

# Hvem tjener vi, og hvem tjener vi på?

En omfattende undersøkelse av polikliniske pasienter viser at de som har høy utdannelse, inntekt av eget arbeid og som ikke trenger trygdeytelser, har størst sjanse til å få det beste og rimeligste behandlingstilbudet. Er det en slik profesjon vi vil være?

TEKST

**Haldis Hjort**

PUBLISERT 5. februar 2010

---



**EKSKLUSIVT:** Tilgangen til avtalespesialist er best for de med høy utdanning og egen inntekt.

Én hypotese er at avtalespesialister velger pasienter som ligner på dem selv, skriver Haldis Hjort. Foto: YAY Micro

**DEBATT: AVTALESPELISTER**

I april 2008 ble det sendt ut spørreskjemaer til alle behandlere (psykiatere og psykologer) i polikliniske tjenester. Behandlerne ble bedt om å svare på spørsmål om arbeidsforhold og alle deres pasienter i en 14-dagersperiode. Undersøkelsen er solid, blant annet fordi svarprosenten var tilfredsstillende (66%). Sammenligner vi den sosioøkonomiske profilen til pasienter som får hjelp hos avtalespesialister med de som får hjelp i ambulante team og poliklinikker, får vi et bilde til ettertanke, skriver Haldis Hjort i dette innlegget.

Det har vært debatter i media om vårt kjære velferdssamfunn risikerer å få et todelt helsevesen (*Dagens Medisin* 12.11.09). Flere av de velbemidlede kjøper dyre private helsetjenester og -forsikringer med høy kvalitet, mens andre får helsehjelp fra det offentlige. Men i avtalespesialisttjenesten i psykisk helsevern ser det altså ut til å være omvendt; at de som har bedre råd, har større sjanse til å få den billigste og høyest kvalifiserte hjelpen.

### **Funn til besvær**

Som forsker var jeg med i prosjektet *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008* (Sintef, 2008), og var da spent på forskjeller mellom behandlingstilbudene i ambulante team, poliklinikkene og min egen kliniske sektor: avtalespesialistene. Og forskjellene var svært tydelige: Fra ambulante team, via poliklinikk og opp til avtalespesialisttjenesten, øker andelen av pasienter som har inntekt av eget arbeid. Denne tendensen er noe tydeligere hos psykologene enn psykiaterne: Blant psykologene lever nesten 70% av pasientene av egen inntekt, mens andelen er 60% hos psykiaterne. Avtalespesialistene har altså en pasientpopulasjon med lavere andel trygdeytelser enn ellers i hjelpeapparatet.

Den samme tendensen har en enda brattere kurve hvis vi ser på utdanningsnivået: De høyest utdannede pasientene er hyppigst i behandling hos avtalespesialistene. 45% av disse pasientene har fullført en grad fra høyskole eller universitet, mens det i den norske befolkning generelt bare er 27 prosent av de voksne innbyggerne som har dette utdanningsnivået (tall fra 2007).

La meg også nevne en tredje, og kanskje mer kjent variabel, nemlig at langt flere kvinner enn menn søker terapi. Vi ser den samme utviklingen her: Fra ambulante team til avtalespesialisttjeneste går prosentandelen av kvinner fra 50 til over 70 prosent. Å finne årsakene til dette krever en lang diskusjon som ikke kan utdypes her. Men hvis det er slik at menn føler at «snakkekur er en kvinnegreie», må vi avtalespesialister finne ut hva slags tilbud som menn med psykiske lidelser tror på.

### **Nødvendige omprioriteringer**

Resultatene gjorde meg som avtalespesialist og med ønske om å ha en sosial grunnholdning ganske bestyrtet. Jeg har hatt en anelse om at det var slik, men hadde ikke tenkt så mye over det før jeg så disse dataene. Det verste er kanskje den

økonomiske skjevheten, hvor de som kan leve av egen inntekt og *ikke* trenger å måtte klare seg med lån, sosialhjelp eller trygd, har størst sjanse til å få det beste tilbudet til den norske befolkningen: For det første kan avtalespesialistenes behandlinger være mye lenger enn i poliklinikkene, og for det andre er behandlerkvaliteten høyere enn i poliklinikkene, i hvert fall hvis man mener at erfaring gjør behandlere dyktigere. Man må som kjent være spesialist for å få driftstilskudd, og i tillegg går det ofte lang tid fra man får spesialiteten, til man eventuelt får driftstilskudd, siden ansiennitet er et sterkt kriterium ved tildeling. Og for det tredje er det altså den billigste behandlingen som finnes. Etter at pasienten har betalt 1780 kroner (i 2009), er behandlingen gratis resten av året. I det meget gode markedet som «selgerne» av terapitjenester har for tiden, kan selv nyutdannede psykologer ha nok «kunder» hvis de tar 400–600 kroner timen, mens det foresvever meg at spesialister uten driftstilskudd tar 700 kroner eller mer. Der får du altså rundt tre timer terapi for den summen som klienter i avtalespesialisttjenesten maksimalt betaler i løpet av ett år, gjerne med en eller flere timer i uka.

### **Lik rett**

Når jeg nå mottar en søknad om terapi, er jeg mer oppmerksom på søkerens økonomiske bakgrunn. Er det en person som ser ut til å ha det bra økonomisk, ringer jeg gjerne vedkommende og sier at «hvis du ikke vil stå lenge på venteliste, kan jeg anbefale noen flinke spesialister uten driftstilskudd». Slik bryter jeg vel med den norske velferdsstatens gamle prinsipp om at alle har like stor rett til allmenn helsehjelp. Men når det nå er så mange som ønsker god og rimelig terapi, så mener jeg det bør være mer økonomisk rettferdighet enn det dataene fra Sintef viser.

Den andre skjevheten – utdanningsfaktoren – gjør meg også betenkt. Studenter har sjelden god råd, så jeg tar ofte inn studenter fra psykisk helsetjeneste-fag. Grunnen er at jeg synes det er bra at de som selv vil bli behandlere, også går i terapi. Men hvis jeg utover disse studentene skal ta inn pasienter med høy utdanning, prioriterer jeg nå de som har alvorlige lidelser, trenger langvarig terapi eller står i fare for arbeidsuførhet eller kronifisering.

Jeg synes vi som psykologer bør tenke over hva som kan være årsak til skjevhetene. Som jeg blant annet skriver i rapporten: «Én hypotese kan være at avtalespesialister velger pasienter som på noen måter ligner på dem selv sosiokulturelt og -økonomisk; de er mer kjent med deres kultur, og føler at de derved kan hjelpe dem bedre. En annen kan være at kanskje flere fra relativt privilegerte klasser ser verdien i psykoterapi for sine psykiske lidelser; de er mer fortrolige med «snakkekur» (som Freud kalte det), og søker tilbud aktivt ved å skrive sine brev til avtalespesialistene » (s.141).»

Men hvis dette er tilfellet, bør vi sannelig strekke oss for å *helsetjene* andre enn vår egen sosiale klasse.

### **Hva står vi for?**

Jeg håper vi kan få en åpen debatt om disse problemstillingene, og det hadde vært fint om man så på Sintef-rapporten, særlig kapitlene 12 og 13, som handler om

avtalespesialisttjenesten. På årsmøtet til *Forening for psykologer i privatpraksis* i oktober i fjor ble data fra rapporten presentert, og jeg fikk inntrykk av at noen sentrale personer fra Psykologforeningen syntes at funnene er greie nok og ikke noe vi trenger å reflektere over. Og i andre sammenhenger har det blitt uttrykt at folk med høy utdanning har best nytte av langvarig terapi, og at det kanskje er ok. Er dette virkelig det vi som profesjon står for?

[haldis.hjort@sintef.no](mailto:haldis.hjort@sintef.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 2, 2010, side*

**TEKST**

**Haldis Hjort**, Privat praksis/SINTEF Helse, Oslo