

# Standardisering har fremmet fag



Faksimile fra februarutgaven

Akiah Ottesen romantiserer en behandlingshverdag uten dokumentasjonskrav, diagnoser, behandlingsplan og behov for evaluering.

**TEKST**

**Lene Paulsen Walderhaug**

**PUBLISERT 1. mars 2021**

**EMNER**

Standardisering

pakkeforløp

Behandling

Et slikt terapisystem ville skape enorme forskjeller i hva pasienter vil møte når de trenger hjelp. Det vil skape et helsevesen der hver enkelt terapeuts overbevisninger, følelser og innfall vil utgjøre det tilbudet pasienten til enhver tid vil ha tilgjengelig.

Standardisering har hjulpet vårt fagfelt opp og frem. Koblingen til somatiske systemer og forståelsesmodeller har muliggjort vår eksistens som helsefag og skiller oss fra coacher og veiledere. At vi driver behandling, gjør det viktig å definere lidelse og vise hva vi gjør av behandling, slik at vi og andre kan vurdere resultatet. Hvorfor er det så mye negativitet i vår faggruppe nå det gjelder krav om å dokumentere resultater?

LES OGSÅ

## **En sakte invasjon**

Gradvis mister vi kontrollen: Systemets standardiseringer invaderer våre tanker og teknikker og styrer terapien.

### **Mer håndverk enn kunst**

**«Det kan smerte å gi avkall på kunstnerstatusen, men hvis noe er håndgripelig, kan det for eksempel øves på»**

Det er klart det kan være en trøst i ikke å bli sett i kortene og å slippe å forholde seg til ytre observerbar eller rapporterbar endring, samfunnsøkonomi eller vår faggruppes posisjon i større systemer. Det kan også være strevsomt å forholde seg til systemer og struktur, men er det i seg selv negativt? Mange gir for tiden uttrykk for at de kjenner de «mister seg selv i systemet». Jeg mener vårt fag kan betraktes mer som et håndverk enn en kunstform. Det handler om god utøvelse av et fag vi behersker godt, og kreativ bruk av verktøy heller enn inspirasjon og iboende talent. Det innebærer at terapeuten selv er mindre viktig enn hva hen gjør, og på hvilken måte. Det kan jo være både en kilde til fortvilelse og trøst. Det kan smerte å gi avkall på kunstnerstatusen, men hvis noe er håndgripelig, kan det for eksempel øves på.

Jeg ser daglig i min jobb hvordan skreddersøm, validering og vitalitet kan foregå innafor rammene av dagens spesialisthelsetjeneste. Får vi samme svar om vi stiller ulike folk de samme spørsmålene? At standardisering av utredning gir standardiserte svar, er i beste fall en forenkling, i verste fall vitner det om dårlig håndverk.

### **Pakkeforløp = et minimum**

Det er inspirerende å kunne dele erfaringer med andre, og å kunne lære av andre hvordan man kan hjelpe pasienter på en god måte. Erfaringer med hva som kan hjelpe mange, samlet på bakgrunn av diagnoser, kokt ned og arbeidet frem av kloke hoder med det mål å gi best mulig hjelp for flest mulig.

Pakkeforløp sikrer et minimum av likhet i tilbud på tvers av tjenestested, pasient- og terapeutkarakteristika og skal synliggjøre terapeutiske valg og mål med behandling. Men det dikterer ikke hvilket innhold som er klinisk best for akkurat din pasient.

**«Er det ikke rimelig å be om en begrunnelse for hvorfor man ikke velger den behandlingsformen som mange har vist gir best hjelp?»**

Hvorfor kan man ikke ha «speiling og validering» i behandlingsplan for angst? Klart man kan, men det er lettere for både pasienter og behandlere å vurdere om det er dette som gir best hjelp, hvis vurderinger om forventet endring, mål og midler er gjort synlig i en behandlingsplan på forhånd. Dessuten: Er det ikke rimelig å be om en begrunnelse for hvorfor man ikke velger den behandlingsformen som mange har vist gir best hjelp? Det er viktig å huske på at dette er en frihet vi har. Det er kun et krav om å begrunne sine valg. Ubehaget i å trosse retningslinjer får vi som fagpersoner bære.

Standardiseringen har tatt faget vårt fremover historisk sett. Vi kan som helsepersonell gjøre vurderinger som både følger og trumfer nasjonale retningslinjer, fordi vi er helsepersonell med evne og rett til å gjøre kliniske vurderinger. Men når man har helsehjelp som profesjon, er det vel rimelig at man forholder seg til forskning om hva man gjør, og er åpne om sine vurderinger?

Ottesen problematiserer at det ligger foreslått behandlingstid i retningslinjer og krav om å planlegge avslutning. Hva er i så fall alternativet? Skal vi tillate årelange køer og årelange terapier med lite målbar endring? Det høres ut som ingrediensene institusjonaliserte marginaliserte pasienter er laget av.

### **GPS-en viser vei**

Pasientenes autonomi kan styrkes ved at hen selv bærer sine endringsprosesser, ved selv å involveres i behandlingsplaner og måtte ta stilling til ønsker for behandling. Jeg forstår ikke hvordan rammer og diagnoser begrenser mulighet for alliansebygging eller pasientens opplevelse av å bli sett og møtt, og enighet om valg av middel og mål for behandlingen. Tvert imot kan det å møte spesialisert behandling kjennes validerende. Det å ha en kurs plottet inn på GPS-en og vite hvor en er i terrenget, kan gi godt samspill. Som terapeut vil det å kjenne en metodikk godt og ha mengdetrening i å hjelpe mange med lignende problemer, føre til mer flytende spill på terapi-instrumentet, mer bredde i problemforståelsen, og kunne føre til at flere får hjelp, ved at vi evner å bruke instrumentene godt i de mer spesielle tilfellene, der man må improvisere over tema.

At man får hjelp for én lidelse eller ett problem av gangen, trenger ikke være et onde. Alternativet til langvarig personorientert behandling er seriell spesialisert behandling. De utskjelte spesialiserte behandlingstilbudene muliggjøres av at folk som brenner for jobben sin, får arbeide sammen og utvikle høy kompetanse på spesialiserte felt. Det er gode argumenter for at disse tilbudene både bedre tjenester og er mer inspirerende å jobbe i for mange.

### **Ja til stutt-tjukke behandlingsløp**

Hvorfor er samlede erfaringer, eller «oppskrifter» om du vil, dårlig eller truende for vår profesjon? Blir man en dårligere kokk av kokebøker? Finnes det sjel, engasjement, muligheter for utfoldelse, innlevelse og givende terapeutiske møteøyeblikk innenfor strukturen en tidligere utprøvd oppskrift gir?

Er det ikke rimelig at vi synliggjør hvilken meny vi har å tilby, når pasienter skal velge hvem og hva de vil stole på når de trenger hjelp? Hvor de vil legge innsatsen når de har bestemt seg for å endre sin kurs i livet? Svaret fra mitt perspektiv er JA til «all of the above».

Utviklingen i vårt fagfelt de siste årene gir mer god tilgjengelig hjelp for flere. Vi er mange klinikere på gulvet som er entusiastisk villige til å kjempe for å beholde og fremme evidensbaserte stutt-tjukke behandlingsløp. For pasientene, for oss, for framtida!

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 3, 2021, side 214-215*

**TEKST**

**Lene Paulsen Walderhaug**, psykologspesialist