

Behandlingsløp

Behandling under press

Øystein Helmikstøl

journalist i Psykologtidsskriftet

Stian Foss

Nora Skjerdingsstad

redaksjonssekretær

Korte behandlingsløp er dårlig samfunnsøkonomi, tror erfaren behandler. Men spørsmålet om kort eller lang behandlingstid er ikke det viktigste, ifølge behandlingsforsker.

– Psykisk helsetjeneste opplever et press på ressurser, hører vi fra samarbeidende tjenester. De forteller om stor pågang av antall henvisninger til poliklinikkene, og at det til tider kan føles overveldende både for ledere og terapeuter å håndtere.

Det sier forsker Karina Egeland ved seksjon for implementering og behandlingsforskning på NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress). Egeland har doktorgrad i implementering av kunnskapsbasert praksis i psykisk helsetjeneste.

2400 psykologer oppga i fjor at vilkårene for å yte god behandling er under sterkt press, ifølge Norsk psykologforening. Behandlerne oppga at de ikke har nok tid til å gi god utredning og behandling, samhandling eller behandle samsykelighet. Pasienter må skrives ut før de er ferdigbehandlet, for å gi plass til nye, kom det fram i undersøkelsen. Psykologtidsskriftet har bedt helseminister Bent Høie kommentere dette, men departementet henviser til Helsedirektoratet.

– Hvilken behandlingstilnærming som er egnet for den enkelte pasient, skal være basert på en faglig vurdering av pasientens tilstand og funksjon, og avklares i samråd med pasienten, sier avdelingsdirektør Tor Erik Befring i Helsedirektoratet til Psykologtidsskriftet.

Tid, lang tid

– Vi ser at vi får flere og flere pasienter, men vi har ikke mannskap nok

I maiutgaven fortalte Psykologtidsskriftet historien til Jarle Holseter, som ble utsatt for overgrep av en tillitsperson i bygda der han vokste opp.

Holseter råder utsatte menn til å få hjelp av traumepsykologer, og vil at psykologer skal bruke tid på å bli kjent med pasienten. Han fikk hjelp av kommunepsykolog Kim Stampe i Grimstad, og etter hvert også psykologspesialist Rune Hartgen på DPS Strømme ved Sørlandet sykehus.

– Hjelpen jeg fikk, var livreddende for min del, sier Holseter i dag.

Psykolog Rune Hartgen er nettopp et eksempel på en terapeut som får lov til å ha lange behandlingsløp med pasienter innenfor rammene på et Distriktpsikiatrisk senter. Han har rundt 25 pasienter i behandling, som han møter 45 minutter ukentlig. Det er i all hovedsak kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Hartgen har jobbet på DPS Strømme i 12 år.

– Jeg kom raskt inn i traumefeltet da jeg begynte her.

Jeg har fått lov å ha lange behandlingsløp for denne pasientgruppen i hele perioden jeg har vært ansatt, sier Hartgen.

De siste årene har DPS Strømme fått inn stadig flere henvisninger, ifølge Hartgen. Han merker et økt press for kortere behandlingsløp og frykter at man etter hvert får mindre mulighet til å tilby behandlinger med noe lengre varighet.

– *Hvordan ser du på det?*

– Jeg håper at jeg fortsatt kan få drive med langvarige behandlingsløp. Det vi har gjort for å ha muligheten til å gjennomføre lengre behandlingsløp ved DPS Strømme, er blant annet å forholde oss strengt til prioriteringsveilederen. Tommefingerregelen sier at milde til moderate tilstander skal behandles i kommunen, mens moderat til alvorlig symptombelastning skal behandles i spesialisthelsetjenesten.

Hartgen opplyser at DPS Strømme har forholdt seg strengt til de mulighetene prioriteringsveilederen gir, for å kunne anbefale kommunal oppfølging. Dette for at de skal prøve å sikre at de har de «riktige» pasientene i behandling.

– Da kan det jo være at vi får en henvisning inn, der det har skjedd seksuelle overgrep, men at symptombildet ikke tilsier at det er moderat til alvorlig. Da kan denne pasienten faktisk få

– *Jeg håper at jeg fortsatt kan få drive med langvarige behandlingsløp*

avslag og bli overlatt til kommunen, sier han.



Det faktum at DPS Strømme får holde på så lenge med visse lidelser, tror Hartgen er litt spesielt i forhold til poliklinikker flest.

– Jeg ser at en del andre DPS-er har valgt å legge seg på en annen linje. De tar inn langt flere pasienter per behandler. Med det resultat at man smører det litt tynt utover, som betyr at du ikke kan treffe pasientene hver uke, men hver andre eller tredje uke.

Da kan det etter Hartgens mening bli lite effektive terapier.

– Dette er en stor debatt i behandlermiljøet. Vi ser at vi får flere og flere pasienter, men vi har ikke mannskap nok. Vi får ikke nye stillinger.

To til fire år

– *Hvorfor mener du at lange behandlingsløp for overgrepsofsatte er så viktig?*

– Hvor langt behandlingsløp man trenger, avhenger i stor grad av hva slags type lidelse det er snakk om. Vi ser jo for eksempel svært effektive og kortvarige behandlingsløp for angst- og tvangslidelser. Det har dukket opp komprimerte løp som går over få dager, og som fungerer godt.

– *Hvor lange behandlingsløp snakker vi om?*

– Typisk for mine pasienter er mellom to og fire år. Jeg tenker at det ikke er spesielt mye for denne pasientgruppen. Jeg ser at så lang behandling som regel må til for denne pasientgruppen.

– *Kan du fortelle om behandlingen du tilbyr?*

– Jeg følger opp pasienten jevnlig og lærer personen godt å kjenne. Det er avgjørende for utfallet av terapien at pasienten føler en trygghet i relasjonen til behandler. Å klare å stole på andre mennesker er en særlig utfordring for denne pasientgruppen. Jeg jobber ut fra en modell som kalles faseorientert traumebehandling. Dette er en allment akseptert måte å tenke traumebehandling på. Fase 1 er stabiliseringsarbeid, fase 2 bearbeiding og fase 3 integreringsarbeid.

I praksis starter man med stabiliseringsarbeid. Senere løper særlig fase 1 og 2 parallelt gjennom store deler av behandlingsløpet. Stabiliseringsarbeid innebærer blant annet å hjelpe pasienten til å regulere seg selv i forhold til påtrengende minner som flashbacks og mareritt, hyper- og hypoaktivering og affektiv dysregulering. Bearbeiding, der det er indisert, handler om å gå mer inn i detaljene i de traumatiserende hendelsene, og arbeide gjennom disse for å forsøke å oppnå en større kognitiv og emosjonell distanse til hendelsene. Fokus på selvivaretagelse og forholdet til andre mennesker er også sentralt.

– Dårlig samfunnsøkonomi

Pasientene som har det Hartgen velger å bruke uttrykket «komplekse traumelidelser», eller kompleks PTSD (posttraumatisk stresslidelse) om, har vært utsatt for gjentatte relasjonelle traumer, for eksempel seksuelle overgrep, over tid.

– Dette er komplekse tilstander med sammensatte utfordringer, som har en gjennomgripende innvirkning på pasientens liv, og som krever langvarig behandling. Andre tilstander en gjerne ser i DPS, og som krever behandling over tid, er personlighetsforstyrrelser og dissosiative tilstander.

Det er også relativt høy komorbiditet mellom kompleks PTSD, visse personlighetsforstyrrelser og dissosiative tilstander, påpeker Hartgen.

Han har et klart budskap til helsemyndighetene om den pasientgruppen han kjenner best:

– Å generelt satse på kortere behandlingsløp for disse pasientene er antakelig dårlig samfunnsøkonomi, i tillegg til at det er et svik mot de som har behov for terapi av lengre varighet, mener Hartgen.

Han understreker at skadene etter overgrep ofte er gjennomgripende.

– Disse folkene er så plaget at vi med korte løp risikerer å få dem tilbake igjen etter relativt kort tid. Jeg ser med jevne mellomrom at pasientene jeg får, blir henvist med en annen problemstilling eller diagnose. De har ofte en historikk i psykisk helsevern og har vært innom flere ulike løp og kan

tidligere ha fått diagnoser som depresjon, generalisert angst, bipolar lidelse eller ADHD-diagnoser. Da tenker jeg: Kanskje kan dette bety at det egentlige problemet ikke er avdekket, kanskje fordi de var for kort tid inne i et behandlingsløp.

12 timer, 20 timer

Behandlingsforsker Karina Egeland ved NKVTS legger mer vekt på symptom bildet og behandlingsformen enn varigheten på behandlingen av traumelidelser. Man begynner i feil ende når man snakker om at det er en fordel med lange behandlingsforløp i denne konteksten, mener hun. Først bør man kartlegge for traumer, for deretter å kartlegge om det er traumene eller noe annet som bør behandles.

– Mye forskning viser at kortere behandlingsforløp kan fungere veldig bra. Og særlig innenfor PTSD snakker man om 12 timer for visse typer behandling



– Begrepet «komplekse traumelidelser» brukes dessverre litt tilfeldig. Ut fra kriteriene for kompleks PTSD i henhold til ICD-11-kriteriene viser både forskning og våre erfaringer at disse pasientene kan få god PTSD-behandling innenfor vanlige forløp, det vil si korttidsbehandling på 12 - 20 timer, sier Egeland.

Hun opplyser at det samme gjelder dersom «komplekse traumelidelser» betyr pasienter med primært PTSD-plager, men der det er relatert til en «kompleks» traumehistorie (repeterte traumer, langvarig traumatisering, seksuelle overgrep, osv.), eller hvis det er innslag av dissosiative plager eller komorbide lidelser, for eksempel depresjon og rus.

– Ved mer alvorlig dissosiativ problematikk kan det være mer krevende. Disse pasientene kan ofte ha plager som går over i psykosevansker, og vil dermed ha behov for mer langvarige og omfattende tjenester.

framhe– Hvilken behandlingstilnærming som er egnet for den enkelte pasient skal være basert på en faglig vurdering av pasientens tilstand og funksjon, og avklares i samråd med pasienten



Foto: Eline Korsnes Sundal/Helsedirektoratet

Ofte brukes imidlertid «komplekse traumelidelser» veldig vidt, ifølge Egeland, også om pasienter som ikke primært har PTSD-plager, men et bredt spekter av symptomer og relasjonelle vansker som muligens er relatert til traumeopplevelser. Behandlingsforskeren forteller at dette kan være utfordrende for tjenestene, da ofte både problematikk og motivasjon for behandling er uklare. Her er det utfordringer knyttet til både forståelse, utredning og behandling.

– Mye forskning viser at kortere behandlingsforløp kan fungere veldig bra. Og særlig innenfor PTSD snakker man om 12 timer for visse typer behandling.

Sammensatt gruppe

Helseminister Bent Høie har også fått anledning til å kommentere hva han mener om kortere behandlingstilnærming som dette, men departementet henviser også her til Helsedirektoratet.

– Å bli utsatt for seksuelle overgrep er en belastning som kan medføre utvikling av behandlingstrengende helsetilstander. Dette er avhengig av flere faktorer, blant annet faktorer knyttet til selve hendelsen, om det eventuelt er gjentagende erfaringer, alder hos den utsatte og kjennskap til overgriper, sier Tor Erik Befring i Helsedirektoratet, som påpeker at pasienter utsatt for seksuelle overgrep derfor er en sammensatt gruppe med ulike behandlingsbehov.

– En del vil nyttiggjøre seg av et avgrenset tilbud i form av psykososial oppfølging i etterkant av hendelsen. Andre vil ha behov for behandling av symptomer eller lidelser som følge av hendelsen, sier Befring.

NKVTS implementerer to av de mest anbefalte behandlingsmetodene for PTSD i voksenpsykiatriske poliklinikker over hele landet, ut fra internasjonale retningslinjer – det finnes ifølge Egeland ikke norske retningslinjer her.

Ved for eksempel EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) og kognitiv terapi for PTSD snakker man om rundt 12 timer for vanlig PTSD. Er det kompleks PTSD, kan man øke til rundt 20 timer.

– Men her er det ingen fasit. Det kommer helt an på personen man har foran seg, og hva slags symptomer man har, presiserer hun.

Utfordrer terapeuter

Egeland vil gjerne utfordre terapeuter på hva man skal fokusere på i behandling, men sier samtidig at det er terapeuten som har spesialkompetanse på hva pasienten trenger.

Hun trekker fram tre elementer som må være med i vurderingen av hvilken type behandling pasienten skal få: Hva sier forskningen om hva som er god behandling for denne type lidelse? Hvilke behov har pasienten, og hva slags ekspertise har terapeuten?

Kartlegging

Egeland framhever god kartlegging, og på bakgrunn av den må man gjennomføre god behandling ut fra de faglige retningslinjene.

– Etter endt behandling er det viktig å vurdere hva slags oppfølging pasienten skal få videre. Alt dette ligger inne i pakkeforløpene. Det er en veldig god måte å systematisere tjenestene på, mener hun.

SINTEF har evaluert pakkeforløpene. Sentrale funn er at mange opplever at pakkeforløp fører til økt negativt arbeidspress og mer tid på administrasjon. Fagsjef Åste Herheim i Psykologforeningen framhever i et intervju på foreningens nettsider at rapporten slår fast at ett år med pakkeforløp i psykisk helse og TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser) verken har gitt bedre pasientbehandling eller mindre arbeidspress.

Egeland kjenner til kritikken mot pakkeforløpene. Hun mener imidlertid at dette har mer å gjøre med svakheter i implementeringen av pakkeforløpene, heller enn at pakkeforløpene i seg selv er et problem.

– Det har generelt vært manglende kartlegging av traumer og PTSD. Dette anbefales nå i pakkeforløpene.

Ved å systematisk kartlegge alle pasienter for traumer og symptomer på posttraumatisk stress vil man raskere kunne fange opp de som sliter med PTSD, og som bør få tilbud om kunnskapsbasert behandling for PTSD, påpeker Egeland.

– Men systematisk kartlegging kan også fange opp de som har opplevd traumer, men som har andre symptomer som heller tilsier at man kan ha behov for annen type behandling, sier hun.

Skeptisk

Tilbake til psykologspesialist Rune Hartgen ved Strømme DPS: Han trekker også fram at det for angst og tvang er kommet korte behandlingsløp.

– Finnes det slike korte, nye løp også for overgrepsofsatte, som helsemyndighetene vil at du skal drive med?

– Ja, det har vært gjort forsøk på mer målrettet utdanning av traumepsykologer, med såkalt evidensbaserte metoder. Det tenker jeg er nyttig.

Men selv om man lærer seg noen manualbaserte metoder for bearbeiding, mener han like fullt at dette vil ta tid.

– Jeg jobber selv hovedsakelig etter en metodikk for bearbeiding som heter EMDR. Da den metoden kom, var det mye blest rundt at den var veldig effektiv og lite tidkrevende. Den ble også omfavnet av myndighetene.

Men bearbeiding er ifølge Hartgen bare ett trinn i behandlingstrappa for disse pasientene.

– Selv om en behandling er manualbasert, presumtivt veldig effektivt og myndighetene vil at vi skal bruke det, så kan man ikke regne med at disse pasientene er ferdigbehandlet på 20 timer, sier Hartgen.

Aktuelt / Nyheter

- Symptomene betyr mer enn traumeerfaringene

Sandra Ekelund Eidhammer og kollegaer var nysgjerrige på om TF-CBT kunne hjelpe barn med kompleks PTSD. For det ble de belønnet med Bjørn Christiansens minnepris.

TEKST
Per Olav Solberg

PUBLISERT
2. juni 2020

I slutten av april i år fikk Eidhammer en hyggelig telefon fra Håkon Skard, president i Norsk psykologforening. Han gratulerte, og meddelte at Eidhammer og kollegaer var vinnerne av årets minnepris i Psykologtidsskriftet.

– Det var veldig moro og overraskende. Og utrolig stas at en artikkel om traumer og barn, som er en sårbar gruppe, får denne typen oppmerksomhet, sier hun.



PRISVINNER Lite visste Sandra Ekelund Eidhammer om at hennes og Håkon Larsen Jahrs hovedoppgave fra studiet, som senere ble bearbeidet til en vitenskapelig artikkel, skulle gå helt til topps i Psykologtidsskriftets kåring av beste vitenskapelige artikkel. – Jeg vil takke veilederne våre, Ines Blix og Tine Jensen, for både muligheten og hjelpen vi fikk med artikkelen, sier Eidhammer. Foto: St. Olavs hospital - Trondheim

PSY
KOL
OGI

MENY
LOGG INN
SØK

STILLINGSANNONSER
KUNNSKALENDEREN

Prisvinnere om behandling: Sandra Ekelund Eidhammer og kollegaer var nysgjerrige på om TF-CBT kunne hjelpe barn med kompleks PTSD. Artikkelen ble belønnet med Bjørn Christiansens minnepris. Barna (mellom 6 og 18 år) som har deltatt i studien, har alle mottatt TF-CBT, og denne behandlingsformen gjennomføres vanligvis i løpet av 12–15 timer.