

Møtet med Den byråkratiske psykologen

Hva er det som er skjedd med oss?

TEKST

Eva Jacobsen

PUBLISERT 8. mai 2012



BUSINESS I HELSEVESENET: I USA henter helsebedriftene sine ledere blant økonomer og andre businessledere. Dette er dessverre trenden i mange vestlige land, Norge inkludert, skriver Eva Jacobsen.

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.

Når var det at samtalekunsten vi lærte oss på psykologistudiet, ble til dagens bunke med spørreskjemaer og tusen-og-ett kjappe spørsmål til pasientene før vi avsier dommen om deres personlighet og diagnoser? Hva var det som skjedde? Valgte vi som psykologer å møte pasientene våre på denne måten, eller ble vi dratt med i et slags dragsug?

«Ventelisten ble eliminert, men det ble også mange av de ansatte!»

Mindre frihet

Samtalen i det første møtet med pasienten kan tenkes å utspille seg på et utall forskjellige måter, alle med ulik konsekvens for pasient/terapeut-relasjonen, den gjensidige forståelsen av pasientens situasjon, terapeutens mulighet for å legge en god terapeutisk plan, og pasientens selvfølelse, motivasjon og håp om bedring. Likevel har dette første møtet blitt foruroligende strømlinjeformet i kvalitetssikringens og effektivitetens navn. Vår frihet til å møte pasienter på deres premisser og ut fra vår egen faglige og terapeutiske tilnærming, er blitt sterkt innskrenket.

Administreres bort

Under påvirkning fra den medisinske modellen av psykiske lidelser er dagens utredningspraksis i stor grad fokusert på å avdekke avvik og patologi. Utredningen styres av administrative systemfaktorer som krever at et stadig voksende antall diagnoser skal bekreftes eller avkreftes så raskt som mulig. Psykologen må dokumentere at ulike risikovurderinger er foretatt. For å kunne utføre og dokumentere de påkrevde vurderingene er det nødvendig med en systematisk tilnærming. Strukturerte og semistrukturerte intervjuer og spørreskjemaer letter arbeidet med informasjonsinnsamlingen. Slike utredningsverktøy sørger for at ingen symptomer eller diagnosegrupper blir oversett, og gir også utredningen et skinn av vitenskapelighet. Pasientens opplevelser kan raskt oversettes til kategoriserbare data for videreføring i diverse byråkratiske prosesser. Men der et sted i papirvirrvarets verden lurder jeg på om vi står i fare for å glemme at det er svært følelsesladet informasjon vi spør etter, og at det er særdeles viktig hvordan pasientens opplevelser tas imot. Resultatet av det byråkratiserte møtet med pasienten er at relasjonen kan

administreres helt bort ved at utredningen delegeres til et eget team. Men hva betyr egentlig denne utviklingen for pasienten?

Erfaringer

Jeg fikk opplæring i bruk av strukturerte diagnoseintervjuer i forbindelse med en utenlandsk forskningsstudie hvor man sammenlignet kognitiv atferdsterapi med interpersonlig terapi i behandlingen av spiseforstyrrelser. Utredningene ble gjort av et eget spesialtrent team. I et av de første intervjuene jeg fikk observere, åpnet pasienten seg for en meget empatisk psykolog. Da hun ble spurt om traumatiserende opplevelser, fortalte hun om hvordan hun i mange år ble voldtatt av sin far, ble gravid med ham og bar fram barnet for å slippe flere voldtekter. Til tross for at hun ble møtt med medfølelse og empati, opplevde jeg det som direkte uetisk at det ikke var psykologen hun betrodde seg til, som skulle følge henne videre, men at denne høyst private informasjonen ville følge henne til en behandler hun aldri hadde møtt.

Videre fikk jeg observere et annet intervju hvor den viktigste informasjonen kom fram etter at psykologen med ansvaret for utredningen hadde forlatt rommet for å ta en pause. Så snart pasienten fikk snakke fritt, fortalte hun at livet hennes hadde blitt snudd opp ned for få dager siden, da hun etter mange års leting endelig hadde funnet og møtt sin biologiske mor. Men den informasjonen var det ingen kategori for på skjemaet, så den kom dessverre ikke med.

Forskning

En strukturert eller semistrukturert utredningsprosedyre er ment å kvalitetssikre psykologens arbeid, men fungerer den slik? Det er gjort urovekkende lite forskning på hvordan denne tilnærmingen påvirker terapiforløpet. Vi setter flere diagnoser, det er det ingen tvil om, men forbedrer det terapien? Tidligere forskning har vist at de viktigste forutsetningene for vellykket behandling er terapeutens varme, empati og evne til å skape et godt samarbeidsforhold med pasienten. Det er derfor viktig at vi undersøker i hvilken grad utredningsprosedyren bygger opp under, eller undergraver disse faktorene. Selv om vi ikke har så mye forskning på området, så har vi våre egne faglige vurderinger og brukernes erfaringer. En del brukere deler sine opplevelser på blogger og diskusjonsforum. Fortellingene om det første møtet med psykologen handler sjelden om relasjonen eller opplevelsen av å treffe et varmt og sympatisk menneske, men beskriver nettopp den overveldende mengden av spørreskjema som så munner ut i ikke bare en diagnose, men i en hel liste. Noen pasienter ser ut til å være fornøyde med denne tilnærmingen, og føler seg trygge på at psykologen på denne måten får alle opplysningene som trengs for å stille en korrekt diagnose og tilby den hjelpen de trenger. Men mange føler seg verken sett eller hørt, og beskriver i stedet en følelse av å bli fullstendig overkjørt. De er skuffet over at de ikke engang hos psykologen traff et menneske de kunne snakke med.

Utredningsprosedyre

Det er ikke bare mengden spørsmål vi stiller, men også hva vi velger å spørre om, som påvirker tonen i utredningen. Det skal en solid psykisk helse til for å svare på spørsmål om svært personlige problemer i timevis, uten samtidig å få bekreftelse på noen av ens ressurser. Men skal vi fylle kravene til alt som skal utredes, blir det liten tid til å rette oppmerksomheten mot pasientens ressurser. I Helsedirektoratets retningslinjer for utredning av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse finner vi tretten tettskrevne sider med problemområder og diagnoser som skal utredes med tilhørende anbefalte utredningsverktøy. Kun én linje presenterer et generelt forslag til hvordan man kan utrede ressurser. Et av områdene som skal kartlegges, er pasientens motivasjon for å slutte å ruse seg. Men en av grunnene til at det er vanskelig å slutte, er at misbrukerne trenger rusen for å glemme alt de ikke liker ved seg selv og livet sitt. Setter vi oss i pasientens sted, er det lett å se hvordan utredningen kan bidra til å bygge opp under en negativ selvforståelse og kanskje til og med øke trangen til å ruse seg når timen med psykologen er over.

Utredningsprosedyren påvirker ikke bare pasientene, men har også en effekt på psykologens evne til å relatere seg til pasienten på en helsefremmende måte. Et sterkt fokus på symptomer, problemer og svakheter kan få oss til å se pasienten som lite ressurssterk. Oppmerksomhet mot pasientens verdier, ting de slåss for, talenter og interesser, relasjoner de verdsetter, ønsker de har for framtiden, og de iboende kreftene som har hjulpet dem å komme seg igjennom vanskelige livssituasjoner, vil derimot kunne skape økt respekt for pasienten. Man behøver ikke være psykolog for å erkjenne betydningen av slike nyanser i kommunikasjonen.

En strukturert utredningsprosedyre forutsetter at vi på forhånd vet hva som er viktigst å ta opp med en pasient i det første møtet. Men ofte kommer pasienter for å få hjelp i en kritisk situasjon. De trenger kanskje primært en eller annen form for kriseintervensjon som kan hjelpe dem å stanse den økende uroen, få klarhet i situasjonen, og identifisere hvor de kan få støtte. Da passer det dårlig å ta fram et skjema. Selv om pasienten har andre behov, er det usannsynlig at de protesterer på måten de blir møtt på. Det er derfor vårt faglige ansvar å møte pasienten på en måte som er fleksibel nok til å ta vare på uttalte behov.

Bedriftstilnærming

Og her kommer vi tilbake til mitt opprinnelige spørsmål. Hvordan kan det ha seg at psykologens sensitivitet i møte med pasienten ofte blir byttet ut med rutinepregede diagnostiske utredninger? I marsutgaven av Tidsskriftet sammenligner «Petter» (han var anonymisert) tilnærmingen i psykisk helsevern med tenkemåter hentet fra vareproduksjon i fabrikker. Og det er ikke så fjernt å gjøre en slik sammenligning. Den administrative og politiske ledelsen ser etter objektive mål på produk-

tivitet, og antall diagnostiske utredninger og pasientgjennomstrømning gir objektive tall. Og for å kunne telles må arbeidet selvfølgelig også dokumenteres. Journaler og rapporter er fint bevismateriale, men tidkrevende for psykologen. Administrasjonen legger press på de ansatte for å nå produktivitetsmålene, og dette påvirker

nødvendigvis psykologers arbeidsmetode, noen ganger på bekostning av fleksibilitet i møte med pasienten.

Norge er slett ikke alene om sin utvikling mot en bedriftspreget tilnærming innenfor helsetjenester. I min erfaring fra psykisk helsevern i ulike vestlige land, har jeg sett mange gå foran Norge i denne utviklingen. På en ungdomsklinikk på New Zealand for snart 20 år siden ble mange av mine kollegaer utbrent og sykemeldt på grunn av umenneskelige krav om produktivitet i form av pasientgjennomstrømning på avdelingen. Ventelisten ble eliminert, men det ble også mange av de ansatte! Nå ser det ut til at stadig flere norske psykologer også sliter seg ut på kvelder og helger med byråkratiske oppgaver. Vi har kanskje ligget litt bak en del andre land i denne utviklingen, men jeg tror ikke det er fordi vi har vært flinkere til å motstå urimelige krav. Jeg tror heller det er fordi vi startet med flere rettigheter som arbeidstakere, og et bedre offentlig helsevern.



USA som modell

Bedriftstilnærmingen til helsetjenester har spredd seg, med USA som modell. I USA har behandlingstilbudene lenge vært i privat eie, og helsebedriftene henter sine ledere blant økonomer og andre businessledere. Behandlingskostnadene dekkes av private forsikringer, arbeidsgiverforsikringer og statlige forsikringsordninger i tillegg til ved private midler. Kundene som skal tilfredsstilles, er de som finansierer behandlingen, og derfor ofte andre enn pasienten. Kundene har makt til å definere «bestillingen», og har derfor innflytelse på utformingen av behandlingen. Mye av helsebedriftens arbeid går ut på å forsvare behandlingskostnader overfor kundene. Her spiller utredning og diagnostisering en viktig rolle. Helsebedriften tjener på at så mange problemer som mulig kan klassifiseres med en diagnose slik at de kan dokumentere at pasienten er psykisk syk og har krav på å få finansiert sin behandling. Kundene på den andre siden sparer penger på at behandlingen blir avsluttet fortest mulig, og slik oppstår bedriftens mål om høy pasientgjennomstrømning. Høres det kjent ut? Selv om vi fortsatt har et offentlig helsevesen, så følger vi nå i stor grad samme modell. Offentlige organer som NAV er kunden og helsetjenestene må innrette arbeidet etter kundens bestilling.

Men hvordan har vi som psykologer gått med på å være en del av økonomistyrte helsebedrifter? Jim Summers og Michael Nowicki (2005) har skrevet en interessant

artikkel om hvordan de underviser den framtidige administrative ledelsen i USA i oversetting av businessspråket til et språk som er mer akseptabelt for helseprofesjonene. Helsebedriftslederne lærer å alliere seg med formelle eller uformelle ledere blant klinikerne, for å forstå hvordan de tenker og for å kunne plante lønnsomme businessideer i hodene deres, uten at spørsmålet om penger kommer opp. Endringene blir formulert i et språk som fortsatt får det til å høres ut som om målsettingen er å hjelpe pasientene. Den kliniske ledelsen omsetter så disse endringene i praksis, og forsvarer dem overfor de andre ansatte. Økt pasientgjennomstrømning, for eksempel, forsvares med betydningen av å gi folk raskere hjelp og redusere ventelistene. Og som psykologer vil vi jo gjerne hjelpe flest mulig. Derfor prøver vi å oppfylle effektivitetskravene og samtidig kompensere så godt vi kan for de manglene som oppstår ved helsehjelpen vi gir. Byråkratiserte og utslitte psykologer er dårlig stilt når det gjelder å vise omverdenen verdien av vår profesjon og hva vi virkelig kan gjøre for å bedre folks psykiske helse.

Etikk

Intensjonene bak endringer i helsefaglig praksis tåkelegges ofte med hell. Kvalitetssikring og ansvarliggjøring høres bra ut. Det er først når det glipper i oversettelsen av terminologien, at bakenforliggende økonomiske motiver blottstilles. Men hva er egentlig den økonomiske motivasjonen bak bedriftstilnærmingen innenfor helsetjenester i Norge? Vi har tross alt et offentlig helsevesen. Er det bare snakk om å spare penger for skattebetalerne? Hvis det er det som er målet, er det ikke litt underlig at stadig flere helseverntjenester legges ut på anbud til private næringsdrivende? Erfaringene fra USA viser at private helsetjenester blir dyre. USA har nemlig verdens dyreste helsevesen. Kanskje er målet både å redusere statens økonomiske ansvar og å skape muligheter for tilsvarende lukrative private helseforetak som man finner i USA? Hvor ligger i så fall vårt ansvar som psykologer? Her er det penger å tjene, men har vi ikke en etisk forpliktelse til å være med på å styre utviklingen av psykisk helsevern i den retningen vi tror gagnar pasientene?

e_m_jacobsen@hotmail.com

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

TEKST

Eva Jacobsen