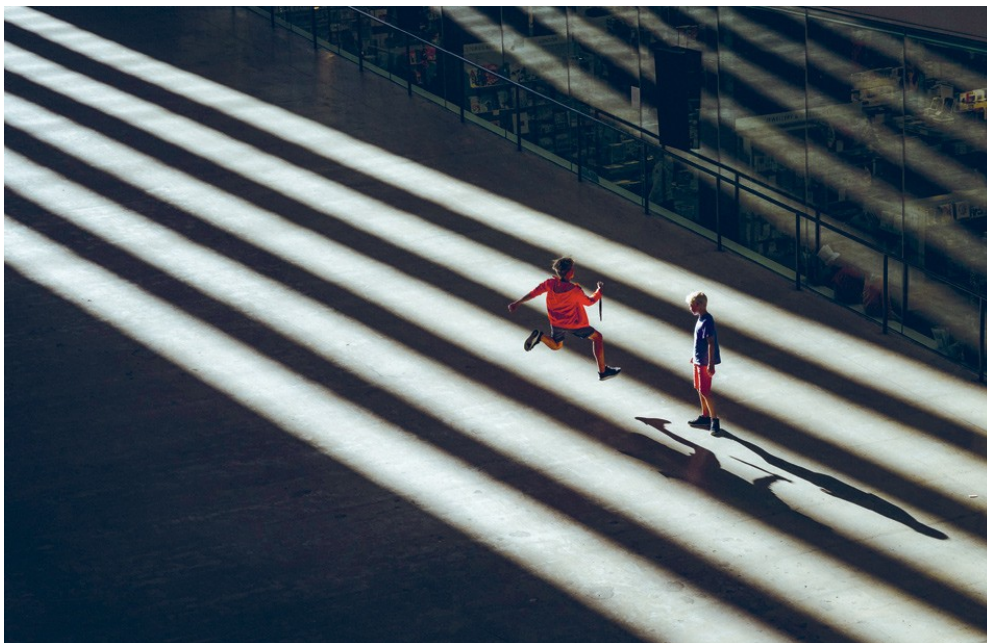


Snevriere psykisk helsevern



FORLØP FOR BARN Anmelder Espen Odden frykter at pakkeforløpet, slik det fremstår i høringsutkastet, har svakheter som vil gå ut over kvaliteten på utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Foto: Joshua K. Jackson / Unsplash

Utredningspakkeforløpet for barn og ungdom bygger ikke god nok bro mellom problembeskrivelser og ønskede utfall.

TEKST

Espen Odden

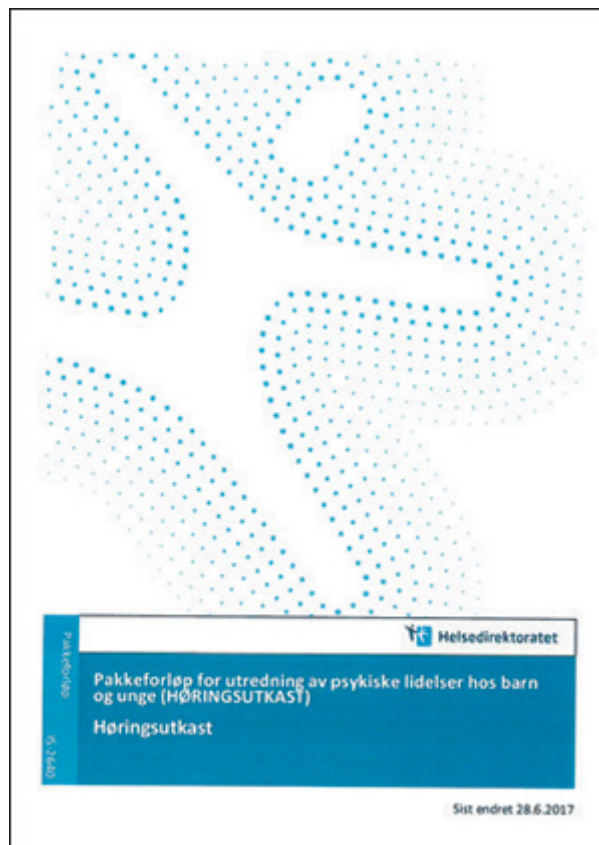
PUBLISERT 4. januar 2018

EMNER

pakkeforløp

utredning

brukermedvirkning



Høringsutkast IS-2640 – Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser for barn og unge, 14 sider, HelseDirektoratet, 2017.

Jeg er psykolog i spesialisthelsetjenesten for barn og unges psykiske helse. Min arbeidsplass er i en sykehuspoliklinikk, og oppgaven min er å utrede og behandle psykiske lidelser sammen med kolleger fra forskjellige faggrupper. Vi kontaktes typisk når noen er bekymret for et barns psykiske helsetilstand. HelseDirektoratet har nylig sendt ut et forslag til faglig rammeverk for sånne som oss. Det er viktig at vi har gode systemer for psykisk helse. *Høringsutkast IS-2640 – Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser for barn og unge* – innebærer et nytt system for psykisk helsevern.

Et høringsutkast er et forslag til en offentlig uttalelse som sendes til utvalgte relevante instanser. Poenget er å få innspill som kan brukes til å gjøre uttalelsen bedre. IS-2640 er et utkast med mange implisitte føringer som det er grunn til å stoppe opp ved. Etter min mening legger utredningspakkeforløpet opp til at behandlingspakkene for ensidig inneles etter diagnostikk, heller enn å være en bro mellom gode problembeskrivelser og ønskede utfall.

Helse og samfunn

Grensen mellom «syk» og «frisk» er ikke enkel. Det er – heldigvis – en økende erkjennelse av at grensen mellom psykisk lidelse og «normalitet» er glidende og uregelmessig. Med på lasset følger en usikkerhet om hvordan en best mulig psykisk helsetjeneste bør se ut. Denne usikkerheten mener jeg er sunn og respektfull, og medfører ofte nødvendig diskusjon. Psykisk lidelse er uløselig knyttet til situasjonelle

og samfunnsmessige faktorer, når det gjelder antatte årsaker, vedlikeholdende faktorer og arenaer for tiltak. I tillegg er det stor variasjon mellom hvordan psykiske vansker kjennes på innsiden, og hvordan de ser ut fra utsiden. Det er respektfullt å forstå forskjeller mellom mennesker i lys av tid, sted og situasjon, i tillegg til biologiske og andre ervervede faktorer som spiller inn. Det er også faglig forsvarlig.

I tråd med en slik forståelse er det for lengst tatt både faglige og politiske valg – synlig både i faglige retningslinjer og i politiske programerklæringer – om at psykisk helsevern for barn og unge skal romme alle disse områdene. Eksempler kan være den annonserte kampen mot «utenforskap», ulike varianter av «lavterskeltiltak» og erklæringer om at psykisk helsevern skal ha et «bio-psyko-sosialt» perspektiv. Alt dette gjenspeiler arenaer der psykisk helsevern for barn og unge på spesialistnivå vil ha en eller annen rolle. Mandatet er med andre ord bredt, og forsøkene på å møte mandatet er ulike. Spørsmålet blir da om IS-2640 vil gjøre psykisk helsevern for barn og unge bedre rustet til å administrere dette mandatet. Jeg frykter at pakkeforløpet slik det fremstår i høringsutkastet, dessverre har svakheter som vil gå ut over kvaliteten på både utredning og behandling i psykisk helsevern. I tillegg vil samhandlingen mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten kunne bli vanskeligere. For min egen profesjon, psykologene, tror jeg utkastet vil virke negativt på våre muligheter til å være nyttige for folk i fremtiden.

Fag og politikk

Et av hovedproblemene med IS-2640 er at det sier for lite om *tid, sted og situasjon*. Dette bør endres dersom ambisjonene skal innfris. En høringsprosess kan på et overordnet nivå ses som en ryddig og demokratisk kvalitetssikring. Konstruktive innspill forutsetter imidlertid en tydeliggjøring av sammenhengen mellom politikk og helsefaglig utøvelse. Jeg velger å se på to overordnede prinsipper, som er vektlagt i IS-2640, i min evaluering av utkastet: økt brukermedvirkning og brukertilfredshet og sammenhengende og koordinerte pasientforløp

Brukermedvirkningsprinsippet skal altså styrkes. Samtidig ønskes en bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er gode målsettinger. En åpenbar utfordring er at den fleksibiliteten brukermedvirkning skal sørge for, legger begrensninger på hvor mange og hvor rigide standarder en kan ha.

Å ta valg innebærer evaluering av omkostninger. Siden politikk og fag har en tendens til å flyte sammen, føles det komplisert å vite hva en kan endre på uten å gjøre noe feil. Offentlige uttalelser kan likevel *bli* det faglige kunnskapsgrunnlaget på lengre sikt, og det ønsker vi ikke. Retorikk om psykologrollen for tiden er at *vi må tilpasse oss samfunnets behov*. Det er vel og bra, og svært viktig i seg selv. Jeg tror likevel de fleste er enige om at forskning og yrkesutøvelse som først og fremst retter seg etter ulike politikeres visjoner for samfunnet, ikke er lurt. Utvikling skjer gjennom ulike perspektiver. En tydeliggjøring av hva som er politikk, og hva som er fag, bør tilstrebes i evalueringssøymed. Jeg tror IS-2640 kan bidra til å sementere en uønsket sammenblanding av fag og politikk. Derfor er det nå svært viktig å se på hvilken praksis

av *samhandling* mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten pakkeforløpet vil legge opp til, og hvordan *brukermedvirkning* vil se ut i praksis. Dette er svært interessant for psykisk helsearbeidere som gruppe generelt, i tillegg til for psykologprofesjonen spesielt. Til syvende og sist handler det om hvilket samfunn vi ønsker å leve i.

Offentlig samhandling

Barn og familier formidler sine vansker til en fagperson, for eksempel fastlegen, barnevernet eller en psykolog i førstelinjen, som blant annet har som oppgave å kunne henvise til spesialisthelsetjenesten. Den offentlige samhandlingen begynner i praksis når henvisningen mottas og skal forstås. Samhandling kan ses på som en arbeidsfordeling, der flere aktører arbeider for å oppnå en felles målsetting. Dette forutsetter at de enkelte aktørene er klar over både egen og andres rolle, samt hva målsettingen faktisk er. For at dette skal skje, må det legges til rette for gode dialoger mellom de involverte.

IS-2640 sier først hva som bør gjøres av primærhelsetjenesten før henvisning. Deretter skal spesialisthelsetjenesten vurdere om det foreligger rett til helsehjelp. Som tidligere er dette et kriterium for inntak til spesialisthelsetjenesten. Dersom jeg forutsetter at poenget med vurderingene om rett til helsehjelp og hensiktsmessig oppfølgingsnivå handler om å gjøre en kvalifisert vurdering av *hvem som gjør hva, når og hvorfor*, har vi en vei å gå. IS-2640 hopper etter min mening bukk over dette i praksis.

IS-2640 legger tydelig opp til offentlig samhandling i overgangen mellom pakkene. *Basis utredning* skal munne ut i en differensialdiagnostisk vurdering, som ut ifra konteksten og rekkefølgen blir grunnlaget for *Vurdering og beslutning om videre oppfølging*. Spesialisthelsetjenestens vurdering og beslutning om videre oppfølging vil derfor fortsatt være et sentralt tema i samhandlingen med andre instanser:

Fastlege og henvisende instans informeres om beslutningen og hvem som har ansvaret i den videre oppfølgingen.

Basis utredning kan dermed forstås som et «ja» eller «nei» til videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Etter *Basis utredning* følger *Utvidet utredning*. *Utvidet utredning* innebærer slik jeg leser det, innhenting av ytterligere opplysninger på de fleste arenaer samt mer spesifikk utredning av kognitive ferdigheter og utviklingsforstyrrelser. På samme måte som ved *Basis utredning*, munner *Utvidet utredning* ut i beslutning om videre tiltak og oppfølgingsnivå. Få svarmuligheter gjør at spørsmålene fra barna/familiene og henviser spisses inn mot «ja» eller «nei», heller enn «hva handler dette om, hva bør gjøres, og hvem kan gjøre dette?». For eksempel vil betydning og nytte av spørsmålet «kan dette være ADHD, mon tro?» variere mye ut fra tid, sted og situasjon. Utkastet anbefaler etter endt utredning et forum for informasjonsutveksling:

Det bør avholdes et felles møte med henvisende instans, fastlege, pasient/foresatte og andre involverte instanser for oppsummering/tilbakemelding.

Slik jeg forstår IS-2640, handler (offentlig) samhandling om at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skal snakke sammen. Innholdsmessig synes det å handle mest om formidling av beslutninger. Reell samhandling innebærer selvsagt at møtene er kilder til informasjon i seg selv, gjennom dialogen og undersøkelsesmulighetene her. Det passer imidlertid ikke inn i modellen i utkastet. Dette fordi diagnoser er for lite samstemte til å være selvstendige vurderingsgrunnlag for videre tiltak, som det legges opp til nå. Jeg tror dette handler om at arbeidet bak IS-2640 er preget av vansker med å finne andre reelle vurderingsgrunnlag enn de diagnostiske. I så fall håper jeg dette er mot bedre vitende.

«Jeg tror IS-2640 kan bidra til å sementere en uønsket sammenblanding av fag og politikk»

Det bør være relativt selvsagt at *en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak* i hvert fall til en viss grad henger sammen med hvordan tiltakspakkene vil se ut. Men de er ikke pakket ut ennå, så vi vet ikke. Utkastet evner ikke å stille opp klare vurderingsgrunnlag som knytter sammen et helhetlig forløp, og legger dermed ikke til rette for egne mål.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning innebærer at offentlige instanser samhandler med barnet/familien, i tillegg til med hverandre. Effekten avhenger også her av kvaliteten på dialogene. Brukermedvirkningsprinsippet i psykologisk behandling og oppfølging innebærer for det første at problemet det søkes hjelp for, beskrives godt. For det andre innebærer det å komme frem til en beskrivelse av hvordan en ønsket endring kan se ut for barnet og familien. En stor del av psykologers og andre behandleres kompetanse fra utdannelser, videreutdannelser og erfaringer er spisset inn mot denne undersøkende dialogen mellom barnet/familien/relevante andre og behandler, og forutsetningen for suksess hviler på kvaliteten på dette samarbeidet. Informasjonen som kommer ut av dette, danner grunnlaget for kvalifiserte hypoteser om og utprøving av tiltak. Som allerede nevnt er ikke mandatet begrenset til regelrett psykoterapi, men skal og bør innlemme andre viktige arenaer for barn og familier i tillegg. Innledningsvis i IS-2640 understrekes betydningen av brukermedvirkning:

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Pasient/bruker har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukerperspektivet legger til grunn at forebygging, kartlegging og behandling skal ta utgangspunkt i pasientens kunnskap, ønsker og behov. Brukermedvirkning innebærer at pasienten er en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår ham/henne.

Dette er en beskrivelse av brukermedvirkning på prinsipielt grunnlag. For at det skal fungere i praksis, må pakkeforløpet for det første basere seg på en forståelse som kan beskrives konkret, og for det andre legge til rette for at det beskrevne kan skje.

Etter henvisning og inntak er neste post på programmet i IS-2640 en *Innledende samtale*, som er første ledd i det utkastet betegner som den nevnte *Basis utredning*. «*Hensikten med innledende samtale er å etablere et trygt samarbeidsklima mellom pasient/foresatte, og avklare pasientens/foresattes behov, mål og ønsker for utredningen og oppfølgingen.*»

Dette kjenner vi igjen både fra relasjonsforskningen og fra prinsipperklæringen for kunnskapsbasert praksis. Dette kan ses som en anerkjennelse av brukermedvirkningens betydning for psykisk helsehjelp. En skulle derfor tro at «pasientens/foresattes behov, mål og ønsker for utredningen og oppfølgingen» var et tydeligere *vurderingsgrunnlag* videre i IS-2640. Men det er det ikke.

Etter *Utvidet utredning* skal også behandleren ha kommet frem til mulige alternativer pasienten kan velge mellom: «*Pasient/foresatt må orienteres om mulige behandlingsoalternativer, og på bakgrunn av dette tas en beslutning om de ønsker anbefalt behandling.*»

Brukermedvirkning ser på denne måten ut til å være knyttet til behandlingsvalg. Vi vet ikke om det med «mulige behandlingsoalternativer» menes ulike metodiske tilnærminger, eller om de kommende behandlingsoakkene vil følge opp intensjonene om brukermedvirkning og samhandling ved å peke på andre arenaer for endringsskaping enn terapirommet. Vi vet heller ikke om utkastet bygger på kunnskap om transdiagnostiske prinsipper, eller på en feilaktig antakelse om at utredning og tiltak henger sammen av seg selv. Utkast IS-2640 legger mer eller mindre implisitt opp til at differensialdiagnostikk utgjør vurderingsgrunnlaget for overgangen mellom pakkene. Diagnostikk skal altså forklare vanskene og i tillegg peke på tiltak. Sett i sammenheng med intensjonene om reell samhandling og brukermedvirkning er diagnostikk på langt nær tilstrekkelig. Og om dette ikke er tilsiktet, er ikke utkastet etter min mening godt nok utformet. Det burde komme klart frem at tiltaksvalg avhenger av dialogene på de enkelte arenaer. Nå sparker istedenfor utkastets implisitte premisser bein på de eksplisitte målsettingene om brukermedvirkning og samhandling.

Psykisk helsearbeid og psykologprofesjonen

Et enkelt og grunnleggende prinsipp er at utredning og behandling/tiltak bør henge sammen. Overordnet kan en si at utredning, behandling og tiltak handler om å finne ut *hvem som gjør hva, når og hvorfor*. En utredning bør kunne søke beslutningene om dette, som i praksis er sentralt for de fleste psykologfaglige og helsefaglige vurderinger.

Nytten av utredninger avhenger av hva vi velger å gjøre med informasjonen vi får. Fremfor alt handler det om hvilken informasjon vi søker, og hvordan vi finner den. Mer eller mindre «vedtatte» sannheter – som at *god behandling forutsetter god utredning*, og at *vi vet hva som fungerer* – kan bli tomme klisjeer dersom ulike arenaers betydning i

praksis overses. Effektstudier knyttet til forholdet mellom diagnostikk/problematikk og metodikk er viktig, men kun en del av vurderingsgrunnlaget i forståelsen av psykiske vansker og valg av tiltak. Skal sammenhengen mellom utredning og behandling/tiltak være god, må vi *gjøre* den god. Det kommer ikke av seg selv.

«Utkastet evner ikke å stille opp klare vurderingsgrunnlag som knytter sammen et helhetlig forløp»

Jeg frykter høringsutkastet vil invitere behandlere til å forankre anbefalinger om tiltak i betingelser for forhåndsdefinerte intervensjoner mer enn til viktige arenaer og relasjoner. Brukermedvirkning er – paradoksalt nok – ment å forhindre for høy grad av standardisering, siden folk er forskjellige og oppfølgingen må tilpasses dette. Bekymringen min handler ikke om mitt syn på den etter hvert trøttende polariserte debatten om diagnosebruk, men om at løsningsforsøkene på systemnivå blir for unyanserte eller snevre sett i forhold til mandatet for psykisk helsevern. Og bekymringen øker når jeg ser eksempler på at både forskning og utdannelsesforløp følger denne trenden med politisering eller systemtilpasning, kamuflert som påstander om faglighet. Jeg mener utkastets største svakhet er den faktiske unnlattelsen av å peke på premissene det bygger på. Høringsutkast IS-2640 bærer for mye preg av retorikk som er politisk kompatibel, på bekostning av det som er kjernen i inkludering og dialogdrevne tiltak.

Høringsutkast IS-2640

- Over 170 høringsinnspill kom inn til høringsfristen 1. oktober.
- Pakkeforløpene i psykisk helsevern rulles ut fra og med september 2018.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 1, 2018, side 54-58

TEKST

Espen Odden, psykologspesialist

KONTAKT: espen.odden@sshf.no