

# Advarer mot vandring mellom diagnoser

DPS-ene har vært for lite spisset i utredningsfasen og i behandlingsvalgene, mener leder for poliklinikk. Dette fører til en vandring mellom diagnoser og shopping blant ulike behandlingstilnærminger og forlengelse av pasientens behandlingsprosess, advarer hun.

TEKST

Øystein Helmikstøl

PUBLISERT 7. juli 2020

EMNER Behandlingsløp



IMOT SHOPPING Seksjonsleder Nina Bjerke på Øyane allmennpsykiatriske poliklinikk advarer mot det hun kaller «vandring mellom diagnoser» og «shopping innenfor ulike behandlingstilnærminger». Foto: Privat

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.

## **Lange løp**

Psykolog Rune Hartgen er et eksempel på en terapeut som får lov til å ha lange behandlingsløp med pasienter innenfor rammene ved 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.

Han har fått lov til å ha lange behandlingsløp for denne pasientgruppen i hele perioden han har vært ansatt, sa han til Psykologtidsskriftet i juli.

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

Han kom med 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.

## **Komorvide lidelser**

Nina Bjerke er konstituert seksjonsleder på Øyane allmennpsykiatriske poliklinikk ved Haukeland universitetssjukehus. Hun har fordypning i komplekse traumelidelser og er sertifisert EMDR-terapeut, og hun har arbeidet med både enkle og komplekse traumelidelser, også langvarige behandlingsløp med pasienter som har kompleks dissosiativ lidelse.

Hun er enig med Hartgen i at det er høy grad av komorbide lidelser, samt differensialdiagnostiske utfordringer.

– Noen ganger vil behandlingsveien for pasienten også være innenfor rammene av mentaliseringsbasert behandling og fokus på personlighetsproblematikk. Vi vet også at 50 til 90 prosent av traumepasientene har en komorbid depressiv lidelse.

Ved den allmennpsykiatriske poliklinikken på Øyane DPS ønsker de ifølge Bjerke å differensiere traumepasientene i tilnærmet tre grupper, og tydeligere ut fra basis- og utvidet utredningsfase i pakkeforløpene.

I utredning og arbeid med behandlingsplan tilbys rammer for behandling av enten enkel PTSD, kompleks PTSD eller kompleks dissosiativ lidelse.

– Dette gjøres for å gi et mer spisset behandlingstilbud, i tillegg til å vurdere hvor stort behovet er for samhandling med førstelinjen.

## **- Shopping**

Behandlingsforsker Karina Egeland ved NKVTS fremhevet i juli mer vekt på symptombildet og behandlingsformen enn på varigheten på behandlingen av traumelidelser. 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, påpekte hun.

### **LES OGSÅ**

#### **Behandling under press**

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

Her er Nina Bjerke ved Øyane allmennpsykiatriske poliklinikk i Bergen på linje med Egeland.

– Etter min oppfatning har vi på DPS-ene generelt vært for lite spisset i utredningsfasen og i behandlingsvalgene, som Egeland påpeker.

«Minste felles diagnostikk» og bruk av diagnostisk intervju alene har etter Bjerkes mening ikke fanget opp traumesymptomene godt nok i utredningsfasen, med mindre det foreligger et godt trent klinisk øye hos behandler.

– Dette fører til en vandring mellom diagnoser og shopping innenfor ulike behandlingstilnærminger og forlengelse av pasientens behandlingsprosess, sier Bjerke.

Hun er glad for at det med pakkeforløpene er kommet et tydeligere krav om mer spesifikk kartlegging for traumelidelser.

– Og pasienter med enkel og delvis kompleks PTSD vil kunne tåle intensiv traumebehandling, og bør få tilbud om dette.

## **Spesialistflukt**

En av de største utfordringene ressursmessig er ifølge Bjerke det hun omtaler som «spesialistflukten som har vært fra DPS-ene».

– Dette er ikke et enkelt faglig landskap å navigere i for behandlere i starten av sitt spesialiseringssløp.

En annen utfordring hun peker på, er ulik grad av kompetanse og tilgjengelige ressurser for traumebevisst støtteterapi kommunalt.

– I saker der pasienten også har en relasjonell trygghet i sitt lokale nettverk, får vi de beste behandlingsutfallene. Kompleks PTSD-pasientene nyttiggjør seg godt av psykoedukative behandlingstilbud på DPS, som for eksempel «Tilbake til nåtid» og/eller i kombinasjon med et avgrenset antall timer EMDR-behandling. «Tilbake til nåtid» er psykoedukativ, kursbasert gruppeterapi spesielt utviklet for pasienter med kompleks PTSD. Det er utviklet ved Modum bad, og kurset går ukentlig over et semester.

For pasienter med kompleks dissosiativ lidelse som kan ha tilgrensende psykosesymptomer, er progressiv og langvarig behandling på DPS også nødvendig, understreker Bjerke.

– Men en forutsetning for et godt utfall i spesialisthelsetjenesten for denne gruppen er også tydelighet på hvilke oppgaver som skal ligge i «samhandlingsrommet», og hva som er kommunens ansvarsområde, dette er også i tråd med prioriteringsveilederen.

Med «samhandlingsrommet» mener hun all samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, altså de oppgavene som kommunen og spesialisthelsetjenesten samhandler om. Det gjelder for eksempel treffpunkt, ansvarsgruppemøter, felles planleggingsmøter om behandlingsplaner og kriseplaner og dialog per telefon med relevant informasjon i pasientsaker.

Bjerke anbefaler programmet «Implementering av kunnskapsbasert behandling for PTSD», utviklet av NKVTS, som inspirasjon for å rydde opp i dette faglige landskapet.

#### **TEKST**

**Øystein Helmikstøl**, journalist i Psykologtidsskriftet