

Åtte grunner til å forlate et engasjerende fagfelt

Jeg har vært veldig glad i jobben min og trodde aldri jeg skulle ønske å forlate den. Men utviklingen i løpet av de siste årene har gjort meg stadig mer ubekvem i rollen som forvalter av ansvar, tillit og fagkunnskap.

TEKST

Inger Toreskås Asheim

PUBLISERT 4. april 2014



ILLUSTRASJON: SIMEN AUGUST ASKELAND

Jeg har arbeidet i mer enn 30 år i det offentlige helsevesenet, de siste ti år med unge psykosepasienter innlagt til døgnbehandling. Som nyutdannet møtte jeg et helsevesen styrt av erfarne leger og sykepleiere med stor nærhet til pasientene og primæroppgavene i virksomheten, men med vekslende kompetanse på økonomi og forvaltning. I dag har ledelse i helsevesenet utviklet seg til en egen profesjon som naturlig nok har et annet kunnskapstilfang og interessefelt enn det helsefaglige. Utviklingen har medført føringer og pålegg som stjeler stadig mer oppmerksomhet og tid fra klinisk arbeid. I tillegg til innføring av nye oppgaver har mange av våre tidligere støttefunksjoner blitt borte. Delvis har høyt spesialiserte behandlere blitt pålagt å overta funksjoner, dette gjelder særlig typer oppgaver som sekretærtjenesten tidligere dekket og som nå skal driftes via IT-løsninger. Delvis er vi på sengepostene henvist til å kjøpe tjenester fra og tilrettelegge for samarbeid med eksterne tjenesteytere, der vi tidligere hadde samarbeidspartnere mer integrert i daglig virksomhet. Dette gjelder områder som kjøkken, hushold, renhold, teknisk og bygningsmessig drift. Over år og på ulike nivåer har et økende antall ikkehelsefaglige aktører fått medbestemmelse i utformingen av våre behandlingsmiljøer. Parallelt opplever de som står i kontakten med pasientene, å miste stadig mer innflytelse på premissene for og styringen av virksomheten. Som fagfolk blir vi nok tatt med i prosesser, men disse videreføres på en slik måte at vi ofte opplever oss som alibi for konklusjoner vi ikke er enige i. I daglig arbeid oppleves det stadig tyngre å opprettholde fokus på det faglige innholdet i behandlingstilbudet og på målrettet og god bruk av tid.

«Spesielt når det gjelder de sykeste, krever etablering av relasjoner lang tid og systematisk arbeid»

Det er bred faglig enighet om at relasjonen mellom pasient og behandlere er en sentral faktor for bedring. Spesielt når det gjelder de sykeste, krever etablering av slike relasjoner lang tid og systematisk arbeid. Derfor får tidstyveri og fragmentering av behandlingmessig fokus så alvorlige konsekvenser for denne pasientgruppen.

Tilslørte motsetninger

Økonomiansvaret, dvs. kravet til å holde budsjett og effektivisere nedskjæringer på en faglig forsvarlig måte, har blitt delegert nedover i systemet. Dette medfører at den sunne dynamikken som ligger i tydeliggjøring av motsetninger mellom faglige behov og økonomiske begrensninger, tilsløres. For etter hvert sosialiseres også fagfolkene til å bli opptatt av hvordan vi best kan prioritere innenfor rammene, mer enn av å synliggjøre behov og kjempe for å få rammer som dekker behovene. Komplekse faglige behovsanalyser omformes, tilsløres og ufarliggjøres gjennom ledelsesspråk.

Den mest alvorlige konsekvensen av dette er hvordan fagfolks holdninger endres over tid. Pressede behandlere beskytter seg ved å «spisse» virksomheten gjennom å avgrense

målgruppen og å innskrenke tilgjengeligheten. Faglig vitebegjær og pågangsmot kveles og gjør oss mindre reelt kompetente på komplekse utfordringer. Min erfaring er at redusert tid sammen med pasientene svekker empatisk trykk og faglig engasjement. Når disse drivkreftene svinner, vil man i økende grad tilby den standardiserte og teknisk pregede delen av behandlingen. Utformingen av det vi da har å tilby, vil være lite egnet til å vekke livsmot og livskraft hos alvorlig syke pasienter som har tapt fotefestet, håpet og organiseringsevnen.

Helsevesenet er fullt av aktører med gode visjoner og hensikter, det er vanskelig å finne noen som erkjenner ønske om behandlingsmessig fragmentering og kvalitetsreduksjon. Når gode tilbud likevel forvitrer, tror jeg det har sammenheng med at det å få til kvalitativt gode behandlingsbetingelser er sammensatt av så mange små og store faktorer i samspill at det er umulig for byråkrater og tjenesteytere å se konsekvensene av de bestemmelser de tar ut fra sine funksjoner. Alle styres av effektivitets- og kvalitetskrav på sine fagområder, og har ofte mer konkrete og avgrensede variabler å presentere enn de behandlingsmessige. Behandlingsmessig helhet og sammenheng derimot er mer komplekst og dermed vanskeligere å formidle, og jeg tror det er derfor behandlingshensyn så ofte taper.

Fra å være en virksomhet der behandling står i sentrum og ledere og tjenesteytere tilpasser seg og støtter opp under behandlingsmessige behov, opplever vi at pasientbehandlingen ofte blir en salderingspost som får det handlingsrommet som blir tilbake når andre typer krav er oppfylt. Jeg har prøvd å konkretisere og oppsummere egne erfaringer i åtte hovedområder.

1. Vektlegging av effektivitet og lønnsomhet. Også sykehusdrift har blitt butikk. Virksomheten vår preges i økende grad av forretningslivets vokabular (produksjon, inntjening, leveranse, ordresreserve, internfakturering), og det legges mye energi i å tilpasse virksomhetens innhold til denne formen for tenkning. Forretningsdrift forutsetter at virksomheten beskrives i tall. Det medfører at behandlingens verdi primært måles i enheter som eksempelvis antall liggedøgn, pasientgjennomstrømning og antall konsultasjoner per dag. Den som er rask og sluser mange igjennom, gjør en god jobb, innholdet i tilbudet etterspørres sjelden. Men hvis innhold etterspørres, skal det måles i lett kvantifiserbar effekt, gjerne på skalaer som kan gi oversiktlige grafer. Disse løftes fram som tegn på faglig kvalitet i bedriften. Hvor viktig det som måles, er i helheten, hvor lenge effekten vedvarer, og om den har sidevirkninger, er eksempel på kompliserende spørsmål som sjelden stilles.

Lønnsomhet måles smalt. I dag tas det for gitt at det er mer lønnsomt å skrive ut en pasient etter 30 døgn enn etter 90 døgn. Hvordan ser regnestykket ut etter 5 år? Eller hvordan regner man lønnsomhet når et barn som behandles raskt og effektivt i BUP, blir en voksen med store subjektive lidelser, kronifisert funksjonssvikt og betydelig samfunnsbelastning? I dag kan det framstå som lønnsomt å legge en stram turnus med rom for innleie ved behov. Men på en psykosepost er behandlingen mest sårbar for tilbakeslag nettopp når det «topper seg» (strukturevikt og emosjonelt trykk), og mer enn

noen gang er det da behov for kjent og kompetent personale dersom behandlingsgevinsten ikke skal forspilles.

2. Dokumentasjon og frykten for å bli «tatt». I takt med idealer om effektivisering og lønnsomhet har kravet til dokumentasjon endret seg. Hvert stykke arbeid skal registreres, hver pasientkontakt skal nedtegnes. Dette gir side opp og side ned med journalnotater, hvor det ofte ikke står annet enn om pasienten har møtt til avtalen; ikke om timen har vært byggende, destruktiv eller likegyldig – og hvorfor. Dokumentasjonen har i økende grad preg av å dekke et juridisk preget behov hos behandleren for å ha ryggen fri. Vi styres av redsel for å bli «tatt» (bli rapportert, bli utsatt for klagesak, få avviksmelding). Dette viser seg både gjennom vår opptatthet av å dokumentere at standard prosedyrer er fulgt, og gjennom at vi søker å unngå nedtegning av materiale som har potensial i seg til å medføre ubehag. Det synes å være en overdreven tro på at kvaliteten i det vi gjør for pasientene, kan sikres gjennom definerte prosedyrer og kontroll. Min erfaring er at kvalitet best sikres gjennom satsing på et etisk bevisst, åpent kritisk, faglig krevende, men også menneskelig ivaretagende fellesskap.

Dokumentasjon tar tid og får stort volum, men blir innholdsmessig mager og repeterende. Journaler, rapporter og erklæringer blir lite nyttige for det de var tenkt til: å gi grunnlag for forståelse av den kompleksiteten som påvirker utviklingen av en alvorlig sykdomstilstand og forløpet i behandlingen. For pasientene våre betyr det at ivaretagelsen av det de selv sliter med å huske/ha oversikt over (sammenhenger, interaksjoner og tidsdimensjoner), ikke blir dokumentert og bevart til senere behandlingsmessig nytte.

3. Byråkratisering og fremmedgjøring. Pasientbehandlingen foregår innenfor et lovverk og ut fra retningslinjer og anbefalinger som gradvis har blitt så omfattende at den jevne kliniker ikke klarer å ha oversikt. Tidkrevende systemer for registrering, rapportering og kontroll av etterlevelse oppleves ofte lite meningsfylte og følges sjelden av tilbakemelding. Rutiner forsvinner noen ganger like ubegrunnet som de kom. For personalet i pasienthverdagen framstår tilsynelatende umotiverte endringer som tidstyver; de skaper uro, usikkerhet og defokusering fra arbeidsoppgavene. Ofte resulterer de i reduksjon av tjenester uten at åpen evaluering blir gjennomført. For våre pasienter, som utgjør en liten og svak pressgruppe med komplekse og lite tabloide behandlingsbehov, medfører slik endringsledelse en konstant utrygghet. Denne utryggheten uttrykkes oftest av pårørende som over tid har sett tilbud komme og gå.

4. Fragmentering av tilbud. Terapeuter skifter post og team, saksbehandlere går på omgang etter klientens fødselsdato, hjemmesykepleien avvikler primærkontaktordning, rullerende ansvarsvakter overtar mer av enhetslederens ansvar. Dette er eksempler på organisering som har som resultat at pasienter med sammensatte behandlings- og bistandsbehov får et økende antall personer og dermed hyppig skiftende relasjoner å forholde seg til. I tillegg gir fragmenteringen grobunn for ansvarsfraskyvning. Den enkelte virksomhet definerer sine grenser, og ny saksbehandler kan ofte ikke stå for det som forgjengeren formidlet. Pasienten blir en kasteball som ingen kjemper om å få ta imot.

Dette skjer i ansvarsgrupper når deltagerne ikke er gitt myndighet til å ta beslutninger, eller mellom ledere der uenighet om definisjon av ansvarsområde blir hovedtema for møter, mer enn samling rundt hvordan faglig krevende behov kan imøtekommes. Etter slike møter sitter man ofte med en følelse av at det viktigste er å få formidlet hva man dessverre ikke kan gjøre for pasienten. Det mest nedbrytende for våre pasienter er når tilbudenes manglende dimensjonering forsøkes brukt til å definere (nedjustere) pasientens legitime og veldokumenterte behov for bistand.

5. Fine ord og tomme løfter. Vår virksomhet er full av visjoner på alle nivåer, dvs. løfterike formuleringer uten sikring av de praktiske implikasjonene. Det loves på vegne av faget, utover den metodikk som faget har utviklet. Det loves på vegne av fotfolket på en måte som de ikke er dimensjonert til å etterkomme, verken kvantitativt eller kvalitativt. Det lages for eksempel flotte behandlingslinjer uten at enhetene har spesialister med tilstrekkelig kompetanse til å gi den utredningen og behandlingen som forespeiles. Det er greit at man kan komme i unntakssituasjoner, men når unntakstilstanden vedvarer, utarmes virksomheten. Når man skjærer ned på sykleiefaktoren eller legger ned en hel enhet, har jeg flere ganger hørt sagt, uten å skjønne hvordan det er mulig, at dette «ikke går ut over kvaliteten i pasientbehandlingen». Når avstanden mellom de forventningene som skapes, blir for stor i forhold til de muligheter som foreligger i enheten, resulterer det i fremmedgjøring overfor oppgavene og til demoralisering. For pasienter og pårørende skaper mangelen på samsvar forvirring, emosjonelt ubehag, frustrasjon og resignasjon.



BØNN TIL HELSEMINISTEREN: «Prioriter pasientbehandlingen, og la dem som vet mest om den få økt reell makt og styring.» Det er én av flere anmodninger forfatteren av dette innlegget ønsker å høre Bent

Høies kommentar til.

Foto: Erik M. Sundt

6. Spesialistkompetanse som salderingspost. Spesialistenes tilstedeværelse hos pasienten trues fra flere kanter. Den økende vekten på akademisk karriere i praksisfeltet trekker medarbeideres fokus og tidsbruk bort fra løpende pasientarbeid, og det er ofte ikke rom for å erstatte denne ressursen med kvalifisert vikar. Det lappes med legespesialister gjennom at virksomhetens egne spesialister spres på flere enheter slik at grundig pasientarbeid umuliggjøres. Det praktiseres innleie av spesialister fra utlandet, uten forankring i virksomheten, ofte med svake språklige forutsetninger, på kostbare korttidskontrakter, i den hensikt å holde en enhet formelt gående.

De høyest spesialiserte i virksomheten oppnevnes ofte til ikke-pasientrettede tiltak, det spises av arbeidstiden til styringsgrupper, arbeidsgrupper og utvalg, til prosjekter for utvikling av prosedyrer, IT-løsninger og dokumentasjonssystemer. Dette kommer i tillegg til ordinær møtevirksomhet. Det er ikke ofte man hører at noe av dette blir prioritert bort til fordel for styrking av tid til egen pasientbehandling.

Så lages det kompensierende ordninger for å ivareta løpende behandling, det mest utbredte er ulike typer veiledning uten at spesialisten møter pasienten. I neste omgang beskrives disse ordningene som positive tiltak, og erfaringene brukes til å argumentere for forsvarligheten i lav spesialistbemanning. For våre pasienter innebærer dette mindre kontakt med og trygghet på spesialisert personale, svekket mulighet til å påvirke beslutninger om egen behandling, svekket tiltro til og dermed risiko for svekket etterlevelse av behandlingstiltak.

7. Økende fravær av faglige ledere. Tidligere hadde enhetene avdelingsledere som stort sett befant seg blant personale og pasienter på posten. I dag synes det som at lederressursen i økende grad trekkes oppover, i alle fall bort fra tilstedeværelse på enheten. Dette forsøkes kompensert blant annet ved rullerende ansvarsvakter og annen delegering av oppgaver. En slik organisering bidrar imidlertid til mangel på systematikk og beslutningsevne. Over tid innebærer den at lederens legitimitet i personalgruppa reduseres. Lederens identitet og lojalitet knyttet til enheten svekkes, og forvaltningen av personalet, som det viktigste redskapet i behandlingen, lider under det. For pasientene medfører det økt risiko for svikt i gjennomføring av løpende strukturer som danner forutsetning for bedring.

«Det loves på vegne av faget,
utover den metodikk som faget
har utviklet. Det loves på vegne
av fotfolket på en måte som de
ikke er dimensjonert til å
etterkomme, verken kvantitativt
eller kvalitativt»

8. Økende grad av personalrettigheter. Vi har sett en markert økning i ulike personalrettigheter og goder, som hjemmekontor, permisjonsordninger, trim i

arbeidstiden, og tidkrevende og kostbare sosialt-faglige samlinger. Dette stjeler tid og andre ressurser fra klinisk arbeid, men har også en holdningsskapende effekt, der fagfolks oppmerksomhet og verdier over tid påvirkes på en slik måte at egne behov mer gis sentral plass. Når man står i en tung behandlingshverdag, er det fristende å skifte fokus til noe som avlaster trykket. Slik defokusering fra pasientarbeidet forebygges best når strukturen har innebygd i seg en høy terskel for mentalt og fysisk fravær. Min erfaring er at det å ha kultur for pasientrettet tilstedeværelse vil øke sannsynligheten for at tunge behandlingsutfordringer møtes med kreative og samordnede innspill. For fagfolk er dette forsterkende i seg selv, men det hadde vært stimulerende om helseledelsen hadde innrettet sine belønninger mot mestring av denne type utfordringer.

Hastighetens tid

Vi arbeider med en gruppe pasienter der det er stor faglig enighet om at de har behov for tid og raushet. Men vi lever i en kultur der alt skal være stadig mer effektivt og målbart, der synergieffekter skal utnyttes og ressursbruk optimaliseres. Jeg er enig i at det er viktig å kreve resultater av det vi arbeider med. Vi må kunne dokumentere hvordan vi forstår lidelsene, og hva vi gjør for og med pasientene. Vi må ha orden på økonomistyringen, og som personale trenger vi visjoner og pusterom i hverdagen. Det må være fordeling av ansvar, og folk må flytte på seg, også i behandlingssystemet. Men retningen på og summen av de rådende holdningene på disse områdene, den vedvarende utarming av behandlingskompetent nærvær hos pasienten, den økende tendensen til forenkling og fragmentering av komplekse fenomener, og den økende tilbøyeligheten til å definere pasientens behov ut fra foreliggende muligheter i stedet for å ta kampen for å skape muligheter ut fra pasientens behov – alt dette framstår som en tung og nærmest uangripelig trussel mot god behandling av alvorlig psykisk syke.

På samme måte som i behandlingshverdagen velger jeg å tro på mulighetene for endringer i organiseringen av behandlingsapparatet, og ønsker meg helseministerens kommentarer til noen enkle anmodninger:

- Prioriter kjernen i virksomheten (pasientbehandlingen), og la dem som vet mest om den få økt reell makt og styring.
- Invester i virkemidlene (fagfolka); still krav, oppgrader kompetent og stabilt nærvær hos pasientene – og spar oss for mye av det andre.
- Få fram virkeligheten: Bruk fagfolk til å beskrive behov, og la politikere bestemme hva vi som samfunn kan ta oss råd til, uten tilslørende språkbruk. Det tror jeg vil være lettere å forholde seg til for oss alle. Kanskje også mer kostnadseffektivt?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 4, 2014, side

TEKST

Inger Toreskås Asheim, Psykologspesialist

