

Da faget ble borte i Salten



Erfaringene mine fra psykisk helsevern for barn og unge i Bodø er ei oppskrift på å skape svingdørspasienter og uføretrygdete.

TEKST

Ole-John Pedersen

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

PUBLISERT 2. august 2021

EMNER

rammevilkår

Psykisk helsevern

BUPA

Barn og unge

De siste 34 årene har jeg jobbet som psykolog i forskjellige enheter innenfor Psykisk helsevern for barn og unge i Salten (heretter kalt BUPA). BUPA er en del av Nordlandssykehuset HF. Familie- og nettverkstenkning har vært en viktig bærebjelke i organisasjonen (Reigstad, 2005).

Arbeidsstokken var i mange år stabil, men det har endret seg i de senere år. Fra sommeren 2015 til mars 2020 sluttet over halvparten av de ansatte. Flertallet av dem hadde jobbet mer enn ti år i BUPA. Blant annet sluttet 12 psykologspesialister, hvorav 10 var under 45 år.

For mye opptatt av diagnostisering

I januar 2018 gjennomførte vi som var tillitsvalgte psykologer, en intervjuundersøkelse blant noen av dem som sist hadde sluttet. Ni personer ble intervjuet, hvorav fem psykologer. Åtte av ni intervjuede oppgav forhold i BUPA som primær årsak til at de valgte å si opp. «Faget er blitt borte», var et svar som gikk igjen blant informantene. De hevdet at registreringer og tall overskygget alt annet. Flere mente at man var for mye opptatt av diagnostisering og kartlegging/spørreskjemaer og for lite opptatt av behandling. Det ble etterlyst mer rom for kreativitet. Flere opplevde arbeidsbyrden som for stor. Liten påvirkning på egen arbeidssituasjon var også noe som gikk igjen i svarene. Mange ledernivå og hyppige omorganiseringer ble framhevet som årsaker til det. Ordet fryktkultur ble brukt av flere.

«Det viktigste nå er at registreringene er gjort riktig»

2021 har vært preget av nedleggelse. Det ambulante teamet er borte. Teamet jobbet utadrettet mot heim og skole og fanget opp mange ungdommer som ikke klarte å møte til avtaler ved poliklinikkene, og ofte heller ikke på skolen. Også Familieenheten er lagt ned etter snart 40 års drift. Korttidsenheten må effektivisere sitt arbeid med betydelig kortere liggetid, og det kan bli slutt på å møte ungdommene og deres nettverk heime i form av for- og ettervern. Sykehuset ønsker at alle forløp kun skal ha én ansvarlig behandler, og at man bør unngå å benytte coterapeut for å sikre at man ikke koder problemer forskjellig. BUPA er dessuten pålagt å spare kr 500 000 ved reduksjon i ambulering. Ved omplassering av ansatte ble det lagt mer vekt på formalkompetanse enn realkompetanse og ansiennitet. En meget vel ansett tidligere leder over 60 og en utdannet PMTO-terapeut er blant dem som ender opp med å jobbe i miljø, hvorav den ene innenfor voksenfeltet.

LES OGSÅ

Sosial utjevning opp av skrivebordsskuffen

Det er god helsepolitikk når psykologer bidrar til sosial utjevning. Derfor bør Psykologforeningens vedtak om sosial utjevning opp av skrivebordsskuffen.

For tida er det bare én mannlig behandler i poliklinikkene i Salten. Han er over 60 år. Ved Akuttenheten er det nå ingen psykologspesialister og ingen legespesialister i hel stilling. Korttidsenheten har langtidssykdom i stab, og har sendt ut informasjon om at nye søkere ikke kan vente å få plass før i 2022.

Nytten av to terapeuter

Selv om interne forhold kan ha betydning, tolker jeg resultatene av vår undersøkelse dit hen at fagpersoner slutter som en følge av måten vi har organisert helsevesenet på.

Vi som har jobbet noen år, har erfart at barn og unges problemer ofte er sammensatte, og at det er lurt å jobbe intensivt på flere områder en periode for å bidra til at noe blir kvalitativt annerledes. Vi har sett hvor viktig besøk heime er for forståelsen av problemene, og hvor viktig det er å samarbeide med familie og nettverk for å gi god hjelp. Når vi har fått henvist et barn eller en ungdom fra en dyktig kollega, har vi erfart at det kan være lurt å se på problemene med nye øyne og ikke gjøre mer av det samme. I familiesamtaler har vi sett nytten å være to terapeuter for å kunne ivareta flere perspektiv og også behovet for å ha mannlige behandlere. Vi har erfart at forhold i familien og opplevde traumer ofte er sterkt medvirkende årsaker til barn og unges problemer (Reigstad & Kvernmo, 2014). Men vi har også erfart at det kan ta lang tid før barn og unge tør å fortelle om traumer og vanskelige familieforhold. De er avhengige av å ha en trygg relasjon først. Relasjon er gjerne vel så viktig som metode og vurdering (Pedersen, 2020). Man kan nesten lure på om de som har laget dagens modell, noen gang har møtt et barn med problemer.

Jeg oppfatter at erfaringer fra eldre klinikere er underordnet i dagens helsevesen. Det er også tilbakemeldinger fra brukere. I BUPA var disse lenge vårt viktigste kvalitetssikringsverktøy. Nå er hierarkiet snudd opp ned. Tilbakemeldingsskjemaene er erstattet med kvalitetssikring i form av internkontroll av utredningsplaner og behandlingsplaner samt kartlegging av suicidfare og rus. Det viktigste nå er at registreringene er gjort riktig. Når jeg har vært på kurs om stadige endringer i regler for registrering, har jeg ofte tenkt: «Hva om ressursene som brukes på å pønske ut nye registreringsformer og å kontrollere at de etterfølges, heller hadde blitt brukt på å hjelpe barn og unge som har det vanskelig?»

Vanskelig å konkurrere mot kreft

En nylig fremlagt rapport (Barneombudet, 2020) har fått tittelen: «Jeg skulle hatt BUP i en koffert». Men det koster å ambulere, og ressurser til barn og unge skal konkurrere med ressurser til for eksempel kreftbehandling i storsystemet. Og Nordlandssykehuset må spare penger grunnet store budsjettoverskridelser på byggeprosjekt innenfor somatikk.

Gisvold, Røe og Wyller (2021) lanserer en alternativ modell for organisering av dagens helsevesen. De hevder at eldre med sammensatte problemer, som ikke helt passer inn i eksisterende modell, nå er taperne. Det er etter min mening også barn og unge med sammensatte problemer. Jeg værer et klasseskille, der de som har det vanskeligste utgangspunktet, er de som ikke får hjelp. De kan bli forsøkt skjøvet over til kommunene, og små kommuner har store problemer med å rekruttere fagfolk. Disse barna har som oftest ikke foreldre som er politikere eller byråkrater, og heller ikke foreldre som har råd til å kjøpe privat helsehjelp. Og det er ikke deres foreldre som roper høyest når tidsfrister brytes.

Jeg er ikke i tvil om at tilbudet er kraftig svekket innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Salten, både i form av kompetanseflukt og nedleggelse av team som har hatt rammebetingelser for å gjøre en kvalitativt god jobb. Med dagens fokus på økonomi er

det fare for at vi kan bli sittende igjen med kun de eneste lovpålagte tjenester, poliklinikker og akuttetnet, der en snever medisinsk modell blir rådende, og der det blir et mål å få flest mulig gjennom systemet på kortest mulig tid. Det er etter min mening ei oppskrift på å skape svingdørspasienter og uføretrygdete, og et kvalitativt svært dårlig tilbud til barn og unge.

Nordlandssykehuset har fått anledning til samtidig imøtegåelse av kritikken i dette innlegget, men har ikke benyttet muligheten.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 8, 2021, side 707-709

TEKST

Ole-John Pedersen, mangeårig psykologspesialist ved BUPA i Bodø, nå pensjonist

KONTAKT: ojp001@online.no

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen, Illustratør

+ [Vis referanser](#)

Barneombudet (2020).

. Fagrapport oktober 2020.

Gisvold, S.E, Røe, O.D. & Wyller, T.B. (2021): Er vi på vei mot et sengeløst, hjerteløst og todelt helsevesen? , mars 2021.

Pedersen, O.J. (2020): Foreldre skal være med (12), 878-883.

Reigstad, B. (2005). Nordland. «Fra flo og fjære, til fjell og dypen dal.» I Sommerchild, H. & Moe, E. (red.), , (s. 312-320). Universitetsforlaget.

Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2014). ADHD - eller noe annet. Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer. (4), 302-311.