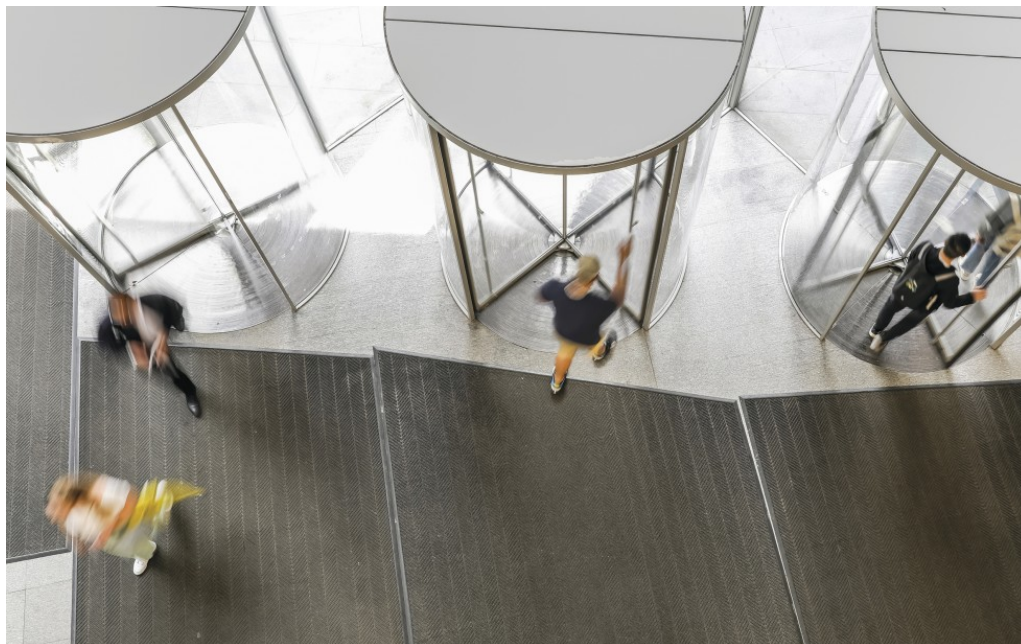


Delfinansiering av psykologer uten avtale

PSYK
KOL
OGI



SVINGDØRSPASIENTER Vi risikerer at pasienter som har behov for behandling over tid, ennå en gang svinges i dørene inn til helsevesenet, skriver artikkelforfatteren. Foto: Halytskyi Olexandr/Shutterstock/NTB

Jeg utfordrer Psykologforeningen: Vi trenger flere avtalespesialister og delfinansiering av psykologer uten avtale for at utviklingstraumatiserte skal få hjelpen verken kommune eller sykehus har kapasitet til å gi.

TEKST

Kristin Lyse

PUBLISERT 1. november 2022

EMNER

avtalespesialister

Traumebehandling

Små barn i voksne kropp er ofte på mitt kontor. Noen har erfaringer med at voksne har forlangt at barnekroppene skulle brukes til «voksne ting», for eksempel å skjule rusmisbruk eller å være en jevnlig kilde til seksuell tilfredsstillelse. Kanskje ble barnet utsatt for gjentatte slag. Kanskje det ikke så noen annen utvei enn å gi den voksne rett: «Slik må det sikkert være – jeg er jo bare en drittunge – ingenting verdt, så jeg behandler meg selv likedan.» En selvforakt har begynt å ta form, som det senere i livet kan komme til å måtte betale dyrt for.

Fare for avvisning

Som avtalespesialist får jeg stadig slike saker henvist fra andre deler av spesialisthelsetjenesten eller fra fastlegen. Mange av sakene kjennetegnes av stadige skifter av behandlere i poliklinikkene; hvis pasientene i det hele tatt har vært så heldige å få et tilbud der. Kanskje har de hatt noen runder med kortvarige innleggelser, gjerne med en studieevne og arbeidsevne balanserende på en knivsegg.

Vi snakker om traumer påført under utvikling, eller relasjonsskader som har satt spor i kropp og sjel. Sporene kan arte seg som selvutslettende væremåter, som har en tendens til å repeteres i nye forhold.

«Med dette som bakteppe er det uklart hva Psykologforeningen ønsker å oppnå»

Også i de terapeutiske. Barnet i den voksne kroppen har alle slags bakgrunner og kan ytre sett fremstå som ressurssterke eller ressurssvake – alt ettersom. Felles er at mange er i sterk tvil om de fortjener å få hjelp med problemene sine.

Noen betegner slike pasienter som for dårlige for førstelinjen eller for komplekse for andrelinjens tid til å behandle dem. De er derfor ofte utsatt for å bli avvist i døren inn til helsevesenet, om ikke én, så flere ganger! Vårt svar på pasientens spørsmål om rett til behandling innebærer derfor en stor risiko for at vi bekrefter barnet i den voksne kroppens antakelse om «å ikke være verdt å hjelpe».

Sorteringsarbeid

Kanskje er ikke pasientene «motiverte» eller «i allianse med» poliklinikkens krav om «rask bedring» (eller rettere sagt prioriteringsveilederens diktat som sier noe om at nytten skal stå i forhold til ressursbruken). Kanskje er realiteten heller at grad av nytte av behandling også fordrer ressurser i form av tid, og at vi bør akseptere at pasientene over en periode til en viss grad blir avhengige av oss som behandlere. Noe som kan være gunstig for at utviklingstraumatiserte pasienter skal kunne utvikle god tilknytning i andre relasjoner.

Med dette som bakteppe er det uklart hva Psykologforeningen ønsker å oppnå når den foreslår å delfinansiere psykologstillinger i kommunen, «med diagnostisk kompetanse som kan skille mellom hvem som kan behandles i kommunen, og hvem som skal behandles i sykehusene», slik foreningens president Håkon Skard tok til orde for i Dagsnytt 18, 11. august i år.

«Vi risikerer at pasienter som har behov for behandling over tid, nok en gang svinges i dørene inn til helsevesenet»

Isamme sending fortalte Skard om psykologer som «dras over i det private fordi de faglige vilkårene i spesialisthelsetjenesten ikke er gode nok».

Skal de delfinansierte stillingene brukes til å sile hvem som skal ha lavterskeltilbud i kommunen, og til mer høyspesialiserte tilbud i spesialisthelsetjenesten i tillegg til silingen i inntaksteamene?

Vil sorteringen være basert på en forståelse av at psykiske lidelser er relativt standardiserte størrelser, slik som diagnose og symptomer som kan angis på et (digitalt) papir? Eller skal psykiske lidelser også forstås som pågående patologiske prosesser, som for noen kan gå riktig galt – om det ikke gis behandling over tid? For det skal vel ikke psykologer i kommunen tilby?

Delfinansiert behandling

Dersom pasienter skal henvises videre, må det også finnes gode nok vilkår for å gi «vekstfremmende» behandling hos henvisningsmottaker. For pasienter som ikke nyttiggjør seg behandling på kort sikt, har det hittil blitt anbefalt behandling hos avtalespesialist. Denne anbefalingen er trolig basert på at poliklinikkene er kjent med at vi kan tilby stabile behandlingsrelasjoner. Vi skifter sjelden jobb, har lang erfaring gjerne fra den øvrige delen av spesialisthelsetjenesten og kompetanse i å behandle bl.a. utviklingstraumer, som DPS eller sykehus sjelden har kapasitet til å behandle selv.

Veksten i antall avtalespesialister har over år uteblitt. Det er derfor ikke uten grunn at pasienter klager over at de må vente altfor lenge, hvis de i det hele tatt får et tilbud. I min region har foretaket dessuten valgt å konkurransenutsette polikliniske tjenester istedenfor å lyse ut flere avtalespesialister. Aktuell forskning på privatisering via konkurransenutsetting av offentlige helsetjenester viser at det er assosiert med en viss økning i antall dødsfall som kunne vært unngått med bedre behandling (Goodair & Reeves, 2022). Det er langt fra sikkert at anbud på behandling blir en god «deal» for pasienter med behov for omfattende behandling. Slike pasienter gir som kjent «lav gjennomstrømning» og potensielt mindre inntekt for dem som behandler dem.

Samtidig skal også avtalespesialistordningen revideres gjennom et felles henvisningsmottak, kanskje med utsikt til effektivisering eller avlastning for poliklinikkens ventelister. Riktignok blir pasientene, gjennom en formalisering av vurdering av rett til helsehjelp, lovet kortere ventetid. Hva mener Psykologforeningen om innholdet i denne rettigheten dersom tilgangen på slik behandling svekkes?

Svingdørspasienter

Vi risikerer at pasienter som har behov for behandling over tid, nok en gang svinges i dørene inn til helsevesenet, når kortere ventetider krever ytterligere (bort)prioritering. Og om de faglige vilkårene svekkes også hos avtalespesialistene, blir det vel et spørsmål om tid før også vi «flykter» ut av hjemlene. Vi vil få et større klasseskille på hvem som har råd til behandling over tid, og prisen for samfunnet kan bli svært høy.

Spesialisthelsetjenesten har lenge påpekt ressursmangel, mens uførestatistikken for psykiske lidelser øker. Det fremstår derfor litt merkelig at Psykologforeningen verken understreker behovet for flere avtalespesialister eller for eksempel foreslår å delfinansiere behandling for voksne pasienter som må søke seg til helprivate, men vil ha statlig delfinansiering av nye stillinger for psykologer i kommunene. Som det allerede er vanskelig å rekruttere til, om vi skal tro rapporten fra Oslo Economics fra 2022.

En delfinansiering kunne ha bidratt til å redusere det såkalte klasseskillet, ved for eksempel å gjeninnføre rett til Helfo-refusjon for behandling hos det stadig økende antallet hel-private psykologer, som svært mange pasienter allerede må betale fra egen lomme for å kunne gå til. Det er også forskning som viser at innbyggernes tilfredshet med helsevesenet er assosiert med høy grad av offentlig dekning (Martinussen & Rydland, 2022). Som forskerne i denne studien påpeker, bør nettopp innbyggernes meninger om hvordan helsevesenet utformes, ha betydning for politikernes valg. Kanskje ville nettopp en rett til refusjon av utgifter som fulgte pasientene, ha betydning, dersom en spurte dem. Kanskje er dette særlig relevant når det er behov for behandling over tid, som ingen forsikring, student- eller bedriftshelsetjeneste meg bekjent dekker.

De utviklingstraumatiserte barna i voksne kroppar trenger tid og individuelt tilpasset behandling. Om verken spesialisthelsetjenesten eller kommunene har kapasitet til å gi dem slik behandling, hvem mener Norsk psykologforening at et offentlig finansiert psykisk helsevern skal være til for?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 11, 2022, side 1048-1050

TEKST

Kristin Lyse, avtalespesialist

+ Vis referanser

Goodair, B. & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: An observational study of NHS privatisation. *BMJ*, (7), e638–e646. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5)

Martinussen, P. E. & Rydland, H. T. (2022). (I can't get no)Satisfaction: A comparative study of healthcare recommodification in europe, 2010-18. *Health Affairs*, 41(12), 305, 115083. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115083>

Oslo Economics (2022). Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge.