Til Sundhedsstyrelsen

Tak for den med e-mail af 12 JUL 2010 udsendte rapport. Hermed - omend en anelse forsinket i forhold til den oplyste høringsfrist 15 SEP 2010 - **Hovedorganisationen for Personel af Reserven** (HPRD) bemærkninger til rapporten.

I forhold til den opgave, som den af Sundhedsstyrelsen ledede arbejdsgruppe skulle løse, har jeg ikke grundlag for at forholde mig til rapportens anbefaling af, hvorledes der organisatorisk og fagligt m.v. udvikles og etableres et højt specialiseret tilbud i sygehusvæsenet målrettet patienter med psykiatriske lidelser vedr. PSTD med eller uden komorbiditet på baggrund af tjenesterelaterede belastninger i relation til militærtjeneste, herunder udsendelse.

Omvendt vil jeg vegne HPRD under alle omstændigheder gerne kvittere for en meget spændende rapport og for hensigten om at skabe et højt specialiseret tilbud i konsoliderede organisatoriske og faglige rammer - og forhåbentlig med den fornødne volumen, jf. nedenfor.

Rapporten synes dog undervejs at være behæftet med enkelte forbehold og uklarheder, som kan lede i al fald den ikke-psykiatrifagligt og/eller ikke-psykologifagligt uddannede læsers tanke hen på, i hvilket omfang det fra arbejdsgruppens medlemmer viljemæssigt understøttes, at de nødvendige tilbud gives til samtlige i den kreds, der måtte være have et rimeligt behov for et omfang af særlig støtte.

Sådan usikkerhed melder sig således allerede i fremsendelsesskrivelsen af 12 JUL 2010, idet der dér tales om "... primært svær PTSD ..." og "... primært udsendelse ..." Både ordene "primært", "svær" og "udsendelse" indikerer allerede hver for sig markant afgrænsning i, hvad tilbuddets rækkevidde er i forhold til antallet af enkeltpersoner. (I den forbindelse bemærkes, at der i rapporten s. 2 allerede under beskrivelsen af kommissorium benyttes karakteristikken "... sværere tilfælde ...")

Jeg skal derfor foreslå - for ikke at sige henstille - at der ved den endelige ordnings etablering i formidlingen af dens indhold og tilgængelighed dels ikke anvendes sådanne ord, der kan indikere betydelige forbehold i det faktiske resultat m.h.t. tilbud til de lidende, dels at det udtrykkes positivt, hvori sygehusvæsenets tilbud består.
...
I det følgende skal jeg afgrænse mig til alene og meget kortfattet pege på eksempler på andre beskrivelser/antagelser i rapporten, som kan virke usikkerhedsskabende eller savne perspektiv m.v.

Under dokumentationsbeskrivelsen s. 2 fremgår, at arbejdsgruppen - efter en endog grundig drøftelse - har afstået fra at forsøge at kvalificere data gennem at uddrage tal fra forskellige registre, idet det forhåndsantages, at dette ikke kan give relevante tal.

Imidlertid tager arbejdsgruppen ikke stilling til, hvorledes der fremadrettet da kan skaffes sådanne relevante tal, men nøjes med at henvise til en i Socialforskningsinstituttet iværksat undersøgelse, som "... eventuelt ..." vil kunne bidrage med tal. Udsagnet "Formuleringen af anbefalinger i rapporten ... er i vid udstrækning baseret på arbejdsgruppens sundhedsfaglige og organisatoriske vurderinger med udgangspunkt i danske forhold." forekommer i dét lys at efterlade spørgsmålet om datagrundlagets kvalitet en anelse uforløst.

M.h.t. afsnit 2 om patientgruppens karakteristika, tages der udgangspunkt i PTSD. Fra læsning i dagspressen er dog bl.a. noteret forkortelsen ATSD. Da kommissoriet for arbejdsgruppens virke ikke omtaler andet end PSTD, lægges der formentlig op til, at sygehusvæsenets tilbud "kun" omfatter, som det beskrives s.4 i rapporten - psykisk sygdom, som opstår et stykke tid efter "... svære, traumatiske begivenheder ..." - dette blot bemærket som primært en konstatering.

Nederst s. 4 omtales behovet for "effektiv" behandling, ligesom omtales, at det for en trediedel af "... personer, der har været udsat for en traumatiserende hændelse og viser symptomer på PTSD ..." bliver tilstanden kronisk.

Kravet om en hurtig indsats må så alt andet lige betyde, at tilbud tilrettelægges ud fra en betydelig forsigtighed med på forhånd at afgrænse målgruppen, jf. 2. sidste afsnit om, at "Der er en almen opfattelse af, at PTSD eller andre senfølger ... vil kunne forebygges ved en meget tidlig intervention under eller umiddelbart efter et traumatisk hændelsesforløb ..." Jeg lægger herved til grund, at det tilbud, der skal etableres, derfor må tilrettelægges *dels* ud fra, at behandling dels skal iværksættes hurtigt - og (netop) ikke undermineres af bemærkningen "... men det er ikke dokumenteret, at en umiddelbar kriseterapi har en sådan forebyggende effekt."***** - , *dels* skal forudses i ikke uvæsentligt omfang at skulle være kontinuerlig.

(Ad *****: For god ordens skyld bemærkes, at det er noteret, at det på s. 35 er anført, at en for tidlig intensiv intervention af bestemte slags kan hæmme de naturlige helende processer; dog at det samme sted også er anført, at der kun findes få RCT-studier på området.)

Hvad angår afsnittet om udenlandske undersøgelser tales der om, at særligt amerikanske og engelske undersøgelser har været af videnskabelig/god kvalitet. Alligevel er det efter arbejdsgruppens opfattelse forbundet med vanskeligheder at overføre oplysningerne om prævalens af PSTD og incidens af nyopstået PTSD direkte til danske forhold.

Arbejdsgruppen henviser i den forbindelse til, at de, der har været igennem session og værnepligt i nyere tid må antages at have et bedre helbred end gennemsnittet af befolkningen.
Det kan synes en anelse uklart, hvad det egentlig er, at arbejdsgruppen hermed lægger til grund, herunder hvad der nærmere menes med ordet "helbred". På baggrund af de udenlandske erfaringer - med forbehold for usikkerheden i at overføre disse til danske forhold - bemærker arbejdsgruppen - "... vil man forvente et forsigtigt estimat en prævalens af PTSD på 5 - 10 % ... hvoraf en del har været udsendt på fredsbevarende mission og derfor sandsynligvis vil have en lavere forekomst og/eller PTSD i mild grad, som ikke vil være behandlingskrævende i sygehusvæsenet." Ud over at bemærke anvendelsen af ordet "mild grad", gør anvendelsen af ordet "sandsynligvis" næppe, at læseren kan være overbevist om, at de udenlandske (kvalificerede) erfaringer ikke bør holdes mere opmærksomt for øje, end arbejdsgruppen tilsyneladende lægger op til - i det mindste, indtil egne, danske erfaringer er blevet kvalificeret.

En vis forsigtighed korresponderer da også bedre med betragtningerne s.7, hvor det bl.a. anføres, at et antal veteraner med missionsrelaterede psykiske lidelser "sandsynligvis" er kendt i det primære sundhedsvæsen eller det sociale system uden at være henvist til psykiatrisk behandling, ligesom det kan forventes, at nogle veteraner behandles og indlægges på psykiatriske afdelinger landet over uden at blive henvist til centraliserede behandlingstilbud. Denne forsigtighed understreger efter min opfattelse spørgsmålet om bedst muligt at få behandlingskapaciteten koordineret for derigennem også at få kvalificeret dataopsamling m.v.; af samme årsag kan det efter undertegnedes opfattelse

forekomme at være mindre ambitiøst blot at give udtryk for, at det "... på grund af den psykiske lidelses karakter vil være vanskeligt at opspore og behandle alle med behov herfor, men det er afgørende, at kommuner og praktiserende læger er opmærksomme på denne gruppe mulige patienter."

Bortset herfra er HPRD enig i, at praksislægernes og kommunernes opgaveløsning skal kvalificeres til formålet, jf. herved også rapportens anvisning s. 17 af, at behandlingsforløb forudsætter tæt samarbejde med kommunale instanser og gerne instrumentalt indlejret i sundhedsaftalerne samt supplerende betragtning s. 23.

Under afsnittet om nuværende tilbud anføres s.8 udtrykket "... samme tilbud som alle andre af landets borgere." uden at det i den forbindelse måske er klart, hvad der nærmere menes.

I omtalen af behandlingsmuligheder via forsvaret omtales s. 9, at "Principielt kan kun lidelser, hvor sammenhængen mellem tjenestens belastning og lidelsens opståen er relativt klar, og hvor behovet relevant kan dækkes, blive behandlet i regi af ... IMP og ... KKC."

Sammenholdes med formuleringen s. 11 om, at "Det skal understreges, at der i KKC principielt kun undersøges og behandles veteraner, hvor tidligere tjeneste kan antages at have forårsaget eller medvirket til opståen af psykisk lidelse." opereres altså med, at sammenhængen mellem tjeneste og lidelse skal være "relativ klar" og med, at tjeneste "kan antages" at have "forårsaget" eller "medvirket" til opståen af psykisk lidelse.

Muligvis er disse holdningsmæssigt forskellige beskrivelser uden diskrepans i den praktiske hverdag, men det nævnes i nærværende forbindelse til afsluttende belysning af den betydning, ordenes anvendelse uvægerligt har i formidlingen af det, der med rimelighed må forventes at blive tilbudt den enkelte soldat/veteran, jf. herved bemærkningen i rapporten s. 15 (og s. 35), hvor det i henvisning til referenceprogram anføres, at "... for mænd var de traumer, der hyppigst var forbundet med PTSD, krigsbegivenheder."!

Jeg anmoder om, at nærværende e-mail omdeles/udsendes til de øvrige adressater, der var optaget på høringslisten (men hvor jeg ikke som helhed har e-mailadresserne).

M.v.h.

Birger Kjer Hansen

OL-R, formand.