

Til pasientens beste

Audun Havnen

Psykolog i Helse Bergen og stipendiat ved Universitetet i Bergen

Joar Øveraas Halvorsen

førsteamanuensis og psykologspesialist

Roger Hagen

Behandlingen som tilbys, handler ofte mer om terapeutens preferanser enn om pasientens vansker. Da kan de kliniske retningslinjene styrke bruken av psykologisk kunnskap i psykisk helsevern.



I SAMME RETNING: Faglige retningslinjer bidrar til at pasientene tilbys behandling med vitenskapelig dokumentert effekt, og er et av verktøyene som skal sikre likhet uavhengig av bosted, alder og kjønn.

Foto: Flickr / Nicolas Nova

DEBATT: NASJONALE RETNINGSLINJER

I februarutgaven av Psykologtidsskriftet kritiserer psykolog Per Are Løkke bruken av kliniske retningslinjer i psykisk helsevern (se hans fagessay «Når depresjon blir et nasjonalt problem – En

kritikk av retningslinjeideologien »). Han er spesielt bekymret for at bruken av retningslinjer kan medføre «1) sykeliggjøring av befolkningen, 2) svekkelse av tilbudet til de dårligste, og 3) svekkelse i mangfoldet av behandlingsmetoder » gjennom en «desymbolisering av fagfeltet».

Faglig forpliktet

Løkkens spørsmål er betimelige, og vi vil gi ham rett i at det er store svakheter ved både psykologisk forskning, psykologiske behandlingsmetoder og kliniske retningslinjer. Spørsmålet er hvor vi går videre etter at disse svakhetene er erkjent. For klinisk psykologi skal være en akademisk disiplin. Dette ser vi i at psykologutdanningen er lagt til universitetene, og at de psykologiske instituttene og fakultetene ikke bare utdanner psykologer, men også forsker på så vel normalpsykologi som psykopatologi.

Utviklingen skyldes nettopp at vårt fagfelt er en akademisk disiplin hvor effektive metoder er utviklet og undersøkt gjennom en vitenskapelig tilnærming

At klinisk psykologi springer ut av academia, gjør at psykologer som yrkesgruppe skiller seg fra helsepersonell som ikke har en utdanning som vektlegger vitenskapelig tenkning. For at klinisk psykologi skal anerkjennes som en vitenskapelig disiplin, er det viktig at vi etterstreber at psykologiske behandlingsmetoder er underkastet både en vitenskapelig og en forskningsmessig validering. Hvordan kan vi ellers vite at det vi tilbyr våre pasienter, er substansielt forskjellig fra hva andre tilbyr? Hvorfor skulle en hjelptrengende person oppsøke en psykolog med seksårig utdanning fra universitetet hvis en healer eller en coach kan gi like god hjelp? Hvis psykologiske behandlingsmetoder og det vitenskapelige grunnlaget for disse ikke betyr noe, kan man vel la andre gjøre jobben? Norsk psykologforening (NPF) har tatt standpunkt til dette og vedtok i 2007 prinsipperklæringen for evidensbasert praksis, en prinsipperklæring som bør ha følger for all klinisk-psykologisk praksis.

En akademisk disiplin – tross alt

Likevel erkjenner vi at det vitenskapelige grunnlaget for psykologprofesjonen ikke alltid er like sterkt som vi hadde ønsket. Vi kjenner fortsatt ikke til årsakene til psykiske lidelser. Som terapeuter behandler vi derfor symptomer, selv om mange psykologer mener de behandler årsakene til lidelsen. Vi kjenner heller ikke til virkningsmekanismene for psykologisk behandling, selv om dette ofte påberopes.

Samtidig som det vitenskapelige grunnlaget for klinisk psykologi fortsatt er svakt på mange områder, finner vi likevel andre felt hvor kunnskapsutviklingen knyttet til behandling har kommet lenger. Som for angstlidelser, hvor vi etter hvert har god kunnskap om effektiv behandling. Et eksempel er tvangslidelse, som inntil 1960-tallet ble ansett for å være en behandlingsresistent lidelse, men hvor mange i dag blir helt friske.

Denne utviklingen skyldes nettopp at vårt fagfelt er en akademisk disiplin hvor effektive metoder er utviklet og undersøkt gjennom en vitenskapelig tilnærming. Og pasienter som oppsøker behandling her og nå, må tilbys de behandlingsformene som – ut fra dagens kunnskapsstatus – har mest og best empirisk støtte, samtidig som vi bør drive forskning for å gjøre psykologiske behandlingsmetoder enda mer effektive og bedre persontilpasset enn tilfellet er i dag. I tråd med vitenskapelige prinsipper bør metoder som ikke kan etterprøves empirisk, heller ikke anbefales.

All den tid vi har begrenset kunnskap om for hvem og under hvilke omstendigheter psykologisk behandling har effekt – og tilnærmet ingen kunnskap om hvorfor eller hvordan

psykologisk behandling faktisk virker – bør vi samtidig være varsomme med å vektlegge enkelte terapikomponenter på bekostning av andre. I stedet bør alle pasienter som selv ønsker det, få tilbud om (strukturert) psykologisk behandling. Behandlingen bør bygge på en anerkjent psykologisk teori og i tillegg vektlegge både fellesfaktorer som allianse og spesifikke faktorer, for eksempel atferdsaktivering ved depresjon og eksponering ved angst.

Retningslinjer er dynamiske veiledere

Sammenlignet med andre fagområder, for eksempel deler av medisinen, er psykologi et ungt fag, og bruken av kliniske retningslinjer har en enda kortere fartstid. Retningslinjene er ikke statiske, men snarere dynamiske veiledere som vil endres etter hvert som vi opparbeider bedre kunnskap om hvilke elementer som er virksomme i behandling av psykiske lidelser. Nasjonale faglige retningslinjer tar utgangspunkt i internasjonalt anerkjente behandlingsmetoder og gir velbegrunnede råd for hvordan man skal utrede og diagnostisere ulike lidelser. Snarere enn sykeliggjøring av pasienten skal de veilede den enkelte behandler i valg av utredningsmetodikk og slik bidra til en faglig god diagnostisering av problemet, og bidra til at helse- og omsorgstjenestene gjør riktige prioriteringer. Faglige retningslinjer skal bidra til at alle pasienter tilbys behandling med vitenskapelig dokumentert effekt, og er et av verktøyene som skal sikre likhet uavhengig av bosted, alder og kjønn. For som professor Gerd Kvale påpekte under Psykologforeningens lederkonferanse i 2012, er det for stor variasjon i hvilken behandling som tilbys og i kvaliteten på den behandlingen som gis til pasienter med psykiske helseplager. Dessuten viser det seg at den psykologiske behandlingen de fleste pasienter tilbys, heller baserer seg på psykologens terapeutiske preferanser enn på pasientens vansker og diagnose.

Retningslinjene styrker bruken av psykologisk kunnskap

De kliniske retningslinjene er altså laget for pasientens beste. De gir råd for grundig utredning av psykiske lidelser, en utredning som er utgangspunktet for at den enkelte behandler kan velge tiltak som er dokumentert nyttige og hensiktsmessige. Psykoterapi skal ikke handle om skjønn og personlige preferanser, men om faglig begrunnende valg for utredning og behandling tuftet på psykologisk teori og empiri. Stikk i strid med hva Løkke argumenterer for, er vår påstand at vi ved å anvende kliniske retningslinjer i psykisk helsevern snarere styrker bruken av psykologisk kunnskap ved behandling av psykiske lidelser.