

# Veteranbehandling trenger et løft

Hva er retten til et behandlingstilbud verdt hvis krigsveteranene ikke benytter det på grunn av mangel på tillit?

TEKST

**Mari de Flon Hetland**

PUBLISERT 27. mai 2022

EMNER

Veteranhelse

PTSD

traumer

forsvaret

I artikkelen «Strid om ansvaret for veteraners psykiske helse» i forrige nummer av Psykologtidsskriftet beskrives hvordan veteraner i liten grad opplever tillit til offentlig psykisk helsevern. Siden St.meld. nr. 34 (2008–2009) «Fra vernepliktig til veteran» er det gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak rettet mot spesialisthelsetjenesten, deriblant kurs for behandlere organisert av RVTS. Likevel viser tall fra den nye Afghanistan-undersøkelsen (2021) at det fortsatt kun er en liten gruppe av de som strever, som ønsker hjelp i offentlig psykisk helsevern.

Psykologene Kjersti Sjørdal og Hanne Kristine Haarset foreslår å bedre situasjonen gjennom at fem DPS får rollen som kompetansesenter, eller regionale sentre med veteranspesifikk kompetanse. Spesialrådgiver Tone Bovim ved RVTS fremholder at det er RVTS-ene som per i dag har rollen som kompetansesenter. Men forslaget om fem DPS som regionale sentre med forsterkning på veteranspesifikk kompetanse er ikke et forslag om å frata RVTS deres rolle. Denne kommentaren vil oppklare hva forslaget innebærer. Den vil også vise hvordan vi jobber ved Moss DPS, som et eksempel på hvordan et slikt fagmiljø kan fungere.

## Fem regionale sentre med særskilt kompetanse

Fagmiljøet i Moss har fremmet forslag om endringer av spesialisthelsetjenestens organisering av behandling av veteraner under høring i Stortinget, og til programrådet for psykisk helse i Helse Sør-Øst. Dette forslaget innebærer per i dag at fem DPS utpekes til såkalt regionale sentre, som satses ekstra på gjennom opplæring i veteranspesifikk kompetanse, ekstra midler og jevnlig kursing. Terapeutene bør ha et nasjonalt, sosialt og faglig fellesskap, og følges opp med veiledning. Det bør satses inngående på implementering, med vekt på å motivere flere til å holde på stillingene sine over tid. Etter noe videre forbedring av vår gruppebehandling kan det vurderes om miljøene gis mulighet til å videreføre dette tilbudet. Organiseringen, kursingen og oppfølgingen kan forankres hos RVTS-ene.

## «Det er generelt uklart i hvilken grad RVTS deler vår vurdering av dagens situasjon»

Før en slik modell realiseres, bør Helse- og omsorgsdepartementet utpeke en bredt forankret arbeidsgruppe som utreder hvordan disse endringene best kan gjøres. Det bør også undersøkes om det foreligger andre, bedre løsninger.

### **Skreddersydd behandling**

Ved Moss DPS har tre psykologer fått opplæring innen spesifikk veterankompetanse. Veteranene får standard utredning, pluss screening for moralsk skade. Den særskilte kompetansen er nyttig for å forstå kontekst for utviklingen av vansker. Vi erfarer at mange veteraner søker seg til oss fordi de har hørt at vi har etablert et eget fagmiljø. Det ser ut som at denne uttalte prioriteringen kommuniserer anerkjennelse og respekt. Som terapeut er det meningsfullt å se hvor lite som egentlig skal til.

## «At fem DPS spesialiserer seg på det spesifikke ved veteraner, vil på ingen måte utelukke at en veteran også kan søke seg til hvilket som helst DPS i landet»

Ved problemstillinger som eksempelvis uttalt rusavhengighet overføres veteranene til andre med spesialkompetanse. Det vurderes om pasienten kan nyttiggjøre seg gruppebehandling for veteraner. Inklusjon baseres på en vurdering av at utenlandstjeneste sannsynligvis har bidratt negativt til vedkommendes psykiske helse. Gruppeinkludasjon krever ingen spesifikk diagnose, her er variasjonen stor. Gruppen starter med psykoedukasjon under overskriften «Hva avgjør hvordan tjenesten påvirker videre psykisk helse?».

Her gis innsikt i kompleksiteten i hvorfor noen utvikler vansker. Det gjøres tydelig at det at de har gjennomført utenlandstjenesten, er én brikke i et større puslespill. Når veteranene likevel er invitert til en egen gruppebehandling basert på denne ene puslespillbrikken, er det fordi vi ser at dette har flere fordeler. Vi imøtegår gjentagende kritikk mot offentlig helsevesen, hvor veteranene oppgir at de ønsker å møte noen som forstår det de har vært med på. De reduserer hverandres skam på en måte få terapeuter kan oppnå. Terapeutene forsterker verdier de allerede identifiserer seg med, som kameratstøtte, utholdenhet og styrke.

### **Sterk identitet**

Med behandlingen ønsker vi å møte veteranene på den sterke veteranidentiteten mange fortsatt har. Det kan innvendes at vi med dette øker risikoen for å sementere veteranidentiteten ytterligere: for passivisering og sykeliggjøring. Vår erfaring er

imidlertid at denne identiteten står sterkt hos veldig mange uansett. Ved å møte veteranene der de er, kommer vi i en reell terapeutisk posisjon. Senere brukes posisjonen blant annet til å problematisere slagsidene ved nettopp en fastholdt veteranidentitet.

Gruppebehandlingen innbefatter psykoedukasjon, samtale og eksponering. Alle går også i individuell terapi. Her vurderes hvilken metodikk som synes mest nyttig, for eksempel EMDR eller ISTDP. Vi har altså ikke forsøkt å etablere noen spesialisert behandling for veteraner, men satt sammen etablerte intervensjoner på en ny måte, med sikte på å øke innsøkingen. Tilbudet utgjør ingen ferdig etablert «modell». Vi er i en prosess med utprøving og evaluering av ulike grep som kan øke innsøking og resultater av behandling. Så langt har vi fått gode tilbakemeldinger og et økende antall veteraner henvist til oss, også gjennom fritt sykehusvalg.

### **En vei videre**

RVTS ved Tone Bovim hevder at en regional modell ikke er forenlig med prioriteringsveilederen. Men at fem DPS-er forsterkes, er ikke det samme som at veteraner skal prioriteres til disse tilbudene uavhengig av prioriteringsveilederen. Bovim siteres også på at «veteraner skal ha samme rett til spesialisert behandling for sine plager i sitt nærområde som andre pasienter». De har allerede denne retten. Men hva er dette verdt, når så få søker hjelp? At fem DPS spesialiserer seg på det spesifikke ved veteraner, vil på ingen måte utelukke at en veteran også kan søke seg til hvilket som helst DPS i landet. Det er generelt uklart i hvilken grad RVTS deler vår vurdering av dagens situasjon. Har det blitt gjennomført evalueringer av tiltakene med endring av tjenestene som endepunkt, sett sammen med veteranenes egne opplevelser? Det hadde vært nyttig å få en større innsikt i deres analyse, inkludert forslag til forbedring det kunne vært rom for innen deres rammer, på lengre sikt.

Vi er kjent med at innholdet i kurset for leger og psykologer nylig ble endret, og at flere miljø var involvert. Det bør likevel drøftes igjen i hvilken grad Forsvarets egne spesifikke metoder prioriteres, all den tid behandlerne på kurset jobber i offentlig psykisk helsevern, hvor de fleste veteranenes skal behandles. Dette synes også å være mer i tråd med RVTS' vektlegging av at veteranene skal få samme hjelp som andre, uavhengig av veterantilhørigheten.

Uansett innhold i disse kursene er vår vurdering at dette tiltaket ikke lenger kan stå alene. Vi må tenke nytt for å sikre reell endring av tjenestene. RVTS har andre kompetansehevingstiltak med omfattende opplegg og oppfølging over tid for å sikre implementering. Kan lignende tiltak vurderes når det gjelder dette feltet, om ikke RVTS kan støtte en regional modell? Dette synes å være i tråd med RVTS sitt strategiske mål for perioden 2022–2025: «Vi skal prioritere samarbeid med tjenester som ønsker å arbeide systematisk med kvalitetsutviklingsarbeid innen våre spisskompetanseområder.»

Kanskje kunne en løsning være å satse mer fokusert på enkelte interesserte miljøer, men flere enn fem DPS-er?

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 574-575*

**TEKST**

**Mari de Flon Hetland**, psykologspesialist, veterantilbudet ved Moss DPS