

- Vanskelig å kreve ressurser ute! at vi har definert kvalitet

Hva er god behandling, hva skal til for å bli en god terapeut? Det bør Psykologforeningen mene noe om. Hvis ikke undergraver vi oss selv både som fagfolk og politiske aktører.

TEKST

Per Halvorsen

PUBLISERT 14. november 2019

EMNER

Spesialisthelsetjenesten

Landsmøte



Iver Sørli Røhr (t.v.) og Even Rognan vil at Psykologforeningen utarbeider kvalitetskriterier for klinisk praksis. (Foto: Privat)

Det mener Even Rognan og Iver Sørli Røhr, ledere for henholdsvis Buskerud og Oppland lokallag. De oppfordrer Psykologforeningen til å utarbeide kvalitetskriterier for klinisk praksis. De vil begynne med å øke kvaliteten på spesialistutdanningen. Men forslaget som landsmøtedelegatene skal ta stilling til i Sandefjord, er mer omfattende enn som så, og er både psykologfaglig og politisk begrunnet.

De mener krav om mer ressurser er problematisk uten å si noe om hva ressursene skal brukes til.

- Skal vi gi kravet om mer ressurser muskler, må vi først bli enige om hva vi mener er god kvalitet i helsetjenestene, enten de utøves i kommunene eller på sykehusene, sier de.

(Les forslaget om kvalitetskriterier helt nederst i denne saken).

«Flukt» fra offentlige helsetjenester

Hva er pasientene opptatt av, og hva bør vi derfor være opptatt av, spør de retorisk før de selv svarer: God behandling.

Hva skal så til for å bli en god behandler? Å oversette kunnskap til klinisk praksis, legge til rette for ferdighetstrening og for strukturerte tilbakemeldinger fra pasientene slik at psykologen kan yte best mulig hjelp.

- Det gjelder uansett hvor psykologer jobber og må være et ansvar på systemnivå, ikke et individuelt ansvar. Individualisering av ansvar kan i ytterste konsekvens gjøre at engasjerte og dyktige psykologer velger seg bort fra offentlige helsetjenester. Denne sammenhengen mellom faglige rammer og kvaliteten i tjenesten må vi forklare politikerne, sier de.

- **Les også: Seks trinn for bedre kvalitet i spesialisthelsetjenesten**

Hårete mål

Forslagsstillernes hårete mål er å samle psykologene på tvers av skoleretninger og interesser og vise helsepolitikere, helseforetak og brukere hvordan psykologifaget kan forbedre kvaliteten i tjenestene. De ønsker seg en tydelig beskrivelse av hvordan klinisk ekspertise kan konkretiseres, tilegnes, implementeres og opprettholdes.

- Hvordan vil det være mulig å samle seg om en felles oppfatning om hva som er kvalitet, for et fag der kunnskapsgrunnlaget utvikler seg hele tiden og der metodemangfoldet er så stort?

- Dette handler ikke om å bli enige om hvilke terapeutiske metoder som er best, men om å legge til rette for å bli god, uavhengig av hva du driver med. Dette behovet gjelder på tvers av terapeutiske skoleretninger, sier de.

- Har dere noen eksempler på fagmiljøer som har fått til det dere etterlyser?

- Både Gerd Kvale og Bjarnes Hansens fire dagers behandling av angstlidelser og Didrik Hegdals utvikling av Basal eksponeringsterapi i Vestre Viken er gode eksempler innenfor spesialisthelsetjenesten. Det samme er Stangehjelpas bruk av FIT (Feedback Informed Treatment) i kommunen. Dette er prosjekter drevet fram av ildsjeler. Men vi kan ikke basere kvalitetsutviklingen på ildsjeler, det må være et systemansvar.

Vil ruste opp spesialistutdanningen

De to forslagsstillerne vil starte med Psykologforeningens egen spesialistutdanning. De mener dagens utgave inneholder for lite opplæring i hva som må til for å omgjøre kunnskap til praksis, såkalt implementeringsarbeid. De ønsker seg en helt annen tilrettelegging av veiledning enn under dagens regime og mener det er på høy tid med mulighet for eksempelvis videoveiledning.

Iver Sørli Røhr gir et eksempel:

- Jeg har 240 timer veiledning som en del av spesialistutdanningen. Men det er ennå ingen veileder som har sett meg jobbe. Det er som hvis en kunstelev går til sin læremester og forteller om vanskelighetene han har med å male en hest, uten å vise ham maleriet. Hvordan kan læregutten bli bedre av det?

- Vi må stille krav til ferdighetsutvikling som en del av veiledningen og høyere krav til de som holder kurs som en del av spesialistutdanningen, mener de.

Koster penger

I mai 2019 gjennomførte Psykologforeningen en undersøkelse blant medlemmene om hvordan de opplevde muligheten for å kunne gi god behandling: «Pasienter får ikke behandling ofte nok, eller god nok utredning», lød en av konklusjonene. Rognan og Røhr mener at forslaget om å etablere et felles sett med kvalitetskriterier for klinisk praksis er en del av løsningen på utfordringene som avdekkes i medlemsundersøkelsen.

- At en behandler må treffe pasienten minst én gang i uka for å kunne kalle det terapi, noen ganger to ganger i uka, er helt essensielt. I tillegg må vi kunne si noe mer spesifikt om hva som må til for å levere kvalitet – det som er innholdet i timene.

Det samme gjelder spørsmålet om når en pasient er ferdigbehandlet. De to forslagsstillerne er opptatt av hvordan det bør være mulig å diskutere dette med kolleger innenfor trygge rammer.

- Det vil dra i retning av god kvalitet. Når vi jobber godt med vanskelige saker og kan gi gode faglige begrunnelser på vanskelige avgjørelser, er det lettere å tåle arbeidspress i offentlige tjenester. Dette motvirker turnover og resignasjon hos behandlere, mener de.

- Det kommer til å koste penger, men det vil være bra for de som trenger hjelp, for fagutøverne og politikerne som har som mål å løse viktige samfunnsoppgaver.

Videoveiledning på trappene

I en kommentar til Psykologtidsskriftet opplyser Psykologforeningens visepresident for fag og utdanning, Heidi Svendsen Tessand, at foreningen allerede jobber med å legge til rette for videoveiledning og krav om direkte observasjon i spesialistutdanningen.

- Vi er i en prosess for å revidere utfyllende bestemmelser for veiledning. I dag godkjennes individuell veiledning via video, og vi utreder nå kunnskapsgrunnlaget for gruppeveiledning via video. Forslaget skal vurderes av fagutvalgene og deretter

behandles av sentralstyret. Også kvalitetsforbedrende tiltak for spesialistløp og vedlikehold er på trappene, sier hun.

Kvalitetskriterier for klinisk praksis - et omforent forslag fra Buskerud og Oppland

Landsmøtet ber Sentralstyret lage et strategisk dokument som beskriver kvalitetskriterier for klinisk praksis. I dokumentet ønsker vi at Sentralstyret særlig tar stilling til hvordan psykologer tilegner seg klinisk ekspertise og terapeutferdigheter. Herunder hvordan dette implementeres og opprettholdes i god behandlingspraksis, uavhengig av hvilke metoder og arbeidsformer som brukes.

Det strategiske dokumentet skal ha implikasjoner for psykologforeningens egen spesialistutdanning og for utadrettet fagpolitisk påvirkningsarbeid (f. eks. arbeid med faglige retningslinjer), samt påvirke hvordan Psykologforeningen formidler nødvendige rammevilkår for god psykologfaglig praksis.

Klinisk psykologarbeid skjer på forskjellige praksisarenaer, og strategidokumentet bør kunne romme slike ulikheter og tilpasse implikasjonene deretter. Landsmøtet ber sentralstyret prioritere hvilke praksisarenaer som det er naturlig å se på først i dette arbeidet, men presiserer at arbeidet skal legges opp slik at det kan videreføres og utvikles for all psykologisk behandlingsvirksomhet.

Bakgrunn:

Spillerommet psykologer har til selvstendig fagutøvelse snevres inn i faglige veiledere, retningslinjer fra helsemyndighetene og faglige instruksjoner ved tjenestestedene (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). Psykologforeningens undersøkelse har bekreftet at mange medlemmer er frustrert over at de ikke har nødvendige arbeidsvilkår og rammer for å yte god nok helsehjelp innenfor spesialisthelsetjenesten. Psykologer skal ivareta noen lovpålagte oppgaver. I spesialisthelsetjenesten brukes særlig begrepene utredning (herunder diagnostisering) og behandling som beskrivelser av oppgaver psykologer og psykologspesialister har ansvaret for å utføre og kvalitetssikre (Helsetilsynet, 2010). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester stadfester at også kommunene har ansvar for å drive utredning, diagnostisering og behandling; kommunene forventes å ha et hovedansvar for behandling av brukere med psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige (Helsedirektoratet, 2014).

Psykologer anses for øvrig å kunne «behandle psykiske lidelser på selvstendig grunnlag» (Innst. O. nr.58 (1998- 99), s. 23). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid påpeker imidlertid at det ikke finnes gode autoritative definisjoner på begrepet «behandling» (Orrem, 2018). Faglige retningslinjer og veiledere gir heller ingen klare beskrivelser av innholdet i god behandling.

Kunnskapsbasert praksis

Psykologforeningens landsmøte vedtok i januar 2007 Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis, som stadfester kunnskapsbasert praksis som samspillet mellom forskning,

klinisk ekspertise og pasients forutsetninger, behov og ønskemål (Norsk Psykologforening, 2007). Vurderinger av behandlingens potensielle nytte dreier seg om hvorvidt behandlingen kan antas å være egnet, gjennomførbar og relevant for å nå målsetningene for et gitt individ i en spesifikk kontekst (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Her spiller pasientkarakteristikker som personlighet, verdisyn, verdenssyn, interpersonlige forhold, forståelse av egne problemer og holdninger til behandling inn med tanke på hva man kan forvente av utfall (ibid.). Videre er det av betydning at terapeuten evner å gi behandling slik den er tenkt (fidelity), i tillegg til at terapeuten må ha kompetanse i å gjøre individuelle tilpasninger innad i metoden eller vurdere alternative tilnærminger. De siste forholdene stiller store kompetansekrav til psykologen hva gjelder behandlingskompetanse. For å bygge bro mellom generell kunnskap og pasienters individuelle mål og behov må psykologer i stor grad basere seg på ekspertise og terapeutferdigheter. Styringsteknologier som griper for langt inn i klinikerens autonomi og rommet for skjønnsutøvelse, medfører en risiko for at man ikke blir i stand til å foreta nødvendige tilpasning til pasientens egenart. Samtidig må rammene for god skjønnsutøvelse også defineres nærmere for å unngå uønsket variasjon og vilkårlighet (Høstmælingen, 2014).

For at helsevesenet skal være i stand til å tilby kunnskapsbasert praksis mener vi at en av de største utfordringene i dag er å formidle hvordan klinisk ekspertise og terapeutferdigheter kan forstås som selvstendige uttrykk for god kvalitet i behandling, og hvordan man underbygger og opprettholder dette uavhengig av teoretisk og metodisk tilhørighet. 4 Det finnes mye kunnskap om forutsetninger for å bli en god terapeut og hvordan man ivaretar dette. Denne kunnskapen bør gjøres eksplisitt i psykologforeningens politikk, slik at den kan fungere som premisser for vår egen spesialistutdanning, for vårt fagpolitiske arbeid med å gi innspill på hvordan tjenester bør utvikles og kvalitetssikres, og for vårt forhandlingsarbeid med medlemmenes arbeidsvilkår.

Tilbakemelding fra psykologforeningens medlemmer

Vi mener frustrasjonen mange medlemmer uttrykker handler om at arbeidsvilkårene i spesialisthelsetjenesten ikke legger til rette for utvikling og opprettholdelse av generell klinisk ekspertise, og at strukturelle forhold ved arbeidsplassene følgelig ikke legger til rette for en optimal behandlingssituasjon. Hvis Psykologforeningen utarbeider en klar beskrivelse av hvordan klinisk ekspertise kan konkretiseres, tilegnes, implementeres og opprettholdes, så vil dette kunne bidra til bedre forståelse for hvordan behandling bør foregå. Det vil også kunne gi Psykologforeningen et bedre utgangspunkt for å jobbe for bedre arbeidsvilkår, slik at medlemmene i større grad klarer å hjelpe pasienter og brukere. Det er et paradoks at gode behandlingstilbud ikke synes lønnsomt i eksisterende rammeverk. Vi har tiltro til at økt fokus på kvalitet kan være positivt i samhandling med beslutningstagere; Psykologforeningen bør sette sitt avtrykk på fortolkningsarbeidet som oversetter psykologfaglig kunnskap til konkrete helsetjenester.

Referanser:

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

<https://doi.org/10.1037/0003066X.61.4.271>

Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.(IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsetilsynet. (2010). Distriktpsikiatriske tenester - likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter.(3/2010). Oslo: Helsetilsynet.

Høstmølingen, A. (2014). Klinisk ekspertise og New Public Management. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 51(6), 453-460.

Innst. O. nr.58 (1998-99). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Ot. prp. nr. 13 (1998-99)

Johansen, J. A. & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43(7), 714-718.

Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44(9), 1127-1128.

Orrem, K. (2018). Behandling - et begrep til besvær. Hentet fra <https://www.napha.no/content/22724/Behandling-et-begrep-til-besvar>

TEKST

Per Halvorsen, journalist