

Psykologroller på sengepost i psykisk helsevern

Hvordan kan psykologer utforme en rolle på sengepost som kan være til hjelp for pasientene, tilfredsstillende administrativ ledelse og personalet på postene, og selv ha en meningsfull og givende hverdag?

TEKST

Vidar Steffensen

PUBLISERT 1. juni 2007

Samarbeid med personale med forskjellig bakgrunn og forskjellige prioriteringer er en viktig utfordring for psykologen på sengeposten. Dette gjelder samarbeidet med miljøterapeuter, sosionomer, pleiepersonale og leger, men også administratorer med økonomiske rammer, med den økende innvirkningen disse har på behandling. Jeg vil komme med forslag til hvordan psykologer kan utforme en rolle på sengepost som kan være til hjelp for pasientene, tilfredsstillende administrativ ledelse og personalet på postene, og selv ha en meningsfull og givende hverdag.

Mye er skrevet om bakgrunnen for alvorlige psykiske lidelser og hvordan symptomer arter seg, en del er skrevet om behandling, men så nær som ingenting er skrevet om psykologens rolle på sengepost. Jeg har funnet kun én grundig artikkel, og en håndfull som er nyttige. Her har studiet sviktet i å forberede oss. Det har således vært nødvendig å bruke egen erfaring fra 3½ år på sengepost i å skrive denne artikkelen.

Psykologer er ikke lenger enerådende terapeuter. Den klassiske terapeutrollen med pasienter som kommer til kontoret, er i stadig endring og forhåpentligvis også utvikling. Vi jobber nå i *systemer* som behandler psykiske lidelser. Et stadig viktigere spørsmål er derfor hvordan psykologer best kan samarbeide med og også lede andre typer personale. Først vil jeg se på noen av de utfordringene som psykologer møter på sengepost, både i forhold til sin egen rolle og i forhold til tverrfaglig samarbeid. Jeg vil deretter komme med noen forslag til løsninger.

Rolleutforming og tverrfaglig samarbeid

Sengeposter har tradisjonelt hatt stort gjennomtrekk av psykologer fordi det ikke er en naturlig definert rolle for oss der slik det er for andre profesjoner. Kanskje nettopp fordi psykologrollen ikke er tydelig definert, skaper det ekstra stress ettersom verken psykologen eller resten av personalet vet hva arbeids- og ansvarsfordelingen er (Geczy, Sultenfuss & Donat, 1990). Følgelig møter psykologer ofte utfordringer i utformingen av

sin rolle. Psykologer kan bli demotiverte og frustrerte, og søke andre karrieremuligheter.

Psykologene Geczy, Sultenfuss og Donat jobber på Western State Hospital i Virginia, USA i ledende stillinger og som veiledere. De skriver at psykologene som blir ansatt hos dem, sjelden har blitt opplært til å jobbe på sengepost under studiet. Det psykologer mangler for å jobbe på sengepost i tungt psykisk helsevern, er, ut fra deres vurdering, fremfor alt trening i atferdsterapi, støtteterapi og psykososialt arbeid, og opplæring i organisatorisk og tverrfaglig samarbeid (Geczy et al., 1990).

Psykologer har lært terapi og utredning, men kjenner ofte ikke til det daglige arbeidet ved en sengepost på et sykehus dominert av leger og sykepleiere (Geczy et al., 1990). Psykologer har ikke blitt lært opp i hvordan de skal forholde seg til et fokus på medisinsk behandling og symptomlindring, profesjonskamper, administrative og økonomiske hensyn, eller administratorer uten klinisk ekspertise som fatter beslutninger.

En grunn til at psykologer kan bli møtt med skepsis, er at behandlingen i psykisk helsevern fremdeles bygger på en somatisk modell, dvs. at behandleren skal behandle og pleierne skal pleie (Geczy et al., 1990). Legen spjelker benet, og sykepleieren stiller pasienten til hun eller han kan forlate sykehuset. I psykisk helsevern overlapper imidlertid rollene i stor grad, hvilket fører til forvirring og konflikter rundt hvem som bestemmer i behandlingen. Man kan også oppleve forventninger om at psykologen skal gjøre miljøterapeutiske oppgaver. Skillet mellom behandling, habilitering og rehabilitering er flytende og uklart i forhold til i somatikken.

Miljøpersonale kan oppleve at psykologen påfører dem mer arbeid ved å pålegge dem oppgaver og oppfølging som de ikke ser relevansen av, og som kommer i tillegg til det de allerede gjør (Geczy et al., 1990). De kan føle psykologen som en ekstra belastning som setter mål og stiller krav og følger opp resultatene. Det er lett å falle tilbake på legen som kan trappe opp medisineringen og derved gi den hurtigste og mest merkbare symptomlindringen.

Psykologens rolle: Noen forslag til løsninger

Mange psykologer reagerer med vantro, sinne og desillusjonering på at de ikke kan fokusere mer på rent kliniske oppgaver, spesielt individualterapi over tid, samt at miljøpersonalet ikke nødvendigvis er enige med oss og følger våre direktiver (Geczy et al., 1990). Psykologer blir ofte lært opp i terapi uten å lære om alt det andre som styrer hverdagen på jobben. Vi er i stor grad lært opp i å jobbe med lange prosesser over tid. Det er viktig, samtidig som resultatene ofte vanskelig lar seg måle i det korte perspektivet som miljøpersonalet gjerne etterspør. Psykologer kan ha mange roller i tillegg til terapeut, og hverdagen på sengeposter krever at vi også til tider kan fylle disse: behandlingsansvarlig, administrator, konsulent, veileder, forsker og utreder (Geczy et al., 1990).

Psykologen som behandler

Ifølge helsepersonelloven er det kun psykologer og leger som er selvstendige behandlere i psykisk helsevern. Det vil i praksis si at vi kan innvirke direkte på pasienter på alle nivåer i hierarkiet, enten gjennom direkte påvirkning eller ved å lede. Miljøpersonale må ha godkjennelse fra psykolog eller lege i alle beslutninger som angår behandlingen.

Avgjørelser blir ofte tatt på sengeposter uten at det er et gjennomtenkt rasjonale bak, men at de isteden er basert på en *reaktiv orientering* (Geczy et al., 1990): Man tar avgjørelser basert på hva som skjer her og nå istedenfor å se det i sammenheng. Generelt er det en tendens til å søke raske løsninger på bekostning av langsiktige mål som oppnås gradvis. Utagerende pasienter som man ikke klarer å hjelpe, kan utløse frustrasjon, antipati, avsky, frykt, angst, skyld og skam hos miljøpersonalet. Disse følelsesmessige faktorene kan påvirke beslutningsprosessen i for stor grad og føre til at man bruker for lite informasjon når beslutninger fattes (Geczy et al., 1990).

Når man ser på hvordan beslutninger om behandling fattes av psykologer, psykiatere, pleiepersonale og sosionomer, viser det seg at man i for stor grad bruker sine egne vurderinger basert på egen direkte observasjon, intervju og egne erfaringer med pasienten (Plaud, Vogeltanz, & Ackley, 1993). Det er kanskje enda mer oppsiktsvekkende hvor mye logistikk, som ideelt sett ikke burde ha noen innflytelse i det hele tatt, spiller inn i behandlingen. Dette skjer på bekostning av forskning, institusjonens prosedyrer og andres erfaringer med samme pasient (Geczy et al., 1990; Plaud et al., 1993).

Psykologer ser imidlertid mer til forskning enn pleiepersonalet når vi fatter beslutninger om mål for behandlingen og metode (Plaud et al., 1993). Vi tester også og utreder. Vi har derfor grunnlag for både å lede og å veilede behandling. Det er imidlertid for stor distanse mellom forskning og praksis også hos psykologer (Humbke et al., 2004). Disse resultatene er fra USA med deres *scientist-practitioner*-modell, og dette er nok enda mer sant i Norge. Derfor satses det følgelig også mer på forskning, og godkjenning som spesialist fordrer vedlikeholdskurs.

Psykologen kan være til stor hjelp med utarbeidelsen av individuell plan og lede behandlingen på den måten. Pasientene har ofte som mål å få jobb, familie og hjem. Det kan kreve mange år med tett samarbeid for å få dem til å tenke kortsiktige mål, og ofte til å sikte lavere. Psykologen kan analysere behov og mål basert på pasientens sosiale fungering, symptomer, fase av sykdomsforløpet, personlige mål og ressurser, og ressursene i miljøet rundt pasienten, og planlegge tjenestene deretter (Kopelowicz & Liberman, 1998).

PAL og PAP

I psykisk helsevern har vi en unik situasjon ettersom både psykologer og psykiatere kan være behandlingsansvarlige, og begge vanligvis er involvert med de samme pasientene. Systemet opererer med både PAL (Psykiatri-Ansvarlig Lege) og PAP (Pasient-Ansvarlig Psykolog). Det kompliseres ytterligere av at PAP er avhengig av en PAL for det medisinske, og at det medisinske i psykisk helsevern ikke er lett å definere snevert. Min

egen erfaring er at dette ofte er et samarbeid som fungerer godt, og at leger som er PAL, vanligvis forsøker å begrense seg til det snevert definerte medisinske. Faglig kan det oppleves lettere å samarbeide med leger og psykiatere, da utdannelsen er mye av samme karakter og lengde. Legeforeningen uttaler selv: «Legeforeningen mener at psykiater eller psykologspesialist skal ha det faglige ansvar for utredning, diagnostiske vurdering og skriftlig behandlingsplan, mens psykiater må ha ansvar for den medisinske utredningen.» (Legeforeningen, 2005, s. 4).

Det krever imidlertid kontinuerlig dialog for å sørge for at man ikke trækker i hverandres bed, eller fatter forskjellige beslutninger for pasienten. Slike situasjoner oppstår også mellom PAL og fastleger, og er i så måte ikke unik. Den kan også oppstå mellom PAP og eksterne behandlere.

Psykologen i samarbeid med andre

Som nevnt må pleiepersonalet på postene ifølge helsepersonelloven ha godkjennelse fra psykolog eller lege i alle beslutninger som angår behandling. Dette er imidlertid ikke nok til at psykologen får gjennomslag. Det er viktig å bli kjent med miljøpersonalet og med deres rutiner og prioriteringer (Geczy et al., 1990). Det inkluderer hva som er stressorene i deres hverdag, og hva som er årsakene til dem. Det er miljøpersonalet som står nærmest pasientene det meste av tiden, og de lar seg sjelden overbevise av utdanning og stilling alene. De er opptatt av om psykologene kan tilføre noe her og nå, og kan være skeptiske og tilbakeholdne inntil de ser bevis på det. Dette setter psykologen i klemme, da man ikke kan få resultater uten samarbeid, og ikke får samarbeid og tillit uten resultater.

En måte å forsøke å løse dette på er å fokusere i utgangspunktet på det som er viktig for miljøpersonalet, og å involvere dem i å formulere problemer og mål og i å iverksette tiltak (Geczy et al., 1990). Over tid vil psykologen opparbeide seg tillit etter som miljøpersonalet erfarer at psykologen tar deres hverdag på alvor, og de vil i økende grad søke veiledning og hjelp i behandlingen av pasienten. Det har vært min erfaring at tilliten til psykologens vurderinger også øker, og at man derfor vil bruke mindre energi på å få gjennomslag. Det er til stor hjelp å bli kjent med miljøpersonalet, gå i postene og snakke med pasienter og personale i deres miljø, og å være støttende og praktisk løsningsorientert. La døren stå åpen til kontoret, gå på alle postene minst en gang om dagen, og snakk med miljøpersonalet og pasienter.

Psykologen bør kjenne styrkene og svakhetene, motivasjonene og prioriteringene til ledelsen og miljøpersonalet (Geczy et al., 1990). Man må både kunne uttrykke sine vurderinger og meninger klart, kompetent og med autoritet, samtidig som man er lyttende og åpen for kompromisser og samarbeid. Man må kunne tale sin sak godt uten å overhøve andre. Man vil tjene på å lære seg språket og forståelsen de ulike bruker, både ledere, miljøterapeuter og leger (Geczy et al., 1990). Det lønner seg å legge frem mest mulig faktaopplysninger som kan gjenkjennes av alle før man kommer med sin vurdering. Man vil tjene på å uttrykke seg med positivt fortegn, objektivt, logisk og forståelig, med et fokus på å løse problemer både på kort og lang sikt, mer enn å

diskutere om hvem som har rett og hvem som tar feil. Videre er det viktig å bevare objektivitet og saklighet på tross av eventuelle usaklige utspill.

Overbelastning

Nye psykologer på sengepost ser ofte det massive potensialet for behandling og setter i gang store prosjekter, hvilket kan føre til utmattelse og kynisme hvis man ikke begrenser seg (Geczy et al., 1990). Det er lite hensiktsmessig å sette i gang store prosjekter uten å kjenne til grunnene til at status quo er slik det er. Mange reagerer med forbauselse på å bli møtt med manglende interesse og til og med motarbeiding. En vanlig måte å reagere på er å sette inn enda mer ressurser på å få til det man ønsker. Hvis ikke det heller hjelper, kan det føre til at man er til stede og bare gjør det man må uten å engasjere seg, og sykemelding på sikt. Situasjonen løses også av mange ved å slutte.

For å forebygge overbelastning, overdistansering til arbeidet, sykemelding og bytte av jobb er det viktig å se problemene og hva som trenger å gjøres, samtidig som man innser at man alene ikke kan endre et helt system, og at det uansett tar tid (Suran & Sheridan, 1985). Man bør lære seg å analysere problemer og operasjonalisere dem, samt å ha realistiske forventninger til hva man kan forvente av belønninger. Man må trene seg selv opp til å definere små målbare mål, og til å finne glede og tilfredsstillelse i selv små belønninger. Det er viktig å operasjonalisere mål og å innse at mange problemer har kun delvise, eller ingen, løsninger.

Konklusjon

Det er i hvert fall to fallgruver psykologer må passe seg for på sengepost:

1. Å holde fast på rollen som en som kun driver individualterapi på kontoret.
2. Å forsøke å ta kontroll over alt av behandling istedenfor å samarbeide tverrfaglig.

Press fra miljøpersonale og administratorer kan føre til en reaktiv holdning hvor psykologen løpende tar tak i det som skjer her og nå, på den mest hurtige og effektive måten. Det er lett å bli med på mølla og ikke få tilstrekkelig tid og rom til behandlingen man burde drive. For å forebygge dette kan det lønne seg at en i utgangspunktet fokuserer på det som er viktig for miljøpersonalet og administratorer, og å involvere dem i å formulere problemer og mål og i å iverksette tiltak. Over tid vil psykologen opparbeide seg tillit. Psykologen vil også få økende gjennomslag som behandlingsleder. Enhver administrator ønsker fagpersoner rundt seg som også forstår de administrative og økonomiske realitetene. Gjennom å jobbe på denne måten som psykolog på sengepost kan man være til hjelp for sine pasienter, tilfredsstille administrativ ledelse og personalet på postene, og selv ha en meningsfull og faglig givende hverdag.

Vidar Steffensen

Ullevål universitetssykehus HF, Josefinesgate DPS, Pilestredet Døgntrehabilitering

E-post vidar.steffensen@uus.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 6, 2007, side 761-763

TEKST

Vidar Steffensen

+ **Vis referanser**

Referanser

Geczy, B., Sultenfuss, J. F. & Donat, D. C. (1990). Psychologists in state mental hospitals: Problems and recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 392-397.

Humbke, K. L., Brown, D. L., Welder, A. N., Fillion, D. T., Dobson, K. S. & Arnett, J. L. (2004). A survey of hospital psychology in Canada. *Canadian Psychology*, 45, 31-41.

Kopelowicz, A. & Liberman, R. P. (1998). Psychosocial treatments of schizophrenia. I P. E. Nathan & Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (ss. 190-207). New York: Oxford University Press.

Legeforeningen (2005). *Legeforeningens 10-punkts program for bedre helsetjeneste til mennesker med psykiske lidelser*. Oslo: Den norske lægeforening.

Plaud, J. J., Vogeltanz, N. & Ackley, F. R. (1993). An analysis of the nature and justification of treatment decisions in the inpatient settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 418-425.

Smith, G. B., Schwebel, A. I., Dunn, R. L. & McIver, S. D. (1993). The role of psychologists in the treatment, management, and prevention of chronic mental illness. *American Psychologist*, 48, 966-971.

Suran, B. G. & Sheridan, E. P. (1985). Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 741-752.