

IHPU

Professionskurs nr 077.27

7/10/2011

Vem är patient?

En etisk granskning av MBHV-psykologers yrkesetiska dilemma om vem som är patienten, föräldern eller barnet.

*Kursansvarig
Stefan Jern & Kerstin Twedmark*

*Av
Maria Johansson*

"Ethics is the study of those assumptions held by individuals, institutions, organizations and professions that they believe will assist them in distinguishing between right and, wrong, ultimately, in making sound moral judgements" (Bersoff red. 2008).

Inledning

Som psykolog hamnar man, mycket oftare än vad jag som student eller lekman kunde föreställa mig, i yrkesetiska dilemman. Frågan väcks hur jag ska, kan eller bör förhålla mig till olika situationer, frågeställningar eller skeenden. Det förekommer både privat, när jag inte arbetar men ändå är psykolog, och på arbetet. Jag funderade ett tag innan jag kom på vilket yrkesetiskt dilemma som jag skulle välja att skriva om, och jag landade i ett av de dilemman som bekymrar mig mest på mitt arbete just nu. Ju mer jag funderat över detta dilemma, desto klurigare har det blivit. Min förhoppning har varit att detta paper skulle leda fram till en lösning på dilemman, men jag är inte där än.

I mitt arbete som psykolog inom mödra- och barnhälsovården, MBHV i fortsättningen, behöver vi ibland diskutera i *vems namn remissen ska stå* och således vem vården bedrivs för, vem är egentligen patienten? Är det barnet, som föräldern söker hjälp att hantera, som är patienten eller är det föräldern som inte kan hantera sitt barn som är patienten? I de allra flesta ärenden är det helt klart vem som är våra patienter, men så kommer det ett ärende som skulle kunna vara både och. Genom att välja detta ämne till mitt paper inom ramen för Professionskursen inom specialistutbildningen, vill jag stanna upp, fundera och forska lite mer om detta, både på egen hand men även tillsammans med kollegor från andra verksamheter under professionskursens examinationsdag.

Under professionskursens föreläsning i maj, den om juridik för psykologer, tar jag upp frågan med förbundsjurist Camilla Damell, men hennes svar gör mig inte så klok som jag önskat. Jag märker också att min fråga och mitt yrkesdilemma är lite svårt att förstå för psykologer i andra verksamheter. Dilemman att inte veta vem som är ens patient verkar lyckligtvis inte vara så utbredd, jag kan snarare ana en förvåning över att jag inte tycks veta vem som är min patient. Enda stället jag kan fundera ut där liknande dilemma kan finnas är i familjeterapi, där kan man ha flera patienter samtidigt. Om man arbetar inom t.ex. vuxenpsykiatri tror jag att det alltid är det självklart vem som är ens patient.

Ofta har jag funderat på att "slå upp" svaret eller kanske leta lite på nätet. Men tid är en bristvara. Etiska dilemman och frågeställningar kräver tid. Tid att reflektera, forska, fundera och grunna. Nu har jag haft tid.

Men visst är det smidigt att få veta att så här är det, så här ska du göra. Det är ju precis därför en förälder konsulterar mig. Frågan kan vara "Hur ska jag göra när...?" Föräldrar vill helst ha klara tydliga riktlinjer och svar. Vem vill inte det? Jag skulle ju kunna lyfta luren och ringa Camilla Damell igen, hon är ju jurist och borde veta. Men så enkelt är det inte har jag kommit fram till. Hon måste ju förstå frågan innan hon kan ge ett svar.

Hur hittar man egentligen rätt väg ur yrkets alla irrvägar? Hur vet man vad det är att göra rätt? Konsekvenserna av att göra fel kan bli stora, i detta fall handlar det t.ex.

om att som vuxen vilja läsa sin journal och få veta hur besvärlig man kanske var som barn, att pappa inte hade tid att komma på samtalen och att mamma inte riktigt orkade. Det handlar om patientsäkerhet, om dokumentation. Man ska kunna följa i journal vilka insatser som gjorts för en individ och varför. Det behöver finnas tydliga riktlinjer. Men vad göra när det inte finns facit? Ska man skriva sitt egna?

Syfte

Försöka reda i vem som ska vara min patient, i vems journal jag ska skriva, föräldern eller barnets när det rör ärenden inom MBHV-psykologernas verksamhet där föräldrarna önskar stöd i sitt föräldraskap, vid föräldrakonsultationer. Vilka konsekvenser får det för framtiden om jag skriver i den ena eller andras journal? Granskat ur ett etiskt perspektiv.

Frågeställning

Vem är patienten vid föräldrakonsultationer, är det föräldern dvs den som söker hjälp eller barnet vars beteende föräldern vill ha hjälp med?

Metod

Erfarenhet av verkliga ärenden och litteraturstudier för att söka efter riktlinjer.

Dilemmat

Vad gör en MBHV-psykolog?

För att förstå dilemmat behöver man förstå vad man arbetar med som psykolog i MBHV. Uppdraget är att *"ur ett folkhälsoperspektiv främja psykisk hälsa och förebygga psykiskt ohälsa hos blivande föräldrar och familjer med barn i förskoleåldrarna"* (Nationell målbeskrivning för Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas verksamhet, 2007).

Som MBHV-psykolog arbetar man med förebyggande hälsovård. Tidiga insatser som snabbt ska ta om hand om, förebygga och förhindra att det blir ett större eller svårare problem. Allra tidigast är insatsen innan det ens är ett ärende, dvs i handledning och konsultation till t.ex. BVC-sjuksköterskor (arbetar på barnvårdscentral med barns hälsa 0-6 år) och barnmorskor som i detta fall arbetar med gravida kvinnor. Övriga arbetsuppgifter är samverkan med olika andra aktörer (socialtjänst, förskolor etc.), fortbildning, metodutveckling, att vara sakkunnig i olika aktuella frågor som rör

familjer med små barn. Den andra delen av arbetet är direkt patientarbete, den tar upp ungefär hälften av arbetstiden. Patienterna är gravida/blivande föräldrar, nyblivna föräldrar och barn 0-6 år samt föräldrar till barn 0-6 år. Till vuxna erbjuds psykologisk bedömning och behandling; t.ex. samtal, korttidsterapi, kristerapier, rådgivande samtal eller psykoedukativ behandling. På barn görs utvecklingsbedömningar vid behov. Den arbetsuppgift som detta arbete berör är föräldrakonsultationerna där man bedömer och vägleder föräldern i deras upplevda problem kring barnet samt bedömer och vägleder upplevda problem i föräldraskapet (ur Nationell målbeskrivning för Mödra- och barnhälsovårdpsykologernas verksamhet, 2007). Föräldrakonsultationer, som är fokus i detta paper, innebär samtal med föräldern/föräldrarna.

Remisserna handlar om: Enures/enkopres, hämning/social tillbakadragenhet, koncentrationssvårigheter/överaktivitet, kris i familjen eller dess omgivning, gränssättning t.ex. matvägran/strul och sömnproblem, oro/ångest/ängslighet/rädsla, nedstämdhet/depression, samspelsrelaterade problem, språk/kommunikation eller utvecklingsförsening. Remisser kommer från barnavårdscentral, logoped, barnmorska, medicinsk barnmottagning men föräldrar kan även söka hjälp själva via så kallad egenremiss. Frågorna kan alltså handla om den vuxnes mående i relation till, känslor inför, hanterande av det väntade eller födda barnet.

När en remiss inkommer upprättas ett vårdåtagande, dvs. att man ska utföra den begärda vården. Vårdåtagandet gäller den person som är patient och som journal förs för. Remisserna kommer idag oftast i barnets namn. Ibland kan man vid egenremisser verkligen tveka om vem det är som är patienten, vi har inga tillräckligt tydliga riktlinjer för hur vi kan eller ska tänka. Detta etiska dilemma diskuterar vi arbetsgruppen för att komma fram till ett gemensamt förhållningssätt eller gemensamma riktlinjer. Andelen ärenden där det är oklart vem som är patient är få.

Målet med arbetet är inte att "bota" utan mer hjälp till självhjälp. Arbetet handlar, i korta ordalag, om att hjälpa föräldern att hjälpa sig själv genom att stanna upp och fundera och kanske med psykologens hjälp via spegling och hållande kunna få mer kraft att agera på eller hantera sin situation. Patienten, barnet eller den vuxne, är egentligen inte ens en patient, för hon är inte sjuk, utan frisk men lite ur balans eller det har blivit en negativ spiral. Vissa barn är svårare att vara föräldrar till än andra liksom att föräldrar har olika kapacitet.

MBHV-psykologer historiskt, det etiska dilemmat växer fram

Från början var barnhälsovårdpsykolog någon som BVC kontaktade om det fanns ett bekymmer kring ett barns utveckling. Alla patienter var barn. Sedan tillkom EPDS-screeningen ca år 2000. Då screenas nyblivna mammor för tecken på depression. I de fallen blev mammorna patienter. Nu kunde även föräldrar i större utsträckning söka hjälp. Om barnet var under 1 år skrevs och skriver vi fortfarande oftast remissen i barnets namn. Ärenden på större barn var inte så vanliga på egenremiss. Utvecklingen har gått snabbt de senaste åren. 2010 kan även gravida kvinnor få behandling, remissantalet har på 10 år ökat från 90 ärenden till 500/år. Fler och fler föräldrar hör av sig för att veta hur de ska hantera och bemöta sitt barn. Det är inte längre bara BVC-sjuksköterskan som med sin kompetens om barns utveckling som

remitterar. Dilemmat om vem som ska anses vara patient har således sakta vuxit sig större och större.

Exempel på ärenden

I de allra flesta ärenden är det uppenbart vem som är patienten, man behöver inte ens fundera. Här presenteras några fiktiva ärenden för att förtydliga dilemmat.

När föräldern är patient

- Förälder som mår dåligt i samband med graviditet, förlossning eller den första tiden som förälder.

Barnet är t.ex. patient

- om det misstänks utvecklingsförsening och utvecklingsbedömning görs. Dvs när *psykologen träffar barnet*.
- Enures eller enkopres

Det var några lätta. Nu kommer några svåra.

- Mamma ringer och vill ha hjälp att hantera sonens (5 år) beteende. Föräldrarna är skilda men har gemensam vårdnad. När barnet varit hos pappa upplever mamma att han är aggressiv, svär mycket och är bråkig. Pojken kan komma hem och ifrågasätta varför han ska bo hos mamma. Han kan säga "du är dum i huvudet, du fattar ingenting, det säger pappa". Pojken har den senaste tiden ändrat beteende lite, han kan pendla mellan att vara stöddig och tuff och att vara en baby. Mamma vill försvara sig mot pappans tillskrivande av dumhet och vet inte hur hon ska hantera sin son. Mamma ringer MBHV-psykolog. Är barnet eller mamma patient?
- Remiss inkommer på en 4-årig flicka angående beteendeproblem. Mamma kommer på samtal, pappa har inte tid. Samtalet kretsar kring flickan och hennes bror, som är 10 månader yngre. Det står mycket klart att det är brodern som är den som hela tiden trissar upp flickan och är den som stökar hemma. När jag lägger fram teorin för mamma förstår hon att så är det. Blir nu brodern patient?
- Mamma ringer och berättar att hon träffat en ny partner. Hennes son avskyr verkligen den nya partnern. Mamma vill ha råd om hur hon kan bemöta sonen och hur hon kan hantera situationen. Vem är patient? När hon kommer för uppföljande samtal några veckor senare berättar hon att hon är gravid och att problemen hemma i samband med graviditeten accelererat. Hon mår dåligt psykiskt av den oplanerade graviditeten och konflikten mellan hennes nya partner och sonen. Vem är patient?
- Förälder söker hjälp för sin dotter som är 2½ år och kommer för samtal om hur hon kan hantera dotterns oro och ängslighet. Föräldern beskriver att dottern är "som ett plåster". Redan under första samtalet märks det att föräldern inte mår

riktigt bra, men inte så illa att något kan göras men att det är föräldrarnas mående som gör att hon inte kan sätta gränser för barnet. Vem är patient?

- En förälder ringer och vill ha hjälp med sin dotter. Hon har alltid varit mycket svårare att vara förälder till än deras äldre dotter, som är lugn och fin. De senaste månaderna har den lilla blivit arg, nonchalant och bråkigare än någonsin mot föräldrarna. De vill ha hjälp att hantera henne och att orka vara föräldrar. Barnet skrivs som patient. Efter några samtal med föräldrarna kommer det fram att mannen inte är dotterns biologiska pappa, men att barnen inte vet om det. Flera i de vuxnas närhet vet om det. Hur hantera den informationen?

Fokus i resten av texten kommer att vara på de ärenden när det är oklart vem som är patient. De ärenden som är lättidentifierade lämnar vi därhän för att fördjupa vårt grävande i det svåra och komplexa.

När man inte tydligt kan urskilja vem som är patient

Det går inte alltid att utifrån remissen härleda det exakta problemet. Det kan låta som en sak men visa sig vara något annat. Det är lite som att skala lök, man vet inte vad som finns inuti. Det kan ta lite tid att komma fram till kärnan, men det är ju det som är jobbet. Föräldrar kommer sällan första gången och lägger korten på bordet och berättar att de själva hade en hemsk uppväxt, har en trasslig relation och funderar på att skiljas, eller att de känner sig maktlösa som föräldrar etc. I många fall blir barnet en symtombärare. Det uppstår problem i relationen förälder - barn och bekymret är således avhängt hur föräldern hanterar barnet. I vissa situationer säger föräldern tydligt "det är fel på barnet". I andra situationer lägger föräldern skulden på sig själv "jag vill ha hjälp att hantera mitt barn". Detta kan naturligtvis påverka vem det är som är patient. Men det är inte alltid så tydligt.

Hur tänker andra verksamheter/vårdgrannar?

BVC, barnavårdscentraler, är sedan länge den instans som skickat flest remisser till MBHV-psykolog. Där är barnet patient och remisserna kommer i barnets namn oftast med frågeställning utvecklingsbedömning av barnet eller föräldrastöd, dvs föräldrarna vill ha hjälp med att hantera barnets beteende. Det har blivit vanligare att föräldrar själva ringer och vill ha hjälp och då blir det inte längre lika naturligt att man skriver remiss i barnets namn. Helt plötsligt finns det ett val, och det är det som skapar utrymme för fundering.

I alla instanser som arbetar med barn, t.ex. barnsjukhus, är barnet patient, men på uppdrag av föräldern, dvs. föräldern söker vård. Men skillnaden är att då undersöker sjukvården barnet (patienten) och ställer sedan diagnos på patienten (barnet). I MBHV träffar jag inte barnet själv om det handlar om en föräldrakonsultation. Jag ställer inte en diagnos, utan arbetar snarare utifrån en hypotes om barnet. Hypotesen grundar sig på föräldrarnas berättelse av upplevt problem. Hypotesen blir det vi arbetar med.

På BVC är patienterna barn, på barnmottagningar och barnhabilitering likaså. Barn- och ungdomspsykiatri i länet har bara barn och ungdomar som patienter. Det är en barnverksamhet. Även om det är föräldrarna som inte klarar av sitt föräldraskap så är det barnet som är patient. Men BUP är en annan typ av organisation, de är en sk. Specialistfunktion som ska hantera psykiatri, och då är det ju rimligt att barnet uppvisar psykiatriska symtom. Men även ett icke fungerande föräldraskap kan på sikt ge psykiatriska symtom. Hos dessa vårdgrannar undersöks alltid barnet och det görs en direkt bedömning av barnet och en diagnos ställs. Hos en MBHV-psykolog ställs det inte diagnos.

Förutsatt att föräldrarna är hyfsat välfungerande och normala kan det vara en stor vinst som konsult att inte träffa barnet. Då arbetar jag med föräldrarnas upplevda bild av barnet och deras upplevelse av barnet fullt ut, inte min bild som psykolog och vad jag tycker om barnet. Det är lite så man arbetar som konsult i förskola/skola, och denna modell fungerar utmärkt med föräldrar om än att processen är mycket snabbare. Konsultationen tjänar i extremkorta ordalag till att hjälpa föräldrarna att se sitt barn i ett lite annat ljus vilket leder till förändrat bemötande. (Baserat på t.ex. Gunilla Guvå som baseras på Caplans konsultionsmetodik).

Kan lagar och regler hjälpa mig?

Enligt SAOL (1986) är en patient en "Sjuk person ss föremål för vård eller behandling". En patient är "alla som etablerar en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt eget hälsotillstånd" (Selander, Nyman 2008). Formuleringen "sitt eget hälsotillstånd" är intressant, gäller det då inte barnets hälsotillstånd? Jo det borde det göra om barnet är under 18 om man ser till vårdnadshavarens ansvar enligt t.ex. Föräldrabalken. Barn har lika rättigheter i vården. Arlebrink (1996) skriver om vikten om barns integritet och att denna inte är delbar utan alltid hel och full. Autonomi, dvs. rätten att bestämma själv, har barnet i ökande omfattning i takt med att åldern ökar. Barn får inte kränkas utan har rätt till hjälp. Om vi remitterar och skriver i barnens namn men föräldrarna väljer att inte slutföra behandlingen är det en kränkning av barnets rättigheter? Föräldrarna förväntas ha barnets bästa för ögonen. Om det är riktigt illa är det naturligtvis en anmälan till socialtjänsten. Men om man som förälder inte kan säga nej till sitt barn utan t.ex. ammar trots att barnet är så stort att hon själv springer fram till mamma och drar upp dennes tröja i tid och otid. Det är inte bra för någon, men inte fog för anmälan till socialtjänsten. Problemet görs till barnets men det är upp till föräldrarna att fatta beslut om dess omfattning eller avslut. Är det bra eller dåligt? Vilka rättigheter har barn, hur tillgodoser jag bäst dessa, vad innebär det att tillgodose deras behov. På 1177:s hemsida står hänvisningar till Barnkonventionen, Föräldrabalken och Hälso- och sjukvårdslagen om barns rättigheter och föräldrars skyldigheter men inget som besvarar mina frågor eller ens vägleder mig i dilemmat. Barnen i min målgrupp är tveklöst för unga att få ha åsikter om sin vård, det är varje fall odiskutabelt.

I Patientsäkerhetslagen står att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera att vården går rätt till så att god vård upprätthålls (patientsäkerhetslagen 3 kap 1 §) och förebygga vårdskador (patientsäkerhetslagen 3 kap 2 §). Patientsäkert är detsamma

som skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses t.ex. (patientsäkerhetslagen 5 §) lidande, kroppslig eller psykisk skada som hade undvikits om man inom sjukvården gjort rätt. Men skadan måste vara bestående och inte ringa och leda till väsentligt ökat vårdbehov eller att patienten avlider. Nu är det svårt att veta vad som menas med det och om det skulle komma i fråga i mitt arbete, men det verkar inte vara så illa. Men klart är att det ska gå rätt till.

Jag letar vidare efter riktlinjer i Patientdatalagen (SFS 2008:355). I 3 kap 1 § står att patientjournal ska föras och att en journal ska föras för varje patient och den får inte vara gemensam. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten.

”En patientjournal är även en informationskälla för

- patienten,
- uppföljning och utveckling av verksamheten,
- tillsyn och rättsliga krav,
- uppgiftsskyldighet enligt lag, samt
- forskning.” (patientdatalagen 3 kap 2 §)

Vid all vård ska föras patientjournal. Det ska skrivas för varje enskild patient och får inte vara gemensam för flera familjemedlemmar. En patientjournal är de handlingar och anteckningar som upprättas eller inkommer i samband med vården. De innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd, om andra personliga förhållanden och om vårdåtagande (Selander, Nyman 2008). Journalen ska vara ett stöd för den som arbetar med personalen, ett arbetsredskap. Den ”*utgör ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets- uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett viktigt underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård patienten erhållit*” (Selander, Nyman 2008 s. 15).

I patientdatalagen 6 § står att ”*En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten*”.

”*Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla*

1. *uppgift om patientens identitet,*
2. *väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,*
3. *uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,”*

Dessa tre punkter är relevanta och viktiga, men hjälper mig inte ett dugg i mitt sökande efter riktning då den förutsätter att patienten är identifierad.

Nu vet jag att jag kan aktuell lagstiftning som rör min frågeställning. Den ger mig ingen hjälp i forskandet efter patienten.

Det etiska dilemmat växer vidare

Kan man ha en patient utan att personligen ha träffat den? Behöver man särskilja om det är föräldrarna eller barnet som är min patient eller spelar det inte någon roll? Ska man per automatik skriva i alla inblandades journaler? Kan man ändra patient i en pågående behandling om riktningen för samtalet ändras? Hur många patienter kan man ha samtidigt (utan att ens ha dem i rummet)? Måste man då även skriva

inkommande vårdbegäran s.k. remiss på alla patienter? Är det ok att skriva lite olika mycket beroende på i vems journal man skriver (förälderns eller barnets)? Hur mycket medbestämmande bör föräldrarna få i beslutet om i vilken journal man ska skriva?

"Många av psykologernas yrkesmässiga relationer och arbetsuppgifter är dock av sådan art att det inte är möjligt att reglera dem formellt. Det avgörande blir därför den enskilda psykologens yrkesetiska medvetenhet, ansvarskänsla och yrkesmässiga kompetens. Det är avgörande att diskussion om och utveckling av yrkesetiska principer ständigt försiggår. Principerna avspeglar värderingar om grundläggande mänskliga och mellanmänskliga förhållanden som är relativt stabila." (Yrkesetiska principer för psykologer i Norden; Sveriges psykologförbund, 2008) Det fortsätter *"Psykologen är medveten om att yrkesetiska dilemman förekommer och att det är psykologens ansvar att klargöra sådana dilemman och rådgöra med kollegor, uppdragsgivare och/eller det nationella psykologförbundet samt att informera relevanta andra om de krav som de yrkesetiska principerna utgör."*

Nå hur gör man när man som enskild psykolog känner sig tveksam till om man gör rätt eller inte? Trycket att vara god och göra rätt är stort. Som psykolog både vill och ska jag göra rätt. Yrkesetiska principer för psykologer i Norden (Sveriges psykologförbund 2008) ger en guidning i hur man ska tänka, men inte svar på några frågor. För att undvika godtycklighet i olika ställningstaganden måste man formulera regler och principer skriver t.ex. Colleste (2010) och Bersoff (2008). Det underlättar ett rättvist och genomtänkt handlande. När man som psykolog möter yrkesetiska dilemman kräver yrkesprofessionaliteten att man gör en klok och balanserad bedömning av situationen. Yrkesetiska regler får inte ersätta det egna personliga ansvaret för vad man gör (Colleste 2010). Man måste som professionell ta ett moraliskt ansvar för allt man gör. Således finns det inget att huka sig bakom. Detta gäller både i professionen och privat, det är allmänmänskligt att det är lättare att skylla på någon annan för att hålla sin egen rustning skinande blank. Trots att man som förälder älskar sitt barn är det ändå ganska vanligt att man "skyller på barnet". Att inte ta ansvar har kanske ökat eller i alla fall har det ändrats hur man ser på sitt eget ansvar, t.ex. Ann Heberleins bok, "Det var inte mitt fel" (2008). Det är barnets beteende eller icke-beteende som det är fel på och föräldern kan inte se att den egna glorian halkat lite snett. Det kan handla om att föräldrar säger "han har säkert ADHD, han är omöjlig att få att lyda" etc. Det handlar om olika typer av försvar, sätt att skydda sig. Det finns ju inga bevis för att det inte är föräldern som egentligen är den som brister. Annat är det vid öroninflammation, cp-skada och annat rejält. Då vet man vad de är som är fel. Det finns bevis. Då är det också tydligt vem som är patienten.

Bersoff (2008) menar att ett etiskt beslut att agera på ett visst sätt i slutänden handlar om personligheten och ens karaktär dvs. hur mogen, klok och förståndig man är. Det närmsta av APA:s principer och riktlinjer som jag hittar som berör området med min frågeställning om vem som är min patient är frågan där man bedriver familjeterapi (APA 10.02 i Bersoff 2008). Då kommer man in på frågan om etik. Men då handlar det om terapier, vilket inte är det som MBHV-psykologer bedriver i de ärenden som jag avser belysa med detta arbete. Alltså finns det inga direkta riktlinjer, mer än min klokhets, förnufts och mognads som Bersoff föreslår att jag kan luta mig mot.

Vissa etiska regler är tydliga och konkreta i stil med du ska/ska inte, men de allra flesta går inte att reglera formellt. Det ställs mycket höga krav på den enskilda psykologens förmåga till etisk medvetenhet, ansvarskänsla och yrkesmässiga kompetens. Men det räcker inte att sitta på sin kammare och tänka. Det behövs kollegiala samtal, deltagande i psykolognätverk, att man vågar prata om det svåra, att man konsulterar en erfaren kollega och/eller handledning (Svarne Arville, Hjelm, Sääf, 2010). Oftast är det de små dilemmana som är det knivigaste. Att förstå att inte ha en sexuell relation med sin klient är inte så svårt att begripa, men om... Det är detaljerna som gör det svårt. Det är också lättare att blunda och titta bort och bara jobba på än att verkligen ta tag i ett etiskt dilemma och försöka komma fram till en strategi att hantera det. Etik är att reflektera över hur vi bör handla (Arlebrink, 1996). Oftast handlar det om att ta ett teoretiskt ställningstagande, det behöver inte innebära att man omsätter reflektionen i handling. Men man behöver veta varför man gör det man gör och att det inte är självklart.

Det är alltid grundläggande innan man påbörjar en behandling att man har ett samtycke, en överenskommelse, om vad man ska göra för patienten. Kanske borde vi MBHV-psykologer utveckla detta. Naturligtvis är vi överens om vården och att den ska bedrivas (annars kommer ju aldrig ens patienten) men vi kanske ska fundera vidare på om vi kan göra annorlunda. Bersoff (2008) skriver att informerat samtycke är vårdtagarens självbestämmande som gör att man är delaktig i vården. Det är grunden till en arbetsallians och denna möjliggör terapi/behandling. Även om det inte är terapi är ju en arbetsallians nödvändig, det behövs alltid. Om vården inte bara berör de närvarande i rummet, utan kanske handlar om en konsultation är det kanske av ytterligare vikt att påpeka detta tydligt. Men att fråga föräldern i vems journal man ska skriva är tveksamt. Journalen är ju till för personalen och patientsäkerheten och inte något som patienten bestämmer över. Det blir också en fråga om professionalism, nog ska jag som vårdgivare kunna fatta det beslutet. Men att det ska bli ett föräldraval var man ska skriva ställer jag mig tveksam till. Föräldrarna kommer nog att välja det vårdgivaren rekommenderar. Hursomhelst bör beslutet fattas redan vid inkommande vårdbegäran så att det blir rätt från början. Då måste remitterande vårdgivaren fatta detta beslut. Och kompetensen att fatta det beslutet bör finnas hos remisskrivaren. Föräldrarna känner inte till detta dilemma, och kanske ska de inte behöva det heller.

Egentligen är det lättast om någon är somatiskt sjuk. Har feber eller ont. Då vet man vem som är patient. Alla vet att det är t.ex. hon som hostar som är sjuk. Är det alltid symtombäraren som är patienten hos MBHV-psykologen? Om det är uppenbara föräldrasvårigheter och barnet är ett litet barn utan anknytning - ja då är barnet patienten för barnet behöver en anknytning. Men föräldern då som inte haft förmåga att skapa en anknytning till barnet, de kanske inte haft någon själv. Barnet behöver även gränser från en vuxen, men dessa är inte livsnödvändiga om än viktiga och avgörande för livskvalitet. Genom att kanske bli mer noga (vi tycker att vi redan är noggranna med remisser) om *vem som ska/vill ha hjälp och varför*. Dilemmat får då en ny dimension. T.ex. barnmottagningen ser barnet som patient och jag har svårt att tänka mig att de skulle skicka en remiss i förälderns namn. Svarne, Arville, Hjelm, Sääf (2010) jämför med patienter som söker den somatiska vården för hjärtklappning och andnöd och envisas med att det är hjärtat. Men hjärtat fungerar prima och patienten skickas till psykiatrin för det är en panikattack. Det är inte alltid lätt att acceptera för en patient. Lika svårt är det att acceptera att det inte är barnet det är fel

på utan att det handlar om miljön, t.ex. föräldrarnas oförmåga att sätta gränser. Som att söka behandling för fotvårter och komma ut med gipsad arm, det är inte enkelt. Då blir man inte nöjd med vården. Fokus måste på något vis vara det som patienten upplever som problem, det som hon vill ha hjälp med. Sedan får jag tala om hur jag kan hjälpa. Svarne m.fl. (2010) skriver om att det är skillnad hur man arbetar som t.ex. medicinare och psykolog. Många av de problem som psykologens patienter uppvisar är normala reaktioner på påfrestande situationer. Det behövs hjälp att hantera detta. Problemet kan vara en sak vid begynnelsen av behandlingen och man kan arbeta med det. När den ena skuggan ger vika kan den blotta en annan problematik. Lite som att hugga ner en insynsskyddande häck. Det blir en konflikt när föräldrarnas upplevda problem med sitt barn ganska snabbt av mig som psykolog fångas in till att vara föräldrarnas problem. Då arbetar jag med föräldern som patient men barnet är den verkliga patienten. Som psykolog är det inte alls ovanligt att behandlaren och patienten ser olika på saken, t.ex. vad som är problemet. Även om man arbetar med föräldrarnas bild av problemet (barnet) kanske inte föräldern kan köpa det faktum att det är hon som förälder som brister, inte barnet. När föräldrar söker hjälp för stöd i sitt föräldraskap är det deras upplevelse av problemet som jag som psykolog arbetar med. Jag ifrågasätter inte om det verkligen är så jobbigt utan utgår från det de säger är sant. Jag träffar ju aldrig barnet. Detta trots att barnet i många fall är patienten.

Svarne m.fl. (2010) använder sig vid ett tillfälle av begreppet IP, det betyder den identifierade patienten. De menar att det används inom vissa former av terapi, och de nämner familjeterapi som exempel. Bearbetningen av familjerelationerna menar de då gör att alla i familjen blir föremål för behandling. De menar vidare, i mitt tycke lite vagt uttryckt, att "det är dock mycket tveksamt om mycket små barn bör få journaler som psykiatriska patienter" (s 217). Min verksamhet är inte psykiatri, men det kanske också är en vettig fundering, ska små barn överhuvudtaget få journaler när det handlar om psykologi? Jag borde kanske arbeta med en PP, en pseudopatient.

Om en förälder söker hjälp för sitt barn är det inte ovanligt att föräldern kommer med en färdig diagnoshypotes i stil med "jag tror han har ADHD" Då skrivs en remiss i barnets namn och utredning påbörjas. Om det då visar sig att barnet inte alls har ADHD, utan de symptom barnet visar handlar om föräldrarnas oförmåga, tex kanske jag bedömer det som att föräldern visar så stora svårigheter att denne har ADHD. Barnet i fråga beskrivs i hemmet som ett jättemonster som är omöjlig att hantera, men på förskolan, både via förskolepersonalens berättelse eller barnobservation framkommer att barnet inte har ADHD. Då känns det inte bra att fortsätta skriva i barnets journal. Ska man då byta journal och skriva i mammas och pappas? Barnet uppvisar symptom som kommer från föräldrarna ickeförmåga att hantera och bemöta barnet. Detta är inte enkelt att komma nära. Ofta döljer sig föräldrarnas egna upplevelser och svårigheter som har samband med hur barnet inte kan hanteras bakom tjocka lager av försvar.

Hur vanligt är det att man läser sin gamla journal och i så fall, vad som blir bekymret här, är ju om man verkligen behöver veta vad ens föräldrar sökte hjälp för när det handlar om psykologiska problem. Vill man veta de svårigheter ens föräldrar hade med ens uppfostran? Är det gynnsamt för relationen? Eller blir det kanske en viktig nyckel som gör att man kan förstå sin uppväxt bättre. Om barnet t.ex. uppfattas som "olydig", är det barnet som är olydigt eller är det omgivningen som format barnet till

att bli olydig? Kan man födas olydig? Idag kanske det inte är så vanligt att man vill läsa sina journaler, men vi vet inte hur det kommer att bli i framtiden. Men med tanke på hur tekniken vuxit fram bara det senaste årtiondet kanske man om 10 år har sin egen journallogg hemma som man kan titta i? Vem vet. Man kanske vill lägga sin journal på Facebook? Då är det så att i vems journal man skriver är ett verkligt etiskt problem, en fråga om patientsäkerhet. Det ska föras en patientjournal för varje patient. Journalen får inte vara gemensam (Patientdatalagen 3 kap 1 §). Tanken med detta är att en patient ska kunna läsa sin journal (Svarne m.fl. 2010). Detta är inte alltid lätt att efterleva om man har två föräldrar i samtal om sina två vilda barn. Det blir mycket journal. Det blir inte heller helt okomplicerat om en partner följer med för samtal, kanske i samband med att den ena t.ex. söker för samtal. Jag måste avgöra om båda är patienter. Syftet med patientjournalen är att bidra till en god och säker vård av patienten (Patientdatalagen 3 kap 2 §). Både under den pågående vårdkontakten men även för framtida vård. Journalen ska ge rätt information och vägledning (Svarne m.fl. 2010). T.ex. kan tidiga regleringssvårigheter vara ett tidigt tecken på neuropsykiatriska svårigheter. Om det inte står i barnets journal att föräldrarna har sökt hjälp för detta när barnet var litet tappar man en viktig källa till information i behandling och diagnostik. Även forskning påverkas då siffror visar lite hipp som happ (jag kan tänka mig att man gör lite olika med detta i Sverige). Barnet såväl som alla patienter behöver ses i ett livsloppsperspektiv där man kan följa utvecklingen genom livet. Det kan man inte om det skrivs i föräldrarnas journal. Om det inte finns klara riktlinjer för vem man registrerar som patient - hur påverkar det vid en ny vårdkontakt fortsatt behandling? Om man inte vet var man ska leta efter hur det varit tidigare.

Ett annat dilemma om man i större utsträckning väljer att skriva remiss i föräldrarnas namn är att då bör man skriva i båda föräldrarnas journaler. Då behövs vars och ens vårdåtagande och två remisser. Det blir mycket pappersarbete för remittenten. Det är tyvärr inte helt ovanligt att bara den ena föräldern kommer, även om det då innebär mindre pappersarbete kan det vara svårt att vara en familj om bara den ene föräldern kommer med hänvisning att man inte hinner, jobbar eller inte tycker det är ett problem. Bara det i sig att inte komma är ett problem. Då går det bara att skriva i den närvarande föräldrarnas journal. Jag har faktiskt aldrig funderat på att skriva i en icke närvarande föräldrarnas journal. Men hur kan jag då tänka mig att skriva i det icke närvarande barnets? Ibland kan det bli tydligt att det är den ena föräldrarnas frånvaro från ansvar och omhändertagande av barnet och kanske oförmåga att ta ansvar som är en stor del i problemet. Det är svårt när denne lyser med sin frånvaro även i behandlingsrummet.

Svarne m.fl. (2010) skriver att varje patient ska ha en journal. Översatt till min verksamhet måste det betyda att om mamma och pappa söker för ett barn, men sedan i samtalet tar upp att även det andra barnet har problem med sömnen och rådfrågar om det också. Så blir det också en patient? Jag får ju hur många patienter som helst. Kanske ska MBHV-verksamheten liknas mer vid familjeterapi? I så fall ska alla inblandade ha journaler. Ska vad man skriver påverkas av i vems journal man skriver? I föräldrarnas journal borde jag då skriva att de vill ha hjälp att t.ex. sätta gränser för barnet. I barnets journal att föräldrarna har svårigheter med gränssättning. Det bör vara rimligt arbetsmässigt. Det tycks inte rimligt att dokumentations och administrationstiden överstiger behandlingstiden.

Att vara psykolog är som att lägga pussel. Speciellt den varianten med pussel där man inte vet vad det motivet ska föreställa. Först när man är klar vet man hur det blev. En föräldrakonsultation är ofta samma sak. Det kommer in en remiss och man kanske tror att det är en problematik men när lager på lager skalas bort kan man se mer och mer och förstå mer och mer. Det innebär också den svårigheten att det inte alltid på förhand går att avgöra hur man ska agera initialt, dvs. redan när föräldern ringer och vill boka tid.

Sammanfattning med vaga svar på dilemmat

Kan jag svara på frågorna om hur man kan göra med de kluriga ärendena som jag nämner tidigare i texten? Nej det kan jag inte fullt ut. Jag har läst och letat i massvis med litteratur men inte blivit mycket klokare. Jag har inte funnit mycket som berör mitt dilemma utan mer allmänt om etisk tänkande och hanterande. Jag kan nästan känna att jag blivit mer förvirrad efter att ha förstått vidden av problemet och att det inte finns något svar. Detta har jag i alla fall kommit fram till – än så länge – får se vad de kollegiala diskussionerna på examinationsdagen leder till:

Det är tveksamt om man kan ha en patient utan att ha träffat den, tveksamt med hänsyn till patientsäkerhetslagen och patientjournalagen. Men om man skriver i barnets journal att informationen framkommer i konsultation med föräldrarna kan man det. Kanske behöver det betonas att inget möte med barnet skett. Det bör även antecknas i närvarande föräldrarnas journaler. Jag vet inte om jag tycker det är rimligt arbetsmässigt att remiss/vårdåtagande kommer in i både barnets och föräldrarnas namn. Vi behöver titta på våra remissrutiner. Man måste t.ex. skilja på matvägran kan inte äta (medicinskt) och vill inte (maten är ett maktmedel), det blir olika infallsvinklar, då det är två olika sorters problem. Förälderns problem kan inte göras till barnets.

Man behöver särskilja vem som är patient, om det är föräldern eller barnet. Det spelar roll ur perspektivet vårdsäkerhet. Man måste veta vem som får behandling för vad. Både nu och för framtida vård. Föräldrarna behöver informeras om detta, var man skriver men inte att välja var man ska skriva.

Man måste kunna ha många patienter samtidigt utan deras närvaro. Det kan ju handla om föräldrar som vill ha hjälp med ett syskonpar som t.ex. är svåra att få i säng om kvällen.

Man måste kunna ändra patient i en pågående behandling när man behandlar familjer. Det får då skrivas en ny vårdbegäran för den personen. Vi måste hela tiden vara noggranna med vem vi behandlar. Frågan är om man kan ha två vårdåtagande pågående samtidigt och skriva i varje, jo det måste man kunna. Det är troligen så man arbetar i familjeterapi. Men det kan bli svårt att hålla isär. T.ex. om kvinnan är gravid och vill tala om hur graviditeten påverkar hennes sons beteende och hur hon ska hantera detta.

Går det att komma fram till en lösning? Ett sant svar? Svaret är nej, det är ju det som är grejen med psykologi. De viktiga stegen i yrkesetiska övervägande finns i Yrkesetiska principer för psykologer i Norden. Det handlar i korta ordalag om att identifiera problemet, hitta andra handlingsvägar, göra analys av problemet. Det är hit

jag kommer i detta paper, till analysen. Egentligen kan jag vara efterklok nu och tänka att det visste jag, men det är lätt att veta i ljuset av. Men jag hade roligt när jag skrev detta och det var inspirerande att se närmare på ett för mig mycket aktuellt etiskt dilemma. Dilemmat kommer att diskuteras vidare både under examinationsdagen, i min arbetsgrupp samt med Camilla Damell för ytterligare etiska överväganden. Att skynda långsamt är viktigt.

Litteratur

Abbott A; The system of professions. An essay on the diversion of expert labour; The university of Chicago press 1988

Alvesson M; Tomhetens Triumf; 2006 www.digitalmedia.st/webbtv/news/17.html

Arlebrink J; Grundläggande vårdetik - teori och praktik; Studentlitteratur 1996

Bersoff D N; Etichal Conflicts in psychology; APA 2008

Colleste G; Inledning till etiken; Studentlitteratur 2010

Heberlain Ann; Det var inte mitt fel! Om konsten att ta ansvar; Ica bokförlag 2008

Nationell målbeskrivning för Mödra- och barnhälsovårdspedagogernas verksamhet (2007-09-21)

Selander U-B, Nyman H; Psykologutlåtande och intyg; Studentlitteratur 2008

Svarne Arville E, Hjelm Å, Sääf C; Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter; Studentlitteratur 2010

Patientdatalag (2008:355) SFS nr: 2008:355 Socialdepartementet

Patientsäkerhetslag (2010:659) SFS nr: 2010:659 Socialdepartementet

Svenska akademins ordlista, 1886

www.1177.se

Yrkesetiska principer för psykologer i nordn; Sveriges psykologförbund 2008