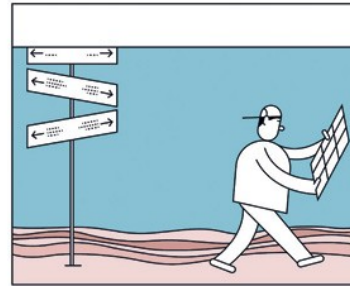
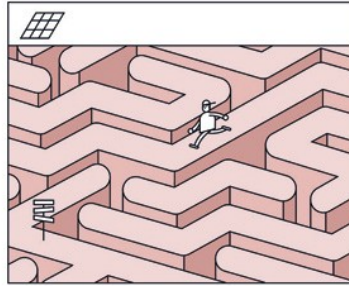
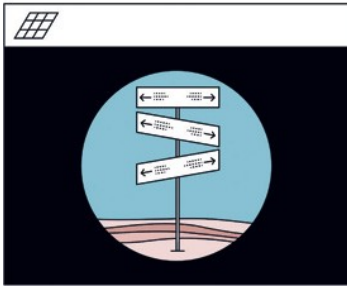
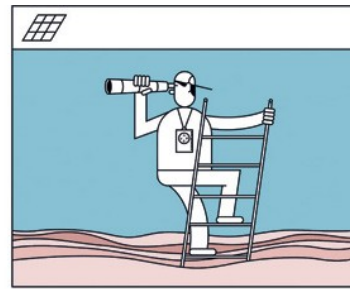
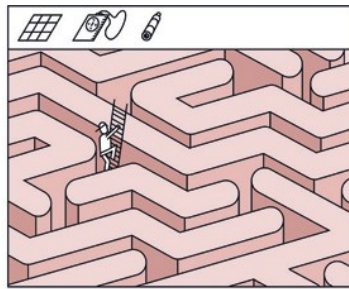
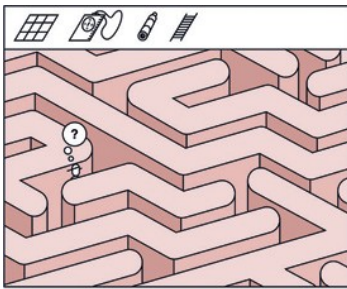


Langt unna danske pakker



De norske pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus skal gi psykologene stor behandlingsfrihet. Var frykten for danske tilstander ubegrunnet?

TEKST

Per Olav Solberg

PUBLISERT 5. september 2018

DA TANKEN OM pakkeforløp i psykisk helse og rus ble introdusert i Norge for noen år siden, var mange redd for danske tilstander: Hovedoverskriftene handlet om kort behandlingstid og fastlagte metodevalg for ulike lidelser. I slutten av 2015 og utover i 2016 var det derfor en heftig debatt i flere norske medier om pakkeforløp i psykisk helsefeltet. Et innlegg med tittelen «Likeverd på samleband», publisert i Morgenbladet i september 2015, ble startskuddet for den norske pakke-debatten, og det åpner slik: «Regjeringen vil standardisere psykisk helsevern med pakkeforløp og selger det inn som likeverdig behandling.» Mange av innleggene i meningsutvekslingen som fulgte, omhandlet bekymring knyttet til behandlernes autonomi: I hvor stor grad skulle pakkeforløpene definere behandlingens lengde og terapeutens metodevalg? Ville pakkeforløpene bli nok en tvangstrøye på toppen av allerede etablerte New Public Management-regimer i psykisk helsevern?

Forutsigbare løp

Ganske nøyaktig tre år etter Morgenbladet-debatten er de første pakkeforløpene her. 12. september rulles de første forløpene innenfor psykisk helse ut i

spesialisthelsetjenesten. Hvordan har pakkene blitt, sett opp mot alle bekymringsmeldingene?

Først et forbehold: Denne saken er knyttet til et bestemt pakkeforløp: «Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge.» Det er dette pakkeforløpet redaksjonen har fått innsyn i og tilgang til. Samtidig gir det innblikk i tankegangen knyttet til flere forløp.

Det som er hevet over tvil er at BUP-er og DPS-er må forholde seg til et helt nytt behandlingsregime, der fokuset i enda større grad er på brukerne og oppfølgingen av dem. Eksakte tidsfrister for utredning, individuelle behandlingsplaner for pasientene og evaluering av behandlingsprosessen sammen med pasienten, er helt sentrale ingredienser i forløpene. Målet er å gi brukerne mer trygghet og bedre kvalitet i behandlingen, ifølge Gitte Huus, prosjekteier av pakkeforløp i psykisk helse i Helsedirektoratet.

– Det er viktig for oss å avlive myten om at de norske pakkeforløpene blir en blåkopi av de danske. Slik er det ikke. Det vi har vært mest opptatt av, er å sikre at pasientene kommer inn i et forutsigbart forløp. I pakkeforløpet psykisk helsevern barn og unge skal det for eksempel ta maksimalt seks uker fra første møte i spesialisthelsetjenesten til man er ferdig utredet.

– *Hvorfor akkurat seks uker?*

– Arbeidsgruppene som har jobbet med de ulike pakkeforløpene, har kommet med sine innspill på hva de tenker er forsvarlig utredningstid. Seks uker er et kompromiss mellom ulike innspill som er kommet inn. Mindre komplekse tilstander vil trolig ta kortere tid å utrede, mens komplekse tilstander krever mer tid. I visse tilfeller kan nok seks uker være for lite, og da må man bruke mer tid. Men dette skal være unntaksvis, påpeker Huus.

Arbeidsgruppene Huus nevner, har ifølge Helsedirektoratet vært sentrale i utformingen av pakkeforløpene. Hvert forløp har hatt sin arbeidsgruppe (15–20 personer) og har vært bredt sammensatt av fagpersoner som jobber i feltet, på ulike nivåer. Bruker- og pårørenderepresentanter har også vært med.

– I utgangspunktet lagde vi ett pakkeforløp for utredning og ett for behandling. Men tilbakemeldingen fra både arbeidsgruppene og høringsinstansene var klare: Det er bedre å slå sammen forløpene. Utredning og behandling henger sammen. Da tok vi en rask beslutning og lagde et samlet forløp. Vi har lyttet til fagmiljøene i denne prosessen. Det er de som kjenner feltet, og som vet hvor skoen trykker, sier Huus.

Logistikk - ikke detaljstyring

I dokumentet pakkeforløp for barn og unge er brukerperspektivet sterkt til stede: Pasienten skal få god informasjon om forløpene, lovnad om utredningstid (seks uker), innsyn i og medvirkning til behandlingsplanen, være med på å bestemme behandlingsmetode – og sist, men ikke minst – evaluere behandlingen underveis. Dette

er pasientenes helsetjeneste i praksis. Hovedmålsetningene handler om å ivareta pasientens rettigheter blant annet:

- økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging

Dokumentet er mindre førende på det spesifikke innholdet i behandlingen, men der det finnes retningslinjer og veiledere, viser Helsedirektoratet til dem. Der det ikke finnes retningslinjer, bør behandlingen som gis, være kunnskapsbasert og bygge på god faglig praksis i tråd med kravet til faglig forsvarlighet, ifølge Helsedirektoratet.

– Dette er helt bevisst. Vi er opptatt av behandlernes autonomi og at de i samarbeid med pasienten finner ut hva slags behandling som egner seg best, i hvert enkelt tilfelle. Her har vi få føringer. Det vi er opptatt av, er at behandlerne utformer en behandlingsplan for hver pasient, der blant annet metodevalget begrunnes og man kommer med anslag på hvor lang tid man tenker behandlingen vil ta. Så lenge behandlerne har gode faglige begrunnelser for sine valg og bruker evidensbaserte metoder, legger ikke vi oss opp i valgene som gjøres, sier Huus.

«– Vi er opptatt av behandlernes autonomi og at de i samarbeid med pasienten finner ut hva slags behandling som egner seg best, i hvert enkelt tilfelle»

Gitte Huus, prosjekteier i Helsedirektoratet

Men er det virkelig så enkelt? I pakkeforløpene for barn og unge har Helsedirektoratet sett til Sverige og til en behandlingsveileder som heter «Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling», utgitt av BUP Stockholm i 2015. Veilederen går gjennom et vell av diagnoser og beskriver kunnskapsgrunnlaget for behandlingsformer ved ulike psykiske lidelser og tilstander. Veilederen gir tydelige behandlingsanbefalinger knyttet til hver diagnose. R-BUP her hjemme lager nå en elektronisk håndbok, inspirert av denne svenske veilederen, tilpasset norske forhold og som skal brukes som et viktig verktøy i pakkeforløpene for barn og unge. Et spørsmål som da melder seg, er hvor autonome behandlerne blir dersom den elektroniske veilederen er svært tydelig på anbefalt behandling? Hvor lett vil det da være for en behandler å argumentere for en annen metode, hvis den ikke er eksplisitt anbefalt i denne veilederen?

– Igjen: Vi tenker at behandleren, pasienten og teamet rundt behandleren sammen må finne ut hva som er best i hvert enkelt tilfelle. For noen pasienter kan kanskje andre metoder enn hva den oppsummerte forskningen anbefaler, være mest nyttig. Dette åpner pakkeforløpene for, og her har vi sterk tillit til behandlerne. Vi legger da til grunn

at behandlere gjør grundige faglige vurderinger av ulike behandlingsmetoder, og på bakgrunn av det kan de ha faglig gode grunner for å avvike fra dokumenterte behandlingsmetoder, poengterer Huus.

– I debatten om pakkeforløpene var det mye uro knyttet til om behandlernes autonomi var det som måtte ofres på pakkeforløpenes alter. Går pakkeforløpene for langt den andre veien – får psykologene for mye autonomi? Alt er greit så lenge man argumenterer godt for det?

– Dette er en avveining mellom behandlerens autonomi og valg på den ene siden og å justere kursen hvis behandlingen ikke fungerer som forventet, på den andre. Dette er jo også i behandlerens interesse, sier Huus.

Å skyte spurv med kanoner?

Når en fastlege har henvist en ungdom til spesialisthelsetjenesten, vil han eller hun i framtiden automatisk være en del av et pakkeforløp. I dette tilfellet «Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge.» Kanskje har den aktuelle ungdommen bare behov for 6–7 timer behandling i et lavterskeltilbud. Er det nødvendig med et omfattende utredningsforløp først, når det er temmelig enkel hjelp som noen ganger er nok?

– Det er et godt spørsmål som vi har tenkt mye på. Selv om alle som henvises, formelt kommer inn i et pakkeforløp, er tanken at utredningen kan gå raskt for mindre komplekse tilstander. Hvis det viser seg at man ikke har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, avsluttes pakkeforløpet.

«– Vi må passe oss for ikke å overbehandle, det er - pasientenes behov som skal styre prosessen»

Gitte Huus, prosjekteier i Helsedirektoratet

Vi må passe oss for ikke å overbehandle, det er pasientenes behov som skal styre prosessen. I det eksempelet du nevner, vil det kanskje være naturlig å gi vedkommende et kommunalt tilbud isteden, med for eksempel noen timer samtaleterapi, sier Huus.



LYTTET Prosjekteier i Helsedirektoratet, Gitte Huus, har vært opptatt av å komme fagmiljøene i møte i utformingen av pakkeforløpene.

Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen er også et uttalt mål med de nye pakkeforløpene. Det skal etableres såkalte forløpskoordinatorer både i førstelinjen og i spesialisthelsetjenesten. Funksjonen deres er å sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov. En utfordring kan likevel være at kommunale, psykiske helsetjenester er ulikt organisert. Det er opp til kommunene selv hvordan de legger opp sine tilbud. Noen kommuner prioriterer et lavterskel psykologisk behandlingstilbud. Andre gjør det i mindre grad.^[1] I eksempelet over kan det bety at spesialisthelsetjenesten ikke alltid kan henvise pasienten tilbake til førstelinjen, fordi den aktuelle kommunen ikke har noe behandlingstilbud for vedkommende.

– Kan kommunenes selvråderett føre til at pasienter som ikke skulle vært i spesialisthelsetjenesten, likevel får et tilbud der, i mangel av kommunale tilbud?

– Vi er i en fase nå hvor kommunene etablerer kommunepsykolog-tjenester. Noen er kommet veldig langt, andre er mer i etableringsfasen. Jeg tenker at variasjonen i tilbudet på landsbasis vil reduseres når man får bygd ut tjenestene godt nok. Pakkeforløpene i spesialisthelsetjenesten må ses i sammenheng med de kommunale tjenestetilbudene. Skal pakkeforløpene lykkes, er man helt avhengig av at spesialisthelsetjenesten og kommunene samarbeider tett og godt om hva slags tilbud man trenger, og hvordan man skal klare å gi et best mulig tilbud til pasientene, avslutter Gitte Huus.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2018, side 728-732

TEKST

Per Olav Solberg, redaksjonssjef