

# Psykisk helsearbeid som vareproduksjon

I teknokratiets tid kolliderer dialogen.

TEKST

Leif Jonny Mandelid

PUBLISERT 5. mai 2014



BØNN TIL HELSEMINISTEREN: «Prioriter pasientbehandlingen, og la dem som vet mest om den få økt reell makt og styring», skrev Inger Toreskås Asheim i forrige utgave.

## DEBATT: PSYKISK HELSEVERN

I mars 2012 startet Psykologtidsskriftet en temaserie om produksjonspress, byråkratisering og psykologer i skvis i helsetjenesten. Serien førte til debatt. I forrige utgave skrev psykologspesialist Inger Toreskås Asheim at utviklingen de siste årene har gjort henne stadig mer ubekvem i rollen som forvalter av ansvar, tillit og fagkunnskap.

Jeg finner det vanskelig, men nødvendig, å rette et kritisk lys på psykisk helsearbeid slik det er organisert og slik det praktiseres i dag. Det er vanskelig fordi mangt er blitt radikalt bedre, historisk sett: I Norge investerer vi mer ressurser enn noensinne i et godt

utbygd, kunnskapsbasert og desentralisert psykisk helsevern. Det er nødvendig, fordi indre motsigelser i denne prosessen rokker ved dets etiske og humanistiske pilarer.

**«Delte beslutningsprosesser og flere medarbeidere med brukererfaring vil kunne bidra til at fremtidens psykiske helsearbeid oppleves mer nyttig og meningsfylt for brukerne»**

## **NPM**

Helseforetakene drives etter prinsipper fra New Public Management, basert på bedriftsøkonomiske modeller for lønnsom vareproduksjon gjennom detaljert målstyring. For tjenestene brukerne tilbys i klinikken, kan dette gi en rekke betenkelige konsekvenser. Likeledes for behandlerne som skal følge opp enkeltindivider med varierende behov, som hele tiden krever fleksibilitet i valg av terapeutisk tilnærming og tidsbruk. Produksjonstenkningen gir overdreven tro på effekten av standardisert teknologi, faste prosedyrer og stykkpristenkning. Dette er et språk administratorer, økonomer og manualfikserte terapeuter forstår, i en felles skepsis til alt som ikke kan måles og telles. Begrensning av hva som er meningsfylt, virkelig eller effektivt til målbare data, medfører imidlertid fare for at andre vesentlige hensyn ikke tillegges tilstrekkelig vekt. I første omgang avstedkommer dette et kvalitetssikringssystem basert på løpende kontroll av at gitte prosedyrer og tidsrammer overholdes. Følgen blir lett en motsvarende angst hos mange medarbeidere for ikke å være produktive nok eller angst for å avvike i forhold til normen. Prosessen sementeres gjennom belønning av trofasthet til manualer, og mistenkeliggjøring av intuisjon og kreativ evne til å tilpasse intervensjoner til brukernes individuelle behov.

## **Distanse**

Instrumentelle spørsmål som skal gi svar til fagpersonens på forhånd definerte agendaer, kan blokkere for en åpen, un- drende og dialogisk søken etter løsninger basert på delte beslutningsprosesser. Unødig mye av behandlernes pasienttid blir spist opp av stadig mer omfattende krav til løpende dokumentasjon tilpasset kategoriene i en datateknologi. Et profesjonelt sekretariat blir salderingspost. En annen konsekvens er et voksende bokholderi preget av kontroll på bekostning av frihet under ansvar. Terapeuter presses til å fungere som byråkrater og distansen til brukerne øker.

## **Forfall til administrasjon**

Aristoteles hevdet at kunnskap og teknologi er viktig, men ikke tilstrekkelig. Tilpasning av teknologien ut fra hva en unik situasjon krever, er nødvendig for å oppnå et meningsfylt resultat. Praktisk fornuft avgjør om teknologien til syvende og sist fungerer, altså om den er terapeutisk. I dette perspektivet fins ingen snarveier til

øyeblikket. Dersom klinisk skjønn og undring nedprioriteres til fordel for observasjon og på forhånd definerte «effektive» prosedyrer, kan behandling forfalle til administrasjon. Brukeren risikerer å bli ekspedert som en gjenstand på et samleband. Behandlerne lever under et krysspress mellom ledelsens krav om produktivitet og økonomisk lønnsomhet, og den individuelle brukers behov og lidelsestrykk. Det kan føre til at brukeren i verste fall blir avspist med minimale eller kosmetiske tiltak. Slik blir det vanskeligere å oppnå terapeutisk allianse med dem som trenger det mest, og tilliten til psykisk helsevern undergraves. Optimal behandling vil ofte bety tilgang til varige relasjoner hvor brukerne gradvis kan erstatte umulig selvtilstrekkelighet med moden avhengighet av andre.

### **Kollaps til kategorisering**

Det fins også andre former for strukturelt press som undergraver behandling: Takstsystemet belønner utredning og diagnostisering langt bedre enn terapi. Begrepet «behandling» risikerer å kollapse til kategorisering. Brukeren sendes hurtigst mulig videre for oppfølging et «annet» sted i «behandlingskjeden», som ofte vil si kommunehelsetjeneste eller privatpraktiserende spesialister. Dette har et skinn av effektivitet, men ofte er det ikke kapasitet til god nok oppfølging for alle brukere som trenger det «andre» steder heller. Noe av dette kan kanskje bøtes ved å slå sammen spesialist- og kommunehelsetjenesten, slik at brukere med behov for lang og tett oppfølging ikke blir kasteballer mellom konkurrerende budsjetter.

### **Myndiggjøring**

Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer viser hvordan terapeutens oppgave er fundamentalt annerledes enn en produsent eller reparatør av døde gjenstander. Terapeuten produserer ikke helse, men søker å gå i dialog med naturens selvhelende tendens til å finne tilbake til en balanse i seg selv. Heleren må hele tiden gjøre innrømmelser i forhold til tilbakemeldinger fra et annet følede og tenkende menneske. Brukeren er ikke et objekt, men et annet subjekt.

Snevert fokus på symptomer og funksjonssvikt får lett problemene til å vokse. Speiling av hele personen bidrar til bedring. Da synliggjøres en plattform til å administrere plager og funksjonssvikt ut fra, og et tilfluktssted fra sider ved selvet og livet som er vanskelig å bære. I psykisk helsearbeid innebærer dette dialog og myndiggjøring av brukeren, gjennom å lytte og bygge på brukerens egne erfaringer: Å finne en vei videre sammen med brukeren som verken fagpersonen eller brukeren kjenner i utgangspunktet. Det er to eksperter som møtes. En med fagkunnskap og en med sitt levde liv og behov for hjelp til å mobilisere sin selvhelende kraft. Hvor lang tid dette tar, og hvor langt det er mulig å komme, lar seg ikke definere på forhånd.

### **Psykiatriens definisjonsmakt**

Delte beslutningsprosesser og flere medarbeidere med brukererfaring vil kunne bidra til at fremtidens psykiske helsearbeid oppleves mer nyttig og meningsfylt for brukerne.

Likeledes at psykisk helsearbeid i enda større grad blir et multifaglig nettverksprosjekt som kan møte ulike behov hos brukerne. Vi er ikke helt der ennå. Til det har psykiatriens definisjonsmakt overlevd i for stor grad. Et eksempel er konstruksjon av nye mentale «forstyrrelser» i diagnosemanualen DSM-V, en ytterligere undergraving av folkehelsen og utvidelse av farmakoindustriens profittgrunnlag. Psykisk helsearbeid dreier seg fremdeles i stor grad om effektiv økonomisk drift og et teknokratisk ekspertvelde. Det truer helhetlig tenkning og tilfriskning gjennom myndiggjøring. Humanismen bør nedfelles i daglig praksis som dialog i klinikken.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 5, 2014, side*

**TEKST**

**Leif Jonny Mandelid**, Spesialist i klinisk psykologi