

# Knappeforløp



Fremtiden for faget vårt bestemmes ikke først og fremst av ytterligere ressurstildeling til psykisk helsevern, men av hvordan ressursene benyttes for å skape endringer til det bedre for pasienter og pårørende.

## TEKST

**Odd Arne Tjersland**

**PUBLISERT 1. november 2019**

---

Vi psykologer har forsømt oss. Jeg hører med til dem. Og det gjelder også min fagforening. Mye positivt kom ut av Psykologforeningens initiativ på kommunesektoren, men når det gjelder forståelsen om hva psykologisk behandling handler om innenfor psykisk helsevern, er det flere enn meg som ikke har vært årvåkne nok.

Jeg har selvfølgelig vært bekymret for utviklingen. Ikke minst har jeg fått med meg mange reflekterte innspill om dette fra kollegaer, i Psykologtidsskriftet og i media ellers. Det dreier seg blant annet om beretninger om mangelfull tid til behandling og oppfølging av klienter, ritualiserte tilnærminger, samt om psykologiske problemer som er forstått og møtt, men uten å være forankret i kontekst og som derfor ikke er tilpasset den enkelte klient. I tillegg handler kritikken om utredningspress og meningsløse tellemåter for å dokumentere produksjon.

**Drukner i utredningsløp**

Jeg har hatt mange psykologer i veiledning, og gjennom dem har jeg mottatt beskrivelser som bare bekrefter og utdyper inntrykket av uheldige pakkeforløp. Jeg møter unge psykologer som går ivrig til oppgaven som støttespillere i livet til barn, ungdom, voksne og familier som strever med livet. Og så drukner de i noe de opplever som en uendelig rekke av meningsløse utredningsløp, og der de etter utredningen skal formidle ekspertens dom tilbake til pasientene og til aktuelle samarbeidspartnere. Nylig sa en deltaker i en psykologgruppe at «jeg har flere barn, men jeg vet ikke om jeg ville søkt hit med bekymringer for dem, slik jeg kjenner systemet nå». Og en annen: «Det var ikke slik vi ble opplært til å utøve psykologisk praksis i studiet.» Jeg har også møtt beskrivelser som tyder på at det skjer en flukt av erfarne psykologer fra psykisk helsevern og over til privatpraksis og annen praksis. Og igjen sitter unge og frustrerte kollegaer, fanget av systemet, og ikke minst preget av det store ansvaret som er pålagt psykologrollen. Det er jo også flatterende sider ved den makten som er tillagt vår profesjon.

Men i neste omgang må man også spørre – makt til å gjøre hva?

## **Resignert**

Hvorfor har jeg unnlatt å si ifra om dette jeg har hørt og sett over lang tid? Jeg tror jeg har tenkt at styringssignalene er forankret i politiske avgjørelser som ligger langt unna vår innflytelsessfære. Det begynte allerede på 90-tallet, da ideer om New Public Management fant innpass i politisk retorikk og departementenes korridorer. Det forsterket seg gjennom beslutningen om å lage selvstendige Helseforetak et par år etter tusenårsskiftet, organisert som bedrifter som skulle «produsere helse», og der man måtte finne alternative måter å rapportere resultater på enn å oppgi dem i form av antall produserte varer og avkastning. Kreative sjeler utarbeidet sinnrike beregningsmåter – såkalte DRG-koder – for å dokumentere at her har man produsert helse nok til at man får de statlige bevilgningene. I en nylig aviskronikk sammenlignet forfatteren dette med den gangen vi i vår barndom lekte butikk med knappene fra syskrinet til mor, og der vi bestemte hva slags verdi de hadde (Martinussen, 2019).

Dilemmaet med denne typen kreativitet anvendt på mennesker er at etter kort tid vil skinnet bedra. Jamfør Campbells lov: «Når en indikator brukes som grunnlag for beslutninger, vil den korrumpere og forvrengte det den var ment å måle» (Campbell, 1976). Etter hvert som vi forstår hvilke indikatorer som gir mest uttelling, finner vi begrunnelser for å bruke dem.

Overfor dette har jeg på en måte resignert. I stedet har jeg sagt til mine veiledningskandidater: Finn dere smutthull, ta fatt i enkelte klientsaker og følg dem over tid slik at du kan lære deg noe om psykologisk endringsarbeid, utnytt uklarheter som alltid vil ligge i kontrollsystemer, bruk definisjonsmakten – når dere har den – til å sikre at klientene får relevant psykologisk behandling. Jeg vet at jeg blant veiledningskollegaer ikke er alene om å gi slike råd til unge psykologer i spesialistløp.

Og tilsvarende utspill har jeg hørt fra andre kanter. Heidi Tessand fortalte i et foredrag om hvordan hun hadde klart å unngå individfokuset og å få til meningsfylte

intervensjoner i klassemiljøer fra posisjonen som BUP-psykolog. Nylig kom det en artikkel i tidsskriftet Fokus på Familien, der tre psykologspesialister beskriver overlevelseshåter for systemisk orienterte fagfolk innenfor BUP, måter som samtidig bidrar til at de kan ivareta faget sitt på rimelig tilfredsstillende måter. De gir eksempler på kreativ bruk av diagnosebetegnelser, unngåelsesatferd, si ja til krisesaker (unndratt pakkestyring), avslutte kontakten før diagnose må settes, og søke jobber på familieavdelinger (Bertelsen, Lunner og Eskelund, 2019). Sondre Risholm Liverød (2019) formidler noe av det samme i kronikken La meg gjøre jobben min. Løsningen hans er å «hacke systemet», for slik å unngå det han blir pålagt (hør han også i programmet Ekko i NRK 2.9.2019).

### **Psykologisk behandling, ikke medisinsk**

Jeg har nok tenkt at dette må være aktuelle veier å gå, inntil jeg satte meg ned med pakkeforløpene for BUP, VUP og rusbehandling. Lesingen ga meg praktisk talt hakeslepp. Og så fant jeg at psykologspesialister hadde vært med på å utforme dette. Det var ikke mange av dem, det var flest av alle de andre (leger, sykepleiere og jurister i direktorater, samt «brukere»). Stakkars, tenkte jeg, de har ikke hatt mye frihet til å påvirke! For her ligger det noen overordnede styringsideer som bryter fundamentalt med det vi psykologer omtaler som psykologisk behandling. Det gjelder om vi er forankret i psykodynamiske, kognitive, emosjonsfokuserede, læringsorienterte eller systemiske tradisjoner.

Pakkeforløpene har mange likhetstrekk, så la meg kort gjengi noen kjennetegn ved BUP-forløpet:

1. Henviser skal utrede syv hovedpunkter (med 22 underpunkter) før pakken sendes BUP.
2. Dersom BUP tar imot, fortar man en basisutredning etter ti hovedpunkter (36 underpunkter) frem til en diagnose innen seks uker (psykologen koder etter hvert som hovedpunktene er fulgt).
3. BUP kan bestemme utvidet utredning med ny frist etter seks uker (ytterligere 11 hovedpunkter som kodes etter utføring).
4. Deretter følger videre-henvisning, ev. behandlingsplan. BUP kan selv starte behandling, og med evaluering etter nye 12 uker, osv.

Modellen som ligger til grunn, vil jeg omtale som en bio-medisinsk forståelse av behandling. I korte trekk; hva kjennetegner denne?

- Problemer kan avgrensnes spesifikt, slik at man kommer frem til rett diagnosebetegnelse (implisitt: det finnes en sann og objektiv beskrivelse av problemet).
- Grundige utredninger er en forutsetning for dette, og fortrinnsvis bør man benytte standardiserte instrumenter til å studere organer, biokjemiske og nevrologiske forhold.
- I forløpet frem til diagnosebestemmelsen identifiseres også årsaker til problemet.

- Når problemet er identifisert og årsaksbestemt, følger en bestemt behandling som er evidensbasert (i betydningen at intervensjonen har godt dokumentert effekt på problemet, en viten fortrinnsvis fremkommet ved anvendelse av eksperimentelle design).
- Diagnosene er individuelle i sin karakter, slik rettes oppmerksomheten primært mot sider ved individet selv (ofte til fortrensel for relasjonelle og kontekstuelle forhold).

For enhver person som er rammet av fysisk sykdom, om det er kreft, hjertelidelser eller annet, kan det være betryggende å bli møtt med en slik tilnærming. Det betyr ikke at psykologisk kunnskap er irrelevant når det gjelder hvordan man møter pasientene, men alt hviler på ideer om at god behandling bygger på grundige fysiske undersøkelser som avdekker årsakene til lidelsen.

I kontrast til dette, hva kjennetegner en psykologisk forståelse for behandling av menneskelige livsproblemer?

### **Noen kjennetegn**

- Psykologiske problemer er så å si alltid sammensatte, og lar seg ikke tilfredsstillende favne under én merkelapp (diagnose).
- De har så å si alltid en sammensatt etiologi.
- Psykologiske problemer endrer ofte karakter, og i løpet av en behandlingsprosess blir de ofte omformulert og forstått på andre måter; fokus flytter seg.
- Om det settes en merkelapp, er det svært sjelden at den gir indikasjoner for en bestemt type behandling. Vanligvis rår vi over et knippe av tilnæringsmåter som vi bruker på ulike livsutfordringer.
- Selv om symptomer skulle ligne på hverandre, er menneskene ulike og fordrer derfor ulike tilnæringer.
- God psykologisk behandling følger ikke skjemaet undersøkelse, diagnose og behandling. Endringsarbeidet starter idet vi åpner døra for klienten eller familien og sier «hei!». Vi influerer – til nytte og unytte – fra det øyeblikket vi begynner å snakke sammen.
- Undersøkelsesmetoder må velges ut fra det som – til enhver tid – vurderes som mest fruktbart for behandlingen av klienten.
- Psykologisk behandling handler primært om måter å forstå tanker, følelser og reaksjoner på, og der vi søker å finne frem til en «samskapt» forståelse av dette med dem som søker hjelp.
- God psykologisk behandling innebærer å hente regelmessig tilbakemelding fra klienten om det vi holder på med er til hjelp, og på hvilken måte.
- Et nært samarbeid med dem som står nærmest den henviste klienten, er ofte en forutsetning for å være til god hjelp, og når det gjelder barn og ungdom, er samarbeidet med aktørene i hverdagen en nødvendighet, enten de er å finne i familien, på skolen eller i barnehagen.

Undersøkelsesretorikken i pakkeforløpene forkludrer disse perspektivene. Føringerne som ligger i kodingen knyttet til utredningspunkter, bidrar uvegerlig til at psykologen styres mer av disse rammene enn av det å finne en felles plattform med klienten. Det forhindrer også at vi griper fatt i én tråd i det store nøstet av løse tråder og forfølger den – fordi det er der klienten er.

## **Barnets ressurser**

Jeg tror de fleste praktikere vil kunne underskrive på at vi oftest ikke må utrede fra A til Å for å være til god hjelp. Vi jobber svært ofte med «oppretholdende betingelser», sjelden med «opprinnelige årsaker» (i streng forstand). En modell som impliserer at vi skal finne opprinnelige årsaker, fører oss lett inn i en ekspertrolle. Ikke minst fremmer det passivitet og avventende holdninger hos dem som søker hjelpen vår. Det er ikke god psykologisk behandling. Eksempler på det motsatte finner man for eksempel i bøkene God psykoterapi (Benum, Axelsen og Hartmann, 2013) og i Psykoterapeuten (Lippe, Nissen-Lie og Oddli, 2014), godt underbygd av nasjonal og internasjonal forskning.

Med dette avvises ikke at somatiske og nevrologiske undersøkelser kan være relevante, men i mine øyne brukes det ofte altfor mye ressurser på dette. Det er forstemmende å møte klientsaker der foreldre bringer med seg ringmapper fulle av undersøkelser av barnet som ikke sier noe annet enn noe vagt om nevrologiske utfall eller utviklingspsykologiske begrensninger. Hva gjør alt dette med barnets selvforståelse og foreldrenes bilde av barnet? Hva ville skjedd om man i stedet la mest vekt på å kartlegge barnets ressurser, og bygge på dem, samtidig som man arbeider systematisk med variasjon av betingelser i barnets dagligliv der utfordringene ligger. For meg er dette den sikreste veien til å finne mer ut av hva som kan fungere i praksis for akkurat det barnet og den familien vi møter. I psykologisk praksis er utprøving og eksperimentering alltid et nødvendig ledd i utredningen.

## **Veier videre for vår forening?**

Så hva er implikasjonene av disse innvendingene mot styringsforordningene fra departementer og direktorater? Jeg tror fortsatt det er fånyttes å kjempe mot ideen om pakkeforløp og New Public Management. Derimot mener jeg vi kan mane til omkamp om innholdet i pakkeforløpene, dels ved å tydeliggjøre hva som kjennetegner god psykologisk behandling, dels ved å dokumentere hvordan de rådende føringerne ikke tjener klientene, og dels gjennom å beskrive alternative praksiser og dokumentere deres nytteverdi. Og her må Psykologforeningen føre an, og trekke inn våre fremste psykologspesialister med solid kunnskap om nettopp psykologisk behandling, samt de miljøene som forsker på dette.

Det er to holdninger som vi ikke har vært tilstrekkelig oppmerksom på i debatten rundt pakkeforløpene. Den ene er gyldigheten av utsagnet lik behandling for alle. Betydningen av dette er innlysende for en som rammes av en somatisk lidelse – blant annet at man kan komme like fort til behandling som andre, at undersøkelse og behandling er kunnskapsbasert og betryggende.

For psykologiske problemer er ikke bildet helt det samme. Like god behandling for alle innebærer at man ofte må gi ulik behandling til klienter med likeartede diagnoser, for nettopp å sikre at behandlingen blir «like god». Noen trenger å få hjelp straks, andre kan vente, og ventetid kan hjelpe. Og når behandlingen starter, kan endringer skje med hurtigtogs fart og uten store undersøkelser, mens med andre er endringsprosjektet langstrakt. Ofte er det viktigste at behandlingen innenfor psykisk helsevern gir en erfaringskompetanse om hva som er til nytte for klienten, og som kan føres videre til andre instanser som skal overta. Derfor blir «lik behandling for alle» innenfor vårt fagfelt svært misvisende. Tidsrammer som skal sikre rettferdighet, kan ramme dem vi arbeider med, på alvorlige måter.

Den andre holdningen er at «før i tiden satt fagfolk med klienter i hundrevis av timer uten at det ble stilt spørsmål ved dette». Det finnes sikkert slike eksempler. Men det fører på ville veier når det brukes som argument for at velutdannede fagfolk må følges opp med en mengde spesifikke pålegg om hva de skal foreta seg i arbeidet sitt. For en psykologspesialist fremtrer utredningspunktene i pakkeforløpene som nærmest fornærmende. Punktene representerer deler av det «prismesynet» – som Torkil Berge kaller det – som vi må ha med oss inn i vårt kliniske arbeid. God psykologisk behandling fordrer vidsyn og fleksibilitet, ikke ritualer. Ja, la oss gjøre jobben vi er utdannet for, og stol på at vi er vårt ansvar bevisst.

Selvsagt er det rimelig at det stilles spørsmål ved virksomheten til en psykologspesialist innenfor psykisk helsevern. Vi kan leve med frister for første møte, med rammer som tilsier regelmessige evalueringer av prosessen, og som kan munne ut i beslutninger om å avslutte en behandling, fortsette den eller henvise klienten videre. Samtidig bør vi fremme forståelsen for at behandling og utredning alltid går hånd i hånd i psykologisk virksomhet, og at standardiserte undersøkelsesmetoder kun benyttes når det er særlige indikasjoner for dette. Noen ganger kan for eksempel bruk av standardiserte spørreskjema legge hindre i veien for å etablere en trygg relasjon med klienter. I doktorgraden til Østlie (2018) finner man flere beskrivelser av hvordan de pålagte suicidprosedyrene skaper utrygghet både hos klienter og terapeuter.

Vi bør også kunne fremme det syn at ICD-10-betegnelser ikke skal være en nødvendig standard for rapportering om hva våre klienter sliter med, og arbeide for at andre og mer generelle betegnelser kan benyttes om sammensatte livsproblemer. Som profesjon har vi et ansvar for å bidra til at utfordringer i livet ikke må sykdom-forklares for å få legitimitet. Her har vi fortsatt mye nybrottsarbeid foran oss.

Det er også grunn til å bekymre seg for utviklingen av fagkompetansen innenfor psykisk helsevern. Virksomheten her setter standarder for mange andre om hva psykologisk behandling skal være. Hit sender universitetene sine studenter i hovedpraksis, og her tilrår Psykologforeningen psykologer å ta sin spesialiseringspraksis. Når virksomheten primært handler om en utrednings- og seleksjonspraksis, er det dette man blir ekspert på, ikke på endringsprosesser i samarbeid med klientgrupper som sliter med angst, spiseforstyrrelser, forvirringstilstander, tvang, urolige barn med ADHD-merkelappen, rus osv. Og det er denne typen kunnskap vi bør ta mål av oss til å utvikle innen psykisk

helsevern. Det bør også finnes plass for at det noen steder utvikles en ekstra spisskompetanse på enkelte områder, slik vi har sett i arbeidet med spiseforstyrrelser i Vestfold og med tvang i Bergen. Psykisk helsevern bør kunne vise veien for andre.

I arbeidet med disse utfordringene må Psykologforeningen gå foran. Fremtiden for faget vårt bestemmes ikke først og fremst av ytterligere ressurstildeling til psykisk helsevern, men av hvordan ressursene benyttes til å utvikle tilnæringsmåter som bidrar til å skape endringer til det bedre for klienter og dem som står dem nær.

Det blir spennende hva fremtidig lederskap i Norsk psykologforening får til når det gjelder å fremme en bedre forståelse av psykologisk behandling.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 11, 2019, side 848-852*

#### TEKST

**Odd Arne Tjersland**, Professor i psykologi, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

+ [Vis referanser](#)

Benum, K., Dalsgaard Axelsen, E. & Hartmann, E. (red.) (2013).  
Oslo, Pax Forlag A/S .

Bertelsen, B. Lunder, H.C. & Eskelund, R. (2019)  
Fokus på Familien, 47 (3), 161-180.

Campbell, D.T. (1976). Assessing the Impact of Planned Social Change. Arkivert 10. juli 2015 hos Wayback Machine. The Public Affairs Center, Dartmouth College, Hanover New Hampshire, USA.

Lippe, A.v.d., Nissen-Lie, & Oddli, H.W. (red.) (2014)  
Oslo, Gyldendal Akademisk.

Liverød, S.R. (2019). . Klassekampen 9/8.

Martinussen, M.S. (2019).  
Klassekampen 24/7.

Østlie, K. (2018).

. PhD-avhandling. Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo