

Står tverrfagligheten for fall innen spesialisthelsetjenesten?

De siste årene med nedtrapping, oppsigelser og nedleggelse av sengeposter i det psykiske helsevern og spesialisthelsetjenesten, har ført til økt bekymring med tanke på pasientene sitt behov for sammensatte tjenester. Hvordan skal spesialisthelsetjenesten klare å møte pasientene både individuelt og helhetlig, når liggetiden forkortes til det minimale? Samtidig snakker ledelsen om at vi må tenke på at pasientene blir dårligere.

De siste tiårene har det kommet veiledere og retningslinjer som bygger på evidensbasert forskning, De legger vekt på at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har behov for sammensatte tjenester tilrettelagt etter hvilken fase de er i tilfriskningen. Vår helseminister, Bent Høie, har tydelig sagt at psykisk helsevern i større grad skal tilby medisinfrie behandlingstilbud.

I følge de Nasjonale retningslinjene for «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>) heter det at både kommune- og spesialisthelsetjenesten bør ta utgangspunkt i brukeren sine ønsker og behov, vi skal utrede differensialdiagnostisk og ta hensyn til komorbide lidelser. Behandlingen skal inneha aspekter som familiesamarbeid hvor både søsken og barn også skal få oppfølging, kognitiv terapi, kognitiv miljøterapi, kognitiv- og sosialferdighetstrening, musikk- og kunstterapi, medikamentell behandling, fysisk aktivitet, psykoedukasjon, oppfølging av skole og arbeid og alt dette, skal rammes inn i en god miljøterapi der pasientene har behov for innleggelse. Dette er anbefalinger som, i aller høyeste grad, legger vekt på tverrfaglig tilnærming hvor spisskompetanse er nøkkelen til raskere og mer solid behandling for pasienten.

Gjennomsnittspasienten i dag, kontra for 20 år siden, er «friskere» nettopp fordi vi har utviklet vårt helsetilbud til å bli noe mer enn bare «pleie og oppbevaring», slik det var tidligere. Det oppstår selvskading hvor sår må stelles og pasienter som sliter med spiseforstyrrelse trenger sonde men behandlingen legger vekt på årsaken til handlingene mer enn selve pleien av såret. Sykepleierne og vernepleierne med sin medisinfaglige spisskompetanse, spiller her en sentral rolle inn i det tverrfaglige behandlingstilbudet. Begrepet «pleie» er i dagens psykiatri ikke et begrep fagpersonalet bruker, men det trekkes i større grad frem igjen, som et argument for at man skal kunne sette alle faggrupper inn i turnus.

Ledelsene i spesialisthelsetjenesten, prioriterer høgskoleutdannede og de argumenterer for det medisinfaglige behovet siden pasientene er sykere og liggetiden er kortere. Behovet for «pleie» har i enkelte tilfeller blitt trukket frem som argument for det medisinfaglige behovet gjennom uka. Mange helsefagarbeidere har måttet gå. Samtidig skal bemanningen holdes på lavest mulig nivå, noe som fører til at alle faggrupper settes i turnus. Aftenposten skrev den 17.02.16, at vi fra 2004-2009 har redusert antall helsefagarbeidere med 2000 årsverk! Dette er inkludert somatikken. Flere med Kjersti Toppe, Senterpartiet, deler hennes frykt for at denne nedgangen vil føre til at pasientene får dårligere oppfølging. Fagarbeiderne gir større rom for at andre faggrupper kan dekke opp andre behov som pasienten og deres familie kan trenge bistand til å ta tak i.

Når tendensen er å sette fagpersoner som sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter med flere inn i turnus, reduserer myndighetene og lederne ytterligere det helhetlige behandlingstilbudet pasientene faktisk har krav på. Ergoterapeuter f.eks., har ikke spisskompetanse på det medisinfaglige, men de er gode på å kartlegge kognitiv funksjon i hverdagslivet, og tilrettelegge for at man skal kunneklare seg mest mulig selvstendig i hverdagen. Sosial trening eller eksponeringstrening bør foregå på dagtid når pasienten er opplagt og når det er mindre aktivitet på f.eks. butikken eller treningssenteret. Å jobbe med, f.eks., eksponering- og jobbtrening, familiesamarbeid, kartlegging av funksjon krever at vi får tid til grundig dokumentasjon i etterkant. Det krever samarbeid på tvers av helsetjenester og også innad i det tverrfaglige miljøet. Når sosionomen settes inn, for å dekke opp en bemanningsplan i turnus og går tett opp til en pasient, innsnevres han eller hennes mulighet til å følge opp i fht NAV. Det er ikke alltid slik at NAV svarer deg med en gang når du ringer. Det er heller ikke slik at skolen kan når du kan. Tilgjengelighet er en nøkkel til fremgang i behandlingsprosessen som igjen er til det beste for pasient og pårørende. En dagskontakt som har hodet fullt av andre arbeidsoppgaver, oppleves nok ikke som en tilstedeværende dagskontakt for pasienten.

Mye observasjon og kartlegging kan foregå til alle døgnets tider. Utfordringen er at fagpersoner som sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter ofte kun er en person som skal sørge for likt helsetilbud til flere pasienter. Gjerne til alle som er innlagt. Blir man satt inn i turnus, med vekt på å dekke opp bemanningsplanen, frarøves man den genuine tiden til det fagspesifikke du faktisk har utdanning til å ta tak i på vegne av flere pasienter.

Aftenposten skriver videre at Helse- og omsorgsdepartementet forklarer nedgangen med at det i moderne sykehusdrift har vært overgang fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk, og dermed endrede krav til spesialisert kompetanse. Liggedager på sykehus vet vi ikke har den beste effekten på tilfriskningen, samtidig er det det som skal til for å få satt i gang en god tilfriskningsprosess hos noen. Spesielt innenfor psykosefeltet vet vi at mange pasienter er i behov av døgntilbud i perioder.

Men hvor er det tverrfaglige og helhetlige tilbudet i dagbehandlingen og poliklinikkene? Skal poliklinikkene bygges ut bør det også ligge en plan på hvilke faggrupper man tenker at man trenger. I dag er mange av stillingene besatt av psykiatriske sykepleiere. Utfordringen til poliklinisk behandling er at pasienten like fullt har krav på alle anbefalingene som er skrevet ned i de nasjonale retningslinjene. Poliklinikkene har en utfordring i fremtiden til å kunne være mer fleksible i sitt behandlingstilbud, noe som innebærer å ansette mer tverrfaglig.

Nasjonale retningslinjer for «Utredning, behandling og oppfølging for personer med psykoselidelser» setter høye krav til et tverrfaglig og helhetlig behandlingstilbud for den enkelte pasient og deres pårørende. Det legges større og større vekt på å møte pasientene individuelt. Et «smalere» tverrfaglig miljø vil, i mindre grad, ha evnen til å kunne gi det. Noen mennesker henter vi opp gjennom omsorg, andre på kjøkkenet når vi lager mat, andre igjen på idrettsarenaen eller ute i det fri. Noen tenker kun på regningene sine hvor andre kun trenger en hånd å holde i.

Uavhengig av faglig bakgrunn spisser vi oss underveis i arbeidslivet i retninger som gjør at våre faglige bakgrunner overlapper mer og mer. Samtidig er det viktig at vi ikke glemmer at tverrfaglighet ble opprettet for at vi skal kunne dekke opp alle behov som pasienter og pårørende er i behov av. Dette opprettholdes kun ved å ha en god plan og oversikt over hvorfor vi ansetter de forskjellige

faggruppene, og legger til rette for at de skal kunne opprettholde spisskompetansen sin i det tverrfaglige miljøet.

Psykisk helsevern står fremfor ytterligere nedskjæringer. Midlene fra «Opptappingsplan for psykisk helse», som vi fikk for ti år siden, er allerede «spist opp». For psykiatriens del innebærer det at vi allerede sier opp og legger ned sengeposter, ergo, kapasiteten innen psykisk helsevern reduseres betydelig. Så betydelig at vi stiller spørsmål om vi er på vei tilbake til «pleie og oppbevaring» fordi vi ikke har ressurser og et fleksibelt nok tverrfaglig miljø?

Det er ikke bare det tverrfaglige og helhetlige helsetilbudet som står på spill i disse nedskjæringstider. Eivind Aakhus og Ole Bækkevold, begge spesialister i psykiatri, satte søkelys på, i Oppland Arbeiderblad 16. mars, at nedskjæringene også vil medføre «(...) redusert mulighet for akuttinnleggelser og langtidsbehandling av kronisk syke som trenger behandling i døgnpast. Pasienter får i større grad avslag, og de som får et tilbud blir avsluttet raskere. Pasienter vil i større grad bli gående med sine psykiske plager med et utilstrekkelig behandlingstilbud, og med de personlige og samfunnsmessige konsekvensene det medfører». Konsekvensene er dessverre mange slik sykehus drives i dag.

Det forventes musikkterapi innen psykosebehandling. De færreste psykoseenheter har dette! Kan vi stå inne for det når vi i dag vet hvor stor positiv innvirkning det har på pasientene sin tilfriskning? Kan vi stå inne for at en sosionom ikke har tid til å kunne ta kontakt med NAV når det er prekært for pasienten å få oversikt og kontroll på økonomien sin? Kan vi stå inne for at pasienten ikke har fått noen erfaring i å bo samt å forholde seg til andre mennesker i sosiale settinger fordi ergoterapeuten ikke hadde tid til verken å trene på eller å gjøre strukturerte kartlegginger innen kognitive evner i hverdagsaktiviteter? Og når vi vet at personer med schizofrenilidelse har ca. 15 års kortere livstid enn normalbefolkningen, kan vi stå inne for at fysisk aktivitet kun har vært bevegelse fra eget rom til stuen fordi fysioterapeuten eller idrettspedagogen ikke ble prioritert i dette budsjettet?

Det savnes at det i større grad gjøres en vurdering av hvilke faggrupper ledelsen av sykehusene faktisk mener det er behov for når de oppretter psykoseposter, poliklinikker og dagtilbud. I dag fremstår det som meget tilfeldig.

Vi er flere som er bekymret for denne utviklingen innen psykisk helsevern.

Hilde Kristin A. Aam