

Overforenklet syn på psykisk helsevern

Økt pågang og urealistiske forventninger skyldes sammensatte årsaker og krever et felles løft.

TEKST

Liv Kleve

PUBLISERT 25. april 2024

EMNER

prioritering

ressursbruk

relasjon

allianse

spesialisthelsetjeneste



Liv Kleve (foto: Katrine Sunde)

I et intervju publisert på [RVTS Sør sine nettsider](#) 25. mars 2024 uttaler fagsjef Heine Steinkopf at psykisk helse-feltet er i moralsk krise (Frantzen, 2024). Han følger opp med at det som trengs innen psykisk helse, er tid, men at vi får gjort mindre og mindre på grunn av stadig større pågang. Han peker på at større åpenhet om psykisk helse kan føre til økt sykeliggjøring og følgelig masse folk inn i systemet som egentlig ikke burde være der. Videre formidler han at helsevesenets løsninger blir oversolgt, noe som kan skyldes «quick-fix-samfunnet» og ideen om at det finnes «en kur for alt», og at det ofte vil være andre som kan gi bedre hjelp enn helsevesenet, som familie, venner, NAV og barnevern. Skulle helsevesenet ha blitt bygget opp på nytt, tror Steinkopf psykisk helse-delen ville ha vært mindre, og reservert for dem som virkelig er syke.

Jeg synes disse perspektivene fra Steinkopf er nyttige, men ønsker å utdype og nyansere fra mitt perspektiv som klinikkdirektør ved Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssykehus. For ja, pågangen til psykisk helsevern er økende, og forventningene er både skyhøye og urealistiske ut fra eksisterende kunnskapsgrunnlag og rammebetingelser. Årsakene til at det strømmer på med henvisninger, er sammensatte.

Men dette er en svært vanskelig trend å snu for psykisk helsevern alene.

Økte krav til utredning

I utgangspunktet definerer våre prioriteringsveiledere at psykisk helsevern har ansvar for behandling av moderate til alvorlige psykiske lidelser, mens kommunal helsetjeneste har ansvar for milde til moderate problemer. Men dette skillet endrer seg langsomt på finurlige måter. Psykisk helsevern blir for eksempel pålagt å prioritere sårbare grupper og får krav om å ta alle henvisninger inn til vurdering, noe som avgjort medfører mer tidsbruk på utredning av milde til moderate tilstander. Endringer i overordnede føringer for andre sektorer, for eksempel for PPT, kan også ha store konsekvenser for spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis vil flere PPT-kontor hevde at evnekartlegging ikke lenger skal utføres av dem, da de kun skal jobbe systemisk. Spesialisthelsetjenesten vurderer på den andre siden at evnekartlegging trengs for å avklare om tilstandsbildet primært bunnner i en lærevanske. Dette burde være kartlagt før barnet blir henvist til oss, men når dette ikke skjer, blir spesialisthelsetjenesten sittende med et uhensiktsmessig stort ansvar for utredning.

Kravet om samhandling er i tillegg svært omfattende. I siste oppdragsdokument gis det for eksempel en forventning om å sikre ambulerende helseteam til alle barnevernsinstitusjoner innen eksisterende rammebetingelser. Vi formidler ofte til våre samarbeidspartnere (og styresmakter) at en rekke hjelpetiltak er mer adekvate og effektive på lavere omsorgsnivå enn i spesialisthelsetjenesten, det være seg i skole, NAV, barnevern, familienettverk eller fritidsorganisasjoner. Her er jeg helt på linje med Steinkopf om at helsevesenets løsninger blir oversolgt, og at andre aktører sannsynligvis vil gjøre en bedre jobb i mange sammenhenger. Men slike forslag faller imidlertid ikke alltid i god jord. Vi trenger derfor at andre aktører, familier og myndigheter anerkjenner sine viktige bidrag i større utstrekning enn det vi opplever i dag.

Endringer i samfunnet

Åpenhet og økt sykeliggjøring av det levde liv er blant årsaksforklaringene Steinkopf løfter frem i intervjuet. Det han ikke kommenterer, er muligheten for at moderate til alvorligere lidelser også kan ha økt i befolkningen grunnet ny kunnskap og samfunnsendringer. Vi vet for eksempel at flere barn overlever, og at prematuritet korrelerer med økt risiko for utvikling av nevroutviklingsforstyrrelser. Denne gruppen er av uklare grunner også høyt representert i migrasjonsfamilier. Samtidig øker både alder for førstegangsfødende og andel foreldre som skiller lag, som kan medføre nye utfordringer. Fattigdommen i Norge er også økende, noe som også har sammenheng med psykisk uhelse. Til slutt er det umulig å overse virkningen av den store digitaliseringsbølgen som dominerer livet vårt fra morgen til kveld. Selv om forskning ennå ikke har fastslått hvilke effekter dette har, er det likevel grunn til å tro at dette også kan ha betydning for særlig unges psykiske helse.

Unødig tidsbruk og lidelse

Steinkopf slår fast at vår sammensatte psykiske helse må møtes med sammensatte tiltak, og at å ordinere en pille for kompleksiteten i det levde liv er naivt. Han beskriver relasjon som den faktoren som veier tyngst i terapi, noe som krever tid å bygge, og

beskriver at det i dag er et markedsøkonomisystem i Helse-Norge, med vekt på produktivitet, effektivitet og lønnsomhet. Og her kjenner jeg at jeg blir noe oppgitt. Jeg kjenner ingen i spesialisthelsetjenesten som anser en pille som svaret på komplekse traumer og samfunnstrender, så er det sagt. Men at medisin kan være en del av løsningen, er det vel få som er uenige i. Det må likevel presiseres at det meste av det vi tilbyr i psykisk helsevern for barn og unge, er ikke-medikamentell behandling inklusiv mange kunnskapsbaserte metoder samt flere innovative tjenester som også forskes på. Noen har svært god effekt, andre i mindre grad. Men slik er det jo i hele helsevesenet, også i somatikken.

Trengs mer enn relasjon

Å være overopptatt av relasjon og tid i psykologisk behandling mener jeg vil hindre nødvendig videreutvikling av faget som, dessverre, i stor grad har stått på stedet hvil de siste 30–40 årene når det gjelder terapieffekt. Terapeutisk allianse handler ikke bare om relasjon, men defineres som enighet om mål, metode og relasjon, alle svært viktige faktorer i psykologisk terapi. I tillegg har vi nå gode indikasjoner på at intensivering av eksisterende metoder både gir bedre resultater og reduserer drop out. Det eksisterer også gode resultater fra internettbehandling som både kan være mer tilgjengelig samt gi mulighet for behandling til flere. Det kan være at nød lærer naken kvinne å spinne i et presset helsevesen, men jeg håper at vi som fagfolk også evner å se verdien av å spare både pasient og behandler for unødig tidsbruk og lidelse, og at vi er åpne for muligheten av at mer ikke alltid er bedre.

Hold på ressursene

Som et siste varsko vil jeg advare mot å peke på at for eksempel spesialisthelsetjenesten bør gi fra seg ressurser slik at tilbud i kommuner kan bygges opp. I flere år er det fra sentralt hold blitt lovet prioritering av psykisk helse samt barn og unge uten at dette har resultert i merkbar ressurstilførsel. Psykisk helse vil fortsette å være et av de viktigste områdene å adressere fremover. Dessverre har jeg mistet en del tillit til politisk vilje og gjennomføringsevne. Det siste jeg derfor ønsker, er at sektorene seg imellom begynner å knives om ressurser. Vi trenger å løfte feltet sammen, og erkjenne at vi har en lang vei å gå i dette komplekse landskapet. Sammen kan vi utvikle bedre forståelse, et sunnere samfunn og mer hensiktsmessige tilbud.

Merknad: Ingen oppgitte interessekonflikter.

TEKST

Liv Kleve

KONTAKT: liv.kleve@helse-bergen.no

+ Vis referanser

Frantzen, J. (2024, 25. mars). - Psykisk helse-feltet er i moralsk krise.
<https://rvtssor.no/aktuelt/486/psykisk-helse-feltet-er-i-moralsk-krise/>