

Behandleren i psykisk helsevern motpart eller medspiller?

TEKST

Rune Sømme

PUBLISERT 1. juli 2005

Reportasjer og mediaoppslag, ofte med grunnlag i dypt tragiske hendelser, skaper inntrykk av store mangler innen psykisk helsevern. Helsetilsynets siste statusrapport svekker ikke dette inntrykket. For oss som har vårt daglige virke i psykisk helsevern gir rapporten grunn til alvorlig ettertanke.

I følge Helsetilsynet er det mangelfull samordning av tiltak rundt pasienter, blant annet etter innleggelse i sykehus. Tilsynet peker spesielt på manglende bruk av Individuell plan. Retten til Individuell plan er nedfelt i flere lovverk, og flere etater kan initiere en slik plan (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Dette er nå å forstå som en pasientrettighet. Den springer ut fra medvirkningsretten, ett av de viktigste paradigmeskiftene i helsevernet i nyere tid. Implementeringen av Individuell plan stiller krav til samarbeid over linje- og etatsgrenser over lengre tid, og skal fungere som sikkerhetsnett for pasienter med sammensatte og langvarige bistandsbehov. Brukermedvirkning og individuell tilpasning står sentralt.

Ved å operere med uklare skiller mellom pasientrettigheter som mål og som middel, som ideal og praksis, kan staten her sette behandleren i et vanskelig etisk dilemma. Behandleren og pasienten vil planlegge hjelpetiltak i lys av hva som fremstår som mulig, rimelig og realistisk. Men å omsette prinsippet om Individuell plan til praksis, er ofte metodisk og faglig svært utfordrende, og det kan kreve personalressurser ut over det som er tilgjengelig. Det er trolig mange årsaker til at Individuell plan ikke er tatt i bruk etter forutsetningene. Dette har vært påpekt år etter år. Det er bemerkelsesverdig at forvaltningsorganer, tilsynsmyndigheter og regionsledelse i psykisk helsevern har sittet ved hvert sitt bord og konstatert denne mangelen flere år på rad. Disse organene har adgang til forsknings- og utredningskompetanse som kan bidra til å belyse den mangelfulle bruken av denne rettigheten. Gjennom sin passivitet på dette området fremstår de selv som dårlige forbilder for et initiativ de etterlyser hos sine underordnede. Dersom denne rettigheten skal være legitim, må den evalueres som praksis, være faglig behovsprøvd og ressursutløsende, ellers blir den bare en papirtiger.

Behandlerrollen og nye arenaer

Slik jeg ser det, har fagpersonalet i psykisk helsevern i reformperioden vist et stort engasjement og lagt ned mye arbeid for å bidra til å realisere reformens intensjoner,

gjern på siden av og i tillegg til sitt daglige arbeid. De har gjort dette på mange måter. De har bygget opp nye behandlingstilbud fra grunnen av. De har tatt i bruk behandlingsmetoder de ofte har vært lite kjent med, og i forhold til pasientgrupper de kan ha lite erfaring med. De har engasjert seg i etterutdanning og kompetanseutvikling.

Det nyliberalistiske byråkratiet synes å ha en økende tendens til å utøve en vokterbasert styring av behandlerens arbeid gjennom å øke kravene til produktivitet og virksomhetsdokumentasjon. Behandleren yter imidlertid ikke sine tjenester som følge av ytre påtrykk fra et byråkrati. Arbeidsytelsen er først og fremst grunnlagt i en etisk og faglig fundert profesjonsidentitet og styrt av en tjenestemannskonvensjon. Denne konvensjonen er basert på en forståelse av at pasienten har visse rettigheter og behandler har visse plikter som er hjemlet i lover og forskrifter. Konvensjonen er også fundert på behandlerens verdibaserte overbevisning om hvordan helsetjenester best bør ytes.

Det synes å være en tendens i retning av at psykisk helsevern blir involvert i behandling av psykisk helsesvikt som følge av et stadig mer elitistisk, individualisert og effektivitetskrevende arbeidsmarked. Avtalen om et Inkluderende arbeidsliv kan være et viktig skritt som kan motvirke utstøting av arbeidstakere med helsesvikt. Som behandlere erfarer vi imidlertid fortsatt at yrkesaktive pasienter møter bedriftskulturer som er ytterst forskjellige hva gjelder motivasjon til å legge til rette for medarbeidere med psykiske vansker. Helse- og personaltjenestene innen mange bedrifter, både offentlige og private, kan være forbausende passive og tafatte som bindeledd mellom medarbeidere og beslutningstakere innen bedriften.

Det synes å være en tendens i retning av at behandleren skal opptre i en rolle som sakkyndig, som forventes å fremskaffe dokumentasjon til beslutningstakere i andre etater og organisasjoner pasienten beveger seg i. Behandleroppgaven synes å bli mer dreiet mot en rolle som pasientadministrator eller sakkyndig, eller mot en byråkratisering.

Organisasjonsideologi og markedstenkning

Den rådende organisasjonsideologien i omstillingsprosessen innen offentlig sektor er det såkalte Scientific Management-perspektivet (Lian, 2002). Organisasjoner som styres etter denne ideologien kan best karakteriseres ved en maskin- og verktøymetafor. De når sine produksjonsmål gjennom å etablere effektive og standardiserte prosedyrer. Organisasjonsformen forutsetter i stor grad stabile og forutsigbare omgivelser. Når organisasjonen møter nye utfordringer, forutsetter en at disse skal kunne løses og mestres gjennom omstillinger, omprogrammering eller ytterligere innføring av nye prosedyrer og rutiner.

Stortingsmelding 25 (1996–97) viser til en rekke pasientgrupper som har behov for et bedre tjenestetilbud. Representanter for disse gruppene etterlyser forbedringer og økt kompetanse i hjelpeapparatet. Etter hvert som Opptappingsplanen skrider frem har også forskere pekt på behovet for økt kunnskap om ulike pasientgrupper. Samtidig er samfunnet i stadig endring, og nye problemer skaper nye behandlingsbehov, og krav til

reorganisering av hjelpetjenestene. Organisasjonsmodellene i psykisk helsevern synes å være lite innrettet mot å mestre slike raske endringer.

Det instrumentelle Scientific Management-perspektivet står i følge Lian (2003) lavt i kurs innen organisasjonsforskningen. Likevel synes det å ligge til grunn for omstillingen innen psykisk helsevern.

I henhold til den nye forvaltnings-ideologien innen offentlig sektor, New Public Management, skal tjenestene til enhver tid kunne måles opp mot kriterier for kostnadseffektivitet. Ideologien er sterkt påvirket av logikken som ligger til grunn for vare- og tjenesteproduksjon og markedstilpasning i det private næringsliv (Christiansen & Lægreid, 2000; Lian, 2003; Rønning, 2001). En slik sammenlikning mellom vareproduksjon og tjenesteytelser i helsesektoren bygger på sviktende premisser. Lians hovedkritikk mot bruk av markeds- analoge styringssystemer i helsetjenesten er at virkemidlene ikke er tilpasset virksomheten. Når helsetjenester blir omdannet fra et velferdsgode til en vare, skjer der en «varifisering» («commodification») som kan føre til at: «samarbeid blir erstattet av konkurranse, altruisme blir erstattet av egoisme, solidaritet blir erstattet av individualisme, og det ekte, uforstilte og umiddelbare blir erstattet med kalkulasjon. Det finnes for tiden mange tegn på en slik utvikling, spesielt i land hvor markedsorienteringen har sterkest rotfeste.» (s. 212). Gjennom denne omdannelsesprosessen peker Lian på flere farer. Tradisjonelle faglige og etiske normer forvitrer ved at markedstenkningen undergraver grunnlaget disse er bygget på. Fordeling etter likhets- og behovsprinsippet blir hemmet, med påfølgende urettferdighet i fordeling av helsegodene. Behandlingsrelasjonen kan i verste fall bli depersonalisert ved at de menneskelige aspektene skyves i bakgrunnen.

Psykiske helsetjenester kan aldri bli enkelt sammensatte produkter som oppnås gjennom å følge bestemte prosedyrer, rutiner eller standarder. De er individuelt tilpassede og komplekst sammensatte personalintensive ytelser, som fortløpende må endres i samhandling med den hjelpsøkende.

Til tross for at reformen nå ebber ut i sitt femte år, er få eller ingen data gjort kjent om behandlerpersonalets vurderinger av rammebetingelsene for å drive sitt faglige arbeid og deres oppfatninger av eget arbeidsmiljø. Mye er oppnådd i reformperioden. Nye behandlingstilbud er blitt utviklet, og kravene til effektivisering er blitt imøtekommet ved at flere får behandling og ventetiden er redusert. Dette skyldes først og fremst en stor innsats fra et engasjert og lojalt behandlerkorps. Men når er effektivitetsskruen dreiet til bunns?

Salmevers eller dialog

Alle verdibaserte reformer fordrer et informativt og motiverende samspill mellom aktørene som skal trekke i samme retning for å oppfylle en felles visjon. Reformens tidligste fase var preget av en pedagogisk strategi som kunne virke solidariserende og skape entusiasme, den kunne gi deltakeren opplevelsen av å delta i en meningsfull helhetstenkning. Jeg tror at mye av den opplevelsen ble skapt gjennom det jeg vil betegne som en dialogpedagogikk. I reformens senere fase er denne blitt mer og mer

erstattet av en salmeverspedagogikk, dominert av en autoritær holdning til det som skal utføres. Det som skal læres er forutbestemt og forutforstått, det skal ikke problematiseres som en del av en læringsprosess.

Medvirkning og deltakelse, plikter og rettigheter, er politisk funderte grunnverdier i fornyelsen av våre velferdsordninger. Det legges i økende grad vekt på kostnadseffektivitet, privatisering, konkurranseeksponering og ansvarliggjøring av enkeltindividet (Rønning & Solheim, 1997). Disse verdiene og virkemidlene er også førende i reformprosessen innen psykisk helsevern. Behandleren står i et dynamisk vekselspill mellom politikere, pasienter/brukere, brukerorganisasjoner og byråkratiet. I dette vekselspillet skapes det ideologiske, økonomiske og praktiske rammebetingelser som påvirker behandlerens daglige arbeid ned på detaljnivå. Behandlerpersonalet underlegges både makt- og avmaktsposisjoner, skapt gjennom krav til at bestemte tjenester skal ytes, produksjonsmål nås og rettigheter oppfylles.

Dersom behandlerrollen ensidig underlegges en eksekutivfunksjon, låses den i en rigid avmaktsposisjon som kan rokke ved selve verdigrunnet for reformen. Derfor trenger behandlerkorpset i psykisk helsevern ikke bare ledere som kan gå foran, beslutte, møte media og presse ansvar og resultatkrav nedover i organisasjonen. Vi trenger også ledere som kan gå bak, som har mot og vilje til å sette foten ned, og som kan kommunisere at de har en undersøkende holdning til det dynamiske vekselspillet mellom aktørene i reformprosessen som balanserer medvirkning og beslutning. Vi trenger ledere som gjennom en inkluderende holdning kan tydeliggjøre hvilke rammebetingelser og forutsetninger som skal ligge til grunn for at reformen skal kunne føres videre, også sett ut fra behandlerens perspektiv. Vi trenger ledere som kan trekke opp grenser for et realistisk og rimelig omfang av helsevernets virksomhet. Fagpersonalet er kanskje fremfor noen bærere av en visjon om et bedre psykisk helsevern, og da trenger vi mer enn bare nye salmevers.

Overvåkning eller tillit

Et spørsmål jeg stiller, er om reformprosessen er i ferd med å stagnere i et instrumentalistisk bakstreveri. Den byråkratiske overstyringen av fagpersonalet blir mer og mer tydelig. Det offentlige rommet i behandlingsrelasjonen blir forstørret, det personlige rommet blir forminsket. Dialogen mellom pasient og behandler blir stadig mer regelstyrt og formularisk. Vi kan risikere å få et behandlerkorps som blir mer defensivt og opptatt av å sjekke om de har fulgt prosedyrene, fremfor å fristille seg for å anvende klinisk kunnskap i møtet med den hjelpsøkende (Ekeland, 2002).

Gjennom en standardiserende byråkratisering av behandlingsrelasjonen svekkes betingelsene for utvikling av allianse og tillit. En slik utvikling strider mot sammenfatninger av effektstudier som viser at metodisk fleksibilitet og individuell tilpasning er blant de mest virksomme faktorene i behandling (Duncan, Miller & Sparks, 2004; Wampold, 2001).

Kunnskapsgrunnet innen psykisk helsevern har alltid vært preget av konflikter, motsetninger og idébrytninger. Dette har gitt rom for stadig skiftende epoker med

forklarings- og organisasjonsimperialisme, for eksempel biologisme, psykoanalyse, kognitivism, evidensbasert praksis, praksisbasert evidens, antipsykiatri, institusjonalisering og deinstitutionisering. Alle disse skoleretningene og organisatoriske prinsippene finnes representert i helsevernet i dag. Noen felles organisatoriske prinsipper synes likevel å ha nedfelt seg, og rivalisering mellom skoleretninger har avtatt. Behandlingsforskning synes i større grad å kunne dokumentere at sentrale fellesfaktorer er virksomme i terapi uansett terapiform. Det kan ikke dokumenteres at noen terapiskoler eller teoretiske forståelsesformer har særtrekk som gjør dem universelt uovertrufne (Ekeland, 2002; Hubbard, Duncan & Miller, 1999; Wampold, 2001). Anerkjennelsen av et kunnskapsmangfold er altså grundig empirisk fundert. Forståelsen av hvilke faktorer som er virksomme i behandling omfatter både forhold ved pasienten og terapeuten. Erkjennelsen av at behandling reguleres av et mangfold av faktorer kan stå som et bolverk mot de stadig tilbakevendende tendensene til paternalisme og dikotomisering i psykisk helsevern. Denne erkjennelsen representerer et sentralt skifte i forståelsen av hva som er virksomt i behandling.

Behandling er ingen vare

Kravene til utgiftreduksjon og kostnadseffektivitet i offentlig sektor er internasjonale, og de har flere ideologiske avskygninger. Det er ofte en kort vei fra politiske proklamasjoner om både effektivisering og kvalitetsheving, til krav om innfrielse. Mange har meninger om og søker å påvirke behandlerens kompetansegrunnlag. Behandlerens avhengighetsforhold til ulike maktbaser er mer tydelig og utslørt. Veggen mellom terapirommet og omverden er blitt mer gjennomsiktig og gjennomtrengelig, og behandlerens posisjon er i dag mer sårbar enn tidligere.

Terapi ved psykiske lidelser handler ofte om å fristille, forløse eller frigjøre. Som behandlere kan vi lære av ulike fenomenverdener, også markedets. Men en pasient er ingen kunde, en behandler er ingen selger, og behandling er ingen vare. Hvis behandling skal underordnes markedets språk og lover, risikerer vi en inautentisk og ensrettet forkvakling av behandlingsrelasjonen som det er vanskelig å overskue konsekvensene av.

Rune Sømme

Distriktssenter for Psykisk Helse

Hospitalet Betanien

5145 Fyllingsdalen

Tlf 55 15 45 10

E-post rune.somme@betanien.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 7, 2005, side

TEKST

Rune Sømme, Solli DPS Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT: rune.somme@solli.no