

helse var over. Men i oppdragsdokumentet til sykehusene for 2012 er denne gyldne regelen fjernet. Det bekymrer Høie.

– På spørsmål fra meg i Stortingets spørretime bekreftet helseministeren at dette er et bevisst valg. Hun mener at veksten nå må skje innenfor somatikken. Dette kommer uten tvil til å bli fulgt opp av helseforetakene.

Psykolog og fastlege – gode naboer

Et overordnet problem i dag er skjevheten mellom oppgavene en står overfor og ressursene en har til rådighet, poengterer høyrepolitikeren. Han støtter Psykologforeningens fagsjef Anders Skuterud, som i marsnummeret la vekt på at presset på spesialisthelsetjenesten er altfor stort, fordi det ikke finnes god nok hjelp å få i kommunene. Resultatet er lang ventetid før en får hjelp.

– Når en da endelig slipper til, er ofte situasjonen blitt verre, og behovet for behandling mer omfattende enn det opprinnelig var, sier Høie.

I sitt alternative budsjett for 2011 foreslo Høyre en prøveordning der psykologer skulle få samme refusjonsrett som leger. En slik finansieringsordning ville gjøre det lettere å etablere psykiske helsetjenester i kommunen, mener Høie, som forteller at Høyre vil gjenta dette forslaget. Han ser for seg en modell der psykologer deler kontorfellesskap med fastlegen, og utvikler et faglig samarbeid der de trekker på hverandres kompetanse, lett tilgjengelig for mennesker som strever psykisk.

– Har du vondt i kroppen, tar det bare få dager å få time hos fastlegen. Like lett bør det være å få hjelp hos psykolog.

Nødvendig å måle

Høyrepolitikeren deler oppfatningen om at det legges for stor vekt på telling og kvantitative mål i dagens psykisk helsevern. Økonomi og ressurser er viktig, men dette må balanseres med målrettet kvalitetsarbeid, ikke minst ved å måle resultatene av behandlingen. Han er uenig med psykologfaglig rådgiver Thomas Korvann, som i marsnummeret uttalte at metoderapportering og prosedyrekoding føltes unyttig.

– Det er helt nødvendig med denne typen dokumentasjon. Vi *må* utvikle og ta i bruk nasjonalt utviklede og faglig anbefalte behandlingsmetoder. Vi *må* monitorere og registrere metodebruk og undersøke resultatene av behandling som gis, påpeker Høie.

– *Men blir disse registreringene fulgt opp?*

– Ja. Jeg forstår behovet for feedback. Men her er det en tidsfaktor. Nyttien vil vise seg etter hvert. Datainnsamlingen er jo bare i sin spede begynnelse ennå. Over tid vil vi ha nok data til at en kan forske på hvilke behandlingsmetoder som virker på hvilke diagnoser, og denne kunnskapen kan igjen brukes i det kontinuerlige forbedringsarbeidet av helsetilbudet.

Faglig uenighet om hvilke behandlingsmetoder en skal bruke, er et problem i dagens psykiske helsevern, mener høyrelederen. Konsekvensen er at pasienter ikke alltid får beste behandling for sin lidelse. For to år siden utfordret han helseministeren til å engasjere seg i dette. I en interpellasjon i Stortinget pekte han på at bare et lite antall pasienter med tvangslidelser fikk tilbud om eksponeringsterapi, til tross for at det ifølge Helsedirektoratet har god effekt. Høie foreslo tiltak for å sikre tilgangen på veldokumenterte behandlingsmetoder, og la vekt på betydningen av fagfolk med tilstrekkelig spesialisering og kompetanse.

– *Det er mye forskning som viser at relasjonen mellom pasient og behandler er en viktig prediktor for utfallet av terapi?*

Etter vårt syn er det først og fremst er forskning på metodebruk og resultat som vil bringe oss fremover i kvalitetsarbeidet, slår Høie fast.

Begrenset autonomi

Psykologer som ønsker seg tilbake til tider da behandleren hadde full autonomi, må nok foreta en realitetsorientering, ifølge Høie, som mener at på dette punktet kan en lære av somatikken. Kontinuerlig forbedring gjennom å bruke behandling med dokumentert effekt har ført til dramatisk forbedring.

Vi kan ikke la psykologens behov for autonomi definere hvilken behandling pasienten skal få, sier Høie, som syntes psykologene som uttalte seg i marsutgaven, hadde litt urealistiske forventninger til rammene for terapi.

– *Psykologene bekymrer seg for at produksjonspresset truer den faglige kvaliteten?*

Ja, og her er det viktig at de ansatte involveres i diskusjonen om prioriteringer og løsninger, slik at ledelse og terapeuter utvikler en felles forståelse.

For dilemmaet, hensynet både til dem man har i terapi og dem som sårt trenger behandling og venter på det, vil aldri forsvinne, understreker høyrepolitikereren. Da blir det ledernes oppgave – både de på høyt nivå og mellomlederne – som må erkjenne problemet, ta tak i det og skape enighet om hvordan få det til i praksis.

Autonomi innenfor rammene

På dette punktet er helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen helt enig med lederen for Stortingets helseog omsorgskomiteé, og hun understreker at spørsmålet om psykologenes autonomi må ses i sammenheng med faglig ledelse. Et godt faglig lederskap må ta høyde for at tjenestene har solid faglig kunnskap, at det finnes gode prosedyrer for undersøkelse og behandling, gode rutiner for samarbeid, og at den enkelte kan og tør utøve sitt faglige skjønn overfor hvert enkelt menneske han eller hun har med å gjøre.

– Faglig autonomi er ikke et mål i seg selv, men et redskap som må brukes for å gi god hjelp. Det er et lederansvar å sørge for faglig autonomi innenfor rammen av foreliggende kunnskapsgrunnlag, skriver hun i et e-post-svar til Tidsskriftet.

I en travel periode for departementet fant ikke helseministeren rom til et personlig møte, men sender grundige svar på spørsmålene vi har sendt henne. Hun har med interesse lest intervjuene med de unge psykologene i marsutgaven, der de uttrykker bekymring over høye krav til «produksjon» og over at byråkrati truer kvaliteten i helsetjenesten. Problemstillingen er ikke ny for henne.



KVALITET VIKTIGST: – Departementet har ikke satt krav om konkrete produksjonsmål, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (A).

Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

Veldig kort tror jeg dette kan handle både om ledelse, konflikt mellom idealer i utdanningen og virkelighetens verden, rammebetingelser for tjenesten og mangel på gode måleindikatorer.

Det er mange som trenger hjelp. Derfor må vi ha en effektiv helsetjeneste som når ut til mange, understreker hun. Samtidig må tjenesten ha høy faglig kvalitet.

Vi må utvikle og ta i bruk nasjonalt utviklede og faglig anbefalte behandlingsmetoder. Vi må monitorere og registrere metodebruk og undersøke resultatene av behandling som gis

For noen år siden ble søkelyset satt på aktiviteten i tjenesten. Det viste seg at de fleste poliklinikkene hadde en til to konsultasjoner per behandler per dag i snitt. Samtidig var det lange ventelister. Enkelte poliklinikker var nede i én klient per dag. Dette var selvfølgelig ikke holdbart.

Psykologer i kommunen

Hvordan løse problemene med stor etterspørsel etter hjelp og lange ventelister hos spesialistene?

Denne regjeringen har satset mye på å få flere psykologer til kommunene, svarer Strøm-Erichsen. – I dag er det bare ca. 300 kommunale psykologer i tillegg til PPTjenesten. Til sammenlikning er det 3000 psykologer i spesialisthelsetjenesten. Psykologer er selvsagt viktig i alle deler av tjenesten. Men når vi ser disse tallene ved siden av hverandre, så skjønner vi at satsingen må skje i kommunene.

Dersom fagkrav og styringskrav kol liderer, er det en lederoppgave å ordne opp i dialog med ledelsen i helseforetaket. Fag medarbeidere skal konsentrere seg om faglig arbeid

Utdanningskapasiteten for psykologer er mer enn fordoblet på 20 år, ifølge ministeren. Det ser ut til at tilgangen på psykologer er tilfredsstillende sett i lys av antall stillinger som opprettes. Men mange psykologer går til andre arbeidsområder, slik at helsetjenesten må konkurrere om psykologenes arbeidskraft.

Hun ser for seg at psykologer i kommunene kan bidra i forebyggende arbeid og veilede i skoler, barnehager og helsestasjoner. De er viktige samarbeidspartnere i team med fastlegen og andre kommunale tjenesteytere for å følge opp barn, unge, voksne og familier. I kommunen kan psykologene yte tidlig hjelp uten ventelister og krav til vurdering, og de kan arbeide langsiktig.

– Jeg tror at dette er effektivt og riktig bruk av ressursene. Det er også mye som tyder på at spesialisthelsetjenesten blir avlastet, helst i tråd med samhandlingsreformen.

For 2012 har regjeringen lagt inn 40 mill. kr. til en tilskuddsordning for å motivere kommunene til å ansette psykologer. I neste omgang vil den vurdere hvordan finansieringsordningen skal være i fremtiden.

Ledelse, effektivitet og samarbeid

God ledelse og samarbeid mellom ulike ledd i helsevesenet er avgjørende for å få bukt med lange ventelister og produksjonspress i spesialisthelsetjenesten, ifølge helseministeren, som peker på at godt faglig arbeid innebærer effektiv bruk av ressurser. Bruk av tilgjengelig kunnskap, faglige retningslinjer og veiledere er viktig.

– Det handler også om organisering og samarbeid på tvers av nivåene. Særlig gjelder det for mennesker som har behov for omfattende og sammensatte tjenester. Samarbeidsavtaler og såkalte behandlingslinjer er viktige redskap for å lykkes med dette.

Hun trekker også frem behovet for bedre samsvar mellom studentenes forventninger og den virkeligheten de møter etter endt utdanning. Nå skal Helsedirektoratet se på innholdet i utdanningene, og hvordan utdanningene er tilpasset behovet for tjenester fremover. Dette skal skje i samarbeid med universiteter og høyskoler.

Fordeling av goder

– *Må psykologene bli mer effektive? Har de for store forventninger til hva som er kvalitet?*

– God kvalitet og god faglighet er effektivt. Det er i utgangspunktet ingen motsetning mellom kvalitet og effektivitet. Spørsmålet handler om forholdet mellom hvor mange som skal få hjelp, og hvor mye hjelp den enkelte skal få, svarer helseministeren, som understreker at hun vil være forsiktig med faglige vurderinger. Men hun forventer at helsetjenesten har et kritisk blikk på hvor langvarige terapier

er hensiktsmessig, og at spesialisthelsetjenesten ser når førstelinjen kan og bør overta, og bidrar til at den følger opp på en god måte.

– Den politiske delen av spørsmålet handler om fordeling av goder, poengterer hun. – Når det er mange som venter på hjelp, forventer jeg at tjenestene løpende vurderer hvordan ressursene til enhver tid kan nyttes til beste for de som trenger det – fortrinnsvis i nært samarbeid med de kommunale tjenestene.

Har ikke gode mål

Vi har ikke gode kvalitetsmål innenfor psykisk helse og rusområdet, innrømmer ministeren. Dette arbeides det med nasjonalt og internasjonalt, og hun forventer at en etter hvert klarer å utvikle bedre indikatorer og bedre mål.

– Det beste resultatet er om mennesker kan få god hjelp der de bor og unngå innleggelse, fastslår hun. – Spørsmålet er hvordan vi kan måle dette på en hensiktsmessig måte. Vi vil også måle effekten på selve behandlingen, noe Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene arbeider med.

I mangel av gode kvalitetsmål blir det lett til at en måler det som måles kan, medgir hun. Da er det kort vei til å bruke antall konsultasjoner som mål for poliklinikkene. Særlig fordi vi også har en finansieringsordning knyttet til dette. Men igjen er ledelse helt avgjørende, påpeker helseministeren:

– Min oppfordring til helseforetakene og ledere på alle nivåer er: Sørg for at virksomheten ledes på et godt faglig grunnlag! Så må dere bruke styringsdataene til å holde oversikt over aktiviteten i tjenesten. Dersom fagkrav og styringskrav kolliderer, er det en lederoppgave å ordne opp i dialog med ledelsen i helseforetaket. Fagmedarbeidere skal konsentrere seg om faglig arbeid.

Departementet vil ha kvalitet

– Lederne på poliklinikker og i BUP er også i skvis pga. høye produksjonskrav, blir det sagt i reportasjene. Det blir sagt at terskelen oppover i systemet er høy for å justere forventningene om antall konsultasjoner. Råd til lederne?

– Først og fremst er det viktig å være oppmerksom på departementets styringssignaler. Disse peker tydelig på god kvalitet. Målet er at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et mest mulig vanlig liv i sin kommune. Arbeidet må rettes mot dette målet. Departementet har ikke satt krav om konkrete produksjonsmål, presiserer Strøm-Erichsen.

Hun er klar over at finansieringssystemet belønner høy aktivitet i form av konsultasjoner, og vet at helseforetakene legger vekt på måltall om dette. Det kan være krevende å være leder i slike situasjoner, erkjenner hun. Likevel tror hun at tydelige faglige ledere vil høste gode resultater for aktivitetsmål, ventetider og fristbrudd, og tilføyer:

– Hva som er fornuftige produksjonsmål, må defineres av enhetsledere og foretaksledelse. Gode erfaringer med ambulante tjenester er et eksempel på at aktivitet som gir færre konsultasjoner per ansatt, likevel kan prioriteres.

Samtidig ser hun at det kan være en utfordring for helseforetakene å justere måltall, dersom det fører til at refusjonsinntektene synker. Her er vi igjen tilbake til mangelen på gode måleindikatorer, som også kunne vært vurdert som mulig grunnlag for finansieringsordningen. Departementet skal gå igjennom hele finansieringsordningen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling.

– Målet er å utvikle et finansieringssystem som bedre kan støtte opp under en god faglig profil i tjenesten, slik vi legger opp til i samhandlingsreformen, opplyser helseministeren.

Færre døgnplasser

– Bente Høie sa at det nå skal være slutt på at vekst i psykisk helsevern og rus skal prioriteres fremfor vekst i somatikken?



LEDELSE I DIALOG: De ansatte må involveres i diskusjonen om prioriteringer og løsninger, slik at ledelse og terapeuter utvikler en felles forståelse, mener Bent Høie (H), leder i Stortingets helse- og omsorgskomiteé.

Foto: Flickr.com

– Jeg har svart Bent Høie på dette i Stortinget. Psykisk helse skal prioriteres, men innsats målt i kroner er ikke et godt mål. Da er det viktigere å merke seg at både ventetider og antall fristbrudd går nedover på dette området. For rusområdet er det en egen opptrappingsplan til og med 2012, og vi arbeider med en egen stortingsmelding om politikken på rusområdet, svarer Strøm-Erichsen, som understreker at den viktigste satsningen på psykisk helse nå er å få til en god tjeneste i kommunene.

I spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern vil regjeringen jobbe for en bedre utnyttelse av ressursene. Det betyr mer utadrettede tjenester, bedre faglighet og beredskap større deler av døgnet i DPS, tettere samarbeid med kommunene, og bedre samordning internt i spesialisthelsetjenesten.

Etter hvert som tilbudet i kommunene og i DPS blir utviklet, tror hun det vil være behov for færre døgnplasser i sykehus.

PSYKOLOGER I SKVIS



- Papirarbeidet og produksjonskravene i psykisk helsevern øker. Bli kvaliteten bedre av det? Fire unge psykologer og en erfaren veileder stilte spørsmålet i marsutgaven, side 269 ff.
- I aprilutgaven intervjuet vi Thomas Korvann, psykologfaglig rådgiver i Follo DPS Ski, Anders Skuterud, fagsjef i Psykologforeningen og Tage Wester, styremedlem i Psykologforeningens Osloavdeling, som bekreftet bildet av et psykisk helsevern under press. Se også innleggene til Mehdi Farshbaf og Svein Gran i samme nummer.
- Se også debattinnlegg av Eva Jacobsen, Morten Grøvli og Svein Gran i denne utgaven.