

Psykologer må bli mer produktive

Brage Kraft

førsteamanuensis og psykologspesialist

Joar Øveraas Halvorsen

førsteamanuensis og psykologspesialist

Vil vi øke produktiviteten i klinikken, kan mer behandling gis av helsepersonell med lavere utdanning og lønn enn psykologer

Dette året har ressursbruk i helsevesenet vært aktualisert både gjennom Helsepersonellkomisjonens rapport og i Psykologtidsskriftet. Framskrivninger viser at behovet i DPS og BUP vil øke med 18–20 % innen 2040 (Finnsson, 2021). Bare det å opprettholde dagens standard vil kreve enorme økonomiske ressurser. I tillegg kommer kravene fra Psykologforeningen og mange av dens medlemmer om en ytterligere økning av budsjettene i psykisk helsevern, og store ambisjoner om et fullverdig psykisk helsetilbud i kommunehelsetjenesten.

Debatten rundt arbeidsbelastning i psykisk helsevern viser at mange psykologer ønsker seg mer tid til pasientene. I våre ører lyder det som følgende bestilling. «Gi oss mer penger og la oss fortsette som før.»

Drivkreftene

Befolkningen blir eldre, og (mis)forholdet mellom antallet pensjonister og yrkesaktive, som må dekke pensjonskostnadene, øker (NOU 2022: 7). Frekvensen av psykisk lidelse er betydelig lavere hos eldre (FHI, 2023). En eldre befolkning trenger mer somatiske enn psykiske helsetjenester. Sammenlignet med psykisk helsevern er økningen i behovet for helsepersonell frem mot 2035 nesten dobbelt så stor i somatikken (SSB, 2019). En omfordeling av samfunnets ressurser mot psykisk helsevern er et legitimt politisk krav, men det blir ikke enkelt å få innfridd dette i tiden fremover.

Se flere innlegg her.

Psykologens dyrebare tid kan konsentreres om vesentlige spørsmål rundt differensialdiagnostikk og etablering av kassformulering

Gitt den aldrende befolkningen må produktiviteten fortsette å øke dersom dagens velferdsnivå skal kunne opprettholdes (NOU 2015: 1). Dette gjelder for alle sektorer i samfunnet, også der psykologer jobber! For å opprettholde dagens tjenestenivå må psykologer gjøre like mye som i dag ved bruk av mindre ressurser. Hvis ikke vil tjenestene bli dårligere. Ønsker vi en kraftig forbedring av tjenestene, må psykologer gjøre enda mer for enda mindre.

Psykologer er en høykompetent, men begrenset ressurs til en høy pris. Det tar lang tid å utdanne en psykolog. Utdanningen er dyr, og lønnsnivået er relativt høyt. For samfunnets og våre pasienters skyld må vi bruke denne ressursen mest mulig effektivt. Vi må ta ansvar for å bli mer produktive!

Lede, ikke utføre behandling

I et intervju publisert på Psykologforeningens hjemmesider for snart ti år siden påpekte daværende direktør for Helsetilsynet, Jan Fredrik Andersen (Halvorsen, 2014), at «[s]pørsmålet blir (...) hvor vi trenger psykologkompetansen. Psykologer kan jo utredning og diagnostisering, og de kan planlegge et behandlingsforløp. Selve behandlingen kan gjennomføres av andre. Psykologen kan komme inn og evaluere på fastsatte tidspunkter og når man er kommet frem til utskrivning...

Vi mener det er på høy tid å gjenoppta diskusjonen om hvordan vi best mulig utnytter de psykologressursene vi har tilgjengelig. Psykologens fremste styrke som kliniker er muligens vurderinger av tilstand og tiltak. Mye av materialet som ligger til grunn for vurderingen, kan imidlertid fremskaffes uavhengig av psykologen. Etter en førstevurdering kan psykologen foreskrive videre kartlegging som andre faggrupper kan utføre og merkantilt ansatte kan administrere.

Automatisert og digitalisert kartlegging kan spare mange arbeidstimer og er allerede på god vei inn i tjenestene. Kliniske intervjuer kan utføres av trent personale. Psykologens dyrebare tid kan konsentreres om vesentlige spørsmål rundt differensialdiagnostikk og etablering av kaususformulering. Psykologen har her en overordnet rolle som styrer retningen i utredningen og sørger for avklarende vurderinger.

Hvis nødvendig kan psykologen foreskrive behandling, men annet trent personell kan gjennomføre den. Dette gjelder særlig mindre komplekse behandlingsmetoder. Atferdsaktivering brukt i behandling av depresjon kan være et illustrerende eksempel: Gitt av uerfarne behandlere uten formell kompetanse i psykologisk behandling utover opplæring i metoden har atferdsaktivering tilsvarende effekt som kognitiv atferdsterapi gitt av profesjonelle og mer erfarne psykoterapeuter (Richards et al., 2016).

Forskning viser at utdanningsbakgrunn ikke har betydning for utfall av psykologisk behandling (Wampold & Owen, 2021). Det kan være mer kostnadseffektivt at behandling gis av helsepersonell med lavere utdannings- og lønnskostnader enn psykologer. I løpet av behandlingsperioden kan psykologen følge opp behandlingen i form av evaluering og veiledning. Når behandlingsforsøket er fullført, kan psykologen ha en sentral rolle: Skal man avslutte eller prøve noe annet? Psykologen leder behandlingen, men utfører den ikke nødvendigvis selv.

Bør brukes der de trengs mest

Eksemplet ovenfor er ment som en illustrasjon på hvordan man kan overføre arbeidskrevende oppgaver til annet personell uten at kvaliteten går ned. Dette gjør det mulig å bruke personell med kortere utdanning og lavere lønnsutgifter til å gjøre mye av den jobben psykologer gjør i dag. Disse kan utføre mange av dagens konsultasjoner med like god kvalitet som en psykolog, men til en betydelig lavere pris. Innsparingen kan brukes til å behandle flere pasienter, eller gi alvorlig syke pasienter et bedre tilbud.

Mange psykologer i kommunene driver med individualterapi. Dette er en ekstremt ressurskrevende type intervensjon. Psykologens kompetanse kan antageligvis ha større nytte gjennom å styre og prioritere kommunale tiltak, samt fokusere på veiledning og kompetanseheving av kommunale helsearbeidere.

Digitalisert behandling og gruppebehandling

Automatisert digital behandling (Karyotaki et al., 2017) eller terapeut-assistert digital behandling (Hedman-Lagerlöf et al., 2023) kan være like effektivt som ansikt-til-ansikt-behandling. For mange pasienter kan det være et godt og kostnadseffektivt førstevalg. Gruppebehandling i små grupper er i snitt like effektivt som annen type behandling (Rosendahl et al., 2021). Fordelen med automatisert eller terapeut-assistert digital behandling og gruppebehandling er at man kan behandle mange pasienter på én gang. Digital behandling har nesten ubegrenset kapasitet, og i gruppebehandling behandler man ofte seks pasienter samtidig.

Hvis man innfører automatisert og terapeut-assistert digital behandling (som er gjort noen steder) og øker andelen som mottar gruppebehandling, vil behandlingsskapasiteten øke dramatisk!

Økt effektivitet

Vårt poeng er ikke å foreskrive bestemte måter å organisere tjenestene på, eller fremme bruken av spesifikke behandlingstiltak. Vårt poeng er å stimulere til en debatt blant psykologer om hvordan vi bruker de tilgjengelige ressursene på en måte som gjør at vi får mest mulig helse ut av hver krone. Akkurat hvilke endringer som kan gjennomføres, er avhengig av pasientgruppen og rammene på hvert sted. Uavhengig av de økonomiske rammebetingelsene er økt effektivitet et ubetinget gode og noe alle psykologer bør etterstrebe. Hvis vi blir mer kostnadseffektive, kan vi hjelpe flere pasienter, og vi får bedre tid til pasientene som trenger oss mest!

Referanser

- Finnsson, J. T. et al. (2021). Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Folkehelseinstituttet (2023). Psykiske plager og lidelser hos voksne.
- Halvorsen, P. (2014). Vil trygge tjenestene med styring og standardisering. Psykologforeningen.no. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/vil-trygge-tjenestene-med-styring-og-standardisering>
- Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 22(2), 305–314. <https://doi.org/10.1002/wps.21088>
- Karyotaki, E., Riper, H., Tisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J. P., Schröder, J., Bretón-López, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huibers, M. J., Phillips, R., ... Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA psychiatry*, 74(4), 351–359. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>
- NOU 2015: 1. (2015). Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd. Finansdepartementet.
- NOU 2022: 7. (2022). Et forbedret pensjonssystem. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E. & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation

- versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*, 388(10047), 871–880. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M. & Strauss, B. (2021). Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 52–59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Statistisk sentralbyrå (2019). Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060.
- Wampold, B. E. & Owen, J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition*, 7th ed. (s. 297–326). John Wiley & Sons.