

## Rapport fra gølvet i psykisk helsevern

Aina Machado Bjerke  
psykologspesialist i DPS.

Er arbeidsdagen til psykologer i psykisk helsevern belastende, eller bare sutrer vi? Her er noen harde fakta, så kan leseren selv kjenne etter.



Aina Machado Bjerke. Foto: IPR.no

Først: Jeg jobber i allmennpoliklinikk, noen steder også kalt VOP, selve grunnpilaren i psykisk helsevern. Det er spennende og lærerikt. Vi utreder og behandler et bredt spekter av psykiske lidelser. Jeg trives i fellesskapet sammen med mine dyktige kolleger, og lønna er grei. Som offentlig ansatt kan jeg være hjemme ved sykdom, og jeg sparer opp pensjonspoeng.

## Arbeidsmengde

En normalt forventet arbeidsmengde for en spesialist vil være 20 pasientavtaler per uke, slik at det kan tas høyde både for behandlerens fravær og at pasienten eventuelt avlyser, fire timer møtevirksomhet (som inkluderer medikamentelle drøftinger med lege), og at vi har to psykologer i veiledning. I 2,5 timer spiser vi (forhåpentligvis) lunsj. Da gjenstår ni timer, eller drøye én time og tre kvarter per dag, til eventuelle eksterne møter, telefonsamtaler, å gjennomgå journal og utredningsverktøy, utarbeide utredningsrapporter, skrive drøftingsnotater, behandlingsplaner, henvisninger, epikriser, spesialistklæringer og, ikke minst, manuelt registrere diagnoser og pakkeforløpskoder i DIPS.

Les andre innlegg i debatten.

### *Det er kun pasientmøtene som regnes som «produksjon»*

Deretter gjenstår spesialistgodkjenning av diverse behandlingsplaner og epikriser. Dette er en teknisk oppramsing av arbeidsoppgaver. I tillegg må vi gjøre det emosjonelle arbeidet, stadig skifte fokus mellom ulike mentale og kognitive øvelser, samt bruke tid og rom på å fordøye og omstille oss mellom ulike funksjoner og oppgaver.

For ordens skyld: Det er kun pasientmøtene som regnes som «produksjon», selv om vi i praksis absolutt arbeider når vi ringer, skriver, veileder, forbereder og deltar i møter.

## Rask utskrivning

Noe som i tillegg skiller allmennpoliklinikk fra en del andre spesialisthelsetjenester, er at det i utgangspunktet ikke er henvisningsmengden som dikterer ventelistene. Vi kan i hvert fall ikke innføre inntaksstopp og be fastlegen henvise annensteds. Dette vil i praksis si én ny pasient per uke per behandler hele året. Sakene er ofte komplekse, kan kreve mye «arbeid rundt», som Nav-samarbeid og innhenting og gjennomgang av tidligere journaler, og/eller mange behandlingstimer for reduksjon av symptomer, bedring av livskvalitet eller hverdagsfungering. Tallene jeg refererer over tilsier at behandler ofte må velge mellom utilfredsstillende rask utskrivning, sette opp flere enn fire konsultasjoner per dag, eller opparbeide seg en svært lang og uoversiktlig pasientliste med lengre tid mellom hver konsultasjon for den enkelte pasienten.

Dersom dette for leseren kan oppleves som et arbeidsforhold som i lengden kan påføre slitasje, utbrenthet eller kanskje et ønske om å skifte arbeidsplass, kan vi nå gå videre til løsningsforslag.

For hva trenger vi som jobber på «allmennpol»? Noe kan nok avhjelpest med bedre og bredere digitalisering. Eventuelt kan sosionomer og jobbspesialister bidra på ulike måter for å øke pasientens livskvalitet og mulighet for tilfriskning.

### *...ikke er i tråd med den hjelpen pasienten forventer å få*

Men slik det daglig fortøner seg, særlig på allmennpoliklinikk, må det i første rekke jobbes med forventningene til hva vi i dette landet realistisk har og kan tilby mennesker med psykiske lidelser. Realiteten er at en person med moderate til alvorlige psykiske lidelser og som innvilges rett til behandling ved en allmennpoliklinikk, vil kunne regne med en utredning og en eventuell diagnose som beskriver de aktuelle plagene/vanskene. Deretter tilsier ressursene at oppfølgingen i de fleste

tilfeller er avgrenset i både tematikk, timeomfang og varighet. I noen tilfeller kan pasientene henvises videre til ytterligere spesialisert hjelp, men da ofte med lang ventetid.

## I utakt med forventningene

Dette må politikere og helseforvaltere få beskjed om, og de må bidra til å kommunisere de realistiske rammene for helsehjelp til folket framfor nye lovnader og store ord, uten den nødvendige tilførselen av ressurser eller andre reelle løft.

Hovedproblemet i psykisk helsevern er at tjenestene som tilbys, ikke er i tråd med den hjelpen pasienten forventer å få. Forventninger som ofte er kommunisert fra øverste hold (jamfør tidligere helsestatsråd Bent Høies null-visjonen for selvmord), samstemmer rett og slett ikke med de reelt tilgjengelige ressursene og fordelingen av disse ved poliklinikkene.

Kanskje må belastnings-/sutredebben starte med å erkjenne at det rett og slett er ganske kjipt å være leverandøren av et produkt som ikke holder hva det lover.