

# Psykologer mangler vurderingsferdigheter

Ivar Elvik  
ivarelvik@gmail.com

Et godt fungerende psykisk helsevern krever gode faglige prioriteringer. Psykologspesialistene har ikke kompetanse til å bidra til at prioriteringene realiseres.

Elvik er leder av Norsk psykologforenings fagutvalg i voksenpsykologi.



Illustrasjon: Hilde Thomsen



Ivar Elvik (Foto: Per Halvorsen)

Hva er psykologer best på? Mange vil hevde at psykologers viktigste kompetanse er å være fortreffelige psykoterapeuter. Vi makter å skape en tillitsfull relasjon der andre har feilet. Ved å ta utgangspunkt i dynamikken mellom pasient og behandler danner vi oss en forståelse av hvordan pasientens tidligere erfaringer gjentas i møte med andre. Slik får vi et grunnlag for å agere på en måte som skaper emosjonelt korrigerende erfaringer.

Hvis jeg tillater meg en lett profesjonsnarsissistisk stolthet, vil jeg driste meg til å påstå at dette er psykologenes superkraft.

Utstyrt med denne superkraften går vi for å redde verden. Og hvorfor ikke starte der nøden virker å være størst? Nemlig i spesialisthelsetjenesten. Dessverre er det ikke mulig å bruke denne superkraften fordi våre evner til å foreta gode prioriteringer er nærmest fraværende. Dette går ut over pasientene våre, helsetjenestens kapasitet og til syvende og sist også oss selv. Prioriteringer er vår kryptonitt.

## Supermanns vurderinger

Første oppgave i vår redningsaksjon er å møte en enkelt pasient. For å gjøre en vurdering. Se for deg Supermann som ser en person i nød, og stiller seg selv spørsmålet om det ser alvorlig nok ut, om det vil kreve for mye ressurser å hjelpe personen, og om hjelpen vil fungere. Jeg har til gode å se en tegneserie som illustrerer at Supermann, etter en grundig vurdering, finner ut at det er litt for ressurskrevende å hjelpe akkurat denne personen, og flyr videre til en litt større klynge av folk i nød for å med lavest mulig innsats klare å hjelpe litt flere uten å slite seg for mye ut.

Har du noen gang lest om Supermann som etter å ha startet en redningsaksjon gjør en vurdering av om hjelpen han gir, har effekt? For så å fly videre fordi han beslutter at hjelpen faktisk ikke

fungerer så godt. Derfor gir han opp hele prosjektet. Av og til kan vi lese om skadelig effekt av hjelpen Supermann har gitt, i form av en ødelagt by etter en heftig kamp. Det blir ikke gjort mye vurderinger av forholdsmessighet til disse ødeleggelsene. Kanskje antas det at ødeleggelsene hadde blitt verre om han ikke gjorde noe som helst.

*Det kreves en uvanlig klarsynt behandler for å vurdere om den terapeutiske investeringen gjør pasienten bedre*

## Manglende prioriteringskompetanse

En student fra profesjonsstudiet fortalte meg en gang at en foreleser hadde anbefalt studentene å ikke søke jobb i spesialisthelsetjenesten etter ferdig utdanning. Årsaken var at de ikke ville ha gode rammevilkår i spesialisthelsetjenesten for å utøve psykologvirket som de lærte på studiet. Jeg antar foreleseren da snakket om våre psykoterapeutiske superkrefter.

Men er psykoterapeutiske superkrefter vår viktigste ferdighet som psykologer? Jeg mener evne til å gjøre gode prioriteringer er en helt grunnleggende ferdighet som vi trenger i helsetjenesten i dag. Dette gjelder på overordnet nivå knyttet til tjenesteutbygging, og det gjelder på individnivå i det kliniske arbeidet psykologer gjør. Slik kompetanse handler om å gjøre vurderinger om hvem som trenger behandling mest, og hvem som bør veiledes til andre tiltak. Eller sagt litt mer ærlig, hvem som bør få avslag på helsehjelp, eller ved hvilken tjeneste behandlingen bør avslås.

Selv om evne til å gjøre gode prioriteringer er helt nødvendig, er opplæringen når det gjelder dette, mer eller mindre fraværende, både i profesjonsutdanningen og spesialistutdanningen. Foreleseren har sånn sett rett i at det som undervises om på studiet, ikke harmonerer med arbeidsoppgavene i tjenestene.

## Allianse uforenlig med prioritering?

Helt fra første møte i terapi jobber psykologer med å opprette terapeutisk allianse med pasienten. Vi søker å vise forståelse og trygghet for å skape et relasjonelt bånd, finne frem til felles mål og utarbeide en plan for å skape endring. Utgangspunktet er trolig ikke hjelpsomt når vi også skal foreta prioriteringsvurderinger. Som psykologer tenker vi at vi kan hjelpe. Dermed prioriterer vi pasienten som sitter foran oss. Og i blindsonen vår? Der finnes en anonym horde av hjelpetrengende mennesker som venter på hjelp. Tendensen til å tilby større hjelp til spesifikke, identifiserbare ofre enn til anonyme, statistiske ofre er en kjent kognitiv bias kalt den identifiserbare offer-effekten. Denne biasen påvirker i aller høyeste grad psykologers arbeid.

En annen faktor som bidrar til å begrense vår evne til å foreta nødvendige prioriteringer, er den terapeutiske narsissismen. Begrepet henviser til troen vi har på at det er akkurat *jeg* som kan hjelpe *deg*. Irvin Yalom illustrerer denne formen for narsissisme godt i boken *The Gift of Therapy* (Yalom, 2009). Han beskriver, med dårlig skjult stolthet, at han har hjulpet mange tilsynelatende hjelpeløse kausus, noe han trekker frem som positivt. Troen på vår egen fortreffelighet hjelper oss å ivareta håp om at bedring er oppnåelig, som i seg selv er en nødvendig bestanddel av terapiprojektet. Men hjelper den terapeutiske narsissismen oss å gjøre gode prioriteringer knyttet til ressurs- og nyttekriteriet? Jeg tror heller den blinder oss for å gjøre en nøktern vurdering om terapiforløp med lav sannsynlighet for nytte.

Prioriteringer forutsetter også at psykologen klarer å ta valg mellom å skulle fortsette eller avslutte et terapiforløp. Litt forenklet sagt bør terapien fortsette om den fungerer, og ellers avsluttes. Men er psykologene gode til å vurdere hvilke terapiforløp som er nyttige? Mitt inntrykk er et klart nei. Det kreves en uvanlig klarsynt behandler for å vurdere om den terapeutiske investeringen gjør pasienten bedre. En slik vurdering krever at du må være åpen for at all innsatsen du og pasienten har gjort, ikke har båret frukter. Eller til og med gjort vondt verre. Pasienten hadde kanskje hatt det bedre om dere aldri hadde startet dette terapiprojektet. En slik vurdering vil for noen terapeuter true deres selvbilde som gode terapeuter. Men til tross for at flertallet av psykoterapiforløp for eksempelvis depresjon ikke har effekt ut over standard behandling (Cuijpers et al., 2021), overvurderer vi prognosene til nettopp de terapiforløpene vi selv har investert så mye tid, krefter og prestisje i. Sagt med fagspråket rammes vi av Concorde bias. Denne kognitive tendensen lar seg ikke uten videre forene med god vurderings- og prioriteringskompetanse.

## Mer er ikke alltid bra

Min påstand er at psykologer i svært liten grad er i stand til å avslutte terapiforløp som ikke fungerer. Etter mitt syn er det et grunnleggende problem at psykologer tenderer mot å anbefale stadig mer psykoterapi, og da gjerne av den terapiretningen psykologen selv er skolert i. Vi er ikke alene med å ha dette problemet. Det er tilsvarende problematisk med leger som i møte med et problem ser på medisiner som svaret på alt.

*Pasienter som trenger hjelp, er på venteliste i lang tid eller får ikke tilgang på virksom hjelp*

Pasienter i psykisk helsevern i dag får forskjellige svar på spørsmålet om hvilken behandling som er anbefalt, ut fra hvilken profesjon og psykoterapiskolering behandleren har. Dette er en betydelig svikt innen psykisk helsevern. Er du psykolog med videreutdanning i kognitiv terapi? Flaks. Det var også anbefalt behandling for pasientens vansker. Er du en psykodynamisk orientert behandler? Vel, langtidsterapi er tilfeldigvis svaret. Er du en mer biologisk orientert psykiater? Da har plutselig medisiner den beste effekten. Prioriteringer og behandlingsanbefalinger bør ha høyere validitet og reliabilitet mellom helsepersonell enn det som kan forventes fra bilselgere. Dessverre er det i dag ikke åpenbart at psykologer og Psykologforeningen har svaret på hva som er til reell hjelp.

## Noen må få mindre

Psykisk helsevern er et komplisert og sammensatt system som står overfor en rekke utfordringer. Pasienter som trenger hjelp, er på venteliste i lang tid eller får ikke tilgang på virksom hjelp. Ansatte slutter, tjenestetilbud rammes av kutt og nedskjæringer, og pårørende og pasienter uttrykker fortvilelse over mangelfulle tilbud. Ulike pasienter har ulike historier, lidelser og forutsetning for bedring. Kompleksiteten betyr at det ikke finnes én løsning som fungerer for alle problemstillinger. Det betyr også at vi må ha forståelse for at psykisk helsevern ikke engang er en løsning overhodet. Vi må bli gode til å prioritere de sakene hvor hjelpebehovet er størst, og der psykisk helsevern faktisk er det riktige stedet for å motta hjelp. Og prioritering betyr faktisk at når noen skal få mer, må andre få mindre.

Prioritering er en ferdighet som må læres, øves på og forankres i god kunnskap. Prioriteringskompetanse bør være mer til stede i både profesjonsutdanningen og i

spesialistutdanningene. Hvis ikke psykologer trer frem som en profesjon som klarer å møte prioriteringsutfordringene på en god og faglig forankret måte, vil verden se seg om etter en annen superhelt som kan gjøre jobben.

## Referanser

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Jenni, K. E. & Loewenstein, G. (1997). Explaining the “Identifiable Victim Effect.” *Journal of Risk and Uncertainty*, 14, 235–257. <https://doi.org/10.1023/A:1007740225484>
- Yalom, I. (2009). *The Gift of Therapy*. HarperCollins.