

To utilstrekkelige forklaringer på krisen vi står i



Rolf Sundet

professor emeritus, Universitetet i Sørøst-Norge

Verken psykiaternes «innføring av psykisk helsevern» eller psykologenes «ressurskrise» er tilstrekkelige forklaringer på situasjonen psykisk helsevern står i.



Rolf Sundet. Foto: privat

Mediene rapporterer om flukt fra spesialisthelsetjenesten. To ulike fortellinger dokumenterer krisen. Norsk psykiatrisk forening mener det gikk i feil retning da psykiatrien ble til psykisk helsevern: At mange ikke får hjelp, og at helsepersonell sykmeldes og flykter fra spesialisthelsetjenesten, skyldes overgangen til psykisk helsevern. Ifølge psykiaternes analyse i Dagens Medisin skulle psykisk helsevern ha forblitt et rent medisinsk område. Vi bruker dessuten for lang tid til å finne den rette diagnosen og bør konsentrere arbeidet om alvorlige sinnslidelser.

Norsk psykologforenings fortelling vektlegger at hovedproblemet er underdimensjonering og økte dokumentasjonskrav. For begge er bruken av virksomme metoder avhengig av utredning og diagnostikk.

Fortellingene inviterer til faglig tenkning om utviklingen av spesialisttjenesten. Min fortelling slutter seg til at utredning og diagnostikk har blitt overdrevet, at feltet er underdimensjonert, at lavterskeltilbud er viktige, og at alvorlige og sammensatte lidelser må gis bedre tilbud. Samtidig reiser jeg spørsmål om det er i de to NPF-enes fortellinger vi finner driverne av krisen?

Evidensbasert metode vs evidensbasert praksis

Begge vektlegger en psykomedisinsk modell hvor utredning er et startsted for (tentative) diagnoser som bestemmer behandling. Begge foreninger har kjempet den fram som en dominerende mal for helsepersonells praksis. Jeg kjenner utviklingen fra 1972. Diagnostikk var en enkel prosess med

gjenkjennelse av symptom. Reaktiv psykose, schizofreni, manisk depressiv sinnslidelse, reaktiv og endogen depresjon, angst og tvang var lette å skille. Med framveksten av evidensbaserte metoder hvor diagnosen er bestemmende for behandling, har utredning eksplodert som en standardisert prosess med økende antall diagnoser.



Der mangel på endring i stedet fører til ny utredning i jakten på en mer passende diagnose, vil resultatet ofte bare øke ressursbruken uten effekt og med det føre til økt krise

Verken psykomedisinsk modell eller diagnoser gir gode svar på hva som gir bedring i folks lidelse. Det er vanskelig å finne forskning på sammenhengen mellom resultat av behandling og utredning. Vi vet at virksomme metoder på gruppenivå bare delvis er hjelpsomme. Et grovt anslag gitt i forskningsoppsummeringer er at virksomme metoder hjelper 60 % av pasientene. Resten – altså 40 % – får ikke hjelp. Det finnes derfor bare delvis virksomme metoder på gruppenivå, og vi vet ikke hvilken av de to gruppene pasienten vi møter, hører hjemme i. Det er nødvendig både med kontinuerlig tilbakemelding fra pasienter og pårørende om utfall, samt hvordan relasjonen mellom pasient og terapeut fungerer.

Å anvende en evidensbasert metode betyr ikke at man har en evidensbasert praksis. Det er avhengig av at man systematisk anvender praksisbasert evidens; at man kontinuerlig i det terapeutiske arbeidet anvender tilbakemelding fra brukerne om det man arbeider med, er til hjelp, og om hvordan den terapeutiske relasjonen fungerer. Arbeidet justeres så i tråd med tilbakemeldingen. Der mangel på endring i stedet fører til ny utredning i jakten på en mer passende diagnose, vil resultatet ofte bare øke ressursbruken uten effekt og med det føre til økt krise.

Aldri starte med utredning

Min erfaring fra en familieenhet er at man aldri må starte med utredning. Man må starte med å etablere et terapeutisk forhold hvor samarbeid, feedback og inklusjon av pasientens kunnskap er avgjørende. Utredningen er en del av behandlingen, og dens omfang må vokse ut av samarbeidet. Diagnostikk blir en del av behandlingen. Behandlingen er i kontinuerlig endring avhengig av om man får hjelp. I tillegg til virksomme terapier må vi lage tilpassede terapiforløp sammen med pasient og pårørende. Tilpassede forløp, skapt i et samarbeid med pasienten, må kunne gå utenfor de fastlagte, teorispesifikke forløpene, nettopp fordi virksomme metoder ikke hjelper alle.

Vi må skille mellom hva som er «normalt» og vanlig, mellom hvem som trenger behandling, og hvem som ikke gjør det. Min erfaring som veileder i kommunen er at normalisering er en grei jobb, men man må unngå bagatellisering. Samtidig vil økende avvisning fra spesialisttjenesten øke antall saker i kommunen, med resulterende krise her. Erfaringer som ufaglært var at jeg lurte på om jeg hadde en diagnose. Dette forsvant i møtet med pasienter som hadde tilstanden. Jeg ble realitetsorientert. Bekymringen er at sterkt søkelys på informasjon om psykisk helse ikke gir befolkningen mulighet til realitetsorientering. Større områder blir derfor «psykologisert» og «psykiatrisert» av befolkningen.

Drivere

Følgende drivere av krisen kan identifiseres:

- Dominansen til den psykomedisinske modellen.
- Vektlegging av forskningsfunn som ikke tar tilstrekkelig hensyn til personers individualitet.
- Dominansen til virksomme metoder øker utredning og rehenvisning ved mangel på endring.
- For lite bruk av tilbakemelding.
- Overdimensjonerte krav til dokumentasjon.
- En informasjonsstrøm av diagnostiske beskrivelser ut i befolkningen uten mulighet til å erfare forskjellen mellom eksistensiell livssmerte og psykisk lidelse.



Ressursmangel og utvikling av monokulturer i skole og arbeidsliv bidrar til at sosiale, biologiske og psykologiske forskjeller øker grad av ulikhet i muligheter for folk. Politikere må reflektere over hva slags samfunn som har blitt skapt gjennom deres beslutninger. Verken psykiaternes «innføring av psykisk helsevern» eller psykologenes «ressurskrise» er tilstrekkelige forklaringer på situasjonen vi står i.

Merknad: Ingen oppgitte interessekonflikter