

Jo, det er krise, Holman



Faksimile fra augustutgaven 2023.

«Tar psykologen feil, er det neppe krise», sier Per Arne Holman i et intervju med Psykologtidsskriftet. For meg var det nettopp krise det var, skriver Astrid Krahn.

TEKST
Astrid Krahn

PUBLISERT 30. oktober 2023

EMNER prioritierungsparadokset

Avtalespesialister

Jeg husker godt dagen avslaget fra DPS kom. Mine behov ble «ansett å være best ivaretatt i primærhelsetjenesten», het det. Jeg hadde en fantastisk fastlege, men hun hadde i likhet med andre fastleger hverken kompetanse eller rammer til å hjelpe meg med en kompleks psykisk lidelse. Hvordan primærhelsetjenesten skulle kunne hjelpe meg, ble ikke forklart nærmere.

Nærmere måltallet

Verden raste. Jeg hadde henvendt meg til avtalespesialister og hadde vært borti ulike lavterskeltilbud. Alle var enige i at jeg trengte hjelp, men det var ingen som kunne gi den. Jeg følte meg som en tigger.

Tanken om selvmord meldte seg. Med avslaget fra DPS raknet håpet om at det fantes en vei ut av det helvete jeg befant meg i. Heldigvis har de fleste høy terskel for å ta livet sitt, slik som meg. Men når folk går rundt med psykiske lidelser uten å få hjelp, går liv tapt, selv om de ikke dør.

Fastlegen sørget for ny henvisning, og hun var til stede for meg selv om hun ikke hadde verktøy for å hjelpe meg med de konkrete utfordringene mine. Hva med dem som ikke har en slik fastlege?

LES OGSÅ

Får mer behandling for mindre alvorlige tilstander

Mindre syke pasienter som blir behandlet av avtalespesialister, får mer behandling enn pasienter med alvorligere tilstander på distriktpsikiatriske sentre.

«Jeg følte meg som en tigger»

For tallknuserne i helseforetakene er selvsagt det det beste. Da kommer de nærmere måltallet for ventetid satt av politikere med behov for å vise handlekraft. Det både direktører og politikere konsekvent velger å se bort fra, er at formålet med å drive DPS ikke er å oppnå et eller annet teoretisk tall om ventetid, men å hjelpe mennesker som lider.

Prioriteringsparadokset

Holman peker på det han kaller prioriteringsparadokset, at pasienter hos avtalespesialister i snitt får mer behandling enn de som er på DPS. Det ene er at han ikke har belegg for at pasienter hos avtalespesialister faktisk er friskere, slik han forutsetter. (Da man på det nevnte DPS etter hvert skjønnte at jeg trengte hjelp fra spesialisthelsetjenesten, ble jeg fortalt at pasienter som trengte langvarig hjelp, bør henvises til avtalespesialister.) Holman bryr seg heller ikke om det faktumet at man ikke vet hvem som egentlig får mest riktig behandling. Hvordan pasienten har det etter utskriving, er åpenbart en så ubetydelig detalj at man ikke trenger å bruke krefter på å få vite noe om det.

Holman og hans kollegaer skriver også om «rettferdig fordeling». Å fordele et altfor lavt antall tilgjengelige konsultasjoner på pasientene med psykiske lidelser har samme effekt som å fordele et vilkårlig antall antibiotikadoser på alle pasienter med infeksjon. Det kan være rettferdig, men det gir ikke mening. Pasientene skal selvsagt ha rett type antibiotikum og full kur.

Hvordan kan det ha seg at det i 2023 fremdeles ikke er like selvfølgelig at også pasienter med psykiske lidelser skal ha adekvat og tilstrekkelig behandling? Hvordan kan det ha seg at det ikke er en selvfølge at man prøver et alternativ når første behandlingsforsøk

ikke lykkes, noe man gjør med selvfølgelighet når en pasient kommer med en infeksjon eller med kreft?

Psykisk helsevern definerer behovene til pasienten så de passer med ressursene de har tilgjengelig. En strategi er at man viser til studier som har vist fenomenal effekt av korttidsbehandlinger, og neglisjerer at slike opplegg ikke virker for alle. Jeg mener ikke å diskreditere all bruk av korttidsbehandling. Ingenting er bedre enn når folk kan oppleve rask bedring. Men iblant virker det som om pasienten defineres frisk fordi noen studieresultater eller en policy tilsier at hen skal være det.

Jeg følte meg som en tigger

Pekeleken

En annen strategi er å peke på andre hjelpeinstanser, fortrinnsvis uten å avklare om disse kan yte den hjelpen man forespeiler pasienten at hen kan få der. Spesialklinikken peker på DPS, som peker på avtalespesialist, som peker tilbake til DPS. Vet man ikke hvor man skal sende pasienten, kan man bruke jokeren: fastlegen. Fastlegen skal hjelpe dem som er for syke, for friske, for unge, for gamle og alle andre som av en eller annen grunn ikke passer med rammene man har definert for tjenesten man selv har ansvar for.

LES OGSÅ

Ser vi slutten på offentlig finansiert langtidsterapi?

Vår spådom er at pasienter som trenger langtidsterapi, ganske snart må belage seg på å betale behandlingen selv.

Kirsten Holtmon Resaland har i septemberutgaven skrevet et viktig innlegg om epikriser som tilslører virkeligheten. I et nytt innlegg oppfordrer hun til at «slaget må tas politisk». Jeg setter stor pris på at noen i psykologstanden tar bladet fra munnen. Men for at politikere skal agere, må de erkjenne problemet i sin helhet. Akkurat som Holman ser imidlertid også politikere ut til å forutsette at en utskreven pasient er frisk (nok), og at en avvist pasient ikke har behov for hjelp. De som jobber med pasienter, vet at ingen av delene trenger å være riktig.

«Ansvaret kan umulig være vårt», skriver Resaland. Det er jeg uenig i. Psykologer er en høyt utdannet yrkesgruppe. Når de står i en situasjon der systemet ikke er rigget for å gi god nok behandling, mener jeg at det er rimelig å forvente at de varsler om konsekvensene dette medfører, og ikke bidrar til å tåkelegge dem.

Psykologer har som alt annet helsepersonell plikt til å skrive korrekte epikriser uavhengig av om arbeidsgiver liker innholdet. Hvis pasienter skrives ut fordi nye skal inn, er det nettopp det som bør stå der.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 11, 2023, side 728-729

TEKST

Astrid Krahn