

Faglig autonomi i spill

Vi trenger en omkamp når det kjelder innholdet i pakkeforløpene

TEKST

Anne Kristin Eikeland

PUBLISERT 2. desember 2019

PSY
KOL
OGI

EMNER

pakkeforløp

Psykisk helsevern

Odd Arne Tjerslands artikkel «Knappeforløp» i Psykologtidsskriftets novemberutgave bør bli en vekker, og jeg støtter hans oppfordring om at vi trenger en omkamp om innholdet i pakkeforløpene. Tjersland har lest hva pakkeforløpene faktisk inneholder, og det er først da – i detaljene – en ser hvor ille dette er.

Manglende skjønn

Lenge før innholdet i pakkeforløpene ble konkretisert, var rammeverket for pakkene alt vedtatt. Men da i en form de fleste kunne støtte: Forløpene skulle gi forutsigbarhet og sikre at pasientene ble involvert i utrednings- og behandlingsplan, og behandlingen skulle evalueres underveis. Mens samarbeidspartnere kunne forvente tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten. Hvert punkt i forløpet fikk konkrete frister.

«Menneskebehandling er ikke komplisert, men komplekst»

Det var her man begynte å kjenne på en begynnende uro. For selv om seks og tolv uker ikke virker urimelig for å konkludere om videre behandlingsplan, så vil det i møtet mange pasienter med komplekse tilstander, tillitsproblemer og ambivalens bli for kort tid. Når dette skjer vil det registreres som avvik. Leser man innholdet i boksene for hvert av forløpspunktene, er innholdet overraskende omfattende og rigid med en sterk tro på det som kan verbaliseres og krysses av for. Kunnskap om skjønn, timing og relasjonsbygging neglisjeres, akkurat som man overser at mange forhold ikke lar seg verbalisere, men fremkommer over tid.

LES OGSÅ

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.

Ytre pålegg

I stedet for å fungere som gode sjekklister for klinikerne har pakkeforløpene blitt til ytre pålegg som ikke tar høyde for den store variasjonen og kompleksiteten vi finner i pasienters vansker og livssituasjoner. I psykisk helsevern er det ikke slik at «one size fits all», hverken når det gjelder metode eller tid. Menneskebehandling er ikke komplisert, men kompleks. Vi snakker om behandling som alltid består av mange variabler, som i tillegg er skiftende og i bevegelse hele tiden. I novemberutgaven intervjuer klinikksjef Anne-Stine Meltzer. Hun omfavner pakkeforløpene, og mener det er feilaktig ledelse som gjør at klinikere opplever pakkeforløpene som stive. Jeg er glad hvis hennes tolkning av muligheter viser seg å stemme. Men i vår klinikk er beskjeden at begrepene «skal» og «bør» betyr pålagt, og dermed noe vi må begrunne og dokumentere hvis det ikke gjøres.

Samspill kontra skjema

Målepunktene i pakkeforløpene skal gjøre det mulig å sammenlikne tilbudet både internt og mellom helseforetak. Det en måler, er imidlertid om behandlere gjør «ting riktig», og ikke om en gjør «de riktige tingene». Det som måles, skal så behandlerne kode i form av bokstav- og tallkombinasjoner. Men fortsatt sier ikke målene noe om kvaliteten på møtet, om det ligger gode vurderinger bak det en gjør, om «målingen» har god nok validitet, og om vi tilbyr det pasienten har behov for.

Forskning på vellykkede psykoterapier viser at det ikke er en forhåndsdefinert enighet om mål som er avgjørende, men hva slags prosess og dialog som terapeut og pasient skaper sammen. I relasjonen skapes håp, pasienten gjør nye oppdagelser om seg selv og andre, og ofte endres synet på hva som er gode eller realistiske mål, underveis.

Hva står på spill?

Som terapeuter og klinikere må vi utvikle og ivareta en god porsjon autonomi i når vi gjør hva – rett og slett for å være faglige. Spørsmålet er om det lenger blir plass for psykologisk behandling i form av det vi kaller psykoterapi. For psykoterapi er ikke en forutsigbar lineær prosess, slik pakkeforløpene legger opp til. Som Carsten René Jørgensen skriver i sin bok *Den psykoterapeutiske holdning*, kan psykoterapi forstås som en dynamisk-relasjonell modell – og passer ikke inn i en reduksjonistisk medisinsk modell. Begge modeller har lenge nå blitt verdsatt for sine bidrag til bedre kunnskap og praksis. Min frykt i dag er at vi på ny ender med at den reduksjonistiske medisinske modellen blir den dominerende.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 12, 2019, side 938-939

Anne Kristin Eikeland, psykologspesialist og seksjonsleder allmennpsykiatrisk poliklinikk Bærum
DPS