

Psykiatere på full fart inn i fortiden

Katharine Cecilia Williams Williams

At styret i Norsk psykiatrisk forening ønsker at psykiatere skal være enerådende i ledelse av psykisk helsevern, er ikke så overraskende. Men det er vanskelig å se hvilket problem et psykiaterhegemoni reelt skal løse



Katharine Cecilia Williams

Treffer på problem, bommer på løsning

I Dagens Medisin 16. april i år uttrykker styret i Norsk psykiatrisk forening (heretter styret) bekymring for at gruppen med de alvorligste psykiske lidelsene blir skadelidende i et helsevesen som ikke differensierer mellom pasienter. Bakteppet er et psykisk helsevern som erfarer en eksplosiv vekst,

og hvor behandlingsskapiteten er sprengt. Styret poengterer at den manglende differensieringen medfører at en stor gruppe pasienter blir overbehandlet i spesialisthelsetjenestene, på bekostning av kritisk og nødvendig behandling av gruppen «alvorlig psykisk syke». I en situasjon der etterspørselen er blitt større enn tilbudet, er dette en viktig diskusjon for oss å ta. Her blir det naturlig å stille spørsmålet: Hvem skal vi prioritere bort? For gruppen «alvorlig syke» er relativt liten, sammenliknet med alle pasienter i psykisk helsevern som ikke kommer inn under denne kategorien. Styret hopper over å konkretisere hvem som tilhører gruppen «alvorlig syke» og ikke, og går direkte til løsningsforslaget: Styret vil ha en «tydeligere oppgavefordeling». Det er altså ikke en endring på systemnivå eller en diskusjon i samfunnet om hvordan vi skal forholde oss til psykiske lidelser og kapasiteten i klinikkene, styret ønsker seg. Nei, problemet med manglende differensiering skal løses av legene, bare de kan få tilbake sin hegemoniske posisjon i klinikkene. Jeg går og sjekker, men får bekreftet: Vi teller 2024 og ikke 1974.

Psykologer kan ikke utrede?

Styret er svært konkret når det gjelder ønsket løsning, men tåkelegger de reelle implikasjonene. Når det gjelder alvorlige psykiske lidelser, har psykiatere alltid hatt en nødvendig, solid posisjon, og det er svært vanskelig å se for seg en akuttavdeling uten grunnfast dekning på psykiatersiden. Det er en selvfølge at legen foretar somatiske utredninger og medisinske helhetsvurderinger, spesielt blant pasienter som tar medisiner eller har sammensatte fysiske og psykiske plager. Men at legene skal bli enerådende på diagnostikk og kartlegging i psykisk helsevern, vil være å dra behandlingstilbudet til den store og heterogene pasientpopulasjonen innen psykisk helsevern tilbake til fortiden. Psykiatere mangler utredningskompetanse for en rekke lidelser som omfattes av ICD-10 (ICD-11). I internasjonal sammenheng har norske profesjonspsykologer et svært godt utviklet spesialiseringssløp med solid videreutdanning i behandling av psykiske lidelser. I tillegg har psykologer en omfattende skoloring innen normalpsykologiske prosesser, nevropsykologi, utvikling, kognisjon, atferd og psykometri. Bare for å nevne noen av de områdene hvor psykologer er formelt bedre rustet til å utrede enn leger, og som kommer i tillegg til kompetanse innen diagnostisering av psykiske lidelser. I denne kompetansen inngår å vite når det er påkrevd å hanke inn medisinsk utredning. En ting er å vurdere helheten hos pasienter som får farmakologisk behandling, men noe annet er å vurdere helheten i skille mellom eksempelvis depressive symptomer og redusert kognitiv funksjon. Mener styret at demenslidelser kan utredes uten tverrfaglighet? Eller at lidelser på autismespekteret skal fanges opp og utredes av skolehelsetjenesten? Styret poengterer at en del pasienter har «livsproblemer som man skal leve gjennom uten at det må iverksettes profesjonelle tiltak». Skal angst og depresjon behandles av naboer og venner? Så lenge styret ikke konkretiserer annet enn at de mener at legene skal ha enerådende behandlingsansvar, blir slike spørsmål hengende i luften. Styret skriver i sitt innlegg: «Vi foreslår at psykiateren med sin legebakgrunn tar det overordnede ansvaret for pasientens utredning og eventuelt behandling.» Hvis styret med dette mener at psykologer ikke skal ha behandlingsansvar, hadde det vært fint om de sa det rett ut. I dag er det bare leger og psykologer som har behandlingsansvar i klinikker innen psykisk helsevern, og slik sett er meldingen krystallklar. Men jeg savner likevel at styret gjør det tydelig at de mener at psykologer må ut av denne rollen for å løse problemet med kapasitetsbelastningen i psykisk helsevern. Da kan vi kanskje få til en reell diskusjon om overbehandling og prioriteringer og ikke denne lite konstruktive profesjonsidylliseringen.

Legen kan overføre oppgaver til andre

I innlegget i Dagens Medisin trekker styret frem en rekke faggrupper som de mener kan få enkelte oppgaver. Jeg for min del blir svært bekymret over fremtiden til flere yrkesgrupper enn min egen hvis legene skal ta over roret. Styret mener at det ikke er bærekraftig at legen går tur med pasienten, skaffer bolig eller bidrar i miljøterapi. Er det bare jeg som føler rekyl til 70-tallets sykehus med skjørtekleddede sekretærer som tar diktat i overlegens forværelse? Styret nevner ikke «psykolog» med ett ord i innlegget, og derfor kan jeg anklages for å overreagere når jeg leser at det er psykologene de vil til livs. Imidlertid er det ikke lenge siden Solveig Klæbo Reitan og Lars Lien publiserte en artikkel i BJPsych hvor psykologer svært konkret og spesifikt ble omtalt. Her problematiseres at psykiatere ikke lenger har det automatiske ansvaret for administrative og kliniske vurderinger fordi psykologer kan ha likestilte lederroller. «Denne situasjonen har ført til en omfattende diskusjon rundt kvalitet, behandlingsindikatorer, diagnostiske retningslinjer, behandlingsprogrammer og kvalitetssikring» (min oversettelse). Diskusjonen de viser til, må ha foregått andre steder enn det jeg har hatt tilgang til. Kanskje har det vært tema for møter i Norsk psykiatrisk forening. At Klæbo Reitan og Lie velger å ta diskusjonen på engelsk og i et tidsskrift som få i psykologenes fagmiljø har umiddelbar tilgang på, bidrar uansett til min opplevelse av en lite konstruktiv debattstrategi.

Vi trenger diskusjonen

Tiden er moden for en reell og gjennomgående diskusjon om prioriteringer i psykisk helsevern. Men pasientenes utrednings- og behandlingsbehov er viktigere enn profesjonenes egeninteresser. Det kan ikke være noen tvil om at psykiatere og psykologer har distinkte og nødvendige bidrag i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser. Styret presenterer overbelastede psykiatere som hovedproblemet som må løses. Hvis problemet er at psykiatere er overbelastet, er ikke større ansvarsoppgaver den intuitivt logiske løsningen. Psykiatere er nok ikke den eneste yrkesgruppen i psykisk helsevern som har krevende arbeidsdager. At styret tar initiativet til en viktig og nødvendig debatt, er beundringsverdig. Jeg håper styret kan bli mer konkret, åpen og direkte i kommunikasjonen fremover.

Referanser

- Reitan, S.K. & Lien L. (2023). Mental health services in Norway. *BJPsych International*, 20(4), 95–99. <http://dx.doi.org/10.1192/bji.2023.25>
- Reitan, S.K., Shagyani, S., Larsson, U., Weibell, M., Mork, E., Halvorsen, N., Lorentzen, K.N., Smetop, M. & Lien, L. (2024). Oppgaveglidning i psykisk helsevern – behov for tydeligere oppgavefordeling. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/oppgaveglidning-i-psykisk-helsevern-behov-for-tydeligere-oppgavefordeling/628773>