

# Kan et beinbrudd gro på seks dager?

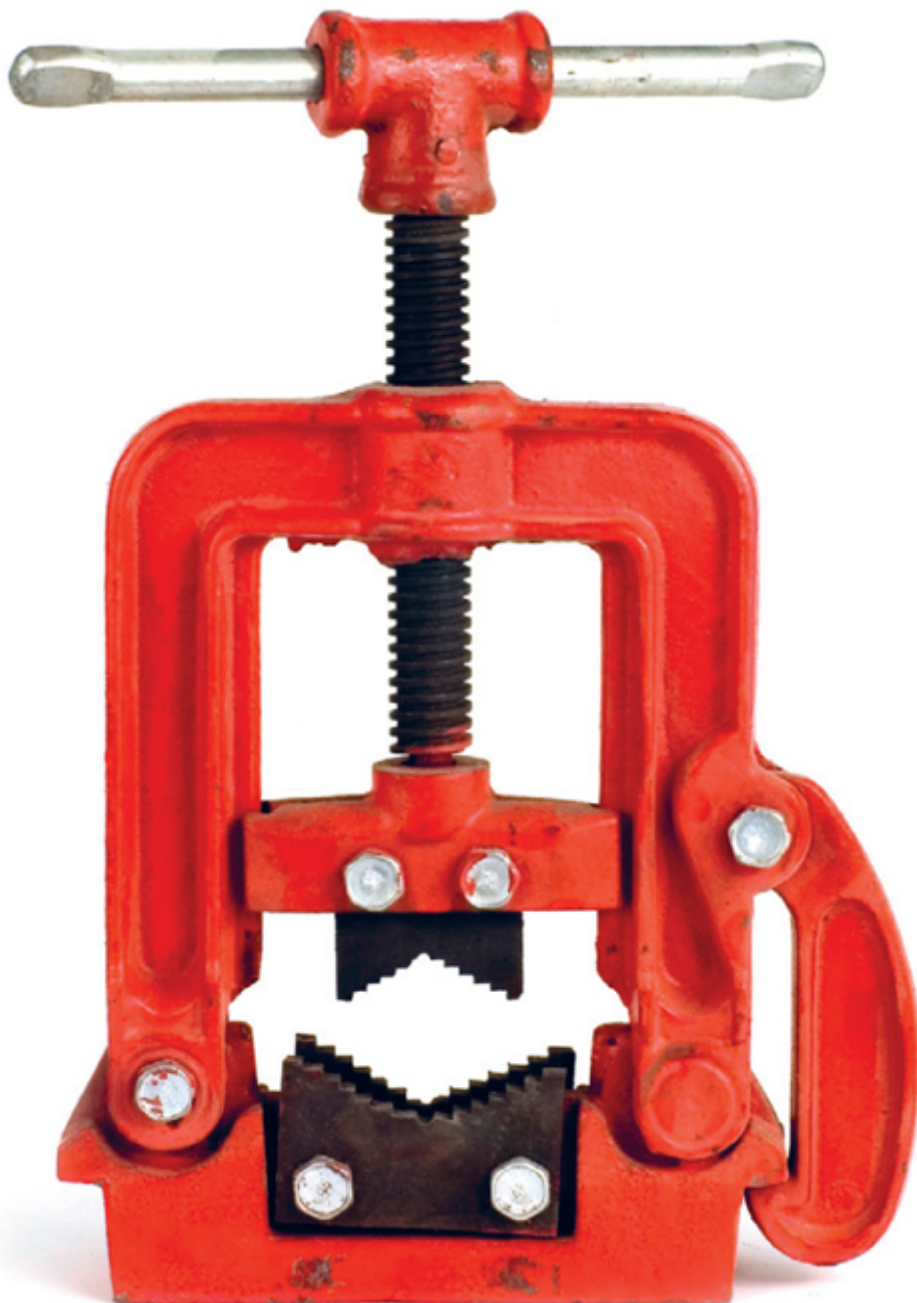
Vi avdekker tilstander som krever behandling, men kan ikke gi det tilbudet som hjelper. I stedet må vi sørge for å dele ut plaster til så mange som mulig.

TEKST

**Gunhild Rindal Kulbotten**

PUBLISERT 5. juni 2012

---



**Presset:** Dropp telefontiden, lunsj, et møte. Ta en pasient utenom ordinær arbeidstid. Eller ha to pasienter samtidig og la den ene fylle ut et skjema. Både presset og kreativiteten er stor. Men til slutt er det umulig å finne opp flere timer. Da får man heller snike seg tilbake på jobb for å skrive litt når barna har sovnet. Foto: YAY Micro

#### **DEBATT: PSYKOLOGER I SKVIS**

Produksjonskrav og omfattende byråkratisering setter psykologene i en skvis. – Å vite at man kanskje kunne betydd en forskjell, men ikke ha mulighet til det, gjør psykologer syke, skriver Kullbotten her.

Enkelte ting tar tid. Det handler ikke om at vi ikke er effektive. Legen kan gipse et beinbrudd og lindre den verste smerten ganske fort, men så tar det den tiden det tar før det er grodd og pasienten er helt frisk. Sår på sjelen trenger også tid på å gro. Det er nok disse vi møter i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern – ofte igjen og igjen, for det blir jo mye plastring, uten at såret renses. Vi skal hjelpe så mange, helst alle, og det er dumt å la pasientene vente. Men kanskje begynner benet å gro skjevt, og unødige komplikasjoner oppstår.

«Det er kanskje best å overse at såret virker betent når vi ikke har tilgang på psykologens svar på penicillin: en trygg relasjon og rammer som holder?»

### **Tidsnød**

Det er klart det er viktig å ta unna på ventelista. For hvis ingen kan avsluttes, vokser pasientlistene. Men da er det den enkelte behandlerens problem. Vi blir skvisa og dropper telefontiden, lunsjen, et møte. Vi setter opp pasienter utenom ordinær arbeidstid, eller setter opp to pasienter samtidig og lar den ene sitte og fylle ut et eller annet skjema. Kreativiteten er stor, men til slutt blir det umulig å finne opp flere timer. I barnehagen forholder de seg til åpningstider, så det må en psykologforelder også pent gjøre. Man får heller snike seg tilbake på jobb for å skrive litt når barna har sovnet. Det er synd den tiden de er små går så fort, men hvis man engang får avspasert alt det her, skal barna prioriteres. Det er bare det at kvoten for avspaseringstimer for lengst er overskredet, man får ikke godkjent flere. Og når skal man egentlig ta det ut? Hva med spesialistpermisjonen som kunne vært tatt for et halvt år siden?

### **Avspist**

Jo da, det finnes mye belegg for effektive, kortvarige intervensjoner. Eksponering er sikkert utmerket for en enkel fobi, mens samtaler og antidepressiver kurerer mange depresjoner – hos fastlegene. Mengden saker som behandles på førstelinjenivå, er stor. Det er de pasientene fastlegene ikke evner å hjelpe selv, som henvises til spesialisthelsetjenesten, en brøkdel av alle de møter. Dette er gjerne pasienter som har strevd lenge og/eller som «har noe annet i tillegg». Det bekreftes i utredningene våre, hvor vi ved hjelp av standardiserte og prosedyrebestemte instrumenter kommer ut med en rekke diagnoser. Jeg tror det er mye her «skvisfølelsen» oppstår: Vi avdekker behandlingstrengende tilstander, men kan ikke tilby den behandlingen som kunne hjulpet, for vi må sørge for å dele ut plaster til så mange som mulig. Så pasienten avspises med noen timer, avsluttes og havner nederst på ventelista – igjen. Før epikrisen er skrevet, selv om epikrisetiden overholdes. Forhåpentligvis har vi skrevet noe der om hva vi mener kunne hjulpet, men som vi dessverre ikke kan tilby.

Eller vi avslutter ikke og får enda en terapisaak på pasientlista. Det fine med disse er at statistikken over antall konsultasjoner blir riktig pen. Disse pasientene opplever at de tilbys noe nyttig og møter regelmessig til timer. Det blir lite «ikke møtt». Etterarbeidet er dessuten overkommelig, ingen lange utredningsrapporter, ingen testskåring, bare et lite journalnotat. Det gjør at man rekker flere pasienter, og statistikken blir enda finere. Men hvordan skal man få tatt unna ventelista når timeboka er full av pasienter som ikke bør avsluttes? Det er kanskje best å overse at såret virker betent når vi ikke har tilgang på psykologens svar på penicillin: en trygg relasjon og rammer som holder?

### **Tid til å bli frisk**

Jeg tror det er på tide å slutte å late som vi behandler noe annet enn vi gjør. Mange av de som kommer til spesialisthelsetjenesten, får diagnoser som depresjon, angst og sosial fobi. Tilstander det skulle finnes effektive, kortvarige behandlinger for. Men mange – de fleste? – har nok underliggende relasjonsproblematikk, traumer eller personlighetsforstyrrelser, og dette finnes det, meg bekjent, ikke så mye kortvarig behandling for. Men det finnes behandling, det er mulig å ikke bli henvist på nytt så fort man er avsluttet. Spørsmålet er bare hvem som skal gi denne behandlingen. Dette, å vite at man kanskje kunne betydd en forskjell, men ikke ha mulighet til det, gjør psykologer syke. Det gjør at deres pasienter må fordeles på de andre, som ikke er blitt syke – enda. Så da er det plutselig to lister å ta saker fra. Og sykefraværet øker. Hos oss er det 14 prosent. Men kan vi ta oss den tiden det tar å bli friske? Når skal man finne nye timer til alle man måtte avlyse? Kanskje man heller skulle satse på effektiv symptombehandling, hive innpå en pakke paracet og late som feber ikke finnes? Og i alle fall ikke se at det ligger noe annet under, et stort system som trenger endring – for det tar jo sånn tid. Det er bra Tidsskriftet tar debatten! Så vær så god, politikere og helsemyndigheter; gjør som sjefredaktør Bjørnar Olsen skriver i mainnummerets leder: lytt til de ansatte!

[gunnhildri@bbnett.no](mailto:gunnhildri@bbnett.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 6, 2012, side*

#### **TEKST**

**Gunhild Rindal Kulbotten**, DPS Lillehammer