

I skvis mellom krav og empati?

Gro Østenstad

To år som enhetsleder har fått meg til å undres mye over hva som gir næring til at mange behandlere opplever dokumentasjonskrav som meningsløst og arbeidshverdagen som stressende.



Debatt : Psykologer i skvis
 Dette innlegget er en reaksjon på intervjuet i marsutgaven der fire psykologer fortalte at de opplevde å være presset av økende produksjonskrav og omfattende byråkratisering. Byråkratiseringen med krav om aktivitetsregistrering og gjennomstrømming kan bidra til å synliggjøre viktige faglige utfordringer, påpeker Gro Østenstad.

Jeg er psykologspesialist og ble ansatt i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) sin poliklinikk for Søndre Vestfold i 2007. Fra mai 2010 fram til mai 2012 har jeg vært enhetsleder for den samme poliklinikken. Nå har jeg gått tilbake i stilling som psykologspesialist. De to årene som enhetsleder har fått meg til å undres mye over hva som gir næring til at mange behandlere opplever dokumentasjonskrav som meningsløse og arbeidshverdagen som stressende. Jeg har etter hvert landet på at byråkratiseringen med krav om aktivitetsregistrering og gjennomstrømming faktisk kan bidra til å synliggjøre viktige faglige utfordringer som vi klinikere må finne gode løsninger på, fortrinnsvis i

samarbeid med helsebyråkrater og arbeidsgiver. Jeg vil presisere at jeg skriver dette innlegget bare på vegne av meg selv. Det er ikke drøftet verken med arbeidsgiver eller kollegaer.

Selvfølgelig dokumentasjon

I intervjuet i marsnummeret snakkes det om kravet om at vi skal registrere antall konsultasjoner hver dag, og om at en konsultasjon ikke nødvendigvis er en konsultasjon. Jeg tolker dette som at det å registrere at jeg som behandler har hatt en konsultasjon, ikke sier noe om kvaliteten på denne konsultasjonen. Det er jeg helt enig i.

Det er ikke noen sammenheng mellom behandlerens egen opplevelse av for høy/negativ arbeidsbelastning, antall saker behandleren har, kompleksiteten i sakene og behandlerens inntjening

Imidlertid finner jeg ingen grunn til å protestere mot, eller føle meg støtt av, at arbeidsgiveren forlanger at jeg skal dokumentere aktivitet innenfor det jeg er ansatt for å gjøre – eksempelvis å gi kliniske konsultasjoner til pasienter. På poliklinikken der jeg jobber, har jeg 37,5 timers arbeidsuke. Hvis jeg i snitt gir konsultasjoner tilsvarende 12 av disse 37,5 timene, innfrir jeg uten problemer kravene til inntjening. Hvis jeg i regelen ikke jobber i lunsjen, har jeg 23 arbeidstimer pr. uke på andre oppgaver enn kliniske konsultasjoner. Sett bare i lys av tallene virker det unektelig pussig at jeg ikke skal få tiden til å strekke til. Samtidig vet jeg at mange behandlere *har* en opplevelse av at tiden ikke strekker til. Det jeg har hørt løftet frem, er: Journalføring er tidkrevende og vanskelig. Det å drøfte utredning og behandlingstilbudet med andre kollegaer er en nødvendig kvalitetssikring som ikke gir inntjening og ikke synliggjøres. Kravet om å ha like mye empati med pasienter som venter på tilbud, som med pasienter under behandling, oppleves knugende. Disse tre forholdene er for meg en beskrivelse av sentrale faglige utfordringer som ikke løses ved at helsebyråkratiet unnlater å stille krav til dokumentasjon.

Journalføre hva?

Jeg skulle ønske mål og mening med journalføring ble satt under lupen. Å journalføre fakta er greit. Å journalføre vurderingen etter utredningen som ligger til grunn for å konkludere med at pasientens symptomer innfrir kriteriene til en eller flere diagnoser, er også greit. Men å journalføre nøyaktig *hva* som gav en behandlende effekt *når*, forstår jeg ikke hvordan en skal gjøre på en valid og effektiv måte. Jeg våger påstanden at vi må finne andre måter å sikre innsyn og evaluering av behandling på enn løpende journalnotat. Hvis vi hadde funnet en god løsning på dette, tror jeg vi hadde tatt knekken på en tidstyv vi ikke trenger å huse.

Faglige drøftinger med kollegaer, og det å jobbe sammen om utredning og behandling, er også et sentralt tema det er vanskelig å finne gode løsninger på. Min erfaring er at mange former for drøfting fører mer til økt frustrasjon og forvirring, og mindre til økt trygghet hos behandleren og et bedre og mer kvalitetssikret tilbud til pasientene. Å etablere en fagkultur vekk fra faglige drøftinger i retning av det privatpraktiserende, vil i Bupa imidlertid være å gå flere skritt tilbake. Vi må finne gode løsninger for å få på plass strukturer som fremmer drøfting og refleksjon. Men disse løsningene og strukturene faller ikke på plass av seg selv ved at krav om dokumentasjon av aktivitet senkes eller forsvinner.

Allianse versus relasjon

Mest stress gir det knugende kravet om at vi skal ha like mye empati for pasienter som venter på tilbud, som for dem vi har i behandling. Ingeborg S. Lishaugen beskriver i marsnummeret etter min mening vår viktigste utfordring: Hvilke kriterier skal ligge til grunn for avslutning av behandling? Jeg har spesielt undret meg mye over forholdet mellom terapeutisk relasjon og terapeutisk allianse. I begrepet «terapeutisk allianse» legger jeg det å jobbe sammen for å nå et felles mål. I «terapeutisk relasjon» legger jeg at det er etablert et tillitsforhold mellom behandleren og pasienten/familien. Jeg vil våge å påstå at vi kan beholde terapeutiske relasjoner over lang tid uten at det fører til terapeutiske allianser som gir behandlende effekt. Pasienter blir ikke nødvendigvis friskere jo lenger de går i behandling, selv om det å gå i behandling oppleves å ha en verdi i seg selv både for pasienten/familien og behandleren. Dersom behandleren derimot hevder at pasienten ikke er frisk, men vil bli det dersom vedkommende fortsetter å få behandling i et avgrenset antall uker/måneder, har jeg vansker med å forstå at en leder kan be behandleren avslutte behandlingen. Hvis pasientens lidelse fremstår som kronisk, kan jeg derimot forstå at det stilles spørsmål om hvilken instans som skal tilrettelegge og vurdere hva som kan gjøres for at det skal være mulig å leve på best mulig måte. Dette i lys av at spesialisthelsetjenesten i regelen skal gi tidsavgrensede tilbud.

Egenopplevelsen

Gjermund Tveito, sjefpsykolog, avtalespesialist og veileder, påpeker i samme nummer at det er de mest samvittighetsfulle psykologene som har det verst. Min erfaring som leder, tallenes tale og løpende dialog med behandlere har derimot gitt meg inntrykk av at det ikke er noen sammenheng mellom behandlerens egen opplevelse av for høy/negativ arbeidsbelastning, antall saker behandleren har, kompleksiteten i sakene og behandlerens inntjening. Det er *ikke* entydig slik at de behandlerne som har flest antall saker, flest konsultasjoner og høy kompleksitet i sakene, er de som forteller om for høy/negativ arbeidsbelastning. Det er *ikke* entydig slik at uerfarne behandlere har behov for å få tildelt færre saker enn erfarne behandlere. Det er *heller ikke* slik at behandlere med mange saker og høyt antall konsultasjoner fremstår som mindre empatiske. Det er etter min mening både viktig og komplisert å finne ut av hva som påvirker den enkelte behandlerens egenopplevelse av arbeidsbelastning og muligheter for å gjøre en kvalitativt god jobb. Men i motsetning til Tveito mener jeg altså at byråkratiseringen med krav om aktivitetsregistrering og gjennomstrømming faktisk kan bidra til å synliggjøre viktige faglige utfordringer som vi klinikere må finne gode løsninger på, fortrinnsvis i samarbeid med helsebyråkrater og arbeidsgivere.

gro.ostenstad@siv.no