

Debatt

I den evidensbaserte bobla

Rolf Sundet

professor emeritus, Universitetet i Sørøst-Norge

Vi mister noe av kunnskapen om individuelle variasjoner når vi presser psykologien inn i den medisinske modellen.

Det er krise i psykisk helseverndelen av spesialisthelsetjenesten.[1] Det er ikke nok ressurser til å gi et forsvarlig tilbud til tjenestens pasienter. Nye dokumentasjons- og praksiskrav oversvømmer psykologene uten at kravene utløser flere ressurser. Tillitsvalgte sentralt og lokalt har gjennom pressen og Psykologtidsskriftet påpekt og dokumentert dette. I omtrent hele min karriere har jeg jobbet i det som nå kalles spesialisthelsetjenesten, og mine erfaringer gjør at jeg ikke tviler på at det er en ressurskrise. Men andre erfaringer forteller meg at det også handler om noe mer enn flere ressurser og folk.

Suksess under press

I femten år etter årtusenskiftet jobbet jeg i et familieteam i barne- og ungdomspsykiatrien. Tanken var et tilbud nærmere der familiene bodde, og at vi skulle gi et intensivt tilbud til 11 familier i året. Dette var familier som ikke opplevde å få hjelp på poliklinikken, og ofte følte seg krenket over at deres perspektiv ikke var blitt hørt og tatt på alvor. Denne opplevelsen skyldtes ikke at poliklinikkens ansatte var dårlige terapeuter, men at deres rammebetingelser gjorde at de vanskelig kunne gi rom til familiens perspektiv og preferanser.

En viktig grunn til dette var de økte kravene til dokumentasjon, utredning og diagnostikk som fulgte i årene etter millenniumskiftet. Den medisinske modellen ble stadig mer styrende for praksis, og metoder som hentet sin evidens fra randomiserte, kontrollerte studier, ble vektlagt. Men samtidig som poliklinikken opplevde press, økte familieteamet sin pasientportefølje fra de tiltenkte 11 familiene til over 100 familier i året.

En viktig grunn til at vi klarte dette, var at vi samarbeidet med barna, de unge og deres familier ved å følge deres ønsker, mål, preferanser, perspektiv og ideer om hva som skulle til for at vi kunne være til hjelp. Vi arbeidet høyintensivt i begynnelsen av kontakten, og reduserte den videre tidsbruken avhengig av familiens behov. Siste intervensjon i arbeidet var å spørre familien om de ønsket å avslutte kontakten med oss eller fortsatt stå på vår liste uten at vi satte opp ny avtale, men at de ved behov kunne ta kontakt. På dette viset kunne de fem fagpersonene i teamet ha kontakt med hundre familier. Selvsagt ikke det samme antallet klienter som forventes ved en poliklinikk, men langt flere enn de 11 vi opprinnelig var satt opp med.

Ideologi og kriser

En del av krisen i spesialisthelsetjenesten skyldes at evidensprosjektet slik det framstår i dag, synes å være et ideologisk prosjekt mer enn et forskningsbasert prosjekt

Vi lever i evidensens tid der kunnskap fra randomiserte, kontrollerte studier er gullstandard. Men familieteamet møtte familier som hadde prøvd evidensbaserte metoder og ikke fått hjelp. En stipendiatperiode og et påfølgende professorat gav mulighet til å se nærmere på forskning og begrepet evidensbasert praksis. Jeg spør meg om ikke en del av krisen i spesialisthelsetjenesten nettopp skyldes at evidensprosjektet slik det framstår i dag, synes å være et ideologisk prosjekt mer enn et forskningsbasert prosjekt. Min begrunnelse for dette er tredelt.

For det første: den medisinske modellen. Denne vektlegger en arbeidssekvens der en starter med utredning som skal gi en diagnose, som igjen skal tydeliggjøre hvilken evidensbaserte metode som må følges. Men modellen har ingen klar forskningsmessig støtte, og det er liten sammenheng mellom diagnose og utfall i terapi. Nylig spurte jeg John Norcross om sammenhengen mellom utredning og utfall i terapi. Hans svarte at den lille forskningen han hadde funnet, viste at det var liten eller ingen sammenheng. Et forskningsorientert psykisk helsevern må derfor nedtone den medisinske modellen og heller gi andre modeller plass.

For det andre: Vektleggingen av kunnskap generert gjennom den randomiserte, kontrollerte studien skaper en illusjon av å få vite noe sikrere om hva som gjelder enkeltindividet og samarbeid mellom bruker og terapeut om hva som kunne være til hjelp, samtidig som alternative forskningstilnærminger til spørsmålet om årsaker for det enkelte individ marginaliseres. Tiltro til at vi har evidensbaserte metoder gir også et psykisk helsevern der behandlere lett kan forklare gode resultater med metoden, mens mangel på gode resultater forklares med pasienten. Når behandlere bruker egen teori til å forklare manglende endring som en side ved pasienten, trenger en heller ikke søke etter andre metoder. Men hvis man, slik vi erfarte i familieteamet, anvender familiens responser og innspill til å utvikle og justere terapiløpet, kommer vi mye lenger enn når et fastlagt, standardisert intervensjonsopplegg følges.

For det tredje: Utviklingen i ledelse og tjenesteorganiseringen har gitt oss en ny treenighet. Her er den medisinske modellen Vårherre. Frelseren er den randomiserte, kontrollerte studien som skal frelse enhver terapeut fra usikkerhet og mangel på resultat, mens New Public Management er den Hellige ånd som sikrer at vi forblir i den rette tro. Det er også her jeg finner det tillegget i vår krise som går ut over spørsmålet om ressurser. For psykologer i spesialisthelsetjenesten synes låst inne i denne treenigheten. Ved å akseptere den medisinske modellen, og at kliniske studier i RCT-paradigmet utgjør det nødvendige og tilstrekkelige grunnlaget for vår praksis, har vi spilt oss rett inn i fanget på New Public Management. Ikke minst skjedde dette idet vi aksepterte den amerikanske psykologforeningens prinsipperklæring for evidensbasert praksis som ledestjerne for vår praksis. Denne prinsipperklæringen betoner kunnskap fra randomiserte, kontrollerte studier, noe som gjør at effektiv behandling fort ses som å følge standardiserte metoder. Dette går rett inn i New Public Managements vektlegging av standardisering og kontroll. Klinisk erfaring er rett nok med i prinsipperklæringen, men som pakkeforløpene viser oss: Det er klinisk forskning som har forrang. Og selv om pasientens preferanser nevnes i prinsipperklæringen, kommer den helt nederst i den tredelte kunnskapsorganiseringen mange leser som et kunnskapshierarki.

Kvasipsykiater?

Psykologforeningen og hele profesjonen må derfor vende et kritisk blikk mot sin egen forståelse av psykoterapi og psykologisk behandling. I dag er det fare for at psykolog(spesialist)er i spesialisthelsetjenesten ender opp som kvasipsykiatere som omfavner den medisinske modellen, eller i verste fall som saksbehandlere hvis viktigste oppgave ikke er å tilby behandling, men å selektere

hvem som skal få et tilbud eller ikke. Vi trenger derfor en debatt, rotfestet i både pasienterfaringer, terapeuterfaringer, forskning og teori, om hva en psykologisk tilnærming til spesialisthelsetjenester skal være.

Jo, det er nok en ressurskrise i psykisk helsevern. Men spørsmålet er om det ikke også er en kunnskaps- og ferdighetskrise der det å arbeide utenfor en medisinsk modell ikke lenger er en del av psykologenes kunnskaper og ferdigheter, og der et snevert kunnskapsbegrep basert på randomiserte, kontrollerte studier hindrer oss i å oppdage og arbeide med den individuelle variasjon som barn, unge og deres familier representerer. Uten at vi forholder oss til dette, vil ikke mer ressurser løse problemene og krisen i våre tjenester.