

Snakkeforløp for barn og unge

Det kan ligge mange gode visjoner bak idéen om pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge, men hvilke kvaliteter kan denne kvalitetssikringen tenkes å gå på bekostning av?

TEKST

Lars Ravn Øhlckers

Krister Westlye Fjermestad

Kirsti M. Jørgensen

Fredrik Cappelen

Linda Grandal

Thomas Litleré

Kristoffer Høiland

PUBLISERT 29. februar 2016

PAKKEFORLØP

REGJERINGEN ØNSKER Å innføre såkalte *pakkeforløp* i psykisk helsevern. Helse- og omsorgsminister Bent Høie skriver i Morgenbladet 18. september 2015 at pakkeforløp sørger for at «aktuelle pasienter kommer raskere inn til avklaring og undersøkelse, at utredning og behandlingen kommer raskere i gang, at vi oppnår mer likeartet utredning og behandling av visse psykiske lidelser».

Vi sitter i utvalget som regulerer spesialistutdanningen for psykologer i psykisk helsevern for barn og unge. Utvalget består av psykologer med spesialitet i klinisk barne- og ungdomspsykologi, med ulik bakgrunn – klinikere, ledere og forskere – og med bred erfaring fra kommune, universitet og spesialisthelsetjenesten.

I intensjonen om pakkeforløp, som vi foreløpig ikke vet hva konkret vil inneholde, ligger det gode vyer. Våre pasienter må erfare at de blir møtt med klare intensjoner om å skape en framdrift mot utvikling, i prosesser preget av transparens og faglighet. Det er også nyttig å standardisere deler av prosessen som våre pasienter skal gjennom. Vi må undersøke kompleksiteten i deres liv og psykologi på en måte som drar veksler på all den kunnskap som eksisterer i fagfeltet. Dette er spesielt hensiktsmessig når vi skal kartlegge og vurdere pasientens vansker og ressurser, og dette er deler av prosessen som forvaltningen kan påvirke og kontrollere i stor grad. Vår bekymring er at regjeringen i forslaget om pakkeforløp trår inn i et komplekst fagområde med planleggingsiver og gode intensjoner, uten at de tar inn over seg de praktiske bivirkninger av

implementeringen av en slik reform. Vil pakkeforløp svekke vår mulighet til å være kloke mot våre pasienter?

Plass til klokskap?

Vi som arbeider i dette fagfeltet, kan gjøre en enkel mental øvelse: Vi kan spørre oss selv hvilke egenskaper vi ønsker hos en behandler hvis våre egne barn skulle trenge hjelp fra de systemene vi representerer. Svaret vi gir, er klokskap. Med klokskap mener vi oppdatert faglig kunnskap integrert med sunn fornuft, varme, ydmykhet og tålmodighet.

Rammevilkårene for klokskap i vårt felles psykiske helsevern er blandede. På den ene siden har vi høyt utdannede medarbeidere med høy integritet og et sterkt engasjement for sitt fag og sine pasienter. Motivasjonen på arbeidsplasser som dette er i liten grad styrt av ytre økonomiske incentiver, det er snarere indre faktorer som ansvarfølelse, integritet og faglig interesse. Vi har også et levende globalt fagfelt som vibrerer med nyvinning og diskusjon.

«Det er klinikerne og pasientene som vet hvordan det ser ut når kart og terreng møtes»

På den andre siden arbeider disse medarbeiderne i et system preget av forvaltningens behov. Dette behovet innebærer en systematisk glidning mot forenkling av menneskers livsvansker for å dekke administrative behov og rapporteringssystemer, i kvalitetssikringsøyemed. Det er også vedvarende krav om pasientgjennomstrømning og effektivitet. Målet for forvaltningen er at flest mulig skal få best mulig behandling til en billigst mulig pris.

Disse rammevilkårene gjør blant annet at behandlerens autonomi stadig stilles spørsmål ved. Kan man fra forvaltningens side stole på at en behandler i psykisk helsevern i utgangspunktet på egen hånd skal kunne vurdere hva som er riktig, god og nok behandling? Og hvordan kan forvaltningen skille mellom ønsket og uønsket variasjon i vår praksis? Vi er ikke motstandere av kvalitetssikring, men vi tror det er viktig å sette kvalitetsmål i sin rette kliniske kontekst. Når forvaltningens kvalitetsmål brukes som sannheter om klinisk praksis som trumfer fornuften i det kliniske møtet, skaper man problemer for alle involverte. Når er det vi krysser den grensen?

Individ og system

Våre pasienter er komplekse skapninger, slik vi alle er. Pasientene er alle unike i sine erfaringer og sin psykologi, og i psykisk helsevern for barn og unge har vi seks diagnostiske akser, med et trettitalls variabler på en del av aksene. Mange av pasientene våre kvalifiserer til mer enn én kategori på hver akse. Disse aksene representerer et forsøk på forenkling av det menneskelige, men selv denne forenklingen har et utall kombinasjonsmuligheter.

Inngangsbilletten til våre systemer er at man vurderes å ha en psykisk lidelse på den første aksen, og forvaltningen sier at det er denne som skal behandles. Men tenk på deg selv eller noen du kjenner; hvor lett er det å isolere det som er psykisk vanskelig og smertefullt fra individets kompleksitet? Her skiller psykiske vansker seg ofte radikalt fra somatiske sykdommer; sykdommen er en del av vårt vesen, vår situasjon og historie, og tilfriskning handler ofte mer om utvikling enn om kur.

Vi bidrar til best utvikling for pasientene ved å ha best mulige rammer for arbeidet. Fleksibilitet, tillit mellom oss og pasienter, tid, samarbeid og sunn fornuft er gode rettesnorer for det vi gjør. Det er også veldig godt å ha oppdatert og nøktern kunnskap om fagfeltet som man kan forvalte med skjønn, og med bakgrunn i erfaringskompetanse fra både behandler og pasient.

Det finnes allerede en del strukturerte behandlingsopplegg i psykisk helsevern for barn og unge, med veldokumenterte effekter. Disse anvendes i stor grad *når* det er vurdert hensiktsmessig. Utvikling og endring avhenger likevel av individuelle faktorer hos barnet, i familien, blant venner og i systemene rundt barnet. Tilfeldighetene spiller også en rolle. Da blir det viktig i planleggingen av psykisk helsevern å huske på at barnet, familien, vennene, storsystemet og tilfeldighetene ikke er underlagt forvaltningens kontroll. En må planlegge med vissheten om at full kontroll er umulig, og at klinisk autonomi og fleksibilitet er en viktig ressurs.

I arbeidet med pakkeforløp forteller forvaltningen at de snakker med folk fra fagfeltet, slik at de kan implementere en god, praksisnær og fleksibel reform. Vår frykt er at de snakker mest med andre forvaltere; ledere, byråkrater, administratorer og forskere utenfor klinisk hverdag. Klinikere og pasienter vil kunne gi et litt annet perspektiv. Klinikerne forteller at de til tider opplever at de må beskytte pasientene sine mot forvaltningen. De forteller at det er vanskelig å være klok i et psykisk helsevern preget av instrumentelle rammer og en illusjon om planmessighet. I klinikker er terrenget alltid viktigere enn kartet, og kartet har misvisende forenklinger og feil. Kartet blir til i prosesser som i høyeste grad er preget av menneskene som tegner det.

I prosessen med pakkeforløp er det viktig at de berørtes stemme blir hørt. Det er klinikkerne og pasientene som vet hvordan det ser ut når kart og terreng møtes. Klinikkerne har lært seg å bruke kartet med skjønn for ikke å skade pasientene. I ideen om pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge finnes det en risiko for at man plasserer forvaltningen i sentrum, ikke pasienten. Spør du pasientene, ønsker de *snakkeforløp*, der de blir møtt av et medmenneske med forståelse, tid, fornuft, faglighet og nysgjerrighet. Det er også dette vi klinikere ønsker å tilby.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 3, 2016, side 226-227

TEKST

Lars Ravn Øhlckers, Psykologspesialist/sjefpsykolog

Krister Westlye Fjermestad, Psykologspesialist/førsteamanuensis UiO

Kirsti M. Jørgensen, Psykologspesialist/avdelingspsykolog

Fredrik Cappelen, Psykologspesialist, Nic Waals Institutt, Lovisenberg diakonale sykehus

Linda Grandal, Psykologspesialist

Thomas Litleté, Psykologspesialist

Kristoffer Høiland, Psykologspesialist(alle medlemmer av spesialistutvalget for klinisk barne- og ungdomspsykologi i Norsk Psykologforening)