

Standardiserte pakkeforløp: Gavepakker eller behandling på samlebånd?

Debatten rundt innføring av standardiserte pakkeforløp for ulike helseplager har rast i media den siste tiden. Mange har meldt seg på talemøtene, både politikere, fagfolk og brukere av helsetjenester. Mange har ytret skepsis, noen er positive. De ulike meningsytringene har berørt større spørsmål innen fagfeltet psykisk helsevern, bla. om diagnoser egentlig er meningsfulle kategorier for å si noe om hva slags behandling som bør iverksettes mot psykiske plager, og om hva som er anbefalt behandling og behandlingstid for de ulike plagene. Dette er det uenighet om, altså grunnpremissene for pakkeforløpene som sådan .

-Men hva er egentlig et pakkeforløp? På helsebibliotekets nettsider kan vi lese at det er en «nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsløp skal ta». Videre at «Pakkeforløpene beskriver en «behandlingspakke», og har overordnede føringer for hvordan en pasientgruppe skal følges opp.» Hensikten skal være å sikre ensartet behandling med høy kvalitet og hindre unødvendig venting. «Pakkeforløp har faste krav til tidsfrister og innhold.» I Danmark, hvor det allerede siden 2007 har eksistert pakkeforløp for mange ulike lidelser, inneholder forløpene spesifikasjoner for hvordan utredning bør foregå, hvilke behandlingsintervensjoner som ansees som viktige, og «veiledende anslag om hvor mange timer som bør benyttes» til de ulike punktene. Bent Høie uttalte i januar 2014 at det var en mål å ha innført pakkeforløp innen 2015. Foreløpig er det i Norge utarbeidet et nasjonalt forløp for kreftsykdommer.

Så tilbake til grunnpremissene for de standardiserte pakkeforløpene: Diagnoser er et egnet utgangspunkt, en egnet kategori, for å vurdere hva slags behandling, over hvor lang tid, som bør gis. –Har vi egentlig grunnlag for å si det? Når det gjelder psykiske lidelser, er diagnosene vi bruker i dag utarbeidet fra en konsensus blant forskere og klinikere i feltet. De er ikke egentlige «ting» som finnes der ute i verden, kun noe en gruppe mennesker (eksperter) har blitt enige om. Ingen blodprøve eller gentest kan påvise en psykisk sykdom, ei heller finnes det symptom som sikkert kan påvise en psykisk lidelse. De aller fleste psykiske lidelsene er beskrevet som et sett av symptomer, hvor man må ha et visst antall symptomer for å oppfylle kriteriene for lidelsen. Dette innebærer mange ulike kombinasjoner av symptomer som seiler under samme diagnostiske overskrift. Når det gjelder emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, har man funnet at det er 256 ulike måter symptomene kan kombineres, altså 256 ulike måter å ha en slik lidelse på. Jeg vil hevde at også psykoselidelsene, og ikke minst schizofreni har et utall av måter å manifestere seg på. Her har også forskning vist at diagnosen i seg selv sier lite om prognosen for den enkelte. 25% av personer som har symptomer som oppfyller kriteriene for diagnosen har ett eller noen få psykotiske episoder, med høyt funksjonsnivå og tilfriskning. 25% får derimot mer eller mindre kroniske symptomer og de resterende 50% får sykdomsforløp som svinger mellom disse ytterpunktene. Det sier seg selv at å utforme «et veiledende anslag» om hvor mange timer behandling en pasient skal få, basert kun på diagnosen schizofreni blir svært vanskelig. For ikke å si vanvittig lite meningsfullt.

Når det gjelder psykoselidelsene, har også nyere forskning utfordret synet på hva som er «kardinalsymptomene» ved bl.a. schizofreni, og hvordan denne lidelsen kan avgrensnes bla. i forhold til traumelidelser. Dorahy og medarbeideres undersøkelse fra 2009 viste at stemmehøring med kommenterende stemmer er mer hyppig forekommende ved dissosiative lidelser, enn ved schizofreni . Det er også funnet en sterk assosiasjon mellom traumeopplevelser tidlig i livet, og

senere utvikling av schizofreni. Når diagnoser skal utløse en viss behandlingslinje, hva med alle de som har et symptom bildet som faller mellom diagnosekategoriene, og hva de som har flere diagnoser? Skal man få flere «pakker»?

Når vi ser på de eksisterende hjelpe-/behandlingstilbud i Norge i dag, finnes det også tjenester hvor man ikke tilbyr behandling knyttet til spesifikke diagnosekategorier, men mer på tvers av eller helt uavhengig av hvilke diagnoser pasientene/brukerne har. Noen av disse kan vise til svært fornøyde brukere av helsetjenesten og noen kan også skilte med forskningsresultater som viser at folk blir både bedre og friske. Jeg nevner i fleng Basal Eksponeringsterapi som drives ved Blakstad/Vestre Viken, Intensiv Korttidsdynamisk terapi ved Torsberg i Drammen og Stangehjelpa i Hedmark (sistnevnte en kommunal tjeneste). Vil det fortsatt bli rom for slike gode hjelpetilbud når pakkeforløpene gjør sitt inntog?

Dette bringer oss inn på det andre spørsmålet jeg stilte innledningsvis: Er det forskningsmessig konsensus om hva som er den beste behandlingen, basert på diagnoser? – Igjen et grunnpremiss for pakkeforløpene. Det enkle svaret er nei. - Men hvorfor? Et utall av forskningsartikler kan vise til at spesifikke behandlingsmetoder, som f.eks. kognitiv terapi, er bedre enn placebo, «vanlig behandling» eller andre spesifikke behandlingsmetoder. – Så her kan man finne støtte for å anbefale spesifikke behandlingstilnæringer som del av et standardisert forløp. Samtidig har flere forskningsmiljø pekt på metodesvakheter ved denne typen forskning, og hevdet at det er flere spesifikke behandlingsmetoder, bla. kognitiv og dynamisk terapi, som kommer likt ut mht behandlingsresultater. For de som har lest Alice i Eventyrland, kan vi her kjenne igjen «the dodobird verdict»: «Alle har vunnet og alle må få førstepremie!» - Så hvordan kan dette inkorporeres i et pakkeforløp?

Det finnes også solide forskningsresultater som indikerer at spesifikke metoder forklarer kun en liten prosent av bedring for brukere av helsetjenester. Anslagsvis ca 15 %. Størsteparten av endring, finner man altså forklart ved brukerrelaterte og «utenforliggende» faktorer, relasjonen mellom brukeren og terapeuten og håp og forventninger til at en bestemt type hjelp skal være virksom. Hva betyr egentlig dette? Når vi skal forstå tilfriskningen av en tenkt pasient M som har diagnosen schizofreni, vil en liten del av bedringen hennes kunne tilskrives at hun fikk kognitiv eller dynamisk terapi, men mest av alt sannsynligvis skyldes egenskaper ved henne selv som at hun hadde gode intellektuelle ressurser og en religiøs overbevisning som hjalp henne gjennom vanskelige perioder, at hun fikk en jobb hun trivdes i (pasient/utenomterapeutiske faktorer), møtte en terapeut som hun likte og som hun ble enig med mht forståelse og behandlingstilnærming til problemene, (relasjonsfaktorer), samt skapte tro på at tilfriskning var mulig. Vi kan her anta en sammenheng mellom hjelperens tro på metode og evne til å skissere viktige oppgaver i behandlingen, samt skape håp om endring. Hva kan da skje hvis det i pakkeforløpene kreves metoder og angis et tidsperspektiv på behandlingen som bruker og hjelper ikke har tro på? Hvordan kan en pakkeforløp beskrive og gi rom for disse viktige faktorene for bedring?

Det slår meg at det å innføre mest mulig ensartet behandling for alle, uansett geografisk tilhørighet kan bli en bjørnetjeneste for befolkningen. Noen ganger kan lik behandling være det mest

urettferdige som fins. Metaforisk sett: Skal vegetarianeren og kjøttelskeren serveres samme måltid? Blir det rom for skreddersydd behandling basert på den unike personens behov? Jeg spør meg også om vi er best tjent med at geografisk svært ulike områder som Oslo/Akershus og Finnmark skal tilby den samme «behandlingslinjen». Kan gode lokale løsninger og samarbeidsformer gå tapt? -Og når Erna Solberg uttaler at behandlingen ikke trenger å være lik, men like god, hvordan skal dette standardiseres?

Men hva så, skal pakkeforløpene kastes på søppelhaugen og alt være opp til den enkelte behandler og behandlingsinstitusjon? Dette er heller ingen farbar vei, viser forskningen. Som Asle Hoffart og Sverre Urnes Johnsen påpeker i sin kronikk i Morgenbladet 25.09.15, er terapeuter svært dårlige til å forutse hvilke brukere de kan hjelpe, og til å se når behandlingen ikke virker. Tendensen er at man som terapeut tilbyr «mer av det samme», selv når det ikke virker. Behandlingsinstitusjoner med begrensede økonomiske ressurser kan også velge behandlingstilbud som ikke alltid tjener pasientens beste. Krav til «logistikkmål» som definert maksimal ventetid på behandling kan her være viktige for å sikre god kvalitet og unngå eller minske lidelse. Systematisk feedback fra brukere mht hvordan oppfølgingen oppleves og hvorvidt plagene bedrer seg eller ikke, kan også være viktige verktøy for å kunne tilby god behandling til den enkelte. Nasjonale retningslinjer som beskriver hva som på gruppenivå er funnet å virke for ulike brukere og lidelser, kan være viktige holdepunkter for å få ideer om hva som kan hjelpe den enkelte, som igjen kan videreutvikles i det unike møtet mellom bruker og hjelper.

Når man har satt pakkeforløp på dagsordenen, har både Erna Solberg og Bent Høie vist til Danmark som et land hvor disse forløpene har vært en suksess. I en kronikk i Morgenbladet 21. september 2015, skisserer dog tre fagfolk innen dansk psykiatri et situasjonsbilde som viser sprekker i glassuren. Det beskrives her noe mer eller mindre tilfeldige og lite kunnskapsbaserte tak for antall behandlingstimer, behandlingslinjer som i liten grad kan tilpasses den enkelte brukers forutsetninger for å nyttiggjøre seg behandling, og en byråkratitung arbeidshverdag for terapeuter som i sin tur har skapt flukt av fagfolk fra feltet, mangel på spesialister. Det rapporteres videre at et mer instrumentelt språk og fremmedgjørende betegnelser har sneket seg inn i fagspråket, hvor man snakker om «cpr-nummer» mer enn «pasienter» eller «mennesker».

Heinskou, Alberdi og Jordet kommer videre med noen anbefalinger for hvordan pakkeforløpene kan utformes, som er verd å lytte nøye til. De taler blant annet for at pakkeforløp bør ha som utgangspunkt noe mer enn bare diagnoser. Slik som «motivasjon, alder, kjønn, sosial status, relasjonell kompetanse, evnenivå, funksjonsnivå etc..» (fritt oversatt). Videre anbefales at progresjonen i og varigheten av behandlingen bør tilpasses pasientens tilstand, ikke et visst antall timer og innhold uavhengig av hvordan det går med pasienten. Heinskou og meningsfellene tar videre til ordet for at et pakkeforløp må gi rom for «tillit mellom behandler og pasient, relasjonens troverdighet, forskningsmessig rasjonalitet i behandlingen, et humanistisk språk og faglig respekt for behandlernes arbeide som ikke kan erstattes av instrumentelle kontrollstrukturer.» (Fritt oversatt)

I spenningsfeltet mellom standarder for kvalitet og rettferdighet og behovet for human og individuelt tilpasset hjelp, kan vi kanskje antyde noen nøkler til suksess? Disse synes blant annet å være et behandlingstilbud med et bredt utvalg av vitenskapelig dokumenterte behandlingsmetoder, hvor etablering av tillit og respekt mellom bruker og hjelper har en høy prioritet, og hvor metodene benyttes og tilpasses i de unike møtene mellom bruker og hjelper, basert på hva virker og hva oppleves meningsfullt. Dette innebærer at man i en forløpsskisse må være nøye på skillet mellom absolutte krav og anbefalinger. Kunnskapen vi sitter med så langt roper et høyt varsko vedrørende kun diagnoser som inngangsport til forløpene, samt et øvre tak for tidsbruk, uavhengig av pasientens tilstand.

Jeg vil avslutningsvis altså oppfordre politikere og helsebyråkrater om å tenke seg nøye om med hensyn til hva som skal være innholdsmessige krav og spesifikasjonsnivå i pakkeforløpene, om de innføres. Dette kan være avgjørende for om vi snakker om gavepakker eller drittpakker til den norske befolkningen.

Marit Selnes er psykologspesialist og jobber på Tiller DPS i Trondheim