

Den kronglete veien frem til effektiv behandling

Effektiv behandling for psykiske lidelser finnes, utfordringen er å få den tilgjengelig i befolkningen. I andre del av artikkelserien «Psykologi og samfunn» beskriver Arnstein Mykletun og andre fra HEMIL-senteret de fem flaskehalsene som kan holde personer med en psykisk lidelse borte fra den virksomme behandlingen.

PSYK
KOL
OGI

TEKST

Arnstein Mykletun

Jens Skogen

Ann Kristin Knudsen

PUBLISERT 5. mai 2010



TRAKT: Kun et fåtall får den beste tilgjengelige behandlingen.

Illustrasjon: Oda Valle

FAKTA: TILGJENGELIGHET

FAKTA: TILGJENGELIGHET

- Mange psykiske lidelser kan i dag behandles effektivt uten medikamenter
- Bruken av psykofarmaka ved vanlige psykiske lidelser er likevel nesten femdoblet siden tidlig på 90-tallet
- Å gjøre den beste behandlingen tilgjengelig for flest mulig er avgjørende i et folkehelseperspektiv

Alle kan i dag i praksis når som helst gå til legen for hva som helst. Mens det allmenmedisinske tilbudet til befolkningen er godt utbygd, gjenstår det mye før det psykiske helsetilbudet er på et tilsvarende nivå. Dette er tankevekkende når man vet at en av tre voksne tilfredsstiller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år, hvorav majoriteten har angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser (Mykletun et al., 2009b). Konsekvensene av psykiske lidelser i form av uførhet (Mykletun & Øverland, 2006) og dødelighet (Mykletun et al., 2009a) er betydelige og undervurderte. Basert på en fersk rapport fra Folkehelseinstituttet (Mykletun et al., 2009b) vil vi denne gang se nærmere på behandling av psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv.

En person med en psykisk lidelse må passere hele fem flaskehals for å få tilgang til den virksomme behandlingen:

Flaskehals 1: Folk må søke hjelp

Den første utfordringen består i å få personer med psykiske lidelser til å søke hjelp. Psykiske lidelser er ofte langvarige, reduserer livskvaliteten og ledsages av ulike somatiske symptomer. Mange søker ikke hjelp i det hele tatt, og hjelpsøking er lavest ved depressive lidelser uten angstsymptomer (Roness et al., 2005).

Flaskehals 2: De som trenger det, må få behandling

Psykiske lidelser ledsages som sagt ofte av somatiske symptomer, og når personer med psykiske lidelser oppsøker sin allmennlege, er det ofte disse det legges vekt på. En utfordring for allmennlegen er derfor å gjenkjenne når disse symptomene skyldes psykiske lidelser. Mange psykiske lidelser blir derfor underdiagnostisert (Thompson et al., 2000).

Foreskrivning av antidepressiva er nesten femdoblet i Norge siden 1993 (Rønning et al., 2009), og mesteparten av denne foreskrivningen gjøres av allmennleger (Kjosavik et al., 2009) uten at dette har ført til noen tilsvarende nedgang i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen (Kessler et al., 2005). Mange får forskrevet slike medikamenter på grunnlag av milde tilstander, eller tilstander som ikke tilfredsstiller kliniske nivåer (Kessler et al., 2005), mens medikamentene har best virkning ved alvorlig depresjon, og trolig ikke effekt utover placebo ved milde nivåer (Kirsch et al., 2008). Konsekvensen av overbehandling er at helseressurser brukes feil, folk mottar behandlinger som kan

medføre unødige bivirkninger, og manglende presisjon kan bidra til å redusere tilliten til behandlingsapparatet.

Majoriteten av mennesker med et betydelig symptomtrykk blir imidlertid ikke behandlet (Roness et al., 2005; Zachrisson et al., 2006). En intervjuundersøkelse fant at blant 100 allmennleger etterspør 40 % bedre kompetanse i diagnostisering og behandling av psykiske lidelser (Mykletun et al., 2010). Imidlertid har studier vist at opplæring av allmennleger i form av kurs alene ikke økte presisjonen nevneverdig (Thompson et al., 2000). Det er derfor viktig at opplæringstiltak er omfattende, og at de tar form av veiledet klinisk praksis hvor allmennlege og psykolog/psykiater ser pasienten sammen (Gilbody et al., 2003).

Flaskehals 3: Allmennlegen må få større verktøykasse

Det vanligste tilbudet til mennesker med milde psykiske lidelser er farmakologisk behandling og støttesamtale med allmenlege (Olsson et al., 2006). Mange allmennleger etterlyser imidlertid større anledning til henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten, samt bedre samarbeid med andrelinjetjenesten (Mykletun et al., 2010), noe som kan tyde på at de opplever egen mulighet til å gi adekvat behandling som en utfordring.

Flaskehals 4: Behandlingen må gjennomføres

Når behandling er iverksatt for en pasient, er dropout neste utfordring. Antidepressiver har en rekke bivirkninger, og omtrent 40 % av foreskrevne psykofarmaka for depressive lidelser blir ikke tatt (Lingam & Scott, 2002). Pasienter ønsker ofte psykologisk behandling (Layard 2006), men dette er for de fleste ikke tilgjengelig på grunn av mangelfull henvisningskapasitet eller begrenset tid og/eller kompetanse hos allmennlegen selv. Dropout er også en vanlig utfordring i psykologisk behandling (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

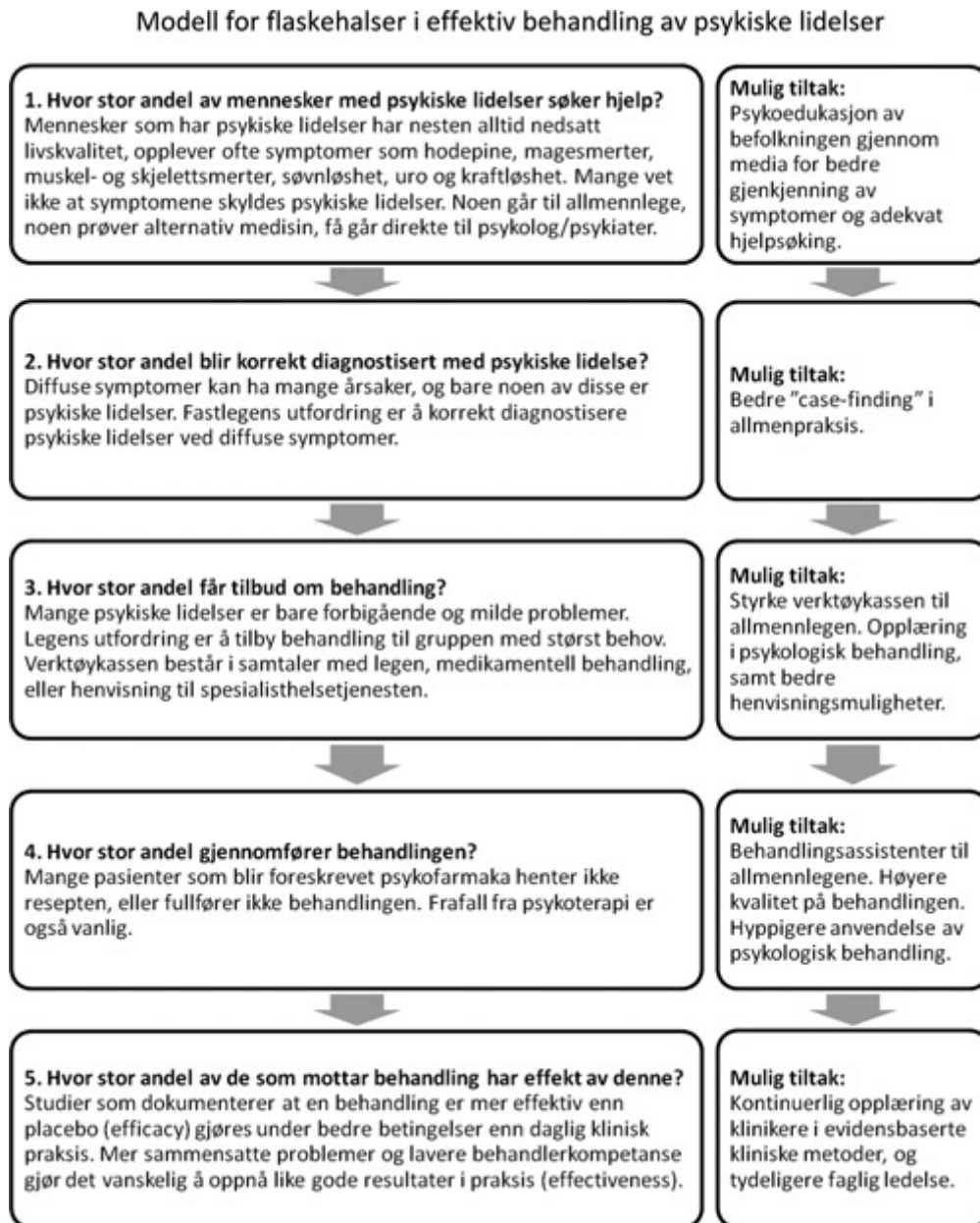
Flaskehals 5: Behandlingen må være virksom

I evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse var en av hovedkonklusjonene at kvantiteten i behandlingsapparatet er styrket, men at det gjenstår utfordringer i forhold til kvaliteten på tjenestene som ytes (Forskningsrådet 2009).

Dagens behandlere i den psykiske spesialisthelsetjenesten har betydelig autonomi i valg av behandlingsform og type etterutdanning, og er trolig mer selvstendige i forhold til strategiske valg av behandlingsformer enn hva som er vanlig innenfor andre medisinske spesialiteter. I dag behandles angstlidelser med en rekke ulike tilnærminger, noe som trolig er suboptimalt. Det foregår en løpende diskusjon i sentrale fagmiljøer om hvorvidt det skal legges mer vekt på bruk av evidensbaserte behandlingsmetoder. Tydeligere faglig veiledning og ledelse kan være et effektivt virkemiddel for å fremskynde at behandlere velger behandlingsstrategi basert på hva som er vist å være effektivt gjennom gode studier.

Kronglete vei

Veien frem til effektiv behandling kan altså være lang og kronglete. Alle leddene i den omtalte behandlingsskjeden er sårbare og lite treffsikre. Siden man må komme seg igjennom hele labyrinten for å oppnå betydelig bedring, vil overveldende mange (og kanskje til og med de fleste) med psykiske lidelser aldri motta og gjennomføre en effektiv behandling. Grunnen til dette er ikke at behandling for psykiske lidelser ikke er effektivt. Problemet ligger primært i de fire første leddene i modellen.



Figur 1. De fem flaskehalsene som kan hindre tilgang til effektiv behandling, og mulige bedringstiltak.

God behandling for psykiske lidelser finnes nemlig. Psykologiske og farmakologiske behandlinger har blitt vesentlig forbedret i de siste 30 årene (Nathan & Gorman, 1998). Det er selvsagt viktig å stadig forbedre kvaliteten av både psykologiske og farmakologiske tiltak mot psykiske lidelser. I et befolkningsperspektiv er imidlertid utfordringen i første rekke å få gjort virksom behandling tilgjengelig for befolkningen

(Thornicroft, 2007). Pasientene med de mest alvorlige psykiske lidelsene (for eksempel schizofreni) har hovedsakelig et behandlingstilbud, mens for de vanligste formene for psykiske lidelser (angstlidelser og depressive lidelser) er tilbudet om behandling langt mindre dekkende (Layard, 2006).

Kanskje har vi som følge av helseprioriteringer i Norge overvurdert effekten av psykofarmaka ved vanlige psykiske lidelser. Bruken av slik behandling er nesten femdoblet siden de moderne antidepressivene ble introdusert tidlig på 90-tallet. Dette binder opp betydelige ressurser som kunne vært brukt til andre formål. Evidensbasert psykologisk behandling er svært effektivt og underutnyttet. Utfordringene er altså å få den gode eksisterende behandlingen ut til befolkningen, snarere enn å utvikle bedre behandlinger.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 5, 2010, side 444-446

TEKST

Arnstein Mykletun, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

KONTAKT: simon.overland@iuh.uib.no

Jens Skogen

Ann Kristin Knudsen

+ [Vis referanser](#)

Referanse

Forskningsrådet (2009).

: Divisjon for vitenskap.

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care - A systematic review. (23), 3145-3151.

Kessler, R., Demler, O., Frank, R., Olfson, M., Pincus, H., Walters, E., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003. (24), 2515-2523.

Kirsch, I., Deacon, B., Huedo-Medina, T., Scoboria, A., Moore, T., & Johnson, B. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. (2).

Kjosavik, S. R., Ruths, S., & Hunskaar, S. (2009). Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database.

Layard, R. (2006). Health policy - The case for psychological treatment centres. (7548), 1030-1032.

Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. (3), 164-172.

Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M., & Stewart, R. (2009a). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. , 118-125.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009b).
. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., Tangen, T., & Øverland, S. (2010). General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. (35).

Mykletun, A., & Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. (11), 1491-1492.

Nathan, P. E., & Gorman, J. (red.). (1998). . New York: Oxford University Press.

Olsson, I., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2006). Recognition and treatment recommendations for generalized anxiety disorder and major depressive episode. A cross-sectional study among general practitioners. , 340-347.

Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. (1), 51-58.

Rønning, M., Sakshaug, S., Strøm, H., Berg, C. L., Litleskare, I., Blix, H. S., et al. (2009). . Oslo: Folkehelseinstituttet.

Thompson, C., Kinmonth, A. L., Stevens, L., Peveler, R. C., Stevens, A., Ostler, K. J., et al. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. (9199), 185-191.

Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. (9590), 807-808.

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. (2), 190 -195. Zachrisson, H. D., Rodje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. [Article]. , 7.