

Den rette balansen

Å sørge for at vi lærer oss metoder som har god empirisk støtte, er ikke ensbetydende med at vi skal slutte å praktisere alle andre metoder.

TEKST

Liv Kleve

PUBLISERT 2. september 2015

NEW PUBLIC MANAGEMENT

Debatten om utviklingstrender i helsevesenet ser ut til å bruke begreper som New Public Management, evidensbasert praksis og retningslinjetyranni som uttrykk for én og samme sak, samt være preget av polarisering.

Jeg er enig at dette er for unyansert og er derfor oppmuntret av både Heidi Tessands og Jan Sjøbergs innlegg i de siste numrene av Psykologtidsskriftet. De hever diskusjonen opp fra skyttergravene med et nytt og mer konstruktivt fokus på hva slags helsevesen vi vil ha.

Ved å ta utgangspunkt i mine egne erfaringer fra både engelsk og norsk helsevesen ønsker jeg å bidra til den videre utviklingen av denne debatten.

Nytteverdien

Som nyutdannet psykolog for 28 år siden var jeg inspirert av psykodynamisk og humanistisk psykologi. Disse retningene har i stor grad fortsatt å prege min grunnforståelse. Men med et sterkt ønske om å kunne behandle flest mulige tilstander opplevde jeg raskt et behov for å utvide min terapeutiske verktøykasse. Dette behovet ble enda mer aktualisert da jeg i løpet av de første 10 årene i psykologyrket jobbet innen en rekke ulike spesialiteter for til slutt å falle til ro i psykisk helsevern for barn og unge. Etter hvert som jeg også påtok meg å utvikle nye tjenester, opplevde jeg krav om ytterligere spissing av kunnskap og metodevalg. Å oppnå tilstrekkelig oversikt over relevant og effektiv fag- og forskningslitteratur i disse fasene kunne være både tidkrevende og vanskelig.

Jeg har jobbet 22 år i det engelske helsevesenet og har noen erfaringer derfra. Da New Labour kom til makten i Storbritannia i 1997, var en av målsettingene å gjøre forskningslitteratur tilgjengelig både for klinikere og pasienter. Ideen var bl.a. å redusere gapet mellom forskning og klinisk praksis samt å adressere problemet med «postcode lottery» (at hjelpen som ble tilbudt, var både tilfeldig og avhengig av hvor i

landet man bodde). Dette var starten på innføring av NICE guidelines i England og var et svært kjærkomment tiltak. Å ha lært meg flere av de mest effektive metodene innenfor mine spesialområder opplever jeg som et privilegium. Ikke bare har det utviklet mine terapeutiske ferdigheter, men i tillegg bidratt til å gjøre meg uredd i møte med nye utfordringer og gitt meg et vedvarende engasjement for faget. Forskning viser dessuten at terapeuter som praktiserer flere metoder og modaliteter, opplever større trygghet og engasjement i jobben.

Faglige retningslinjer er synteser av forskning og faglitteratur, og i noen tilfeller gis det anbefalinger for implementering. Å innta en holdning «mot» faglige retningslinjer virker for meg ensbetydende med å være «mot» forskning og tydeliggjøring av internasjonal faglig konsensus. Personlig har jeg vanskelig for å forstå det etisk forsvarlige ved ikke å ta inn over oss resultater som er fremkommet gjennom systematiske og kontrollerte studier. Mener noen virkelig at selv om en f.eks. har funnet frem til konsensus for effektiv medikamentell behandling av ADHD, så bør ADHD likevel behandles på like mange måter som det finnes psykiatere?

Vi vet selvsagt også at selv om en metode mangler evidens på høyeste nivå, er ikke det ensbetydende med at den ikke virker – årsaken *kan* simpelthen være at vi mangler relevant forskning. Likevel er det ikke til å komme vekk fra at det finnes en jungel av metoder (og personer og institusjoner) som konkurrerer om markedet, og da er det vel viktig å ha klare kriterier å kunne vurdere ut fra...eller? Og når noen behandlingsmetoder har vist seg å være mer effektive enn «treatment as usual», blir valget ikke bare et etisk dilemma, men jeg tenker kun et spørsmål om tid før brukerne begynner å etterspørre behandling med dokumentert effekt.

Å sørge for at vi lærer oss metoder som har god empirisk støtte, er ikke ensbetydende med at vi skal slutte å praktisere alle andre metoder. Også innenfor somatikken kan kun om lag 1/3 av praksis beskrives som evidensbasert. Det er med andre ord ingen tvil om at det vil fortsette å være stort spillerom for klinisk skjønn, erfaringsbasert kunnskap og en god del kreativitet! Men å få kontinuerlig opplæring i flere evidensbaserte metoder vil etter min mening bidra til å hjelpe, ikke hemme, våre evner til kreativ problemløsning.

Rapportering og måling

Mye kritikk er blitt rettet mot måling og rapportering som oppleves som tidssløseri. Enkelte etterspør mer meningsfulle målinger, f.eks. effekt av behandling og brukertilfredshet.

Jeg har selv ved flere anledninger både evaluert effekt av mine egne og andres behandlingstilbud, samt etterspurt brukerperspektiv. Jeg kan skrive under på at dette både har vært stimulerende for min egen fagutvikling og oppleves som meningsfylt. Men jeg har også erfart hvor ressurskrevende og vanskelig regelmessig innhenting av slik informasjon kan være. I England så jeg eksempler på at tjenester ble lagt ned på grunn av manglende datagrunnlag eller dårlige resultater. Poenget mitt er at vi ikke må komme i skade for å gjøre vondt verre ved å overkomplisere noe som kanskje kan gjøres

enkler. Jeg ønsker absolutt å oppmuntre til mer klinikknær forskning og evaluering, men jeg mener dette bør gjøres grundig og systematisk med utvalgte prosjekter for å gi meningsfulle og pålitelige data. Jeg ønsker å slå et slag for enklest og minst mulig tidkrevende rapporteringer. Jeg må innrømme at min mening om dette også er noe påvirket av at jeg nå har beveget meg inn i en 100 % lederstilling – og jeg tør rett og slett ikke tenke på hvordan flere månedlige komplekse rapporter med enda flere tolkningsmuligheter vil påvirke vår hverdag!

Veien videre

Vi må være bevisste på verdien av vår grunnutdanning, som forblir fundamentet for all senere opplæring. Men i stedet for å tviholde på etablerte måter å jobbe på bør vi konsentrere oss om å være i kontinuerlig utvikling og være åpne for nye og bedre løsninger på problemer, samtidig som vi har klare kriterier for å vurdere hva som er godt nok. Satsing på klinikknær forskning vil forhåpentligvis både føre til bedre forståelse av hvordan forskning kan bidra til fagutvikling generelt, samt sørge for at kliniske problemstillinger blir satt i høysetet.

Tema for videre diskusjon kan være:

- Hvilken type kunnskap ønsker vi å legge til grunn for den fremtidige utviklingen av faget vårt?
- Hvordan kan vi sørge for at faget utvikler seg i takt med et samfunn i endring, og at vi bidrar til utvikling av et helsevesen vi kan være stolte av?
- Hvordan definerer vi hva som er til pasientens beste, og hvordan sørger vi for at vårt fokus først og fremst er dette?
- Hvilke er de mest relevante rapportene som kommer pasienter til gode?

For å få en bredest mulig debatt håper jeg at både klinikere, brukergrupper og politikere inngår i diskusjonene fremover.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 9, 2015, side

TEKST

Liv Kleve, Klinikkdirktør, Psykologspesialist, Ph.D.