

Psykolog på legesenter

Samordning av helsetjenester er en av de store utfordringene i dagens Helse-Norge. Men mangel på sammenheng mellom helsepolitiske intensjoner og virkemidler gjør at prisen for idealisme kan bli høy.

TEKST

Elisabeth Tufte Sand

PUBLISERT 5. januar 2013



HELDA GSPASIENT: Som gerontopsykolog møter man mennesker som nærmest har som heldagsjobb å være pasienter. Almanakkene er fulle med helseavtaler, og pasienten er kasteball mellom fastlege, sykehus, laboratorier og psykisk helsevern. Løypa i helselabyrinten er ekstra lang for de som er i dårligst form.

Foto: Yay Micro

Som gerontopsykolog arbeider jeg for å fremme psykisk helse og livskvalitet hos eldre. Jeg møter daglig pasienter som nærmest har som heldagsjobb å være pasienter. Almanakkene er fulle med helseavtaler, for den gamle har et sammensatt sykdomsbilde med både fysiske og psykiske problemer. Pasienten, som sjelden er særlig mobil og ofte fratatt førerkort, opplever å være kasteball mellom fastlege, ulike sykehusavdelinger, laboratorier og tilbud innenfor psykisk helsevern. Paradoksalt nok blir løypa i helselabyrinten ekstra lang for de som er i dårligst form. Det er vanskelig å finne veien,

både praktisk og geografisk. Løsningen er omsorgsfulle, ressurssterke pårørende, med god tid til å følge. Men ikke alle har det.

Samhandling

Oppgaver bør kunne løses på en bedre, mer integrert måte. Både samfunnsøkonomiske hensyn og sett fra pasientens ståsted taler for det. Samordning av helsetjenester er nettopp en av de store utfordringene i dagens Helse-Norge, og Samhandlingsreformen ønsker gode initiativ og nye modeller for behandling og samarbeid. Erfaringer og tankegodt fra nettopp samhandlingstenkningen var inspirasjonskilde da jeg mottok en 100 prosent stillingshjælp med driftstilskudd som privatpraktiserende psykologspesialist med spesialitet i klinisk gerontopsykologi.

«Muligheten til å utvikle et mer helhetlig helsetilbud var viktig da jeg takket ja til et kontor på et legesenter med fire fastleger»

Det inspirerer å se for seg de gode løsningene og arbeide for å sette dem ut i livet, og det er meningsfullt å arbeide for noe som opplagt virker fornuftig. Nettopp muligheten til å utvikle et mer helhetlig helsetilbud var en viktig grunn til at jeg takket ja til et kontor på et legesenter med fire fastleger. Mine pasienter får nå tilgang til resepsjonstjenester, slik at de kan ringe resepsjonen og snakke med et annet menneske i stedet for å legge igjen beskjed på telefonsvareren. De får også tilsyn mens de venter på time, hjelp til å bestille transport samt et tiltalende venterom. Og i akutte saker hentes jeg av resepsjonen så snart råd er. Alt dette gjør tilgjengeligheten til min tjeneste lettere og servicen bedre.

En god ramme for drift

Mye gikk veien for min samlokaliserte praksis, men prisen for idealisme kan samtidig bli høy, noe jeg skal komme tilbake til.

For den eldre garde er terskelen for å søke psykologhjelp ofte høyere, og jeg har valgt å sette skiltet «Seniorklinikken» på min dør. En passe nøytral betegnelse som gjør det litt enklere å banke på. Gjennomsnittsalderen for mine pasienter er 74 år, den eldste 93. Depresjon, angst, eksistensielle problemer knyttet til alderdom og/eller redusert kognitiv funksjon er de typiske problemene. Ofte er de fysiske og psykiske elementene så sammensatte at det er vanskelig å avklare hvor det ene slutter og det andre begynner. For meg er det en fordel at jeg i min arbeidsdag kan konsultere lege ad hoc når jeg tror at pasientens symptomer kan ha en fysisk årsak, slik som forvirringstilstander knyttet til betennelse, blodtrykkproblematikk eller drypp. Pasientene står som regel på mange medisiner, så spørsmål om medikasjon og bivirkninger er også en del av hverdagen.

Pasientene gir eksplisitt uttrykk for at de setter pris på at psykologen holder til på legesenteret og at de får hjelp fra resepsjonen. Noen av pasientene har på eget initiativ

skiftet fra sin tidligere fastlege over til en av legene ved legesenteret der jeg nå arbeider, de synes det er praktisk å ha lege og psykolog på samme sted.

Fastlegene ved legesenteret er også fornøyd med ordningen. Vi diskuterer henvisninger, de bruker meg konsultativt i forhold til problemstillinger i sin praksis, og vi samarbeider rundt pasienter. Dessuten er det mulig å samarbeide omkring undervisning som er relevant for begge yrkesgrupper.

En økonomisk utfordring

Jeg vet om flere psykologer har vurdert praksis på legesenter, men de fleste velger likevel ikke denne løsningen. Det økonomiske aspektet er en av grunnene. Som samlokalisert med legene betaler jeg en andel av driftsutgiftene til legesenteret. Dette blir en langt dyrere løsning enn å leie et frittstående kontor til sin privatpraksis.

Sett fra legenes ståsted vil de ut fra rent økonomiske hensyn som regel være tjent med at det er en annen lege som bruker det ledige kontoret. Samme yrkesgruppe har i hovedsak samme behov for utstyr og lokaler. Drift av laboratorietjenester og innkjøp av medisinsk utstyr koster. Yrkesutøvelsen til legene stiller høye krav til hyppig renhold og medfører et helt annet press på resepsjonstjenesten enn min type praksis. En fastlege kan ha 20 til 25 konsultasjoner i løpet av dagen, mens jeg har omkring en fjerdedel av dette. Mine krav til omgivelsene er mer beskjedne, og mitt instrument er i hovedsak meg selv. Hvor stor andel av driftsutgiftene en psykolog skal betale, vil jo være gjenstand for vurderinger og forhandlinger med legesenteret. Jeg må forsones meg med at jeg i mitt psykologvirke nok ikke kan nyttiggjøre meg det jeg er med på å betale for. Det skal også bemerkes at jeg i tillegg til kostnadene på legesenteret har andre driftsutgifter spesifikt knyttet til min yrkesutøvelse, utgifter til administrasjon, tester, fagutvikling og datasystem. Nettopp etablering av datasystem ga meg forresten en betydelig merutgift, da dette måtte tilrettelegges slik at det ikke forstyrret legens datasystem.

En øde øy datateknologisk

Overgangen fra å arbeide på et sykehus med dets mer integrerte dataverktøy til å være privatpraktiserende ble stor. Min nye hverdag gir daglige påminnelser om kontaktløsheten når det gjelder datasamhandling mellom privat spesialist og det offentlige helsevesen; datasamhandling eksisterer ikke slik situasjonen er i dag. Det offentlige helsevesen har systemer for elektronisk samarbeid og har prioritert å utvikle dette området. Som psykolog på et sykehus hadde jeg tilgang til langt mer og raskere informasjon; jeg kunne sende og motta prøvesvar, notater og epikriser elektronisk; jeg var en del av et moderne helsetilbud. I det gerontopsykologiske feltet blir det muligens enda mer merkbart når informasjonstilgangen mangler, enn det er i andre felt. For pasientene har lange, kompliserte sykdomshistorier, og de har jo alle levd lenge. En kort, summarisk henvisning fra fastlegen gir sjelden tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon. Henvises det eksempelvis til utredning, er mitt bidrag å legge en bit av puslespillet på plass. Jeg undersøker kognitiv funksjon og prøver å avdekke om eventuelt psykiske forhold kan forklare at vedkommende har hatt et fall i

funksjonsnivå, endret væremåte eller følelsesmessig tilstand. Også pårørendes vurderinger står ofte sentralt i min utredning. Men resten av bitene i puslespillet må andre helsearbeidere bidra med: informasjon om sykdomsforløp, blodprøver, billeddiagnostisk undersøkelser m.m.

I dag bruker jeg et datasystem som mange privatpraktiserende leger og psykologer i psykisk helsevern anvender. Det er brukervennlig og gir god driftsstøtte i det daglige. Det er imidlertid ingen kommunikasjon med Helsenet, som fastlegene har tilgang til, eller andre datasystemer som det offentlige helsevesenet har. Den eneste jeg kan sende meldinger til og motta meldinger fra, er HELFO, helseøkonomiforvaltningen. Jeg kan sende regninger og få svar på om disse er godkjent, men faglig sett er jo denne kontakten totalt irrelevant. All informasjonsdeling knyttet til pasienter foregår ellers muntlig, gjennom telefon og brev – som i gode, gamle dager. Her er det åpenbare forbedringspotensialer. Det virker innlysende at det bør utvikles datateknologiske løsninger som gjør det mulig å samarbeide mellom fastlege, det offentlige helsevesen og privatpraktiserende spesialist. Videreutvikling av Helsenet er en mulighet, mens det er et tankekors at det så langt bare er kommunikasjonen omkring økonomi som er effektivt ivaretatt.

Hvordan fremme samhandling?

Min arbeidsdag er i stor grad regulert til legesenterets åpningstider. Det betyr selvsagt at man gir avkall på noe fleksibilitet i egen arbeidssituasjon, en av de få ulempene jeg har reflektert over. Men fordelene ved denne driftsmodellen er lettere å finne, og veier tyngst.

Tilbakemeldingen fra pasienter og fastlegene ved senteret tyder på at dette er en god modell, og kanskje spesielt velegnet i forhold til gerontopsykologi. Også tilbakemeldingen jeg fikk fra Helse SørØst på den samlokaliserte modellen, var svært positiv da jeg søkte om økt driftstilskudd. Likevel ble det svart fra Helse Sør-Øst at man ikke hadde anledning til å differensiere psykologenes driftstilskudd, og økt driftsstøtte var derfor utelukket. Det ble anbefalt at jeg søkte midler i tilknytning til Samhandlingsreformen. Men der ytes det ikke driftstilskudd, kun prosjektmidler. Jeg kunne nok søkt om midler til å undersøke eller dokumentere en samlokalisert modell, om gode erfaringer faktisk kan dokumenteres. Dette forutsetter imidlertid at man har råd til å realisere modellen og har tid til å forske. Et forskningsprosjekt i tillegg til privatpraksis er det siste jeg trenger når arbeidsuken allerede er oppe i over 40 timer. I siste instans blir det et spørsmål om hvor idealistisk jeg har råd til å være, og om min privatøkonomi tåler slike faglige drømmer

**«Helse Sør-Øst omtaler
samlokalisert praksis som helt i
tråd med intensjonen bak
Samhandlingsreformen. Men de
ser ikke at reformen åpner for å**

gi økonomisk støtte til en slik praksis»

Min erfaring gjør at jeg i dag i enda sterkere grad mener at man bør kunne gi mer driftsstøtte til samlokaliserte, flerfaglige helsetjenester, hvor både 1.- og 2.-linjen er representert. Dette vil opplagt kunne gi pasienten bedre service og vår faggruppe en mer profesjonell ramme for yrkesutøvelse. Det er ikke mange privatpraktiserende psykologer som kan tilby sine pasienter et fint venterom, noen som møter ditt blikk i resepsjonen, noen som kan svare deg eller hjelpe deg. Jeg vil at pasientene i min praksis møter helsevesenet på en slik måte, med verdighet og omsorg.

Psykologene i privatpraksis sitter derimot ofte på enkeltkontor, kanskje samlokalisert med andre psykologer, gjerne med en mobilsvarer som forteller at ventelisten er full hvis du trenger kontakt, men at du alltid kan legge igjen beskjed i håp om at noen ringer deg tilbake. Det er på ingen måte merkelig at tilbudet har utviklet seg på denne måten. Dagens økonomiske ordninger og avtaler støtter at den enkelte privatpraktiserende psykolog tenker på seg og sitt og gjør det beste ut av situasjonen. Individfokuset i yrkesutøvelsen som privatpraktiserende psykolog, fordypet i samtaler bak lukket dør, synes nærmest å ha smittet over på og satt grenser for tenkningen omkring hvordan man kan bruke psykologien i helsevesenet. Man behandles individuelt, ja, nesten privat.

Det bør være mulig å utvikle tjenester og tilbud på tvers av yrkesgrupper. Da trengs økonomiske insitamenter for at et legesenter tilbyr kontoret til en psykolog og ikke en legekollega, og det uten at psykologen må bruke driftstilskuddet sitt til å finansiere deler av legenes virksomhet som psykologer ikke bruker i særlig grad eller ikke stiller så høye krav til, slik som laboratorietjenester, daglig rengjøring og sentralbordtjenester for å betjene akutthenvendelser om medisinsk hjelp.

I et brev til meg omtaler altså Helse Sør-Øst samlokalisert praksis som helt i tråd med intensjonen bak Samhandlingsreformen. Men de ser ikke at den samme reformen åpner for å gi økonomisk støtte til en slik praksis. Og dette til tross for at det absolutt må være i samfunnets interesse å utvikle et mer integrert helsetilbud. For min del gjør situasjonen at jeg hele tiden vurderer om mitt private bidrag til å realisere Samhandlingsreformen blir for kostbar på sikt. Det er synd. Argumentene for å fortsette virksomheten på legesenteret ser jeg helt klart i min hverdag.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 1, 2013, side 23-25

TEKST

Elisabeth Tuft Sand, spesialist i klinisk eldrepsykologi og organisasjonspsykologi, og arbeider ved Senior klinikken, Asker

KONTAKT: senior klinikken@gmail.com

