

# Ser vi slutten på offentlig finansiert langtidsterapi?

Kristin Lyse

Inger Wangen

begge avtalespesialister

Vår spådom er at pasienter som trenger langtidsterapi, ganske snart må belage seg på å betale behandlingen selv.

I forskningsintervjuet Får mer behandling for mindre alvorlige tilstander gis helseøkonom Per Arne Holman definisjonsmakt i Tidsskrift for Norsk psykologforenings augustutgave. Holman er en av forfatterne bak den fagfelleverderte artikkelen «Geografisk variasjon i vaksnes bruk av avtalespesialistar og DPS i psykisk helsevern» (Holset et al., 2023).

Forskningen, som stiller behandling hos avtalespesialister og DPS opp mot hverandre, kom som bestilt, når Felles henvisningsmottak (FHM) for avtalespesialister nå realiseres i alle landets helseforetak. Økt effektivisering og bedret prioritering vil nok svært mange si. Endelig blir det kortere ventetid.

## Gjør vondt

Lite hjelper det at Holman berømmer avtalespesialistene for sin produktivitet. Avtalespesialister har minst dobbelt så mange konsultasjoner per år og lav kostnad. Nesten tre timer for prisen av én sammenlignet med behandling på DPS. Vår spådom er at pasienter som trenger og nyttiggjør seg langtidsterapi (Leichsenring & Rabung, 2008, 2011, 2012), ganske snart må belage seg på å betale behandlingen selv. For et offentlig uttalt «prioriteringsparadoks» kan vel ingen leve med?

### *Konsekvensene av FHM, uten videre økning av avtalespesialister, er prematur avslutning av behandling*

Holman får flere ganger under intervjuet gjenta sine antakelser fra funnene i undersøkelsen om bl.a. diagnoser, alvorlighetsgrad og behandlingsbehov. Som lesere begynner det å gjøre vondt når spørsmålet om nødvendigheten av å utrede for å kunne vite om pasienter har rett til behandling eller ikke, blir besvart: Rettighetsvurdering skjer for det meste med å bare lese henvisninger. Det spiller visst heller ingen rolle at avvisningsprosenten varierer mellom 5 og 50 %. Og om DPS begynner å bruke kortere tid på utredning, så (...) «er det neppe krise» om psykologen tar feil! En parafraze av Øverlands sitat slår inn; «du skal ikke tåle så inderlig vel, den urett til behandling som ikke rammer deg selv».

Så svarer Holman på neste spørsmål fra journalisten om prioriteringsutfordringer hva angår FHM, med et ledende spørsmål tilbake: «Kanskje må man se på om pasienter som går i langvarig behandling, hvor utsiktene til ytterligere bedring er redusert, kan avsluttes tidligere?» Pytt pytt, leser vi, er det så farlig om behandlingen kan ha avgjørende betydning for den psykiske overlevelsen?

Som et gufs fra en god del av våre pasienters traumatiske fortider kan det virke som systematisk omsorgssvikt med avvisning og bagatellisering av behov er lett å gjenta hva angår behandling for Holman. Ingen systematiske undersøkelser oss bekjent forteller nemlig noe om hvordan det over tid går med de avviste pasientene eller de ofte altfor tidlig avsluttede behandlingene på DPS.

Heller ikke har vi noen objektiv «gradient» for alvorlet i psykisk smerte. Med lang erfaring både fra DPS og som avtalespesialister vet vi imidlertid mye om hva pasienter kan finne på å gjøre for å beskytte seg mot opplevelsen av psykisk smerte. I tillegg til de alvorlige konsekvensene dette gir for pasientene og deres familier.

Å øke kapasiteten i psykisk helsevern med flere avtalespesialister, sier Holman endog kan «oppleves som å tisse i bukse». Det er nå blitt vanskelig å svelge. Konsekvensene av FHM, uten videre økning av avtalespesialister, er prematur avslutning av behandling. Som for den enkelte kan medføre en katastrofe.

## Lefler med pasientene

Vi er også kjent med at det allerede ved et av landets DPS er gitt en instruks om å ikke henviser til avtalespesialister etter behandling ved DPS. Som teksten i «rundskrivet» ved DPS litt nedlatende og uvitende ga uttrykk for: «Man driver ikke støttesamtaler over tid hos private med avtale.» I hvilke andre deler av helsevesenet kan en lefle så mye med pasienter som i psykisk helsevern? Burde ikke paradokset være at pasienter ved DPS fortjener å få en like persontilpasset og sammenhengende behandling som hittil har vært mulig hos avtalespesialistene?

Godt hjulpet av den politiske tiårige planen om «opptrapping», som i penger ikke utgjør mer enn 1 % mer enn det som brukes i dag, og kun 20 % av en årlig prisstigning, tror vi det isteden skjer en nedbygging av offentlig psykisk helsevern, fordi Holman og andre med definisjonsmakt over pasienter og deres behandlere rett og slett ikke trenger å møte den psykiske smerten. Smerten som vi vet ligger bak tallene, symptomene og diagnosene. Hvordan skal pasienten utvikle bæreevne for smerte, hvis systemet ikke har det?

**Merknad: Ingen interessekonflikter**

## Referanser

- Holsen, M., Holman, P. A., Solbakken, O. A. & Lien, L. (2023). Geografisk variasjon i vaksnes bruk av avtalespesialistar og DPS i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(08). <https://doi.org/10.52734/IHAK9103>
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Leichsenring, F., & Rabung, S (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199(1). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082776>
- Leichsenring, F., & Rabung, S (2012). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: First meta-analytic evidence and its discussion. First meta-analytic evidence and its discussion. I R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 27–49). Humana Press - Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_3)