjeneste), viser brukerundersøkelsene at disse er delte og preget av at en stort sett er tilhenger av den løsningen en har funnet i den egne kommunen.

På bakgrunn av erfaringene tar en videre i kapitlet for seg mulige plasseringer av psykologtjenester i den kommunale helse- og sosial-administrasjonen. På grunn av den store variasjonen det er mellom norske kommuner både i størrelse og ellers, er det ikke mulig å anbefale en bestemt plassering av psykologtjenester i kommunenes administrasjon. Psykologene er dessuten en ny yrkesgruppe i kommunal sammenheng bortsett fra i PP-tjenesten og i oppsøkende virksomhet, og har ikke en naturlig tilhørighet til en bestemt kommunal etat slik flere andre yrkesgrupper. Psykologen kan knyttes til helsetjenesten generelt eller direkte til en bestemt type virksomhet som helsestasjon, sykehjem, eller legesenter. Videre til sosialkontoret

generelt eller til oppsøkende virksomhet, barnevernet, hjemmebaserte tjenester, avlastningsenheter eller vernede boliger. Psykologtjeneste kan også organiseres som et samarbeid mellom helsetjenesten, sosialtjenesten og eventuelt PP-tjenesten. I slike tilfeller bør imidlertid lederansvaret for psykologtjenesten være tillagt en bestemt etatsleder, evt. rådmannen, slik at det praktiske arbeidet ikke vanskeliggjøres ved at psykologen er underlagt flere etatsledere. Den administrative plasseringen av psykologtjenesten i en kommune bør være avhengig av hva slags tjenester kommunen bør være avhengig av hva slags tjenester kommunen særlig ønsker utført. Dette bør avklares så langt som mulig før opprettelse av psykologstilling, sli at plassering på organisasjonskartet kan skje i overensstemmelse med hva slags tjenester en ønsker at psykologen skal ta del i.

Til slutt pekes det på at det er et problem at det idag ikke er noe sentralt avtaleverk som regulerer lønn, veiledning og etterutdanning for psykologer i kommunal helse- og sosialtjeneste. Videre pekes det på behovet for systematiske evalueringsstudier av psykologers virksomhet innen dette feltet, samt kostnads- og effektivitetsstudier innen de kommunale helse- og sosialtjenestene generelt som omfatter flere typer personell.

I kap. 7 går en igjennom de viktigste arbeidsfeltene for psykologer innen kommunal helse- og sosialtjeneste. Selv om PP-tjenesten formelt faller utenfor helse- og sosialtjenesten, er det naturlig også å regne med psykologene innen denne tjenesten når det gjelder disse arbeidsoppgavene. PP-tjenesten er en nær samarbeidspartner for den kommunale helse- og sosialtjenesten, og tjenestene vil ofte utfylle hverandre. Dessuten vil PP-tjeneste svært ofte i praksis være den eneste kommunale tjenesten med tilsatt psykolog.

En går i kapitlet først igjennom generelle kompetanseområder hvor psykologene kan bidra i kommunene, og tar for seg planlegging, forskning og organisasjonsutvikling, dernest konsultasjon overfor annet personell, så psykologisk behandling, og endelig forebygging: På alle disse områdene redegjøres det for de viktigste prinsippene i psykologisk arbeid. Deretter tar en for seg mer spesifikke arbeidsområder og klientgrupper.

Når det gjelder arbeid med kriser, er det viktig at det finnes en viss beredskap i kommunene. Det gjelder både i forhold til dramatiske hendelser og ulykker som rammer mange mennesker, og personlig ulykker, uventede dødsfall m.v. som rammer enkeltindivider. Det er viktig å komme inn tidlig og yte psykologisk bistand i slike tilfeller for å forebygge senere problemutvikling av mer alvorlig art.

Helsestasjonsarbeid er et felt hvor etterhvert mange psykologer har engasjert seg. Det er ca. 1400 helsestasjoner i Norge, og disse har kontakt med over 90% av alle barn i førskolealder. Arbeidsoppgavene for psykologer består i mentalhygienisk arbeid slik som svangerskapskurs, rådgivning om oppdragelsesproblemer, samtalegrupper for svake foreldre eller familier med spesielle problemer, differensialdiagnostikk eller tidlig identifisering av barn med fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemning, oppfølging og habilitering overfor slike barn og deres familier, opplæring og konsultasjon overfor helsestasjonens øvrige personale, og planarbeid.

Familierådgivning, familierterapi og arbeid med familier mer generelt, er arbeid som i større grad enn idag bør ut fra familievernkontorene og mer prege det generelle arbeidet i kommunal helse- og sosialtjeneste. Familierterapi er mer spesifikk metodikk for å endre fastlåste familiemønstre og dermed bidra til å løse også individuelle psykiske problemer, og utgjøres av behandlingsformer som psykologer har spesiell utdanning i. Men svært mye av det generell arbeidet i kommunenes helse- og sosialtjenester bør skje i lys av et familieperspektiv, og psykologene kan med sin bakgrunn i familierapimetoder og -teori være med å tilføre et nyttig familieperspektiv til øvrig arbeid i helse- og sosialsektoren.

Når det gjelder psykisk helsevern, er dette i lov om psykisk helsevern definert som en fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste. Utviklingen i psykisk helsevern er karakterisert av en deinstitutionalisering, med stadig flere omsorg- og behandlingsoppgaver lokalt. De fylkeskommunale desentraliserte tilbudene med poliklinikker, dagsentra m.v. kan bare i begrenset grad ivareta lokale behov, og er lite tilgjengelig for svært mange kommuner. En psykolog lokalt i kommunen kan ivareta en del oppgaver i et

desentralisert kommunalt psykisk helsevern, avlaste fylkeshelsetjenesten og bidra til at kommunen får et bedre tilbud til disse klientene. Det kan forhindre en del innleggelses, og muliggjøre tidligere utskrivninger som er bedre forberedt lokalt.

Omsorgen for psykisk utviklingshemmede er under omlegging. Stortinget har vedtatt at ansvaret for denne omsorgen skal overføres til kommunene fra 1991. Kommunene har imidlertid allerede lang tid, over de siste 10-15 år, i økende grad tatt imot psykisk utviklingshemmede og gitt dem tilbud lokalt, spesielt til de lettere psykisk utviklingshemmede og til barn og ungdom. HVPU-reformen vil øke utfordringene og oppgavene for kommunene på dette området, spesielt overfor psykisk utviklingshemmede som er voksne, overfor de som har de alvorligste utviklingshemningene, og derfor de som har de alvorligste utviklingshemningene, og overfor de som har tilleggsfunksjonshemninger. Tilbudene vil måtte omfatte både spesielt tilpassede boenheter under tilsyn, spesielt tilpassede boenheter under tilsyn, spesielt tilpasset undervisning og opplæring, avlastningstiltak og hjelp og støtte til familiene. Oppgavene for psykolog i disse sammenhengene vil omfatte funksjonskartlegging og sakkyndige uttalelser i forbindelse med tildeling av særskilte ressurser som spesialundervisning, konsultasjon til pedagogisk personale, veiledning av foreldre, tidlig identifisering av utviklingshemmede ved helsestasjonene, henvisning til og samarbeid med spesialisttjenester på fylkesnivå, samt konsultasjon til personell i helse- og sosialetaten som får med psykisk utviklingshemmede å gjøre. For psykisk utviklingshemmede er det en betydelig risiko for stans i utviklingen eller alvorlig feilutvikling. Dette gjør det til en viktig psykologfaglig oppgave å medvirke til at både omsorg og opplæring legges til rette for den enkelte psykisk utviklingshemmede slik at miljøet gir en riktig balanse mellom på den ene siden skjerming fra situasjoner som gir uheldige påvirkninger, og på den annen side utfordringer som fremmer utvikling og vekst.

Kommunene stilles i årene som kommer overfor store utfordringer i eldreomsorgen som følge av økningen i antall eldre, og behov for standardheving på denne omsorgen. Det stilles krav om planlegging, utredning og evaluering av tjenestene til de eldre, og til forebygging av psykiske problemer hos de eldre. Eldre utsettes for kriser som følge av dødsfall hos samboer, egen aldring og sykdom, og nedsatt førlighet og mental svekkelse. Eldre kan hjelpes gjennom krisene og kravene til omstillinger ved at forholdene legges stil rette rundt dem, for å øke selvhjelpenhet og mestring. Psykologer kan bidra i planlegging og forebygging i kommunen, gi hjelp til enkelte eldre med psykiske problemer med kriser og omstillinger, bidra til rehabilitering etter sykdom, og yte konsultasjon til personell i kommunene som står i krevende omsorgsoppgaver. Det gjelder personell både i de hjemmebaserte tjenester, og ved aldersinstitusjoner. Det er forøvrig viktig å planlegge institusjonsmiljøet også for de eldre og evt. videreutvikle mest mulig av de eldres tidligere funksjonsevne.

Barnevernet er et felt der en har innsett behovet for en betydelig opprusting de siste årene. Dette skyldes både veksten i antallet saker og den økte vanskelighetsgraden i mange saker. Generelt er det en erkjennelse av nødvendigheten av å øke kompetansen i barnevernet, bl.a. ved en utvidet tverrfaglighet. Oppgavene er mangesidige, og består i både generelt forebyggende arbeid, individuelt forebyggende arbeid, og oppgaver i tilknytning til omsorgsovertakelse. Psykologkompetanse vil være viktig i forhold til vurderinger av barn utvikling og eventuelle tegn på feilutvikling, vurderinger av barns oppvekstmiljø inkludert foreldrenes omsorgsevne, vurderinger av tiltak for barnet og familien i forhold til barnets utviklingsnivå og problematikk, rådgivning og terapi overfor barn og familier, konsultasjon til sosialarbeidere som arbeider med barnevernssaker, og rådgivning til fosterforeldre og institusjoner i forbindelse med omsorgsovertakelse.

Rusmiddelmisbruk er en svært sammensatt problematikk. Misbrukerne er en uensartet gruppe m.h.t. alder, type og omfang av misbruket, og sosial situasjon. Fylkeskommunene har fått ansvaret for institusjonstilbudet, mens en rekke instanser lokalt har ansvar for forskjellige sider ved misbrukerens situasjon: Allmennlegene og den øvrige kommunehelsetjenesten, sosialkontorene, utekontaktene, PP-tjeneste, arbeidskontor, politi, m.v. Det er viktig å kunne gi desentraliserte tilbud til misbrukerne, at det er

kontinuitet mellom de spesialiserte tilbudene på fylkesnivå og oppfølgingen lokalt, og at de lokale hjelpetiltakene er samordnet. En psykolog i kommunen vil kunne ha visse oppgaver i forbindelse med oppfølging og behandling av misbrukere lokalt, men vil kanskje mest nærliggende kunne yte tjenester i form av konsultasjon til øvrig personell i helse- og sosialtjenesten, samt arbeide med visse spesielt krevende misbrukergrupper. Blant disse kan nevnes gravide misbrukere og misbrukerfamilier med små barn, prostituerte og HIV-smittede. En annen viktig oppgave som krever tverrfaglig samarbeid er arbeidstrening og rehabilitering av ruismiddelmisbrukere over tid for å forhindre at de blir passive sosialhjelpsmottakere mer eller mindre permanent.

HIV-epidemien har stilt helsevesenet overfor nye store oppgaver. Da det ikke finnes kausal behandling for AIDS, er smitteforebygging av avgjørende betydning for epidemiens videre utbredelse. Smitteforebygging er i stor grad et spørsmål om adferdsendring; generelt i befolkningen og for høyrisikogrupperne særskilt. Å få vite at en er smittet med HIV-infeksjon er en svær belastning som for de fleste krever hjelp og støtte også på det psykologiske plan. Benektning og fortrenning og forskjellige typer av irrasjonelle reaksjoner kan medføre en økning av farlig risikoadferd og dermed av smittespredning. Den enkelte smittede trenger dessuten gjennom sykdomsforløpet psykologisk støtte og bearbeiding av følelser av redsel, dødsangst og tap, i tillegg til veiledning når det gjelder å legge om livsstil særlig m.h.t. seksualitet og eventuelt stoffmisbruk. Psykologisk konsultasjon til helsepersonell som arbeider med HIV-smittede vil ofte være viktig, både for å bearbeide personalets frykt for smitte, for å bære de belastningene det medfører å arbeide med alvorlig syke og døende unge mennesker, og for å motvirke fordommer og avstandstagen overfor utgrupper som sprøytenarkomane og homofile.

Helsetjenesten i fengslene ble overført fra justisdepartementet til sosialdepartementet i 1987. Det er forutsatt at tjenesten i løpet av 1988 skal drives av de fylker og kommuner der fengslene ligger som en integrert del av den øvrige helsetjenesten. De innsatte har i utgangspunktet en større psykisk problembelastning enn befolkningen forøvrig, og mange får forsterket problemene gjennom fengselsoppholdet. Helsedirektoratet har laget en veileder for helsetjenesten i fengslene hvor det er anbefalt at førstelinjetjenesten i fengslene bør bestå av tverrfaglig basisteam med sykepleier, lege, fysioterapeut og psykolog, og slikt team skal altså forankres i kommunehelsetjenesten. Psykologoppgavene vil bestå i kartlegging av enkelte innsattes psykiske helsestatus, tilrettelegge enklere behandlingsopplegg og vurdere behov for videre behandling, legge opp program for kriseintervensjon og oppfølging overfor enkelte innsatte, yte konsultasjon til fengselspersonell, og organisere tiltak for å forhindre utvikling av psykiske problemer hos den innsatte.

Innvandringen av asylsøkere og flyktninger til Norge har økt sterkt de siste årene. Som følge av dette har vi fått ny utlendingslov og et nytt utlendingsdirektorat. Staten har ansvaret for mottak av flyktninger og asylsøkere, men når disse skal bosette seg får den enkelte kommune ansvaret med særskilt økonomisk dekning fra staten. Dette stiller krav til kommunene på mange plan, og det er viktig å forebygge kulturelle konflikter og integrere innvandrerne lokalt med respekt for deres kulturbakgrunn. Arbeidet krever kommunal planlegging, og det vil ofte være nødvendig med konsultasjon overfor det personellet som skal drive det direkte arbeidet med personer fra fremmede kulturer. Dessuten vil særlig en del av flyktningene har behov for spesiell oppfølging og behandling etter ekstreme opplevelser og påkjenninger.

I kap. 8 kommer arbeidsgruppen med sine anbefalinger. Generelt anbefales at psykologer nytter i større grad i kommunal helse- og sosialtjeneste enn idag. For å markere det foreslås en lovendring i kommunehelsetjenesteloven slik at psykologtjeneste nevnes som en mulig tjeneste for kommunene, på linje med øvrige frivillige tjenester. Dette vil ikke endre den juridiske situasjonen for kommunene da de også idag har full adgang til å opprette psykologtjeneste som en aktuell tjeneste for kommunene. Videre går en inn for at det utarbeides veiledningsmaterieell til kommunene basert på foreliggende utredning. En går dessuten inn for at stykkprisrefusjonssystemet for visse kommunale helsetjenester endres, slik

at kursativ legetjeneste og fysioterapitjeneste finansieres på samme måte som øvrige helsetjenester, herunder psykologtjenester. En slik endring er allerede foreslått av Regjeringen i Stortingsmeldingen om Helsepolitikken mot år 2000. Videre peker en på at kapasiteten i psykologutdanningen må økes dersom psykologer i større grad må rettes inn mot kommunale førstelinjetjenester. Det bør dessuten også etableres videreutdanning innenfor dette feltet for psykologer.

I kap. 9 går en igjennom lovmessige, økonomiske og administrative konsekvenser av anbefalingene. Som nevnt har en foreslått en mindre lovendring i kommunehelsetjenesteloven. Forslagene har ikke direkte økonomiske konsekvenser for stat og kommuner, bortsett fra forslaget om å øke kapasiteten på psykologutdanningen. Slik kapasitetsøkning må planlegges og kostnadsberegnes særskilt.
