



Helse Sør-Øst RHF  
Helse Vest RHF  
Helseforetakene HF

## **Behov for regionale døgnbaserte traumesentre for overgrepsofre, basert på multimodale behandlingsmodeller**

Organisasjonen ATROP Støtte og Ettervernsenter er et lavterskeltilbud og en brukerorganisasjon som gir støtte og hjelp til enkeltmennesker og familier som har erfart kriser og traumer etter

- Seksuelle, fysiske og psykiske overgrep/krenkelser
- Er rusavhengig, pårørende eller sliter med psykisk uhelse

Vi er også et supplerende støtteterapeutisk senter for brukere som har behov for det. Vi møter brukerne der de er med likeverd, respekt og mangfold. Hos oss blir brukerne møtt med både erfaringskompetanse og fagkunnskap. Vår drift er basert på midler fra blant annet Helsedirektoratet, BUFdir og Kr. Sand kommune.

Organisasjonen ATROP har flere hovedmål, to av disse er:

- Fungere som en «vaktbikkje» og påvirke til positive og nødvendige endringer innen rus og psykisk helsefeltet- fremme «alternative metoder» og helhetstenkning i psykisk helsevern
- Være et støttende lavterskeltilbud og ett ettervern for brukergruppene, og bidra med supplerende hjelpetiltak som vi vet er etterspurt og har effekt, deriblant relasjonskompetanse

Det er lange tradisjoner for døgnbasert rusbehandling i Norge, både kortvarige og lange opphold. Under den rødgrønne regjeringen ble en rekke av disse nedlagt til stor frustrasjon for både brukere, pårørende, brukerorganisasjoner, deriblant oss, og fagmiljøer. Mange av disse er nå blitt reåpnet under den nåværende regjeringen, dette bifaller vi og synes er svært bra.

## **Spørsmål om behandlingstilbud til seksuelt misbrukte er godt nok ivaretatt innen psykisk helsevern**

Det er imidlertid slik at den gruppen som vi oppfatter som mest sårbar og får minst oppmerksomhet innenfor psykisk helsevern er de som har opplevd seksuelle overgrep, mishandling og/eller ulike typer alvorlig omsorgssvikt i barndommen. Å leve uten seksuelle overgrep/misbruk eller frykt for seksuelle overgrep/misbruk er en grunnleggende menneskerett. Vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner er derfor ingen privatsak, men et samfunnsansvar og WHO har i dag definert seksuelle overgrep som et folkehelseproblem. Mange av disse får god hjelp og støtte fra incestsentrene, fra organisasjonen ATROP, ved poliklinisk behandling ved en DPS avdeling, og noen også fra hjelpere i en kommune.

Men det er også slik at det finnes en større gruppe blant disse som bærer på kompleks PTSD og dissosiative lidelser. Mange av disse har bak seg langvarige behandlingløp med sykehus-innleggelse, forskjellige alvorlige og ofte feilaktige diagnoser og derav feilaktig behandling, mao erfarer vi at fragmenterte tjenestetilbud og poliklinisk behandling bare gjør «vondt verre». De blir kasterballe i systemet og offer for det vi kan kalle «svingdørspasienter». Mennesker med komplekse traumelidelser etter seksuelle overgrep får en lang rekke symptomer, et sammensatt og komplekst symptombylle er vanlig blant overgrepsutsatte. Problemer med selvbylde/identitet, affektregulering, stabilisering og relasjonelle utfordringer er vanlig, og i tillegg beskriver mange at de sliter med depresjon/angst, spiseproblemer og rus.

## **Diagnoser versus det friske**



LMSO- Landsforeningen mot seksuelle overgrep skrev i en kronikk den 20.03.14: «Det underliggende systemet i det norske helsevesenet bygger på verdier som legger vekt på systematisering og standarder, tro på ekspertenes enevelde og objektiv distanse. Det utøves kontroll gjennom diagnoser og symptomer, som gir behandlerne makt til å definere brukere og pasienter». En slik uttalelse kan vel nesten ikke bli mer treffende for hvordan mange brukere og pasienter opplever psykisk helsevern, mao fravær av empowerment.

En rekke kronikker og artikler innen rus og psykisk helsevern beskriver at hjelperne ikke er flinke nok til å se symptomer. Er det fordi vi er mer opptatt av å lete etter diagnosen framfor å møte pasienten(mennesket)? En diagnose skal være et hjelpemiddel for forståelse, og den er nyttig for kommunikasjon med andre fagpersoner/faggrupper. Diagnose gir medisinen et faglig grunnlag for å handle rasjonelt i en gitt situasjon. Ideelt skal den informere om årsaksforhold, hvordan sykdommen utvikler seg og om hva som er virksom behandling. Diagnoser utløser pasientrettigheter, men den kan også skape en forståelseskonflikt mellom det syke og det friske i mennesket, som igjen utløser profesjonskamper, maktmisbruk og maktpill.

Fra vårt ståsted, som selv har erfart dette på kroppen er ikke traumer en diagnose eller lidelse. Sitat LMSO: «Hvem har skylden og hvor ligger feilen? Skyld og ansvar ligger naturligvis hos overgriper – og ikke hos den utsatte. Derfor gir det ingen mening å lete etter sykdom og feil hos den «utsatte /offeret».

Vi må lete etter det friske og ekte. Vi mener at psykisk helsevern alt for lett tyr til «lettvinne og kjappe» løsninger blant annet ved å tilby medikamentell behandling for å *dempe* symptomer og uro. Dette har vist seg å få store konsekvenser for mange pasienter. I noen tilfeller gir det mening og det er nødvendig med medikamentell behandling, for å dempe sykdom og helbrede en lidelse. Men for mennesker som har traumer etter seksuelle overgrep, vold, mishandling, tortur ol må det arbeides med det som er friskt. Sterke reaksjoner og følelser er sunne reaksjoner på ekstreme hendelser og må betraktes som naturlige og sunne; de er ikke en sykdom.

Mennesker som er traumatiserte etter seksuelle overgrep, har ofte komplekse traumer og utviklings- eller tilknytningstraumer. Felles for denne gruppen er at de lever med reaksjoner og skader som har oppstått etter hendelser som er så urovekkende, skremmende, intense og uforståelige at det ikke er mulig å ta inntrykkene inn over seg og romme dem på vanlig måte. Behandling og bearbeidelse av traumeerfaringer kan gi sterke fysiske og følelsesmessige reaksjoner, som behandlingstilbudene må romme når målet er å integrere de inntrykkene som angst, redsel og smerte har splittet. Pasienten må gis mulighet til forstå traumereaksjonene for å kunne regulere følelser. Traumepsykologi fokuserer på hva pasienten har opplevd, det søkes å finne årsakene til problemene. Traumer er skadelige påkjenninger og er ikke alltid beviste, de sitter i kroppen. Derfor inviterer traumepsykologien også til å arbeide med kroppslige spenninger og blokkeringer.

Innenfor psykisk helsevern har vi to forskjellige verdisystemer i sving. Det ene systemet er storforbruker av makt. Det andre systemet er forankret i helt andre verdier. Når det første systemet skal mene noe om det andre systemet, vil de to systemene ikke kunne forstå hverandre. Nå er tiden overmoden for at psykisk helsevern bistår med å skape bro over kløfta i hele Helse-Norge og baserer sine virksomheter på en helhetlig behandling og ta aktivt i bruk et grunnleggende verdi- og menneskesyn i sin tilnærming til brukere og pasienter.

## Regionale traumesentre

Organisasjonen ATROP mener det er nødvendig, og at det er et stort behov for å få på plass *regionale traumesentre*, basert på multimodale behandlingsmodeller, og at brukere, pasienter og pårørende organisasjoner må få være aktivt med å *utforme, utvikle og «drive»* disse. Modum Bad og den nå nedlagte traumeavdelingen ved Betania Malvik, har/hadde flere fellestrekk i sin tilnærming, og begge traumeavdelingene har fått svært gode tilbakemeldinger fra tidligere pasienter.

Regionale traumesentre bør bestå av underliggende fagavdelinger og inneha sammensatt og kompetent fagpersonell som kan *Behandle, «stå i» og møte* mennesker med alvorlige og komplekse traumer etter seksuelle overgrep(kompleks PTSD). Traumesentrene må kunne tilby



- Et sammensatt og skreddersydd behandlingsforløp.
- Et langvarig innleggingstilbud over tre måneder, fordi bearbeidelse av traumatiske minner krever god tid, forutsigbarhet og trygge rammer.
- Et fagmiljø som er spesialisert på traumelidelser etter seksuelle overgrep, forstår og gjenkjenner dissosiasjonsproblematikk og har kompetanse på tilknytnings- og relasjonstraumer.
- Skjerming fra hverdagen som gir rom for å kunne bearbeide traumene.
- For- og ettervernstilbud.

jf. modellene fra traumeavdelingen ved Betania Malvik og traumeavdelingen ved Modum Bad. Brukerundersøkelsen fra blant annet LMSO utarbeidet i april 2014 bør tilleggs stor vekt i dette arbeidet, da denne også kan ha stor overføringsverdi til andre pasientgrupper. Brukerundersøkelsen kan lastes ned her: <http://www.lmsno.no/wp-content/uploads/2014/06/Brukerunders%C3%B8kelse-med-kommentarer.pdf>

Det er spesielt behov for å tilrettelegge for god relasjonell ivaretagelse, trygghet og omsorg. Kompetansen på kompleks PTSD er svært begrenset innen Psykisk helsevern, og bør samles ved regionale traumesentre. Vi mener, i likhet med LMSO at det er behov for et intensivt behandlingsopplegg ved de regionale traumesentrene, hvor miljøpersonell utgjør en sentral del av behandlingen gjennom hele døgnet.

Vi mener regionale traumesentre også må tilby døgn og dagbehandling for andre alvorlige kriser og traumer (eks. vis 22.juli terroreren) inkl. oppfølgende ettervern. En nylig tilbakemelding fra den nasjonale støttegruppen for terrorofrene sier kommunene har sviktet og at alt for mye er overlat til «tilfeldighetene». Det er vår oppfatning at ansvaret for traumebehandling og krisehåndtering bør ligge innunder regionale traumesentre (spesialisthelsetjenesten) og at oppfølging, her definert som ettervern, kun bør delegeres til ansatte og kommuner som innehar traume, krise og relasjonskompetanse blant sine ansatte. Vi mener det er uutalt vegring og mangel på traume og krisekompetanse blant ansatte som gjør at kommunene ikke har fulgt opp dette arbeidet! Overgrepssatte trenger å bli møtt med verdighet og respekt, ikke fragmenterte tjenester, tilfeldigheter og likegyldighet. De trenger, og har behov for å bli møtt av fagpersonell som tåler å høre deres historier, uten fordommer og forakt, men basert på aksept og toleranse.

## Forskning

Forskning på traumelidelser må knyttes til enkel PTSD, da diagnosesystemet ikke har inkludert kompleks PTSD. Symptomer som faller utenfor PTSD vil screenes bort, fordi komplekse symptomer ikke passer med utvalget det forskes på. Derfor eksisterer det lite forskning på kompleks PTSD, og all behandling av komplekse traumelidelser må anses som eksperimentell. Vi mener derfor at traumesentre må kunne ivareta og tilby

- Forskning på traumelidelser etter seksuelle overgrep og effekten av «alternative» behandlingsmetoder.
- Utvikle behandlingskunnskap for traumefeltet

Undertegnede har på vegne av Organisasjonen ATROP, og i samarbeid med Agder forskning, søkt om midler til følgeforskning via Helse og rehabilitering -Ekstrastiftelsen for 2015. Det vi ønsker med følgeforskning er å finne mer ut av hvilke effekt psykodrama har for overgrepssatte og mennesker som har vokst opp med alvorlig omsorgssvikt i barndommen. Hvilke livsområder blir eventuelt påvirket? Prosjektet er tenkt å vare over ett år og vil innlemme status for brukere før, underveis og i etterkant av gruppeprosessen. Detaljplanlegging av følgeforskningen vil bli gjort av de to organisasjonene i samråd når midler er tildelt. Om noen i psykisk helsevern, eksempelvis en psykolog har ønske om å bistå i prosjektet vil vi bifalle dette, og ønske et samarbeid velkommen.



## Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er nedfelt i norsk lov og er ikke noen helseforetak, avdelinger og kommuner kan velge bort. Brukermedvirkning har blant annet som overordnet mål og bidrar til å kvalitetssikre tilbud og tjenester på alle nivå i forvaltningen og i systemet. Brukermedvirkning er en forutsetning som må ligge til grunn for å virkeliggjøre menneskerettigheter og for å utforme et samfunn som sikrer alles deltakelse.

En hoved-idé ved utvikling av regionale traumesentre mener vi må være forankret i at hvert enkelt menneske er ekspert i eget liv. Det er den som sitter med livserfaringen som på best måte kan formidle hva en har opplevd, hvordan en har erfart traumene, hva en har behov for og hva en trenger videre. Ved utvikling av traumesentre må det utvises stor respekt for de erfaringer pasientene har, og det må legges stor verdi til deres tilbakemeldinger i utformingen av et behandlingsinnhold. Vi mener at en multimodal behandlingsmodell må hvile på, og ta aktivt i bruk et grunnleggende verdi- og menneskesyn i sin tilnærming, og utvikles til å være et moderne eksempel på aktiv anvendelse av brukermedvirkning/erfaringskompetanse i praksis, i utforming av Psykisk Helsevern og ved utvikling av regionale traumesentre.

Internasjonale anerkjente behandlingsmetoder og forskningsresultat må ligge som grunnpilarer men vi mener også at traumebehandling innen psykisk helsevern og regionale traumesentre nå må åpne opp for «alternative» behandlingsmetoder som imøtekommer brukernes behov for relasjonskompetanse og helhetlig tilnærming. Metodene vi her vil fremheve og som vi mener må implementeres, både i poliklinisk traumebehandling, i døgntilrettelagt behandling og psykisk helsevern er:

- Likemannsarbeid, «hjelp til selvhjelp» og brukermedvirkning
- Psykodramaterapi (5/7 års utdanning)
- Gestaltterapi (4 års utdanning)
- Kunst og uttrykksterapi (2/3 års utdanning)
- Akupunktur (3 års utdanning)

Hva er fellesnevneren for disse terapeutene/metodene? Jo alle terapeutene har måtte gå veien via «Learning by doing» og har selv prøvd de ut. Ofte har de kommet i kontakt med metodene da de har kjent ett personlig behov for egen utvikling, eller vært i behov av en terapeutisk prosess. Mange har søkt hjelp her blant annet med bakgrunn i egen overgrepssituasjon og traumehistorie. Mange har kjent effekten av metodene og selv startet på en av disse utdannelsene, og med ønske om å hjelpe andre, og da er vi tilbake til forståelsen av hvordan vi reelt kan praktisere *Søren Kierkegaard* (1813-1855) refleksjon om Hjelpekunst. Metodene er bygd opp rundt hjelp til selvhjelp, relasjonskunnskap, ubalanser, stresshåndtering og fungerer godt i samhandling med evidensbaserte metoder og tradisjonell fagtenkning. Andre metoder som vi mener bør inn i døgntilrettelagt traumebehandling er

- Psykomotorisk behandling
- Miljøterapi – for uten fagutdanna miljøpersonell vil samarbeidsavtaler med bl. annet Incestsentrene og Organisasjonen ATROP kunne utgjøre en stor forskjell for innlagte pasienter, og bygge bro over til et forutsigbart og trygt ettervern

Det må ligge som en forutsetning, i all behandling, å hjelpe pasienten til å ta makten tilbake i eget liv, og at dette også må reflekteres i behandlingstilbudet. Psykisk helsevern og forståelsen av traumebehandling må bygge på en kultur som er basert på åpenhet, samarbeid og fellesskap, og få til en ansvarsfordeling og medbestemmelsesrett mellom pasienter og personell som fremmer likeverdighet og medmenneskelighet. Denne filosofien må også forankres på organisasjonsnivå.

## Nedleggelsen av traumeavdelingen ved Betania Malvik

I 2006 etablerte Betania Malvik en multimodal traumeavdeling, på oppdrag fra Helse Midt-Norge og etter sterkt påvirkning fra LMSO- Landsforeningen for seksuelt misbrukte. Traumeavdelingen ble avvirket våren 2014, etter at Helse Midt-Norge gjennom et administrativt vedtak avsluttet avtalen med Betania Malvik.





I 2008 ble en evalueringsrapport gjennomført av NTNU-forsker Kirsten Rasmussen og doktorgradsstipendiat Miriam Sinkerud. Denne er blitt slaktet av mange pasienter, fagmiljøet ved Betania Malvik, spesialist i psykiatri, Marianne Jakobsen med mange flere, deriblant Organisasjonen ATROP. Helse Midt-Norge lytet til den omfattende kritikken av evalueringsrapporten etter en massiv motstand og inngikk ny avtale i 2010, som blant annet forutsatte en følgeforskning. Denne har helseforetaket selv ikke lykkes med eller tatt initiativ til få gjennomført, dette til tross for at denne har vært bifalt av Betania Malvik.

Bakgrunnen for at Helse Midt-Norge avsluttet avtalen med Betania Malvik denne våren er en nylig framlagt tilsynsrapport fra Statens Helsetilsyn, hvor disse mener Betania Malvik har brutt dokumentasjonsplikten under behandling av en av sine pasienter. Bakgrunn for tilsynsrapporten er at en tidligere pasient tok livet sitt ett år etter utskriving fra Malvik, mens hun var innlagt på akuttpost ved Østmarka sykehus. Det var pårørende til denne pasienten som varslet helsetilsynet og bad om å få lese pasientens mange årige journal. Tilsynet lot pårørende få lese taushetsbelagte opplysninger som pasienten hadde fortalt om under behandling, og uten at pasienten hadde anledning til å forsvare seg. Helsetilsynet benyttet også anledningen til å stille spørsmål ved behandlingsmetodene som var tatt i bruk med Betania Malvik, uten og ha kjennskap til, eller legge vekt på, effekten traumeenheten og mange pasienter kunne vise til. Helsetilsynet har i liten grad tatt innover seg, eller tatt hensyn til, at pårørende her faktisk kunne være pasientens overgriper, eller utvist kompetanse på og kunnskap om overgrepssproblematikk.

Organisasjonen ATROP har fulgt denne prosessen tett og lenge, og oppfatter, i likhet med mange andre at Helsetilsynet har handlet kritikkverdig og at Helse Midt-Norge har brukt dette i et maktspill og som ledd i profesjonskamper.

John-Tore Eid, stipendiat ved Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU og Den Nasjonale forskerskolen i allmennmedisin, NAFALM uttalte til Dagens medisin, datert 11.06.2014: «Kjennskap til historien er alltid nyttig. Traumeenheten ved Betania Malvik synes på ødeleggende vis å være fanget av tidlige hendelser der andre enn de selv har vært hovedaktører. Mye taler for at Helse Midt-Norge sitt avviklingsvedtak 8. april har vært ønsket av sterke krefter innen fagmiljø, helsemyndigheter og medier helt siden oppstarten i 2006, slik at resultatene har vært av mindre betydning. I 2009 forelå den til nå eneste evalueringen av behandlingen - gjort av forskere ved Psykologisk Institutt, NTNU. De offentliggjorde som et hovedfunn at «pasientene ble sykere». Uten nærmere granskning av rapportens pålitelighet og om resultatet var et reelt, ble utsagnet gjengitt sentralt i regionale og landsdekkende medier.

*Nedsabling. Det viste seg fort at rapporten ikke er verdt papiret den er skrevet på. Professor Tor Johan Ekeland konkluderer sin vurdering med et «mislykket» forskningsprosjekt «uten verdi». Styret i Helse Midt-Norge kom etter hvert til det samme (Sak 90/09): «Evalueringen er ikke designet for, og kan derfor heller ikke gi noe svar på om det er behandlingen som er årsak til at noen er blitt bedre og noen er blitt verre.» I det offentlige ble likevel utsagnet om at «en tredjedel av pasientene var blitt dårligere», stående som et gyldig funn.» <http://www.dagensmedisin.no/debatt/avviklingsvedtak-uten-forskningsgrunnlag/>*

Det er sterkt urovekkende og svært beklagelig at det i enkelte fagmiljøer fortsatt hersker en forståelse av at forverring av «symptombilde» er et uttrykk for at behandlingen er feil eller ikke virker, og eksponeringsterapi ikke er heldig for overgrepssutsatte. Fagpersoner og hjelpere har alle et ansvar for å trygge pasienter på at før en blir bedre kan ting oppleves som en forverring- det er normalt. Vi må kunne forvente at fagpersoner/fagmiljøer innen psykisk helsevern har denne forståelsen og at de legger til rette for at traumebehandling tar den tiden det tar, samt utviser en forståelse for at en vellykket og god behandling også handler om å bygge tillitt, trygghet og stabilitet. De aller fleste pasientene er selv i stand til å vurdere om en behandling er rett eller feil- og den myndigheten må de bli gitt, og få tid til å finne ut av. Denne myndigheten definerer organisasjonen ATROP som empowerment.

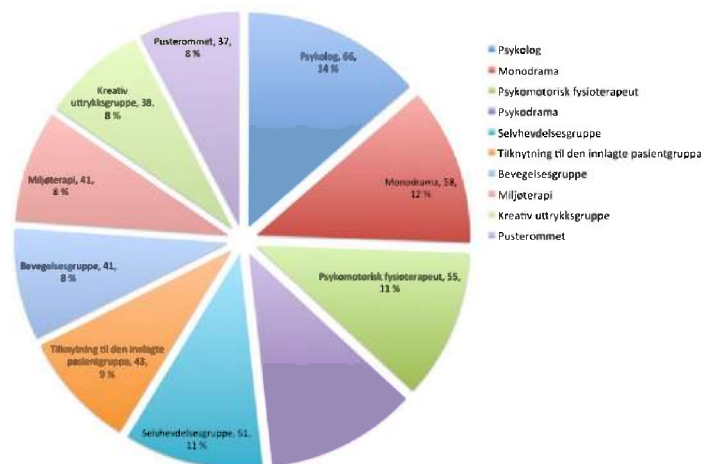
En av metodene som er blitt negativt omtalt av enkelte sterke fagmiljøer er psykodrama. Denne metoden ble implementert i behandlingen etter brukernes ønsker og behov. Metoden kan knyttes til eksponeringsterapi som gir individet mulighet til å møte angsten ved å spille ut hendelser fra eget liv, samtidig med at en



parallelt arbeider med stabilisering og affektregulering. Den tilbys blant annet på flere incestsentre, og ved organisasjonen ATROP. Det merkelige med kritikken er at den kom fra fagfolk med lite kunnskap om denne terapiformen og som selv aldri har prøvd den ut.

Tabellen under er hentet fra brukerundersøkelsen som LMSO utførte i april 2014. Tabellen viser tydelig at de metodene som viste best effekt var psykologbehandling, psykodrama/monodrama, psykomotorisk behandling og selvhjelpsgrupper. Undertegnede er selv psykodramaterapeut med 7 års utdannelse i metoden, og har selv måtte bruke denne som terapiform for egen del. Undertegnedes historien og erfaringer med psykodramaterapi ligger vedlagt som eget dokument eller kan leses her: <http://www.kveldro.org/min-historie> Organisasjonen ATROP er kjent med flere pasienter som har vært i behandling ved Betania Malvik og som i dag mestre sine liv på en utmerket måte og med masse god livskvalitet.

Det bør være en selvfølge innen psykisk helsevern at pasienter bør få informasjon om eksisterende behandlingskunnskap i forhold til lidelsen, og ha en medbestemmelse i forhold til hvilket behandlingsvalg og terapiform de ønsker. At psykodramametoden blir forsøkt brukt som en «inngangsbillett» for å nedlegge Traumesenteret kan vi ikke se handler om noe annet en mangel på kunnskap og forståelse for denne metoden og en politisk maktkamp.



Med denne henvendelsen som bakgrunn ber vi om at Psykisk helsevern, region Sør-Øst og Vest legger til rette for, og imøtekommer, brukerne og pasientens behov for og opprette regional traumesentre med respektive traumeavdelinger. Sørlandet og Bergen i Helse Vest mener vi er naturlige steder å etablere traumesentre. I dag er det kun Modum Bad som formidler lange ventelister, og Viken senter som tilbyr døgnbasert traumebehandling, og det er for svakt for en allerede sårbar målgruppe. De fortjener støtte og aktiv hjelp til å få på plass et verdig og respektabelt liv. Vi ønsker å bistå i denne prosessen og stiller gjerne våre erfaringer og kompetanse til rådighet. Undertegnede kan kontaktes per tlf: 997 98 998 alle dager.

Kr. Sand 20.07.2014

Mvh

Jorun M Kveldro

Leder og psykodramaterapeut(7 år)

Kopi til:

RVTS- Sør

RVTS -Vest