

Kvalitetsforringelse i psykisk helsevern f voksne?

Som fagpersoner har vi ukritisk sagt at vi skal hjelpe alle. Men hvis vi i spesialisthelsetjenesten ikke er klar på hvem vi skal og ikke skal hjelpe, er jeg redd kvaliteten på våre tjenester forringes.

TEKST

Av Øystein Dimmen

PUBLISERT 5. mars 2009



DEBATT: PRODUKTIVITET OG KVALITET

Det har skjedd betydelige endringer innenfor psykisk helsevern i de siste 15-20 årene. I løpet av en ti års periode har store ressurser blitt tilført både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (jf. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998)). Kan det likevel være slik at det, til tross for denne betydelige ressursøkningen, har skjedd en kvalitetsforringelse i det kliniske arbeidet?

Mitt inntrykk er at Opptrappingsplanen har virket etter sine intensjoner, både når det gjelder økning av personalressurser og omorganisering. En behandlingsfilosofi med mer utadrettete tiltak har blitt implementert, og poliklinisk behandling har blitt mer tilgjengelig. Antallet konsultasjoner har økt betraktelig, og ventetiden har gått ned. Jeg finner likevel grunn til å stoppe opp og stille noen kritiske spørsmål. For hverdagen til den enkelte behandler har blitt mer oppstykket og stressende, fordi henvisningsbunken vokser, og det gjør også de klart uttalte kravene og forventningene om å ekspedere alle som har behov for hjelp. Disse forventningene kommer fra ledelsen så vel som fra pasientene. Kan dette føre til vi får en dårligere klinisk praksis, med mer overfladiske utredninger og mangelfulle behandlingstiltak?

Hva har skjedd?

Vi ser betydelige endringer i synet på psykiske lidelser i de siste 20 årene. Mer kunnskap og større forståelse har ført til at tabubelagte holdninger om «sinnslidelser» og «galskap» som forutsetning for å komme i psykiatrisk behandling nærmest er borte. Dette er naturligvis en positiv utvikling, og stadig oftere ser vi at offentlige personer står frem med sine psykiske plager. Men åpenheten merkes også ved at flere ber om å bli henvist til psykisk helsevern. Til tross for økte ressurser gjennom Opptrappingsplanen er derfor ventelistene fortsatt lange. Behovet for helsetjenester synes umettelig. Fra politisk hold har en forsøkt å ta grep om utgiftene ved å etablere «statlige helseforetak» (Sykehusreformen, 2002). Fra innsiden har vi sett hvordan en bedriftsøkonomisk tenkning har trengt nedover i systemet. Våre ledere snakker i et annet språk enn tidligere, et språk med klare henvisninger til det organisatoriske og/eller det økonomiske. Når så ledelsen i den enkelte avdeling forventer at budsjettet skal komme i balanse ved at den polikliniske aktiviteten økes, utarbeides det måltall som den enkelte bør forholde seg til, for eksempel måltall som et gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag. For meg ser det ut som det har kommet inn et annet tempo og en annen tenkemåte i den offentlige helsetjenesten.

På det helsepolitiske plan har de store linjene og målsettingene for psykisk helsevern vært klart formulert: færre innleggelses, kortere liggetid og mer satsing på ambulant og poliklinisk virksomhet. Disse tankene er nedfelt som idégrunnlag for Stortingsmelding nr. 25 (1996-97), Åpenhet og helhet. I tillegg til å drive med utredning og behandling som før, skal behandlerne nå sette av mer tid til utadrettet virksomhet, hjemmebesøk og møter med ansatte i kommunene. Dette setter behandleren i en tidsklemme. Hva skal en prioritere, møter eller pasientkonsultasjoner? Med en stadig voksende henvisningsbunke gir svaret seg selv. Et eksempel fra min egen arbeidsplass kan illustrere dette. Antallet behandlere har fra 1989 til i dag øket fra 4 til 35, altså nesten en nidobling. Antallet konsultasjoner har i det samme tidsrommet økt fra ca. 700 til over 12.000, altså 17 ganger så mange. En slik vekst i antallet konsultasjoner krever at vi stopper opp og vurderer kvaliteten på de tjenestene vi yter.

For å forstå det situasjonsbildet som jeg har beskrevet ovenfor, er det særlig tre forhold det er viktig å se nærmere på: a) Hvem er pasienten?, b) Hva gjør kravet om produktivitet med kvaliteten på tjenesten, c) Hvorfor er avgrensning og tydelighet så viktig i vårt arbeid?

Hvem er pasienten?

Et nytt syn på psykiske lidelser har også gitt endringer i pasientpopulasjonen. I tillegg til mer klassiske tilstander med symptomer som depresjon og angst finnes også tilstander med lettere symptomer. Disse er kanskje mer forbigående og ofte uttrykk for akutte kriser eller belastninger i hverdagen. Pasientene henvises ikke for depresjon, men for depresjonsfølelse, ikke for angst, men for bekymringer, osv. Symptomene kan være knyttet til sorg eller tapsopplevelser, utbrenthet, krenkelser på arbeidsplassen eller samlivsbrudd. Vårt inntrykk er at hvis pasienten selv insisterer på å bli henvist,

skal det mye til for at allmennlegen avviser dette. Og hvem av oss vil ikke kunne ha nytte av å snakke med noen når livet blir vanskelig? Det problematiske oppstår imidlertid når hovedgrunnen til henvisninger er at «pasienten vil ha nytte av å snakke med noen». Som behandlere i spesialisthelsetjenesten står vi da overfor et *avgrensningsproblem*: hvem skal vi ta imot, og hvem skal vi avvise? Noen må altså ta den vanskelige jobben med å skille mellom alvorlige tilstander og mer allmenne reaksjoner på «livet selv». Kanskje er det lett for oss fagfolk å vike unna disse vanskelige spørsmålene og i stedet rope om flere ressurser? Men er det bare økte ressurser som kan løse problemet?

Pasientene har også fått økt bevissthet om sine rettigheter, og de stiller oftere krav om å komme i behandling. Lover og regler kan hentes frem på Internett, og de kan forhøre seg om hvor den antatt beste behandlingen er å finne. Baksiden av medaljen er at pasienten lett opptrer som en kunde i et forbrukersamfunn. Ikke sjelden opplever vi at timeavtaler avlyses for så i neste omgang å få vite at «pasienten likevel ønsker timeavtale, helst samme uken». I det lange løp tror jeg at en slik type «kundemakt» også gjør noe med oss som behandlere. Kanskje begynner vi å ta lettere på oppgavene, kanskje trekker vi bare på skuldrene, eller kanskje blir vi mer overfladiske i vårt møte med pasienten?

Krav om produktivitet

I psykiatrien og psykisk helsearbeid bruker vi ikke tekniske hjelpemidler slik som i somatisk medisin; vi tar ikke CT- eller MR-undersøkelser, vi driver ikke med utstrakt prøvetaking, vi tar ikke EKG eller undersøkelser med skopier. Hos oss er behandleren sitt eget redskap, sin egen undersøkelsesmetode. Vi kan ikke stille oss utenfor oss selv i det vi foretar oss. Vår egen aktive og oppmerksomme tilstedeværelse er helt sentral både i undersøkelser og i behandlingen (Hubble, Duncan & Miller, 1999). En helseadministrator kan pålegge en avdeling å øke antallet CT- og MR-undersøkelser uten at det nødvendigvis går ut over selve undersøkelsen. Men kan vi anvende samme logikk i møtet med mennesker som sliter med psykiske vansker?

En psykoterapeutisk behandling har sitt eget innebygde tempo og sin egen innebygde rytme, forhåpentlig tilpasset den enkelte pasient. På et grunnleggende plan handler dette om hvordan vi forstår relasjonen mellom pasient og terapeut. Handler det om forholdet mellom 1) et subjekt (behandleren) og et objekt (pasienten), eller 2) handler det om to likeverdige subjekter i samspill? (Skjervheim, 1976). Når det gjelder psykologisk behandling, er det vel ingen behandler som i dag vil si at det dreier seg om et subjekt-objekt-forhold. Trolig er det nok likevel denne tenkningen som ligger til grunn når en helseadministrator snakker om å «øke produktiviteten». Det burde være unødvendig å hevde det, men gode helsetjenester handler altså vel så mye om kvalitet som om kvantitet. Og det vi i første rekke trenger nå, er en grundigere refleksjon om kvaliteten på psykisk helsearbeid.

Vi må som behandlere passe på at vi ikke begynner å gå på akkord med vår faglige integritet, som i stor grad er knyttet til «den kliniske autonomien» (Ekeland, 2008).

Dette handler om å utføre oppgavene på fagets egne premisser, det vil si at de avveiningene som gjøres i behandlingsprosessen, har rot i kunnskaper og erfaringer som faget selv har frembrakt, og ikke i *utenforliggende* hensyn slik som økonomisk inntjening eller ønsket om å øke produktiviteten.

Avgrensning og tydelighet

Kvaliteten på en tjeneste er også avhengig av at arbeidsoppgavene til den enkelte yrkesgruppe er så tydelige som mulig. Mitt inntrykk er at dette ofte forsømmes i psykisk helsevern. I frykt for å skape rivalisering mellom de ulike yrkesgruppene og uro på arbeidsplassen lar man spørsmålet om hvem som har kompetanse til hva, ligge. Forsvarlighetskravet i *helsepersonell-loven* gjør det imidlertid klart at «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner» (kap. 2 § 4). Innenfor psykisk helsevern er det imidlertid ikke lett å gjøre distinksjonen tydelig. Siden det er selve møtet og samtalen med pasienten som er vårt viktigste verktøy, vil det kunne være ulike yrkesgrupper som påberoper seg å være tilstrekkelig kvalifisert. Kanskje kommer pasienten til utredning hos en ikke-spesialist, det tas en enkel screeningtest for å «kvalitetssikre» vurderingen, det skrives i journalen, og det settes en diagnose etter en kort tverrfaglig drøfting. Saken avsluttes, og en ny sak tas imot. Slik kan hverdagen arte seg i den offentlige helsetjenesten uten at det stilles spørsmål ved forsvarlighetskravet som nevnt ovenfor (kap. 2 § 4). En tydelig beskrivelse av de ulike yrkesgruppenes oppgaver eller interne drøftinger i hver enkelt sak ville i langt større grad kunnet «kvalitetssikre» arbeidet. Kanskje er det på tide at vi i større grad tar tverrfaglig samarbeid på alvor og ikke bare snakker om samarbeid med store ord i festtalene (Ødegård, 2008).

Forholdet til førstelinjetjenesten kan også være problematisk. LEON-prinsippet er velkjent for alle helsearbeidere. Det handler om at behandlingen skal skje på «laveste effektive omsorgsnivå». Man skal altså ikke behøve å henvise til spesialistnivå dersom tiltakene i førstelinjetjenesten er gode nok. Det kan virke som at ingen er villig til å ta det ansvaret som det innebærer å trekke en slik grense. Ved at man i dag har utviklet en egen tjeneste for psykisk helsearbeid i kommunen, har også skillet mellom første og andre linje blitt mer utydelig. Når en spør hva en psykiatrisk sykepleier i spesialisthelsetjenesten gjør annerledes enn en psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten, så er det kanskje ikke så lett å forstå hva forskjellene består i. Det gjør heller ikke saken lettere at det nå opprettes akuttpsykiatriske team med lavterskeltilbud ved alle psykiatriske avdelinger rundt i landet. LEON-prinsippet vil også lett kunne undergraves når primærlegen i en travel hverdag finner det opportunt å henvise pasienten til disse teamene istedenfor selv å gjøre en grundig utredning. På denne måten mister førstelinjetjenesten sin viktige funksjon som «buffer» overfor spesialisthelsetjenesten. Konsekvensen av en slik utydelig grensedragning mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten er altså at spesialisten kan bli sittende med førstelinjeoppgaver i stedet for å ivareta de spesialistoppgavene han/hun var satt til. God kvalitet på spesialisthelsetjenesten forutsetter gode rammer for behandleren også.

Nok ressurser, manglende prioriteringer

De store endringene som har skjedd innenfor psykisk helsevern, både når det gjelder synet på psykiske lidelser og formelle organisatoriske og ressursmessige endringer, har vært positive. Tallenes tale med hensyn til *kvantitet* er helt tydelig. Det har skjedd en betydelig økning i *volum*. Antallet konsultasjoner har økt betydelig i de siste 15-20 årene. Men nettopp i denne optimismen som er skapt, er det likevel grunn til å være årvåken når det gjelder *kvaliteten* på det arbeidet vi utfører overfor den enkelte pasient.

I en TV-debatt 17/9 2008 uttalte psykiater Leif Roald Falkum at det manglet ressurser i psykiatrien. Når det gjelder behandlingstilbud for de med alvorlige psykiske plager, er jeg enig, men når det gjelder poliklinisk behandling generelt, er jeg helt uenig. Der har vi ressurser nok! Det er ikke der utfordringene ligger. Utfordringene ligger i stor grad hos helsetjenesten selv.

Mens politikerne kappes om at «alle skal få», har vi som fagpersoner på ukritisk vis sagt «kom til oss, vi kan hjelpe dere alle». Vi må derfor tørre å ta en *prioriteringsdebatt* med hensyn til hvilke pasienter vi tar imot og hvilke som må avvises. I denne debatten bør de henvisende legene bringes inn på banen på en mer forpliktende måte. Bufferfunksjonen til førstelinjen må gjenopprettes.

Vi må også bli tydeligere med hensyn til hvilken yrkesgruppe som gjør hva. Kompetansen til de enkelte fagpersonene i en psykiatrisk poliklinikk er svært forskjellig. Dette bør komme tydelig frem, slik at ikke alle gjør det samme uansett faglige forutsetninger. Det er altså behov for en oppryddingsjobb i egne rekker - en oppgave som klart hører hjemme hos våre ledere.

Konklusjonen er at vi trenger en verdidebatt. Produksjon og budsjettbalanse har over tid preget tjenestetilbudet i for sterk grad, mens spørsmålet om hva som utgjør god kvalitet på psykiske helsetjenester, har forsvunnet i bakgrunnen.

E-post oystein.dimmen@helsenr.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 3, 2009, side

TEKST

Av Øystein Dimmen