



Pakkeforløpene i psykisk helsevern er feil medisin

DEBATT

BIRGIT UNDEM

E-post: undembirgit@hotmail.com

Birgit Undem (f. 1976) er pasient.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Fremtidens psykiske helsevern for voksne bør satse på behandling for utviklingstraumer.

Frykten for danske diagnosebaserte pakkeforløp i psykisk helsevern er blitt erstattet med lettelse. Det blir ikke standardisert behandling og maks 15 timer for angst og fobi, 29 timer for posttraumatisk stresslidelse eller 18 timer for depresjon.

Istedenfor innebærer forslagene til pakkeforløp på norsk, som nå har vært på høring og skal innføres fra høsten, kartlegginger, målepunkter, feedbackverktøy og koordineringsansvarlige som skal sikre sammenhengende behandlingsløp (1). Løsningen på helsefaglige og -politiske utfordringer er nok en gang mer byråkrati og flere administrative oppgaver – og flere standardiserte spørreskjemaer.

Noen av tiltakene i pakkeforløpene vil kunne skape større bevissthet hos helseforetak og helsepersonell om behovet for kartlegging av pasientens psykiske plager, livshistorie og nytte av behandling. Spørreskjema om traumer kan trolig fange opp flere pasienter med traumehistorikk, da det er vanlig at pasienter med traumeerfaringer ikke forteller med mindre de blir spurt direkte. Men mange forteller heller ikke da.

Feilbehandling kan få fatale konsekvenser

Det kreves psykologisk fagkompetanse for å avdekke utviklingstraumer, som er følgene av komplekse, vedvarende traumatiske belastninger i barndommen (2). Dette skyldes blant annet at personer med utviklingstraumer ofte undertrykker symptomer og strever med følelser som skyld, skam, angst og mangel på tillit – ofte uten å være klar over det selv.

I hvert fall halvparten som får psykoterapeutisk behandling i spesialisthelsetjenesten har traumehistorikk som ofte ikke blir fanget opp (3). Kunnskap om utviklingstraumer mangler på alle forvaltningsnivåer. Mitt inntrykk er at fastlegene ofte verken har tid eller kompetanse til å avdekke utviklingstraumer, til tross for at de oftest er henvisende instans.

Pakkeforløpene tar ikke høyde for dette. I tillegg vil nasjonale retningslinjer og prioriteringsveilederen, med fokus på avgrensede symptombaserte diagnoser og kortsiktige kostnadsvurderinger, fortsatt bidra til at utviklingstraumatiserte personer med behandlingsbehov blir nektet helsehjelp, blir tilbudt utilstrekkelig behandling eller blir retraumatisert på grunn av feilbehandling. Pasienter blir paradoksalt nok dermed påført

mer uutholdelig smerte selv om det finnes behandlingsmetoder som kan helbrede.

Denne tragiske og, fra et helsefaglig og velferdspolitisk perspektiv, forhåpentligvis uakseptable realiteten, adresseres ikke i pakkeforløpene. I stedet for skaper de en forventning om at negative behandlingsresultater kan avverges med bruk av feedbackverktøy, målepunkter og risikovurderinger av pasienten.

Det henger kanskje sammen med den udokumenterte påstanden i bakgrunn for pakkeforløpene om at tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser er godt utbygd (4). Påstanden står i kontrast til studier som viser at 30 % av henvisninger til spesialisthelsetjenesten blir avvist uten undersøkelse og at 80 % av de som strever med depresjon og angst ikke oppsøker eller får riktig hjelp (5, 6).

Må kunne velge virksom behandling

10 % av befolkningen har blitt utsatt for potensielt traumatiserende opplevelser i barndommen. Dette er den viktigste enkeltårsaken til mange psykiske lidelser (7). Vi bør prioritere å utvikle tjenestetilbud som kan løse dette folkehelseproblemet, fremfor å bruke ressurser på koordinering mellom tjenester som ikke finnes. Det er ikke nok at traumene anerkjennes, de må bearbeides. Hva kan gjøres?

Et tiltak som kan ha større bevisstgjørende effekt enn pakkeforløp er en nasjonal informasjonskampanje med mennesker med utviklingstraumer som hovedmålgruppe. I kampanjen bør årsaker og opplevde symptomer av utviklingstraumer beskrives med et ikke-objektiverende språk. Dersom kampanjen også formidler forståelse for at mange kan ha blitt retraumatisert ved tidligere kontakt med psykisk helsevern, kan den bidra til at flere gjenoppretter tillit til helsevesenet og søker nødvendig hjelp.

For å forhindre at personer med behandlingsbehov nektes rett til helsehjelp fordi de ikke passer inn i diagnosekategoriene, bør utviklingstraumer inkluderes som tilstand i prioriteringsveilederen. Det bør stilles krav til kompetanse på utviklingstraumer for kommunepsykologer, slik at personer med utviklingstraumer er sikret et kompetent kontaktpunkt i helsevesenet som kan utrede, behandle og eventuelt henvise til spesialisthelsetjenesten. Det bør også vurderes kompetansehevende tiltak for fastleger.

Internasjonale anbefalinger fremhever at bearbeiding av traumer er avgjørende for at utviklingstraumatiserte personer skal oppleve tilfriskning (8). En grunnleggende utfordring for disse personene er dessuten vansker med å regulere følelser, særlig når de utsettes for traumepåminnere (9).

Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) er en kostnadseffektiv kompleks følelsesfokusert terapiform som har teknikker for å identifisere og bearbeide relasjonelle og emosjonelle traumer på en måte som forhindrer retraumatisering. Dette er ikke operasjonalisert i andre terapiformer. Metoden kan også vise til svært gode resultater på tvers av diagnoser og komorbide symptomer, også for såkalte behandlingsresistente pasienter (10).

For at utviklingstraumatiserte pasienter skal kunne velge virksom behandling, bør det etter min mening videreutdannes terapeuter innen intensiv dynamisk korttidsterapi til alle poliklinikker og døgninstitusjoner. Det vil bidra til å dreie samfunnsoppdraget i psykisk helsevern fra misvisende økonomiske resultatmål til bærekraftige behandlingsmål – til beste for pasient, pårørende, helsepersonell og samfunn.

LITTERATUR:

1. HelseDirektoratet. Pakkeforløp psykisk helse og rus (høring). Høringsutkast. <https://helseDirektoratet.no/horinger/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus-horing#horingsutkast> (15.5.2018).
2. Norges offentlige utredninger. Bedre beskyttelse av barns utvikling – Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet. NOU 2012:5.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/e212cdbe211d4e699983049c3070870e/no/pdfs/nou20122012005000dddpdfs.pdf> (15.5.2018).

3. Aas M. Langtidsvirkninger av barndomstraumer. *Langtidsvirkninger av barndomstraumer*. Tidsskr Nor Psykol Foren 2017; 54: 936 - 9.
4. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Bakgrunn og mandat. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#bakgrunn-og-mandat> (15.5.2018).
5. Storvik AG. Tusenvis avvises i psykisk helsevern – uten undersøkelse. *Dagens Medisin* 15.8.2017. www.dagensmedisin.no/artikler/2017/08/15/tusenvis-avvises-uten-undersokelse/ (15.5.2018).
6. Hanger MR. De fleste med angst eller depresjon får ikke behandling. *Dagens Medisin* 6.12.2017. www.dagensmedisin.no/artikler/2017/12/06/de-fleste-med-angst-og-depresjon-behandles-ikke/ (15.5.2018).
7. Nordanger DØ, Braarud HC, Albæk M et al. Developmental trauma disorder: En løsning på barntraumatologifeltets problem? *Developmental trauma disorder: En løsning på barntraumatologifeltets problem?* *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2011; 48: 1086 - 90.
8. The ISTSS Expert Consensus Guideline for Complex PTSD In Adults. 2012. www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf (18.5.2018).
9. Albæk AU, Milde AM. Nevrobiologisk forståelse av traumeminner. *Nevrobiologisk forståelse av traumeminner*. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2017; 54: 951 - 7.
10. Hansen RS, Bakkevig JF, Langvasbråten B et al. Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi*. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2013; 50: 838 - 44.

Publisert: 12. juni 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0433

Mottatt 16.5.2018, godkjent 18.5.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no