

Ensrettet forebygging

Per Are Løkke
psykologspesialist

I dag ser vi en tilnærmet unison enighet om å satse på forebyggende arbeid og rask psykisk helsehjelp. Det er på tide å diskutere hva denne hjelpen innebærer og mulige betenkelige sider.

ET EKSEMPEL: Pilotprosjektet Rask psykisk helsehjelp ble startet av Helsedirektoratet i 2012 for at kommuner skulle tilby befolkningen over 18 år lavterskeltilbud for ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg. Hjelpen gis av et tverrfaglig team i hver kommune (5 stk.) som en psykolog har ansvaret for. Tilbudet baserer seg på kognitiv terapi. Alle som jobber med rask psykisk helsehjelp, har gjennomført en videreutdanning i kognitiv terapi i regi av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT).

Målet med Rask psykisk helsehjelp er å øke andelen av mennesker med psykiske lidelser som søker, og mottar, profesjonell hjelp. Behandlingen skal redusere symptomene og styrke både funksjonen og livskvaliteten for de som mottar hjelp. Hjelpen skal være lett tilgjengelig, gratis, og det kreves ikke legehenvielse og heller ikke diagnose. Rask psykisk helsehjelp er bygd på den britiske modellen *IAPT (Improving Access to Psychological Therapies)*. Alle kommuner i England har opprettet et slikt tilbud. I 2015 er Rask psykisk helsehjelp opprettet i 18 pilotkommuner. Utgangspunktet er den britiske modellen, som tilpasses norske forhold. Hvis prosjektet evalueres som vellykket, vil det implementeres et slikt tilbud i alle kommuner i Norge. Rask psykisk helsehjelp evalueres av *Folkehelseinstituttet*.

Vi står altså overfor en mulig gigantsatsing knyttet til implementering av et høyst spesialisert lavterskeltilbud i 428 kommuner. Da IAPT ble implementert i England, oppsto det en voldsom debatt. Prosjektet har blitt kritisert både ved implementering og underveis, også av den britiske psykologforeningen, og det er stadig nye opprop mot en slik ensretting av behandlingstilbud. Kritikken dreier seg om at kun ett psykologisk miljø med én spesialisert metode, først skal sertifisere tusenvis av legterapeuter som deretter skal behandle alle pasienter på samme måte. Hvorfor har det ikke oppstått diskusjon rundt dette prosjektet i Norge?

Jeg spør om det er helsepolitisk klokt at kun ett fagmiljø får ansvar for å bygge opp et slikt lavterskeltilbud. Angst, depresjon og søvnvansker kan handle om myriader av ulike livssituasjoner og være knyttet til alle slags problemstillinger. Ville det ikke vært mest fornuftig at kommunene tilbyr forskjellige typer hjelp, hvor mangfold og variasjon vektlegges? Brukerforeningene ønsker nettopp et bredt hjelpetilbud, og de uttrykker en stigende misnøye med den tvangen som ligger implisitt i standardiserte manualer.

Er det helsepolitisk klokt at kun ett fagmiljø får ansvar for å bygge opp et slikt lavterskeltilbud?

Prosjektet markedsføres som diagnosefritt. Men for å få plass i prosjektet må alle krysse av på symptomlister for å finne ut om de har lettere eller moderate depresjoner. Dette høres ut som en form for snikdiagnostisering. Medikalisering og sykeliggjøring av befolkningen har i dag vokst frem som et stort samfunnsproblem. Prosjekter som setter navnet angst og depresjon på lettere psykiske livsproblemer, kan være med på å sykeliggjøre befolkningen ytterligere. Jeg arbeider tilfeldigvis i en

kommune som har et slikt pilotprosjekt. Jeg har allerede møtt to 18-åringer som har vært innom rask psykisk helsehjelp og fått konstatert at de lider av angst og depresjon. Ungdommene opplever selv at de har fått en diagnose som tilsier at de har en psykisk lidelse. Da hjelper det ikke at prosjektet understreker at det opererer utenfor diagnoselogikken.

Det er vanskelig å skille alvorlighetsgrad når det gjelder psykiske lidelser. Her spiller mange faktorer inn. Under Schizofrenidagene 2015 kalte professor Ulrik Malt praksisen med helsearbeidere som diagnostiserer via tellelister, for et ufaglig og kunnskapsløst tombola. Vi ser også at mange fastleger er fanget i tellelistelogikken, som igjen fører til at medisineringen av ungdom (jenter) med depresjon øker dramatisk.

Jeg mener at forebyggende helsearbeid og lavterskeltilbud som gis innenfor førstelinjetjenesten, burde være fri fra diagnostisk tenkning, og basert på en tenkning omkring normalitet som bekrefter variasjon og mangfold.

Proponenter for kognitiv adferdsterapi pleier å profilere metoden som bedre enn andre metoder fordi fremgangsmåten baserer seg på randomiserte og kontrollerte studier. På tross av idealet om RCT-metodikk har verken IAPT i England eller det norske Pilotprosjektet blitt sammenliknet med andre metoder. Vi vet derfor ikke om dette virker, heller ikke om det virker bedre eller dårligere enn andre tilnærminger. Det finnes heller ikke evidens for at «rask psykisk helsehjelp» har virkning på lang sikt.

Bør vi ikke derfor først drøfte og sammenligne forskjellige metoder, før vi havner i England? «Familiehjelpa» i Stange er for eksempel drevet etter helt andre tanker knyttet til hva et lavterskeltilbud bør være, enn «Rask psykisk helsehjelp».

Bør vi ikke også diskutere forebyggingens eventuelle negative sider? Den største økningen av diagnoser i dag er knyttet til lettere psykiske lidelser. Salg av symptommetoder har blitt business. Vi er vitne til en tiltagende overbudspolitikken både når det gjelder å selge inn forekomsten av «psykiske lidelser» og «effekten av metoder». I mine øyne balanserer mange forskere på en etisk grense når de selv er sentrale aktører i å sykeliggjøre befolkningen via symptomtelling.

Resultatet er at det oppstår et angstdrevet klima hvor det på politisk nivå blir viktigere å redusere den totale forekomsten av lettere psykiske lidelser enn å hjelpe de som har det aller vanskeligst. Den politisk styrte implementeringen fører også til at lokalt innarbeidede tiltak knyttet til lavterskeltilbud legges ned eller må leve på nåde avhengig av hvilke politikere som rår. Den hederlige ambisjonen om å skape likhet og rettferdighet kan isteden ende opp i vilkårlighet og reduksjon i tilbudene til svakere grupper.