

# Paradoksale pakker



Faksimile fra septemberutgaven av Psykologtidsskriftet.

Økt byråkratisering i psykisk helsevern har to psykologiske drivere: angst og mistillit.

**TEKST**

**Tor-Johan Ekeland**

**PUBLISERT 4. oktober 2018**

**PAKKEFORLØP**

«PAKKE-» VAR ET usedvanlig dårlig valgt prefiks for forslaget om strukturerte behandlingsforløp, i seg selv tilstrekkelig til å utløse debatt. Pakke assosieres med industriell logikk og tingliggjøring av pasienter, noe vår behandlingshistorie bør være en tilstrekkelig varseltrekant mot. Men historien kan ofte gjenta seg i moderne fasonger, og debatten var trolig en sunn refleks mot en slik mulighet.

Når nå redaksjonen i Psykologtidsskriftet har bedt meg om å kommentere oppslaget om «utpakking» av det første forløpet innenfor rus og psykisk helse, er min første reaksjon at debatten har virket, så sant fremstillingen av hva det hele går ut på, står til troende.

Når det i oppslaget i septemberutgaven av Psykologtidsskriftet vises til «et helt nytt behandlingsregime», er det likevel grunn til en aldri så liten tvil. Selv er jeg ikke der «hvor skoen trykker», men et par kontakter til folk med lederansvar i sektoren gir

inntrykk av at det meste er i samsvar med nåværende praksis, med unntak av følgende: innføring av pakkekoordinator (forløpskoordinator). Det høres ut som en byråkratisk ressurs, som det ikke nevnes hvordan skal finansieres.

#### **LES OGSÅ**

#### **Langt unna danske pakker**

De norske pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus skal gi psykologene stor behandlingsfrihet. Var frykten for danske tilstander ubegrunnet?

Trolig blir dette et steg videre i den retning offentlig sektor har gått siden den nyliberale moderniseringen begynte på 80-tallet: økt byråkratisering. Paradokset er at skiftende regjeringer har lovet det motsatte. Er det noen som husker regjeringen Bondeviks storstilte plan «Et enklere Norge» fra 1999, en plan for hvordan blant annet helsepersonell skulle få mer tid til pasientene? Og siden ble det bare verre. Antallet behandlere per pasient har økt betydelig, uten at behandlingen har økt tilsvarende. Det er godt dokumentert fra England at det som skulle bli bedre og billigere, har blitt det motsatte (Hood & Dixon, 2015).

Det er to psykologiske drivere i denne utviklingen: angst og mistillit. Angsten gjelder politikkers redsel for media og folkets røst når ting går galt. Risikoreduksjon er dyrt. Mistillit er enda dyrere. Kontroll og dokumentasjonssystemer må innføres i alle ledd slik at aktørene, fra helseminister og nedover, har ryggen fri når kritikken kommer. Argumentasjonen er alltid brukernes beste, underforstått mistillit til profesjonsutøverne. De må holdes i ørene. Styringen kommer tettere på praksis, og spenningen mellom kliniske logikker og styringslogikker øker.

**«Det er til å undres over at mye av den heftigste retorikken om kunnskapsbasert praksis ofte fremtrer som kunnskapsløs»**

Den pågående saken ved Bergensklinikkene og Stangehjelpa (tidligere omtalt i Psykologtidsskriftet) er noen eksempler på dette, og flere vil komme. Paradokset er, som flere har pekt på (O'Neill, 2002; Jos & Tomkins, 2004), at mange av tiltakene som settes i verk for å øke sikkerheten og publikums tillit til tjenestene (kvalitetskontroll), samtidig underminerer de faglige og profesjonelle dyder som nettopp borger for kvalitet. Denne deprofesjonaliseringen tar litt tid. Når den har skjedd, tar det svært mye lengre tid å reparere den.

**Debatt fortsatt nødvendig**

Det er vel mulig at pakkeforløpet, slik det nå er skissert, kan bli ok. Det må tiden vise. Det man ikke bør gjøre, er å la seg forføre av den moderne retorikk om kvalitet og brukermedvirkning. Mange av de aller beste retoriske intensjoner har ved historiens korsveier vist seg å kunne gi andre eller motsatte resultater. At behandlere beholder en del av sin autonomi, er ikke noe de skal takke direktoratet for, slik man kan få inntrykk av. Den er nemlig ikke til for deres skyld, men for pasientene. Det er både etiske og faglige grunner til den. Det kliniske rommet skal beskyttes mot inntrenging utenfra, enten det er NAV eller styringsivrige myndigheter. Klinisk skjønn (som forutsetter autonomi) er ikke alltid godt, men det kan ikke forbedres ved å elimineres. Her synes den å være gitt på nåde, det vil si «metodefrihet» så lenge man gjør det kunnskapsbasert (evidensbasert).

Det er til å undres over at mye av den heftigste retorikken om kunnskapsbasert praksis ofte fremtrer som kunnskapsløs. Man fokuserer bare på en bit av forskningsbildet, teller trær istedenfor å se skogen. Det er gjennom femti år godt dokumentert at av alle de sentrale tingene for pasientenes tilfriskning er behandlernes metodiske intervensjoner langt mindre viktig enn man tror, og synes bare å ha et virkningspotensial dersom pasienten har tillit til metoden og behandleren. Grunnen er trolig enkel: I psykisk helsevern behandler man ikke «sykdommer», man behandler lidende personer, eller mer korrekt: Man er profesjonell medhjelper i pasientenes forsøk på å mestre sitt liv. I spenningen mellom styring og autonomi er det trolig slik at når styringen er svak, vil økt styringstrykk kunne gi kvalitetsgevinst. Men økes styringsdosen, vil gevinsten ikke bare avta, men også på et punkt, som annen overmedisinering, gi perverterte virkninger. Dette punktet vil være ulikt i ulike virksomheter. I psykisk helsevern er det ikke bare sårbare pasienter, hele kjernevirksomheten er sårbar. Derfor vil debatten fortsatt være nødvendig.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 10, 2018, side 940-941*

**TEKST**

**Tor-Johan Ekeland**, professor i psykologi, Høgskulen i Volda

KONTAKT: [ottar.ness@hbv.no](mailto:ottar.ness@hbv.no)