

Psykiaterrollen i krise

Psykiatere og barnepsykiatere som arbeider poliklinisk, har som regel medisinsk ansvar ikke bare for sine egne, men også for mange av medarbeidernes pasienter.

«Leger er som andre mennesker – det kreves bare litt mer av dem.» Slik oppsummerer gjerne Legeforskningsinstituttets leder Olaf G. Aasland resultatene fra nyere forskning om leger. Uttalelsen reiser et fundamentalt spørsmål: Hva mer kreves det av leger enn av andre?

Ser vi på dagens psykiatri, kreves det i alle fall noe av legene som det ikke blir krevd av de andre flerfaglige medarbeiderne. Mens de andre bare har ansvar for hva de selv gjør overfor sine pasienter, har psykiateren og barnepsykiateren i tillegg et ansvar for deler av behandlingen av mange av de andre medarbeidernes pasienter. Dette kan dreie seg om psykofarmakologisk behandling og/eller oppfølging av pasienter med somatiske sykdommer.

Antallet slike pasienter per psykiater eller barnepsykiater er økende fordi man ansetter flere nye psykologer, sosionomer og sykepleiere enn det blir nye legestillinger (1). Eksempelvis var økningen i antall årsverk i voksenpsykiatrien mellom 1998 og 2008 i alt 44 % for leger og 111 % for psykologer. Det er grunn til å anta at utviklingen er minst like skjev i barne- og ungdomspsykiatrien.

En overlege eller lege under spesialisering (LIS-lege) ved de polikliniske institusjonene (DPS, BUP) kan til enhver tid ha «medisinsk ansvar» for pasientene til minst 4–6 medarbeidere. Dette innebærer at legene har ansvar for minst 60–120 pasienter i tillegg til et stort antall egne pasienter som de har det fulle behandlingsansvar for. Dette gjelder også leger som er kommet kort i spesialiseringen.

Biopsykososial modell

Psykiaterne og barnepsykiaterne har langt fra den tid og myndighet som er nødvendig for i tillegg til å behandle alle sine egne pasienter forsvarlig å utøve dette omfattende «medisinske ansvaret» i henhold til prinsippene for kunnskapsbasert medisin – dvs. basert på kunnskap fra empirisk forskning, på omfattende klinisk erfaring og på grundig kjennskap til den enkelte pasient.

Det er meningsløst å skille mellom medisinsk ansvar og psykiatrisk ansvar. Utøvelsen må uansett være basert på den biopsykososiale modell. Det vil være ansvarsløst om psykiateren eller barnepsykiateren når det «medisinske ansvaret» skal utøves for å spare tid skulle kle av seg og glemme alle sine psykiatriske og barnepsykiatriske kunnskaper, ferdigheter og holdninger og opptre som turnuslege uten hvit frakk.

Det er velkjent at pasientgrupper med alvorlige psykiske lidelser, for eksempel

psykose, bipolar lidelse eller depresjoner, har en svært lav medikamentetterlevelse dersom de ikke blir grundig undersøkt, har tillit til legens vurderinger og følges tett av en psykiater eller barnepsykiater som kjenner dem godt (2). Alt vi vet om psykofarmakologisk behandling, om vurdering av indikasjoner, kontraindikasjoner og bivirk-

«Det er meningsløst å skille mellom medisinsk ansvar og psykiatrisk ansvar»

ninger, og ikke minst hva vi vet om betydningen av psykiaterens tette oppfølging for å sikre god medikamentell etterlevelse (3), tilsier at å ha det «medisinske» (dvs. psykiatriske) ansvaret for 60–120 pasienter uten tilstrekkelig tid ikke er en praksis som er lege artis.

Hvorfra tar psykiaterne og barnepsykiaterne den tiden som er nødvendig for å utøve det såkalt medisinske ansvaret for alle disse «kollegapasientene»? En nærliggende løsning er å redusere antall pasienter som man selv har et selvstendig behandleransvar for. Alternativet er å behandle sine egne pasienter og «kollegapasientene» med harelabb. Eller finne seg en annen spesialitet.

For leger i spesialisering innebærer det altfor omfattende ansvaret for «kollegapasienter» at de ikke får nok selvstendige pasienterfaringer i spesialiseringstiden, for overlegene at deres kliniske kompetanse med direkte pasientarbeid kan svekkes over tid. Dette er en utvikling som ingen ønsker og som derfor må stoppes.

Flere psykiatere og barnepsykiatere

Vi psykiatere og barnepsykiatere er, som alle andre legegutter, svært konforme og finner oss altfor raskt i arbeidsforhold som vi vet at ikke holder faglige mål og som kan gå utover pasientene våre. Det er dessverre slik at ved kognitiv dissonans tilpasser de fleste av oss seg den urimelige situasjonen i stedet for å gjøre motstand (4).

I Norsk psykiatrisk forenings handlingsplan for årene 2010–15 formuleres et mål om å begrense den enkelte leges ansvar til maksimum tre tverrfaglige medarbeideres pasienter. Selv dette målet er altfor beskjedent. Tre kolleger kan ha 20–30 pasienter hver som skal ha psykofarmakologisk og

somatisk oppfølging. Hvis dette ikke kan håndteres på en faglig adekvat måte, kan vi som faggruppe miste tillit hos pasientene og miste kollegenes respekt for oss som seriøse fagpersoner.

Vi trenger derfor langt mer radikale grep. Legeforeningen må nå – i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening – umiddelbart kreve en forandring i rammebetingelsene for praktisering av det «medisinske ansvaret» og en kraftig økning av antall leger i spesialisering og psykiatere/barnepsykiatere per andre medarbeidere. Det er på høy tid at Legeforeningen opplyser myndighetene og pasientene (befolkningen) om at utbygging av det psykiske helsevern i årene som kommer først og fremst må omfatte en betydelig relativ økning av antall psykiatere og barnepsykiatere.

Per Vaglum

per.vaglum@medisin.uio.no

Per Vaglum (f. 1938) er professor (em.) i medisinske atferdsfag ved Avdeling for atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo, og spesialist i psykiatri. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010–2015. Oslo: Norsk psykiatrisk forening, 2009.
2. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonneville LMJ et al. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 9–18.
3. Vaglum P. Når pasienten skal ha medikamenter. Psykiateren – behandler, veileder, forsker og formidler. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014: 168–81.
4. Hem E. Vi blir tilfreds til slutt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 5.

Mottatt 23.4. 2014, første revisjon innsendt 9.5. 2014, godkjent 26.5. 2014. Redaktør: Kari Tveito.

Publisert først på nett.