

Oppfølging etter livstruende traumer – en oppgave for fagfolk?

Erfaringer med flyktninger og store transportulykker tyder på at helseoppfølging av mennesker som har vært utsatt for livstruende situasjoner, er for dårlig. Innen et år skal en prosjektgruppe i Statens helsetilsyn legge frem forslag til tiltak.



Nyheter og reportasjer

Det overordnede målet for prosjektet Traumatisk stress er å få til bedre organisering av kompetansen på området, samt å finne løsninger på hvordan man kan sikre at psykisk traumatiserte mennesker får den helsehjelp de trenger (1).

– Økning i antall flyktninger og asylsøkere, stor norsk deltakelse i internasjonalt freds- og hjelpearbeid, samt økning i grov vold, tilsier at et økende antall mennesker i Norge har vært utsatt for livstruende traumer. Fagområdet omfatter mange helseprofesjoner. Risiko for å utvikle posttraumatisk stress etter en livstruende hendelse, er en felles hatt for prosjektet. Mennesker som rammes av død med naturlig årsak, livstruende sykdom eller av livskrise, faller utenfor prosjektrammen, sier prosjektleder Ellinor F. Major i Statens helsetilsyn.

Individ og kollektiv

Bakgrunnen for prosjektet er en utredning om oppfølging av den psykiske helsen til FN- og NATO-soldater, hvor en arbeidsgruppe i Helsetilsynet foreslo en modell for overføring av kompetanse på traumatisk stress fra Forsvaret til det sivile (2). Utredninger som er foretatt blant voldsofre, flyktninger og personell som har tjenestegjort i fredsbevarende operasjoner, tyder på at psykisk traumatiserte ikke får den hjelpen de trenger, fordi kunnskap om traumatisk stress mangler og er ujevnt og tilfeldig fordelt. Både Sleipner-ulykken og Åsta-ulykken skapte inntrykk av

at oppfølgingen etter store transportulykker ikke er god nok, noe som medvirket til at spesielle problemstillinger knyttet til slike ulykker ble satt på prosjektkartet.

Ellinor F. Major tror særlig at det skorter på rutiner for å fange opp enkeltmennesket, og for å henvise videre i helsevesenet. Hun mener det må være et mål at hver kommune har et krise-team som trer i kraft ved ulykker og katastrofer.

– Det må ikke være tilfeldig om man får hjelp eller ikke, og det må ikke være opp til den enkelte å søke hjelp. Mennesker som har vært utsatt for opplevelser som kan gi traumatiske stressreaksjoner, må innkalles til helseoppfølging, gjerne i primærhelsetjenesten. Det er bred enighet om at det er det offentlige helsevesen som har ansvar for å yte hjelp ved større katastrofer, men helsevesenet må også ivareta enkeltmennesket. Her ligger det en stor utfordring, sier Major.

Hun legger til at man også må være forsiktig med å skape forventninger om sykdom og alvorlige psykiske reaksjoner dersom man ikke får eksperthjelp.

– 20–30 % vil kunne utvikle posttraumatiske stressreaksjoner etter en livstruende situasjon, men det betyr samtidig at 70–80 % ikke får det, påpeker hun. Hun minner også om at man ikke må undervurdere betydningen av sosiale relasjoner: – Nesten all forskning tyder på at sosialt nettverk er viktig for mennesker som har vært i livstruende situasjoner.

Ny beredskapslov

Ellinor F. Major fester lit til ny lov om helsemessig og sosial beredskap (3) som trer i kraft i løpet av 2001. Frem til i dag har det ikke vært noe krav om at kommuner må ha helsemessig beredskap i fredstid, men den nye loven gjelder i fred så vel som i krig. I henhold til loven plikter kommuner og fylkeskommuner å ha en plan for helseoppfølging ved ulykker og katastrofer. Den pålegger også samarbeid over kommune- og fylkesgrenser og plasserer betalingsansvar. – Et stort fremskritt, kommenterer hun.



Ellinor F. Major



Personell som har tjenestegjort i fredsbevarende operasjoner kan også bli traumatiserte. Ill. Ø. Førre

En av oppgavene i prosjektet er å kartlegge kompetansen om posttraumatisk stress i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. En undersøkelse om psykiatrisk arbeid blant flyktninger og asylsøkere gir en pekepinn på at behovet for kunnskap om traumerelaterte problemer, er stort (4). Behovet er trolig enda større i primærhelsetjenesten, tror Major. Hun mener det er viktig at helsepersonell i primærhelsetjenesten lærer å gjenkjenne faresignaler ved traumatisk stress og vet hva de skal gjøre med dem, ettersom mange først henvender seg der.

– Kompetanseutvikling innen traumatisk stress er en viktig bit av prosjektet. Dette er noe helsepersonell vil møte i sin hverdag, enten man er lege, sykepleier eller psykolog, mener Major.

Hva er god kriseintervensjon?

Helseoppfølging ved traumatisk stress er også preget av manglende samhandling.

– Det er bygd opp flere miljøer med spisskompetanse innen traumatisk stress, men det er liten kontakt mellom disse miljøene i dag, hevder Major.

Hvorvidt samordning av kompetansen vil resultere i opprettelse av en nasjonalt senter eller et nettverk, er blant spørsmålene prosjektet skal ta stilling til.

– Vi må også komme frem til enighet om hva som er god kriseintervensjon. Hvor langvarig skal helseoppfølgingen være? Hva skal

den inneholde? Hvem skal få slik oppfølging? Vi må belyse kriseintervensjon for ulike grupper traumatiserte. Forhåpentligvis kommer vi frem til en nasjonal standard, sier Major.

Hun legger ikke skjul på at diskusjonen om hvordan man bør håndtere mennesker som er utsatt for traumatisk stress, kan fortone seg som en kamp mellom psykiatri og psykologi. – Jeg håper at dette arbeidet vil bidra til å bygge bro mellom profesjonene. Vi trenger forente krefter for å tilby best mulig helsetjeneste til dem som er i risiko, mener hun.

Prosjektet er forankret i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2000. Det er opprettet en stor referansegruppe med medlemmer fra et bredt spekter av fagmiljøer, samt fra primærhelsetjenesten og fra ulike støttegrupper.

– Ingrid M. Høie, Tidsskriftet

ingrid.hoie@legeforeningen.no

Litteratur

1. Prosjekt Traumatisk stress: forslag til mandat. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
2. Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner. IK 26–31. Helsetilsynets utredningsserie 7–98. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
3. Lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (<http://odin.dep.no/archive/shdvedlegg/01/02/julet025.doc>).
4. Major EF. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3420–3.

— fakta —

Prosjektet Traumatisk stress skal blant annet:

- Kartlegge kompetanse innen traumatisk stress på nasjonalt og regionalt nivå
- Vurdere samordning av denne kompetansen
- Vurdere behovet for psykososial beredskap og oppfølging ved store nasjonale transportulykker
- Utarbeide en faglig veileder for hva som er god kriseintervensjon for ulike grupper psykisk traumatiserte
- Komme med forslag til oppbygging av denne kompetansen i primærhelsetjenesten

Prosjektet omfatter kompetanse om og helsetjeneste til flyktninger, personell som har deltatt i fredsoperasjoner eller annet internasjonalt hjelpearbeid, overlevende etter naturkatastrofer og transportulykker, mennesker som har vært utsatt for livstruende kriminalitet eller seksuelle overgrep eller som har vært holdt som gisler

For snevert prosjekt

– Det er beklagelig at plutselige dødsfall ikke er tatt med i prosjektet, sier Atle Dyregrov ved Senter for krisepsykologi i Bergen.

– Jeg tror at det er dette som rammer de fleste. Undersøkelser (1) viser at 20–30 % av de som opplever traumatisk stress utvikler posttraumatisk stresslidelse. Blant de som mister pårørende ved plutselige dødsfall som selvmord eller ulykker, er prosenttallet av de som utvikler posttraumatisk stresslidelse eller kompliserte sorgreaksjoner enda høyere (2). Det er et klart udekket behov blant disse menneskene, så denne gruppen burde ha vært med, sier Dyregrov. – Bortsett fra det, så er det bra at Helsetilsynet setter søkelys på traumatisk stress, legger han til.

– Traumatisk stress er et komplisert felt og en sykdomskategori som er vanskelig å definere. En person har objektivt sett kanskje ikke vært i livsfare, men har opplevd seg å være det. Det er også viktig med en gjennomgang av hva slags modell for beredskap vi trenger, sier han.

Ifølge Atle Dyregrov finnes det undersøkelser som konkluderer med svært positive resultater for de som har fått krisepsykologisk behandling, skjønt undersøkelsene har metodiske svakheter. Slik han ser det, trenger man både profesjonell omsorg og omsorg fra nærmiljøet.

– Det naturlige nettverket er der i begynnelsen, men ikke over tid, og på sorgreaksjoner som kan følge av traumatisk stress må man ha et livstidsperspektiv, sier han.

Dyregrov mener at kunnskapen blant allmennleger må oppjusteres slik at de kan se hvilke spesifikke behov den enkelte har. I dag er det slik at noen allmennleger er flinke, andre ikke (2). Dermed blir oppfølgingen tilfeldig, både umiddelbart og på sikt, mener Dyregrov.



Atle Dyregrov

– Vil prosjektet føre til en bedre ansvars plassering?

– Ja, absolutt. Det kan bidra til å identifisere ressursene som finnes og trekke opp hvordan man kan organisere kompetansen best mulig. Det viser seg at berørte ønsker tidlig hjelp, hjelp som strekker seg ut til dem, som går over tid samt koordinering av hjelpen (3). Tilfeldighetene råder med hensyn til hvem som får og hvem som ikke får hjelp, og aller mest svikter hjelpen til barn, mener Dyregrov.

– Ingrid M. Høie, Tidsskriftet

ingrid.hoie@legeforeningen.no

Litteratur

1. Adshead G. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 144–8.
2. Dyregrov K, Dyregrov A, Nordanger D. Omsorg for etterlatte etter selvmord. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4010–5.
3. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Rapport. Bergen: Senter for krisepsykologi, 2000.