

Ødeleggende helsebyråkrati



Tim Hauck
Tim@renavangen.no

Rigmor Sandodden Østby

Maria Flottorp

Bjørn-Magnus Tunheim Simonsen

Hjelpetilbud som ikke kan tolkes til andre språk, fjernes med et pennestrøk. Tilbake står pasienter uten hjelp.



Tim Hauck (Foto: Anne Skjøtskift)

Stiftelsen Renåvangen har gitt behandlingstilbud til personer med rusavhengighet i nesten førti år. Per nå er 28 mennesker innlagt, flere står på venteliste, og 35 ansatte fordelt over 25 årsverk bruker

av seg selv og sin kompetanse hver eneste dag for å gi god hjelp til dem som trenger det. Nå er det imidlertid bestemt at Renåvangen skal legges ned. Grunnen er at de formelle kravene i Helse Sør-Østs anbudskonkurranse ikke oppfylles, nærmere bestemt krav til tolk. En erfaren institusjon innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil derfor forsvinne mot slutten av året.



Rigide administrative prinsipper

Nedleggelsen av Renåvangens behandlingstilbud skyldes at Helse Sør-Øst ikke vil forlenge avtalen i den aktuelle anbudsrunder fordi behandlingsprogrammet som brukes ved institusjonen, ikke lar seg oversette i sin helhet til andre språk. Vi er ikke imot å bruke tolk, men terapien vi gir, er ikke bare en språklig avkodningsprosess. Den er et komplekst samspill mellom flere personer. Behandlingen foregår minst like mye på det nonverbale planet. At metoden har hjulpet mange pasienter som har falt ut av andre behandlingsopplegg tidligere, og som trenger en svært tett samhandlingskultur til å bli frisk, spiller ikke inn i Helse Sør-Østs vurdering.

Når kravet om å kunne inkludere fremmedspråklige uten norskkunnskaper vektet tyngre enn behandlingsmetodens virkning og verdi, ekskluderes altfor mange og svært sårbare pasienter. De trenger den trygge rammen vår spesialiserte metode tilbyr.

Faglige parametre ofres for å oppfylle byråkratiske kategorier. Mangfoldet slipes ned, og standardisering gjelder. Framtiden til vår ikke-kommersielle, ideelle stiftelse avgjøres av ett administrativt anbudskrav – tolkbarhet – et krav vi mener generelt ikke kan oppfylles i langvarige, gruppeterapeutiske forløp.

Feilslått inkludering

Er det slik at Norges styrke i å fremme inkludering og tilrettelegge for individuelle tilpasninger meies ned av rigide administrative prinsipper, normeringskrav og avkrysningskultur? Så lenge alt ser fint ut på papiret, spiller det ingen rolle hvor realistisk det er, og hvem det går ut over?

Vi erkjenner at kravene som stilles til tolking og oversettelse, i utgangspunktet er ment å fremme inkludering. Men når behandlingen, som fungerer for mange, avvikes med argumenter om at tilbudet ikke er inkluderende for noen få, virker det hele mot sin hensikt. Kravet om tolkbarhet gir ingen fordel når det ødelegger gruppeterapi som ville ha virket for majoriteten av vårt pasientgrunnlag. I stedet for å skape behandlingsmuligheter for fremmedspråklige reduseres mangfoldet i terapifeltet.

Ikke mulig å oversette

For at det døgnkontinuerlige terapisystemet ved Renåvangen skulle latt seg oversette, måtte tolken ha fulgt med simultant døgnet rundt og hele tiden oppholdt seg på stedet, slik at alle pasientene ble trygge på vedkommende. Dette er arbeidsrettslig umulig. Det hadde vært behov for tre tolker i døgnturnus for hver enkelt person uten norskkunnskaper. Vi som terapeuter ville trolig gå glipp av vesentlig informasjon i terapiprosessen, samspillet med andre pasienter ville ha blitt påvirket, og pasienten selv ville sannsynligvis oppleve en slik behandlingsform som svært krevende.

Vi har erfaring med å bruke tolk overfor pasienter med mangelfulle norskkunnskaper i avklarende situasjoner og for å forklare deler av behandlingen, for eksempel i utredningsøymed. Men i disse tilfellene har beboerne hatt visse norsksferdigheter i utgangspunktet som de kunne

forbedre underveis i de mange dagligdagse utvekslingene hos oss. I vårt tette terapisystem kan ikke de komplekse prosessene oversettes av tolk og samtidig gi rom for at pasienten får være hele seg.



Skinnargument for avvikling

Vi lurte på om kravet til at behandlingstilbudet skal kunne oversettes til andre språk, er et skinnargument. At Helse Sør-Øst bare trenger en god grunn til å avvikle en institusjon. Vi mistenker at dette egentlig handler om å sentralisere behandlingstilbud, til tross for at mange brukere vil ha et behandlingssted utenfor storbyene for å kunne falle til ro for behandling.

Hvis helseforetakene ønsker å gi et godt tilbud til personer uten norskkunnskaper, er det etter vårt skjønn nødvendig med en egen metodikk. Det burde skapes øremerkete tilbud med spisskompetanse på akkurat dette. Vi mener det kan legges opp til egne anbudsrunder med hensikt om å skape gode, metodisk tilpassede behandlingsformer for denne pasientgruppen.

Relasjonsfokus som hovedvirkemiddel

Renåvangen tar på alvor betydningen av relasjonelt arbeid over tid. Når pasienten knytter seg til andre beboere og de ansatte, dannes en slags reservefamilie. Tilnærmingen er unik, og den har fungert over mange tiår.

Da vi svarte på anbudet, forklarte vi at vår komplekse metode og det intense samarbeidet mellom beboere og ansatte ikke muliggjør at en eller flere tolker følger med over hele dager, døgnet rundt i flere måneder.

Vår begrunnelse er at tolkeprosesser via skjerm, telefon eller fysisk tilstedeværelse vil virke forstyrrende i traumefokuserte terapigrupper og konfliktfokuserte encountergrupper. Vi mener det vil skape tillitsproblemer for alle deltakere og underminere effekten av intervensjonene. Terapiforløpene er svært personlige og består av personer som er spesielt utrygge, og tolkene vil ikke representere stabile og kjente aktører for vår pasientgruppe. Talking skaper dessuten tidsmessige forsinkelser, noe som påvirker flyten i det terapeutiske arbeidet negativt. Særlig for våre brukere, der mange har konsentrasjonsvansker og lett faller ut av samtaler, vil slike opphold i kommunikasjonen utgjøre betydelige utfordringer.

Behandlingstilbudet på Renåvangen består også av miljøterapi og betydningsfulle dagligdagse aktiviteter, som håndtering av den daglige driften av huset, matlaging, rengjøring, hagestell og annen ADL-ferdighetsøving («Activities of Daily Living»). Dette skjer under veiledning med hyppige tilbakemeldinger underveis. Dette utgjør viktige samhandlingssituasjoner og sosiale treffpunkt der beboerne kan øve på å fungere sammen i hverdagen. Utfordringene som trer frem, kan siden bearbeides i en konflikt- og samhandlingsgruppe som har støttende og konfronterende elementer. I tillegg finnes det mange strukturerende metoder som flankerer utvekslingen, og som stimulerer til gjensidige tilbakemeldinger: Det kreves skriftlige refleksjoner, redegjørelser, rapporter og faddersamtaler med eldre beboere. Kommunikasjon og kontakt fremmes og foregår gjennom hele dagen.

Uforsvarlig håndtering

Måten Helse Sør-Øst har håndtert anbudsprosessen på, er vi svært kritiske til. Da beskjeden om nedleggelsen kom, var det ikke avklart hvilke andre institusjoner som ville bestå videre, dermed visste

vi ikke hvor vi kunne henvise våre pasienter for å hindre at behandlingsløpene deres ble avbrutt. Hvem som blir leverandør i fortsettelsen, er enda ikke kjent, og trolig ikke avklart før på nyåret.



Vi opplever at Helse Sør-Øst har håndtert anbudsprosessen på en måte som ikke er ivaretagende overfor verken de ansatte som rammes av nedleggelsen, eller pasientene som mister forutsigbarhet og et stabilt, nødvendig behandlingstilbud. Det er en rekke ubesvarte spørsmål knyttet til hvilke behandlingsmuligheter pasientene kan benytte seg av fremover, og situasjonen har skapt uro og stor risiko for tilbakefall, rus og desillusjonering blant allerede svært sårbare pasienter. Vi frykter situasjonen kan koste menneskeliv.

Formelle anbudskriterier har blitt ilagt større vekt enn faglige. Pasientenes behov for kontinuitet og trygge overganger har blitt neglisjert. Selve anbudsprosessen har vært mekanisk uten rom for faglig skjønn, og pris ble vektlagt 60 %, mens kvalitet kun talte 40 %.

Vi mener det er skremmende at helsetilbudene i vår nære fremtid velges ut på denne måten. Hvis ikke de faglige argumentene teller lenger, blir det svært utrygt både å la seg behandle og å jobbe i terapifeltet. Når Renåvangen nå legges ned, går 37 års erfaring med brukerstyrte senger tapt. Vi kunne ha blitt brukt som erfaringsbærere for etablering av nye, brukerstyrte senger, og gitt et tilbud til dem som trenger oss. I stedet vil institusjonens kunnskap og erfaringsskatt forsvinne for godt.

Merknad: Forfatterne er ansatt i den omtalte stiftelsen.