

Hvorfor etablere en fastpsykologordning?

Offentlig finansiert farmakologisk behandling er i dag mye mer tilgjengelig enn psykologisk behandling for de samme lidelsene. Det er ikke gode faglige argumenter for et slikt fravær av valgfrihet.

TEKST

Arnstein Mykletun

PUBLISERT 5. august 2012

På landsmøtet til Unge Høyre i juni uttalte Erna Solberg at hun ønsker seg et system med fastpsykologer. Hun presiserte at det ikke var snakk om at enhver ville ha rett til sin egen psykolog som man har til sin fastlege, men at det blir mulig å få hjelp når man trenger det.



SUKSESS: Fra 1993 til 2003 økte bruken av antidepressiv medisin med omkring 400 prosent, godt hjulpet av legemiddelindustriens markedsføring, skriver Arnstein Mykletun.

Foto: YAY Micro

Organiseringen av de psykiske helsetjenestene for mennesker med lettere psykiske lidelser er både et faglig og et politisk spørsmål som mange av oss har vært opptatt av lenge. Ifølge dagens organisering av helsetjenestene er fastlegen første adresse for mennesker som søker hjelp for lettere psykiske lidelser. Hvis man ønsker behandling hos psykolog, må man enten kjøpe tjenestene privat eller vente lenge på behandling. Organiseringen av inntaket til privatpraktiserende psykologer med refusjonsordning er

et kapittel for seg som vi ikke vet nok om, men enkelte anekdoter antyder at psykologer med refusjonsordning til en viss grad kan velge hvilke pasienter de ønsker å behandle.

**«fra mitt beste faglige og kliniske
skjønn kan jeg ikke se at en
ytterligere økning i
farmakologisk behandling er
løsningen for denne gruppen»**

Ikke økning i psykisk sykdom

Det er en utbredt oppfatning at lettere psykiske lidelser øker i utbredelse. De fleste publiserte artikler på feltet konkluderer imidlertid med at forekomsten av psykiske lidelser er stabil (Mykletun, Knudsen et al., 2009). Mindretallet av de som får psykiske lidelser, blir behandlet (Rones, Mykletun et al., 2005; Zachrisson, Rodje et al., 2006). Men andelen og antallet unge som uføretrygdes for en psykisk lidelse, øker (Mykletun, Eriksen et al., 2010).

Selv om forekomsten er stabil, finnes det argumenter for etablering av en fastpsykologtjeneste. Det er ingen tvil om at etterspørselen er større enn tilbudet når det gjelder psykologisk behandling i befolkningen. Enkelte studier hevder at flertallet heller ønsker å gå til psykolog enn å ta piller (Layard, 2006).

Valgfrihet

Vi har allerede økt bruken av legemidler ved behandling av vanlige psykiske lidelser. Fra 1993 til 2003 økte bruken av antidepressiv medisin med omkring 400 prosent (Mykletun, Knudsen et al., 2009). Dette koster det offentlige mye i form av blå resepter og fastlegers tid. Økningen var ikke resultatet av en politisk beslutning – ei heller en beslutning i Helsedirektoratet eller andre sentrale myndigheter – men av titusener av enkeltbeslutninger på kontorene til fastleger og enkelte psykiatere. Behandling av depresjon med SSRI-preparater ble lansert i 1993, og legemiddelindustrien informerte legene om medisinenes fortreffelighet. Direkte markedsføring til befolkningen er ulovlig i Norge, men de nysgjerrige vil finne eksempler fra US A på YouTube.

Patentbeskyttelsen gav industrien sjenerøse budsjetter til å pleie kontakten med legene. Legemiddelindustriens budsjett for kontakt med legene og annen markedsføring kan faktisk sammenlignes med deres forsknings- og utviklingsbudsjett (Goldacre, 2009).

Og kontakten virket: Da patentbeskyttelsen utløp i 2003 og billige kopipreparater ble tilgjengelig, flatet økningen ut. Mange pasienter foretrekker likevel psykologisk behandling, og mange psykiske lidelser egner seg godt til å behandles med samtaleterapi. Mange fastleger etterspør også en mer tilgjengelig tjeneste hvor denne pasientgruppen kan henvises (Mykletun, Knudsen et al., 2010). Dessuten virker antidepressiv medisin best på mer alvorlige depresjoner, mens mildere depresjoner utgjør flertallet (Kirsch, 2008). Fagmiljøene strides stadig om hva som er mest kurativt

på kort og lang sikt, og hva som er billigst. Standpunktene i slike debatter fremmes ofte av personer som av utdanningsbakgrunn er bundet til primært å levere den ene typen behandling. Ikke rart frontene iblant kan bli steile.

Offentlig finansiert farmakologisk behandling for angstlidelser og depresjoner er i dag mye mer tilgjengelig enn offentlig finansiert psykologisk behandling for de samme lidelsene. Det er ikke gode faglige argumenter for et slikt fravær av valgfrihet.

Samfunnsøkonomi

De samfunnsøkonomiske aspektene ved en eventuell fastpsykologordning er høyst uklare. I dag betjener ca. 4500 fastleger en populasjon på fem millioner, altså omkring 1000 pasienter per fastlege. Hypotetisk ville 500 fastpsykologer måtte betjene 10 000 pasienter hver, og en slik satsing ville være vesentlig større enn den pågående kommunepsykologsatsingen. Alternativene har imidlertid også kostnader. Det er selvsagt utgifter forbundet med farmakologisk behandling og samtaler med fastlegen. Fastleger vil nok i overskuelig framtid ha høyere timepris enn fastpsykologer. Flertallet av unge som innvilges uføretrygd, får dette for en psykisk lidelse, og andelen unge som uføretrygdes, øker. Innvilgelse av uføretrygd til unge mennesker har store framtidige kostnader for samfunnet og den enkelte, og således er den samfunnsøkonomiske oppsiden stor dersom uføretrygd kan forebygges.

Hvordan vi skal snu den uheldige utviklingen hvor en stadig større andel av unge blir uføretrygdet for en psykisk lidelse, er stadig et åpent spørsmål. Men ut fra mitt beste faglige og kliniske skjønn kan jeg ikke se at en ytterligere økning i farmakologisk behandling er løsningen for denne gruppen som helhet. Da er jeg mer positiv til å prøve andre løsninger, for eksempel økt tilgjengelighet av psykologisk behandling.

Det kan innvendes at en fastpsykologordning er urealistisk fordi det ikke finnes arbeidsledige psykologer. Hvor skulle vi finne 500 psykologer på utkikk etter jobb? Tilsvarende utfordring hadde man imidlertid da fastlegeordningen skulle etableres, og den utfordringen ble løst med økonomiske incentiver, altså med takster som gjorde det mulig å tjene godt på å være fastlege.

Sykeliggjøring?

Noen vil nok innvende at forslaget om fastpsykologer innebærer en sykeliggjøring av samfunnet. Jeg slutter meg ikke til dette argumentet. Slike argumenter er tuftet på stigma ved psykiske lidelser, og det å gå til psykolog. I dag har vi jo alle en fastlege, uten at jeg kan huske at noen har ment at det fører til en sykeliggjøring av befolkningen. Det er heller ingen som kontrollerer hva vi snakker med fastlegen om. Fastlegene håndterer i dag pasienter som melder om nedstemthet, engstelighet, søvnvansker, vansker på jobben, utagerende barn eller vanskelige ektemenn. Hvorfor blir det sykeliggjøring om de samme temaene drøftes med en fastpsykolog?

FAKTA: PSYKOLOGISK BEHANDLING

- Ulike politiske aktører har i den siste tiden gitt sin støtte til tanken om en psykologisk lavterskelbehandling inspirert av fastlegeordningen
- Forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen ser ut til å være stabil, men andelen unge som uføretrygdes for en psykisk lidelse, øker
- Angstlidelser og affektive lidelser er de vanligste psykiske diagnosene uføretrygd innvilges for
- Farmakologisk behandling for disse lidelsene er lett tilgjengelig via fastlegen, og billig. Psykologiske behandlingsformer er langt mindre tilgjengelig. Det er ikke gode faglige argumenter for dette fraværet av valgfrihet
- På spørsmål om hva som kan gjøres for å forbedre behandling av psykiske lidelser i førstelinjetjenesten, etterspør flertallet av fastleger større mulighet til henvisning

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 8, 2012, side 801-803

TEKST

Arnstein Mykletun, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

KONTAKT: simon.overland@iuh.uib.no

+ **Vis referanser**

Referanser

Goldacre, B. (2009). *Bad Science*. London: Harper Perennial.

Kirsch, I. D., Brett, J. D., Heudo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., Johnson, B.T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine* 5(2).

Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal* 332(7548), 1030-1032.

Mykletun, A., H. R. Eriksen et al. (2010). Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform Arbeidsdepartementet. Oslo: Arbeidsdepartementet.

Mykletun, A., Knudsen, A. K. et al. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo, Folkehelseinstituttet 8.

Mykletun, A., Knudsen, A. K. et al. (2010). General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *Bmc Health Services Research* 10.

Roness, A., Mykletun, A. et al. (2005). «Helpseeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression.» *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111(1): 51-58.

Zachrisson, H. D., Rodje, K. et al. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC public health [electronic resource]* 6.

