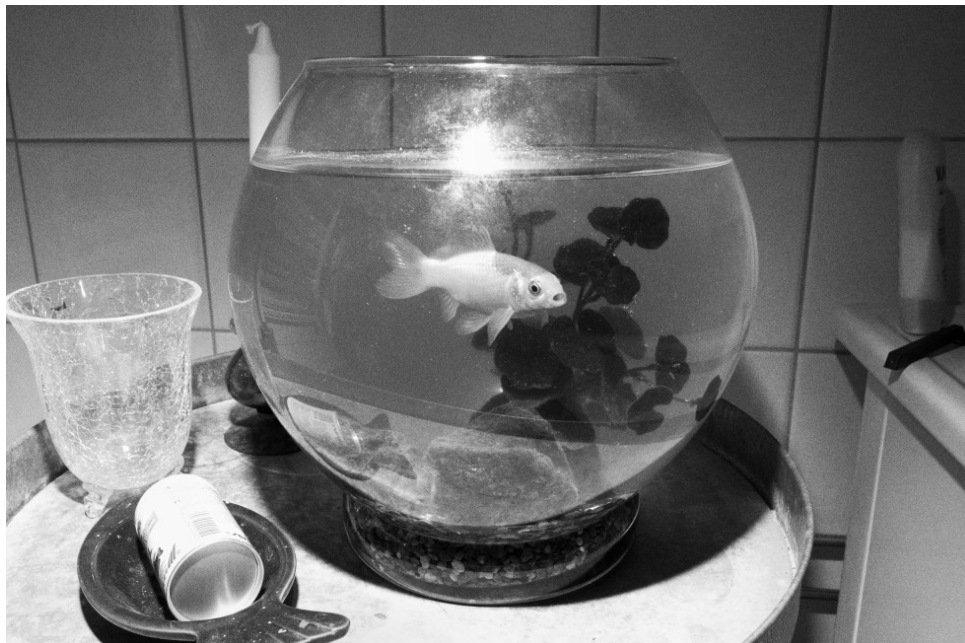


Krise i spesialisthelsetjenesten - noe mer enn en ressurskrise?



I SIN EGEN BOBLE Psykologien mister grepet om det som ligger utenfor den medisinske bobla, skriver Rolf Sundet. Foto: Martin Brink / Millenium / Scanpix

Psykologer i spesialisthelsetjenesten står i fare for å ende opp som kvasipsykiatere som omfavner den medisinske modellen, eller som saksbehandlere som ikke driver behandling, men selekterer hvilke pasienter som skal få behandling eller ikke.

TEKST

Rolf Sundet

PUBLISERT 30. august 2019

EMNER **Spesialisthelsetjenesten**

Det er krise i psykisk helseverndelen av spesialisthelsetjenesten.^[1] Ikke er det nok ressurser til å gi et forsvarlig tilbud til tjenestens pasienter, mens nye dokumentasjons- og praksiskrav oversvømmer psykologene uten å utløse flere ressurser. Tillitsvalgte sentralt og lokalt har både i dagspressen og Psykologtidsskriftet påpekt og dokumentert dette. Jeg har selv jobbet omtrent hele min karriere i det som nå kalles spesialisthelsetjenesten, sist som spesialist i klinisk psykologi fra 2001 til 2016 i et familieteam ved en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Mine erfaringer herfra gjør

at jeg ikke er i tvil om at det er en ressurskrise. Men likevel forteller andre erfaringer meg at det nok handler om mer enn flere ressurser og folk.

«Vi møtte familier som hadde prøvd evidensbaserte metoder og ikke fått hjelp»

Ton ned den medisinske modellen

Vårt familieteam ble startet i 1995. Tanken var å kunne gi familiene et tilbud nær der de bor, i stedet for å sende dem til Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. I utgangspunktet skulle man jobbe intensivt med kun 11 familier i året, alle som én familier som trengte et mer intensivt tilbud enn det en kunne forvente at poliklinikken kunne tilby. Dette var familier som opplevde at de ikke fikk hjelp på poliklinikken, og at deres perspektiver verken var blitt hørt eller tatt på alvor. Dette var familier som opplevde seg krenket. Årsaken var ikke at terapeutene på poliklinikken var «dårlige terapeuter», men at arbeids- og rammebetingelsene gjorde det vanskelig å gi tid og rom til familiens perspektiv og preferanser.

En viktig grunn til dette var de økte kravene til dokumentasjon, utredning og diagnostikk som fulgte i årene etter millenniumskiftet. Sagt annerledes ble den medisinske modellen stadig mer styrende for praksis, samtidig som behandlingsmetodene skulle være evidensbaserte, og evidensen var å vise til effekt i randomiserte, kontrollerte studier. Parallelt med denne utviklingen i poliklinikken merket vi i familieteamet et økende press på at våre ressurser heller burde allokere til poliklinikken. Løsningen poliklinikklederene så for seg, var å flytte våre kliniske ressurser inn i poliklinikkene. Men ingen spurte om det var sider ved poliklinikkens arbeidsmåter som bidro til at de kom opp i de problemene som de gjorde. For mens poliklinikken opplevde press, økte vårt familieteam sin pasientportefølje fra de tiltenkte 11 familiene til over 100 familier i året. Og det uten at vi opererte med ventelister av betydning.

En viktig grunn til at vi klarte dette, var at vi samarbeidet med barna, de unge og deres familier ved å følge deres ønsker, mål, preferanser, perspektiv og ideer om hva som skulle til for at vi kunne være til hjelp. Vi arbeidet høyintensivt i begynnelsen av kontakten og reduserte vår videre tidsbruk avhengig av familiens behov. Vår siste intervensjon i arbeidet var å spørre familien om de ønsket å avslutte kontakten med oss, eller om de fortsatt ville stå på vår liste uten å sette opp ny avtale, men at de ved behov kunne ta kontakt. Familiene som sto på liste, fortalte oss at de da gjerne først prøvde å løse problemene selv, men vel vitende om at de kunne ta kontakt med oss hvis de ikke lyktes på egen hånd. På dette viset kunne de fem fagpersonene i teamet ha kontakt med hundre familier. Selvsagt ikke det samme antallet klienter som forventes ved en poliklinikk, men langt flere enn de 11 vi opprinnelig var satt opp med.

Den medisinske modellen tonet vi ned, og vi etablerte en regel om å alltid starte med behandling i stedet for å starte med utredning (unntatt når familien selv ba om det). For

oss handlet behandling om noe mer og noe annet enn å anvende teorispesifikke intervensjoner, og at utredning og diagnostikk alltid må ses som et element i behandlingen, ikke en selvstendig del forut for behandling. Det var også viktig for oss at de teorispesifikke intervensjonene skjedde innenfor den terapeutiske relasjonen, og med det, i et nært samarbeid med barnet, ungdommen og deres familier. Standardisert utredning ble kun anvendt der vi sammen med familien vurderte at dette kunne være til hjelp, samtidig som vi brukte samtalen og samværet med familien som en form for utredning som besto av en kontinuerlig utforskning av folks liv, muligheter og problemer. Tilbakemeldingssystemet KOR/FIT ble brukt som et nødvendig samtaleredskap i arbeidet med å utvikle terapien. Videre vektla vi klinisk autonomi som noe helt nødvendig og avgjørende for vårt arbeid, samtidig som vi hadde stor skepsis til vårt eget kliniske skjønn og avsto fra å bruke slike skjønnsmessige vurderinger uten at vi fikk tilbakemeldinger fra familien på dem. Vi vektla at testresultat og vurderinger på tilbakemeldingsskjemaene var et utgangspunkt for samtale og ikke noe endelig svar. For svar var noe som ble brakt fram i samtalen med familien. Ved mangel på endring prioriterte vi terapeutendring fremfor endring i familien, og ved uenighet med familien søkte vi å kvotere inn deres perspektiv innenfor etiske rammer. Summen av dette var at vi knapt opplevde frafall, og at spørsmål om tilgjengelighet og motivasjon til behandling ble meningsløse spørsmål.

Ideologi og kriser

Denne arbeidsmåten var tilpasset vår målgruppe, og vi så at poliklinikkene måtte få anledning til å arbeide annerledes. Samtidig levde vi da som nå i evidensens tid. Kunnskap fra randomiserte, kontrollerte studier var gullstandard. Men vi møtte familier som hadde prøvd evidensbaserte metoder og ikke fått hjelp. Gjennom en stipendiatperiode og nå i et påfølgende professorat har jeg fått mulighet til å se nærmere på begrepet evidensbasert praksis. Det gjør at jeg spør meg om ikke en del av krisen i spesialisthelsetjenesten skyldes at evidensprosjektet slik det framstår i dag, mer er et ideologisk prosjekt enn et forskningsbasert prosjekt. Min begrunnelse for dette er tredelt.

For det første: den medisinske modellen. Den vektlegger en arbeidssekvens der en starter med utredning som skal gi en diagnose, som igjen skal tydeliggjøre hvilken evidensbaserte metode som skal følges. Men den modellen har ingen klar forskningsmessig støtte, og det er liten sammenheng mellom diagnose og utfall i terapi. Nylig spurte jeg John Norcross om sammenhengen mellom utredning og utfall i terapi. Hans svarte at den lille forskningen han hadde funnet, viste liten eller ingen sammenheng. Et forskningsorientert psykisk helsevern må derfor nedtone den medisinske modellen og heller gi andre modeller plass.

«Ved å akseptere den medisinske modellen og at kliniske studier i RCT-

paradigmet utgjør det nødvendige og tilstrekkelige grunnlaget for vår praksis, har vi spilt oss rett inn i fanget på New Public Management»

For det andre: Vektleggingen av kunnskap generert gjennom den randomiserte, kontrollerte studien skaper en illusjon av å få vite noe sikrere om hva som gjelder enkeltindividet og samarbeid mellom bruker og terapeut om hva som kunne være til hjelp, samtidig som alternative forskningstilnærminger til spørsmålet om årsaker for det enkelte individ marginaliseres. Tiltro til at vi har evidensbaserte metoder, gir også et psykisk helsevern der behandlere lett kan forklare gode resultater med metoden, mens mangel på gode resultater forklares med pasienten. Når behandlere bruker egen teori til å forklare manglende endring som en side ved pasienten, trenger en heller ikke søke etter andre metoder. Men hvis man, slik vi erfarte i familieteamet, anvender familiens responser og innspill til å utvikle og justere terapiløpet, kommer vi mye lenger enn når et fastlagt, standardisert intervensjonsopplegg følges. Dessuten bruker vi langt mindre ressurser.

For det tredje: Utviklingen i samfunnet når det gjelder ledelse og organisering av tjenester har gitt oss en ny treenighet. Om den er hellig, uhellig eller uheldig, kan diskuteres, fra mitt ståsted er den i hvert fall uheldig. I den nye treenigheten er den medisinske modellen Vårherre. Frelseren er den randomiserte, kontrollerte studien som skal frelse enhver terapeut fra usikkerhet og mangel på resultat, mens New Public Management er den Hellige ånd, som sikrer at vi forblir i den rette tro.

Det er her jeg finner det tillegget i spesialisthelsetjenestens krise som går ut over spørsmålet om ressurser. For også psykologer i spesialisthelsetjenesten synes innelåst i denne treenigheten. Ved å akseptere den medisinske modellen, og at kliniske studier i RCT-paradigmet utgjør det nødvendige og tilstrekkelige grunnlaget for vår praksis, har vi spilt oss rett inn i fanget på New Public Management. Ikke minst skjedde dette ved at også norske psykologer aksepterte den amerikanske psykologforeningens prinsipperklæring for evidensbasert praksis som ledestjerne for vår praksis. Denne prinsipperklæringen betoner kunnskap fra randomiserte, kontrollerte studier, noe som gjør at effektiv behandling fort ses som å følge standardiserte metoder. Dette passer rett inn i New Public Managements vektlegging av standardisering og kontroll. Klinisk erfaring er rett nok med i prinsipperklæringen, men som pakkeforløpene viser oss: Det er klinisk forskning som har forrang. Og selv om pasientens preferanser nevnes i prinsipperklæringen, kommer den helt nederst i den tredelte kunnskapsorganiseringen mange leser som et kunnskapshierarki.

Psykologen som kvasipsykiater

Psykologforeningen og hele profesjonen må derfor vende et kritisk blikk mot sin egen forståelse av psykoterapi og psykologisk behandling. I dag er det fare for at

psykolog(spesialist)er i spesialisthelsetjenesten ender opp som kvasipsykiatere som omfavner den medisinske modellen, eller i verste fall som saksbehandlere hvis viktigste oppgave ikke er å tilby behandling, men å selektere hvem som skal få et tilbud eller ikke. Vi trenger derfor en debatt, rotfestet i både pasienterfaringer, terapeuterfaringer, forskning og teori, om hva en psykologisk tilnærming til spesialisthelsetjenester skal innebære. Mine erfaringer fra familieteamet er at hvis en gjør samarbeidet med familien til omdreiningspunktet for tilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge, så vil ressursbruken endres, samtidig som en rekke problemer knyttet til det vi benevner som motivasjon, behandlingstilgjengelighet og deltagelse forsvinner, eller i hvert fall reduseres kraftig. Uten en slik kritisk gjennomgang med en påfølgende nyutvikling er jeg redd at vi om 10 år igjen har en ressurskrise, og der svaret fortsatt er «å få flere folk på jobben».

«Psykologforeningen og hele profesjonen må derfor vende et kritisk blikk mot sin egen forståelse av psykoterapi og psykologisk behandling»

Kunnskaps- og ferdighetskrise

Mine erfaringer gjør at jeg tenker at jo, det er en ressurskrise i psykisk helsevern. Men det er ikke bare en slik krise. Spørsmålet er om det ikke også er en kunnskaps- og ferdighetskrise, der det å arbeide utenfor en medisinsk modell ikke lenger er en del av psykologenes kunnskaper og ferdigheter, og der et snevert kunnskapsbegrep basert på randomiserte, kontrollerte studier hindrer oss i å oppdage og arbeide med den individuelle variasjonen som barn, unge og deres familier representerer. Hvis vi ikke forholder oss til dette, vil ikke mer ressurser løse problemene og krisen i våre tjenester.

[1] En omarbeidet, kortere versjon av denne teksten ble publisert under tittelen «I den evidensbaserte bobla» i Psykologtidsskriftets septemberutgave.

TEKST

Rolf Sundet, Universitetet i Sørøst-Norge