

Å la sin forskning påvirke sin kliniske praksis

Statistisk er det mer psykiske helseproblemer blant de med lav inntekt og lav utdanning. Da må vi kunne diskutere at avtalespesialistenes klienter ser ut til å ha en bedre sosioøkonomisk bakgrunn enn i det psykiske behandlingsapparatet ellers.

TEKST

Haldis Hjort,

PUBLISERT 5. mai 2010



DEBATT: AVTALESPELISTER

I forrige utgave av Tidsskriftet stilte Kari Høydahl seg kritisk til Haldis Hjort sin beskrivelse av avtalespesialistenes inntakspraksis.

Jeg ble forbauset over Kari Høydahls innlegg i forrige nummer, fordi hun synes å oppleve at jeg kritiserer og moraliserer over hennes og andre avtalespesialisters praksis i mitt innlegg. Det står at jeg «angriper og mistenkeliggjør avtalespesialisters inntakspraksis». Sterke ord!

Men jeg har *selv* praksis som avtalespesialist, samtidig som jeg er forsker i Sintef Helsetjenesteforskning. Intensjonen med mitt innlegg var å fortelle psykologkolleger om hva vi fant i en undersøkelse om alle voksne pasienter innenfor ambulant team, DPS-er og avtalespesialist-tjenesten i psykisk helsevern (Sintefrapport A11408, 2008, kan lastes ned fra Sintef.no). Og videre at resultatene har fått meg til å reflektere over egen praksis.

To spørsmål til Høydahl

Jeg skulle ønske at Høydahl hadde tatt seg tid til å se på undersøkelsen, og jeg håpet å få i gang en god og vennlig debatt om årsakene til funnene. Undersøkelsen er solid: Svarprosenten fra psykiatere og psykologer i avtalespesialisttjenestene var 66 %, noe som er bra i frivillige spørreskjemaundersøkelser. Mitt første spørsmål til Høydahl er: Mener du at funnene er riktige?

Mitt andre spørsmål er: Er funnene verdt å reflektere over? Selv ble jeg betenkt over at det ser ut til å være en mye større andel av pasienter i avtalespesialisttjenesten som har

egen inntekt og ikke har behov for trygdeytelser, enn pasientene i DPS-ene og ambulante team. Avtalespesialist-pasientene er også langt over utdanningsnivået til både den norske gjennomsnittsbefolkningen og pasientene i DPS-er og ambulante team. Når jeg gjorde en liten statistikk over egen praksis i senere år, lignet den litt for godt på disse resultatene.

Det ser da ut til at mange av de som sliter mest, ikke får mest hjelp. Blant andre psykiater Odd Steffen Dalgard ved Folkehelse har forsket på sammenhenger mellom sosial klasse og psykiske lidelser, og finner at pasienter med «minst utdanning og inntekt har mest psykiske helseproblemer» (*Klassekampen*, 10.2.2010, s. 7). Høydahl skriver at lidelsestrykket går på tvers av sosial klasse, og selvfølgelig finnes det mennesker fra sosiokulturelt bra kår som lider. Men statistisk er det stor skjevhet. Mener Høydahl at det er en rettferdig situasjon?

Avtalespesialistenes ressurser

Hvordan begrunner jeg at avtalespesialistene har store behandlingsressurser for den enkelte pasient? For det første kan pasienten som regel få mye lengre eller mer intensiv psykoterapi hos en avtalespesialist enn i poliklinikkene, noe det også er data på i Sintef-rapporten. Jeg får stadig henvendelser fra pasienter som søker om behandling fordi DPS-en de har vært hos, ikke vil ta dem inn igjen, eller fordi de bare fikk noen få timer. Disse pasientene kan ha store psykiske problemer, og vil trenge mer terapi hvis de skal unngå langtids sykemelding, kronifisering eller uføretrygd. For det andre har avtalespesialistene gjennomsnittlig mye lengre erfaring enn psykologene og psykiaterne i de andre delene av polikliniske tjenester (se siste avsnitt). Og for det tredje er det altså den rimeligste behandlingen som finnes. Etter at pasienten har betalt 1840 kroner, er behandlingen gratis resten av året. Spesialister uten driftstilskudd har gjerne en timepris på 700 kroner eller mer: Det er 2–3 timer terapi for summen som en pasient i avtalespesialisttjenesten betaler i løpet av ett år. Og her kan man få 100 eller flere timer i året hvis det er behov for flere timer i uken, og man kan gå i terapi i flere år hos samme behandler.

Noen mener at DPS-ene og ambulante team kan ta seg bedre av pasienter med det som kalles alvorlige eller sammensatte lidelser (enkelt definert som dobbeltdiagnose- eller psykoseproblematikk), fordi pasientene der har et team rundt seg som kan arbeide med de forskjellige sidene av lidelsene. Og det er klart at det kan være vanskelig for en med enkeltforetak å ha for eksempel en ruspasient som har vanskelig for å holde avtaler, en pasient med drastisk suicidalitet eller en med psykose i akutt fase. Men jeg tror vi som er avtalespesialister kan stille opp mer for dem hvis vi blir flinkere til å samarbeide med fastlege, NAV, pårørende, vennenettverk, lavterskel- og førstelinjetjenester; i det hele tatt for pasienter som har krav på Individuell plan og ansvarsgruppe. Og lidelser det snakkes mye om for tiden når det gjelder sykefravær og fare for uførhet – alvorlig depresjon, angst og posttraumatiske lidelser og som ofte trenger en lengre terapeutisk prosess – går godt inn i en avtalespesialists arbeidssituasjon. Sintef-rapporten viser også at avtalespesialistenes pasientpopulasjon i stor grad behandler slike lidelser, og våre

lange ventelister viser at det er for mange pasienter som ut fra departementets prioriteringsveileder har krav på våre tjenester.

Lovens bokstav og virkeligheten

Høydahl sier at det i Norge er bred politisk enighet om at alle skal ha den samme rett til sosiale ytelser som behandling, utdanning og trygd, og henviser til pasientrettighetsloven, som skal sikre at befolkningen har «lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet». Men én ting er lovens bokstav, en annen er realitetene. Jeg har vært veldig glad i Norges gamle velferdsstat som var mot «fattigkasseprinsippet» – at det ikke skal være behovsprøving verken på barnetrygd, studielån, husbanktilskudd eller helsetjenester. Men det sprekker på flere områder i vår markedsliberalistiske tid: Husbanken har blitt en bank for folk med dårlig økonomi, og det er en økende tendens til et todelt helsevesen hvor stadig flere kjøper dyre private helsetjenester og -forsikringer med høy kvalitet for å slippe helsekøer (*Dagens Medisin* 12.11.09). Men i vår del av psykisk helseverntjeneste er det altså mange som har relativt god råd.

Jeg synes nok at Høydahl definerer meg på en måte jeg ikke fortjener, og tillegger meg en «undertekst» når hun skriver: «Merkelig nok ønsker ikke Hjort å gå nærmere inn på årsakene til skjevrekutteringen.... Hjort mener å ha funnet løsningen – uansett hva årsakene kan være.... På denne måten søker Haldis Hjort å rette på systemskjevhetene, og mener åpenbart at også andre bør gjøre det samme.»

Men jeg er svært interessert i å finne årsakene, og nevnte et par *hypoteser* som slett ikke baserer seg på data, fordi Sintef-rapporten handler om sosioøkonomiske data mer enn om årsaker. Jeg skrev jo: «Jeg synes vi som psykologer bør tenke over hva som kan være årsak til skjevhetene», og nevnte det jeg selv fikk trang til å gjøre etter at jeg så dataene: Når jeg får brev eller telefon fra en søker, kontakter jeg vedkommende og forteller om lengden på min venteliste. Høydahl skriver videre: »... hvordan får Hjort sine opplysninger om vedkommendes inntekts- og formuesforhold? Uansett fremstår en slik praksis for meg som meget betenkelig.» Svaret er at søkerne ofte beskriver økonomiske forhold i sine brev. Uansett; når jeg nevner for søkerne navnene til noen spesialister uten driftstilskudd som har kortere venteliste enn meg, er det noen som reagerer med takk for opplysningene, og andre som uansett ventelistelengde bare sukker oppgitt. Synes Høydahl at jeg ikke skal gi disse opplysningene?

Det er *systemet* som bryter prinsippet om at alle har like stor rett til helsehjelp, når det er altfor mange som ønsker god og rimelig terapi, og burde få det. Rapporten forteller at godt over 30 % av avtalespesialistene har gitt opp å føre venteliste, og det hyppigste argumentet var «For stor pågang, for mange forespørsler og henvisninger».

Høydahl sier at «vi ville vel alle reagere hvis en pasient med kreft og god økonomi bevisst ble satt langt ned på ventelisten og anbefalt i stedet å dekke utgiftene selv... Det ville aldri bli akseptert som en god praksis innenfor somatikken. Hvorfor skulle det være annerledes i forhold til psykiske lidelser?» En kollega jeg nevnte dette eksemplet til, svarte at «Dine funn viser vel det motsatte av hennes kreftsammenligning: Hvis det var slik at fattige kreftpasienter gjennom en sannsynlig rekke av små mekanismer langt

sjeldnere enn rike fikk et offentlig finansiert tilbud med høy kvalitet, hvordan ville vi da reagert? Ved å motvirke de mekanismene.»

Hvordan løse problemet?

Jeg er enig med Høydahl i at det må være psykologfaglige vurderinger som er retningsgivende for inntak, men som sagt er det altfor mange som er sterkt kvalifisert ut fra psykologfaglige vurderinger. Høydahl spør om jeg virkelig synes det er en ønskelig situasjon for pasient og psykolog at en offentlig fordelingsinstans skal bestemme. Jeg mener det er uhyre viktig at vi avtalespesialister får bruke vårt gode og selvstendige psykologfaglige skjønn. Samtidig tror jeg det bør være en god offentlig fordelingsinstans som ikke bestemmer, men som har mye bedre oversikt enn man har i dag. HELFO (Helsetjenesteforvaltningen) startet i fjor en sentral ordning der søkere kan ringe og spørre hvor det synes å være ledig kapasitet, og hvor vi avtalespesialister med jevne mellomrom skal si fra om vi har noe ledig, eller anslagsvis når vi kan ha det. Det er et visst framskritt i forhold til at pasientene før bare fikk en liste over avtalespesialistene fra fastlegen eller DPS, og selv måtte ringe rundt eller sende titalls meget personlige brev om sine lidelser. Men fordelingsinstansen burde styrkes sterkt med folk som har psykologfaglig skjønn!

Hvorfor blir det ikke flere avtalehjemler?

Det ser ikke ut til at helsemyndighetene verdsetter den faglige ressursen som avtalespesialisttjenesten er, noe Sintef-rapporten underbygger. Avtalespesialistene i 2000 utgjorde tilbudet til 40 % av alle pasientene innenfor polikliniske tjenester. Men det er praktisk talt ingen økning i antall årsverk i perioden 2000–2007. Økningen i samme periode på antall legeårsverk ved poliklinikkene var 35 %, og for psykologårsverk på samme sted en økning på hele 88 %. Derfor utgjør avtalespesialistene nå bare 30 % av antall årsverk innenfor det polikliniske behandlingstilbudet for voksne. Rapporten sier videre at «på bakgrunn av at en betydelig andel av lege- og psykologårsverkene ved poliklinikkene *ikke* er spesialister, utgjør avtalespesialistene en mye høyere andel av den polikliniske *spesialisthelsetjenesten*».

Gjennomsnittlig er norske avtalespesialister godt over 50 år, og blant psykiaterne er mer enn 40 prosent 60 år eller eldre. En mistanke om «undertekst» hos helsemyndighetene dukker opp i meg: Vår tjeneste skal dø ut, selv om de fortsatt gir ut noe som de misvisende kaller «nye» hjemler; misvisende fordi det bare er snakk om å dele ut igjen plassene til de som har gått av fordi de ble 70 år. Dette kalles «ættestupet» i Psykologforeningens takstveileder for 2010, noe jeg ikke synes er så morsomt.

haldis.hjort@sintef.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 5, 2010, side

Haldis Hjort,