

Forskerblikk på pakkeforløp



Tre psykologiforskere forklarer muligheter og farer forbundet med de kommende pakkeforløpene i psykisk helse.

TEKST

Per Olav Solberg

PUBLISERT 3. juni 2016

Nyanserte forløp avgjørende for suksess

Pakkeforløpene må ikke defineres for snevert, mener Helene Amundsen Nissen-Lie.



HELENE AMUNDSEN NISSEN-LIE er psykologspesialist og førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Hennes faglige interesser er blant annet psykodynamisk terapiteori, generelle endringsmekanismer i psykoterapi og terapeutisk relasjon/allianse. Foto: Ola Gamst Sæther

- Hvordan bør pakkeforløpene utformes for å fungere best mulig for ulike psykiske lidelser? Hvilke lidelser bør eventuelt ikke inngå i pakkeforløp – og hvorfor ikke?
- Pakkene bør fungere som et rammeverk der pasienter med psykiske lidelser får et forutsigbart forløp, der både utredning og behandling inngår. Ingen diagnoser bør utelukkes etter mitt skjønn, men man må innse at komplekse lidelser og kombinasjoner av ulike diagnoser krever noe annet enn mer avgrensede tilstander. En ny amerikansk studie viser for eksempel at over 70 prosent av pasientene har komorbide tilstander.
- Hele poenget er at pakkene ikke må bli for snevert definert ut fra tankegangen ‘én diagnose, én gitt behandlingsmetode, i et gitt tidsrom’. Diagnoser spesifiserer ikke en enkelt årsak som utelukker andre årsaker. La oss ta depresjon som eksempel: Noen vil hevde at depresjon kommer av for lite serotonin i hjernen; i behandlingen gjelder det da å hemme reopptak i synapsene ved hjelp av SSRI-medikamenter. Andre vil hevde det

kommer av et maladaptivt tankemønster som påvirker selvfølelsen negativt, andre igjen at det er ubearbeidete tap som ligger til grunn. Alle tre kan ha rett og man kan gå inn på ulike måter i behandlingen, men bare psykoterapi vil ha varig effekt, viser forskningen.

– *Hva er de største fallgruvene og skrekks scenariene i et pakkeforløp?*

– At pakkeforløpene blir for snevert definert, og at de ikke funderes i faglig oppdatert kunnskap. Å behandle én bestemt diagnose med én bestemt metode innenfor en på forhånd gitt tidsramme har for eksempel ikke noe grunnlag i forskningen. For helseministeren kan nok et skrekks scenario være mer byråkrati og organisering, og dermed økte kostnader, uten at behandlingskvaliteten og brukertilfredsheten bedres.

– *Hva bør være målet for et godt pakkeforløp: symptomfrihet eller bedre livskvalitet?*

– Litt av begge deler: Mindre symptomtrykk og bedre relasjon til andre mennesker samt en styrket evne til å møte livets uunngåelige utfordringer på et senere tidspunkt. Et slikt mål krever selvsagt at man får et reelt behandlingstilbud, ikke bare utredning og deretter oppfølging av fastlege, som ofte er situasjonen i dag. Ideen om pakkeforløp har også potensial i seg til å sette psykoterapi på kartet for mange vanlige psykiske lidelser.

«- Å tenke at alle er noenlunde like innenfor en og samme diagnose er en total overforenkling og til og med uetisk»

Helene Amundsen Nissen-Lie

– *Pakkeforløpene skal blant annet gi pasientene bedre trygghet/forutsigbarhet og redusere ventetiden. Er forutsigbarhet en fellesfaktor som har terapeutisk effekt?*

– Å vite at man vil få hjelp av en fast behandler som man utvikler et behandlingsmål sammen med, er motiverende og kan absolutt ha en terapeutisk effekt. I tillegg er det gunstig å bli enige om hvordan man skal forstå symptomene, hva slags tiltak man skal bruke, og hva man kan forvente av et behandlingsløp. Men målene bør ikke bli «spikret» for tidlig, nye forhold kommer ofte frem og gjør at man må justere kursen underveis. Pakkene må ta høyde for dette.

– *Kan psykologer bli for opptatt av å gi nok tid til pasienten de har foran seg, og for lite opptatt av dem som står i kø og lider? Venter man for lenge før man avslutter, og kan pakkeforløpene avhjelpe dette?*

– Det er helt nødvendig for god behandling at man møter det mennesket man har foran seg, med oppriktig og genuin nysgjerrighet og et ønske om å forstå og hjelpe ham eller henne. Det betyr ikke at vi ikke bør kunne tenke: Har pasienten fått et godt nok tilbud nå, kan behandlingen avsluttes slik at man får kapasitet til å ta inn en ny? Dette blir

lettere når man evaluerer behandlingen underveis, og også kommuniserer at vi ikke nødvendigvis skal kurere en sykdom, men gi bedret funksjon og livskvalitet. I psykiatriske poliklinikker er problemet ofte motsatt: Ansatte føler seg overbelastet og får dårlig samvittighet for at de ikke får gitt god nok behandling før de må avslutte og ta inn en ny pasient. Bemanningsøkning i poliklinikker bør tenkes inn i pakkeforløpet.

– Er god/langsom tid alltid en ressurs i en terapeutisk prosess, slik psykologer som jobber dynamisk, ofte hevder? Kan ikke nettopp knapphet på tid forsterke og intensivere en prosess – slik at både terapeut og pasient jobber hardere mot et mål og blir motivert?

– Spørsmålet er fordomsfullt stilt, det finnes for eksempel varianter av korttids psykodynamisk terapi, og langvarig kognitiv terapi som blant annet jobber med underliggende skjemaer. Det man bør bestrebe seg på, er å gi hver pasient nok tid, men av hensyn til andre pasienter ikke lengre tid enn nødvendig. Et godt designet pakkeforløp bør derfor ikke spesifisere innhold i for stor grad, men gi retningslinjer og rammer for å kunne gi god behandling med så stor forutsigbarhet som mulig. Her har vi gode retningslinjer og en prinsipperklæring allerede som med hell kan løftes frem.

– Hva tenker du om brukermedvirkning i et pakkeforløp?

– Den er viktig. Pasient og behandler bør ha anledning til å evaluere prosessen underveis og endre kurs når det er nødvendig. Bare det å stille spørsmålet med jevne mellomrom er nyttig: Føler du vi er på rett spor her? Vi vet fra forskning at utfallet av psykoterapi bedres når man har fokus på dette.

– Kan man se på pakkeforløpene som kun et logistisk virkemiddel som bidrar til mer forutsigbarhet for pasienten og systemene rundt, uten at det trenger å gå utover kvaliteten i selve behandlingen?

– Absolutt! Det kan løfte frem behandling og sikre kvalitet, men dersom pakkeforløpene blir for snevert definert og man skjærer alle med samme diagnose over én kam, kan man risikere at ingen får særlig god behandling.

– At det finnes klare og tydelige diagnoser for ulike lidelser virker som en slags forutsetning for tankegangen rundt pakkeforløp. Samtidig er Helsedirektoratet klare på at de ønsker et fleksibelt system der det kliniske skjønnet ivaretas. Ligger det en potensiell motsetning her?

– Å tenke for diagnostisk er en klar felle man kan gå i her. Empirien gir ikke dekning for å sette sammen pakker ut fra tankegangen om at én diagnose gir pasienten rett til én gitt behandlingsmetode i et gitt antall behandlingstimer. Å tenke at alle er noenlunde like innenfor en og samme diagnose er en total overforenkling og til og med uetisk. Diagnoser kan beskrive et sett av symptomer som kan høre sammen, og som ofte gjør det. Men diagnosen sier ingenting om årsak og gir ingen klar retning med tanke på behandlingsmetode.

Kan bli motarbeidet innenfra

Roger Hagen mener pakkeforløp kan gjøre livet bedre for brukerne, men er urolig for at forløpene ikke blir implementert i praksis.



ROGER HAGEN er spesialist i klinisk voksenpsykologi og førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved NTNU i Trondheim. Hagen er mest fokusert på behandlingstilnærmingene kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi. Foto: Privat

– Vi har allerede noe som minner om pakkeforløp i psykisk helsevern, sier Hagen og viser til de såkalte Nasjonale faglige retningslinjene som er utarbeidet for ulike psykiske lidelser og forvaltes av Helsedirektoratet.

– Problemet er at kunnskapen som ligger i disse retningslinjene, ikke er systematisert og implementert godt nok. Det blir skrivebordsdokumenter som ikke får praktiske konsekvenser. Pakkeforløp kan gjøre det mulig å få satt i system noen av de planene som har ligget der lenge, og som kan gi mer lik behandling, uavhengig av hvor pasientene bor i landet. I dag er det også tilfeldig hvor god behandling pasientene får, da psykologens/behandlerens teoretiske preferanser er viktigere enn pasientens problematikk, mener Hagen.

Et vellykket pakkeforløp bør innebære stor grad av transparens og at pasienten selv har reell innflytelse over behandlingssituasjonen, mener Hagen:

– All forskning tyder på at pasienten har svært liten innflytelse over hvilken behandling han eller hun får. Det er liten brukermedvirkning i praksis. Vi psykologer kam oppfattes som litt arrogante når vi påstår at vi vet best hva pasienten trenger. Brukerne har mye mer kunnskap om sin situasjon og sin psykiske helse nå enn for bare få år siden. Tilgangen til informasjon og kunnskap gjennom nettet er enorm, og det gjør pasientene langt mer bevisste. Jeg tror brukere er langt mer mottakelige for pakkeforløp og en viss grad av standardisering enn profesjonen selv. Mange psykologer ser på pakkeforløp som en tvangstrøye heller enn et hjelpemiddel. Jeg tror dette er en misforståelse og en av årsakene til at pakkeforløp har vakt mye motstand, uten at man egentlig vet hva pakkeforløp vil innebære.

«- Pakkeforløpene kan komme til å bli motarbeidet innenfra og ikke bli brukt i praksis»

Roger Hagen

– Helseminister Bent Høie snakker om pasientenes helsetjenester og ser på pakkeforløp som en del av denne utviklingen, slik du er inne på. Men er det ikke en reell fare for at pendelen svinger for langt den andre veien, og at brukerne får for mye makt og innflytelse over sin egen psykiske helse?

– Nei, det tror jeg ikke. At pasienten får mer innflytelse, betyr ikke at han eller hun ikke skal lytte til behandleren. Samarbeid og dialog om behandlingsform er poenget her – og at man kontinuerlig og i fellesskap kan evaluere det man gjør, og endre kurs hvis behandlingen ikke fungerer. Altfor lenge har psykologer kunnet drive den behandlingen de mener er best, uten at det gir den ønskede effekten på det som pasienten strever med. Det jeg håper kan skje som en konsekvens av pakkeforløpene, er at pasienter i større grad kan etterprøve behandlingsinstitusjoner eller behandlere som ikke har gitt pasienten god nok behandling i tråd med retningslinjer eller det som er beskrevet i pakkeforløp.

– Du har jobbet mye med psykoser. Helsedirektoratet foreslår å prioritere pakkeforløp for denne pasientgruppen. Er det en god idé?

– Absolutt. Jo mer komplekse og alvorlige lidelsene er, desto mer velegnet mener jeg pakkeforløp er: Psykose, bipolare lidelser og alvorlig personlighetsforstyrrelse kan være godt egnet for pakkeforløp, og kanskje også pasienter som sliter med alvorlig rusproblematikk. Psykoselidelser er velegnet å starte med fordi det finnes gode nasjonale retningslinjer for denne pasientgruppen fra før, og som på papiret ser ut som pakkeforløp, sier Hagen.

Fallgruvene

Selv om Hagen ønsker pakkeforløpene velkommen, er han langt fra sikker på om de vil fungere etter intensjonen. Mye kan gå galt:

– Pakkeforløpene kan komme til å bli motarbeidet innenfra og ikke bli brukt i praksis. Vi har sett en massiv motstand mot pakkeforløp fra psykologstanden i debatten som har pågått det siste året. Dette har utviklet seg til å bli en ideologisk kamp, i forlengelse av NPM-debatten, som handler om motstanden mot enda mer styring og rapportering. Fra før vet vi at de nasjonale retningslinjene for ulike psykiske lidelser ikke er godt nok implementert i helseforetakene. Jeg er redd noe av det samme kan skje med pakkeforløpene.

– En annen fallgrube er byråkratiseringsfellen. En ny helsereform innebærer nye måter å gjøre ting på. Helt avgjørende her er kort vei og tid fra pasienten tar kontakt med fastlegen, til vedkommende, hvis det er nødvendig, er i gang med et pakkeforløp. Skrekkszenariet er at utredningsfasen tar for lang tid, og at det tar lengre tid enn i dag før pasienten kommer i behandling. Jeg kan også være bekymret for om pakkeforløpene vil bli evaluert godt nok etter at de er tatt i bruk. Virker de? Hva må eventuelt endres? Har pasientene reell innflytelse over behandlingen? Denne typen spørsmål må reises kontinuerlig, mener Roger Hagen.

Kronikernes helsetjeneste

Psykologspesialist Jørgen Sundby slår et slag for kronikerne og håper pakkeforløpene kan gjøre livet bedre for disse pasientene.



JØRGEN SUNDBY er psykologspesialist ved Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø. Sundby har blant annet forsket på psykisk helse hos barn og unge med lavt

Sundby er i utgangspunktet skeptisk til pakkeforløp i psykisk helsefeltet og mener den kommende reformen er for dårlig vitenskapelig fundert og i for stor grad basert på synsing. Han er likevel med på premissene for intervjuet: å tenke konstruktivt rundt pakkeforløp.

Sundby jobber ved Universitetsklinikken i Tromsø, der det er mer fleksible rammer knyttet til terapiforløp og pasienter enn hva tilfellet er ved en poliklinikk. Dette påvirker også hvordan Sundby tenker rundt pakkeforløpenes utforming.

– Jeg er opptatt av kronikerne. Brukere som har behov for noen timer terapi nå og da, når de virkelig fungerer dårlig, og som ikke har behov i mindre dårlige perioder. Dette er pasienter som må lære å leve med sykdommen sin, men som likevel kan ha utbytte av og behov for terapi. Siden jeg jobber ved en universitetsklinikk, kan jeg følge opp denne typen pasienter når de trenger det, selv om det går lang tid mellom hver gang de henvender seg. Iblant kan en telefonsamtale være nok. Pakkeforløp bør legges opp slik at kronikerne lett kan komme til behandling når de trenger det, og til den samme terapeuten, som de har en relasjon til og allianse med, sier Sundby.

Dette utgangspunktet gjør også at Sundby er langt mer opptatt av hvordan forholdet mellom terapeut og pasient påvirker et terapiforløp, enn hvilken evidensbaserte terapimetode som benyttes.

«- Å være alvorlig psykisk syk er nærmest å anse som en funksjonshemming»

Jørgen Sundby

– Skal behandlingen fungere, er det avgjørende at brukeren selv opplever at behandlingen virker. Da er en god allianse med terapeuten avgjørende. Dette er noe av det jeg liker best i intensjonen om pakkeforløpene: at brukerne vil få større innflytelse over behandlingen og kan påvirke og evaluere prosessen i større grad enn i dagens psykisk helsevern, sier Sundby, som i likhet med Roger Hagen mener at for mye terapi foregår på psykologens premisser.

– Det kan strammes vesentlig inn på rammene for et terapiforløp. I dag er det i for stor grad opp til den enkelte behandler hvor lenge man skal holde på, uten at prosessen evalueres underveis, mener Sundby.

Problemet med spesialisthelsetjenesten

Sundby har tidligere jobbet mye innenfor rehabilitering. I denne delen av helsesektoren er det opplest og vedtatt at man må være tilgjengelig for brukerne når de har behov for det.

– Modellene fra rehabilitering, der systemtenkning og jobbing over lang tid er noe av essensen, kunne også vært brukt i den tunge psykiatrien. Å være alvorlig psykisk syk er nærmest å anse som en funksjonshemming. I dag blir denne typen kronikere svingdørspasienter i spesialisthelsetjenesten, der de får noen få timer behandling uten oppfølging i etterkant. Jeg mener ikke at disse pasientene skal gå i kontinuerlig behandling, men at det skal være lett å komme til behandling når de trenger det, og til en behandler som kjenner dem og har en god relasjon til dem. Spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern har nok i altfor stor grad lent seg til den medisinske modellen, som ikke fungerer like godt på psykisk helse. Kronisk psykisk syke må få hjelp til å lære å leve med sykdommen sin. Spesialisthelsetjenesten bør organiseres slik at disse pasientene får det enklere. Her håper jeg pakkeforløpene kan bidra, sier Sundby.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 6, 2016, side 422-429

TEKST

Per Olav Solberg, redaksjonssjef