

Hva slags helsevesen vil vi ha?

Debatten om New Public Management (NPM) bør handle mer om hva slags helsevesen vi vil ha, og mindre om man er for eller mot NPM.

Kollega Jan Sjøberg svarer i julinummeret av Psykologtidsskriftet på mitt innlegg i mainnummeret, der jeg hevder at kritikken av NPM er sutrete. Sjøberg viser til dialektikken og *hvordan* man diskuterer, og ønsker en debatt uten ufine karakteristikk. Jeg er enig. Han bruker deretter kjente argumenter som at standardisering kan være til hinder for god fagutøvelse, med eksempler fra musikken for å illustrere forholdet mellom noter, musiker og publikum. Jeg følger han langt på vei, men er uenig i at valg av standard nødvendigvis ligger utenfor pasientens kontroll. Det er i så fall dårlig utøvd fag av behandleren. To av de tre grunnpilarene i prinsipplæringen om evidensbasert praksis handler om klinisk skjønn og pasientenes ønsker. Avvik fra standard i psykisk helsevern skjer stadig, er ofte uproblematisk og noen ganger til det beste for pasienten. Men for å unngå for stor grad av tilfeldig synsing må vi redegjøre godt for valgene vi tar, og vi må ha et system som er gjennomskiktig og etterprøvbart.

Dagens standard

I en diskusjon om standardisering kan det være nyttig å kjenne utgangspunktet. Jeg erfarte hvor vanskelig kvalitetsarbeid kan være i en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet på oppdrag fra departementet. Mandatet var å lage nye kvalitetsindikatorer for kommunehelsetjenesten. Vi kom ikke i mål med diskusjonen om hvordan definere kvalitet. Kollega Birgit Valla og jeg foreslo at man bør innføre systematiske tilbakemeldinger fra brukerne. Vi fikk høre at forslaget var godt, men prematurt. Jeg forstår hvorfor: Kommunene har få sikre datakilder med informasjon om det finnes en psykisk helsetjeneste, om de har kompetente fagfolk, eller hvor mange som får hjelp. Det ble argumentert for at før man kan be kommunene om å innhente informasjon fra brukerne om utfall, bør man be dem rapportere om de har ansatte som kan utføre oppgavene, for å sikre forsvarlighet. De nye indikatorene som ble publisert, handlet derfor om kompetanse.

I psykisk helsevern, hvor den statlige kontrollen er større, er situasjonen bedre, men fortsatt har vi ikke gode nok datakilder. Dessuten er det mangel på spesialister, merkantilt personale og for dårlige IT-systemer. Det er altså lang avstand mellom det behandlerne ønsker av kvalitetsindikatorer, og det som finnes per i dag. Det er som om vi behandlerne prøver å bygge på et hus, men hvor deler av grunnmuren fortsatt mangler.

Det er derfor ikke vanskelig å forstå motstand mot NPM. Systemet er ment å ivareta behovet til mange; de som står i kø og venter på hjelp. De fleste av oss er psykologer for noen få. Og fordi all form for standardisering betyr ofring av nyanser, opplever vi at det kan gå utover individet. Til gjengjeld øker etterprøvbareheten, og flere får hjelp. Det er ledernes ansvar å stå i krysspresset mellom prinsippene om likebehandling og individualitet. Vi bør derfor hjelpe lederne både ved å si fra om urett, men også om hva vi trenger.

Kritikk av kultur, ikke struktur

En ny rapport fra SINTEF laget på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er interessant når det gjelder oppfattelsen av NPM. 50 semistrukturerte intervjuer gjennomført ved 10 sykehus med ansatte på alle nivåer viste at selv om frustrasjonen knyttet til «ett ark til» – som for øvrig også er navnet

på rapporten – var stor, så var den knyttet til andre forhold enn systemet per se. De ansatte beskrev mye «lært frustrasjon», og selv om de mente at mengden rapportering var for stor, strevde de med å peke på hva som burde kuttes, blant annet fordi de forsto rasjonalet for hvorfor kravene var innført i utgangspunktet. Mange sa at de brukte mye tid på å forstå hva og hvor mye informasjon som skulle journalføres, hvordan ulik informasjon skulle deles horisontalt og vertikalt i organisasjonen, irritasjon over manglende opplæring i IT-systemer med håpløse innloggingsrutiner og maskiner som stadig hengt seg opp, og frustrasjon over ledernes manglende innsikt i hverdagen til de ansatte. Det var mest frustrasjon knyttet til kultur, opplæring og ledelse, heller enn mot NPM i seg selv.



NPM-DEBATTEN Faksimile fra juninummeret av Psyklogtidsskriftet.

Hva trenger vi?

Hvis undersøkelsen viser en tendens som gjelder for flere enn informantene, blir spørsmålet hvordan og hva vi skal måles og styres etter. En slik debatt handler mer om hva slags helsevesen vi vil ha, og mindre om man er for/mot NPM, og er kanskje nærmere syntesen Sjøberg etterspør. Begrensningene ved NPM begynner å bli godt belyst, men vi er dårligere på å beskrive mulighetene, og hva vi eventuelt vil ha i stedet. Hvordan skal vi sikre både verdibasert målstyring, god kvalitet for den enkelte, og samtidig sikre rettigheter til mange?

Jeg har ikke svarene på dette, men er opptatt av følgende:

- Vi bør være fleksible og så langt det er mulig jobbe på og med de arenaene pasientene ønsker. Det er deres interesser, opplevde belastninger, aktiviteter, familie og nettverk som bør spille hovedrollen. For tiden er jeg psykolog på BUP, og jeg opplever ikke at systemet er til hinder for slik tenkning.

- Vi bør måle på utfall og systematisk innhente opplysninger om pasientens opplevelser av hjelpen. Myndighetene jobber fram nasjonale mål, men alle ledere står fritt til å diskutere og teste ut kvalitetsmåling på sin enhet.
- Ledere bør forklare rasjonale bak strukturer som innføres, og vise hvordan dette kan være støttefunksjoner fremfor kontrollfunksjoner. De må respektere behandleres autonomi, og i tillegg stille krav til fremdrift slik at så mange som mulig får hjelp.
- Nyansatte må få god opplæring i IT-systemene, vi trenger nok merkantilt personale, og det bør være jevnlig gjennomgang av hvordan skrive journal ledet av erfarne behandlere.
- Terminologien må endres fra produksjonsspråk til lettlest humanisme, derfor bør alle maler endres.
- Vi trenger veiledning om hvordan vi skal bruke prinsipperklæringen om evidensbasert praksis, for å unngå å bli «flinke piker» som vektlegger standard for mye.

Lista er ikke ferdig, og jeg håper engasjerte kollegaer kan supplere, gjerne med eksempler fra andre lands praksis.

Det er lang avstand mellom det behandlere ønsker av kvalitetsindikatorer, og det som finnes per i dag