

Tema: Produksjonspress og byråkratisering i helsetjenesten

## Produsere, effektivisere, registrere, vurdere ...

Nina Strand

journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening

– Kvaliteten og fleksibiliteten i psykisk helsevern er under press. Det skulle ikke være noen grunn til å være anonym når en roper varsko. Dette er ikke sutring, og det er ingen grunn til å skamme seg.



ILLUSTRASJON: ARNE OLAV L. HAGEBERG

Dette sier Anders Skuterud, Tage Wester og Thomas Korvann, henholdsvis fagsjef i Psykologforeningen, styremedlem i foreningens Osloavdeling og psykologfaglig rådgiver ved Follo DPS i Ski. Intervjuene med de fire unge psykologene i forrige nummer av Tidsskriftet har engasjert dem. Fortellingene i Tidsskriftets marsnummer (side 269 ff) om det å være i skvis mellom produksjonskrav og byråkratisering på den ene siden og det å ha god kvalitet i arbeidet på den andre siden er en virkelighetsbeskrivelse de kjenner igjen. Dette angår ikke bare de ferske terapeutene. Nå må disse temaene mere frem i debatten – både på den enkelte arbeidsplassen og i andre fora, mener Skuterud, Wester og Korvann. Den som løfter blikket, vil se at det den enkelte psykologen opplever som sin egen tilkortkommethet, er en skvis som deles av mange kolleger, og av andre yrkesgrupper i og utenfor helsevesenet. Vi må snakke mer om systemer, og ikke bare om den enkelte psykologens utfordringer og dilemmaer, påpeker de tre.

## Omfattende oppdrag

Det er et omfattende oppdrag samfunnet har gitt dagens helsevesen, og det er en utfordring å tilfredsstille helsedepartementets forventninger om antall pasienter som skal ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, fremhever Thomas Korvann. En-til-en-arbeidet i den formen psykologene er opplært til å gjøre det, er under press. Mye tid og oppmerksomhet i de første timene med pasienten går i dag med til undersøkelser og rutiner som forstyrrer det psykologene først og fremst ønsker å jobbe med innledningsvis: å etablere en god og tillitsfull allianse med pasienten. Kartlegging av psykose, suicidalitet, risiko for vold og om pasienten har barn, er både viktig og lurt. Andre rutiner kan det for den enkelte psykolog være mer vanskelig å se nytten av. Som metoderapportering og prosedyrekoding.



FOTO: NINA STRAND

*– Vi kan gjøre alle oppgavene i tur og orden, raskt og effektivt. Men det vil ikke fortelle noe om kvaliteten: om den terapeutiske alliansen, eller om resultatet av snakketerapien*

– Det tapper energi når en må bruke tid på noe en ikke opplever har en direkte klinisk relevant funksjon, sier Korvann.

I reportasjen om psykologer i skvis forteller de fire psykologene om begrensende rammebetingelser både for terapi og for ledelse. Korvann mener det er viktig med spillerom for god ledelse på mellomledernivå. En riktig balanse mellom kvantitet og kvalitet vil bidra til mindre bekymring for at få og lange behandlingsløp betyr «underproduksjon». Har en for stor oppmerksomhet på kvantitet, kan det gå på bekostning av de faglig kvalitative sidene ved behandlingsprosessene. Kvalitetssikring erstattes med kontroll, og du «underproduserer» når du ikke har det forventede antall pasienter. I møtet med slike signaler fra ledelsen er det fare for at den enkelte kliniker vil finne ad hoc-løsninger, som igjen kan bidra til at mindre heldige aspekter ved systemer består, forklarer rådgiveren.

## Lite handlingsrom – dårlige løsninger

Vi spør fagsjef Anders Skuterud om det er slik at ledere, for eksempel på en poliklinikk, har høy terskel for å melde fra oppover i systemet om at en ikke er i stand til både å oppfylle produksjonstallene og samtidig sørge for god kvalitet på hjelpen en gir.

– Jeg vil heller si at det er høy terskel oppover i systemet for å endre tall og forventninger til dem nedover i systemet, svarer han. – Det er ikke lenge siden helsedirektøren uttalte at nå måtte mer av midlene gå til somatikken, siden psykisk helsevern hadde vært prioritert de seneste årene. Så pengene og ressursene sitter ikke løst.

Helsemyndighetene og psykologene har ulike ståsteder og ulike perspektiver på hva som er kjernen i psykisk helsetjenestene, påpeker fagsjefen. Myndighetene har et «sørge-for-ansvar», som innebærer at hele befolkningen skal gis helsetilbud. Psykologene på sin side er opplært til å gi best mulig hjelp til enkeltpersoner. Dette kan lett føre til interessekonflikter mellom eieren – altså myndighetene – og den enkelte psykolog.

– Så ser vi at noen mellomledere som selv er i skvis, lager systemer der en går ut fra at *alle* pasientene får et tilbud på for eksempel ti timer. Helt greit for noen pasienter, men som *system* er dette rett og slett uforsvarlig, sier Skuterud, som mener det bør være et kollektivt ansvar ved den enkelte klinikken å sørge for at den enkelte pasienten får et godt tilbud. Det innebærer at noen får mer langvarige terapiløp, mens andre får mer avgrensede intervensjoner.

*Råd til psykologer som ønsker å bli mer effektive: Lær dere journalskriving!*

Han minner likevel om at bakgrunnen for dagens situasjon og for opptrappingsplanen 1999–2008 var et helsevesen med «svikt i alle ledd». Noe måtte gjøres – både med organiseringen av tilbudet og med holdningene til psykiske lidelser. Begge deler har lyktes i stor grad, mener Skuterud. Kvaliteten er bedre, og en har greid å skape større åpenhet og aksept for psykiske lidelser. Men så har pågangen økt, med lange ventelister som resultat. Dermed dukket kravene om mer helse for pengene opp, sammen



med økt vekt på pasientenes rett til behandling. Resultatet har vært at psykologenes perspektiv – best mulig hjelp til den enkelte og stor grad av faglig autonomi for terapeuten – tapte terreng.

– Men det å skape forståelse for psykologenes perspektiv er helt klart en lederoppgave, understreker fagsjefen.

## Kvalitet og kvantitet

Man overfører modeller fra produksjonsbedrifter til helsevesenet, og til nå har kvalitetssikring dreid seg om det som lett kan måles, eksempelvis antall dager før behandlingen settes i gang, antall dager før epikrise er skrevet, eller antall pasienter som har fått behandling.. Slike ting er lett å rapportere, og en kan ha greie sjekkpunkter, sier Skuterud.



**IKKE OVERRASKET:** Det er ikke overraskende at psykologer føler seg fremmedgjorte innenfor et system som måler produktivitet mer enn effekt av behandling, mener Anders Skuterud.

FOTO: ARNE OLAV L. HAGEBERG

– Men en utredning kan være god eller dårlig. En psykoterapitime kan være elendig, eller ha god effekt. Hittil har det vært større interesse for å måle produktivitet enn effekten av behandlingen som blir gitt. Det er ikke overraskende at psykologer føler seg fremmedgjorte innenfor et slikt system.

*– Når produksjonskravene fremstår som ufravikelige, skapes det en fryktkultur, et sterkt press om å holde produksjonen oppe*

Tage Wester i Psykologforeningens Osloavdeling deler fagsjefens analyse og bekymring. Foreløpig opplever han rom for faglig autonomi, men han ser en utvikling i retning av stadig mer byråkrati og produksjonspress.

– Når produksjonskravene fremstår som ufravikelige, skapes det en fryktkultur, et sterkt press om å holde produksjonen oppe. Det kvantitative perspektivet dominerer, og den som ikke oppfyller kravet om antall pasienter per terapeut, oppfattes som en som ikke bidrar til å dra lasset.

Det skulle være mulig for en leder å rapportere: «Vi har ikke helt oppfylt kvoten vår, men vi har svært gode resultater!» mener Wester.

– Kanskje tilsynelatende dårlige tall hos en terapeut skjuler en terapeutisk bragd. Som for eksempel at terapeuten har greid å gi god hjelp til en med alvorlig personlighetsforstyrrelse i løpet av det siste året. Dyktige ledere skaper rom for at en *kan* ha lange terapiløp.

I skrivende stund har Helsedirektoratet utgitt rapporten «Kvalitet og komptanse ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre». På side 13 står det: «Økt fokus på kvalitet og noe redusert fokus på produktivitet kan øke inspirasjonen og fremme kvalitetsforbedring.» Løfterikt, kommenterer Wester og Skuterud.

*– Er det mye sutring blant psykologer og terapeuter?*

– Dette dreier seg ikke om sutring, men om faglig bekymring, faglig uenighet, og faglighet under press. Å kalle det sutring er en hersketeknikk, sier Wester, og viser til filosofen Arne Johan Vetlesen som i kronikken «Empati under press» skriver om 180-grader-teknikken: systemkritikk avpolitiseres og ufarliggjøres ved at kritikken vendes om 180 grader og rammer den som reiste kritikken (se for øvrig debattinnlegget til Mehdi Farshbaf om dette poenget, side 401).

Wester er enig med psykologen «Petter» som i forrige utgave fortalte at det er aksept for å si at det er for mye prosedyrer, men ikke for at en selv har problemer med å takle situasjonen.

– Til tross for stort engasjement på grasrotnivå og at vi snakker mye om dette kolleger imellom, har vi ikke fora for å ta opp disse problemstillingene i fellesskap, sier Wester, som er opptatt av at temaet må belyses i all sin kompleksitet: Det handler om helsepolitikk, om ledelse og om møtet mellom terapeut og pasient.

## **Får lov til å vakle litt**

Vi spør Thomas Korvann:

*– Kan psykologene lære seg å bli mer effektive og dermed greie å hjelpe flere?*

– Klart det. Vi kan bli raskere på samlebåndet: skrive journalene fortere, gjøre unna kartleggingen fortere. Men hvordan henger det sammen med effekten av behandlingen?, kan en spørre seg. Vi kan gjøre alle oppgavene i tur og orden, raskt og effektivt. Men det vil ikke fortelle noe om kvaliteten: om den terapeutiske alliansen, eller om resultatet av snakketerapien.

Da er han mer opptatt av å være rask med å etablere en god arbeidsallianse med pasienten, og spørre hva som er problemet, hvordan hun forstår det, hva som kan bidra til endring.



**MÅ BELYSES:** Problemene knyttet til byråkratiseringen er komplekse, sier Tage Wester i Psykologforeningens Osloavdeling. – Det handler om helsepolitikk, om ledelse og møtet mellom terapeut og pasient. Foto: Arne Olav L. Hageberg.



Skuterud angriper problemstillingen fra en litt annen kant: Presset på spesialisthelsetjenesten er altfor stort fordi det ikke finnes god nok hjelp å få i i kommunen.

– Psykologisk lavterskeltilbud til befolkningen i et livsløpsperspektiv, det er Psykologforeningens hovedsatsingsområde. En psykolog for hver tredje fastlege kan bidra til å lette trykket på DPS-ene, sier han.

– *Er psykologene for ambisiøse? Holder de for lenge på pasientene?*

– Tja, noen har nok et forbedringspotensial på dette punktet, svarer fagsjefen.

– Ofte kan det være nok å avgrense seg til å behandle angsten eller depresjonen og legge til rette for at terapien hjelper personen til å utvikle seg videre etter at terapien er avsluttet. Det *kan* føre til at pasienten kommer tilbake senere, men dette behøver ikke nødvendigvis være så galt.

Her får han støtte av Thomas Korvann. Mer erfaring har gjort ham tryggere på at en ikke nødvendigvis må følge pasienten helt til mål. Kanskje folk skal få lov til å vakle litt, tenker han.

– På studiet lærte vi at det var lurt å fortsette til det meste hadde stabilisert seg, vi fikk inntrykk av at når relasjonen med terapeuten ble avsluttet, ville helingen også stoppe opp. WHO sier at god helse betyr fravær av smerte. Det er jo vås! I dag tenker jeg at psykisk smerte kan være drivende, at det kan motivere oss, og dette prøver jeg å ha fokus på i møtet med pasientene.

Inspirert av terapiforskere som Scott Miller og Barry Duncan er han opptatt av at endringer i stor grad skjer utenfor terapirommet, og at pasienten selv har et medansvar for tilhelingen. Terapeuten kan hjelpe til med å gjøre pasientens liv håndterbart, men terapeuten skal ikke være en som heler pasienten.

– I dag ser jeg ikke pasienten som en *mottaker* av min behandling. Jeg er nært til stede, men stiller større krav til pasientene og forventer noe av dem, sier psykologen, som kaller seg eklektiker.

## Burde være stolte

De unge psykologene som sniker seg tilbake til kontoret om kvelden for å gjøre ferdig jobben, strekker seg ut over det en arbeidsgiver normalt kan forvente av en ansatt, mener Skuterud. Han synes de skal være stolte av seg selv.

– *Men de skammer seg?*

– Dette er flinke psykologer, men de gjør en attribusjonsfeil. I stedet for å se at det handler om dårlige rammebetingelser, føler de at de selv ikke er gode og effektive nok. Denne typen feilslutninger er jo godt beskrevet i sosialpsykologien.

Men fagsjefen har et råd til psykologer som ønsker å bli mer effektive: Lær dere journalskriving! Ifølge Skuterud lærer ikke fremtidige psykologer nok om det på studiet, og mange bruker uforholdsmessig mye tid og krefter på denne delen av jobben.

Korvann gir også gjerne råd til ferske psykologer (se faktaramme). En god veileder kan komme med nyttige innspill, men det er også viktig å bruke kollegene som samtalepartnere.

– Da ser du at du ikke er alene om å være sliten. Lær å ta vare på deg selv. Be om å få en samtale med sjefen din om hvordan du i praksis skal greie nettopp det.

– *Er det ikke flaut å spørre lederen om det? En vil jo så gjerne fremstå som dyktig og mestrende?*

– Kollega Per Isdal forteller godt om hvorfor dette med ivaretagelse av oss selv er så avgjørende.

Han samler fulle hus på sine foredrag landet rundt om sekundærtraumatisering og utbrenthet hos psykologer. Det viktigste verktøyet i terapien er jo psykologen selv. For å kunne gjøre en god jobb må psykologen både ha rammebetingelser for, og evne til, ivaretagelse av seg selv. I tillegg til mat og drikke i løpet av arbeidsdagen, trenger vi også å sette av tid til å reflektere, bearbeide og rett og slett kjenne at vi kan kose oss både med og i psykologrollen, smiler rådgiveren.



## Utfordrer Psykologforeningen

Da Tage Wester åpnet marsnummeret og leste om psykologer i skvis, ble han glad. Dette er et tema som har opptatt ham lenge, og høsten 2009 skrev han kronikken «Helse eller marked» (Dagsavisen 24/9–2009) sammen med Mehdi Farshbaf og Inge-Arne Teigset, også de aktive i Psykologforeningens lokalavdeling i Oslo. «Det er innen psykisk helsevern blitt viktigere å ha rask pasientgjennomstrømning enn å sikre god faglig oppfølging. Ukritisk overføring av bedriftsøkonomisk tankegang er i ferd med å forstyrre helsevesenets kjerneoppgave: Å yte god helsehjelp,» lød ingressen.

Det er viktig å ha et overordnet blikk på temaet, fremhever Wester. For ledere på den enkelte klinikken er ofte vel så mye i skvis som terapeuten.

- Min erfaring er at ledere ofte har stor forståelse for at pasienter trenger mer tid i behandling, men ledere har på sin side et stort trykk fra sine overordnede om å levere resultater, poengterer han.
- Psykologer som er ledere trenger støtte av Psykologforeningen i jobben de gjør med å beholde kvaliteten i tilbudet. Foreningen ønsker jo at flere psykologer søker lederjobber. Ved å sørge for større spillerom for lederne har Psykologforeningen en gyllen sjanse til å motivere flere psykologer til å søke lederjobber.

Nå håper han at Psykologforeningen vil gjøre seg mer gjeldende i dagens debatt om utviklingen av helsevesenet.

- Jeg vet jo ikke hva foreningen gjør for å påvirke helsepolitikken på dette området, men utad markerer den seg ikke så mye.

Og han ønsker debatt også innad i foreningen. Ikke minst trenger man å utvikle et språk og en diskurs som favner problemstillingene en står overfor. Debatten har lett for å bli polarisert, og det kan kjennes tøft for den enkelte psykologen å fronte dette temaet, særlig når en blir møtt med at en klager og sutrer. Her bør Psykologforeningen kjenne sin besøkelsestid ved å støtte disse psykologenes virkelighetsopplevelse.

Vekten på kvantitet og produksjon er noe som gjelder offentlig sektor generelt, og Wester oppfordrer derfor foreningen til å ta kontakt med andre fagforeninger, for eksempel med Legeforeningen, der medlemmene erfarer at de får stadig flere kontoroppgaver på bekostning av tiden med pasientene.

- Osloavdelingen har stort trykk på dette temaet, og bidrar gjerne i å løfte det inn i foreningen. Vi har allerede arrangert skriveverksted for medlemmer som vil lære å skrive kronikker i media. Vi ønsker at dette skal bli et fast tilbud til medlemmene, sier han.

## Ytringsfrihet

Tre av de fire psykologene som fortalte om det å være i skvis mellom krav og empati i forrige utgave, ønsket å være anonyme. Til denne utgaven ønsket vi å intervju psykologer som leder poliklinikker. Flere sa ja, men trakk seg like før deadline. Hva forteller det om klima og takhøyde på disse arbeidsplassene? Tankevekkende, synes Wester, Korvann og Skuterud. Tage Wester støtter kollega Mehdi Farshbaf i Osloavdelingen, som oppfordrer psykologer til selv å ta ansvar; ved å si fra, reise debatt og ved å engasjere seg i foreningen.

Med jevne mellomrom treffer Psykologforeningen psykologer som sier at de er redde for å uttale seg offentlig om dagens helsepolitikk.

La det være helt klart: Det handler om samfunnsansvar. Psykologer har rett til å, og de bør, engasjere seg og uttale seg om helsepolitiske spørsmål. Uansett hvor de jobber, og om de er vanlige klinikere eller ledere. Ingen arbeidsgiver skal hindre dem i det, sier Skuterud.

### PSYKOLOGER I SKVIS

- Forrige utgave: Se første del av serien om byråkratisering av helsevesenet. Papirarbeidet og produksjonskravene øker. Blir kvaliteten bedre av det? Fire unge psykologer og en erfaren veileder uttalte seg, side 269 ff.
- Se debattinnlegg av Mehdi Farshbaf på side 401 i denne utgaven
- Se Faglig innspill av Svein Gran på side 403 i denne utgaven

Tidsskriftet vil følge opp dette temaet i flere reportasjer. For tips, ta gjerne kontakt med [nina.strand@psykologforeningen.no](mailto:nina.strand@psykologforeningen.no)

### RÅD TIL PSYKOLOGER I SKVIS:

- Skaff deg god veileder og ta opp temaet i veiledning. Sett av god tid både til refleksjon og håndfast praktisk veiledning, for eksempel om journalføring
- Snakk med kolleger om hvordan du opplever jobben
- Delta i felles møter og samtaler på arbeidsplassen, eller sørg for at dere utvikler slike fora
- Lær god journalføring
- Lær deg å se hva som er godt nok i behandlingen
- Utforsk hvordan du best tar vare på deg selv
- Be om å få en samtale med lederen om hvordan din arbeidsplass kan fokusere på personlig ivaretagelse

Kilde: Thomas Korvann, psykologiskrådgiver ved Follo DPS, Ski.

### EKSEMPEL PÅ RUTINER VED EN POLIKLINIKK

#### Utredning:

- Klinisk intervju og anamnestic opptak
- SCL – 90 (vurdering av psykiske plager) og CIP (personlighetstest) som pasienten skal ha fylt ut hjemme og sendt inn før første time
- Kartlegge med M.I.N.I. eller M.I.N.I. pluss (symptomlidelsesdiagnoser)

- Kartlegge med IPDS (screening for personlighetsproblematikk) og eventuelt gå videre med SCID II (vurdering av personlighetsforstyrrelse) ved behov
- Gå videre med andre kartleggingsinstrumenter ved behov og/eller henviser til utredning andre steder (eksempelvis nevropsykolog)
- Eventuelt samtale med komparenter ved for eksempel ADHD-utredning

Målet med dette er å identifisere problemstillinger og tenke tiltak. Informasjonen skal også brukes til en diagnostisk vurdering som ender opp i en diagnose, noe som er helt sentralt. Diagnosen skal gjerne settes så raskt som mulig da dette utløser penger i systemet.

I tillegg skal man i *den første timen* kartlegge

- Suicidrisiko
- Sette GAF (global kåring av psykososiale funksjoner)

I løpet av utredningsforløpet skal man i tillegg undersøke:

- Voldsrisiko
- Kartlegging av barn som pårørende
- Førerkortvurdering (dersom grunn til bekymring skal dette meldes til fylkeslegen)
- Tilgang til våpen
- Behov for individuell plan

Utredningen skal helst gjennomføres innen 3–4 timer, men i praksis er det ofte vanskelig å nå dette målet. Diagnostisk vurdering og videre tiltak skal drøftes med spesialist, enten i team eller i veiledning.

Etter utredning skrives en foreløpig rapport og sendes til fastlegen – der funn, diagnose og videre tiltak beskrives. Rapporten skal gjerne gjennomgås med pasienten.

## Behandlingsperioden:

Dersom det er endringer i eller det fremkommer nye opplysninger i sammenheng med noen av de tingene som ble vurdert i utredningen (eksempelvis diagnose, suicidrisiko eller voldsrisiko), må man gjøre en ny vurdering av dette som skal dokumenteres.

Hvis pasienten har kontakt over lengre tid, skal man evaluere og gi tilbakemelding til fastlegen ca. en gang i halvåret.

## Avslutning

Ved avslutning skal det skrives epikrise til fastlegen, der man skal vurdere behov for videre tiltak andre steder, og eventuelt bidra til å igangsette disse.