

Ingen hjelper de svakeste



PRIORITERING «De mest vanskeligstilte er nettopp dem som ikke engang makter å komme inn gjennom døren», skriver Maria Tørressen i dette innlegget. Foto: Ptrabattoni/Pixabay.com

Mange med store vansker går uten hjelp. Samhandlingsreformen skulle sikre bedre ivaretagelse av alle på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunen. Men fungerer det?

TEKST

Maria Tørressen

PUBLISERT 31. januar 2017

PRIORITERING AV PASIENTER

OVE SÅ NED i bordet. Han satt forventningsfull og sørgmodig. Han hadde kommet inn på kontoret for snart to år siden, sendt fra avdeling for avklaring på NAV.

Ove hadde stått uten arbeid hele livet. Han hadde levd på sosialhjelp. En stund i tenårene hadde han også levd på rus og det gaten tilbød.

Nå var han 60 år. Det var lenge siden han hadde lagt det levesettet bak seg, men han hadde fortsatt ikke «fått det til».

Ove hadde nylig vært til nevropsykologisk utredning, og svarene stod der svart på hvitt: Han hadde betydelig hukommelsessvikt, som særlig rammet innlæring og

korttidshukommelse, både verbalt og nonverbalt. Psykologen hadde konkludert med at dette var sannsynlig forenlig med en tidligere ervervet skade. Sykehusjournalen fra barndommen hadde beskrevet mulig hodeskade etter en ulykke, men denne journalen hadde ikke fulgt Ove senere. Det var heller ikke vanlig med oppfølging på den tiden.

Videre forklarte rapporten at Ove antakelig ville ha store vansker med å holde tritt i både skole og normale arbeidsforventninger.

Det ble stille. Ove svelget: «Så alle disse årene ... jeg var ikke bare dum.»

De trengende

Til daglig møter jeg ofte mennesker som Ove. De som ikke har «fått det til». De som falt utenfor, de som ikke greide å betale regningene, de som ikke fulgte opp det som var forventet av skolen, av arbeidslivet, av NAV eller av behandling. Vi har fått en samhandlingsreform som skal sikre ivaretakelsen av menneskene som trenger spesialisthelsetjenesten og kommunen, eller begge deler. Sånne som Ove går likevel mange år eller store deler av livet uten riktig hjelp. Problemet er ikke intensjonen. Imidlertid er intensjon og praksis to ulike virkeligheter.

I praksis er spesialisthelsetjenesten overbelastet. Jeg liker å tro at alle i helsevesenet ønsker å gjøre sitt beste for å hjelpe mennesker. Likevel synes jeg å se et dilemma: Spesialisthelsetjenesten har fått Prioriteringsveilederen, et dokument som skulle veilede i prioriteringen av pasienter for å sikre god helsehjelp i hele landet til dem som trengte det mest. Dette var opprinnelig ment som en rettleder til bedre prioritering ved inntak, men synes å ha blitt et skriv som vokter spesialisthelsetjenestens samvittighet i prosessen med å avslå pasienter. Flere distriktpspsykiatriske poliklinikker (DPS) har ansatte som jobber for å sikre at spesialisthelsetjenesten har forholdt seg til nettopp Prioriteringsveilederen når det kommer til å avslutte eller avslå pasienter. Har veilederen skiftet formål?

«Prioriteringsveilederen synes å ha blitt et skriv som vokter spesialisthelsetjenestens samvittighet»

Ove var en av mange som ble avsluttet ved DPS som følge av manglende oppmøte. Det hadde vært vanskelig å få til både behandling og utredning. Han klarte til sist å møte til utredning privat når han hadde følge av assistent som kunne minne om timen og vise vei.

En gang spurte jeg en pasient om hvorfor hun ikke hadde møtt til timene ved DPS. Hun sa: «Jeg stod utenfor døren og ventet hver gang, men jeg turte aldri gå inn.» Hun ble avsluttet hos DPS, begrunnelsen var dårlig motivasjon. Senere fikk hun hjelp av en avtalespesialist som var tålmodig, og hun klarte omsider å møte inne på kontoret.

Nytte-kost-verdi

Nytte-kost er i samsvar med forebygging og tanken om å hjelpe dem som kan hjelpes. Altså de som lettest kan behjelpes, er dem som har størst nytte av hjelp. Det er nok riktig at dette er mest kostnadsbesparende. Det vanskelige og konfliktfylte oppstår derimot når vi må innrømme for oss selv, som behandlere, psykologer, hjelpere og andre, at dette ikke er å hjelpe dem som trenger det mest.

De mest vanskeligstilte er nettopp dem som ikke engang makter å komme inn gjennom døren. Noen ganger var kanskje timingen ikke riktig, men veldig ofte har *vi* som behandlere ikke møtt dem med det de trengte.

Jeg tok meg selv i å nesten skrive «vi i systemet» her. Fordi det er nettopp denne feilen vi gjør. Vi tillegger utilstrekkeligheten til systemet. Og det må man nok for å overleve den dårlige samvittigheten. Slik mener jeg Prioriteringsveilederen er blitt andrelinjens beskytter og hvilepute. Jeg kjenner meg igjen. Hvis du har sett «The OA», en litt nerdete Netflix-serie om det overnaturlige etter døden, har du kanskje kjent deg igjen i beskyldningene mot lærerinnen som får sin vanskeligste elev kastet ut av skolen istedenfor å møte ham med mer hjelp? En gang konfronterte jeg en psykiatrisk sykepleier som jeg mente hadde gjort en grov etisk feil i kommunikasjonen med en pasient. Han svarte at det var slik de arbeidet der. Etter at jeg påpekte at det likevel var et menneske han hadde med å gjøre, sa han: «Da er det vel noe feil med systemet.»

Den flinke pasienten

Førstelinjen har ingen prioriteringsveileder. Kommunen har noen forskrifter knyttet til sine tjenester, men førstelinjen i NAV og kommunen kan ikke avvise mennesker. De er siste instans. Men her kan heller ikke drives med behandling av alvorlig syke, uten kompetansen som skal være i spesialisthelsetjenesten. Det er blitt en mental sperre mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen som sier at spesialisthelsetjenesten skal bedrive behandling, mens førstelinjen skal drive med omsorg. Problemet er at de fleste med store vansker har sterkt behov for begge deler. Her trenger man samhandling, men da må det være reell samhandling, og ikke et enten eller, at spesialisthelsetjenesten avslutter fordi pasienten blir så godt ivaretatt av kommunale tjenester, eller at kommunen avslutter tjenester fordi personen er i behandling. Satt på spissen: Man må unngå å avslå psykologisk behandling på grunnlag av at personer har hjemmetjeneste for hjelp til vask og toalettbesøk.

I dag er pasienter avhengige av en ressursperson i førstelinjen for å komme seg over den høye muren, til andrelinjen og behandlingshjelp. Det er et system som er tilrettelagt for den flinke pasienten: Den som møter til tiden, den som finner frem, den som har sagt ifra til fastlegen at hun trengte hjelp og ble henvist psykolog, den som selv har et mål for behandlingen, og den som har et bevisst forhold til sin egen progresjon. Ja, for hvis pasienten ikke møter til timer, er det antakelig NAV som har påtvunget utredning eller behandling, og som forklarer den manglende motivasjonen. Det er lett å tenke: Hvorfor kan ikke pasienten bare skjerpe seg? Hvor vanskelig er det å ta bussen fra A til B? Hvor vanskelig er det å møte til time én dag i uken, når du ikke har noen andre avtaler? Slik

samhandlingen og prioriteringen er i dag, fungerer helsehjelpen tilsynelatende ikke for de som er dårligst stilt.

Å hjelpe de som har størst problemer, er gjerne ikke kostnadsbesparende eller samfunnsøkonomisk, men det er helsehjelp til mennesker som trenger det, og de trenger det på tvers av linjer. Skal vi ikke hjelpe dem?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 2, 2017, side 217-219

TEKST

Maria Tørressen, psykolog ved NAV, Grünerløkka, Oslo Kommune