

Kvalitet, fokus og ledelse i psykisk helsevern

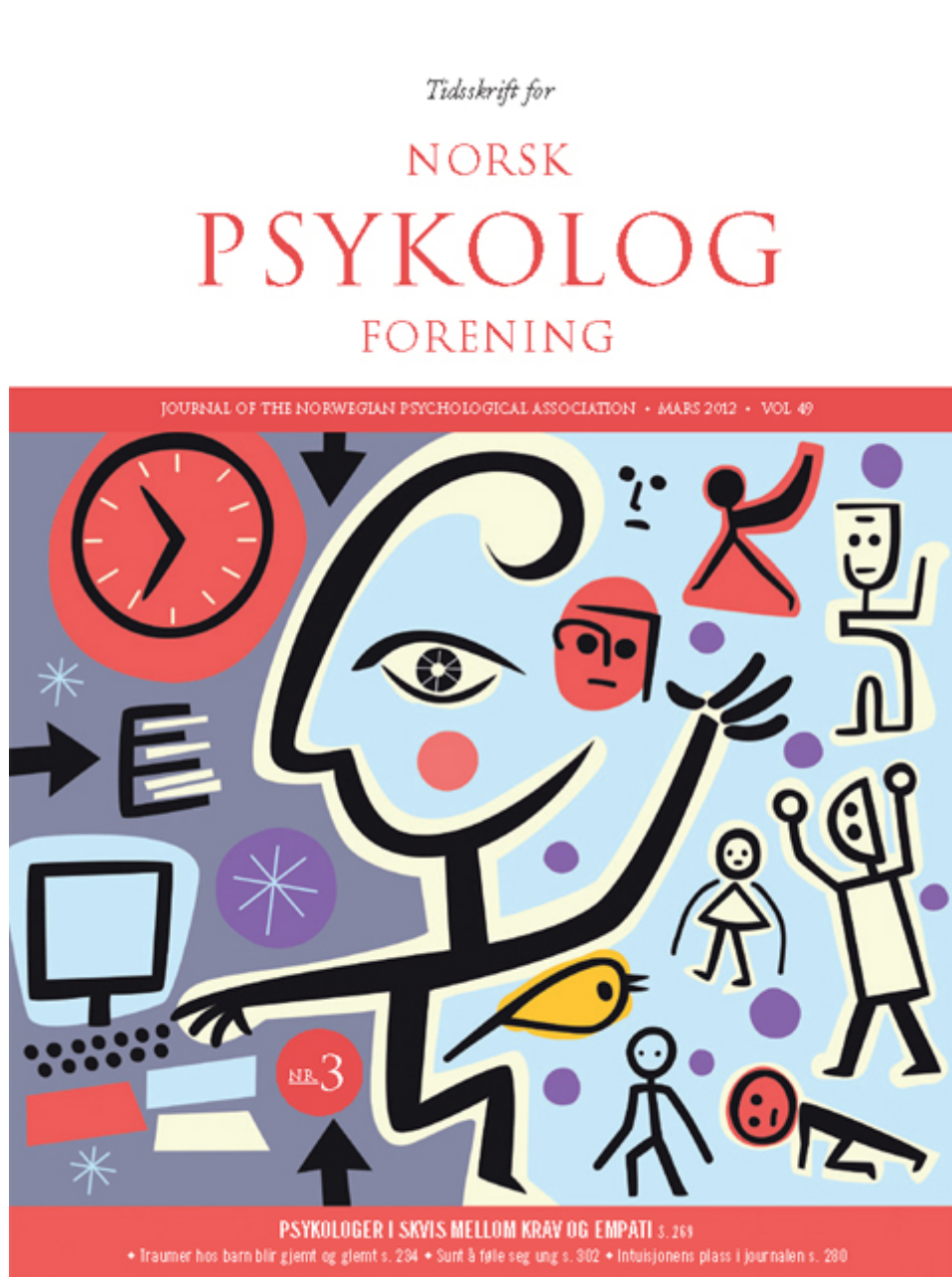
Flere psykologer har gitt uttrykk for at de opplever seg i skvis mellom krav og muligheter. Dette er et viktig signal, og bør være en pådriv for å få til en nødvendig endring av fokus i spesialisthelsetjeneste.

TEKST

Morten Grøvli

PUBLISERT 8. mai 2012

PSYK
KOLOGI



SKVIS: I en reportasje i marsutgaven viste Tidsskriftet at psykologer opplever seg i skvis mellom krav og empati. Dette har ført til debatt.

DEBATT: PSYKOLOGER I SKVIS

Ved reportasjer, intervjuer og innlegg har Tidsskriftet vist hvordan produksjonskrav og omfattende byråkratisering kan true den faglige autonomien og kvaliteten på tilbudet til pasientene. Dette har ført til debatt.

Jeg er glad for diskusjonen som nå pågår, om fokus og arbeidsvilkår innenfor psykisk helsevern.

Endring

«Hovedvektleggingen må være på pasienter og kvalitet, ikke på behandler og administrasjon»

Psykisk helsevern har vært i kontinuerlig utvikling og endring de siste årene, både med hensyn til ledelse, organisering, lovverk, arbeidsform og metodikk. Men dominerende måleparametere har til nå i hovedsak fokusert på behandleren og på organiseringen og administrering av tilbudet, og i mindre grad på pasienten og kvaliteten på tilbudet. Dette har ikke nødvendigvis vært feil. Kapasiteten har økt betydelig, og dette kommer selvsagt pasientene til gode. Likevel tror jeg vi kan finne noe av årsaken til den opplevde slitenheten nettopp her. Mitt inntrykk er at mange behandlere opplever en større oppmerksomhet på hvor mye de gjør (kvantitet), enn på hvor stor bedring pasientene opplever (kvalitet). Enkelte psykologer jeg har pratet med, sier at det fokus og press de opplever fra ledere, skaper en større frustrasjon og slitenhet enn de faktiske arbeidsoppgavene de har. De gir altså uttrykk for at det ikke er arbeidsbelastningen i seg selv som skaper slitenhet, men det fokuset de opplever. Denne forklaringsmodellen underbygges av resultater fra store medarbeiderundersøkelser. I eget helseforetak ser jeg at behandlerne totalt sett skårer høyt når det gjelder frihet til selv å organisere arbeidet sitt, og muligheten til å påvirke egen arbeidsmengde.

Proessen er startet

Det må derfor også være andre faktorer som skaper frustrasjon og slitenhet. Av den grunn er det viktig at vi nå retter oppmerksomheten fra kvantitet til kvalitet.

Denne erkjennelsen finnes i dag hos mange aktører på feltet, men det tar tid å se et endret fokus i praksis. Mehdi Farshbaf nevner i sitt innlegg i aprilutgaven Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Jeg har selv sittet i strategigruppen, og ledet en av arbeidsgruppene. Her var det et uttalt mål å

skape en endringsprosess der de kvantitative og organisatoriske måleparametrene ble nedtonet eller fjernet, og i stedet satse mer på kvalitet, behandlingseffekt og brukermedvirkning.

Det er forbausende liten uenighet om dette, både i departementet, direktoratet og de regionale helseforetakene. Likevel er det de kvantitative målene som fortsatt er fremtredende i nasjonale føringer og i de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter. Endringer tar tid, men prosessen er startet.

Må bidra

Psykologer og ansatte i psykisk helsevern kan bidra til å få fart på denne prosessen. Men for å lykkes er det nødvendig også å anerkjenne at mange elementer i den utviklingen vi har hatt i de siste årene, har vært positive. Ikke minst gjelder dette brukermedvirkning og brukerfokus. For drøyt ti år siden var det fortsatt mulig å innføre inntaksstopp dersom pågangen ble for stor. Dette bedret arbeidssituasjonen til klinikerne, men var neppe noe pasientene jublet for. For å bruke restaurantmetaforen til Mehdi Farshbaf: Vi må rette oppmerksomheten mot *kvaliteten* på maten, og ikke bare være opptatt av hvor effektivt den blir servert. Men dersom denne restauranten var eneste alternativ for å få mat, ville vi også oppleve det som dårlig kvalitet dersom vi ble avvist i døren, samme hvor god kvaliteten var innenfor. Vi ville trolig også synes at det var dårlig kvalitet dersom vi fikk til svar at vi dessverre ikke kunne få bord i dag, men vi skulle garantert få det innen fem måneder. Uten at vi kunne få vite nøyaktig tidspunkt. Med andre ord: Skillet mellom psykologens individfokus og myndighetenes «sørge-for-ansvar» kan bli kunstig, og vanskelig å forsvare. Det kan også bli krevende å argumentere for nødvendigheten av spesialitetene i samfunnspsykologi og organisasjonspsykologi, og samtidig mene at en slik vinkling i praksis er uvesentlig og ugyldig innenfor psykisk helsearbeid. Men igjen: Hovedvektleggingen må være på pasienter og kvalitet, ikke på behandler og administrasjon. Dette må formidles fra toppledelse og nedover. Her har vi alle en jobb å gjøre, og her må vi alle bidra.

Journal skriving

Det samme gjelder med hensyn til ulike krav, som for eksempel selvmordsrisikovurdering, kartlegging av eventuelt rusmiddelbruk, pasientens barn (for voksne pasienter) og omsorgssituasjon (for barn og unge), samt epikrise innen syv dager. Dette er alle områder som har fått mer oppmerksomhet de siste årene. Men suksesskriteriet her er jo ikke, som man av og til kan få inntrykk av, ene og alene hvorvidt vi har dokumentert dette i journalen (hvilket selvsagt også er viktig). Det viktige er hvorvidt vi kan forhindre selvmord, avdekke og hjelpe i forhold til rusmisbruk, gi et tilbud til barn av psykisk syke og forebygge senere psykiske vansker og bidra til å endre dårlige omsorgsbetingelser. Dermed kan vi både forebygge og behandle psykiske vansker og lidelser, og (ved hjelp av rask epikrise) sørge for god samhandling og at pasienten får forsvarlig videre oppfølging også etter utskrivning. Jeg er helt enig med det Anders Skuterud sa i aprilutgaven: Psykologer bør øke sin kompetanse og trene på journal skriving. Slik vil dette ta mindre tid og oppleves mindre

stressende, og man kan bruke tid og energi på selve behandlingen. Det er også et lederansvar at klinikerne blir gode og effektive i journalskriving og dokumentasjon, slik at oppmerksomheten kan vendes tilbake til behandlingen og effekten av denne.

Tre trender

Jeg ser tre klare trender innenfor psykisk helsevern i dag, som alle bør oppmuntres og støttes: Det ene er *brukerfokus* og brukermedvirkning. Det andre er *fokus på kvalitet*, blant annet evaluering av pasientforløpet, mål på behandlingseffekt og pasientens fungering. Det tredje er samhandling og gode pasientforløp, både innad i helseforetak og kommuner, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Den dagen vi har akseptable mål som klinikere kan enes om på disse områdene, har vi kommet et langt skritt videre med å flytte oppmerksomheten til noe som kan gi mening og skape ny energi. Dagens måleparametere oppleves nok i stor grad som myndighetenes (og kanskje ledernes) behov. Når klinikerne ikke har det samme behovet, vil dette bidra til å skape frustrasjon og slitenhet. Ved å få gode mål på kvalitet og behandlingseffekt (inkludert brukermedvirkning) tror jeg både klinikere, ledere, foretak og myndigheter vil oppleve et felles fokus og felles mål. I dette arbeidet kan og bør alle psykologer bidra, både ledere og klinikere.

morten.grovli@ahus.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 5, 2012, side

TEKST

Morten Grøvli, Psykologspesialist