

Hva vet vi om psykisk helsehjelp?

Vi trenger en annerledes måte å tenke psykiske helsetjenester på. Da må man være villig og disiplinert nok til å gi avkall på det som ikke er virksomt. Har helsepolitikkerne mot nok til å skape en slik endring?

Publisert: 2015-10-07 10:29 Skrevet av: Birgit Valla / Scott D. Miller

Birgit Valla, psykologspesialist, grunder og avdelingsleder ved Stangehjelpa. Forfatter av boka «Videre – Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre»

Scott D. Miller, Ph.D, forsker og grunnlegger av The International Center for Clinical Excellence

I NORGE, som i så mange andre vestlige land, øker andelen av mennesker som sliter med psykiske problemer. Dette har Høyre et ønske om å gjøre noe med, nemlig å gjøre psykisk helsehjelp tilgjengelig for langt flere, i håp om å gi bedre hjelp med større effekt. Først er det imidlertid verdt å se på hvilke virkemidler både vi i Norge og resten av verdenen har en tendens til å ty til.

Innføring av bestemte metoder, og da spesielt kognitiv atferdsterapi (KAT), satt inn i spesifikke ordninger, er spesielt populært. Selv om dette skaper betydelig debatt, viser mange store studier at det ikke er noen forskjell på resultater mellom ulike metoder.

HJELPER DET? La oss se på et eksempel

fra den virkelige verdenen. I Sverige ble det investert to milliarder kroner på å trene opp terapeuter i KAT, for så å tilby hjelp til folk med angst og depresjonsproblematikk. Når dette ble evaluert, viste det seg at denne innsatsen ikke hadde noen som helst innvirkning på resultater, når det gjaldt å få folk ut i arbeid. Det viste seg faktisk at noen av dem som ikke hadde falt ut av arbeid når de startet med behandling, gjorde dette etter hvert. Kombinert med de 25 prosentene som droppet ut av behandlingen, resulterte dette i en prislapp på 3,5 milliarder kroner.

Behandlingslinjer eller pakker for bestemte diagnosegrupper er en annen fristende innfallsvinkel. Dette skal angivelig sikre at behandlingen folk får har samme kvalitet uavhengig av hvor de får den. Vi vet imidlertid at trofasthet mot en behandlingsmodell ikke er relatert til resultater. Tvert imot ser det ut til at de terapeutene som holder seg til modellen, får dårligere resultater.

Det er de terapeutene som fleksibelt leverer en behandling, som får de beste resultatene.

GULLSTANDARD? Innføringen av modeller for bestemte diagnoser har blant annet blitt prøvd i USA. Der ønsket man å levere bedre tjenester med høyere kvalitet til dem som hadde gjort militærtjeneste og var i risiko for å utvikle PTSD. Det ble brukt mange millioner på å innføre bestemte behandlingsmodeller for PTSD, både på å trene opp terapeuter og rulle modellene ut som gullstandarden for god behandling.

Da man gjennomgikk resultatene, fant man imidlertid at man hadde fått lite igjen for investeringen. Selv om bruk av modellene reduserte symptomer, var det en større andel som droppet ut av behandling, noe som alt i alt gjorde modellene mindre effektive og ga dårligere langtidsresultater.

Det debatteres mye om hva man bør gjøre innen det psykiske helsefeltet, med til dels

stor uenighet. Noe vet vi imidlertid, og denne forskningen er det grundig gjort rede for i boken «The Great Psychotherapy Debate – The Evidence For What Makes Psychotherapy Work» av Wampold og Imel (2015).

DETTE VET VI. La oss basere de psykiske helsetjenestene på det vi faktisk vet:

- Psykoterapi er en effektiv måte å hjelpe folk på. Effekten varer lengre enn behandling med medisiner (det er færre tilbakefall etter avslutning).
- Engasjement hos klienten er den viktigste faktoren for å oppnå bedring. Og den viktigste faktoren for å oppnå engasjement, er klientens opplevelse av relasjonen til terapeuten.
- De fleste personer bruker den mengden behandling de har bruk for, og ikke mer. Bekymringen for at folk vil bruke for mye psykisk helsehjelp hvis de har tilgang, er ubegrunnet. Overforbruk av tjenester skjer ikke fordi folk får feil behandling eller feil diagnose. Det skjer fordi systemene våre ikke greier å identifisere og skille mellom hvem vi er til hjelp for – og hvem vi ikke lykkes med.
- Kontinuerlige tilbakemeldinger på bedring hos klienten øker engasjement, gjør at flere fullfører behandling og gir bedre resultater. Tilbakemeldinger på bedring forhindrer sannsynligheten for at terapeuter fortsetter med noe som ikke har effekt.

DETTE BØR VI GJØRE. Hvis vi baserer våre beslutninger på det vi vet om psykisk helsehjelp, bør vi:

- Redusere alle barrierer som kommer i veien for klientens engasjement. Dette betyr direkte tilgang til tjenester og utvikling av fleksible systemer som kan tilby varierte og innovative løsninger.
- I stedet for å legge vekt på hvordan eller

hva (metoder) tjenestene gjør, holde dem ansvarlig for resultatene de leverer.

- Utvikle terapeutene heller enn metodene. Tjenestene må bygge kulturer som støtter direkte tilgang til tilbakemelding fra klientene, for videre å bruke dette i utvikling av terapeuter.

MULIG Å ENDRE. Det vi trenger, er en ny og annerledes måte å tenke psykiske helsetjenester på. Da må man være villig og disiplinert nok til å gi avkall på det som ikke er virksomt. Det krever mot fra helsepolitikere og helseledere å skape en slik endring. Men det er mulig.

Faktisk er det mer enn mulig, det skjer på ulike steder i Norge akkurat nå. Vi må se hverandre, lære av hverandre og omfavne disse nye innovasjonene. Nå er tiden inne for å gjøre nettopp det.

Interessekonflikt/disclaimer:

Birgit Valla har bygd opp Stangehjelpa i Stange kommune, en tjeneste som er basert på forskningen til den kjente psykoterapiforskeren Bruce Wampold.

Tilbake til Debatt og kronikk
(/debatt/debatt-og-kronikk/)